

<b>Innehåll</b>	<b>Sid</b>
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Hypnos förr och nu	2
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Vad är hypnos?	4
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Några hypnotiska fenomen	7
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Några hypnotiska tillstånd	11
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Teorier om hypnos	16
<b>Björn Liedén:</b> Hypnos som ett "hemisfäriskt skift"	22
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Hypnosdjup och hypnotisk mottaglighet	29
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Hypnosinduktion i principer	32
<b>Kurt Swedhner:</b> Hypnosinduktion II vanliga metoder	37
<b>Per-Olof Wikström:</b> Hypnosinduktion III alternativa tekniker	44
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Experimentell hypnos	50
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Kliniskhypnos	53
<b>Ture Arvidsson:</b> Att arbeta med hypnos	63
<b>Robert Jerdén:</b> Föreställningstekniker eller psykoimaginativ terapi	67
<b>Sture Littorin:</b> Symboldrama	72
<b>Töres Theorell:</b> Psykosomatiska sjukdomar	83
<b>Ulf Bengtsson &amp; Alf Tunsäter:</b> Hypnos vid asthma bronchlale	88
<b>Arne Mellgren:</b> Hypnoterapi inom obstetrik och gynekologi	91
<b>Arne Mellgren:</b> Hypnoterapi inom sexuologin	94
<b>Basil Finer:</b> Hypnos och anestesi	98
<b>Basil Finer:</b> Hypnos och smärta	107
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Hypnodonti	118
<b>Per-Olof Wikström:</b> Hypnos inom odontologin	122
<b>Britta och Kurt Swedhner:</b> Hypnos i tandvårdsteamet	126
<b>Berne Erlandsson:</b> Den hypnotiska relationen	132
<b>Anders Lundberg:</b> Barnhypnos i tandläkarpraxis	137
<b>Sven Setterlind:</b> Avslappning i skolan och suggestopedi	144
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Hypnos och skapande	151
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Hypnos och idrott	160
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Juridiskhypnos	166
<b>Lars-Eric Uneståhl:</b> Självhypnos	174
<b>Kjell Waara:</b> Svenska föreningen för klinisk och experimentellhypnos	182

## Hypnos förr och nu

Hypnos i någon form och i någon utsträckning har hittats hos alla folk, vars aktiviteter blivit tillräckligt skildrade. Detta stämmer bra med bilden av hypnos som ett allmänmänskligt tillstånd, ett tillstånd som är naturligt integrerat i de vardagliga upplevelserna. Den allra tidigaste beskrivningen av hypnos kan enligt Wolberg (1972) återfinnas i 1:a Mosebok 2:21, där det står: "Då låt Herren Gud en tung sömn falla på mannen, och när han hade somnat tog han ut ett av hans revben och fyllde dess plats med kött". Papyrusrullar, över 3 000 år gamla beskriver hur egyptierna använde sig av hypnotiska tekniker, som inte skiljer sig särskilt mycket från de som beskrivs i denna bok. Även om begreppet hypnos bara är drygt 100 år gammalt så har hypnotiska fenomen praktiserats av grekiska orakel, persiska magiker, indiska yogis, afrikanska medicinmän, haitiska voodoopräster och religiösa ledare av alla slag. Den första beskrivningen av medicinsk hypnos kommer från de Aesculapianska templet, där hjälpsökande försänktes i ett långvarigt hypnotiskt tillstånd ("tempelsömn"). Healing, där hypnos kombineras med beröring och bön, beskrivs både i Bibeln och Talmud men kom senare under medeltiden att utövas speciellt av kungliga personer ("den kungliga beröringen").

Även om begreppet hypnos kom långt senare, brukar man starta den moderna hypnosens historia med Franz Anton Mesmer (1734-1815) en österrikisk läkare som i sin verksamhet använde sig av en idé som funnits hos många sedan slutet av 1400-talet, nämligen att sjukdomar kunde botas med hjälp av magneter. Mesmer skrev först en avhandling om planeternas inflytande på kroppen men sysslade sedan med magnetism som kunde koncentreras, kontrolleras och genom honom spridas till patienterna. Hans seanser i Paris blev snart kända och lockade mycket folk. I rum med tunga draperier och avslappnande musik fick patienterna hålla i metallstänger, som utgick från en baquet, en träbassäng som var fylld med vatten, glas och järnfilspån. Mesmer, som kallade sin metod för animal magnetism, hävdade att det magnetiska flödet, som utgick från bassängen återställde balansen i patienternas magnetfält och därmed deras fysiska hälsa. När Mesmer gjorde sina strykningar (passes) fick patienterna ofta krampor och kraftiga ryckningar, som kallades kriser. Behandlingen hade otvivelaktigt en god effekt på många. En kunglig kommission med Benjamin Franklin som ordförande tillsattes för att närmare granska den märkliga behandlingen.

Man kom fram till att man inte kunde finna något som helst bevis för de "animala magnetismen" utan att effekterna måste till skrivas "imagination". "Imagination" kan på svenska betyda inbillning men också föreställning. Kommissionen ställde tyvärr inte den naturliga följdfrågan, hur människors föreställningar kunde åstadkomma så märkliga resultat. Kommissionens slutsatser speglade det vetenskapliga tänkandet i slutet av 1700-talet. 15 år tidigare hade en liknande undersökning av franska akademien kommit till slutsatsen att meteoriter inte existerade, detta p.g.a. att meteoriter ansetts som himlakroppar och eftersom himlen inte existerade så... Följden blev att muséer över hela Europa kastade bort sina dyrbara meteoriter. På samma sätt jagades Mesmer från Paris och utvecklingen av "hypnos" stannade av för många år framåt.

Under nästa skede befinner vi oss dock fortfarande i Paris, där Abbé Faria under 1814-1815 hade offentliga inductioner med tusentals personer. Han använde inga speciella hjälpmedel utan tillskrev behandlingseffekten till "patienternas förväntningar och samarbetsförmåga.

## Hypnos i teori och praktik

" Den först beskrivna användningen av "mesmerisk hypnoanestesi" skedde 1821 av Recamier och 1829 utförde Cloquet en bröstoperation under mesmerisk trance inför franska akademien. Mesmerism var dock fortfarande bannlyst av den vetenskapliga världen. John Elliotson, den första medicinprofessorn vid Londons universitetssjukhus, tvingades avgå sedan han blivit intresserad av mesmerism.

Han fortsatte att under många år ut ge tidskriften "Zoist". Där bl.a. otaliga smärtfria operationer rapporterades. Vid samma tid använde den skotske läkaren James Esdaile mesmerism vid ett otal operationer i Indien. Intressant är att han rapporterade en dödlighet på 5% vid större operationer i jämförelse med de 50%, som var vanligt på den tiden. "Mesmerisk anestesi" började också praktiseras inom odontologin men efter 1850 minskade intresset återigen genom att kemiska anestesimedel började användas.

Den moderna hypnosens fader blev den skotske läkaren James Braid, som genom sin neurologiska teori förklarade mesmeriska fenomen i för samtida vetenskap acceptabla termer. I sin bok "The Power of the Mind over the Body" (1946) visar han att dessa fenomen kan framkallas uteslutande genom verbala suggestioner. Han kallade tillståndet hypnos efter det grekiska ordet för sömn. När han senare upptäckte att hypnos och sömn var olika tillstånd, var begreppet redan allmänt accepterat. Braid's teorier togs upp av den berömde neurologen Charcot vid Salpêtrière sjukhuset i Paris. Han slogs av likheten mellan hysteri och vissa hypnotiska fenomen och kom därför att betrakta hypnos som ett patologiskt tillstånd. I motsats till Salpêtrière skolan hävdade Nancyskolan med professorerna Liebault och Bernheim i spetsen att hypnos var ett naturligt och allmänmänskligt psykologiskt tillstånd, i vilket hypnotiska suggestioner hade en stark effekt. Genom sin hypnosbehandling av över 12 000 patienter lade de grunden till hypnosterapi och modern psykoterapi. Freud lärde sig hypnos både genom studier hos Charcot och hos Bernheim, vars bok om hypnos och psykoterapi hade översatts till tyska. Han blev dock så småningom alltmer tveksam till hypnos bl.a. genom patienternas varierande hypnotiserbarhet, den dåtida inriktningen på symtomeliminering och hans utarbetande av en alternativ behandlingsmodell, psykoanalysen. Flera samtida till Freud, t.ex. Sidis, Prince och Janet, visade dock att hypnos med fördel kunde användas för att utforska en patients upplevelsehistoria. Ändå kom Freuds negativa inställning till den dåtida hypnosen att betyda att hypnosens gyllene tidsålder i slutet av 1800-talet följdes av flera decenniers tillbakagång. Uppsvinget för den kliniska hypnosen började med den hypnotiska snabb-behandlingen av krigsneuroser under världskriget. Det stora intresse som idag finns för hypnos, har också att göra med utvecklingen av den experimentella hypnosen, som startade med Hulls klassiska experiment vid Yale på 1930-talet. 1955 rekommenderade British Medical Association hypnos för neurosbehandling och hypnoanestesi och 1958 föreslog American Medical Association att undervisning i hypnos skulle införas vid de medicinska skolorna och vid postgraduala träningscentra.

Vid den internationella kongressen i hypnos och psykosomatisk medicin i Uppsala 1973 bildades International Society of Hypnosis (ISH) som är en sammanslutning av de nationella föreningarna i ett stort antal länder. De 2 största är American Society for Clinical Hypnosis (ASCH) and Society for Clinical and experimental Hypnosis (SCEH). Dessa utger de två mest kända tidskrifterna, där de flesta av de vetenskapliga bidragen om hypnos publiceras. Den svenska motsvarigheten heter: "Svensk Tidskrift för hypnos". Den svenska föreningen för klinisk och experimentell hypnos bildades 1965 och är för närvarande en av världens största med sina över 900 medlemmar. Som A-medlemmar räknas leg. läkare, tandläkare och psykologer och till B-medlemmar hänförs andra behandlingskategorier, som i sitt yrke kan ha användning för hypnos. För medlemskap fordras någon form av utbildning i hypnos.

Genom hypnosföreningens försorg anordnas grundkurser i klinisk hypnos på ca 50 timmar. Dessutom fanns i Umeå, Stockholm, Örebro, Göteborg och Lund en 3-årig utbildning i psykoanalytiska metoder under medvetandeförändring, som är upplagd efter den statliga psykoanalytiska utredningens riktlinjer. Det ständigt växande intresset för klinisk och experimentell hypnos speglas i det stora antalet årligen utkommande böcker och artiklar - i de kongresser som återkommande hålls (den svenska varje år, den europeiska vartannat år och den internationella vart tredje år) - och i det stora antalet intresserade, som genomgått de svenska grundkurserna (över 5.000). Som framgått av detta kapitel har intresset för hypnos fluktuerat genom tiderna. Det fanns dock mycket som tyder på att det nuvarande stora intresset kommit för att stanna.

### Vad är hypnos?

Hypnos är ett tillstånd som alla människor har erfarenhet av, vare sig det är i form av en intensiv koncentration på en uppgift, en talare eller en film eller i form av en mer meditativ avkoppling under vila eller i samband med en monoton aktivitet som bilkörning ("highway hypnosis") eller jogging. Även om de flesta människor inte kallar detta hypnos så har de många väsentliga kvalitéer gemensamma med det hypnotiska tillståndet.

#### Förändrat medvetandetillstånd

Hypnos brukar räknas som ett förändrat medvetandetillstånd (FMT) ifrångenengelskans ASC (altered states of consciousness). Utifrån det vi sagt om hypnos som ett naturligt inslag i människors vardags-liv tycker jag att en bättre uttydning av ASC vore alternative states of consciousness - alternativa medvetandetillstånd (AMT). Det vanligaste av våra AMT är sömnen, där vi ju tillbringar 1/3 av vårt liv. Ett annat vanligt AMT är drömmen som ju både fysiologiskt och upplevelsemässigt är klart skilt från både sömn och vakenhet. Varje människa drömmer varje natt även om man bara minns en mycket liten del av dessa drömmar. En människa tillbringar sammanlagt över 6 år av sitt liv i det medvetandetillståndet.

#### Trance

Hypnos har ofta räknats till en grupp av AMT, som kallas trance-tillstånd. Begreppet trance har i Västerlandet ofta haft en negativ klang och t.o.m. ansetts som ett patologiskt tillstånd. Många andra kulturer har däremot betraktat trancen som ett mycket värdefullt inslag i vardagslivet och t.o.m. sett på de människor, som inte kan gå in i trance, som psykologiska krymplingar. Trancens karaktär har ofta färgats av religiösa föreställningar. På Bali är man osårbar under trance, genom att man då har kontakt med gudomliga makter. Jag har haft tillfälle att studera "elddans" på Bali, där man hoppar omkring i elden och på de glödande kolen. Utifrån det vi vet om hypnos och smärta är det inte så märkligt att man inte känner någon smärta, det märkliga ligger mera i att fötterna inte tar någon skada. På Fiji, där man istället gick på glödheta stenar, hade trancen en annan karaktär än på Bali. Efter en förberedelse-tid, som varade drygt 1 vecka, gick man lugnt och stilla över stenarna helt koncentrerade på en "gudabild". Jag såg bl.a. en hel familj utföra detta. Den yngsta i familjen var 7 år gammal. I Rio de Janeiro utföres en stor del av all rådgivning och "psykoterapi" av lekmän, som under trancen får en terapeutisk förmåga genom kontakten med "högre makter". Under de sista 20 åren har en markant omsvängning skett i Västerlandet ifråga om attityderna till och intresset för AMT som innehåller mer eller mindre av trancekaraktär. För varje år börjar allt fler människor syssla med metoder som meditation, yoga, självhypnos, autogen träning, mental träning etc., metoder som trots sina olika benämningar har fler likheter än olikheter.

#### Kvalitativa förändringar

Ett alternativt eller förändrat medvetande borde kanske studeras utifrån det "normala" medvetandet. Medvetandet är dock aldrig konstant utan förändras ständigt. På min disputation tog opponenter - Torbjörn Stockfelt upp frågan. Om hypnos är ett FMT och medvetandet ständigt förändras, när är vi då inte i hypnos? Det är en logisk fråga, förutsatt att man i FMT skulle räkna in alla slags förändringar, t.ex. av kvantitativ art. Det är istället de kvalitativa skillnaderna som utgör kärnan i FMT, mentala processer som kommer till eller faller bort. Enklart är att beskriva det utifrån en modell av en datamaskin, då man plötsligt sätter in ett nytt program. Även om man fortsätter att mata datorn med samma information så blir utfallet annorlunda. Den information vi normalt får, kodas genom vår referensram. Denna innehåller våra tidigare erfarenheter och allt det vi lärt oss. Genom den sker en realitetstestning, och den stimulering och information som inte stämmer med personens egen subjektiva verklighet, förkastas. Under hypnos minskas realitetstestningen eller försvinner helt. Detta gör dels att vi kan få nya intryck och uppleva mer av "ren" perception, dels att den s.k. verkligheten lättare kan omformas i önskvärd riktning. Denna och andra förändringar, som t.ex. tidsuppfattningen kommer att beskrivas närmare i nästa kapitel.

En granskning av hypnos kan göras utifrån följande frågor:

1. Vilka spontana förändringar inträffar i hypnos?
2. Vilka av dessa förändringar beror på det hypnotiska tillståndet och vilka hänger samman med andra faktorer som t.ex. sättet att inducera hypnos?
3. Vilka av dessa förändringar kan inte åstadkommas i vaket tillstånd?
4. Vilka av dessa förändringar finns kvar sedan man försökt ta bort förändringarna med hjälp av hypnotiska suggestioner?

Förändringar kan uppträda på:

**A) fysiologiska b) upplevelsemässiga och c) beteendemässiga sidan.**

### **Fysiologiska förändringar**

Att fysiologiska förändringar kan uppträda under och efter hypnos har visats i många experimentella och kliniska studier.

De allra flesta av dessa förändringar kan dock antingen tillskrivas:

1. Sättet att inducera hypnos (t.ex. avslappning)
2. Suggestioner som ger under hypnos.
3. Förväntningar om vad som kommer att hända under hypnos.

I ett experiment (Uneståhl 1973) mättes puls, andning och hudmotstånd under bilkörning i vaket, hypnos och posthypnotiskt inducerade tillstånd. Mätvärdena varierade mer inom än mellan respektive tillstånd. Detta och andra liknande experiment visar att de fysiologiska måtten mera speglar vad man gör eller känner under hypnos. Om jag ligger lugn och avslappad så sjunker aktivitetsgraden, men får jag under hypnos uppleva en tidigare traumatisk händelse, så kommer de fysiologiska mätningarna att indikera en starkt ökad aktivering. Crasilneck och Hall (1959) införde begreppet "neutral hypnos" för hypnostillståndet innan suggestioner om specifika förändringar har givits. Inga skillnader mellan "neutralhypnos" och "vaket" har hittats när det gäller puls, blodtryck, andning, hudmotstånd, blodsocker, basal metabolism m.m. Forskning omkring neurofysiologiska aspekter av hypnos pågår på flera håll i världen. I ett senare kapitel kommer synen på hypnos som ett "hemisfäriskt skift" att presenteras. En intressant iakttagelse gjordes av Crasilneck (1956) i samband med en hjärnoperation. En patient vaknade upp ur hypnosen vid flera tillfällen när neurokirurgen vidrörde hippocampus, vilket givit upphov till tankar om att hippocampus är inblandad i de nervbanor som aktiveras i hypnos.

### **Upplevelseförändringar**

Fromm skrev 1972 följande: Jag tror att allteftersom intresset för de subjektiva aspekterna av hypnos ökar - med ökad insikt om att hypnos är ett förändrat medvetandetillstånd och att kärnan i hypnos är personens subjektiva upplevelse - så kommer det intensiva sökandet efter fysiologiska och neurofysiologiska hypnoskriterier att minska. Hypnos ger nästan alltid en person nya, annorlunda och intressanta upplevelser. De är dockbesvärliga kriterier i vetenskaplig bemärkelse, eftersom de är svåra att mäta och t.o.m. svåra att hitta adekvata verbala motsvarigheter till. För konstnärliga personer kan det vara lättare att uttrycka hypnotiska upplevelser med hjälp av målningar eller poetiska bilder.

### **Beteendeförändringar**

Som jag tidigare nämnt är hypnos det grekiska ordet för sömn, och i hypnosens barndom slogs man också av den yttre likheten mellan sömn och hypnos. En hypnotiserad person har slutna ögon, är avslappnad och andas lugnt och djupt. Detta är dock ingen nödvändig förändring. Man kan nämligen skilja på passiv och aktiv hypnos. För många år sedan blev jag ombedd att i ett direkt sänt TV-program prata om hypnos och rökning. Jag tackade först nej eftersom det lätt blir en överbetoning av hypnosens användning vid just rökning, bantning o.d. Jag tackade däremot ja när man ändrade uppgiften till att berätta om hypnos i stort. Man ville dock absolut ha en demonstration av hypnos. Eftersom vi brukar undvika hypnosinduktioner i radio och TV beslöt jag att demonstrera "aktiv hypnos". Jag tillfrågade en patient, som just tagits in på psykiatriska kliniken för fobiska besvär. Hon fick ångest så fort hon träffade andra människor, speciellt nya. Eftersom det här var ett direktprogram med mycket folk samlat så ville jag också visa att hon i hypnos var skyddad mot allt det som annars besvärade henne. Hon fick gå ner i hypnos innan programmet och sedan instruerades hon att "öppna ögonen, bete sig som vanligt men hela tiden stanna kvar i hypnos". När programmet började satt hon vid ett bord och pratade och på Karins yttre beteende kunde ingen se att hon var i hypnos. En naturlig fråga från programledaren var därför: "Hur kan man då avgöra om Karin är i hypnos?" Ja ett sätt är att fråga henne om förändringar i de upplevelser, som inte märks till det yttre. Det finns också förändringar i varseblivningen, t.ex. mer av tunnelseende d.v.s. ett begränsat synfält. Jag valde dock att demonstrera hypnostillståndet genom att först om att känslan på handens översida skulle försvinna fullständigt. Trots att han tydligt hörde vad jag sa och förstod vad det innebar, så blev det ingen effekt av suggestionerna. När jag däremot gav samma suggestioner till Karin, så försvann känslan fullständigt inom det utpekade området. Nästa steg var att låta Karin själv ge sig suggestioner om samma känselbortfall på den andra handen, och det fungerade naturligtvis lika bra

### **Simulerande fpp**

"Du kommer in ett rum där två personer befinner sig i hypnos medan två andra personer spelar hypnotiserade. Redogör för hur du skulle gå till väga för att avgöra vilka två personer som verkligen är i hypnos?". Denna fråga har jag ibland haft med i skrivningarna efter hypnoskurser. Det är faktiskt ganska knepigt att ge ett bra svar, eftersom många av "hypnostecknen" mycket väl kan simuleras. I hypnosforskningen har det därför varit vanligt att ha med en grupp av simulerande försökspersoner förutom en experimentgrupp och en kontrollgrupp. Försöksledaren får naturligtvis inte reda på förrän efter experimentets slut, vilka som tillhör vilken grupp. Genom sådana experiment har man kunnat påvisa en rad klara skillnader mellan hypnotiserade och simulerande försökspersoner, t.ex. ifråga om fysisk och sensorisk kapacitet, effekten av hypnotiska och posthypnotiska suggestioner m.m. Skillnaderna är speciellt accentuerade i de undersökningar, där man "lurat" fpp att experimentet är slut men ändå fortsatt mätningarna utan fpp:s vetskap.

## Några hypnotiska fenomen

Som vi ska se i denna bok är hypnos ett tillstånd, som kan variera avsevärt ifråga om upplevelseinnehåll, fysiologiska reaktioner eller beteende. Ett sätt att närmare lära känna området är att beskriva några fenomen, som brukar räknas till hypnosområdet. Flera av dessa förekommer också utanför den formella hypnosen, men sannolikheten för att de ska uppträda ökar i hypnos.

### Regression

Regression, en tillbakagång till ett tidigare utvecklingskede eller en tidigare händelse utgör en viktig del av flera former av hypnoterapi. Vissa anser den också vara en nödvändig del av all hypnos. Ainsley Meares menar således att hypnos innebär en atavistisk regression tillbaka till ett utvecklingskede där människan var mer suggestibel och hennes försvarsmekanismer utvecklade.

Det har utförts ett otal experiment med hypnotisk regression.

De 3 vanligaste typerna kan illustreras med följande exempel:

1. I en personakt för en 19-årig flicka såg jag att hon testats med Terman-Merrill (test för allmänbegåvning) vid en ålder av 6 år och 8 månader. Jag skickade efter testet från de sociala myndigheterna och gjorde sedan en hypnotisk regression tillbaka till dagen för testningen, varefter jag gjorde en ny testning. Resultatet blev detsamma, IK=102 mot tidigare 98 (inom felmarginalen). När jag däremot jämförde de enskilda svaren, så fanns det betydande olikheter.

Vid regression tillbaka till ett par månaders ålder har vid ett flertal tillfällen Babinski-reflexen framkallats.

2. En kollega till mig konstruerade ett test för mätning av den genomsnittliga meningslängden hos 5-åringar. Jag använde samma test för en grupp vuxna och jämförde resultatet under hypnotisk regression med resultatet när man fick "spela" samma ålder. Den "hypnotiska" prestationen var lite, men signifikant, mer åldersadekvat. I ett annat experiment testade jag en grupp studenter med testet "Draw a man" under regression från 2 år upp till 12 år. Jämförelse med det förväntade resultatet (begåvningsnivån som vuxen) visade mindre avvikelse än vid rollspel av samma ålder. I den första typen av experiment jämförs regressionsfynden med något dokument av typ testprotokoll eller almanacka (vilken veckodag?). Man kan också försöka framkalla ett fysiologiskt beteende, som allmänt eller för personen ifråga hör ihop med en viss ålder.

I den andra typen av experiment görs intrapersonell jämförelse mellan det hypnotiska regressionsbeteendet och rollspel av samma ålder. Den mängd av experiment som hittills utförts har givit motsägande resultat. En förklaring till detta skulle kunna vara att det förekommer intra- och inter-individuella variationer utifrån följande slag av regression:

1. Äkta regression.
2. Rollspel.
3. Blandning av 1 och 2.

De intraindividuell variationerna kan ha att göra med induktionstyp och sättet att åstadkomma en regression. 3 vanliga sätt:

1. Leda en hypnotiserad person stegvis tillbaka genom åren t.ex. genom att räkna bakåt från personens nuvarande ålder.
2. Låta personen direkt koncentrera sig på en förfluten händelse.
3. Använda någon form av affektbro, d.v.s. framkalla en känsla som sedan leder personen tillbaka till tidigare händelser, som framkallat en liknande känsla.

### Dissociation

Efter en regression tillbaka till 8 år frågade jag min patient hur gammal hon var. Hon svarade något jag inte begrep, så jag frågade igen. Hon svarade återigen något oförståeligt. När jag upprepade frågan för tredje gången, sträckte hon upp 8 fingrar i luften. Det visade sig att hon var född i Finland och vid 8 års ålder endast talade finska. Vad hon sagt var 8 på finska. Men även om hon inte kunde svara på svenska, så förstod hon min fråga. Detta kan illustrera en hypnotisk dissociation, en uppdelning i:

1. Upplevande jag.
2. Observerande jag.

Den upplevande delen är den som känner, reagerar, talar och regredierar, medan den observerande delen hela tiden har kontakten kvar med nuet och den vanliga verkligheten. Om inte den observerande delen funnits, så skulle en äkta regression tillbaka till några månaders ålder bryta kontakten. Patienten skulle inte förstå när terapeuten försöker gå framåt i tiden igen. Vill man vara helt på den säkra sidan så kan man dessutom ha en non-verbal signal för de hypnotisering. Det är naturligt att den observerande delen är mer aktiv de första gångerna till dess att en förtroendefull relation med terapeuten har skapats. Den observerande delen representerar en säkerhet för patienten och försvårar missbruk från hypnotisörens sida.

### Tidsdistortion

Variationer i upplevelsen av tid hör inte bara ihop med sjukliga tillstånd, drogeffekter eller situationer av livsfara utan ingår i normala vardagliga upplevelser. "Tiden flyger på kärlekens vingar". (tidskontraktion). Under hypnos försvinner den vanliga tidsreferensen, varför det kan vara svårt för en patient att efteråt ange hur lång tid han/hon varit i hypnos. En undersökning (Uneståhl, 1967) visade t.ex. ett samband på 0,60 mellan underskattning av tid och hypnosdjup, mätt med ett 45 minuters hypnostest. Tidsavvikelsen kan också styras genom instruktioner och suggestioner och många fascinerande experiment har utförts med hypnotisk tidsdistortion. Det har också viktiga praktiska tillämpningar t.ex. när det gäller att minska den subjektiva tiden av återkommande smärt attacker eller hinna genomföra en lång mental träning under en objektiv kort tid.

### Suggestibilitet

Det för en åskådare mest dramatiska med hypnos är den ökade suggestibiliteten. Många kliniker och forskare har i likhet med Hull (1933) definierat hypnos som "ett tillstånd av ökad suggestibilitet". De flesta test, som mäter hypnotiserbarhet, har också koncentrerats kring suggestibiliteten, eftersom den är ganska lätt att mäta. Suggestioner används mycket ofta i hypnosinduktionen, men det hypnotiska tillståndet i sig antas öka suggestibiliteten ytterligare.

Den hypnotiska suggestibilitetsträningen varierar mellan människor och bygger på en bas av vakensuggestibilitet, som också varierar. En undersökning av vakens- och hypnotisk suggestibilitet (Hilgard and Tart, 1966) gav följande resultat:

10	C 34 personer	D 30 personer	N=129 R= + 0,63
5	A 65 personer	B 0 personer	
0	0	5	10

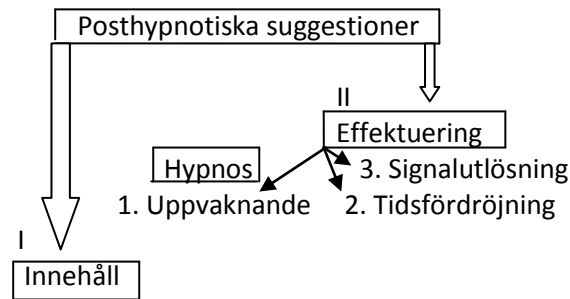


En formell hypnosinduktion är således viktig för vissa personer (C), medan andra inte påverkas i sin suggestibilitetsgrad (A), medan återigen andra är mycket suggestibla även utan en formell induktion (D). En viktig iakttagelse är att den hypnotiska suggestibiliteten inte tycks vara positivt korrelerad till upplevelse av hypnotiskt djup. Experiment av Hilgard (1973) tyder t.o.m. på att suggestibiliteten kan minska vid ökat djup. En person kan också bli selektivt suggestibel beroende på suggestionskällan. En studie i självhypnos (Uneståhl, 1973) visade t.ex. att försökspersoner kan blockeras för alla suggestioner förutom självsuggestioner.

Det är viktigt att komma ihåg att den suggestibilitet vi diskuterar här är den primära (ideomotorik). Den sekundära, d.v.s. att vara lättpåverkad av vad andra säger, reklam, placeboeffekter o.d. har inget som helst samband med hypnos.

### Posthypnotiska suggestioner

Posthypnotiska suggestioner (PHS) ges under hypnos men verkar efteråt i ett vaket tillstånd. Man kan skilja på olika typer av PHS beroende på innehåll och när de effektueras (Uneståhl, 1974).



Suggestionseffekten vid typ A upphör i och med att handlingen är utförd medan den vid typ B varar tills dess att effekten spontant dör ut. Vid effektuering av typ 1 och 2 bestämmer man under hypnos tidpunkten för PHS-effekten. Om man däremot binder effekten till en eller flera signaler, så kan tidpunkten när PHS ska verka, bestämmas senare. Man kan t.ex. genom hypnotisk regression framkalla olika känslor, skilja dessa från de känslorframkallande situationerna och betinga dem till toner av olika frekvenser. På så sätt skapas kontroll både över slaget av känsla (tonfrekvens) och graden av känsla (tonstyrka). Liknande tillvägagångssätt kan med fördel användas både i experimentella designer och kliniska tillämpningar (Uneståhl, 1974). I många böcker om hypnos sägs att posthypnotiska suggestioner kan verka i årtal. Detta är naturligtvis fel. Sådana uttalanden bygger på en sammanblandning av suggestionseffekt och signaleffekt.

Om signalordet "ledsen" utlöser känslan glädje, så kommer personen naturligtvis inte att vara glad i flera år framåt utan efter några minuter upp till ett par timmar så har han återgått till sitt normala läge. Nästa gång signalordet ges utlöser det dock på nytt samma effekt. När signaler väl har betingats in, vilket kan ske under en hypnossession ("one trial learning"), så kan dessa fortsätta att verka under mycket lång tid, i årtal, ja t.o.m. hela livet. Alla slags stimuli kan ges signalvärde under hypnos. Det gäller även situationer och beteenden, vilket har stor betydelse vid behandling av t.ex. fobier och problembeteenden. Man kan t.o.m. använda hallucinationer som signaler.

### Amnesi

Amnesi (minnesbortfall) kan vara spontan eller suggererad, total eller gradvis. Förr i tiden ansågs spontan amnesi som ett viktigt tecken på djup amnesi, men de flesta är nu ense om att minnesbortfall av vad som hänt under hypnos inte är ett reliabelt kriterium på hypnos.

De flesta undersökningar gäller suggererad amnesi och där kan man skilja mellan

(Hilgard, 1965):

1. Posthypnotisk amnesi för händelser under hypnos.
2. Posthypnotisk "käll-amnesi", d.v.s. man kommer ihåg det som lärts in men har glömt att och var man lärt sig det.
3. Amnesi under hypnos för tidigare hypnotiska händelser.

Posthypnotisk amnesi är inte detsamma som vanlig glömska utan liknar mer en blockering, en svårighet att få tag i och uttrycka information. Man beskriver det ofta som om en gardin dragits ner eller i orden: "Jag vet att jag har det men jag kan inte få fram det."

På samma sätt som man "glömmer" ett namn men känner igen det när man ser eller hör det, så påverkar hypnotisk amnesi endast direkta men ej indirekta mått på amnesin. När amnesin upphävs genom en ny suggestion eller genom en posthypnotisk signal så kommer materialet omedelbart tillbaka, men har under tiden genomgått samma glömskeprocess som hos en kontrollgrupp utan amnesi. I ett experiment (Uneståhl, 1974) fick 10 försökspersoner post-hypnotiska suggestioner om att siffran och begreppet 6 skulle försvinna vid en given signal. Fpp fick sedan i uppgift att räkna sina fingrar, att räkna från 1 -10 på svenska, engelska och tyska, att skriva 1-10 med arabiska och romerska siffror, att läsa en text med ord som 16, sexkant, sax o.s.v., att utföra en mängd räkneuppgifter, där de flesta innehöll 6 i uppgiften eller i svaret och att rita av en "gubbe", som var konstruerad av 6:or. Av de 10 fpp visade fem fullständig och två en gradvis blockering av 6. Fyra av dessa fem uppvisade blockering inte bara för "sex" utan också för homonymer och synonymer, den femte fpp bara på homonymer. Tre av de fem kunde varken uttala eller repetera ljudet 6.

Visade ett papper fullt med 6:or och tillfrågade om vad det var, gavs svar som pipställ, lockar, musiksymboler.

För att försöka bryta blockeringen användes metoder som - lyssna på röster från en bandspelare, som upprepade 6 med olika tonlägen och röststyrka - löfte om 100 kronor om man svarade "rätt" - men allt utan resultat. Snarare tycktes fpp:s ansträngningar förstärka blockeringen och skapade en känsla av obehag. Alla fpp blev medvetna om att något var galet och de beskrev att de hade det "nästan", "i munnen", "på tungspetsen", men vid varje aktiv koncentration gled det längre bort. Relationen till ansträngning kan också beläggas av att två av fpp så småningom nämnde 6 "av misstag" i samband med deras födelse- och postnummer. På samma sätt lyckades tre av fpp skriva 6 i samband med "automatisk skrift", d.v.s. när armen dissocieras från kroppen och får skriva automatiskt utan viljemässig ansträngning.

Hur länge en sådan blockering kan sitta i undersöktes inte i detta experiment, men i några andra försök (Uneståhl, 1974) fick två fpp gå med en blockering för "förmågan att räkna" och "tyska språket". Hos den ene kom förmågan tillbaka efter ett par dagar, den andre återfick tillgången till tyska språket genom en dröm 14 dagar senare medan blockeringen av räkneförmågan inte försvann spontant utan fick återställas med hjälp av hypnos några veckor senare.

### **Hallucinationer**

Positiva (uppleva något som egentligen inte finns) och negativa (inte lägga märke till något som finns) hallucinationer kan under djup-hypnos framkallas genom suggestioner riktade till ett eller flera av våra sinnen. Ett exempel på en positiv hallucination kan hämtas från Bernheims (1837-1919) klassiska bok: Hypnos och Suggestion i Psykoterapi, (Bernheim 1973).

"Jag hypnotiserade nyligen en mycket intelligent och trovärdig kvinna.

Jag fick henne att se en ros när hon vaknade upp. Hon såg den, rörde vid den och luktade på den. Hon beskrev den för mig. Eftersom hon visste att jag kunde ha givit

henne en suggestion frågade hon mig om rosen var verklig eller inbillad. "Det är fullkomligt omöjligt för mig att se någon skillnad", sa hon.

Sådana skillnader är dock lätta att påvisa. Bernheim själv visade t.ex. att en prisma fördubblade bilden av ett verkligt föremål men inte ett hallucinerat. Han kommenterar:

"Den hallucinerade bilden kan vara lika distinkt, klar och levande som bilden av ett verkligt föremål, men hallucinationen passerar ej genom den perifera synapparaten, den har ingen objektiv realitet och den följer inga optiska lagar. I experiment med negativa hallucinationer, där jag "tagit bort" föremål eller personer från omgivningen, har jag funnit att fpp på olika sätt undviker det som tagits bort. De använder ofta rationalisering i samband med förklaringar av sitt beteende.

Experiment där realiteten i hallucinationer testats med hjälp av autonoma reaktioner har givit motsägande resultat. När Malmö m.fl. (1954) undersökte en hypnotiskt "döv" persons EMG-reaktioner på en ton fann han ett tydligt utslag på första signalen och sedan mindre reaktioner på övriga 9 signaler. Samma mönster uppvisade en hysteriskt "döv" person, medan en organiskt döv person inte visade några reaktioner alls. Black har i sina experiment fått helt andra resultat. I ett försök betingade han först med hjälp av elektriska stötar in en autonom reaktion till en ton av en viss frekvens. Efter att ha gjort fpp hypnotiskt "döv" för den tonen, kunde han visa ett bortfall av de autonoma reaktionerna. Ett audiogram visade samma bortfall även när tonstyrkan höjdes till 67 decibel.

I en serie av komplexa experiment kunde Peterson (1965) visa att stimuleringen som fpp fått en negativ hallucination för inte nådde cortex och att blockeringen därför troligen fanns någonstans på den afferenta sidan. Den hypnotiska hallucinationen tycks orsaka en blockering i något sub - cortikalt centrum, förmodligen i cochlear nudens, vilket hindrar impulsen från den auditiva signalen att fortsätta från cochlear nudens till cortex.

## Några hypnosliknande tillstånd

### Avslappning.

När man vill beskriva hypnos på ett enkelt och lätt sätt, så säger man ibland: "Hypnos är ett tillstånd av djup avslappning" eller "Hypnos är detsamma som suggestiv avslappning". Riktigt så enkelt är det dock inte.

Av kapitlet om induktionsmetoder framgår att de flesta hypnotiska induktionsmetoder innehåller avslappningsinstruktioner, som kan vara kortare eller mer utförliga. Även om det är vanligt, så är det dock inget nödvändigt inslag. Det finns induktionsmetoder som inte innehåller någonting om avslappning och det fanns t.o.m. metoder, som går vägen över ökad spänning. När man väl är inne i ett hypnotiskt tillstånd upplevs det oftast som lugnt och avslappnat. Detta är dock heller inget nödvändigt kännetecken. En patient som under hypnotisk regression upplever en traumatisk händelse kan bli mycket spänd och orolig utan att för den skull gå ur hypnos.

Man kan däremot fråga sig om inte hypnos alltid innebär en slags mental avslappning - ett tillstånd karaktäriserat av en basal trygghet och säkerhet. Detta skulle t.ex. innebära att en patient i hypnos "vågar" gå in i obehagliga händelser och uppleva en ångest, som han har mycket svårare att klara av i vaket tillstånd.

Man hör ibland uttalanden som: "Jag använder mig inte av hypnos behandling utan jag arbetar bara med avslappning". Enligt mitt sätt att se, kan man dock inte säga på det sättet.

Det finns nämligen olika vägar, som leder fram till hypnostillståndet. Vi nämnde förut att det finns induktionsmetoder, där avslappning inte ingår. Å andra sidan kan

avslappning för vissa människor vara en tillräcklig metod för att nå hypnostillståndet. Om jag skulle administrera progressiv avslappning till en grupp människor, så kommer en del av dem bara att känna en lätt avslappning medan andra kommer att uppleva en så djup avslappning och avkoppling att man skulle kunna definiera det som hypnos. Det har alltså inte bara med vad jag gör eller avser utan framförallt med hur människor reagerar på det jag gör. Vi betonar ofta stimulisidan på bekostnad av responsidan. Att säga att "avslappning är det som följer efter en avslappningsinstruktion" eller "hypnos efter en hypnosinduktion" är operationella definitioner, som inte är särskilt meningsfulla i praktiken. En terapeut som "bara" sysslar med avslappning bör därför skaffa sig en kompletterande utbildning i hypnos. Man får då en större insikt i vad som händer med en avslappnad patient. Dessutom öppnar sig då betydligt fler och större möjligheter att hjälpa patienter med olika problem. Ytterligare en fråga som rör interaktionen hypnos och avslappning är om hypnos kan underlätta och öka effekterna av en avslappnings procedur.

Många av de försök som jämfört hypnos och avslappning har metodologiska svagheter, t.ex. genom att inte specificera hur mycket av suggestion som ingått i avslappningsproceduren eller hur mycket av avslappning som ingått i hypnosinduktionen. En relevantare fråga än att jämföra hypnotiska suggestioner om avslappning med avslappningsträning är att undersöka om samma avslappningsträning ger bättre och/eller snabbare resultat om den utförs under hypnos. En annan liknande fråga är om mottagligheten för hypnos också spelar en roll för effekten av avslappningsträningen. För att ta reda på detta utvaldes 24 fpp, 8 från vardera hög-, medel- och lågmottagliga för hypnos (Uneståhl 1974). Gruppen uppdelades i två träningsgrupper, där den första gruppen under 7 sessioner fick träna med ett 25-minuters progressivt avslappningsprogram.

Träningsgrupp 2 lyssnade på samma avslappningsprogram, men det föregicks av en hypnosinduktion, som dock inte innehöll någonting om avslappning. De skattningar som gjordes efter 1:a, 4:e och 7:e sessionen visade att hypnosinduktionen inte ökade effekten av avslappningsträningen. Däremot var mottagligheten för hypnos en viktig faktor för avslappningseffekten. Denna relation fanns redan efter första träningstillfället och ökade sedan i styrka under träningens gång. Sammanfattningsvis kan sägas att även om avslappning är ett vanligt och ibland det dominerande elementet i hypnotiska induktionsmetoder så är det inte ett nödvändigt element varken i induktionsmetoder eller i hypnostillståndet. Omvänt påverkar den individuella mottagligheten för hypnos, men inte hypnostillståndet i sig, effekten av avslappningsträning.

### **Sömn.**

Trots att hypnos är det grekiska ordet för sömn så är de flesta moderna forskare eniga om att sömn och hypnos är två olika, klart avgränsade tillstånd.

Det finns dock likheter. Ser man en hypnotiserad person sitta eller ligga med slutna ögon och andas lugnt och djupt så kan man naturligtvis lika gärna tolka det som sömn. För att avgöra tillståndets natur måste man testa personen. Som vi nämnde tidigare finns det dock former av aktiv hypnos, där en hypnotiserad person uppträder på ett sätt som klart skiljer sig från sömn. På upplevandesidan finns också både likheter och olikheter. Jag får t.ex. ofta höra: "När jag lyssnar på dina band, så somnar jag". Jag brukar då fråga: "När vaknar du?" Svaret blir i regel: "När programmet är slut". Det är då inte fråga om sömn eftersom man fortfarande följer instruktionerna och suggestionerna på bandet, även de som gäller uppvaknande.

Att man kan uppleva hypnostillståndet som sömn beror naturligtvis på att djup avkoppling med åtföljande amnesi eller svaga minnen påminner om upplevelserna vid sömn.

Den uppdelning i upplevande och observerande jag, som sker under hypnos, kan förekomma också under sömn. En sovande person är också i kontakt med vissa aspekter av verkligheten, vilket t.ex. framgår av den selektiva perceptionen under sömn. Möjligheten av "registrering utan perception" kan också ligga bakom den trance logik, som får hypnotiserade att undvika de negativt hallucinerade föremålen, d.v.s. de föremål som de inte "ser".

Det fanns nu studier som visar att höghypnotiserbara fpp även under sömn tar till sig yttre information mer effektivt är låg mottagliga fpp. Speciellt tycks suggestibiliteten i sömnstadium 1 vara relaterat till mottagligheten för hypnos och då speciellt till sådana dimensioner i hypnotisk mottaglighet som hallucinationer och amnesi.

Det har också funnits (och finns fortfarande) forskare som hävdar att hypnos och sömn är fysiologiskt lika eller närbesläktade tillstånd. Den mest kända av dessa är Pavlov, som menade att sömnen var ett tillstånd av fullständig cortical hämning medan det under hypnos fanns vissa retningspunkter, öar av excitation, omgivna av hämning. Hämningen utvecklades i bägge fallen som ett svar på monoton stimulering. Den partiella inhiberingen under hypnos skulle t.ex. förklara varför suggestioner och posthypnotiska suggestioner kunde utgöra absolut verkande stimuli, skilda från det vanliga medvetandet. Pavlovs teorier har förespråkare än idag, inte minst i Östeuropa. Otaliga EEG-mätningar visar dock klart att hypnos ger ett "vakett EEG" med desynkroniserad snabb aktivitet och alpha - aktivitet. Resultaten hittills visar således inga EEG-mässiga likheter mellan hypnos och sömn men det kan inte uteslutas att allt finare analys metoder av cerebrala funktioner tillsammans med avancerad data teknik i resultatbearbetningen komma att hitta fysiologiska likheter mellan de bägge tillstånden. Hypnos och sömn kan naturligtvis interagera och interferera med varandra. Det finns t.ex. många studier av sömn, där hypnos har använts för att inducera och kontrollera experimentvariabler. Som exempel på detta vill jag nämna några experiment, som jag gjorde i slutet av 60-talet (Uneståhl, 1973). Efter en första tillväjningsnatt fick fpp under en vecka sova varannan natt i sömnlaboratoriet. I randomiserad ordning sov man "normalt", hypnotiskt (hypnosen övergick direkt i sömn) och post-hypnotiskt (uppvaknande med posthypnotiska suggestioner om att somna). Resultaten visade vissa men små skillnader mellan sömnkurvorna för de 3 nätterna. Det fanns en liten minskning av EEG-1 och en samtidig liten ökning av REM-sömnen under både "hypnotisk" och "posthypnotisk sömn". Under "hypnotisk sömn" minskade kropps rörelser avsevärt och fpp skattade den nattens sömn som "lugnare" och "mer effektiv".

Sammanfattningsvis kan sägas att hypnos och sömn är två skilda tillstånd av förändrat medvetande. Eftersom sömn - liksom hypnos inte är ett utan flera olika tillstånd hänger likheter/olikheter till en del samman med vilka tillstånd man jämför. Som vi tidigare nämnt speglar de fysiologiska mätningarna mer vad man gör eller upplever under hypnos än själva hypnosen. Det innebär t.ex. att EEG och andra mått på aktivering ger olika resultat beroende på om man sover, drömmer eller är "vaken" under hypnos. Hur länge man på det sättet kan stanna i hypnos är okänt. Den längsta rapporterade tiden härrör från en pilotundersökning (Uneståhl, 1973), där vi under intensivt studium lät en person vara i hypnos under 5 dygn. Under den tiden förändrades inte den normala cykeln av sömn och "vakenhet".

### **Dröm.**

Om sömn är vårt vanligaste alternativa medvetandetillstånd i vilket vi tillbringar cirka 25 år av vårt liv, så är drömmen vårt näst vanligaste. Sammanlagt drömmer vi mellan 5

och 6 år av vårt liv. Skillnaderna mellan oss ligger inte så mycket i drömfrekvensen som i hur mycket vi kommer ihåg av våra drömmar. Eftersom sömnen efter en dröm mycket snabbt släcker ut minnena av en dröm, kan vi i regel bara minnas de drömmar vi haft alldeles innan uppvaknandet på morgonen. Även när vi vaknat upp efter en dröm på natten kan vi minnas drömmen på morgonen. För de terapeuter som arbetar med dröminnehållet innebär detta att man normalt bara har tillgång till en liten del av nattens drömmar. Hypnos kan här vara till stor hjälp. Utifrån lagen om tillståndsbunden inläring underlättar hypnos tillgången till de nattliga drömmarna. Drömmar har hittills alltid varit historiskt material, d.v.s. man har i efterhand rapporterat om dröminnehållet. För första gången har man nu med hypnosteknik lyckats få försökspersoner att rapportera sina drömmar medan man drömmar. I likhet med sömn och hypnos är också dröm och hypnos fysiologiskt skilda medvetandetillstånd. Upplevelsemässigt har de större likheter och en fråga som fortfarande är obesvarad är om träning i självhypnos automatiskt minskar en persons sömn- och drömbehov.

Hypnos har använts både experimentellt och kliniskt för att påverka både drömfrekvens, drömlängd och dröminnehållet. Normalt drömmar vi cirka 20% av natten, uppdelat på 3-6 perioder. De längsta drömperioderna (mätt bl.a. med REM-aktivitet i EEG-1) kommer under senare delen av sömnen och kan omfatta upp mot 50 minuter. Vissa sömnmediciner, alkohol m.m. minskar REM-frekvensen, vilket betraktas som negativa bieffekter, eftersom drömfrekvens och dröminnehåll tycks vara relaterat till det psykologiska välbefinnandet. Genom posthypnotiska suggestioner lyckades Uneståhl (1973) öka REM-periodernas längd med över 50 % och under andra nätter minska drömlängden med upp till 30 %. Detta är ovanligt mycket med tanke på att REM-frekvensen är mycket konstant under normala nätter och med tanke på att belöning i form av pengar bara ändrade drömfrekvensen med +3 %. Posthypnotiska suggestioner är också den effektivaste och mest precisa metoden för att påverka dröminnehållet. Även vaken suggestioner och personens förväntningar kan påverka drömmarna men inte lika starkt. Om försökspersonen posthypnotiskt ges ett tema, så rapporterar han nästan alltid om drömmar där temat finns med. Genom att försvarsmekanismerna minskar under hypnos, så ökar också möjligheterna till drömtolkning. Den enda som har det full-ständiga svaret till sina drömmar är naturligtvis patienten själv och det är därför naturligt att drömtolkning kan och bör ske genom att självtolkningen underlättas. Hypnos erbjuder en sådan möjlighet. Många hypnoterapeuter arbetar också med hypnotiska drömmar, d.v.s. drömmar som induceras under hypnos eller posthypnotiskt. Hypnotiska drömmar skiljer sig fysiologiskt från nattliga drömmar, men har upplevelsemässigt stora likheter och erbjuder samma möjligheter till kontakt med patientens inre värld.

### **Meditation.**

Meditation är ett samlingsnamn för en grupp av metoder utformade kring huvudprincipen: Passiv koncentration utan ansträngning. Koncentrationen kan riktas mot kroppsliga processer som i zenmeditation eller mot ett mantra som i transcendental meditation (TM). Från meditationshåll brukar hävdas att meditation är en speciell form av alternativt medvetande, som klart skiljer sig från vaket, sömn, dröm och hypnos. Som stöd för detta anför man den sänkta aktivering och sänkta metabolism som uppmätts i vissa undersökningar (Wallace, 1970). Detta resonemang är naturligtvis inte riktigt.

Man kan inte jämföra en metod (meditation) med ett tillstånd (hypnos). På samma sätt som med avslappning finns meditativa moment med i de flesta hypnosinduktionsmetoder och meditation kan som ensam metod vara tillräcklig för att leda vissa personer in i ett hypnotiskt tillstånd.

Eftersom hypnosen färgas av det sätt man går in i hypnos och eftersom de psykofysiologiska måtten speglar vad man gör och upplever under hypnos, finns ingen fysiologisk skillnad mellan ett meditativt tillstånd och ett hypnotiskt tillstånd i vilket man mediterar. Detta har visats i flera undersökningar (Walrath & Hamilton, 1975, Gaunitz, 1976). I den sistnämnda undersökningen uppvisade de 23 meditatörerna och de 19 hypnotiserade inga signifikanta skillnader varken i fråga om upplevelse eller på de psykofysiologiska måtten.

Det finns de som begränsar hypnos till en mer målinriktad användning av ett AMT, d.v.s. där man använder tillståndet för att göra något (ge suggestioner, visualisera m.m.) eller för att nå vissa fastställda mål. Meditation skulle då vara kompletterande tekniker, där man låter det alternativa medvetandetillståndet verka genom sina spontana effekter. Man söker nå ett tillstånd av passiv väntan, där målet är total stillhet utan tankar eller bilder.

Den begränsning i definitionen av hypnos, som detta innebär, gör dock att man måste utesluta sådana metoder som "förlängd hypnos". "Förlängd hypnos" innebär nämligen att man stannar i hypnos under timmar (ibland dygn) utan att ge suggestioner eller bilder. En sådan metod har gamla anor (jfr. tempelsönnen) och har med framgång använts på patienter med t.ex. högt blodtryck. Räkner man alltså in "förlängd hypnos" och andra liknande metoder till hypnosområdet, ja då blir meditation en del av hypnos. För att lättare kunna jämföra TM med andra former av självhypnos lät jag 101 meditatörer besvara ett frågeformulär. Detta kompletterades med 14 intensivintervjuer (Uneståhl, 1974). Bland resultaten kan nämnas att kroppssensationer som värme, tyngd och utvidgning av jag gränserna rapporteras på ett sätt som liknar självhypnos. Mantrats funktioner har likheter med signalutlösta posthypnotiska suggestioner. Associationerna till mantrat erhålles under invigningsceremonin, som har en mycket suggestiv karaktär. Mantrat tycks fungera som ett betingat stimulus. Även om mantrat bara ska användas under meditation, rapporterar en del meditatörer att de använder det vid smärta, tandläkarbesök och andra besvärliga situationer. Ljud och andra yttre störningsmoment har ett lägre signalvärde under meditation och självhypnos och registreras mer passivt. Sammanfattningsvis kan sägas att den meditativa och den mer styrda och målinriktade användningen av hypnos är rekommendabla och komplementära metoder, som båda bör ingå i repertoaren både hos den som arbetar med klinisk hypnos och den som använder sig av självhypnos.

## Teorier om hypnos

Den forskning, som bedrivits om och med hjälp av hypnos, har framför allt koncentrerats kring 3 områden:

1. Inducering av hypnos och det hypnotiska tillståndets natur.
2. De hypnotiska fenomenen.
3. Hypnos som experimentell metod vid undersökning av något annat.

En stor mängd hypnosteorier har sett dagens ljus de sista 30 åren. I likhet med fabeln om elefanten, som de 4 blinda männen försökte beskriva genom att känna på djuret, fast på olika ställen, så kan fler talet av dessa teorier endast förklara begränsade aspekter av fenomenet hypnos.

Teorierna kan grupperas i:

- A. Teorier om det hypnotiska tillståndet.
- B. Teorier om den hypnotiska induktionen.
- C. Teorier om mottagligheten för hypnos.

En god hypnosteori måste beakta:

- A.** Det hypnotiska tillståndet med utgångspunkt från den process (induktionen), som leder fram till detta.
- B.** Den kvantitativa och kvalitativa diskontinuiteten i det hypnotiska tillståndet jämfört med vaket tillstånd.
- C.** Skillnaderna mellan responsens storlek och proceduren som åstad kommer responsen, d.v.s. hur en stimulering genom ord kan medföra så ytterst kraftiga responser.
- D.** Individuella differenser i respons till hypnotiska induktions procedurer (hypnotiserbarheten).

### Definationer

Av mängden teorier följer också att det finns många förslag på definitioner av hypnos. Här följer några exempel:

**Conn (1949):** En dynamisk interpersonell relation med före ställning som viktigaste faktor.

**Erickson (1958):** Ett tillstånd av intensifierad uppmärksamhet och mottaglighet och en ökad svarsbenägenhet för idéer.

**Marmer (1959):** Ett psykofysiologiskt tillstånd av förändrad medvetenhet som utmärks av ökad suggestibilitet, begränsad uppmärksamhet och selektiv vakenhet.

**Meares (1961):** En regression till mer ursprungliga funktions-sätt, i vilket idéer accepteras genom suggestioner.

**Kline(1962):** Ett komplicerat reaktionsmönster i vilket stimulusfunktionen radikalt ändras och de verklighetsreglerande mekanismerna blir mer flexibla.

**Orne (1972):** Ett tillstånd i vilket suggestioner kan framkalla hypnotiska fenomen.

**Uneståhl (1973):** Ett tillstånd med subjektiva och kvalitativa medvetandeförändringar, karaktäriserat av en ökad koncentration, en fördjupad avkoppling och en ökad beredskap att svara på suggestioner och föreställningar.

### Teorier

Det finns ingen möjlighet att i ett kort kapitel beskriva eller ens nämna alla de teorier, som har lagts fram om hypnos. Jag kommer därför att nöja mig med att ge exempel på teorier av olika slag.

### Historiska teorier

Som exempel kan nämnas den frenologiska hypotesen om beteendet under hypnos som en direkt funktion av yttre tryck på olika delar av huvudet eller Mesmers teori om hypnos som en yttring av animal magnetism.

### Hypnos som patologisk manifestation

Charcot (1890), Binet (1888) och Janet (1920) betraktade alla hypnos som ett patologiskt tillstånd, ett hysteriskt symtom. Hypotesen om ett samband mellan hypnos och hysteri har dock inte kunnat verifieras. Eysenck (1953) förkastar t.ex. denna hypotes på basis av flera olika undersökningar. De fenomenologiska likheterna mellan hysteriska symtom och vissa hypnotiska fenomen skulle dock kunna tyda på ett gemensamt neurologiskt ursprung.

### Hypnos utifrån neurofysiologiska förändringar

I denna grupp hittar man en mängd teorier, som alla sammanknippar hypnos med förändringar i cerebrala cortex och angränsade regioner. Benett (1871) ansåg att hypnos orsakades av en aktivitets minskning i den vita substansen i cerebrum. Heidenhain (1906) såg den som en hämning av gangliocellerna och Vincent (1948) som



en hämning av vissa mentala funktioner och en stimulering av andra. För Sidis (1912) var hypnos en funktionell dissociation mellan nervceller, medan Hart (1882) talar om cerebral anemi. Mc Dougall (1926) såg hypnosen som en överföring av nervenergi från CNS till vasomotoriska systemet. Eysenck (1947), som ansluter sig till den ideomotoriska hypotesen, menar att hypnos har att göra med de synaptiska nervförgreningarna, den begränsar nervenergin till ett litet antal kanaler. I en värdering av dessa teorier skriver Stukat (1958) att de i sin nuvarande form måste anses som mycket otillfredsställande. Det empiriska stödet för dem är svagare än för andra mer psykologiska teorier

### **Hypnos som en betingad respons**

Den ryske forskaren Pavlov (1934) betonade dels likheterna mellan hypnos och sömn (se kap. 4) men såg också hypnos som ett betingningsfenomen. Han menade att ord, liksom andra signaler, kunde betingas till både inre och yttre stimuli och sedan även orsaka organiska reaktioner. I hypnosen är orden betingade stimuli, som sätter i rörelse betingade, fysiologiska reflexer, vilka är kopior av medfödda, obetingade reflexer. Liknande tankegångar har också framförts av Platonow (1930), som menar att en suggestion är en typisk betingad reflex. Vissa av de hypnotiska fenomenen förefaller dock betydligt mer komplicerade till sin natur än vad som kan förklaras med klassisk betingning. Om man till betingningsprocesser också räknar vanemönster, så blir betingningshypotesen något troligare. Bland vanefenomenen inkluderar nämligen Hull (1933) både suggestioner och ideomotoriska fenomen. Eftersom den ideomotoriska tendensen finns med som en viktig del i andra teorier, så har även teorin om hypnos som en betingad respons fått ett visst experimentellt stöd. Welch (1947) har presenterat en hypotes enligt vilken abstrakt betingning fungerar som bas för hypnosen. Enligt denna hypotes kan en betingad respons bli generaliserad till en komplex stimulussituation på basis av en allmän strukturell likhet. Om hypnotisören t.ex. ger suggestioner om trötthet i ögonen samtidigt som ögonen blir trötta genom ögonfixeringen, så skapas genom en betingningsprocess en tendens att reflexivt ge gensvar på efterföljande suggestioner. På basis av en strukturell likhet sker således en generalisering från en suggestion till alla efterföljande suggestioner.

### **Hypnos som ett dissociationstillstånd**

Janet (1920), Burnett (1925) och Sidis (1910) såg alla hypnosen som ett dissociationsfenomen. Under hypnos skapades ett sekundärt, dissocierat medvetande. En grupp omedvetna minnen och aktiviteter, ett sekundärt jag, tog medvetandeströmmen i besittning. Alla hypnotiska fenomen förklaras genom en inbördes splittring från varandra av olika cerebralt styrda funktioner. Suggestionshandlingarna karaktäriseras av att gamla beteendemönster upprepas utan att logiskt relateras till den förhandenvarande situationen eller till den organiserade personlighetens behov. Därför upplever man den suggererade handlingen som främmande från sitt jag eller också är man helt omedveten om den. Handlingen integreras inte i den medvetna personligheten. Fakta talar emellertid för att de dissocierade elementens autonomi bara är skenbar. Retroaktiv hämning har t.ex. påvisats vid successiva inlärningsförsök i växelvis hypnos och vaket tillstånd (Mitchell 1932). Det har i själva verket aldrig kunnat visas att funktionell autonomi kan uppträda mellan de dissocierade elementen. Detta gäller även spontan dissociation som hos multipla personligheter. Orne (1959) införde begreppet "trance logic" för att bl.a. belysa dissociationens roll i hypnos. Vid en jämförelse mellan hypnotiserade försökspersoner och simulanter fann han att "trance logic" var en av de faktorer som skiljde grupperna åt. De hypnotiserade personerna kunde utan att bli förvirrade blanda perceptioner från verkligheten med suggestioner. De kunde t.ex. ha två synbilder på en gång av en

person som vistades i rummet, en faktisk och en suggererad. Trancelogiken tycks motsvara innebörden i primärprocess tänkandet, vilket ju kännetecknas av prelogiska drag. Weitzenhoffer (1953) gör gällande att om man begräsar dissociationsbegreppet till avskiljandet från medvetandet av en grupp mentala processer, så kan det användas som förklaringsmodell till hypnos. Dissociationen ses då inte som orsak till hypnos eller uppkommen genom hypnos utan hypnosen använder sig snarare av den redan existerande dissociationen mellan medvetna och omedvetna processer. Dissociation i denna bemärkelse representerar närmast en förträngning av medvetandet, varvid successivt alltfler stimuli selektivt avskiljs. När personen nått djup hypnos så utgör hypnotisörens röst den enda stimuliekällan. Hilgard (i Uneståhl, 1975) har lagt fram en neodissociations teori, där han talar om specialiserade kognitiva kontrollstrukturer, som opererar relativt autonomt. Sådana processer finns ju också i vaket tillstånd, t.ex. det homeostatiska kontrollsystemet, selektivt lyssnande eller en musiker, som samtidigt sköter noter, fingerplacering, rytm m.m. Dessa autonoma undersystem lyder under den centrala kontrollstrukturen, som utgörs av det exekutiva jaget. Detta sköter planeringen och har tillgång till minnen och tidigare erfarenheter. Hypnos verkar framför allt genom att förändra hierarkin i detta system. Det exekutiva jaget försvagas men försvinner inte helt. Den medvetna och observerande delen kan t.ex. rapportera att en stark smärta i en arm helt försvinner, när armen dissocieras med hjälp av hypnos. Samtidigt kan man dock genom t.ex. automatisk skrift få rapporter om att en del av personen ("the hidden observer") trots allt upplever smärta, även om den är relativt svag.

### **Hypnos som målinriktad strävan**

White (1943) definierar hypnos som en meningsfull, målinriktad strävan med målet att uppträda som en hypnotiserad, såsom detta definieras av hypnotisören och förstås av subjektet. Denna tolkning ger naturligtvis de motivationella faktorerna en central roll i hypnos dynamiken. White delar in dessa i manifesta och latent behov.

Motivationsfaktorerna ligger också bakom det slag av hypnos, aktiv eller passiv, som en individ utvecklar. White menar dock att personen förutom rätt motivation också måste ha en förmåga att gå in i ett annorlunda mentalt tillstånd.

Det inträder när referensramen, som i vaket tillstånd har till uppgift att ge mening och innehåll åt alla upplevelser, upphör att fungera.

### **Hypnos som ett rolltagande**

Sarbin (1950) utvidgade White's teori och uttryckte den i social-psykologiska termer. Framgången i individens strävan att uppträda som en hypnotiserad är enligt Sarbin en funktion av tre faktorer:

1. Gynnsam motivation.
2. Rollperception.
3. Förmågan till rolltagande.

Rollperceptionen beror dels på individens föregående erfarenhet av denna eller liknande roller dels på "regissörens" rolldefinition. Förmågan till rolltagande hänger samman med individens föreställningsförmåga. Sarbin placerar in hypnosen på ett kontinuum, som han karaktäriserar som en medvetande omedvetande eller en rolltagande dimension: Extatiska tillstånd och mystiska upplevelser - Hysteri - Hypnos - "Heated acting" - "Technical acting".

I det tekniska rollspelet kan personen klart skilja mellan jaget och rollen, medan dessa mer och mer smälter samman i hypnos och hysteri för att sedan i extasen bli helt odifferentierade.

### **Hypnos som en förändrad realitetsorientering**

Shor (1959) tog upp och vidareutvecklade den andra delen av White's teori. Han

kallade dock referensramen för "den normala generaliserade realitetsorienteringen." För att den ska agera som en kognitiv superstruktur i medvetandebakgrunden fordras en aktiv mental ansträngning, som vanligtvis ej är medveten. Varje tillstånd, där denna realitetsorientering har försvagats till ett icke funktionellt omedvetande, kan kallas trancetillstånd.

Hypnos kan ses som en kombination av två fundamentala processer. Den första är uppkomsten av en speciell och temporär orientering till en begränsad grupp av stimuli och den andra är försvagandet av realitetsorienteringen. Ett bra hypnosobjekt kan då definieras som en person som har förmåga att uppge sin vanliga realitetsorientering och samtidigt bygga upp en ny orientering till verkligheten. Denna blir temporärt den enda möjliga realiteten för honom i hans fenomenella medvetande.

### **Psykoanalytiska teorier**

Freud (1952) såg i hypnosen ett libidinöst-masochistiskt element, där hypnotisören betraktades som en symbol för den hypnotiserades överjag. Andra mer moderna teorier placerar snarare tonvikten på jaget och talar om en regression till en narcissistisk jag organisation eller om en regression i jagets tjänst.

Psykoanalytiska teorier ser alltså hypnosen som en överförings situation.

Överföringens natur beskrivs med ledning av drömmaterial m.m., tolkat i enlighet med analytiska principer. Dessa data kommer ofta från mycket små sampel, ibland från en enda individ. Kubie och Margolin (1944) talar om tre stadier i den hypnotiska processen:

- 1.** En progressiv eliminering av alla kanaler av sensorisk-motorisk kommunikation mellan individen och yttervärlden med undantag av den kommunikationskanal, som finns mellan individen och hypnotisören. Som en följd av detta blir hypnotisören temporärt den enda representanten för yttervärlden. Hypnotisören intar här samma roll som föräldrarna gör för det lilla barnet. Denna reduktion av sensorisk-motoriska kanaler utplånar jaggränserna hos individen, vilket medför en psykologisk fusion mellan hypnotisören och individen.
- 2.** När en fusion uppkommit inträder den andra fasen i processen. Individen kan nu ej längre skilja hypnotisörens ord från sina egna tankar. Detta möjliggör olika fenomen, som bygger på passiv suggestibilitet. Begränsningen av de sensoriska-motoriska kanalerna inducerar och möjliggör också hypnagogiska drömbilder. Dessa öppnar i sin tur vägen till gömda minnen och med dessa förknippade emotionella upplevelser.
- 3.** Det fullt utvecklade hypnotiska tillståndet kännetecknas av ett partiellt återutvidgande av jaggränserna och ett införlivande av en fragmentarisk bild av hypnotisören. Detta motsvarar den fas i barnets jagutveckling, där jaggränserna gradvis ökas och förädrabilden bevaras som omedvetet införlivade komponenter. Hypnos kan sålunda ses som ett experimentellt återupprepande av en naturlig utvecklingsprocess.

### **Trefaktorteori**

Weitzenhoffer (1953) har lagt fram en teori, där han ser hypnos som en interaktion mellan tre olika mekanismer:

- 1.** Homoaktion och den ideomotoriska tendensen, den process varigenom bilder och suggestioner framkallar subliminala motoriska

svar, som ökar i styrka vid upprepning.

**2.** Heteroaktion, en generalisering av svarsstyrkan till alla hypnotisörens suggestioner, baserad på abstrakt betingning.

**3.** Dissociation, en selektiv avskiljning av alla stimuli förutom de, som kommer från hypnotisören.

Den ideomotoriska tendensen finns alltid närvarande, men latent. Den förutsätter närvaron av en kontrollmekanism, som fungerar som en hämningsmekanism. Tendensen är primär, medan kontrollmekanismen är inlärd. Vi lär oss att skilja på föreställningen om en händelse och händelsen själv. I emotionellt laddade ögonblick försvinner dock ofta denna skillnad. Det är troligt att styrkan i den ideomotoriska tendensen och/eller styrkan i kontrollmekanismen varierar mellan människor. Hysteriker borde t.ex. ha en starkare ideomotorisk tendens och/eller en svagare kontrollmekanism. Det är emellertid lika sannolikt att det är kontrollmekanismens flexibilitet och inte dess styrka, som varierar. Vad Sarbin kallar "som om" funktionen torde syfta på förmågan att aktivt skjuta kontrollmekanismen åt sidan och ge den ideomotoriska tendensen fritt spelrum. Detta skulle då möjliggöra att t.ex. häva hungerkontraktioner i magsäcken bara genom att man föreställer sig att man äter. Försvagningen av kontrollmekanismen, varigenom ideomotoriken får fritt spelrum, är sannolikt en central faktor i hypnos. Eftersom kontrollmekanismen är inlärd bör försvagningen vara jämförbar med en temporär extinktion. Hull (1933) visade att den primära suggestibiliteten kännetecknades av en positiv och kumulativ homoaktion, men inte av hetero-aktion. Eftersom hypnosinduktioner i regel startar med suggestioner av den primära typen (avslappning, muskelreaktioner), så spelar alltså homoaktion den största rollen i det initiala skedet. Initial-suggestibilitetens mekanism är alltså den ideomotoriska tendensen.

Genom homoaktion (neuromotorisk svarsförstärkning) byggs svars styrkan upp och svaret övergår från att ha varit latent till overt och från knappt märkbart till allt starkare.

Även om homoaktion är mekanismen bakom all primär suggestibilitet, så svarar den inte för mer än 50 % av variansen i hypnotiserbarheten. När suggestibiliteten genom homoaktion har stegrats upp till en viss nivå (den för hypnotiska nivån), så tar därför en annan mekanism vid.

**2.** Denna mekanism är heteroaktion, en generalisering av suggestibiliteten. Under induktionens gång blir denna gradvis alltmer dominerande och dess verkningar börjar maskera homoaktionen. Det tillstånd som uppträder när den heteroaktiva hypersuggestibiliteten börjar dominera kan man kalla hypnos. Hypnotisörens suggestioner har nu förvandlats till stimuli av faktisk, icke-symbolisk karaktär.

**3.** Under det att hypnosen fördjupas inträder dissociationen som en tredje faktor i dynamiken. Vid djup hypnos har alla stimuli utom hypnotisörens röst starkt försvagats eller helt försvunnit från försökspersonens medvetande. Hur snabbt man går ned i hypnos hänger samman med hur tidigt som generaliseringen och dissociationen inträder. På samma sätt beror hypnosdjupet på graden av uppnådd generalisering och dissociation.

### Utvecklingsteori

Som ett exempel på teorier, som framför allt sysslar med mottagligheten för hypnos, kan nämnas Makarna Hilgards utvecklingsteori (1970), som grundar sig på ingående djupintervjuer med över 500 försökspersoner.

Teorin innehåller en flervägs tolkning av hypnotisk mottaglighet, som innebär att

slaget och graden av intressen och aktiviteter under uppväxttiden är av avgörande betydelse för hur den hypnotiska mottagligheten utvecklas. Vissa aktiviteter bibehåller och tränar upp individens förmåga att gå i hypnos, medan andra verkar hindrande. Exempel på den första typen är läsning under emotionellt engagemang, religiösa och estetiska intressen (musik), äventyrliga aktiviteter som medför nya upplevelser, dvs. överhuvudtaget intressen som stimulerar fantasi och inlevelseförmåga.

Utifrån erhållna data uppställer Hilgard sju hypoteser:

- 1.** Alla normala barn är födda med anlag att utveckla förmågan till djupa hypnotiska erfarenheter. Den hypnotiska förmågan behöver alltså inte läras in men kan däremot förloras. Shor (1959) har givit uttryck för samma uppfattning: " Det märkliga är inte varför vissa personer kan nå djupa trancetillstånd utan snarare varför andra inte kan göra det."
- 2.** Ett barns förmåga att frigöra sig från realitetsorienteringen och bli djupt engagerad i fantasi eller äventyr kan bevaras, om erfarenheter av detta slag tolereras och uppmuntras i barndomen.
- 3.** Det finns troligen en kritisk period under vilken denna förmåga antingen bevaras eller förloras.
- 4.** När en lämplig bakgrund väl har skapats för att bibehålla den naturliga kapaciteten för engagemang, förstärker nya intressen av detta slag denna förmåga även upp i vuxen ålder.
- 5.** Inflytande från och identifikation med föräldrarna är mycket viktigt för att bibehålla, öka eller reducera hypnotisk mottaglighet.
- A.** Likhet i temperament med förälder av motsatt kön gynnar den hypnotiska mottagligheten, oberoende om föräldern själv är mottaglig.
- B.** Likhet i temperament med förälder av samma kön gynnar den hypnotiska mottagligheten om föräldern själv är mottaglig, men motverkar den om föräldern icke är mottaglig.
- 6.** Icke alla från mentalhygienisk synpunkt gynnsamma föräldrar attityder är befrämjande för mottagligheten, och vice versa.
- 7.** Individuella erfarenheter av olika slag kan resultera i selektiva responsmönster inom den hypnotiska mottagligheten.

En viktig sak i teorin är att hög aktivitet i ett av de positiva intressen områdena ger en lika hög hypnotiserbarhet som om aktiviteten varit hög på flera områden. Det är alltså fråga om en flervägs teori, där det vanliga additiva antagandet vid användning av de flesta test inte gäller. Eftersom måttet inte utgörs av slutsumman så leder alltså ett måttligt intresse inom många intresseområden inte till hög mottaglighet för hypnos. De uppenbara svårigheter, som alltid funnits när det gällt att predicera hypnotisk mottaglighet, skulle alltså kunna bero på att det finns flera alternativa vägar som leder fram till hypnos.

### Slutord

En generell svaghet hos många hypnosteorier har varit att de försökt förklara hypnos genom huvudsakligen en enda faktor. Det visar sig omöjligt att förklara alla hypnotiska fenomen, om man ser hypnosen uteslutande som ett sömntillstånd, ett betingningsfenomen eller ett dissocierat tillstånd. Man måste tänka sig hypnos som multipelt determinerad. Den måste ses som resultatet av en dynamisk interaktion

mellan flera simultant och/eller successivt verksamma faktorer av både fysiologisk och psykologisk natur. Det har varit speciellt svårt att på det fysiologiska och neurofysiologiska området hitta teorier, som kan förklara hypnotiska fenomen. Som nämnts i tidigare kapitel har det också varit svårt att hitta fysiologiska kriterier på hypnos, eftersom de fysiologiska mät värdena mer speglar det man gör och känner under hypnos än de speglar själva det hypnotiska tillståndet. I samband med att forskningen omkring lateralitet och hemisfärspecificitet vuxit fram har det dock blivit allt vanligare att betrakta hypnos som ett "hemisfäriskt skift". Vi ska därför behandla den teorin separat och mer utförligt i nästa kapitel.

### **Hypnos som ett hemisfäriskt skift**

De förändringar som sker i ett förändrat medvetandetillstånd av typ hypnos kan mycket väl relateras till de specifika funktioner som nu allt oftare tillskrivs våra två hjärnhalvor. Synen på våra hjärnhalvors roll har genom århundradena gått från uppfattningen att hela hjärnan är inbegripen i varje funktion över till tron på den vänstra hjärnhalvan som den viktiga och dominerande över till en i dag allt vanligare uppfattning att båda halvorna utgör lika viktiga bidrag till mänskligt liv genom sina respektive specialiteter. Skador på eller utslagning av den ena hjärnhalvan leder till funktions förändringar, som är annorlunda än vid motsvarande åtgärder på andra halvan. Kunskap om lateralitet eller hemisfärspecificitet har erhållits genom bl.a. följande metoder:

1. Studier av relationen mellan lokalisation hos och effekten av hjärnskador.
2. Experiment med "split-brain" patienter, där förbindelsen (corpus callosum) mellan vänster och höger hjärnhalva skurits av.
3. Utslagning av en hjärnhalva genom droger (sodium amytal) eller elchock.
4. Kartläggning av hjärnans områden genom elektrisk stimulering med hjälp av elektroder.
5. Intra och interindividuella EEG-mätningar (a) och evoked potential.
6. Registrering av cerebralt blodflöde (David Ingvar) och andra mått på cerebral metabolism.
7. Mätningar av anatomiska skillnader (t.ex. temporal loben) De experimentellt verifierade skillnaderna i de båda hemisfärernas funktionssätt har visat en slående överensstämmelse med många av de dualistiska uppdelningar av tillvaron, som varit så vanliga både i vår och andra kulturer. För många människor står idag den vänstra hjärnhalvan som en symbol för det västerländska betonandet av analyserandet, sönderplockandet, det överdrivna intellektualiserandet, språket som maktfaktor och den viljemässiga ansträngningen. Den högra hjärnhalvan har å andra sidan fått representera de outnyttjade resurserna, den kreativa, intuitiva och känslomässiga sidan, helhetsperspektivet och visionerna. Det är dock viktigt att komma ihåg att detta i stor utsträckning är en modell som i många stycken fortfarande saknar vetenskaplig verifiering.

David Ingvar fann t.ex. en liten, men signifikant skillnad i blodflödet mellan hemisfärerna men kommenterar det så att han var mest imponerad av likheten i blodflödet mellan de 2 sidorna även i en så lateraliserad uppgift som tal.

Innan jag lämnar över till en övertygad förespråkare för den högra hjärnhalvan, vill jag gärna citera slutorden i en bok som på ett utmärkt sätt ger en översikt över var forskningen står idag (Springer/Deutsch, 1981). "Upptäckten av olikheter i

hjärnprocessen leder till idéer om att mentala processer kan förklaras på detta sätt. Vissa av dessa förslag bygger på otillräckliga data men de är första steg på den långa vägen att förstå hjärnan och oss själva."

"De som har en jämförelsevis direkt vision av fakta är ofta oförmögna att översätta sina visioner i ord, under det att de som har orden i sin makt vanligen har förlorat sin vision. Det är delvis därför som den högsta filosofiska kapaciteten är så sällsynt.

**Bertrand Russell**

"Tänkaren torkar sitt äpple, känslan vattnar sin ros."

**Harry Martinsson**

"Upp till trettio års ålder och strax däröver gav mig poesi av alla slag stort nöje... Jag har också sagt att bilder förr gav mig avsevärd glädje och musik stor glädje. Men nu kan jag sedan många år inte stå ut med att läsa en enda rad poesi... Jag har också förlorat min smak för bilder och musik. Min själ tycks ha blivit en sorts maskin, som mal fram allmänna lagar ut ur stora faktasamlingar, men varför detta har fått de hjärndelar, av vilka det "högre skönhetsinnet" beror, att förtvina, kan jag inte förstå. Om jag fick leva mitt liv igen, skulle jag ha gjort det till en regel att läsa en del poesi och lyssna till musik åtminstone en gång i veckan. Kanske skulle de delar av min hjärna, som nu förtvinat, ha hållits vid liv genom användning. Förlusten av detta skönhetsinnet är en förlust av lyckan och kan troligen också vara skadligt för intellektet och ännu troligare skadlig för moralen, genom att försvaga den känslomässiga delen av vår natur."

**Ur Charles Darwins självbiografi**

Tanken och känslan var för länge sedan inte uppdelad på det sätt den är i vår kultur idag. Detta kan exemplifieras av att orden kunna och känna har ett gemensamt ursprung, de har alltså en gång haft en och samma betydelse. Att få insikt, förståelse i någonting var alltså en gång både en förståelse och ett inkännande i sammanhanget. Hjärnforskningen har under de sista 20 åren visat att vår hjärna är uppdelad i två stora funktionella halvor, inte bara anatomiska. Man har på olika sätt kunnat visa att den vänstra hjärndelen är den intellektuella, analyserande, pratande, medan den högra hjärnhalvan är konstnärlig, artistisk, syntetiserande, skapande. Enligt en av forskarna, psykologen Robert Ornstein är denna nya kunskap ett av nittonhundratalets viktigaste vetenskapliga rön. Många av funktionerna på storhjärnans två halvor är korsade. Sålunda styr höger hjärnhalva vänster hand och tvärtom.

Likaså finns det en korsning av funktionerna för öronen, men denna är inte så uttalad, som när det gäller händernas funktion. Det betyder att ljud som går in genom höger öra i större utsträckning kopplas över till vänster hjärnhalva och tvärtom. Vad beträffar seendet finns uppdelning så, att höger halva av synfältet från båda ögonen går till vänstra hjärnhalvan, medan vänstra halvan av synfältet går till den högra. Vad beträffar luktsinnet har man inte kunnat påvisa någon sådan överkorsning, utan lukter från vänster näsborre går till vänstra hjärnhalvan och vice versa. Den nya förståelsen av hjärnans olika funktioner går tillbaka ända till 1950-talet då Roger Sperry, 1981 års nobelpristagare i medicin, och hans medarbetare, Ron Myers, började göra försök med klyvning av förbindelsen mellan de båda hjärnhalvorna på djur.

Nästa viktiga steg kom 1962, då Joseph Bogen för första gången genomförde en liknande operation på människa, detta för att få kontroll över en obotlig och mycket våldsam form av epilepsi hos en 48-årig krigsveteran. Effekterna av operationen var dramatisk, epilepsin försvann helt och det ledde till att ett antal andra svåra epileptiker fick samma behandling. Ett annat förfarande, som också kastat mycket ljus över tu delningen av vår personlighet är den s.k. Wada - proceduren.

Det är en halv-sidig narkos, som ges till patienter, som ska opereras i hjärnan, detta för att man vill avgöra var deras språkcentrum ligger.

Det går så till att man sprutar in bedövningsmedel i en artär som går till antingen höger eller vänster hjärnhalva. Om man bedövar den vänstra hjärnhalvan, och samtidigt visar en bild för försökspersonen, är det omöjligt för denne, att när bedövningen släppt, säga vad han sett. Däremot kan försökspersonen direkt känna igen objektet när det visas i bild. Den under proceduren vakna högerhjärnan har kvar minnet av vad den sett. Den psykiatriska innebörden av detta enkla test har ansetts vara av utomordentligt stor betydelse. Man har menat att denna procedur visar, att man kan ha minnesmaterial, som påverkar beteendet i högerhjärnan men att detta minnesmaterial samtidigt kan vara helt onåbart och omöjligt att uttrycka för vänsterhjärnan.

Den freudianska modellen med det undermedvetna, som ett jättelikt isberg utanför och bortom det medvetna tänkandet, får här ett anatomiskt korrelat. Man har också studerat människor, som har antingen den vänstra eller den högra hjärnhalvan skadad. Man har då t.ex. visat att människor med högerhjärnskada visade klart nedsatt "emotionell förmåga". Sålunda kunde Heilmann och andra forskare vid Florida-universitetet 1975 visa att om man lät patienter med hjärnblödningar på vänster resp. höger hjärnhalva lyssna på meningar med de tre emotionerna, vrede, lycka, sorg samt en mening med neutralt stämningsläge, så kunde patienterna med vänsterhjärnskada, d.v.s. intakt högerhjärna, korrekt identifiera den känslomässiga innebörden i 64 % medan de med högerhjärnskada bara kunde uppge den rätta "känslofärgen" i 26 %.

Eftersom chansen att gissa rätt var 25 % kunde man därmed fastslå att alla högerhjärnskadade patienter var full-ständigt okänsliga för den emotionella tonen i vad de hörde. Kunskap om människor med kluven hjärna som uppkommit på icke-kirurgiskt sätt finns också, om också i ett mycket litet fåtal. Sålunda publicerade Ischlondsky 1955 en beskrivning av en kvinna med två helt olika personligheter och man kunde utifrån denna beskrivning få en bild av hur de olika hjärnfunktionerna hos henne fungerade. Sexualiteten var t.ex. en funktion av hennes högra hjärnhalva.

Ett annat sätt att temporärt "halvera personligheten" har en av Sovjetunionens ledande neurofysiologer Wadim Deglin noggrant beskrivit. Man kan nämligen ge halvsidig elchock och kan därmed för ett kortare tag få en separering av de olika hjärnhalvornas funktioner.

Deglin beskriver att en människa som har fått en temporär utslagning av sin högerhjärna blir mycket talför, ibland excessivt talför, hans vokabulär blir varierad och svaren mer uttömmande och detaljerade. Men samtidigt har rösten förlorat i uttrycksfullhet, den blir monotonare, färglösare, kort sagt tråkigare. Likaså kan en patient med denna tillfälliga utslagning av högerhjärnan inte heller avgöra på andra röster i vilket känsloläge de befinner sig. Sådana emotioner som vrede, lekfullhet, entusiasm kunde försökspersonen inte identifiera och han kunde inte heller skilja en manlig och en kvinnlig röst från varandra. Och naturliga ljud och icke språk bärande ljud som hosta, buller, skratt kunde inte heller vänsterhjärnan tolka.

Likaså kunde man visa att denna människa var temporärt tondöv, och att han inte kunde sjunga med i eller känna igen välbekanta melodier. Patientens förmåga att uppleva former och färger var kraftigt försämrade och om man t.ex. visade fram trianglar med olika färg kunde han inte uppfatta att de två trianglarna var lika. Synminnet tycktes också vara helt borta. Det rum, som patienten varit välbekant med, föreföll honom helt främmande när högerhjärnan för en tid var satt ur funktion.



Detta är forskningsresultat, som redan slagit igenom och fått sin praktiska tillämpning i Sverige, antalet unilaterala elchocker har som psykiatrisk behandlingsform ökat kraftigt. Ytterligare ett sätt att mäta de olika hjärnhalvornas aktivitet är registrering av den elektriska aktiviteten via s.k. elektroencefalografi, EEG.

Sålunda har Ornstein och Galin kunnat påvisa att när en försöksperson går från en verbal uppgift till en spatial uppgift, får man en EEG-verifierad aktivitetsändring till förmån för den högra hjärnhalvan. Ett enkelt sätt att undersöka de olika hjärnhalvornas funktioner hos normala människor är s.k. "dichotic listening text". Det innebär att man sätter hörlurar på försökspersonen och i de bägge öronen spelar upp t.ex. olika melodier eller olika ord. Man kan då få fram försökspersonernas benägenhet att höra musiken bättre i det vänstra örat och orden i det högra. Arbetsfördelningen mellan öronen är dock inte så påtaglig som mellan ögonen, men den finns där ändå och är tillräckligt stor för att kunna testas. Med denna typ av test har man kunnat visa att även så små barn, som 3 månaders spädbarn har klara skillnader i sina funktioner vad hjärnhalvorna beträffar.

Ett av de vanligaste testen bygger på att man utnyttjar uppdelningen av de olika synfältens projicering på de två hjärnhalvorna. Med hjälp av detta test kan man projicera olika budskap till de olika hjärnhalvorna. Det finns också en del kunskap att hämta från det ytterst lilla fåtal patienter, som fått hela vänstra hemisfären borttagen, detta som ett led i försöket att bota patienten från en växande tumör. En 47-årig man, som testades 5 månader efter operationen hade en icke-verbal begåvning över genomsnittet. Den verkade alltså inte ha påverkats av operationen. Inledningsvis förmodade Darwin i sin självbiografi att hans högerhjärna genom bristande användning förtvinat.

Nyligen publicerade Charles Golden och fem medarbetare en rapport från University of Nebraska Medical Centre, där man undersökt bl.a. alkoholister med hjälp av s.k. datortomografi. Man fann för det första att normal-personen hade en mindre tät höger hjärnhalva jämfört med den vänstra. Hos alkoholisterna var det tvärtom, där var den vänstra hjärnhalvan mer "uppluckrad". Kan det vara så att högerhjärnan med sina utvecklingshistoriskt äldre funktioner är stryktåligare och därför inte lika lätt skadas av alkohol, som den evolutionsmässigt yngre vänstra hjärnhalvan? Vänsterhänta människor är speciellt intressanta beträffande lokaliseringen av de olika hjärnfunktionerna. Rasmussen kunde sålunda 1977 påvisa att av 262 undersökta vänsterhänta och "dubbelhänta" människor hade ändå 70 % talet i vänster hjärnhalva, medan 15 % hade språkcentrum lokaliserat till bägge hjärnhalvorna och 15 % till höger hjärnhalva enbart. Jerre Lewy, 1977, har kunnat konstatera att de vänsterhänta som skriver med "inverterad" hand, alltså håller handen ovanför den skrivna raden, när de skriver, är nog till 100 % "maskerat" högerhänta, d.v.s. har språkcentrum i den vänstra hjärnhalvan.

Många menar nu att västerlandet i alltför hög grad är vänsterhjärna mästrat och skulle må mycket väl av att också högerhjärnans funktioner odlades, utvecklades och tillämpades. Blakeslee kommenterar detta på följande sätt: "Ett skrämmande stort antal intellektuella har tappat känslan för det verkliga". Inom skolväsendet sker det en selektion, som är olycklig, enligt Blakeslee.

Denna selektion eliminerar de intuitiva tänkarna från höga poster inom utbildningsväsendet. Människor, som har börjat med en god intuitiv känsla för lärandets konst, har ofta "utbildat bort" denna förmåga på vägen mot doktorsgraden.

Att dessa tankegångar kommer att stöta på kraftigt motstånd från de ensidigt intellektuella är dock att vänta, då en av svårigheterna med att lära högt verbaliserade människor att använda sina högerhjärnor är det faktum, att de har svårt att tro att de

har ett icke-verbalt medvetande. Deras förmåga till att uppleva "här och nu" är ofta rudimentär. Högerhjärnan är alltså betydligt konstnärligare än den vänstra och detta yttrar sig på många sätt och har även utnyttjats inom psykiatrin. I t.ex. Rorschach-testet, en ostrukturerad och dubbel symmetrisk bläckfläck, kan den helhets seende högerhjärnan utläsa bilder och gestalter. En del könsskillnader kan också förklaras utifrån dessa nya kunskaper om hjärnhalvornas olika funktioner. Kvinnan förefaller vara mindre "lateraliserad" än mannen. Hon är därmed specialiserad i sitt användande av de olika hjärnhalvorna, men samtidigt tycks det också vara så att hjärnhalvorna där vid lag på sätt och vis har en bättre synkronisering, samverkan.

Språkcentrum sitter alltså för det mesta i vänsterhjärnan men det tycks ändå vara så att högerhjärnan inte är helt stum. Jag har personligen upplevt många människor, som haft hjärnblödning på sin vänstra hjärnhalva, men som trots detta visat sig kapabla att sjunga sin barndoms psalmer, visor och också "vid behov" kunnat svära. Det förefaller alltså vara så att ett språk, som är kraftigt emotionellt laddat, återfinns i den högra hjärnhalvan. Likaså har EEG-mätningar under poesiläsning visat reaktioner över höger hjärnhalva.

Upplevelsen av musik är en högersidig funktion medan t.ex. notläsning är vänstersidig. I en studie med "Dichotic Listening Test" vid Columbiauniversitetet lär man otränade människor och musik studerande som studerat 4 år eller mer lyssna till musik. Det överraskande var att de vanliga människorna hade den förväntade normala vänsteröra beredskapen för melodier, medan de med musikalisk utbildning tenderade att uppfatta melodierna med sitt högra öra. Det kan betyda att musikutbildning kan förvandla musikupplevelandet från att vara en stämningsfylld högerhjärna upplevelse till en hårt styrd intellektuell vänsterhjärna prestation.

Även om det slutgiltiga känslomönstret för de olika hjärnhalvorna inte kan anses vara helt klarlagt, så tycks högerhjärnan vara betydligt känslostarkare än vänsterhjärnan.

Detta kan exemplifieras av de två i hela världen överlevande fallen av borttagande av vänster hjärnhalva, som har gjorts i barndomen, och som senare kunnat studeras i detalj. I det ena fallet rörde det sig om en 10-årig flicka, som när föräldrarna fick bedöma hennes känslomässighet efter operationen, ansåg att hon var lika kapabel som tidigare att prestera kärlek, likaså var humorn oförändrad.

Att också sexualiteten i hög grad är högerhjärna styrd kan exemplifieras av ett annat liknande fall, där samma typ av operation gjordes. Trots ingreppets omfattning rapporterade hustrun att mannen bevarade en normal och fullständigt oförändrad förmåga till adekvat sexualitet. Cohen, 1976, kunde också med hjälp av EEG-undersökningar visa att en rad försökspersoner fick en kraftig högerförskjutning av hjärnaktiviteten i samband med orgasm. En av försökspersonerna uppvisade en nära tre timmar lång högerhjärna dominans i anslutning till sitt sexuella klimax. Sömn- och drömstudier talar också för att det sexuella beteendet "hör hemma" i högerhjärnan.

Studier har ju visat att mannen redan som spädbarn och högt upp i seniet regelbundet får erektion i samband med drömmarna d.v.s. den s.k. REM-sömnen, alltså den nattliga hjärnaktivitet, som kommer från den högra hjärnhalvan.

Samma sak har visats för kvinnor och deras s.k. "våta drömmar", den vaginala sekretion som sexuell stimulering leder till hos kvinnan, uppträder också hos henne bara i samband med REM-sömnen.

Högerhjärnan är alltså i sitt sätt att tänka mera syntetisk, ser helheter och ser samband på ett sätt som inte vänsterhjärnan kan göra. Max Planck, fadern till kvantumteorien,

skriver i sin självbiografi att den skapande vetenskapsmannen måste ha: "En livlig, intuitiv föreställningsförmåga för nya idéer, inte skapade genom deduktion utan genom artistisk, kreativ fantasi." Matematikern Jacques Hademard (1945), visade i en undersökning av mycket framstående matematiker i USA, att de nästan inte alls använde vänsterhjärnan när de tänkte kreativt. De använde sig istället av högerhjärnans visuella och t.om. kinestetiska föreställningar. Sålunda svarade t.ex. Einstein om dessa komponenter i tänkandet: "Det ovan nämnda elementet i tänkandet är för min del av visuell och en del av muskulär typ. Konventionella ord och andra tecken måste med möda sökas fram på ett senare stadium."

Nattetid förefaller hjärnaktiviteten pendla mellan de två hjärnhalvorna och drömmar med visuellt innehåll, d.v.s. produkter av högerhjärnan, dyker upp i stort sett var 90:e minut hos alla människor. Drömmen är en gratis titt in i högerhjärnans överkliga värld. Man har även visat att denna pendling mellan de båda hjärnhalvornas dominans också går igen under dagen, men i betydligt mindre omfattning. Den verbala och ramsliga förmågan fluktuerar cykliskt med ungefär 90-100 minuters intervall. Samtidigt som förmågan för den ena hjärnhalvan minskar så ökar den andras kapacitet. Man kunde t.ex. i en testsituation se att den verbala förmågan ökade med upp till 30 % när vänsterhjärnans tid var "inne". Ska man då satsa på att ena hjärnhalvan i taget ska få vara verksam eller ska man försöka skapa samverkan? Ja, här är forskningen för närvarande inte ense. I en studie av begåvade barns sätt att lösa olika problem, som Meredith Olsson gjorde i Seattle 1977, kunde hon visa att de begåvade studerade skiftade synfält, beroende på om uppgiften var spatial eller verbal, och detta skift förekom i 96 %. När man gjorde om samma försök med studerande, som inte hade visat prov på hög kreativitet, förekom inte denna växling i betraktandet av föremålet, utan dessa använde huvudsakligen det synfält, som projiceras på vänstra hjärnhalvan.

### **Högerhjärnan och skolan.**

När Tim Gallwey skrev "The Inner game of tennis" 1974, blev den omedelbart en bestseller beroende på att han intuitivt insett skillnaden i olika inlärningssätt. Framgången berodde också på att läsarna insåg att han hade rätt i att en vänster hjärne pedagogik tillämpad på en höger hjärne prestation kunde vara direkt skadlig. Det finns all anledning att räkna med att detta nya synsätt kommer att spridas till pedagogiken i stort. För närvarande har vi alldeles för lite träning av högersidiga funktioner. Detta leder till att man får lågkreativa, högintellektuella människor på viktiga poster i samhället. Vilket är olyckligt. Westcott publicerade 1963 en studie, där han hade undersökt den kreativa förmågan hos 267 college studeranden. Studien visade, att det inte fanns någon korrelation mellan det intuitiva tänkandet och studieframgången. Herbert Read har en passus om detta i sin bok "Konst och Personlighet" där han skriver: "Vi har aldrig vågat oss på att spåra sambandet mellan vår civilisations splittrade tillstånd och vårt traditionella undervisningssystem. Om våra skolor på ett naturligt och normalt sätt frambragte personligheter, som vi skulle kunna kalla balanserade, fulländade och harmoniska, skulle vi inte kunna tolerera ett tillstånd av allmän söndring och ömsesidig misstro.

Vi skulle därför ompröva hela vår undervisningstradition ända från renässansen och våga ställa den frågan till oss själva om den i stort sett frambragt någon individuell klarhet och social harmoni.

Vi skulle då vara tvungna att medge att vi i vårt ensidiga sysslande med kunskap och vetenskap har försummat att utveckla de mänskliga anlag, som har med de emotionella och personlighets utvecklande sidorna i människolivet att göra och att vi omsorgsfullt uppammat omänskliga vidunder med vissa intelligensorgan, gigantiskt förstörade och andra fullständigt förkrympta."

Författarinnan och konstnärinnan Betty Edwards är inne på samma tema i sin bok "Drawing on the Right Side of the Brain". Denna bok är inte bara en teckningsteoretisk framställning, utan också en teckningskurs och boken har som undertitel: "En kurs i att öka kreativiteten och det artistiska självförtroendet." Författarinnan undervisar i teckning vid ett universitet i Kalifornien och har en mängd nya synpunkter på teckningsämnet utifrån de nya kunskaperna om hjärnhalvornas funktioner. Hon menar att förmågan att teckna nästan uteslutande består i förmågan att se, och hon menar därmed att den formella övningen av handskickligheten är av klart underordnad betydelse. Vad betyder det då att kunna "se" enligt Betty Edwards? Jo, helt följdriktigt består förmågan att kunna se av förmågan att "stänga av" vänsterhjärnan och "koppla in" högerhjärnan så fullständigt som möjligt. Som exempel på detta redovisar hon några lustiga övningar.

Hon har kunnat visa att om man låter tecknings otränade studenter rita av en teckning av någon välkänd konstnär, får man mycket bättre resultat om förebilden visas upp och ner! Hon menar att när vanliga, otränade människor gör en avbildning tränger sig vänsterhjärnans sämre verklighetsuppfattning på och teckningen blir en dålig kopia av verkligheten. Presenteras motivet upp och ner blir uppgiften så svår och så ostrukturerad att vänsterhjärnan inte klarar av det och därför kopplas ur, samtidigt som högerhjärnan i högre grad kopplas in. Illustrationer, som styrker detta, finns med i boken.

På ett annat ställe påpekar hon att förfalskare har upptäckt att när de skall kopiera en namnteckning, vänder de ibland originalet upp och ner, just för att se de exakta formerna av bokstäverna, alltså för att förfalskningen ska bli så svår att avslöja som möjligt! För mig som intresserad tecknare sedan många år och som för femton år sedan av en händelse upptäckte att jag, trots att jag är högerhänt, tecknar bättre med vänster hand, har boken mycket att ge.

Walldorfskolan har ju sedan ganska lång tid funnits i Sverige och röner allt mer uppmärksamhet för sin verksamhet och för sitt annorlunda sätt att lägga upp undervisningen. Undersökningar av livets bästa och lyckligaste stunder (peak - experiences) visar att dessa stunder av hänförelse och hänryckning kommer över oss, när vänsterhjärnans mästrande och förkvävande inflytande för en stund släpper och högerhjärnans väldiga inneboende krafter släpps lösa. Det är då samtidigt förståeligt att i vår vänster hjärna dominerade kultur är ögonblicken av genomlysande klarhet inte alls var mans möjlighet. Även för många av de som upplevt den kosmiska hemkänslan eller det, som Freud kallade "den oceaniska känslan" har dessa ögonblick och stunder av nästan "frälsande" karaktär varit få.

Det är ett mycket litet fåtal av befolkningen för vilka lyckans gnistrande ögonblick är en daglig erfarenhet. Utifrån denna kanske något lyriska beskrivning av högerhjärnans funktionssätt och potentiella möjligheter blir metoder som hypnos, meditation, jogging m.fl. speciellt intressanta. Hypnos ger till skillnad från andra metoder för "hemisfäriskt skift" en större kontroll och därmed större möjlighet att styra förändringarna och att aktivera enskilda högersidiga funktioner.

## Hypnosdjup och hypnotisk mottaglighet

Alla som sysslar med hypnos vet att det finns stora kvantitativa olikheter i människors upplevelser av och reaktioner i hypnos. Uppfattningarna om vad som är orsaken till dessa olikheter varierar däremot avsevärt. Vissa kliniker ser dem som uttryck för otillfredsställande induktionsmetoder. Genom att använda metoder, som anpassades

till en persons medvetna och omedvetna behov, skulle alla människor kunna nå djup hypnos. Bland hypnosteoretikerna relaterar Barber (1964) dessa skillnader till situations- och motivationsfaktorer medan Hilgard (1965) betraktar mottagligheten för hypnos som ett relativt stabilt personlighetsdrag. Vanligt är att relatera hypnotiserbarhet till 2 bakgrundsvariabler, varav en utgör en mer grundläggande förmåga och den andra är en mer modifierbar attityd - och situationskomponent.

### **Hypnos test.**

Ett antal test har konstruerats för att mäta hypnotisk mottaglighet. De består vanligen av en standardiserad induktion följt av ett antal testuppgifter. Det finns också testskalor som har ersatt hypnosinduktionen med avslappning, föreställning eller motiverande instruktioner. De mest kända och använda testen är de s.k. Stanford-skalorna, utarbetade av Hilgard och Weitzenhoffer. Grundskalan, form A-SHSS (Stanford hypnotic susceptibility scale), är översatt till svenska (Uneståhl, 1968) och finns med i bokens appendix. Den består av 12 uppgifter, 1 förtest, 4 ideomotoriska uppgifter, 4 "challenge"-suggestioner, 1 positiv hallucination och 2 posthypnotiska uppgifter. Resultatet, som alltså kan variera mellan 0 och 12 poäng, beskriver en normalfördelning runt medelvärdet 6.

Bland övriga Stanford-skalor kan nämnas form B, som är en parallellskala till form A. Detta möjliggör två jämförande testningar på samma grupp. Där finns också CHSS-children hypnotic susceptibility scale och SPS-Stanford profile scale. Den senare differentierar bland högmottagliga personer genom att den ger en summapoäng för varje enskild dimension, som ingår i hypnotisk mottaglighet. Det finns också en gruppsskala, HGS-Harvard Group Scale, som möjliggör samtidig testning av en större grupp. Strukturen i den hypnotiska förmågan har studerats med hjälp av faktoranalys. Tidiga studier av Eysenck (1943) skilde mellan primär suggestibilitet, som är en vanlig komponent i hypnostest, och sekundär suggestibilitet ("lättpåverkad" gullible), som inte har något samband alls med hypnotiserbarhet.

Denna uppdelning i primär och sekundär suggestibilitet har även gjorts av Stukat (1958), medan Evans (1967) introducerar 3 slags suggestibilitet, primär (motorisk), "challenge" och imaginär (sensorisk), vilket han relaterar till klassisk, verbal och sensorisk betingning.

### **Testresultat.**

Test på den hypnotiska förmågan innehåller naturligtvis bara ett urval på vad en person kan göra under hypnos. Om den hypnotiska mottagligheten emellertid definieras som resultatet på ett sådant hypnostest, så varierar människor högst avsevärt i hypnotiserbarhet vid ett visst mättillfälle.

Ett otal studier har gjorts under årens lopp för att relatera hypnotisk mottaglighet till biologiska, psykologiska och sociala faktorer. Här några exempel:

### **Ålder:**

En klassisk studie av Liebault (1889) visade att barn var mer mottagliga för hypnos än vuxna och att de mest mottagliga åldrarna låg mellan 7 och 14 år. Moderna studier har bekräftat att man någonstans mellan 8 och 14 år erhåller de högsta värdena på standardiserade hypnostest. Det finns också kvalitativa skillnader, vilket gör att

induktionsmetoder för barn ofta skiljer till innehåll och uppbyggnad från metoder för vuxna. I vuxna år sjunker sedan mottagligheten gradvis. En undersökning av Berg och Melin (Uneståhl, 1975) som omfattade 44 äldre (67-94 år) gav ett genomsnitt på SHSS, form A, på 3,11 jämfört med cirka 6 på studenter och över 8 på barn mellan 9-12 år.

### **Kön:**

Studier av mycket stora grupper har inte givit några könsskillnader i mottagligheten för hypnos. Inte heller har några skillnader erhållits vid variation av hypnotisörens kön.

### **Kliniska grupper:**

Trots många förslag har experimentella studier inte verifierat några egentliga samband mellan hypnotiserbarhet och typ av besvär. Charcot trodde att hypnotiserbarhet var relaterat till hysteri men det har visat sig vara fel. Äsikten att neurotiker är mindre mottagliga än icke neurotiker (Gill and Brenman, 1959) har ifrågasatts (Hilgard, 1965), och påståendet att schizofrena skulle vara mycket svåra att hypnotisera har motsagts i flera studier, som visar att en hel del psykotiska patienter är mycket mottagliga för hypnos (Biddle, 1967). Det finns studier, som visar på ett svagt positivt samband mellan hypnotiserbarhet och begåvning men även mentalt retarderade personer kan fungera bra i hypnos, speciellt om induktions teknikerna anpassas till respektive begåvningsnivå (Sternlicht and Wanderer, 1963).

### **Personlighetsfaktorer:**

Ett mycket stort antal studier har gjorts för att undersöka sambandet mellan personlighet och mottaglighet för hypnos. Alla samband hittills har emellertid varit låga och diskutabla. Det enda signifikanta sambandet, som jag själv erhållit, var ett lågt negativt samband mellan hypnotiserbarhet och rigiditet (-0,39), mätt med ett i Uppsala konstruerat test, ED2.

### **Erfarenheter**

Ett område, som visar sig mer lovande än personlighetsstudierna, har varit att relatera hypnotiserbarhet till graden och arten av hypnosliknande upplevelser i vardagslivet. Ett av de mest använda frågeformulären är konstruerat av norrmannen As (1963). En av de dimensioner som visat sig ha ett samband med mottagligheten för hypnos är det som på engelska kallas för "peak-experiences".

### **Motivation:**

Om hypnotisk mottaglighet består av en förmåg- och en attityd - komponent, så är det naturligt att faktorer som motivation och förväntningar påverkar resultatet. Det är således inte förvånande att t.ex. frivilliga försökspersoner får högre testpoäng än icke-frivilliga. Relationen mellan motivation och hypnotiserbarhet tycks dock ha formen av en omvänd U-form, d.v.s. både låg och mycket hög motivation sänker resultatet. Om man mycket gärna vill uppleva hypnos skapar detta lätt för mycket aktivitet och en viljemässig ansträngning, som blockerar personens förmåga att gå ner i hypnos.

### **Utveckling:**

Hilgard and Hilgard (1965, 1970) ger i sin utvecklingsinteraktions teori många intressanta aspekter på hypnotisk mottaglighet. Teorin är grundad på intensivintervjuer av många hundra personer. Här är några exempel från utvecklingsdelen av deras teori:

**D-1:** Alla normala barn är födda med möjligheterna att utveckla förmågan för ingående hypnotiska erfarenheter.

**D-2:** Ett barns förmåga att koppla bort realitetsorienteringen och leva sig djupt in i fantasi och föreställningar kan bevaras om sådana erfarenheter uppmuntras under

barndomen.

**D-5:** Inflytande från och identifikation med föräldrarna är mycket viktiga i bevarandet, utökandet, reducerandet eller upplånandet av den hypnotiska mottagligheten.

Bland interaktionshypoteserna kan nämnas:

**1-6:** Till hypnos leder många vägar, som kan aktiveras genom induktion. Om någon av dessa finns i personligheten i tillräcklig utsträckning som en substruktur eller vanesystem, så kan en viss typ av induktion interagera med det och leda till ett hypnotiskt tillstånd.

De multipla vägarna in i hypnos kan vara en viktig orsak till svårigheten att förutsäga hypnotisk mottaglighet och att relatera den till andra faktorer. En annan orsak till det magra resultatet när det gäller att hitta konsistenta samband mellan hypnotiserbarhet och andra faktorer kan vara att testtillfället oftast är personens första bekantskap med hypnos. Hur stor del av sin totala hypnosförmåga som han kan utnyttja första gången beror på flera situations- och attitydfaktorer. Den interindividuella variation som resultaten på hypnostest visar behöver därför inte nödvändigtvis spegla samma variation när den fulla förmågan uppnåtts.

#### **Hypnosdjup:**

Begreppet hypnosdjup (lätt, medium och djup trance) används på ett liknande sätt som begreppet sömndjup, dock utan att kunna hänvisa till samma objektiva mätkriterier som sömn. Vissa kliniker använder sig bara av observationer av patienten (grad av avslappning, andningstakt och andningsdjup, bleka läppar i djuphypnos etc.) medan andra bedömer djupet genom att se vilka slags suggestioner, som går in, eller genom att helt enkelt fråga patienten hur djupt han befinner sig. Det sista innebär helt enkelt att man under hypnos får ange sitt djup på en subjektiv skala med övre gränsen 10, 100, eller utan någon övre gräns. Det andra sättet att mäta djup innebär att definiera det utifrån vilka testuppgifter, som går in. Den som t.ex. får 10-12 poäng på Stanford-skalan form A, betraktas då som kapabel att gå i djup-hypnos. Man får här komma ihåg att överensstämmelsen mellan de två sätten att mäta djup inte är särskilt stor. Detta innebär t.ex. att till synes lättuppnåeliga terapeutiska mål ibland inte uppnås trots att patienten säger sig vara mycket djupt avkopplad, medan vid andra tillfällen avancerade suggestioner kan vara effektiva i ett tillstånd som subjektivt upplevs som lätt hypnos.

#### **Praktiska implikationer:**

De svaga sambanden mellan hypnotiserbarhet och andra faktorer innebär att det säkraste sättet att ta reda på hur mottaglig en person är - är att se hur han reagerar på en hypnosinduktion. Vill man ändå göra ett visst urval innan, så kan man antingen göra en enkel ideomotorisk testning (t.ex. pendeln) eller låta personen besvara följande frågor:

**1. Hur intresserad är du att få pröva på hypnos?**

(1 = Helt ointresserad    9 = Mycket intresserad)

**2. Hur mottaglig skulle du vilja vara?**

(1 = Inte alls mottaglig    9 = Mycket mottaglig)

### 3. Hur mottaglig tror du att du är?

(1 = Inte alls mottaglig 9 = Mycket mottaglig)

Eftersom var och en av dessa tre enkla frågor har ett visst samband med mottagligheten för hypnos, så är chansen större att få väl fungerande försökspersoner om man från en testgrupp väljer de personer, som har den högsta summapoängen. Skillnaden mellan människor ligger kanske inte så mycket i deras potentiella hypnosförmåga som i skillnaden i den tid det tar att öva upp sin förmåga. Vissa fungerar bra redan första gången, medan andra måste träna länge för att nå dit. Milton Erickson berättar att den ena av hans två mest mottagliga personer behövde några minuter medan den andra behövde 300 timmars träning för att nå till sitt maximala djup. Jag hade en patient som övade med hypnosskivan 3 gånger om dagen med dåligt resultat. Efter att på det sättet ha tränat i 3 månader (300 gånger) så började han plötsligt fungera bra. Detta kan vara mycket viktigt att påpeka för patienten. Om man nämligen har den uppfattningen att vi är i grunden olika mottagliga, ja då ger man lätt upp efter att ha försökt en 5-6 gånger. Uppfattningen att det inte är den potentiella mottagligheten som varierar utan den tid det tar att lära sig använda denna förmåga, förvandlar hypnosen från en exklusiv terapimetod till en metod, som är användbar för alla.

## Hypnosinduktioner i principer

På samma sätt som det hypnotiska tillståndet kan variera avsevärt till sitt innehåll, på samma sätt varierar också de vägar som leder till hypnos. Man blir förvånad över att det finns så många olika induktionsmetoder och man frågar sig till slut vad som är gemensamt mellan alla dessa metoder. Vissa metoder tycks nämligen snarare vara varandras motsatser. Detta är dock inte unikt för hypnos utan gäller också andra alternativa medvetandetillstånd. Låt mig därför börja med att skissa fem olika vägar in i ett alternativt medvetande. Vad dessa fem vägar har gemensamt är att de alla interfererar med det normala inflödet av sensorisk eller proprioceptiv stimulering, med det normala utflödet av motoriska impulser, det normala känsloläget eller det normala flödet och organisationen av kognitiva processer.

### I. Minskning av exteroceptiv stimulering och eller motorisk aktivitet

Till denna kategori hör medvetandetillstånd som uppstår genom stark nedskärning av - eller ett förändrat mönster hos - sinnesintrycken eller genom en monoton stimulering. "Highway hypnosis" (motorvägshypnos) är t.ex. benämningen på ett tillstånd som kan uppstå när man kör bil på raka fina vägar med lite trafik. Piloter på höga höjder eller människor i ökenstrakter och arktisområden upplever lätt hallucinationer av olika slag.

Vid planering av en ensamsegling jorden runt måste man vara beredd på de svårigheter som uppstår när fantasierna är lika livliga och verkliga som de "verkliga" sinnesintrycken. I sensoriska depriveringsexperiment med isolering specialkonstruerade kammare kompenseras den starkt reducerade yttre stimuleringen genom att inre processer intensifieras. För en ovan person kan detta upplevas som mycket obehagligt. Medvetandeförändringar kan också uppkomma när patienter tvingas till orörlighet genom sjukdom, efter operationer eller som ett led i en behandling.

En hel del av de principer som beskrivits här används i flertalet hypnosinduktionsmetoder. Induktionen sker oftast i en tyst och lugn miljö, patienten sitter eller ligger orörlig och lyssnar till en sövande stämma som ger informationer som upprepas gång på gång.



## **II. Ökning av exteroceptiv stimulering och/eller motorisk aktivitet och/eller emotion**

Till den här kategorin kan räknas tillstånd av upphetsning, som uppstår genom ett bombardemang av stimuli, vilket leder till sensorisk överbelastning. Detta är ibland kombinerat med en intensiv fysisk aktivitet och stark emotionell aktivering. Hit hör en mängd metoder för politisk och religiös hjärntvätt (Sargant, 1957), hyperkinetiska, shamanistiska och profetiska trancedanser, elldanser och andra smärtdissocierade trancedillstånd. Hypnotisering av djur bygger i stor utsträckning på principen från denna kategori. Även om metoderna varierar beroende på vilket djur det är fråga om - en gris välter man på rygg, sträcker benen framåt och bakåt och ger några kraftiga strykningar över magen: på en krokodil trycker man på punkter bakom öronen eller slår ihop käftarna, med hönor räcker det att fixera uppmärksamheten (jfr. hönan och kritstreckket) - så har ändå metoderna det gemensamt att de överraskar djuret genom en ovan kroppsställning och en fixering av uppmärksamheten. Jag har vid ett par tillfällen blivit ombedd att hypnotisera travhästar. Uppdragsgivarna tänkte dock inte på att en hypnotiserad häst blir stående orörlig. Just katalepsi är nämligen det mest typiska i djurhypnos. I äldre tiders mer auktoritära induktionsmetoder förekom principer, som kan räknas till denna kategori. En intressant notering är att just spontan katalepsi tycktes förekomma betydligt oftare då än nu. Numera förekommer det så gott som aldrig i kliniska sammanhang att man skrämmer, tvingar, bombarderar någon in i hypnos. Det finns dock en viss skillnad mellan den mjukare engelsk-amerikanska skolan i jämförelse med det mer auktoritära tillvägagångssättet på den europeiska kontinenten. "Skrämsel"-metoder är dock teoretiskt mycket intressanta och Ture Arvidsson kommer senare i boken att berätta om vad som hände när han prövade en metod från denna kategori.

## **III. Ökning av aktiv koncentration och mental inlevelse**

Den aktiva koncentrationen innebär att uppmärksamhetsområdet minskar medan intensiteten i uppmärksamheten ökar. Detta innebär samtidigt att avkopplingen ökar, d.v.s. man blir allt mindre uppmärksam på allt som finns utanför det avsmalnande koncentrationsområdet. Definitionerna av hypnos som: "ett tillstånd av ökad koncentration" eller "ett tillstånd av ökad avkoppling" är således komplementära och ej motsägande definitioner. Alternativa medvetandetillstånd uppkommer t.ex. när man fångats av en intressant film, bok eller en karismatisk talare, vid bön eller vid långvarig observation av en radarskärm, metronom eller en vindrutetorkare. De flesta induktionsmetoder bygger en hel del på principer från denna kategori. Man fångar patientens uppmärksamhet, begränsar den genom t.ex. fixering, hjälper patienten att koncentrera sig på och leva sig in i det som sägs och det som händer.

## **IV. Minskad kontroll av kritiska funktioner, minskad tankestyrning och minskat målinriktat tänkande**

Till denna kategori hör tillstånd som huvudsakligen uppkommer genom passiva sinnestillstånd där det aktiva målinriktade tänkandet är starkt reducerat.

Hit hör mystiska, transcendentala, insiktsfulla tillstånd som satori, samadhi eller nirvana, kreativa och problemlösande tillstånd, fria associationer i psykoanalytisk terapi eller tillstånd som uppstår vid uttalad muskulär och mental avslappning. Monotonin i jämn och långjogging (meditativ löpning) ger upphov till det som på engelska kallas "runners high" (löpberusning) ett tillstånd av fritt tänkande, spänningsreglering, spontan problem bearbetning och idériakedom.

### **V. Somatopsykologiska metoder**

Om psykosomatiken intresserar sig för psykets inverkan på kroppen så sysslar somatopsykologin med hur mentala tillstånd kan uppstå genom förändringar av kroppens kemi eller neurofysiologi. Dessa förändringar kan vara avsiktliga (t.ex. genom droger) eller oavsiktliga. Fysiologiska förändringar, som ger upphov till alternativa medvetandetillstånd, kan uppstå genom deprivation av födoämnen som t.ex. socker (fasta), vatten (ökenhägringar), sömn och dröm. Liknande förändringar kan uppkomma genom hyperventilering, feber eller vid avvänjning från alkohol och andra droger. Det finns också ett stort antal farmakologiska ämnen, psykodeliska, anestetiska, sedativa, stimulerande, som kan ge upphov till medvetandeförändringar av olika slag. Det finns en överlappning mellan dessa fem vägar in i ett alternativt medvetandetillstånd och det finns naturligtvis också möjlig- heter till kombinationer, t.ex. mellan den femte och övriga kategorier. Det har t.ex. i alla tider varit vanligt att kombinera fasta och bön eller fasta och meditation. I in- eller utlevelseterapier som primalterapi försöker man underlätta processen genom en kombination av isolering, fasta och Sömn/dröm - deprivation. Vid det sista tillåtna LSD-experimentet i Sverige (Uneståhl, 1973) påvisades en ökning av hypnotiserings barheten (mätt med SHSS. form A) efter en injektion av 50 µg LSD. I övrigt har de försök som gjorts att kombinera hypnos med psykofarmaka av olika slag inte givit några speciella interaktionseffekter. För närvarande pågår kliniska försök i Sverige att kombinera lustgas med hypnos.

### **De fem stegen**

En hypnossession kan delas in i fem olika skeden.

#### **1. Förberedelse**

I ett klassiskt experiment visade Martin Orne att majoriteten av en grupp studenter, som blivit lärda att hypnos alltid innebar armkatelepsi uppvisade spontan armkatelepsi i samband med en hypnosinduktion. Detta och andra liknande experiment visar att patientens upplevelse av hypnos färgas av den inställning och de förväntningar som patienten har på hypnos.

Det är därför ytterst viktigt att innan första hypnosinduktionen få bort felaktiga uppfattningar om hypnos och skapa optimala förväntningar. En sådan förberedelse omfattar inte bara en diskussion om vad hypnos är utan också lämpliga förtest (t.ex. pendelförsöket) för att illustrera principerna i det nya sättet att ta kontroll. En genomgång av vad som ska göras under hypnos och vad som kan förväntas hända är viktig också innan en självhypnotisk induktion. Eftersom den huvudsakliga målprogrameringen görs innan kan "det instruerande jaget" sedan ligga lågt, vilket underlättar självhypnosen. Om en patient sålunda är optimalt förberedd, så kan både induktion och behandling gå mer eller mindre av sig själv.

#### **2. Induktion**

I de följande två kapitlen samt i bokens appendix ges många exempel på induktionsmetoder. Varje metod bygger på en eller flera av de vägar, som skissats i början av detta kapitel.'

Induktionsmetoder kan också variera med avseende på:

- a. auktoritära - tillåtande
- b. direkta - indirekta
- c. logiskt uppbyggda - förvirringstekniker
- d. verbala - icke verbala
- e. standardiserade - intuitiva

### Typ av stimulering

De tre typerna av stimulering som förekommer i hypnosinduktionen är: 1. auditiv, 2. visuell och 3. taktil. Den vanligaste typen är naturligtvis auditiv, man "pratar" ner någon i hypnos. Visuell stimulering kan förekomma i början av en induktion, t.ex. genom fixering på en punkt eller en monoton rörelse. Taktil stimulering har gamla anor. både Mesmer och Esdaile använde sig framförallt av strykningar, men förekommer inte i särskilt många moderna induktionsmetoder. Vissa patienter kan uppleva en strykning som mycket fördjupande medan andra reagerar negativt på beröring. Icke verbala tekniker bygger av naturliga skäl huvudsakligen på taktil stimulering.

### Standardinduktion

Det är en fördel om man lär sig behärska en eller ett par standard induktioner innan man går vidare med mer alternativa tekniker. För att slippa läsa innantill så kan man redan från början utforma en induktion med egna ord. Som hjälp för dessa kommer här de moment som brukar ingå i en standardinduktion.

#### a. Fixering

Man kan naturligtvis be patienten sluta ögonen men de flesta tekniker brukar börja med någon form av fixering. Vad man fixerar är inte så viktigt som att ögonen hålls i ett sådant läge att de snabbt tröttnas. Suggestionerna om tyngd och trötthet tar här hjälp av ett naturligt fysiologiskt skeende. Uppgiften för fixering och andra "perceptuella trick", som kan förekomma i början av en induktion, är att hypnotisören ska kunna förutsäga det som kommer att hända. Genom detta kan han med hjälp av suggestioner föregå och påskynda ett skeende. Den förstärkning av suggestionerna, som detta ger, ökar i sin tur suggestibiliteten ytterligare.

Om uttröttningen av ögonen åstadkommes genom att ögonen riktas uppåt/bakåt, så finns också den möjligheten att denna position av ögonen i sig underlättar ingången i ett alternativt medvetande (jfr. ögonens position vid insomnande m.m.).

#### b. Avslappning

Även om avslappning inte är ett nödvändigt moment, så ingår ett kortare eller längre avsnitt om avslappning i de flesta standardmetoder. Det beror dels på att avslappning är ett behagligt och önskvärt tillstånd i sig, dels på att avslappning är relativt lätt att uppleva, när man hör suggestioner om detta.

#### c. Andning

Det finns redan en naturlig koppling mellan inandning och spänning/ aktivitet och å andra sidan utandning och avslappning/passivitet/ receptivitet och lugn. Det är därför naturligt att låta utandningen bli en "trigger" in i en djupare avslappning.

#### d. Tyngd

När kroppen slappnar av uppstår en naturlig tyngdkänsla, som kan ökas ytterligare genom att bygga på utandningen. När kroppen blir allt tyngre erhålles en naturlig upplevelse av att sjunka nedåt, ned i ett skönt och behagligt tillstånd. Här sker själva

inträdet i hypnos, att sjunka in i sig själv eller ner i detta speciella tillstånd blir den dissociation som kopplar bort den vanliga verkligheten med dess givna referensramar.

### 3. Fördjupning

Själva induktionen går på ett naturligt sätt över i fördjupningsfasen utan att man exakt kan ange när den ena slutar och den andra börjar. Många av de induktionstekniker som beskrivs i bokens följande kapitel eller i slutet av boken kan lika gärna gå in under rubriken: Fördjupningsmetoder.

Om patienten har en god visualiseringsförmåga kan man med fördel välja tekniker som trappan, rulltrappan, hissen etc. Vare sig man väljer visualiseringstekniker eller "trigger"-tekniker som räkning eller andning, är det viktigt att först utförligt beskriva vad som skall hända, innan man låter det ske.

Även om termerna "fördjupningstekniker" och "hypnosdjup" anknyter till processen - "att sjunka ner i hypnos", så är detta ingalunda det enda sättet, på vilket en dissociation kan ske.

Om en patient söker för övervikt och sedan får suggestioner om att bli tyngre och tyngre så är det inte underligt om hon reagerar negativt. Likaså kan upplevelsen av att "sjunka nedåt" framkalla negativa känslor hos vissa patienter.

Man kan då med fördel använda sig av en dissociation, som bygger på motsatsen - en lätthetskänsla som leder fram till att man glider, flyter eller svävar iväg - bort från tid och rum. När de olika kroppsdelarna genom avslappning och orörlighet slutar att skicka lägesrapporter till hjärnan, suddas kroppsgränserna ut. Detta kan upplevas som en känsla av frigörelse och lätthet som man kan bygga vidare på. Merparten av de patienter som fått pröva både tyngd/sjunka och lätthet/sväva som väg till hypnos, föredrar det senare sättet.

### 4. Åtgärd

Det fjärde skedet av en hypnossession ska inte kommenteras här, eftersom större delen av boken handlar om kliniska och icke-kliniska användningsområden för hypnos. Det viktigaste är naturligtvis inte att lära sig hypnotisera utan att veta vad man gör sedan. Åtgärdsdelen bör därför endast användas av medicinsk, odontologisk och psykologisk expertis.

### 5. Uppvaknande

Den viktigaste regeln här är att ge patienten ett mjukt uppvaknande, att ge henne tillräckligt med tid för att vakna upp i sin egen takt. Det kan därför vara en fördel att redan vid första hypnossessionen överlämna uppvaknandet åt patienten själv. Man kan då gärna först ge henne en metod som hon får pröva, t.ex. "Då kan du ta några djupa andetag och vakna upp i din egen takt. När du öppnar ögonen kommer du att vara helt vaken och känna dig"... Vissa allmänna posthypnotiska suggestioner om ett ökat välbefinnande kan med fördel läggas in innan uppvaknandet. Att redan från början överlämna uppvaknandet åt patienten själv är ett första viktigt steg för att lära patienten självhypnos. Det ger också en ökad säkerhet, eftersom patienten vet att hon när som helst skulle kunna gå ur trancen, om hon skulle vilja. Det händer mycket, mycket sällan att patienten inte följer tillsägelsen och vaknar upp. Om så skulle hända, finns ingen som helst anledning till oro - snarare tvärtom. Detta är ju nämligen ett tecken på att patienten upptäckt att hon inte behöver vakna upp bara för att hypnotisören säger det. Hon har upptäckt att hon kan ta över och bestämma över sin egen trance.

Orsaken är i regel att patienten har det så skönt att hon inte har lust att vakna just då. Om man har tid och möjlighet, kan man då låta patienten ligga kvar i hypnos till dess hon känner för att vakna. Om man har andra patienter som väntar, bör man förklara detta (man kan ju hela tiden kommunicera med patienten). För att öka motivationen

att vakna kan man t.ex. säga: "Jag ska ge dig en del posthypnotiska suggestioner, som gör att du kan behålla en del av det här sköna tillståndet även sedan du vaknat upp."

### Att ge suggestioner

Det finns vissa grundregler för att formulera och ge suggestioner, vare sig det är fråga om induktion, fördjupning eller åtgärd. De viktigaste är:

1. Formulera suggestionerna positivt. Undvik "inte". En negativt formulerad suggestion framkallar en bild av det man inte vill ska hända.
2. Använd entydiga, klara och konkreta suggestioner. Detta skapar lättare den rätta bilden, samtidigt som man undviker missförstånd.
3. Koppla det som du vill ska hända till det som du vet redan händer. Är du t.ex. säker på det patienten upplever, bör du koppla det till nästa upplevelse.
4. Formulera suggestionerna i futurum eller imperfekt i stället för presens. Ett uttalande som: "Du är nu fullständigt avslappnad" kan förnekas. En sådan mening väcker lätt motstånd och minskar sannolikheten för att nästa suggestion ska gå in.  
Säg i stället: "Känn avslappningen i hela kroppen", eller "Lägg märke till hur avslappningen ökar" eller "För varje gång du andas ut kommer du att känna hur avslappningen ökar mer och mer."
5. Formulera eller uttala en suggestion så att patienten känner sig 100 % -igt övertygad om att det kommer att hända. Beskriv vad som blir effekten - inte om suggestionen slår in utan när den slår in.

### Förslag på induktions- och fördjupningstekniker

I de följande två kapitlen, skrivna av Britta/Kurt Swedhner och P-O Wikström hittar du många exempel på vanliga och alternativa tekniker. Dessutom finns ytterligare ett antal tekniker beskrivna i bokens appendix.

## Hypnosinduktion II vanliga metoder

Man skulle kunna säga att induktionen av hypnos i terapeutiskt syfte börjar redan vid det första mötet med patienten. Denne är oftast mycket intresserad och förväntansfull, samtidigt som han mera sällan vet vad hypnos egentligen innebär. Många gånger är hypnosen och hypnotisören sista länken i en lång kedja av terapeutiska besvikelser. Att han känner spänning och även viss bävan inför behandlingen är troligt, men framför allt torde han komma med stora förväntningar. Det är viktigt att terapeuten ger ett förtroendefullt och trygghetsskapande intryck och ser till att en positiv överföringssituation skapas. Terapeutens sätt att uppträda och hans förmåga att klargöra vad hypnos är bäddar för framgång vid själva hypnosarbetet. När överenskommelse träffas om att hypnos skall användas, är det viktigt att tänka på hur överenskommelsen formuleras. Man kommer inte överens om att försöka eller pröva med hypnos, eftersom orden "försöka" eller "pröva" i sig innebär ett visst tvivel på framgången. Att terapeuten är säker på sig själv och utstrålar tillförsikt om sin egen kunskap och förmåga är viktigt och han bör aldrig förråda den minsta tvekan om sin tro på framgång med uppgiften.

Även de mest obetydliga nonverbala tecken på osäkerhet kan spoliера trancen, medan den säkra terapeuten vinner mycken tid och framgång bara på sitt sätt att vara. Vid detta första möte kan det vara lämpligt att ta reda på vad patienten vet om hypnos. Det är ytterst viktigt att felaktiga uppfattningar blir tillrättalagda och

genomdiskuterade innan själva induktionen vidtar. Den tid, som detta tar, har man sjufalt igen genom den positiva överföring, som oftast uppstår under ett avspänt och för båda parter trevligt samspråk. Den första och viktigaste upplysningen är att all trance är patientens egen trance, som han själv försätter sig i och avbryter, när han så önskar. Terapeutens roll är vägvisarens, eftersom de flesta av oss har förlorat vår medfödda kunskap om vägen till trance tillståndet. Påpekar man att alla människor av och till befinner sig i vardagstrance med mer eller mindre avskärmning från omgivningen, möts detta påstående oftast med en viss skepsis. Men nämner man om hur vi alla som barn, med tummen i munnen och fjärrskådande blick, vilat ut i trance, ler man kanske igenkännande. Alla kan försjunka i en fångslande bok och då varken se eller höra något och samma sak gäller på bio eller framför TV. Sådan trance är verkligen vardagstrance och vi har alla förmåga att försätta oss i det tillståndet. Man kan också nämna att många upplever ett förändrat medvetandetillstånd (FMT) hos frisören, vars strykningar över håret kan bli till ett monotont upprepat stimulus. Vindrutetorkarens slag framför ögonen inrymmer också en fara för spontan vardagstrance. Många av oss har väl kommit hem då och då och sagt:

*Jag vet inte hur jag kom hem idag. Jag körde liksom i trance.*

Det var nog inte "liksom" - det var trance. Vid det här laget brukar de flesta vara övertygade om den fundamentala sanningen att trancen är deras egen vardagsegendom och att vi terapeuter bara spelar rollen av vägvisare tillbaka till detta välbekanta tillstånd.

En återkommande fråga är, om man under trance spontant och okritiskt talar om sådant, som man annars vill behålla för sig själv. Likaså finns det en oro för att man skulle besvara frågor, som man ej skulle besvara under andra omständigheter. Patienten kan här lugnas med att sådana frågor antingen skulle bryta trancen eller förbli obesvarade. Det är ju patienten som avgör om han skall vara i trance eller ej.

Man möter även dem, som lite oroligt undrar, hur det går om terapeuten skulle avlida under pågående hypnos. Denna fråga är ju redan besvarad och någon risk att bli en ny Törnrosa finns ej.

Däremot kan det någon enstaka gång hända att väcknings suggestioner inte följes, utan att patienten föredrar att stanna kvar i trance. Detta kan man dock ta med största ro. Det understryker det vi sagt tidigare om att trancen är patientens egen och att det är han själv som avgör, när den skall brytas. Kanske finner han detta FMT så ytterligt behagligt och välgörande att han vill förlänga det, kanske vill han som en protest mot någon olämplig suggestion visa att det är han som bestämmer. När patienten vill vakna, då väcker han sig själv.

En vanligare form av motstånd kan man möta på en omedveten nivå, när patienten vägrar att gå i trance, trots att han säger sig vara mycket angelägen att nå trancetillståndet. Mången gång finns då en kvarvarande misstro mot hypnosen eller hypnotisören, kanske parad med en oro att förlora kontrollen. Ett uttryck för ett sådant motstånd kan vara att patienten ideligen ändrar ställning eller visar andra tecken på motorisk oro.

Man bör då vänta med hypnosinduktionen tills dess att orsakerna till motståndet klarlagts och bearbetats.

Hit hör dock ej den motoriska oro, som avslöjar sig i ett ögonlocks fladder under inledningsskedet. Detta är snarare ett tecken på begynnande trance, vilket man också bör tala om för patienten:

*Du märker kanske att dina ögonlock fladdrar. Det är ett bra tecken och mycket vanligt i början av trancen. Fladdret kommer snart att försvinna och ögonlocken kommer att vila helt stilla, medan du sjunker ned i en allt djupare och skönare avslappning.*

Som motstånd bör man däremot betrakta en likaledes omedveten markering av kontroll genom att trumma med ett eller flera fingrar under induktionen. Man kan då på Milton Ericksonskt sätt berömma patienten för att han stör trancen genom att säga:

*Det är mycket bra att ditt omedvetna jag trummar så energiskt med pekfinger, därför att ju mer ditt pekfinger trummar, desto lättare och djupare sjunker du ned i en skön och behaglig trance. När du känner att du har nått så djupt som du önskar komma idag, så kan ditt omedvetna låta ditt pekfinger vila. På så sätt vet du också att du har nått rätt djup.*

Med detta har man nått flera syften. Dels har man vänt motståndet till en trancefördjupande manöver och dels har man etablerat en fingersignal. En sådan fingersignal är en ideomotorisk signal, som man med fördel kan använda sig av vid kommunikation med patientens inre. Man kan naturligtvis också använda fingersvar som en medveten signal från patienten för att meddela terapeuten något. Man bör vid det första samtalet med patienten nämna om de olika möjligheter till kommunikation, som finns under hypnos. Positiva förväntningar och god motivation bidrar starkt till goda resultat i hypnossammanhang.

Inte minst den starka motivationen i tandbehandlingssammanhang förklarar varför man med så stor framgång kan använda korta och snabba hypnosinduktioner. Patienten vill ofta så snabbt som möjligt fly bort från den skrämmande situationen. Suggestioner kan vara direkt eller indirekt riktade och de senare är ofta de mest effektiva. Man kan t.ex. kommentera en röntgenbild genom att säga till sköterskan: *"Ser du så fint den här tanden ligger..."*

Vill man däremot göra det riktigt svårt för sig och sin patient så bör man sucka djupt och sorgset medan man tittar på bilden. Patienten fångar lätt upp vårt kroppsspråk och tolkar det ofta på ett negativt sätt. Våra indirekta negativa och positiva suggestioner orsakar psykiska och organiska effekter hos patienterna, som försvårar eller underlättar genomförandet av terapin. Vid formuleringen av suggestioner bör dessa vara så enkla och klara som möjligt, så att patienten inte tvingas att tänka efter och därmed väcker det kritisktlogiska tänkandet.

Man bör heller inte lägga in något som är främmande för patienten eller något som denne inte kan acceptera. Man bör tala lugnt och distinkt med mjuk och monoton röst. Det är också viktigt att låta övertygande och säker. Det är således inte bara trancedjupet, som avgör om en suggestion ska accepteras eller ej, utan suggestionsinnehåll och framförande spelar också en stor roll.

Det är således viktigt att formulera suggestionerna rätt. Man bör uttrycka sig så att patienten inte kan reagera mot uttryckssätt, ordval eller innehåll. Kategoriska uttryck som "måste" eller "skall" är klart olämpliga. Det är fördelaktigt att upprepa suggestionsinnehållet i flera olika ordvändningar. Det är också bra om man kan få in en viss rytmik i det man säger. När det gäller själva induktionsförfarandet, så finns det ett otal metoder att välja mellan. Man bör ha klart för sig att själva induktionen är en process för sig. Den för bara fram till ett delmål, det hypnotiska trancetillståndet. Där kan man sedan utöva sin terapi, som ju är det egentliga målet.

Resan till målet syftar alltså till att skapa och fördjupa trancetillståndet. Resans längd är i stor utsträckning avhängig av den enskilde patienten. Ibland är patienten i djup trance innan man vet ordet av medan det kan dra ut avsevärt på tiden med en annan

patient. Har patienten väl lärt känna trancetillståndet, så kan han nå dit snabbare för varje gång. Efter 4-5 gånger har man ofta nått den trancenivå, som man bäst kommer ned i. Att ägna tid åt att bestämma trancedjup har dock mera vetenskapligt än kliniskt värde. Tranceinduktionen startar ofta genom att minska informationsflödet till hjärnan.

Man ber patienten ligga så stilla och avslappnad som möjligt samtidigt som man försöker skapa en lugn och tyst atmosfär i rummet. Helst inga ringande telefoner eller dörrklockor och så mycket avskärmning som möjligt från gatubuller eller andra ljud.

Har man åtsittande klädesplagg, åtdragna skärp eller slipsar, så skapar det lätt irritation under trancen, varför det kan vara lämpligt att lossa på dessa, innan man börjar. Sker induktionen sittande i en bekväm stol, så kan högklackade skor ge besvärande spänningar i vristerna. Överhuvudtaget bör man visa stor omtanke om patientens bekvämlighet.

Detta bidrar också till att öka den positiva överföringen. Vid det första besöket tar vi upp en uttömmande anamnes, som vi skriver ner efter det att patienten gått. I den finns bl.a. upplysningar om fritids- och idrottsintressen samt platser och situationer, som patienten trivs speciellt med. Dessa uppgifter kan sedan vara en värdefull hjälp under induktionen, speciellt om patienten har bra bild seende och föreställningsförmåga.

Det kan därför vara en fördel att fråga om eller testa patientens man vet att patienten har lätt att föreställa sig bilder kan man med fördel använda sådana induktions- och fördjupningstekniker, som bygger på visualisering. Förutom testning av patientens inlevelseförmåga kan också andra förövningar göras.

Dessa syftar både till att öka informationen om patienten och hans sätt att reagera men också till att bygga upp positiva förväntningar hos patienten. Hit hör både ideomotoriska övningar (pendeln) och enkla avspänningsövningar. Man kan t.ex. gå igenom en större eller mindre del av kroppens muskulatur och låta patienten uppleva skillnaden mellan avslappnade och spända muskler. Med en nybörjare kan det vara en fördel att starta med någon ögonfixationsmetod. Genom att iakttaga ögonen kan man få flera upplysningar om hur trancen utvecklas:

*Innan du går i trance ber jag dig att se till att du ligger så skönt och bekvämt som möjligt och att ingenting sitter åt eller stör på något sätt. Jag ska så be dig att hålla blicken på ringen på mitt finger. Håll blicken riktad på min ring hela tiden, samtidigt som du slappnar av så mycket som möjligt. Om din blick skulle vandra iväg, så för du omedelbart blicken tillbaka till ringen.*

Du kan placera dig framför, bakom eller vid sidan av patienten, detta beroende på vad som känns bäst för dig. Håll handen på ungefär 15 cm avstånd. Ögonen tvingas då att konvergera något. Vilket bidrar till att trötta ögonmusklerna. Av samma orsak bör ringen, eller det föremål man valt, hållas i ett läge, så att blicken tvingas bakåt, uppåt mot pannan, så att man nästan betraktar sina ögonbryn. Denna ögoninställning liknar den ställning, som ögonen intar vid sömn, och den bidrar starkt till att snabbt trötta ut ögonen. Om patienten kan vända upp ögonen mycket högt, anses han enligt Herbert Spiegel (1978) vara ett bättre hypnosobjekt än den, som är mer rigid i sina ögonrörelser.

*Medan du betraktar ringen hela tiden kan du lägga märke till en lätt spänning i ögonen. Snart kommer ringen att av och till synas suddig och oskarp och du kommer då att uppleva hur dina ögonlock börjar kännas skönt tunga, tyngre och tyngre... Ögonen*



*börjar kännas skönt tunga, så tunga att de snart kommer att börja blinka. För varje blinkning känns de tyngre och tyngre, tyngre och tyngre... Jag kan se att dina ögon blir något röda, vilket är ett tecken på begynnande trance. Samtidigt kan du säkert känna hur det börjar svida i dem. Låt ögonen fortsätta att bli tyngre och tyngre, tyngre och tyngre... Dina ögonlock kommer snart att vara så tunga att de vill falla igen av sig själva och då kommer hela din kropp att sjunka ner i en skön och bekväm avslappning. När du upplever att det skulle vara skönt att låta ögonen sluta sig, låt då bara ögonlocken falla igen. Hjälプ inte till och håll inte emot, bara låt det ske. Låt ditt inre bestämma när dina ögonlockfaller igen.*

Induktionen bygger hela tiden på en samordning av suggestionseffekter och naturliga fysiologiska effekter. Tröttheten i ögonen skulle komma förr eller senare även utan suggestioner, men suggestionerna påskyndar effekten. Genom att låta suggestionerna förutsäga det som kommer att hända, så kommer suggestionseffekten att förstärkas hela tiden. Det är alltså viktigt att i början gardera suggestionseffekten med naturliga fysiologiska reaktioner och först så småningom gå vidare med svårare och mer "ologiska" suggestioner. Det är därför mycket viktigt att i början noga registrera patientens reaktioner, så att man kan anpassa suggestionsinnehållet till det, som man ser håller på att hända. Vid denna tidpunkt är det ytterst få ögon, som fortfarande är öppna. Om så skulle vara fallet kan man pröva en direkt suggestion i vetskap om att patienten säkert har det ganska obekvämt.

*Jag kommer strax att be dig att ta ett djupt andetag och samtidigt som du andas ut låter jag min hand med ringen sjunka ned framför dina ögon. Följ då ringen med blicken och låt samtidigt dina ögon sluta sig i en skön och vilsam avslappning. Andas in ... och ut - töm lungorna - och låt ögonlocken sluta sig... Du kommer inte att ha någon önskan att öppna ögonen igen förrän jag ber dig om det.*

Resans första anhalt är nådd och passerad i och med att ögonen har slutit sig av sig själva. Som en fortsättning mot ökad avkoppling och trancefördjupning kan man med tummen och pekfingeren fatta om patientens handled och lyfta upp underarmen ett stycke samt släppa ner den igen. Innan dess är det mycket viktigt att tala om för patienten vad man ska göra. Detta har två syften. Det första är att bespara patienten från sådana överraskningar, som lätt kan bryta trancen. Det andra lika viktiga syftet är att bygga upp suggestioner genom att i förväg beskriva vad som kommer att hända för att sedan kunna utlösa effekten med en signal eller trigger.

Signalen kan i det här fallet vara att man släpper armen och låter den falla ner. Patienten ska då sjunka ner i en mycket djupare avslappning. När man lyfter patientens arm får man också en bild av hur långt avslappningen fortskridit. Känns armen mycket tung eller skjuter den nästan på uppåt i sin iver att vara till lags? I så fall kan man skaka armen lite i sidled och ge suggestioner om avslappning och tyngd.

Principen att binda det som man vill ska hända till det som man vet redan händer, kan mycket väl kombineras med trigger effekter. Som signaler kan med fördel användas sådana processer, som man vet äger rum hos patienten:

*Jag kommer strax att be dig ta tio djupa andetag medan jag sakta räknar til tio. För varje djup utandning, som du gör, kan du känna hur du sjunker allt djupare ner i ett skönt och behagligt tillstånd. När du andas in och håller andan kan du lägga märke till*

*en viss spänning i kroppen. När du sedan andas ut försvinner alla spänningar och du sjunker ner djupare och djupare i ett allt skönare och behagligare tillstånd. Då kan du andas in djupt, fyll lungorna och håll andan... håll andan... och andas ut... 1... upplev känslan av att sjunka ner i ett skönt och avslappnat tillstånd. (fortsätt till 10).*

Patienten kan här också instrueras att i takt med de 10 djupa andetagerna låta ordet "lugn" ljuda inom sig. När man vid induktioner använder sig av djupandningar och upprepade monotona stimuli liksom av en koncentrerad uppmärksamhet, så har detta en neurofysiologisk bakgrund. Centralt i djuphjärnan ligger det retikulära aktiveringssystemet (RAS) med en caudal del, som påverkas av såväl monotont upprepade stimulering som av en fixerad uppmärksamhet. Där finns också en kranial del, som aktiveras av koldioxid. Genom att göra långsamma djupandningar ökas halten av koldioxid i blodet, vilket dämpar aktiviteten i övre delen av RAS, vilket i sin tur reducerar aktiviteten i cortex, vars vakenhet helt regleras av RAS.

Med den sjunkande koldioxidhalten i blodet minskar också sådana funktioner som uppmärksamheten på omgivningen och det kritiskt logiska tänkandet, medan suggestibiliteten höjs i motsvarande grad. Även pulsfrekvens och blodtryck sjunker genom att blodkärlens muskler slappnar av. Om patienten har ett bra bildseende, så kan man nu använda denna förmåga för att ytterligare fördjupa trancen. Man kan t.ex. be honom föreställa sig en situation eller plats, där han känner sig lugn och avslappnad. Samtidigt som han gradvis går in i upplevelsen, får han trancefördjupande suggestioner.

Man kan också be patienten föreställa sig att han går ned i en trappa eller ser sig åka ner i en hiss. Man bör då först ha övertygat sig om att patienten känner lugn och trygghet i dessa situationer.

*Medan du är så här skönt och behagligt avslappnad kan du föreställa dig en trappa. En ljus och vänlig trappa som leder djupt nedåt. Jag kommer strax att be dig gå nedför den här trappan, steg för steg, allt djupare ner i ett mycket djupt, skönt och behagligt tillstånd. Då kan du börja gå nedåt, steg för steg, i din egen takt, ned i ett allt djupare och skönare tillstånd.*

För patienter med dålig föreställningsförmåga kan en trancefördjupning åstadkommas både genom tänkta och verkliga stimuli. Det kan vara siffror, ord, rytmiska ljud eller strykningar. Man kan också använda sig av ideomotoriska reaktioner, t.ex. armlavitation.

*När jag nu sakta stryker nedåt från axeln och längs armen ned till handen, så kan du känna hur armen och handen blir tyngre och tyngre, medan du själv sjunker ned i en allt djupare avslappning... tyngre och tyngre...*

*Precis som armen blev tyngre och tyngre när jag strök från axeln och nedåt, så kommer armen nu att bli allt lättare, när jag stryker från handen och upp mot axeln. Jag kommer nu att fånga upp all tyngd så att armen blir allt lättare och lättare, när jag stryker från handen upp mot axeln. Armen och handen förlorar all tyngd och blir allt lättare medan du sjunker ned allt djupare och djupare i en skön och behaglig avslappning. Armen och handen kommer snart att vara så lätt att den inte kan ligga kvar längre utan kommer att börja sväva upp i luften, först långsamt och sedan allt snabbare, medan du fortsätter att sjunka allt djupare ner i ett skönt och behagligt tillstånd.*

När man använder ideomotoriska uppgifter som test eller som fördjupningsmedel, så är det mycket viktigt att anpassa innehållet och takten i suggestionerna till det som

händer hos patienten. Det gör det naturligtvis svårt att följa en skriven instruktion, eftersom de suggestioner som ges bör stämma med det som händer just då.

En testuppgift från Stanfordskalan, som med fördel kan användas för fördjupning, är följande: (Man ber först patienten hålla upp sina händer framför sig på ett par decimeters avstånd och med handflatorna vända mot varandra)

*Du kommer strax att känna hur dina händer börjar dras mot varandra. Dina händer börjar kännas som magneter, som dras mot varandra, närmare och närmare. Ju närmare de kommer desto snabbare dras de mot varandra och desto djupare sjunker du ner i ett skönt och behagligt tillstånd. När dina händer strax når varandra kommer du att känna som om en lätt stöt utlöstes i händerna och de faller åter ner, tunga och avslappnade, och vilar på underlaget. Samtidigt sjunker du ner i en mycket djup avkoppling, så djupt ner som du önskar komma idag...*

Efter behandlingsdelen ges posthypnotiska suggestioner med beröm och med beskrivningar om hur patienten ska känna sig efteråt. Suggestionerna bör göras klara och lättfattliga och gärna upprepas ett par gånger. De viktigaste suggestionerna ges sist, vid själva uppväckandet förändrar man sin egen röst mot mera vakenhet och livfullhet, samtidigt som man gott kan höja ljudvolymen. På det sättet ges också nonverbala meddelanden om att patienten ska vakna till. Det finns många sätt att väcka en patient, t.ex. att räkna från 10 till 1 eller att be patienten ta några djupa andetag. Det viktiga, vilken metod man än använder, är att ge patienten gott om tid. Man kan också be patienten att väcka sig själv i den takt som han själv önskar. Här kommer ett exempel på hur väckningen kan låta:

*Du har slappnat av och kopplat av på ett bra sätt. Nästa gång kommer du att lyckas ännu bättre, du kan sjunka ner ännu djupare och sjunka ner ännu fortare i ett skönt och behagligt tillstånd. Du kommer alltså nästa gång att kunna gå ner i en mycket djupare, mycket skönare och mycket snabbare trance än idag.*

*Jag kommer strax att be dig väcka dig själv genom att räkna från 10 till 1. Medan du räknar vaknar du långsamt upp och när du kommer till 1 så kommer du att vara helt vaken och känna dig skönt utvilad och i god form, som om du sovit i flera timmar. Du kommer att känna dig mycket väl till mods, lugn, harmonisk och bra på alla sätt. Då kan du börja räkna nu och när du kommer till 1 kan du slå upp ögonen, sträcka på kroppen och känna dig helt vaken och bra på alla sätt.*

Det här kapitlet har givit exempel på formuleringar, som kan ingå i en normalinduktionsmetod. De har byggts på principer som:

-överensstämmelsen. mellan suggestionsinnehållet och det naturliga

Fysiologiska skeendet.

- Att koppla den önskade effekten till en redan upplevd.

- Att bygga på föreställningar och bilder istället för viljemässig ansträngning.

- Att använda lämpliga emotioner som förstärkare.

- Att framför allt bygga på indirekta suggestioner.

Utifrån dessa principer kan var och en sedan formulera suggestioner, skapa bilder och utforma en induktionsmetod, som passar just din personlighet. I bilagan till boken hittar du sedan fler exempel på hur induktioner kan formuleras.

## Hypnosinduktion III alternativa tekniker

Ett kapitel som detta inte kan bli annat än en kort genomgång av några tekniker, mest sådana som författaren kommit i personlig kontakt med och prövat. Var och en får utgående från sin läggning och kliniska inriktning se vad som passar honom. Viktigt är också, att den terapeutiska teknik man beslutat använda i ett visst fall också inverkar på val av hypnotiseringsmetod och förhållningssätt.

Var och en som sysslar med hypnos får helt naturligt en eller flera favorittekniker, beroende på att dessa oftast visar sig effektiva och passar just hans läggning.

Men eftersom varje terapeut vet, att även hans patienter är olika som individer och måste behandlas som sådana, kan den teknik som är lyckosam i ett fall misslyckas i nästa. Och detta är bra, och i sig ett bevis inför patienten, att hypnotisören inte har någon mystisk förmåga att skaffa sig kontroll över honom. Om det vore så, skulle ju alla kunna hypnotiseras med en och samma teknik.

Att behärska ett flertal tekniker ger inte bara möjlighet att möta patientens individuella behov. Det ger också terapeuten större säkerhet. Hans möjlighet att välja delar från olika tekniker och intuitivt utnyttja dessa, se resultatet och känna processen föras framåt, måste ge samma stimulans, som t.ex. en musiker känner i ett konstnärligt skapande. Vilket ju också för övrigt är ett förmedlande av känsla och kunskap parad med intuitiv kreativitet i ett förändrat medvetandetillstånd. Att behärska ett flertal tekniker ger även möjligheten att mer eller mindre omärkligt byta teknik, om man märker att vägen tar slut. Vid refraktära fall kan t.ex. förvirringstekniker, typ Elmans ögonslutningsteknik användas. Man kan också kombinera olika slags stimuli, t.ex. ögonfixering kombinerat med djupandning i takt med att ett mantra (t.ex. lugn) uttalas. Terapeuten kan dessutom förstärka med taktila stimuli i form av strykningar, Genom att samtidigt använda så många stimuli som möjligt orsakas en överbelastning av jagets analyserande funktion med resultatet att suggestioner lättare accepteras.

### **A. Meditativa tekniker**

Ebrahim (1977) har bidragit med en meditationsteknik, som jag själv dagligen kopplar samman med skilda tekniker, förstärkande dessa:

*"... varken du eller jag kan hindra tankar komma. Men om tankar vill störa, så vet då, att du kan tyst inom dig tänka och uttala ordet LUGN. ... vid varje utandning ... ihärdigt och utan att stoppa upp ... tänker och uttalar du ordet LUGN... Du märker snart hur uppfylld du blir... av ordet LUGN... och tankar som kommer, slinter mot ordet LUGN... De får inget grepp om dig... så länge du ihärdigt fyller dig med... LUGN".*

Ordet fungerar som ett mantra och hjälper att inaktivera censorn. I början förstärker jag effekten med att viska med vid utandningarna. En annan god förstärkning är att samtidigt stryka nedåt armarna. Har enligt mina patienters utsago sedan många år en kraftigt fördjupande effekt.

### **B. Fördjupningstekniker**

#### **A-B-C Tekniken enl. Elman**

Denna fördjupningsteknik är mycket användbar. Enkel och effektiv.

*"... Om du önskar gå ännu djupare, så finns det ytterligare tre nivåer under den där du nu befinner dig. Vill du uppleva denna ännu skönare avslappning kan du nicka ...".*

Avvakta patientens svar.

*"... den första nivån är A-stadiet, dubbelt så djupt under den är B, dubbelt så djupt under B ligger C. Allt du behöver göra för att nå A, dubbelt så skönt och djupt som nu, är rätt följa denna min instruktion... Du skall strax andas in djupt, hålla andan tills jag säger A, och sedan snabbt andas ut. Där slappnar du av.*

*Du kommer helt automatiskt känna när du nått ner till A och då höjer sig ditt pekfinger*

*som signal till mig. Plus att du svarar med att säga... A... ".*

Du observerar patientens avslappning och när han uttalat A, fortsätter du:

*"... Fint... Och nu gör vi likadant för att gå vidare till B-nivån ... Andas in djupt... B... andas ut" (o.s.v.).*

Du kan märka på patientens avslappning och letargin, som också avslöjar sig i den allt svagare rösten, hur snabbt allt går. Vill du förstärka effekten är strykningar alltid användbara. Ibland visualiserar jag en swimmingpool med skönt, varmt vatten, där man skjuter sig undan från kanten och flyter iväg spänninglös i kroppen. Tänk på att "djup" kan ge olust, t.ex. djupt vatten. Min swimmingpool är grund, och man glider horisontellt in i en djupare känsla.

### **Öppna - sluta - öppna tekniken enl. Halker**

*"... slut ögonen ... lyssna bara på mig. Tag nu ett djupt andetag och håll det... säja ... lite djupare... stanna där... Andas ut... NU".*

Se till att patienten andas ut riktigt djupt.

*"... tillhälften öppna ögonen... stanna där... bra. Låt ögonen falla ihop igen... så... bra... till hälften öppna ögonen igen... stanna där... bra. Låt ögonen falla ihop igen ... så. Håll dem slutna".*

Låt patienten fortsätta djupandas några gånger. Säg sedan:

*"... när jag säger till, skall du börja räkna tyst för dig själv med början från 100, alltså 99, 98, 97 o.s.v. i JÄMN TAKT. Du kommer då uppleva det märkliga, medan du fortsätter andas djupt och lugnt, att du snart tappar borträkningen. Och när det händer, tala om det genom att ta ett riktigt djupt andetag, släpp siffrorna och höj pekfingeret. Du kan börja ... NU".*

När patienten andats ut och höjt sitt finger, ge fördjupningsuggestioner och strykningar. Ytterligare fördjupning sker med min enklaste favoritteknik:

*"... varje gång jag lyfter din handled och släpper handen kan du själv låta dig gå allt djupare..."*

### **Hiss tekniken**

Denna teknik är speciellt tacksam för en tandläkare genom att vi får en ideomotorisk förstärkning av suggestionerna, när vår tandläkarstol får fungera som hiss. Glöm bara ej att förvissa dig om att stolen är i förhöjt läge redan innan patienten går i trance. Ta reda på om patienten har claustrofobi för hissar. Om så är fallet, kan trapptekniken användas.

*"... föreställ dig att vi två står i en hiss på tredje våningen... en hiss medgallergrind".*

Beskriv hissen med detaljer, och få ett nickande svar av patienten. Fortsätt:

*"...jag trycker nu på knappen, hissen börjar sjunka... och du känner själv hur du sakta börjar sjunka... blir mer och mer avslappad... tung. Djupare och djupare, tills du känner dig dubbelt så avslappad. När du känner dig dubbelt så skön och avslappad... då har hissen nått våningsplanet under... då säger du ordet NU... och hissen stannar upp".*

Är du tandläkare har du vid början av denna monolog låtit din stol sjunka något. När patienten säger NU, säger du, i samtidighet med ny stolsrörelse:

*"... bra ... när jag nu strax trycker på knappen igen, börjar hissen sjunka ner mot första våningen. Exakt samma känsla av tyngd och avslappning kommer du att uppleva... tills du igenfördubblat den ... när du nått dubbelt så djupt och skönt... är du framme... och stannar hissen med ordet NU...".*

När patienten svarar med "NU", åstadkommer du överraskning/ transfördjupning med:

"... nu skall vi skjuta upp gallergrinden och gå ut... men vänta... hissen skall få gå ner ännu en halvtrappa ... till en om möjligt ännu skönare avslappning... och när du känner dig ytterligare dubbelt så djupt avslappad då är du framme. Säg då ... NU".

Patientens sista "NU" brukar knappt bli hörbart, oftast bara en läpprörelse.

### Omvänd räkne teknik

Den teknik jag kanske funnit effektivast är en räkneteknik uppfunnen av Milton Erickson och vidareutvecklad av John Hartland. Fraktionering enl. Voigt, som åstadkommer ett repetitivt pendlande mellan ytligare och djupare trance, ingår. Varje räknesekvens har effekt som en nyhypnotisering och slutresultatet kan bli ett somnambult tillstånd. Låt först patienten gå i hypnos. Därifrån fördjupar du enligt följande:

"... jag kommer strax räkna från 1 till 20. Det finns olika möjligheter. Jag kan räkna 1, 2, 3, 4, 5 o.s. v. eller 2, 4, 6, 8 o.s.v. Men också t.ex. 3, 5, 7, 10, 15, 20. Men det gör det samma vilket sätt vi väljer för att komma till 20, där du är i ett fullt hypnotiskt tillstånd. När jag når siffran 5 börjar du gå i trans. När jag når 10 börjar dina ögon slutas. Du är då till hälften inne i hypnos. När jag når 15 är ögonen nästan helt slutna och du är i 3/4 hypnos. När jag når 20 är dina ögon tätt slutna och du är helt inne i hypnos. Jag börjar nu ... 1..., 2 ..., 3..., 4..., 5...börjar gå i trans... 6..., 7'..., 8..., 9..., 10... till hälften i hypnos, ögonen börjar på att slutas ... 11..., 12..., 13..., 14..., 15... nästan helt i sömn, ögonen tyngre, ögonen sluter sig... 16..., 17..., 18..., 19..., 20."

Du kan räkna långsammare om behövt för att få full ögonslutning.

"... jag räknar nu strax tillbaka. När jag når 15 börjar dina ögon reagera för uppvaknande... när jag når 10 blir dina ögon halvöppna men du är fortfarande bara till hälften vaken. När jag når 5 är du 3/4 -vaken och när jag når 1 är du helt vaken ... 19..., 18..., 17..., 16..., 15..., kvartsvaken, 14..., 13..., 12..., 11..., 10... halvtvaken,... 9..., 8..., 9..., 10..., djupare... 11..., 12, 13, 14, 15, djupare 16, 17, 18, 19, 20, ännu mycket djupare än tidigare ..., 19, 18, 17, 16, 15, 14, 13, 12, 11, 10, 9, 8, 7,... 8..., djupare och djupare, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, djupare, 16, 17, 18, 19, 20, ännu mycket, mycket djupare än föregående gång".

### Svarta tavlan

Detta är en fördjupningsteknik, som har ett tillägg för att åstadkomma

amnesi. Patienten befinner sig alltså redan i trance. Sedan kan man säga:

"... jag vill att du för din inre syn ser en svart tavla... en sådan som fanns i skolan. När du ser den ... lyft ditt högra pekfinger ... (efter ja-signal) ... vilken färg har ramen? ... (testfråga)..."

När patienten kan "se" den svarta tavlan uppmanas han att se en symbol eller ett ord, som innefattar problemet. T.ex. ordet RÄDSLÅ skrivet på tavlan. Vänta på bejakande.

"... du skall nu med hörbar röst sakta räkna... 99, 98, 97, 96, 95. När du nått 95 kommer du märka att den första och sista bokstaven i ordet (del av symbolen) suddats ut".

Repetera uppgiften. Patienten får så räkna 99-95.

"... stopp, bra ... vilka bokstäver finns kvar?..."(eller del av symbolen).

Nästan ofelbart kommer rätt svar. Du kan fortsätta:

"... räkna än en gång från 99 till 95. Nu skall du finna, att resten också är utsuddat..."

Om allt blivit utsuddat, men vissa kritmärken återstår (tecken på motstånd) kan

räkningen fortsätts ner till 90. Slutligen ges suggestioner för amnesi.

*"... lika avslappad som din kropp är, är du också mentalt. Om jag nu stryker över din panna så här, så suddas liksom på tavlan minnet ut av den händelse, som ligger bakom ... du behöver inte längre minnas denna händelse och känsla om du inte vill... kan sjunka in i ett töcken..."*

Suggestionen följes av tre strykningar över pannan.

### **C. Dissociativa tekniker**

Dissociation har den likheten med amnesi, att den innebär en förmåga hos den hypnotiserade att avskilja sig själv från den omedelbara verkligheten. I trance kan dissociation främst åstadkommas genom att "gå in i bilder". Denna förmåga att gå ut ur sig själv har vida användningsområden, som t.ex. vid smärtproblem, sömnsvårigheter och sexuologi. Termen depersonifikation, Kroger (1976), används ofta om den dissociation, där patienten får glömma vem han är, och gå in i identitet av någon han vill vara. Två egna patientfall är exempel på hur visualisering kan utnyttjas: En kvinna, 28 år, tandvårdsrädsla plus sprutfobi sedan barndomen. Kunde gå i medium trance. Användande av progressiv avslappning och systematisk desensibilisering. Tandvårdsrädslan kunde vi komma över, men instucket av injektionssprutan kunde klaras först med hjälp av en bild. Hon fick föreställa sig ha en tvillingsyster, och så "se" denna syster i tandläkarstolen lugnt ta emot en injektion.

Fick så nästa gång se sig själv glida in i systemns kropp. Systemen tog då emot injektionen medan hon själv passivt fanns med. En ung pojke, 19 år. Lärdes hypnos och fick sedan förflytta sig till sin favoritplats, en by vid en havsstrand i Thailand. I en av hyddorna hade doktorn och tandläkaren sin mottagning på hyddans veranda. Sittande utanför kunde han se en ung pojke i tandläkarstolen. Första besöket endast för undersökning, andra för behandling. Beskrevs hur lugn och avslappad pojken såg ut. Han var dessutom klädd i samma kläder som min patient bägge gångerna. Tredje gången när jag beskrev pojken, utbrast han: "Det är ju jag som sitter där". Han såg sedan mig som den infödde tandläkaren. Vi lagade ett hål med patienten dissocierad. Han satt själv på stranden lugnt seende sitt alter ego bli behandlad.

### **Förflyttning**

I kapitlet hypnos inom odontologin har jag berört autoanalgesi och förmåga att flytta anestesi från t.ex. handen till en tand. Självfallet kan detta ske till vilken annan kroppsdel som helst. Som träning av förmågan och fördjupning av bedövningen kan rekommenderas att t.ex. lägga den bedövade handen ovanpå den obedövade. Suggestera sedan, att bedövningen "rinner ner". Som tecken på att anestesin bytt plats, skall patienten skilja på händerna. Låt honom sedan testa känsligheten med en nål och poängsätt i nedåtgående skala från 10 till 1. Referensram är den obedövade handen. Upprepa handbytet några gånger och suggerera att anestesin fördjupas alltmer.

### **De färgade lamporna**

En ren dissociationsteknik användbar på alla, kanske speciellt på barn. Om vi väljer att dissociera t.ex. ena armen från övriga delen av kroppen, förklarar man, att nerver från alla delar av arm och hand leder elektriska signaler till ett ställe i nacken, innan de tillsammans leds upp till hjärnan. Med patienten i så djup hypnos som möjligt får han visualisera sin hand/arm transparent så alla nerver kan ses. De liknar elektriska trådar. Be patienten svara med ideomotorisk fingersignal:

*"... se nu också stället i nacken ... ser ut som en telefonväxel... signal) ... varje nerv från*

*varje finger är en ledning, som går till en strömbrytare med enfärgad lampa ovanför... ser du dom ... (I.M.-signal)... rör lite på pekfingret, då blinkaren lampa, se vilken färg... (signal) ... svara vilken färg... (svar) ... vid en större lampa går sen ledningarna från hela handen ihop ... rör på handen ... färg...? ...".*

Så fungerar idén, och därefter kan man be patienten slå av den strömbrytare som bryter önskad nervförbindelse. När lampan slocknat är kroppsdelen dissocierad vanligtvis med full anestesi.

### **D. Uttrötningstekniker**

En del patienter visar motstånd mot att gå i trance. Olika orsaker finns till detta. Gå först igenom ev. missförstånd angående hypnosens natur, självkontroll m.m., men glöm inte det faktum att man ej kan passa alla. Personlig attityd, klädsel, manér etc. kan medvetet, eller ännu viktigare omedvetet, hindra ett samarbete. Blythe (1976) uppmanar ofta efter första intervjun sina patienter att dröja något innan de bestämmer nästa konsultation. Ett annat hinder kan vara, att man får en favoritteknik som man tror passar alla. Milton Erickson understryker att varje individ är unik och måste behandlas som sådan. Blythe nämner två metoder att möta rigiditet som han använder när någon vid en demonstration har svårt för att slappna av.

### **Öppna/stänga ögonen**

Personen får fixera en punkt högt upp i pannan så ögonen konvergerar:

*"... när jag räknar till 1, så sluter du ögonen ... ett... när jag säger två, öppna igen och se samma punkt... två ... Vid tre, stäng ögonen igen ... tre... vid fyra öppna, se punkten ... fyra ...".*

Så fortsätter han och tillägger att när personen ej längre känner lust att öppna dem, kan ha låta tyngden ta överhand och slappna av.

### **Skriva siffror**

Den andra metoden är en variation på den välkända svarta tavlan tekniken. Personen uppmanas sluta ögonen och "se" en svart tavla framför sig. Får bekräfta med en nick. Sen sträcka ut den icke-dominanta handen och "se" sig hålla en krita mellan pekfingertumme. Därefter skriva 300 på tavlan och sen med hela handen sudda ut siffrorna. Därefter skriva 299, sudda ut och så fortsätta så långt ner mot noll han orkar. Då får handen sjunka ner i knät och han kan njuta av avslappningen i kroppen. Viktigt är en djup och jämn andning samt att hela tiden ge suggestioner om sambandet utandning avslappning ökad tyngd i kroppen dissociation.

### **Distraktionsmetod**

För att komma över motstånd använde Hartland tekniken att be patienten räkna tyst eller med låg röst i jämn, lugn takt/rån 300 och nedåt, medan han samtidigt gav en vanlig hypnosinduktion:

*"... med ögonen slutna ... fixerande en punkt vid näsryggen ber jag dig andas djupt och jämnt. Medan du andas djupt och jämnt, skall du räkna från 300 och nedåt i lugn, jämnt takt. Medan du räknar ... lugntjämnt... automatiskt... och andas... talar jag till dig... men du behöver inte lyssna. Låt det vara som svag bakgrundsmusik i en restaurang... Du hör den men koncentrerar dig hela tiden på att räkna...".*

Säg också, att om han skulle tappa bort sig i räkningen så spelar det ingen roll. Fatta tag i första siffran som kommer och fortsätt räkna mot noll. Medan patienten räknar ger du då och då fördjupningssuggestioner. Blir det återigen oordning i räknandet avbryter han räkningen. Detta signalerar patienten till dig genom att ta ett djupt andetag och "låta siffrorna helt försvinna".

Avvakta denna utandning och ge fördjupningssuggestioner. Räkningen kan försvåras,



om så behövs:

*"... där du nu är, kan du börja dra ifrån 3... nu kan du ändra genom att dra ifrån 7... i regelbunden takt..."*

Total förvirring blir resultatet, allra helst om du dessutom bland dina suggestioner påbörjar en räkneserie gående uppåt *mot 300*. När jag märker förvirringen brukar jag öka stimulipåverkan genom taktila suggestioner. Ge en tryckning på axeln och patienten bokstavligen flyr ner i trancen.

### **E. Förvirringstekniker**

För psykoterapi och hypnoanalys finns varierande tekniker för att kringgå intellektualisering och medvetet motstånd. Milton Erickson är den överlägsne mästaren i sådana metoder. Lek med ord, metaforer, tempusändringar, irrelevanta påståenden och berättelser, blandade och ofta givna i snabbt tempo bryter patientens referensramar. Ett behov växer att få reagera adekvat på ett entydigt meddelande. Detta kommer så småningom och innebär att patienten sjunker ner i hypnos.

Kort exempel:

*"... din högerhand lyfts upp i luften ... och vänster hand trycker ner mot stolen. Låt vänsterhandlyftas upp... och högerhandtryckas ner mot stolen. Nu trycker båda händerna mot stolen... men nu lyfts ena handen upp i luften... den andra trycker neråt. Nu glider höger inåt... medan den andra lyfts utåt... Högerhand lyfts upp i luften... och vänster trycker ner mot stolen ..."(den ursprungliga suggestionen).*

### **F. Nonverbala tekniker**

Tillfällen att arbeta med helt non-verbala tekniker är ej så många. Mitt första tillfälle kom, när jag hade en tandvårdsrädd, dövstum kvinna som patient (Wikström 1977):

Sätt dig mitt emot patienten, nära och med dina ben utanför och något omfattande patientens knän. Genom att sen trycka ihop knäna åstadkommer du fysisk kontakt. Initialt åstadkommer du förvirring men sekundärt värme och trygghet. För dig betyder det att du får överföring av spännings/avslappningssignaler. Lyft patientens armar och händer i höjd med bröstet och med tummarna liggande ihop. Slut din vänstra hand runt tummarna. Se till att du lyft så högt, att armarna inom kort kommer att tröttnas. Medan du stadigt fixerar din blick i patientens ena öga, fångar du upp patientens andningsrytm. Följer du den, är det sedan lätt att få patienten att följa din, som sakta blir allt djupare och långsammare. Dina vidgade näsborrar vid inandning och markerad utandning blir tydliga nonverbala signaler. Fukta t.ex. överläppen som ett test. Gör patienten samma sak, vet du att ännu en osagd suggestion följts. Du börjar föra armarna upp och ner i takt med andningen. När du fått en lugn och djup andning på er båda, ökar du sakta trycket av handen som griper om tummarna. Lagg märke till den ökande tyngden i armarna och den ökande rodnaden i ögonen. Luta dig då sakta, sakta framåt. Ta din högra hand ur patientens synfält och för den bakom huvudet och framåt tills du kan sluta ögonlocken med tumme och långfinger. Du har under hela tiden sakta ökat trycket runt tummarna - släpp greppet helt samtidigt med ögonslutningen. Du märker att patienten är i trance. Böj huvudet snabbt men mjukt framåt och låt bägge dina händer glida ner längs axlar och armar ett par gånger. För att väcka patienten:

1. Lyft huvudet. Om det behövs.
2. Slå lätt på kinderna. Om det behövs.
3. Öppna ena eller bägge ögonen. Om det behövs.
4. Blås mycket lätt i det öppnade ögat. Om det behövs.
5. Stänk några droppar vatten i ansiktet. Barntandläkare Paul Biederman har utvecklat tekniken vidare, inkluderande analgesi. Hans noggranna studie av psykodynamiken bakom finns publicerad (Biederman 1981).

### **G. Självhypnotiska tekniker**

Vägen till självhypnos går i kliniska sammanhang ofta över hetero-hypnos, där en

patient, efter att ha vant sig vid en viss induktionsmetod, tar över och följer samma procedur, som terapeuten tidigare inducerat. På så sätt kan alla de tekniker som beskrivits i detta kapitel användas för att lära in självhypnos. Ett annat tillvägagångssätt är att under heterohypnos åstadkomma en betingning mellan induktionsprocessen och en eller flera "triggers". Denna betingning kan sedan ytterligare förstärkas med hjälp av posthypnotiska suggestioner. En metod, som jag ofta använder för att lära ut självhypnos till mina patienter är följande: Medan patienten är i hypnos säger jag:

"... när du har vaknat upp vill jag att du lyfter upp din vänstra arm och kniper samman pekfingret och tummen som om du höll ett mynt... Fixera blicken på tumspetsen... Andas så in djupt, håll andan och känn spänningen. När du sedan andas ut säger du tyst ordet "Lugn". I samma ögonblick kommer du att känna en tyngd som sluter ögonlocken och som glider ner genom hela kroppen ... din slappa hand tappar myntet och handen faller tungt ner i knät. Detta är signalen för att du sjunker ner minst lika djupt som du är nu."

### **H. Intuitiva tekniker.**

Val av tekniker bör också styras av patientens personlighet. Detta kan ibland innebära att man kombinerar olika kända tekniker eller att man intuitivt skapar nya tekniker. Om man är väl förtrogen med induktions- och suggestions principer så kan man lättare låta intuitionen sköta den verbala och taktila utformningen av dessa principer. Utvecklingen av hypnos och induktion har gått en lång väg sedan Mesmers magneter. Det finns idag en mängd väl utprovade formalistiska induktionsmetoder. Dessa har alltid sin plats som uttryck för samlad erfarenhet och som utgångspunkter. Sedan är det intuition och individuell erfarenhet som gör mästaren.

## **Experimentell hypnos**

Man kan skilja på:

1. Hypnos som forskningsmål.
2. Hypnos som forskningsmetod.

Det första området tas inte upp i detta kapitel, eftersom många resultat från denna forskning har redovisats tidigare i boken. Hypnos som forskningsmål omfattar framförallt följande 3 delområden:

- a. Teorier och kriterier för hypnos.
- b. Hypnotiska fenomen.
- c. Hypnotisk mottaglighet.

Det andra området, hypnos som forskningsmetod, är fortfarande förvånansvärt lite utnyttjat. Hypnos och hypnotiska fenomen används här som forskningsredskap för att få kunskap om andra områden. Hypnos används framförallt för att inducera och kontrollera sådana experimentvariabler som är svåra att framkalla med andra metoder. Ta känslor som exempel. Mer eller mindre sinnrika laboratoriesituationer har konstruerats för att hos försökspersonerna framkalla vissa bestämda känslor. Resultatet av en given situation brukar dock visa en avsevärd variation både ifråga om slaget och graden av känslomässiga reaktioner.

Med hjälp av hypnos kan en viss given känsla framkallas under eller efter hypnos genom:

1. Direkt suggestion, som antingen omfattar
  - a. Ordet för känslan eller

**b.** En beskrivning av vad försökspersonen ska känna

**2.** En händelse/situation som innehåller den aktuella känslan.

En variant som jag använt vid experiment med känslor som förstärkning av beteenden, har varit att låta försökspersonerna under hypnotisk regression återuppleva en känsloladdad situation. Känslan har sedan lösgjorts från situationen och bundits till en signal, t.ex. ett specifikt beteende.

Om känslorna binds till toner så kan olika känslor utlösas av toner med olika frekvens, medan tonstyrkan representerar styrkan i känslorna. Denna teknik kan användas för att studera känsloreaktioner men också för att studera konflikter eller för att framkalla och upplösa en experimentell fobi. Om t.ex. en ton med frekvensen 800 c/s framkallar rädsla, så kan den tonen presenteras samtidigt med ett helt neutralt föremål, t.ex. ett leksaksdjur. Efter ett tiotal presentationer har en betingning uppstått och försökspersonen visar rädsla för djuret. Om kopplingen mellan ton och rädsla tas bort genom en ny hypnos, så framkallar tonen inte längre någon rädsla. Däremot finns fortfarande rädslan för leksaksdjuret kvar.

Det räcker alltså inte att ta bort den "ursprungliga orsaken" till de fobiska besvären.

Det som hunnit betingas in efteråt måste behandlas separat.

Med samma metod kan konflikter studeras.

Om man samtidigt låter försökspersonen höra två toner, som utlöser två olika känslor, så skapas en konflikt. Konflikten blir större ju mer motsatta som känslorna är.

Konflikten beror också på styrkan hos känslorna. Om t.ex. vrede och fruktan ges på full styrka (tonstyrka = 10), så kommer vreden att tränga bort fruktan och konflikten uteblir. (Om du blir arg försvinner rädslan.) För att få en konflikt måste tonstyrkan för vrede minskas till i genomsnitt = 3.

En annan intressant experimentell teknik för att studera konflikter är paramnesia, utarbetad av den ryske psykologen A R Luria. Under hypnotisk regression läggs en händelse in, som strider mot personens vanor och vanliga beteende (t.ex.: Han stjälar pengar från en god vän). Försökspersonen får suggestioner om amnesi för denna händelse. Den "omedvetna" konflikt som detta skapar studeras sedan efter uppvaknandet. I filmen "Unconscious motivation" undersöks först effekten genom projektiva test, varefter konflikten långsamt rullas upp genom ordassociationer och drömtolkning.

Under de 50 år som gått sedan Luria publicerade sina experiment (1932) har tekniken använts för att studera t.ex. bortträngning, psykos, psykosomatiska effekter och psykoterapeutiska metoder. Levinson använde en liknande teknik men applicerat på narkos. I samband med ett antal operationer gav han ångestväckande meddelanden. Trots att patienterna efteråt var helt omedvetna om vad som sagts eller vad som hänt under operationen, så visade man olika tecken på oro. Mellan en och två veckor efter operationerna hypnotiserades patienterna och kunde nu under hypnos minnas och berätta om vad de "hört" under operationen. Därefter "avlägsnades" meddelandet, medan patienten var i hypnos. Vid liknande experiment i Uppsala kunde vi inte få patienterna att under postoperativ hypnos berätta om vad vi sagt under operationen.

Den stora skillnaden var dock att vi av etiska skäl använde oss av neutrala och ganska meningslösa meddelanden. En intressant utveckling av denna teknik finns i en fint genomförd undersökning av Bonke (1980). Genom att under narkos ge patienterna positiva suggestioner, speciellt med inriktning på den post-operativa fasen, erhöll de en signifikant minskning av tiden från operationen fram till patienterna kunde skrivas ut.

När hypnotisk eller posthypnotisk metodik användes för att framkalla subjektiva tillstånd, så är det viktigt att testa tillståndet med något oberoende mått. Jag har oftast

använt en i Uppsala konstruerad skala för subjektiv upplevelseanalys.

I en studie av bilkörnings förmågan, mätt med bromsreaktionstid, antal avkörningar av vägen, puls, andning och GSR, skedde jämförelsen mellan vaket - normalt, hypnos - normalt och posthypnotiskt framkallade tillstånd av trötthet, oro, gott och dåligt självförtroende och berusning. Den posthypnotiska suggestionen om t.ex. gott självförtroende var här en oberoende variabel och försökspersonens tillstånd efter att signalen för gott självförtroende getts var den beroende variabeln. Försökspersonen som hade amnesi för de givna instruktionerna, fick före och efter körningen skatta sitt tillstånd på den subjektiva upplevelse skalan. Denna skattning blir en ny oberoende variabel (den viktiga) som sedan relateras till den beroende variabeln, nämligen bilkörnings förmågan. För huvudfrågeställningen i experimentet är det ointressant hur de subjektiva tillstånden har uppkommit, men det är naturligtvis svårt att tänka sig någon annan metod med vilken man snabbt och effektivt skulle kunna variera självförtroendet hos en och samma person.

Hypnosteknik gör det möjligt att framkalla "renare" tillstånd än de vanligen mer komplexa tillstånd som uppkommer i naturliga situationer. I ett försök att analysera det ideala prestationstillståndet (Henriksson, Högström, Uneståhl, 1981) jämfördes den maximala isometriska styrkan under posthypnotiskt framkallade tillstånd med variation av motivation, aktivering, muskulär spänning, mental spänning (oro - lugn), inställning till uppgiften och inställningen till sig själv (självförtroende).

Den bästa prestationen utfördes när försökspersonen hade en optimal inställning till uppgiften och den näst bästa när försökspersonerna hade en optimal inställning till sig själv (bra självförtroende). Det finns två konkurrerande teorier om relationen mellan arousal och prestation, den omvända U-formen och driveteorin med rätlinjig relation. De olika uppfattningarna kan bero på att arousal är ett komplext begrepp, vars innebörd kan variera. Om man analyserar ett sådant begrepp och delar upp det i enskilda komponenter kan sedan relationen mellan varje komponent och prestationsförmågan undersökas.

Om man t.ex. ser arousal som en kombination av muskulär och mental spänning visar den relaterade undersökningen att relationen kan beskrivas som en omvänd U-form. De huvudsakliga nackdelarna med experimentell hypnosmetodik har att göra med variationen i mottagligheten för hypnos samt att man i regel är hänvisade till frivilliga försökspersoner. Om man sätter den nedre gränsen för deltagande vid 10 poäng på Stanfordsskalan form A (10-12 p kan betraktas som synnerligen mottagliga), då får man bara med 15 % av en population. Sätter man gränsen vid 5 får man med 55%, men då sjunker naturligtvis mottaglighetsgraden hos försökspersonerna.

Möjligheterna att generalisera genom ett sådant urval av försökspersoner ökar dock genom vetenskapen om att mottagligheten för hypnos inte är relaterad till sådana faktorer som en viss personlighet. I undersökningar med hypnos eller hypnotiska fenomen som forskningsmål har det alltsedan Ornes klassiska studie (1959) varit vanligt att förutom experiment- och kontrollgrupp också ha med en tredje grupp av simulerande försökspersoner. En översikt av resultaten i sådana studier visar mer eller mindre av skillnader beroende på typ av uppgift och den kunskap som de simulerande försökspersonerna har om hypnos. Även en framgångsrik simulering behöver dock ej ta ifrån det hypnotiska beteendet dess genuitet, lika litet som en skicklig simulering av en berusad visar att alkoholpåverkan är en myt.

Många studier visar dock viktiga skillnader mellan experiment och simuleringsgrupp. Om man t.ex. jämför hypnotisk inducerad ångest med simulerad ångest, så uppvisar de

två grupperna helt olika MMPI-profiler (Branca och Podolnick, 1961). En hypnotiserad tycks känna och uppleva rollen i stället för att konstruera den kognitivt.

Till slut, sammanfattningsvis, några av de fördelar, som hypnos som forskningsredskap kan ge:

1. Genom hypnosmetodik kan inre tillstånd skapas, även sådana som är svåra att inducera genom vanlig stimulikontroll.
  2. Genom att noggrant formulera stimulus kan "rena" tillstånd framkallas, d.v.s. endast en av flera komponenter, som normalt interagerar.
  3. Både slaget av och styrkan i ett tillstånd kan bestämmas.
  4. Genom att binda effekten till en modifierbar signal kan tillståndet förändras under experimentets gång.
1. Amnesi för de givna instruktionerna kan ges för att t.ex. förhindra medvetet rollspel.
  2. Reliabiliteten kan lättare undersökas genom att den experimentella proceduren kan upprepas på samma försökspersoner.
  3. I den mån alternativa metoder existerar är hypnosmetoderna i regel billigare och administrativt enklare.

## Klinisk Hypnos

### I. Hypnoterapi

Hypnoterapi är inte en beteckning på *en* form av terapi utan på många. Namnet säger egentligen bara att det är fråga om terapi, som bedrivs under eller med hjälp av hypnos. Det säger däremot ingenting om vad slags terapi det är fråga om. Samma sak gäller ju begrepp som individualterapi eller gruppterapi, som mera är en beteckning för situationen än för slaget av terapi. Hypnos är alltså en situation, där man kan applicera en mängd terapeutiska principer och tekniker. Fördelen med att kombinera t.ex. beteendeterapi, psykoanalys, gestaltterapi eller existentiell terapi med hypnos är att man snabbare når resultat, ibland också effektivare resultat. Vid sidan av dessa kombinationer finns det också tekniker, som helt bygger på det karaktäristiska i det hypnotiska tillståndet och som därför bara kan tillämpas under hypnos.

### I. Hypnoanalys

En kombination av psykoanalys och hypnos kallas hypnoanalys. Grundprincipen är att hypnos reducerar effektiviteten i de repressiva mekanismerna, så att bortträngt och svåråtkomligt material blir lättare tillgängligt. Eftersom en patients försvar kan vara mycket starka och aktiva, så kan man vid traditionell psykoanalys få hålla på mycket länge, innan man kommer någon vart. Genom hypnoanalys reduceras då tid och kostnader avsevärt. Eftersom man också är mindre "på sin vakt" under hypnos, så avslöjar man lättare traumatiskt material, som inte är bortträngt men väl nedtryckt, alltså material som man medvetet håller tillbaka. Det finns många variationsmöjligheter under rubriken hypnoanalys, från en enkel procedur med frågor och svar med en patient i djup avslappning över till betydligt mer komplicerade procedurer. Jag skall här nämna två exempel:

#### Hypnos i psykoanalys

Här startar man den formella psykoanalysen på vanligt sätt. När analysen stannar upp p.g.a. något besvärligt motstånd tar man till hypnos. Sedan fortsätter man med fria associationer i vaket tillstånd tills analysen stannar upp på nytt.

#### Egentlig hypnoanalys

Här görs större delen av analysen med hjälp av hypnos. Metoderna är många, från fria

associationer under hypnos till avreaktion. Det sista, som innebär att emotioner får ett ohämmat utlopp, är en metod som har kommit i skymundan sedan Freuds och Breuers dagar. Avreaktionen frigör ofta bortträngt material, men dessutom tycks den i sig ha en viss terapeutisk effekt. Kritiken, att denna effekt är kortvarig, är säkert ofta riktig, men åtminstone i de fall där symptomet inte underhålls av en aktiv konflikt, kan den terapeutiska effekten bli långvarig. (Samma sak gäller förresten suggestionsterapi, se nedan). I hypnoanalysen ingår också regelbundet återkommande vakensessioner, där man hjälper patienten till ökad insikt genom att integrera det material som kommit fram under hypnos. Eftersom det har skrivits åtskilliga volymer om hypnoanalys, så skall jag inte gå in mera på det utan istället kort nämna några metoder för att komma åt svåråtkomligt material, metoder, som man kan använda även i andra sammanhang än vid psyko eller hypnoanalys. De traditionella teknikerna bygger på verbala uttryck av konflikter, men eftersom försvaren är starkast just på det verbala området, så finns här en del metoder, som kringgår patientens invanda verbala försvar.

### **1. Hypnos - nattdrömmar**

- a) Posthypnotiska suggestioner (PHS) om att komma ihåg fler nattdrömmar.
- b) PHS om att drömma om olika konfliktområden.
- c) Hypnotiskt återupplevande av glömda drömmar eller fullbordande av avbrutna drömmar.
- d) Drömtolkning under hypnos.

### **2. Hypnotiska drömmar**

Drömmar, som induceras under hypnos, kan göras helt fria eller bindas till något visst innehåll. Tolkning kan liksom vid nattdrömmar göras under hypnos.

### **3. Fria associationer**

Går till på samma sätt som vid psykoanalys men görs under hypnos med de fördelar, som nämnts tidigare.

### **4. Regression**

Hypnotisk regression kan ingå både i den diagnostiska (utredande av problemrelevant material) och den terapeutiska processen (utlevelseterapi).

### **5. Ideomotoriska dissociativa tekniker**

Medvetna tankar och föreställningar kan framkalla svaga men fullt mätbara (EMG) muskelreaktioner (se kapitel om hypnos och idrott). Bakom idén att använda ideomotoriska tekniker för att komma åt svåråtkomlig information ligger tanken att även omedvetna tankar och föreställningar kan framkalla subliminala muskelresponser.

#### **a) Fingersvar**

En av de allra vanligaste metoderna är att låta patientens inre/omedvetna svara genom icke-viljemässiga ryckningar i fingrarna. Om man först har utsett ett ja- och ett nej-finger, så kan man på det sättet få svar på enkla frågor. Om man kombinerar detta med en regressiv räkning bakåt i åren, så kan fingersvaren visa de år, där det hänt något som har betydelse för patientens aktuella problem.

#### **b) Pendeln**

I ideomotorisk träning (idrott) lär man sig att styra pendeln med hjälp av bilder av hur pendeln ska svänga. Här gör man tvärtom. Man ställer en fråga och låter det inre svara

genom pendelutslagen. Pendeln kan röra sig på fyra olika sätt: fram och tillbaka åt 2 håll, och i en cirkel åt 2 håll. Fyra vanliga svar som kan kopplas till pendelutslagen är: Ja, Nej, Kan inte säga, Vill inte säga.

### **c) Automatisk skrift**

Genom att skapa en dissociation i armen ("När ditt inre tar kontroll över din skrivarm så kan du uppleva det som om armen inte längre tillhör din kropp") kan man frigöra den från den medvetna kontrollen och få den att "sköta sig själv". Den kan då forma ord och meningar som kan ge mycket värdefull information.

### **d) Hypnografi**

Samma teknik som vid automatisk skrift, men patienten får här rita figurer, till vilka han sedan får associera. Vid hypnoplasti är tillvägagångssättet likartat, men här får patienten i stället skapa figurer av ett mjukt formbart material,

### **e) Visualiseringstekniker.**

Det finns en mångfald varierande tekniker. Gemensamt för dessa är att patienten under hypnos får beskriva vad han ser, när han föreställer sig en filmduk, en teaterscen, ett hus, en kristallkula o.s.v. Situationerna kan göras mer eller mindre strukturerade, innehållet kan helt överlämnas till patienten eller dirigeras mot något konflikt material. Visualisering som diagnostik och terapeutisk metod kommer att beskrivas närmare i kapitlen om Föreställningsteknik respektive Symboldrama.

## **2. Suggestionbehandling**

Hypnos är ett tillstånd av ökad suggestibilitet och den terapeutiska teknik, som både är äldst och mest förknippad med hypnos, är användandet av direkta suggestioner under hypnos (DSUH) och posthypnotiska suggestioner. Från sjuttonhundratalets mitt fram till våra dagar finns ett otal rapporter om dramatiska effekter, som man uppnått med hjälp av enkla suggestioner. Det har i regel rört sig om olika former av s.k. symtombehandling. Kritiken mot den behandlingsformen, vare sig det sker med hypnos eller på annat sätt, har talat om faran att ta ifrån individen försvararen, om resultatens kortvarighet och om symtom - substitution. Försvararna har sett symtom, icke som tecken på problem, utan som själva problemen. Säkerligen är det inte fråga om antingen eller utan om både och. Det finns säkert symtom, som helt kan ses som betingningar eller ovanor och som aldrig haft något försvars värde. Det finns också symtom, med en från början djupare innebörd, som har upphört att tjäna något omedvetet syfte. I båda dessa fall är hypnotiska suggestioner en idealisk metod genom sin snabbhet och effektivitet. Man bör naturligtvis inte använda metoden i de fall, där symptomen har ett starkt försvarsvärde. Skulle man ändå ta till den så händer i regel ingenting. Patienter av denna typ ger ogärna upp sina symtom förrän de känner att de kan klara sig utan. Ju större behov som patienten har av symtomet som försvarsmekanism, desto svårare är det att få resultat med denna form av behandling. Däremot kan man, under tiden som man arbetar med de grundläggande konflikterna, använda två andra metoder för att komma till rätta med besvärliga och outhärdliga symtom: Symtomsubstitution och upplevelseförändring. Symtomsubstitution:

Detta innebär att man med hjälp av hypnos försöker byta ut ett symtom mot ett annat, som är mera önskvärt och konstruktivt. Om man använder denna metod bör man tänka på två saker.

För det första måste ersättningsaktiviteten ha samma innebörd för patienten som det första symtomet, och för det andra måste det nya mönstret vara tillräckligt logiskt för att kunna utplåna det tidigare. Det bör helst ha samma symboliska innebörd som det

ursprungliga. Upplevelseförändring:

Hit har jag sammanfört ett antal metoder, som alla går ut på att, utan att avlägsna symtomet, göra upplevelsen av det mera uthärdlig. Man kan t.ex. minska intensiteten i besvären, man kan skapa ett slags dissociation till symtomet så att man störs betydligt mindre av det, man kan flytta besvär som eksem, förlamning o.d. till en mindre besvärlig del kroppen, eller man kan låta patienten behålla något restsymtom, som är mindre besvärande än det ursprungliga. Suggestionsbehandling, som utgör en viktig del av hypnoterapi, behandlas också på många andra ställen i denna bok.

### **3. Beteendeoriktad hypnoterapi**

Det har skrivits betydligt mera om kombinationen psykoanalys och hypnos än om beteendeterapi och hypnos. Detta beror väl delvis på att beteendeterapi inte har mer än drygt 20 år på nacken men också på att de flesta hypnoterapeuter har varit dynamiskt orienterade. Bland grundarna av beteendeterapi fanns det dock flera som såg värdet av hypnos i detta sammanhang. Wolpe var t.ex. väl förtrogen med hypnos och använde det ofta och Eysenck skrev i början av sextiotalet att: "En integrering av beteendeterapi och hypnos ser jag som en av de viktigaste utvecklingslinjerna i framtiden." Att denna utveckling har gått så långsamt beror antagligen på att de senaste årens beteendeterapeuter inte har haft samma bakgrund när det gäller hypnos och därför inte så lätt har sett kombinationsmöjligheterna. Jag skall här nöja mig med att ge exempel från ett par områden, där en kombination av inlärningsteori och hypnos kan vara värdefull. Jag väljer en motbetingningsteknik och en operant teknik.

#### **a. Systematisk desensibilisering**

Såsom en av de första och mest använda metoderna inom beteendeterapi finns nu en imponerande mängd forskning, som visar metodens användbarhet och effektivitet. Metoden består i att man gradvis exponerar patienten för en situation eller föremål, som man är rädd för. Det gradvisa närmandet är dock inte tillräckligt i sig. Patienten måste samtidigt befinna sig i ett tillstånd som är oförenligt med fruktan och ångest. Vanligtvis väljer man här det tillstånd av lugn och säkerhet, som uppstår vid djup avslappning. Man startar således den förberedande träningen genom att följa något standardiserat schema med progressiv avslappningsträning. Den muskulära avslappningsträningen ska så småningom leda fram till ett mentalt tillstånd av lugn och säkerhet. Den tid detta tar kan ofta förkortas genom suggestioner under hypnos och posthypnotiska suggestioner. Innan själva avbetingningen startar kan det ibland vara en fördel att dela upp den ångestväckande situationen i delar från det som väcker minst till det som väcker mest ångest (ångesthierarki). I ett program för tandvårdsrädsla har jag t.ex. med följande steg: - Får tid om 2 månader - 1 vecka kvar - Tar på sig kläderna och ger sig iväg - Står utanför - Ringer på - Sitter i väntrummet - Väntar i stolen - Olika behandlingsmoment från undersökning till "det värsta" t.ex. en injektion. Vid själva desensibiliseringen tar man bara ett par tre situationer under varje avslappnings/hypnossession. Varje situation upplevs 3x20 sekunder med 20 sekunders vila mellan varje föreställning. Skulle man känna den minsta oro så avbryter man bilden omedelbart och slappnar av tills man är helt lugn igen. Principen är alltså att bryta kopplingen situation ångest och skapa en nybetingning av situation lugn. Effektiviteten i metoden beror bl.a. på hur "verkliga" som situationerna kan upplevas. En desensibilisering, som görs under hypnos, blir därför effektivare genom den ökade inlevelse- och föreställningsförmågan. Dessutom kan transfern över till den verkliga situationen ökas genom posthypnotiska suggestioner. Eftersom desensibilisering liksom de flesta andra beteendeterapeutiska metoder bygger på enkla och klara principer och bygger på ett konkret, standardiserat tillvägagångssätt kan patienter läras att sköta hela träningen själva (se kapitel om Självhypnos). Jag använder metoden inte bara för uttalade fobier utan för



situationsrelaterade problem överhuvudtaget.

När det gäller fobier så är det visserligen bara 5 % som söker till en psykiatrisk klinik för sådana problem men om man räknar in alla grader av fobiska besvär så undgår knappast någon människa sådana besvär. Över hälften av alla svenskar har t.ex. fobiska besvär när de ska tala inför andra.

När jag använder metoden för t.ex.:

- blivande mammor i mödravårdsträning
- idrottsmän inför kommande tävlingar
- musiker inför en konsert
- skådespelare inför en premiär använder jag mig inte av en ångesthierarki utan man kan här gå igenom hela situationen i tidsföljd. För omfödorskor med en svår första förlossning är ofta en desensibilisering helt nödvändig men även hos förstfödorskor finns ofta en hel del oro att bearbeta.

### **b. Förstärkningsterapi**

Jag tar också ett exempel från beteendemodifikation genom operanta tekniker, där man påverkar beteendet genom att analysera och förändra konsekvenserna av beteendet. Vi använder oss ju alla av det här t.ex. i uppfostran, men nackdelen med en mera systematisk förstärknings terapi av typ "tecken ekonomi" är att den är administrativt mycket besvärlig. Det räcker inte med en beteendeanalys och att ta reda på lämpliga förstärkare, man måste sedan applicera dessa förstärkare till de utvalda beteendena, vilket kan vara nog så personalkrävande och tålmodsprövande. Jag har under några år forskat kring en annan metod, där man använder posthypnotiska tillstånd som förstärkare. Suggestioner kallas posthypnotiska om de ges under hypnos men verkar efteråt i vaket tillstånd. Verkställandet av suggestionerna kan bindas till uppvaknandet, det kan tidsmässigt fördröjas eller det kan för det tredje bindas till någon signal. Detta sista innebär att så fort signalen ges, så utlöses den effekt, som tidigare har programmerats in under hypnos. Som signal kan tjänstgöra vilket stimulus som helst, som har givits signalvärde under hypnos. Även ett beteende eller en situation kan göras till signal. Som förstärkare kan man programmera in en positiv känsla, t.ex. glädje eller tillfredsställelse. Detta innebär att beteendet varje gång utlöser den inprogrammerade förstärkande effekten. Ger man någon en "gåva" så är ju det förstärkande bara i den mån som personen reagerar positivt på den. Med denna metod går man direkt på den positiva reaktionen. Andra fördelar är att man med denna metod får bättre kontroll över: slaget av effekt, intensiteten i effekten, effektens varaktighet och tidsmellanrummet mellan beteende och reaktion. Den är också administrativt mycket enklare genom att den efter en enda programmering sköter sig helt själv.

Någon kan invända att detta är manipulation av patienten. Men teckenekonomi eller någon annan terapeutisk metod blir inte mer manipulativ för att man underlättar den med hypnos, all psykoterapi innebär ju manipulation antingen terapeuten är medveten om det eller inte. Graden av manipulation beror snarare på vad man använder metoden till. I regel är det ju patienten som anger målet och terapeuten och patienten tillsammans som bestämmer medlet. Men när det gäller hypnos kan patienten inte bara välja målet och medlet utan också själv genomföra behandlingen. (Se kapitel om Självhypnos). I det första experimentet valdes ett nonsensbeteende som signal.

När försökspersonerna "råkade" utföra det beteendet utlöstes automatiskt en positiv känsla som varade i 15 sekunder. Resultatet blev att beteendet ökade signifikant för alla försökspersonerna, även för de som inte blev medvetna om att något hände i samband med beteendet. Det har funnits en riktning som hävdar att man måste vara

medveten om förstärkningen för att den ska fungera.

Resultatet från detta experiment tyder på att så inte är fallet.

I det andra experimentet med ett mer komplicerat beteende blev ingen av försökspersonerna medveten om relationen beteende förstärkning. Beteendet ökade liksom i första experimentet signifikant i frekvens och effekten kvarstod även sedan förstärkningen tagits bort (inlärning). Jag har sedan tillämpat metoden på motorisk inlärning inom idrott, men det vetenskapliga utprövningen återstår att göra. Praktiskt har jag framförallt använt metoden vid beteende förändringar, vilket jag återkommer till i nästa avsnitt.

### **c. Beteendemodifikation**

Bland en bred allmänhet har hypnos ofta uppfattats som en metod speciellt lämpad för att förändra beteenden. En kliniker, som sysslar med hypnos, får därför ofta förfrågningar från patienter, som vill sluta röka, gå ner i vikt etc. Som framgår av denna bok är detta bara en mycket liten del av hypnosens användningsområde, men naturligtvis är det viktigt att ge exempel också från detta område. Det skulle ta för stort utrymme att beröra behandlingen av alla problembeteenden, varför jag väljer att beskriva mitt tillvägagångssätt vid rökavvänjning.

#### **Rökavvänjning**

När man bestämt sig för att sluta röka bestämmer man ett rök slutar datum 3 veckor framåt. Under denna tid gör man två saker. Man fortsätter att röka men ökar sin konsumtion med 1 cigarett varje dag. Samtidigt tränar man 1 gång/dag med ett hypnosprogram, som framförallt syftar till att ändra bilden av personen från rökare till rökfri. Den konflikt, som uppstår mellan den nya identifikationen som växer sig allt starkare och den ordinerade rökfrekvensen som också ökar, gör att rökslutardagen kommer som en befrielse. Samtidigt växlar man hypnosträningen till ett program, som går ut på att fortsätta som rökfri. Båda programmen innehåller både bilder och suggestioner. Bilderna går bl.a. ut på att jämföra tiden som rökare med framtiden som rökfri, detta för att öka motivationen. Betoningen ligger på att förstärka de positiva effekterna av rökfrihet (lukt, smak, friskhet etc.) i stället för att accentuera de negativa effekterna av rökning. Samma princip gäller också vid formulerandet av suggestioner. Att betinga in negativa konsekvenser till ett beteende (genom suggestioner eller andra betingningsmetoder) har inte givit bra eller långvariga resultat. Bättre än suggestioner om att rökning smakar illa är att använda sig av likgiltighet - att bli helt likgiltig för allt som har med rökning att göra. Man kan också använda sig av signalutlösta effekter för att åstadkomma ett slags automatiskt "tankestopp". Ex: "Vi kommer att göra tanken på rökning till en signal, som innebär att så fort tanken glider in på något som har med rökning att göra, så kommer tanken automatiskt att glida över på någonting annat." Andra saker, som är lämpliga att lägga in, är t.ex.: Suggestioner om att bli fortare mätt av en mindre portion mat (för att reducera viktökningen) eller suggestioner om ökat självförtroende och ökad inre styrka när man märker att man klarar anpassningen till en rökfri tillvaro. Vi kommer senare att tala mer om hur bilden styr oss. Vet-skapen om detta gör att man vid all beteendemodifikation borde börja med att förändra bilden och identifikationen med problembeteendet. Har man väl fått en ny identifikation så förändras ofta beteendet automatiskt så att det stämmer med målbilden (cybernetik). De dåliga resultaten vid t.ex. rökavvänjning kan bero på att man alltför mycket inriktar sig på beteendet.

#### **d. Självförtroendeträning**

Det finns flera skäl att ta upp självförtroendeträning som ett särskilt avsnitt och att ta upp det under beteendeterapi. Även om hypnotisk självförtroendeträning går till på ett annat sätt än beteendeterapeutiskt, så var det beteendeterapeuterna som startade

med en systematisk självförtroendeträning. Den har dock begränsats av att vara alltför ensidigt inriktad på att förändra beteenden i sådana yttre situationer, som går att träna genom t.ex. "hemläxor". Hypnos öppnar helt andra möjligheter. Här kan beteendeterapins "in vivo"-teknik ersättas med "coverta" tekniken, där personen på ett "realistiskt" sätt kan få uppleva att han fungerar idealt även i tidigare problemsituationer. Detta bygger på principen att vårt nervsystem inte förmår skilja mellan upplevelsen av en verklig situation och en hypnotiskt upplevd situation. På det sättet kan positiva effekter och minnen skapas som förändrar självbilden. Ett annat sätt att med hypnosteknik förändra självbilden i positiv riktning är att ge jagstärkande suggestioner under hypnos. Man kan inte logiskt övertyga någon om att få bättre självförtroende och om man i vaket tillstånd lyssnar på ett avsnitt med jagstärkande suggestioner, så kan det låta ganska larvigt och naivt. I ett dissociativt tillstånd där realitetstestning och analytiskt tänkande är lagt åt sidan, går dock en sådan information in och gör effekt. En bättre självbild skapar positivare målprogrammeringar och förväntningar inför kommande uppgifter, vilket ökar utnyttjandegraden av personens potentiella resurser. I och med att man börjar fungera bättre i konkreta situationer, får man ytterligare en förstärkande feedback för självbilden. Man bryter en negativ och startar en positiv cirkel.

Hartland, som är en av papporna till hypnotisk jagförstärkning, inledde alltid sin behandling med detta oavsett vilken specifik behandling som sedan följde. Jag har också använt hypnotisk självförtroendeträning som en viktig beståndsdel i en allmän mental träning oavsett om det gäller patienter, idrottsmän eller skolbarn. Ett äkta självförtroende, en inre säkerhet som är motsatsen till stöddighet, kan ingen få för mycket av.

### **II Medicinsk hypnos**

Denna bok kan naturligtvis inte beskriva hypnosens tillämpning på alla medicinska områden utan ger exempel på den medicinska hypnosen genom kapitel om psykosomatisk medicin, obstetrik och gynekologi, sexuologi, anesthesiologi och smärta. Specialister på utelämnade områden som ortopedi, invärtes medicin, pediatrik etc. kan förhoppningsvis själva hitta tillämpningar av hypnosmetodik på sitt specialområde utifrån den kunskap och de tillämpningsexempel på hypnos, som boken ger.

### **Psykosomatisk medicin**

Psykosomatisk medicin representeras av två kapitel, vilket dels speglar det snabbt ökande intresset för detta område, dels den roll som hypnos har haft och förhoppningsvis ännu mer kommer att få. De internationella kongresserna i hypnos, som arrangeras vart tredje år, har ända från början (1982 arrangeras den 9:e i ordningen) hetat: The International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Även de separata kongresser, som sista årtiondet börjat arrangeras för psykosomatisk medicin, har en stor del av sitt programutbud relaterat till hypnos, autogen träning, meditation och andra alternativa medvetandemetoder.

### **Mödravårdsträning**

Förlossningsförberedelse med hjälp av hypnos tillhör ett av de tacksammaste tillämpningsområdena. Effekten hos vissa kvinnor kan bli förvånansvärt positiv även

med en liten insats. Min erfarenhet är att man kan minska antalet terapeutledda hypnossessioner ända ner till 2, om man har en ordentlig hemträning emellan. Vid första sammankomsten informeras patienterna om hemträningen, principerna och den praktiska uppläggningsen. I träningen under de första veckorna, där tonvikten ligger på muskulär och mental avslappning (se kapitel om Självhypnos), kan även papporna med fördel delta. Träningen fortsätter sedan med en desensibilisering av och en posthypnotisk inprogrammering för den kommande förlossningen. Vid den andra sammankomsten sker en uppföljning av träningen och en demonstration av hur patienten kan tillämpa den inför och under själva förlossningen. De utvärderingar av mödravårdsträning med hypnos som gjorts på olika håll i världen (Kroger, 1977) visar på varierande grad av sådana effekter som:

Reduktion av fruktan och spänning med höjd smärtröskel och bättre samarbete som följd.

- Minskat behov av kemoanalgesi och andra anestetiska metoder.
- Större kontroll över förlossningsupplevelsorna.
- Minskning av chock och snabbare återhämtning.
- Höjd trötthetstolerans, vilket motarbetar utmattningssyndrom.
- Mamman kan förbli helt "medveten" om vad som sker och kan därigenom också få en bättre och positivare första kontakt med barnet.
- Förkortning av förlossningens första skede med cirka 3 timmar för förstföderskor och cirka 2 timmar för omföderskor.

Erik Block, som jämte Arne Mellgren har mest erfarenhet i Sverige av hypnos inom obstetrik, gjorde under sin tid som överläkare vid Halmstads lasarett en undersökning av 971 kvinnor. 616 av dessa var förstföderskor och 355 omföderskor och alla genomgick hypnos pediatrik träning i samband med graviditet. Träningen, som skedde i grupp och omfattade 1 timme/vecka under graviditetens 2 sista månader, innehöll avslappnings- och hypnosträning samt posthypnotiska suggestioner om smärtlindring och känslor av lugn och säkerhet inför och under förlossningen. 49 av kvinnorna förlöstes genom kejsarsnitt. Effekten av hypnos träningen hos de övriga 922 utvärderades till: Ingen effekt - 7 %, moderat effekt - 29 %, god effekt - 37 % och utmärkt effekt - 27 %. Det sista innebar bl.a. att kvinnorna inte kände någon smärta. Genomsnittstiden för förstföderskorna var 8,8 timmar och för omföderskorna 5,2 timmar. Motsvarande tid för en kontrollgrupp av 400 kvinnor var 11 respektive 7 timmar. Barnen till kvinnorna med hypnosträning hade en perinatal mortalitet på bara 0,5 %. Motsvarande siffra i kontrollgruppen var 2,0 %.

### **Anestesi och smärta.**

Fram till mitten av 1800-talet, när kemiska anestesimedel började användas, så var en

större operation ofta liktydig med döden. Bortemot hälften av patienterna dog. Många föredrog att dö utan operation för att slippa den fasa och den smärta som en operation på den tiden innebar. När Esdaile i sin utvärdering av bl.a. 300 större operationer under hypnos kunde uppvisa en dödlighet så låg som 5% och att chocktillstånd sällan förekom, så borde detta väckt stor uppmärksamhet. Detta var dock inte fallet och orsakerna var nog dels den då negativa inställningen till hypnos samt att kemoanestesi medel blev tillgängliga bara ett par år efter det att Esdaile publicerade sin rapport. Idag används hypnos bara i undantagsfall som enda anestesimedel. Sin stora användning har det istället som "premedicinering" och för postoperativ påverkan. Basil Finer redogör för detta i ett speciellt kapitel. Basil Finer skriver också utförligt om hypnos och smärta. Jag vill gärna anknyta till detta avsnitt för att belysa en princip som är viktig för hypnosbehandling på alla områden. Som tidigare påpekats är hypnos inte en metod utan ett tillstånd, i vilket många olika metoder kan tillämpas. Fram till för ett par decennier sedan utvärderades fortfarande hypnosens värde utifrån den effekt som en direkt hypnotisk suggestion hade på ett problem. Numera vet vi att detta bara är en av många metoder.

För några år sedan försökte jag räkna ut hur många metoder, kopplade till hypnos, som man kunde tänka sig för smärta (speciellt kronisk smärta). Jag kom fram till 19 stycken och då räknade jag ändå inte in metoder för att hitta eventuella psykologiska orsaker till smärta eller metoder för att lära sig leva med kronisk smärta. Som exempel på metoder för att påverka smärtupplevelsen kan nämnas:

- Dissociering av en smärtkomponent, t.ex. den emotionella, eller av en viss kroppsdel.
- Omtolkning - tolkning av smärtsensationer i termer av andra sinnesmodaliteter.
- Tidsdistorsion - komprimering av tidskomponenten i smärtupplevelsen.
- Förflyttning - ny och mindre känsloladdad lokalisering av smärtan.
- Regression - tillbaka till en tid innan smärtan uppstod.
- Kognitiv omstrukturering - förändra attityd och inställning till smärta.

Det finns också många förstärknings-, desensibiliserings- och betingningstekniker, som kan appliceras på smärta. Tillämpning av de signalutlösta tillstånd, som behandlades i förra kapitlet, kan göras på t.ex. migrän. Förvarningstecknen på ett kommande anfall görs under hypnos till en signal, som automatiskt utlöser ett tillstånd i organismen, som hindrar anfallet. I extrema fall kan anfällen hindras i årtal efter en enda hypnosbehandling. Patienterna känner förvarningstecknen komma lika ofta som tidigare, men anfällen uteblir.

Dessa exempel på mångfalden av hypnotiska tekniker vill visa att om ett tillvägagångssätt inte fungerar så behöver man för den skull inte överge hypnos. Det finns många hypnotiska behandlingsalternativ, både sådana som är väl beprövade, men även sådana som hittills är kliniskt oprövade.

### **Cancer.**

Det finns också tillämpningsområden där hypnos hittills är relativt

oprövat. Jag tar cancer som exempel. Användningen av hypnos på cancerpatienter har tidigare varit inriktad på bearbetning av dödsproblematiken och behandling av smärtor eller andra negativa effekter av sjukdomen. Från att tidigare nästan helt ha varit inriktad på människans fysiska och biologiska miljö har arbetet med att lokalisera och avlägsna cancerframkallande faktorer även börjat intressera sig för den psykologiska och sociala miljön. Uppkomsten av cancer har de sista åren relaterats till faktorer som: personlighet, försvarsmekanismer, känslbearbetning, livsstil, livsförändringsindex, livsmotivation och benägenhet för hopplöshet och inlärd hjälplöshet (Abse m.fl. -74, Achterberg m.fl. -76, Bahnson -71, Crile -73, Cullen -76, Greer -75, Holland -73, Holmes -70, Le Shan -79, Schmallo -71, Seligman -76). Flera av dessa faktorer har även visat sig påverka sjukdomsförlopp och överlevnadstid. Det finns således ett mycket starkt stöd för tesen att psykologiska upplevelser och tillstånd, medierade genom nervsystemet, kan influera endokrina och immunologiska reaktioner som är relaterade till tumörer. Black visade redan 1969 att direkt suggestion under hypnos påverkade immunsystemet. Det har också varit känt länge att "våra tumörer" lätt kan påverkas av suggestioner och hypnos (Arvidsson, kapitel 13, Kroger-77, Surman-73). Förslagsvis kan hypnos användas på framförallt tre sätt i samband med cancer och liknande sjukdomar.

**1.** En vidareutveckling av den "traditionella" användningen för t.ex. cancersmärter (Hilgard & Hildgard -75) eller för att minska obehag och besvär i samband med den medicinska behandlingen (Dempster -76).

**2.** En allmän hypnotisk träning, som syftar till ett återställande av en rubbad balans, därigenom indirekt påverkade sådana för cancer-uppkomst och sjukdomsförlopp relevanta faktorer som stressnivå, livsinställning och självkontroll.

**3.** En tillämpad hypnosträning som med hjälp av suggestioner och visualisering syftar till att förstärka immunförsvaret, skapa positiva målprogrammeringar och öka livsmotivationen.

1979 började jag en studie av 25 cancerpatienter, som fått genomgå en självinstruerande träning med följande inslag:

- 1.** Grundträning: Muskulär och mental avslappning, självhypnos.
- 2.** Visualisering av nuläget (diagnosen) i samband med desensibilisering.
- 3.** Målprogrammering genom visualisering (cancercellerna borta).
- 4.** Visualisering av den medicinska behandlingen och effekterna av den.
- 5.** Visualisering av ett aktivare immunförsvaret.
- 6.** Bearbetning av livsmål och ökning av livsmotivationen.

Dessutom finns ett separat program, som inriktar sig på cancer smärtorna och andra eventuella sjukdomsbesvär.

Programmet kommer att utvärderas under 5 år innan slutsatser dras. En sak som redan nu kan nämnas är den betydelse det tycks ha att kunna bli aktiv och få engagera sig i ett självträningsprogram, som man tror på. Att inte längre se sig som ett hjälplöst behandlingskollit utan som en person, som arbetar på att öka sin kontroll över sin fysiska, psykologiska och sociala livssituation, tycks betyda en hel del oavsett vad resultatet av själva programmet visar sig bli. Liknande program utvärderas på många ställen i USA (La Bow -75, Olsnes -80, Newton -80).

Radiologen Carl Simonton är en av de få som hunnit göra 5-årsuppföljningar. En av studierna omfattar 159 patienter med diagnosen "medicinskt obotlig" cancer och med

en förväntad överlevnadstid på 12 månader. Den genomsnittliga överlevnaden steg till 24,4 månader och för de patienter, som fortfarande levde, när studien publicerades, var tillståndet följande: Inga tecken på sjukdom (22 %), Tumören på tillbakagång (19 %), oförändrat (27 %), ny tumörutveckling (32 %).

Simontons bok "Getting well again" har översatts till svenska (Du kan bli frisk igen, W o W, 1980). Den kan varmt rekommenderas inte bara för cancerpatienter och deras familjer utan för alla, som är intresserade av mänskliga resurser och metoder för självpåverkan. Jag har velat sluta detta kapitel med hypnos och cancer, inte bara för att det är ett omdebatterat gränsområde utan också därför att jag tror att gränserna för självkontroll och självhypnos kommer att flyttas ut ännu längre än så under det närmaste årtiondet.

Detta förutsätter dock att man visar två saker - att något är möjligt och *hur* något är möjligt. Låt mig ta ett exempel från idrotten. Åren innan Bannister sprang milen under 4 minuter hade 7 fackmän i olika tidsskrifter påstått att detta var fysiologiskt omöjligt. Under de 2 år som följde på Bannisters historiska lopp gjorde ett femtiotal löpare om samma sak och nu har t.o.m. en 70-årig man gjort samma bedrift. Jag arbetar för närvarande med att isolera de viktiga faktorerna i det ideala prestationstillståndet och på samma sätt söker man också isolera principerna för s.k. "spontana" cancerregressioner, som ägt rum lika länge som cancer funnits (Nakagawa & Ithemi, 1975). När det så småningom är klarlagt, inte bara att det sker, utan också hur det sker, så kommer de psykologiska behandlingsfaktorerna att kunna spela en helt annan roll än de gjort hittills. Från vad vi hittills vet är jag säker på att hypnos kommer att utgöra en viktig ingrediens i dessa metoder.

### Att arbeta med hypnos

När och på vilket sätt kom du i första kontakt med hypnos? TA: Det måste ha varit 1946, när jag var medicine kandidat i Uppsala. Jag skulle assistera vid en operation och ge narkos, eternarkos, på en flicka som skulle opereras för appendicitis, blindtarmsinflammation. Nu hör det till historien att jag hade nyss läst en bok om hypnos. Kirurgen dröjde, och flickan var av någon anledning mycket nervös för den här operationen, låg och kved och skruvade på sig. Förmodligen hade hon fått för lite premedicinering. Jag fick då för mig att jag skulle lugna henne, och började använda det jag läst i boken om hypnos. Jag pratade lugnande till henne och bad henne slappna av i armar, ben och i hela kroppen. Jag pratade lite entonigt och samtidigt strök jag henne över pannan. Efter ett tag var hon alldeles lugn. Jag kommer ihåg att vi höll på i ungefär 20 minuter. Så kom då kirurgen och jag tog masken och sprutade på lite ur kloretylflaskan och bad henne börja räkna. Normalt brukar man räkna till 20-30-40 eller så. Man hinner i alla fall dra åtskilliga andetag innan man somnar, men hon räknade bara till 3 och hon kan inte ha tagit mer än ett andetag, innan hon tystnade. Jag funderade över varför hon inte räknade och så slog det mig: "Herregud, tänk om hon gått i hypnos!" Och nu kom jag ju i en besvärlig sits. Skulle jag våga fortsätta så här, eller skulle jag droppa på eter?

Jag tog bort kloretylen och gav några droppar eter. Sedan sa jag till kirurgen: "Nu kan du pröva". Han tog en klopincett och provade. "Ja, hon sover", sa han.

Där satt jag med den där flaskan.

När de andra tittade på mig så droppade jag, annars höll jag upp. Operationen gick jättest fint, hon rörde sig inte det minsta.

Efteråt när sköterskan frågade hur mycket eter det gick åt, så visade jag flaskan och svarade sanningsenligt: "30-35 gr". "Jaha", sa hon, "var är den andra flaskan då?" "Ja här", sa jag. "Men den är ju full", sa hon.

"Ja den är full". "Jamen, den tomma flaskan då?" "Nej, det finns ingen tom flaska", sa jag. "Ah, försök inte", sa hon, "det är klart att det finns en tom flaska", och så antecknade hon 350 + 35 gr. Och än idag så står det 385 gr i journalen. När började du sedan med hypnos på allvar? TA: Det var 1960 och jag tjänstgjorde då på Karolinska sjukhuset. Jag kommer mycket väl ihåg min första egentliga hypnospatient. En gång när jag var jour kom en medicinarkollega och bad mig ta hand om en just inkommen patient, som bara gallskrek. "Jag har undersökt honom och det är bara hysteri, så det är ett fall för dig", sa min kollega.

När jag kikade in genom dörren såg jag en gallskrikande och vilt fåktande man, som hölls av poliser, ambulansmän och medicine kandidater.

Påverkad av uppgiften om en "hysterisk" patient beslöt jag att göra en lika magnifik entré, som Ask - Uppmark brukade göra. Så fort jag gjort entré på detta sätt, skrek jag med hög röst: "Släpp honom." Alla tittade förvånat upp och steg åt sidan. Jag gick direkt fram till mannen, lade min hand på hans panna och samtidigt som jag tryckte ner huvudet, så upprepade jag högt "Sov" tre gånger. Mannen tystnade omedelbart och blev styv i hela kroppen. Ögonen föll igen och han blev liggande orörlig. Så fort vi kom ut ur rummet var kandidaterna på mig och frågade vad i all sin dar det där var för något. "Jo", sa jag övertygande, trots att jag själv var lika förvånad, "han gick i hypnos på fläcken". Dom tvivlade naturligtvis på det varför jag fortsatte: "Ett bevis för det är att han är speciellt koncentrerad på min röst. Vi ska gå in igen och på 5 meters avstånd ska jag visa till honom att vakna upp." Mannen vaknade och frågade med förvånad min: "Vad var det här för någonting?" "Hur upplevde du det själv?". Frågade jag.

"Orsaken till att jag skrek", sa mannen, "var att jag trodde jag skulle dö. När jag för 2 år sedan gjorde min värnplikt i Umeå, fick jag plötsligt kolossalt ont i huvudet. Sedan förlorade jag medvetandet, kom in på sjukhus och vaknade efter ett par dygn. Läkarna berättade för mig att jag hade en blödning under mjuka hjärnhinnan, subaraknoidal blödning, som det heter. Jag hade varit nära att dö. När jag nu gick på Halsa torg så fick jag precis samma symtom. Jag tänkte att nu dör jag och blev så himla rädd så jag skrek rätt ut. Folk ringde efter en ambulans. Jag var lika rädd hela tiden, ända tills jag hörde doktorn säga "sov". När jag kände handen på pannan, så försvann huvudvärken, och jag kom in i ett väldigt behagligt tillstånd." Medan han berättade, så kom värken tillbaka på ena sidan och jag kunde på hans berättelse förstå att han hade fått en ny blödning, så vi skickade honom sedan till hjärnkirurgen.

Efteråt tänkte jag: "Det var väl katten, om man inte mer skulle kunna använda hypnos inom psykiatrin, när man nu kan få en person, som är så rädd och har så ont, symptomfri på en sekund."

Ungefär samtidigt så fick vi in ett svårt fall av agorafobi. Hon hade varit sjuk i 8 år, bl.a. gått i psykoanalys i ett par år men varit nästan helt invalidiserad sista 3 åren. Hon vågade överhuvudtaget inte gå ut med mindre än att hon drack sig berusad.

Jag berättade för henne att hon skulle kunna få hypnos. Jag försökte också ge henne intrycket att jag var en gammal van hypnotisör. Jag hade nyligen bekantat mig med Wolpes systematiska desensibilisering och tyckte att den metoden gick utmärkt att kombinera med hypnos. Hon fick för varje dag uppleva hur hon gick allt längre bort utanför sitt rum först genom visualisering under hypnos och sedan utförde hon det med hjälp av posthypnotiska suggestioner. Det slutade med att hon efter 4 månader gick till en ambassad, sökte och fick en sekreterartjänst.

- Du har ju arbetat med många olika terapeutiska tekniker.

Kan du ge exempel på hur du går tillväga när du kan relatera fobiska besvär till en eller flera traumatiska upplevelser?



## Hypnos i teori och praktik

TA: När jag för några år sedan besökte en nära bekant till både dig och mig, så hade hon just förlorat sin kamera, men vågade inte gå till polisen och anmäla det. Det visade sig att hon hade haft polisskräck så länge hon mindes. Hon fick regrediera tillbaka och vid 5-årsåldern började hon gråta och berättade om en upprivande händelse, där poliser var inblandade. Hon fick så uppleva händelsen intensivt och jag fick henne att skrika kraftigt i 4-5 minuter. Polisfobin var sedan borta och återkom inte.

- När började du kombinera hypnos och primalterapi?

TA: Efter att ha läst Primalskriket. Det framgick ju klart, även om Janov förnekar det, att det rör sig om hypnotiska regressioner.

Jag hade just då en patient, som jag dittills bara behandlat med jagstärkande suggestioner. Hon var intresserad av primalterapi och med henne jobbade jag en lång tid med en kombination av hypnos och primalterapi. Hos henne inträffade förresten en del av de kroppsliga förändringar som Janov beskriver, hon började växa igen, håret blev glansigare och hon kunde sluta med sina hålfotsinlägg.

- På en kurs vi hade så demonstrerade du en primalupplevelse på en gemensam bekant. Vill du berätta vad som hände?

TA: Jaa. Jag hade pratat om primalterapi och regression och då

Ville deltagarna att jag skulle visa det på någon utav dem. Jag sa: "Sådant här bör man inte demonstrera, eftersom det ofta har en sådan genomgripande inverkan på individen." Då säger en av kursledarna: "Du får gärna demonstrera på mig." Jag frågade honom då: "Vet du själv om något trauma som du har upplevt?" "Jaa", sa han, "när jag var två år så svalde jag lut och kom in på sjukhus. Och enligt mina föräldrar lär jag ha skrikit väldigt mycket." Han hade själv inget som helst minne av det som hade hänt. Han gick i hypnos och fick återuppleva händelsen då han hade svält lut och kom in på sjukhus. När jag uppmanade honom att skrika, stönade han fram: "Nej, doktorn har sagt att jag inte får skrika." Jag försökte ändå få honom att skrika men det gick inte. Han fick inte skrika. När vi efter kursen kom hem till honom, så fick han på nytt gå ner i hypnos, men den här gången fick han regrediera tillbaka till 5 år och i stället se tillbaka på vad som hände vid 2 år. På det sättet kunde han nu ge uttryck för vad han känt och satte omedelbart igång med att skrika och svära. Vi hörde förbannelser över alla dessa som kunde behandla honom på det sättet. Han svor som aldrig förr och han slog i väggen så att han slog sönder sin hand. Efteråt var han alldeles slapp och kunde knappt gå. Tre saker inträffade. Det första var att han blev av med nervösa harklingar som han hade haft förut, framförallt när han känt sig stressad.

Det andra var att han tidigare känt aggressioner mot vissa personer i sin bekantskapskrets. Dessa aggressioner försvann också efter den här primalen. Han förstod att de hade varit förknippade med den här händelsen.

Det tredje som inträffade var att han med en gång insåg varför han hade blivit psykolog.

- Det finns ju dom som kallar födelsen - Livets största trauma.

Tror du att en vistelse i kuvös också kan få menliga effekter?

TA: Ja, jag tror det. Jag kommer ihåg en patient som hade legat en lång tid i kuvös. Han fick återuppleva det under flera hypnossessioner och det hade en väldigt positiv effekt på honom. Han hade hela livet haft påtagliga kontaktsvårigheter. När han upplevde kuvöstiden, så kände han att orsaken till de här kontaktstörningarna härstammade från tiden då han var i kuvös.

Efter återupplevelsorna så förbättrades bl.a. kontakten med kvinnor. Dessutom blev han av med andra symtom också.

- Du är ju överläkare på en alkoholpoliklinik och också chef för

Stockholms stads rökavvänjningsklinik.

Vad är dina erfarenheter av hypnosbehandling när det gäller alkohol och rökning?

TA: För något år sedan gjorde jag en undersökning på 185 alkohol patienter, som gick hos mig regelbundet och som hade gått minst ett halvt år. På de flesta var observationerna över 1 år. 2/3 av dessa hade klarat sig bra, vilket innebär att de inte druckit alls eller druckit mindre än 3 veckor per år. Jag satte alltså gränsen vid 3 veckors recidiv per år. När jag sedanjämförde de cirka 100 som fått hypnos med de övriga visade det sig att det inte blev någon skillnad. Förhållandet på rökliniken är detsamma. Vid långsiktiga uppföljningar tycks det inte vara någon skillnad mellan hypnospatienter och de som fått annan behandling.

- Vad beror detta på?

TA: Dels visar andra undersökningar att vid alkohol och rökning är resultatet efter något år ungefär detsamma vilken behandlingsmetod man än använder.

Det finns dock kortsiktiga skillnader till hypnosens fördel, men det är precis som om en del patienter resonerar: "Det gör inte så mycket om jag återfaller, jag vet ju att hypnos fungerar." En annan orsak kan ligga i urvalet av hypnospatienter. Det är ju ofta de "svåra" fallen som får hypnos.

- Kan du ge något exempel på hypnosbehandling av patienter med allergi eller hudproblem?

TA: Ja, ett fascinerande och tacksamt område är vanliga vårtor. Den första jag prövade det på var en pojke som jag behandlade för stamning. När hans mamma frågade om jag inte kunde göra något åt vårtorna också, kom jag att tänka på att vårtor i alla tider varit ett tacksamt område för suggestiva procedurer. Efter att ha gett honom jag stärkande och andra suggestioner för stamningen lade jag därför till: "och dessutom kommer alla dina vårtor att försvinna." (Han hade precis 100 vårtor fördelade på bägge händerna). När han kom tillbaka en vecka senare fanns inte en vårta kvar. Han berättade att den första hade trillat bort 30 minuter efter hypnosen och den sista ungefär ett dygn senare. En tid senare fick jag ett märkligt fall. Det var en kvinna som hade en jättelik fotvårta, det var ett stort konglomerat utav fotvårtor. Hon hade haft det i 20 år, och jag minns att storleken var 3,5 x 2,5 cm. Den gjorde ont när hon gick varför hon haltade. Genom haltningen hade hon fått en felställning i ryggen som gjorde att hon var tvungen att sjukskriva sig med jämna mellanrum för ryggbesvär. Hon hade prövat olika slags behandlingar utan resultat.

Jag hypnotiserade henne två gånger, spelade in hypnosen på band, och lärde henne självhypnos. Efter två och en halv månad, så var vårtan helt borta.

- Vad är det som händer?

TA: Jag vet faktiskt inte. Man kan tänka sig att kroppens immunitet ökar eller att blodtillförseln stryps just till de områden där vårtorna sitter. Man har experimentellt visat att det senare är möjligt med hjälp av hypnotiska suggestioner.

- Detta öppnar ju intressanta perspektiv för t.ex. cancerbehandling.

TA: Ja, hypnos har ju på vissa håll i världen börjat spela en viktig roll som komplement till den medicinska behandlingen av cancer. Inte bara då med enda syfte att åstadkomma cancerregressioner utan också som hjälp vid cancersmärter och som metod i den psykologiska bearbetningen av cancer.

För ett par år sedan blev jag kallad till en patient på en annan avdelning med en jättelik cancer recti, som inte gick att operera. Han hade erbjudits morfin för sina svåra smärter men hade avböjt eftersom han ville "dö med hjärnan klar". Däremot hade han tidigare slutat röka med hjälp av hypnos och frågade därför efter någon som kunde

hypnotisera. Jag hypnotiserade honom och lärde honom självhypnos. Han fick suggestioner om att smärtan skulle förändras undan för undan, att han skulle uppleva smärtan på ett annat sätt, att smärtorna skulle röra på sig åt endera hållet. Det första som inträffade var att han fick en kliande känsla i tumören som han upplevde som mycket positivt och samtidigt så började smärtan att röra sig nedåt. Den rörde sig hela tiden nedåt och förändrades gradvis. Efter en vecka ungefär så var han i det närmaste symtomfri och smärtfri. Han var naturligtvis mycket glad för detta. Jag berättade då om Simintons försök, varpå han säger: "Skulle du inte kunna göra ett försök på mig också?" Jag svarade att det kan jag göra under förutsättning att han inte talar om det för någon. Jag gav honom då suggestioner att kroppens motståndskraft skulle höjas och detta skulle medföra att cancer cellerna dödades och försvann undan för undan och att tumören skulle krympa ihop. Han lärde sig de här suggestionerna och använde dem själv dagligen. Nu inträffade någonting mycket märkligt. Den här mannen hade innan mestadels legat och funderat över sin egen begravning. Han såg sig i kistan, han såg vilka som skulle bjudas på begravningen o.s.v. De här tankarna de släppte nu när han började hypnotisera sig själv. Han började tänka positivt, han började tänka framåt. Depressionen försvann och han blev pigg och glad. Han berättade roliga historier för personalen varje dag, sa sköterskan till mig.

Hans anhöriga var naturligtvis överlyckliga över den här utvecklingen.

Plötsligt så hade ju hans liv fått en mening i stället för att bara att ligga och vänta på döden. Nu var han ju med i ett experiment som gällde honom själv. Han kunde vara aktiv och arbeta med sig själv. Han gjorde upp målet att på sommaren kunna åka till sin sommarstuga. Under hypnos såg han sig ofta sittande i solen vid sin sommarstuga på landet. Genom kirurgöverläkarens försorg blev det möjligt att frakta honom dit för en 14-dagarsperiod på sommaren. När han kom tillbaka var han mycket nöjd och belåten, men det verkade samtidigt som han slutade kämpa. Han hade nått sitt mål. Han tynade av snabbt och dog strax därefter, dock smärtfri in i det sista.

- Hur beroende blir dina patienter av dig?

TA: Det är svårt att undvika att vissa patienter blir beroende, men jag gör mitt bästa för att minska beroendet. Jag påpekar t.ex. för patienterna att det är deras egen hypnos, jag lär dem självhypnos och jag spelar ofta in band, som de kan träna efter hemma.

- Vad tror du om hypnos i framtiden?

TA: Jag möter ett ständigt ökande intresse för hypnos både från kollegor, massmedia och från allmänhetens sida och jag är säker på att det intresset kommer att fortsätta. Vi vet mycket mer om hypnos nu än förr och vi finner ständigt nya områden där hypnos kan användas och ändå är fortfarande bara en del av hypnosens potentiella möjligheter utnyttjade idag.

## Föreställningstekniker eller psykoimaginativ terapi

Den svenska hypnosens fader John Hartland, England, är också en av upphovsmännen

för de hypnoterapeutiska föreställningstekniker som används i hypnoanalys. Han använde under hypnos varierande föreställningar såsom teatervisualisering, pusselvisualisering etc. I mitten av 1970-talet introducerade Hans Carl Leuner sin psykoterapeutiska arbetsmetodik under namnet Symboldrama. Denna har utvecklats till en välstrukturerad och hierarkiskt uppbyggd psykoterapiprocess som i sin arbets- och utvecklingsform är särskilt fördelaktig att överföra i en psykoterapeutisk utbildning. Symboldramatekniken tillvaratager de förändrade medvetandetillstånd som avslappning och hypnos ger i relation till en psykoterapeut.

I USA har Joseph E. Shorr introducerat en mängd föreställningstekniker under benämningen "Psykoimaginativ terapi".

I Sverige har namnet "föreställningstekniker under förändrade medvetandetillstånd" blivit ett alltmer övergripande begrepp för alla de psykoterapiformer, som arbetar med klientens föreställningar på en verbal bearbetningsnivå. Närheten och likheten med andra psykoterapiformer, som också innehåller föreställningsprocesser, t.ex. gestaltterapi, desensibiliseringsterapi, bildterapi, musikterapi, psykoanalys etc. blir härigenom alltmer uppenbar.

I detta kapitel presenteras framför allt Joseph E. Shorr's arbetsätt. De psykoimaginativa metoderna utgör en väsentlig del av hypnoterapi inte minst dynamisk och analytisk hypnoterapi. Arbetsformen blir densamma som i all form av hypnoterapi, nämligen att det finns en väletablerad professionell och emotionellt uppbyggd relation mellan terapeut och klient. Relationen grundas på ömsesidighet, trygghet, tillit, förväntningar och motivation. Då terapeut klientrelationen är grunden, inte bara för psykoterapi utan också för all form av hypnosbehandling, blir också relationen med klienten avgörande för hur mycket av strukturerade hypnostekniker, induktion och fördjupning, som behövs och skall användas. De kända hypnosmetoderna blir ett primärt hjälpmedel i terapeutklient relationen för att nå och komma i kontakt med klientens emotionella och oftast omedvetna funktioner. På samma sätt som varje människa varierar i sina emotionella eller affektiva tillstånd, så tenderar även olika människor, att befinna sig på olika emotionella tillståndsnivåer.

Enklast kan detta uttryckas så att vi befinner oss i ett spektrum av känsla och tanke. Varje emotionellt tillstånd har olika blandningar av känsla och tanke. I detta spektrum varierar också människors medvetenhet om sina egna känslor och tankar. Med *känsla* finns förknippat intuition, aningar, fantasier, föreställningar och idéer, med *tanke* finns planer, strategier, beteende, handlingar och vuxenlogik. I gränslandet mellan känsla och tanke finns alla de försvarsmekanismer vi behöver för att skydda oss, mot andra och mot det som kan kännas besvärligt hos oss själva. Vi ser inte, vi hör inte, vi upplever och känner inte det vi av olika och för oss behövliga skäl ej vill eller kan. Det medvetna är det som i varje stund är mest aktuellt för oss, det som är viktigast för oss och som finns på vår tankenivå. Vår tanke nivå, kallas också för vår kognitiva eller vuxna logiska intellektuella nivå. I vårt undermedvetna finns allt det som lagrats in genom inläring och integrerats till vår personlighet, ända från den tiden då vi låg i livmodern. Känslan brukar kallas för det undermedvetnas kommunikation. Ibland blir vi påmind om tidigare företeelser, upplevelser och händelser. Vi kan känna igen dem, men kan ej uppfatta eller förstå dem på en vuxenlogisk, medveten och förståndsmässig nivå. Kommunikationen från vårt undermedvetna tycks gå genom de ovan beskrivna faserna. Från intuition och odefinierbara känslor, aningar till fantasier och föreställningar etc. till mer klara medvetna nivåer av idéer, tankar och handlingar.

Målsättningen med hypnoterapi och dess föreställningstekniker är att hjälpa klienten att integrera medvetna och undermedvetna emotionella funktioner. Särskilt gäller detta konflikter mellan individens egna, unika behov och inlärd mer sociala behov. Detta medför ångest av olika slag, utveckling av fobier och neuroser, psykosomatiska

symtom, karaktärsstörningar eller s.k. psykiska och fysiska sjukdomar. Hypnosmetoder är som nämnts ett primärt hjälpmedel att nå klientens undermedvetna, emotionella liv. Det psykoimaginativa närmandet, med föreställningar under hypnos, blir ytterligare ett sätt att på klientens symboliska fantasinivå spegla klientens känsloliv, oberoende om de är individuellt unika eller inlärd under livet. Då symbolnivån ligger på lägre medvetandenivå än det intellektuella tänkandet kan det logiska kritiska tänkandet passeras och förbigås.

Det är här viktigt att terapeuten är väl insatt i symbolspråkets betydelse, representation och innebörd, dels generellt och dels i relation till klienten, dennes unika upplevelser, insiktsnivå och behov.

Min grundsyn är att varje människa i varje stund, på en emotionell nivå, gör rätt utifrån sin erfarenhet och inläring, men att det ej alltid värderas så på en social eller samhällslig nivå. I den terapeutiska situationen återspeglas detta i klientens val av fantasier och föreställningar, oberoende av vilket motiv terapeuten föreslår klienten. Ett exempel: Klienten får föreställa sig att gå på en väg, som leder till ett hus. Trots att klienten i sitt liv kanske sett flera miljoner hus, så dyker i just denna stund ett speciellt hus upp, med sin speciella väg dit. Under en annan session dyker ett annat hus upp o. s. v., beroende på klientens varierande känslotillstånd. Föreställningsteknikerna blir på detta sätt ett diagnostiskt instrument för att följa klientens emotionella utveckling. De psykoimaginativa metoderna är bara ett arbetssätt av många att nå samma mål i psykoterapi. Det kan också med fördel användas diagnostiskt, i ett inledningsskede av terapin för att fastställa lämplig terapiform för klienten. Vidare kan föreställningarna användas till att *fokusera* viktiga känslor och upplevelser hos klienten. Upprepade föreställningar, fokuserade till samma upplevelser och känslor, leder efterhand till en känslomässig integrering och insikt hos klienten. Denna integrering sker i en upprepade och individuell process, oberoende om terapeuten förmedlar något av sin förståelse av klientens upplevelser. I praktiken kan föreställningsteknikerna presenteras på olika sätt. Shorr använder dem som en del av kommunikationen med klienter. Han föreslår t.ex. under ett samtals gång att klienten skall föreställa sig ett speciellt tema eller motiv.

Till skillnad från Symboldrama används generellt avslappning, innan förslag om motiv ges. Även standardiserande hypnosmetoder kan inleda suggererandet av imaginationer. Vilket terapeutiskt närmande som används är egentligen egalit. Det viktigaste är det terapeutiska behovet, att underlätta för klienten att imaginera och därför hjälpa klienten fram till föreställningar och upplevelser. Relationen till klienten och klientens insikts nivå med sina försvarsmekanismer kan både underlätta eller bli ett hinder. Ofta räcker det att be klienten föreställa sig ett motiv, att fantasera kring det, eller t.o.m. försöka tänka sig det. Ju mer ologiskt ett tema är desto mer går terapeuten förbi det logiska, kritiska tänkandet. Men det kan också väcka andra försvarsmekanismer.

Ett sätt kan då vara att t.ex. "kasta ut förståndet genom dörren ett slag" under motivering att förståndet ändå har använts så mycket tidigare och då ej varit till någon hjälp. I psykoimaginativ terapi saknar antalet motiv, temata eller föreställningar betydelse. Symboldrama har t.ex. 11 standardmotiv, medan Joseph Shorr producerat bortemot tusen stycken. Jag har ej räknat efter hur många jag själv använt, men uppskattningsvis brukar jag hålla mig kring ett 25-tal.

Många föreställningar har liknande innebörd. För att t.ex. kunna nå ett bestämt konfliktområde, kan ett varierande av olika föreställningar ibland underlätta. I detta kapitel har jag endast tänkt presentera några motiv och se lite närmare på dem i en generell tolkningsram, vilket sedan kan initiera många liknande föreställningar. I början

av en terapi använder jag i diagnostiskt syfte ofta en imagination kring Boxar. Dessa boxar eller lådor kan jag också återkomma till senare i terapin för att göra en processutvärdering av terapin i relation till dess mål. Under någon av de ovan nämnda betingelserna i klientrelationen ber jag klienten föreställa sig tre boxar: en stor, en mellanstor och en mindre. Jag föreslår klienten att observera vad det är för material, storlek, form och färg på varje box, samt att se efter om boxen är öppen eller stängd, och på vilket sätt.

Vidare ber jag klienten lägga märke till innehållet och beskriva detta. Klienten får sedan föreställa sig att vara innehållet och under dessa betingelser komplettera meningar som jag presenterar. Vanligtvis använder jag samma meningar som finns i Shorr's Psykoimaginativa test. De kan både kompletteras och delvis utslutas. Början på de kompletterande meningarna är: Det bästa ordet som beskriver situationen är..., Jag känner... Jag behöver... Jag önskar... måste... samt Betrakta mig ej...

Dessa meningar kan användas vid varje imagination för att klar-lägga klientens upplevelser, känslor och behov. De tre boxarna brukar ge tillräcklig information om klientens upplevelser av sig själv i sin aktuella livssituation, men ibland kan det vara nödvändigt att be klienten föreställa sig ytterligare en box, en ännu mindre box. På samma beskrivande sätt som en glad, välmående person kan ta hela världen i famn och hela världen står öppen när personen mår bra, så blir världen väldigt liten, kanske bara under täcket hemma i sängen, när personen mår dåligt. I motivet boxarna tenderar människor att forma sina upplevelser av sin livssfär i olika dimensioner. Jag skall här försöka beskriva dem. Den större boxen blir ett uttryck för vår sociala sfär, våra bekantskaper, relationer till arbetsvänner och vårt inlärd sociala och kognitiva liv. Mellanboxen beskriver mer vår emotionella sfär, våra emotionella relationer, till våra föräldrar, kanske syskon, men framför allt till den vi lever i parrelation med. Då sexuallivet har en emotionell förankring kommer ofta förhållandet till sexuallivet till uttryck i mellanboxen. Den mindre boxen ger uttryck för synen på oss själva, hur vi innerst inne upplever oss själva.

För varje box, och därmed varje individuell sfär, kan terapeuten se hur klienten gestaltar och formar sin livsstil. Är den stor, vid och öppen, eller innehåller livsstilen begränsningar och blockeringar. Hur gestaltas detta? Med lätta eller tunga, öppna eller slutna lock? I mellanboxen blir förpackningens gestaltning ett uttryck för klientens försvarsmekanismer i terapin, eftersom en psykoterapeutisk relation alltid ligger på en emotionell nivå. Innehållet representeras i varje sfär av vad klienten upplever finns "innanför sitt skal" d.v.s. skydds- och försvarsmekanismerna. Här är det särskilt viktigt att förstå hur personen *själv* värderar sitt innehåll. Detta blir tillsammans med försvarsmekanismerna en representation av individens jagstyrka och därmed indikeras t.ex. en lämplig terapiform. Det är just för att fånga upp jagstyrkan som jag ibland kompletterat med ytterligare en box, särskilt när det gäller klienter i depressiva tillstånd.

Om vi sätter de tre boxarna i varandra och individen i centram, och låter sfärerna omge personen på respektive avstånd, så har vi en modell. Med denna som utgångspunkt kan följande gälla. Finns klientens svårigheter och symtom i den yttre, sociala sfären, möter terapeuten mer fobiska besvär av korttidsterapeutisk karaktär, vilka är grunden för ett beteendeterapeutiskt, strategiskt eller suggestionsterapeutiskt närmande.

Gestaltas klientens besvär och symtom närmare individen, i den emotionella sfären, så avgör omfattningen och durationen av symtomen huruvida ett mer dynamiskt och analytiskt närmande är aktuellt. Går vi allra närmast klienten, i dennes upplevelse av sitt innersta jag, och klienten saknar ett egenvärde i sig själv, får vi oftast räkna med

långtidsterapi för att eliminera symtom, oberoende vilken sfär dessa ligger i. Liksom vid all bedömning av terapitider bör samtidigt också hänsyn tagas till det terapeutiska målet som terapeut och klient kommit överens om. Kort vill jag också nämna något kring kompletteringsmeningarna ovan. På samma sätt som klienten symboliskt uttrycker sin livssituation i boxarna ger meningarna samma budskap, men verbalt. Ord som känner, behöver, önskar och innerst inne vill, ger uttryck för klientens egna unika behov. Skall, bör, borde, måste och kommer att, spegla ofta inlärd behov på en överjagsnivå. Klientens begränsningar dyker upp i skillnader mellan t.ex. "innerst inne" och "rädd för att" eller i "betrakta mig ej som" i jämförelse med "betrakta mig som". Nästa exempel på imagination är de tre Dörrarna. Denna imagination använder jag mest i de sammanhang då en klient är i någon form av konflikt eller i en mindre krisfas, där klienten inte är medveten om varför den mår dåligt. Bara genom att symboliskt öppna dörrar, öppnar klienten sig för mer omedvetna känslor och reaktioner. Detta förutsätter dock att känslor eller upplevelser i konflikt ej är för starka. I så fall kan klienten varken öppna dörrar eller se något på andra sidan av dem. Instruktionen är: "Föreställ dig tre dörrar framför dig, en i mitten, en till vänster och en till höger. Öppna dörrarna en i taget och se vad som finns på andra sidan". Klienten får sedan imaginativt gå till andra sidan, och i den situationen t.ex. komplettera ovan nämnda meningar. Liksom vid beskrivningen av boxarna kan det ibland bli aktuellt att tillföra extra dörrar, både till vänster om vänsterdörren och till höger om högerdörren. I denna imagination framkommer inte bara omedvetna funktioner utan också de psykiska funktionerna som Sigmund Freud tidigt fann och stipulerade som Detet, Jaget och Över jaget. Dessa funktioner framkommer i lateralitets perspektiven vänster och höger. Bakom den vänstra dörren tenderar klientens egna unika emotionella behov och känslor att dyka upp, ofta av primär natur, vad Freud kallade Det funktioner eller Libido. Bakom den högra dörren finns klientens inlärd, ofta sociala känslor och behov, den som Freud kallade överjagsfunktion.

Dörrar i mitten blir hur klienten, Jaget, i den imaginativa situationen upplever sin nu situation och integrerar konflikter mellan lateralitets funktionerna. Beroende på var konflikter eller svårigheter finns i klientens psykofunktionella liv, uppenbarar sig dessa antingen åt vänster eller höger. I vissa fall har klienten så stor bredd på sina behov att de tre dörrarna ej räcker till för att innefatta alla. Det är då som ytterligare dörrar kan förelås.

Vanligt är, att personer med varierande ångestsymtom upplever konflikter till vänster, och personer med otillräcklighetskänslor, s.k. depressiva besvär, upplever svårigheter åt höger. Mittendörren speglar personens aktuella tillstånd, hur personen mår, och därmed personens aktuella livsstil. (Jämför boxarna). I relation till individens kulturella bakgrund kan sexuella motiv dyka upp här. Personligen tror jag att detta är mer amerikanskt kulturbundet än svenskt. Innan jag lämnar dörrarna vill jag också nämna något om nivå grupperingar, som dyker upp i olika imaginativa former.

I vänster lateraliteten finns ofta trappor som leder nedåt, i höger trappor som leder uppåt. Beaktar vi att människor ibland "känner sig nere" och ej kan komma "upp i humöret" så är det kanske lättare att förstå att depressiva människor har svårigheter med att uppleva och förstå högra lateraliteten. Personen som känner sig "uppåt" kanske rent av "i det blå" har ingen lust, tycker det är svårt, eller kan inte, vara djupa "där nere".

Dessa personer har ofta svårt att uppleva kontakt med djupare känslor, och får därför ofta ångestsymtom. Med nivåerna uppåt och nedåt förknippas medvetenhet och undermedvetenhet i kombination med våra lateralitets funktioner. Ett enklare motiv gällande nivåerna uppåt och nedåt är att föreställa sig hur ett djur kommer ut ur

huvudet, och hur ett djur kommer ut ur magen, och hur dessa trivs tillsammans eller kommunicerar med varandra. Skillnader i s.k. tanke och känsla kan härigenom uppenbaras. Låter vi klienten dessutom föreställa sig ett önskedjur ur huvud, respektive mage, får vi på symbolisk nivå en målformulering av den psykoterapeutiska processen. Det finns föreställningsmotiv som belyser och konfronterar oss med konflikter på alla funktionsnivåer. Såväl emotionella och sexuella, som sociala och uppgiftsrelaterade. En del är känslomässiga och förenade till kroppsupplevelse, medan andra är mer kognitiva och objektsrelaterade.

Vilka motiv en terapeut väljer bör grunda sig på en gedigen utbildning och erfarenhet, och då primärt efter klientens behov. Tolkningar av klientens föreställningar i relationen blir härigenom förbehållna en erfaren terapeut, vilken erhållit förmågan att terapeutiskt uppleva klientens behov, registrera klientens insiktsnivå, d.v.s. vad klienten innerst inne vill och behöver för att må bra.

## Symboldrama

Guided affectiv imagery (GAI) Katathymes Bilderleben (dagdrömsteknik)

### I. Introduktion

Begreppet Katathymes Bilderleben (Katathymic imagery) har sitt ursprung i termen "Katathym" som först präglades av H. Meyer som uttryck för fantasi som hänför sig till affekter och emotioner (grekiska kata = beroende av och thymos = själ, emotionalitet). För praktiskt arbete präglades termen "symboldrama" (Kronjanker, 1966). Denna term är dock inte heltäckande då långt ifrån allt material som framkommer under symboldrama har symbolisk förklädning.

Metoden inrangeras under det vidare begreppet "imaginativ psykoterapi" som har haft en relativt lång historia. Så t.ex. rörde det sig om sådan terapi i det berömda fallet "Anna O" som presenterades av Freud 1895 i "Studier i hysteri". I Freuds arbete "The Ego and the Id" uttalas följande: "Tankeprocesser kan bli medvetna genom en återgång till visuella minnesrester och detta tycks vara den vanligaste metoden hos många människor. . . Att tänka i bilder . . . leder närmare till omedvetna processer än att tänka i ord, och det förra är otvivelaktigt äldre än det senare".

Freud utvecklade sin analytiska terapi dock efter andra linjer. 1913 omvärderades de spontana hypnagogiska visionerna av psykiatern Frank i Wien som kallade sin teknik "den katarktiska metoden".

1922 beskrev Kretschmer fenomenet på nytt och kallade dessa inre visioner för "Bildstreifendenken" vilket betyder tänkande i filmens form. Han påvisade också det nära sambandet mellan dessa bilder och drömbilderna.

Anna Freud sysslade tidigt med barnterapier. I hennes första verk "Einführung in Kinderanalyse" (1925) ägnar hon flera sidor åt terapi med dagdrömmar hos barn. Hon tycker att detta sätt att arbeta är mycket tacksamt hos barn. En amerikansk analytiker, Pierre Clark utarbetade fantasimetoder som mycket liknade Katathymes Bilderleben. Under lätt hypnos fick patienten imaginera barndomsupplevelser. Han framhöll betydelsen av att komma åt tidigt narcissistiskt material på detta sätt utan att behöva blanda in överföring och mot överföring. Den förste som synes ha utvecklat en mer systematisk teknik för psykoterapi med dagdröm är fransmannen Desoille som 1945 publicerade sin första bok: "Réveille dégré". Hans teknik härstammade från Jungs och Pavlovs framställningar.

Här hemma i Sverige arbetade Poul Bjerre under många år med drömarbete i psykoterapi. Han gav bl.a. ut ett betydelsefullt verk härom år 1936: "Drömmarnas naturliga system". Han klassificerade där nattdrömmarna i 12 drömklasser och tyckte sig där vid kunna finna ett utvecklingskontinuum från den första gestaltungs-



drömmen fram till den sista integrations- eller assimileringensdrömmen. Poul Bjerre skapade ju också i en slags protest till Freuds psykoanalys sitt eget system: "Psykosyntesen". Hans tankegångar där om vårt psykes helhetsskapande tendens har mången överensstämmelse med senare tiders gestaltningsterapier och då i all synnerhet med symboldrama. I denna senare talar vi ofta just om betydelsen av "jagets självläkande tendens". En av Poul Bjerres lärjungar, rättspsykiatern Karl-Erik Törnqvist i Uppsala, publicerade redan som medicine kandidat i Poul Bjerres jubileumsbok en dagdrömsteknik som i långa stycken överensstämde med symboldrama (år 1946).

Flera andra föregångare i imaginativ psykoterapi kunde nämnas. Det blev emellertid professor Hanscarl Leuner, psykiatriska universitetskliniken, Göttingen, förunnat att utveckla den första mera systematiska imaginativa psykoterapimetoden. Han lanserade 1954 sitt "Katathymes Bilderleben" eller symboldrama. Han hade då tidigare under ett antal år arbetat med att under LSD-påverkan försöka bevisa den djuppsykologiska symboliken. Ur dessa arbeten framväxte hans första verk "Experimentelle Kontrolle der symbolinterpretation im experimentellen Verfahren" 1954 och "Éxperi-mentelles Katathymes Bilderleben als ein klinisches Verfahren der Psykoterapi" 1955. Under de närmaste åren därefter kom en rad arbeten av prof. Leuner. Till dagens dato har det skrivits ca ett hundratal artiklar och böcker om symboldrama. Metoden har prövats av många i psykoterapi väl erfarna och betraktas idag som ett av de viktigaste bidragen till den dynamiska psykiatrin och psykologin sedan andra världskriget. I vårt land gjordes metoden bekant i början av 70-talet genom artiklar och seminarier av förutom undertecknad, psykiaterkollegor som Nils Lie i Linköping och Åke Sellberg, Motala, psykoterapeuter som Hanna Dahlgren, Linköping och Kerstin Andersson, Växjö, genom S:t Lukasstiftelsens handledares medverkan och inte minst genom Poul Bjerrestiftelsen och dess sekreterare Kerstin Hultgren, Vårstavi. En svensk riksförening bildades år 1977:

"Svenska föreningen för symboldrama", en sektion av den internationella föreningen. En noga utarbetad utbildningsplan för utbildning i symboldrama finns inom föreningen. Inom "Svenska föreningen för hypnos", 3-åriga utbildning i hypnoida förfaranden har symboldramametoden kommit att inta en framträdande plats tack vare att metoden både är lärbar för patienten och också i hög grad lärorik för terapeuten själv i vad avser dennes förhållningssätt och agerande i sin terapeutiska roll. Vi får dock vara medvetna om att, som Leuner ofta uttrycker det, metoden är mycket potent trots det till synes lekfulla och angenäma förfarandet. Det innebär att den ger terapeuten stora möjligheter vid skickligt handhavande men också att stora svårigheter kan uppkomma vid felaktigt terapeutiskt beteende. För att undvika detta och för att träna in terapeuten i metoden (även patienten) har denna av Leuner av didaktiska skäl indelats i tre steg (Stufen). "Unterstufe", (första steget). Icke interpretativ metod med begränsade medel och därmed också begränsade möjligheter. Kan också användas av terapeuter med liten terapeutisk erfarenhet.

"Mittelstufe". (Mellansteget): För terapeuter med tidigare erfarenhet av understufe. Också den icke interpretativ, men med större möjligheter för patienten för mer av självinsikt och självbearbetning. I synnerhet är detta fallet vid vad vi numera kallar för avancerad mittelstufe. Vid denna skapar vi ökade möjligheter för patientens associationer utan att därför lägga några tolkningar från terapeutens sida.

"Oberstufe". (Tredje steget): Huvudsakligen förbehållen psykoanalytiskt skolade för behandling av komplicerade kroniska tillstånd som fordrar en analytiskt bearbetning.

### **Terapeutens kvalifikationer:**

1. Kunskaper om medicinsk psykologi och djuppsykologi. Allmän

och speciell neuroslära.

2. Erfarenhet av att ta upp en psykoanalytisk anamnes.
3. Kunskaper om psykoanalytisk symbolik.
4. Kunskaper om överförings och motöverförings problematik.
5. En god teoretisk och praktisk kännedom om hypnos och autogen träning.
6. Att gå igenom en läroanalys är en fördel men inget villkor för unter- och mittelstufe.

### **Djuppsykologisk korttidsterapi**

1. En korttidsterapeutisk metod. Första steget kan med framgång användas för botande av neuroser med en symtomatologi mindre än c: a 2 år. Mera komplicerade fall med längre symtomatologi kan behandlas i de övre stegen och tar då ofta något längre tid. Man har emellertid sagt att 1-2 timmars behandling per vecka med symbol-drama under ett halvår kan vara likvärdigt med 2-3 års intensiv psykoanalys och dessutom betydligt enklare.
2. Metoden bygger på psykoanalytisk teori: Aktivering av psykiska funktioner som övervägande svarar mot primärprocessen.
3. Metoden intar en mellanställning mellan hypnoida förfaranden och psykoanalys. Den har en gestaltande, stödjande, övande, avreagerande, konfliktaktualiserande, liksom även insiktsfrämjande och analyserande karaktär.
4. Metoden är en vidareutveckling av kliniska experiment med imaginationer. Upprinnelsen till metoden var den att professor Leuner ville bevisa den djuppsykologiska symboliken. Han fann det då möjligt att framställa katathyma bildupplevelser utan påverkan av kemikalier.
5. Metoden är dagdröm teknik där patienten drömmer under terapeutens närvaro och skydd. Terapeuten har möjlighet att delvis dirigera drömmarna.
6. Terapeuten har möjligheter att stödja och befordra patientens försök att bemästra uppkomna hinder och svårigheter under dramat och därmed påverka den affektiva grunden härför. I synnerhet är detta fallet vid den s.k. symbolkonfrontationen till vilken jag återkommer senare. Allom bekant är förekomsten av insomnings- och uppvakningsbilder. Dyliga bilder i halvvaket tillstånd följer samma lagar som drömmarna. Tidsbegreppet försvinner, allt blir möjligt, förfluten tid och nutid smälter samman. Ett djur kan t.ex., symbolisera ens egen far men samtidigt en chef eller en lärare ("förtätning"). I symboldrama väntar vi emellertid inte ut detta tillstånd av spontan bildupplevelse utan skaffar oss tillgång till bildupplevelseplanet medelst avspänningssuggestioner eller de två första stegen i autogen träning. Med slutna ögon får sedan patienten föreställa sig olika, av erfarenhet utprovade, standardmotiv som verkar som kristallisationskärnor för manifestering av katathyma bilder. Dyliga motiv är t.ex. äng, bäck, berg, skogskant, hus m.fl.

I likhet med projektiva tester, där man använder bilder som utgångspunkt för associationer, projiceras i symboldrama problemen på de egna fantasibilderna. Vi talar om: "Projektiv visualisation" av omedvetna affektkonstellationer. Symbolerna i t.ex. djurgestalt är representativa för de till dem hörande affektkonstellationerna.

Symbolgestalterna för ett egenliv och förvandlingarna av dem återspeglar i alla nyanser omstruktureringen av de bakomliggande affektkomplexen. Man har att göra med: "Mobila projektioner". Vi har i symboldramat möjligheten att fortlöpande följa utvecklingen av terapin och även andra former för psykoterapi.

Terapin kan indelas i:

- a. Övande metod.
- b. Det associativa tillvägagångssättet.
- c. Det regiförande symboldramat med instrument såsom "den inre vägvisaren", symbolkonfrontation, näringsprincipen, försoningsprincipen, uttröttningsprincipen och de magiska vätskornas princip.

I symboldrama har vi en särskild slags överföringssituation som påminner om känslolinställningen hos det lilla sängliggande barnet gentemot modern ("anaklitisk överföring"). I symboldramat undgår vi i stor utsträckning överföringsproblematiken visavi terapeuten genom att det regressiva mötet i huvudsak sker inom patienten i den dialog som där utspelar sig. Vad som är unikt för symboldrama i jämförelse med många andra liknande terapier är att samtidigt med detta regressiva intrapsykiska möte sker en rapport och verbalisering av innehållet till terapeuten som befinner sig på en mera medveten nivå. Leuner har liknat det här med den situation som förekommer vid dykningsarbeten. Terapeuten är här dykarbasen ombord på fartyget som har den medvetna överblicken över situationen men samtidigt rapporterar ner till patienten som är dykaren som utforskar det omedvetna på djupet.

Jag vill med detta inte ha sagt att det inte förekommer överförings motöverförings problematik i symboldrama som har direkt med terapeuten att göra. Flera terapier har strandat genom att terapeuten har varit omedveten om denna problematik. Det mesta av det som ageras ut i symboldrama träffar dock inte terapeuten direkt och vi ser sällan "acting - out" av den destruktiva typen. Leuner framhåller också tydligt att terapeuten skall undvika att dra på sig regressiv överföring. Terapeuten skall inte vara projektionsskärmen. Det är bl.a. därför terapeuten sitter bredvid patienten i symboldramat för att därmed poängtera att det är något som de båda gör tillsammans, hans medresenär. Dagdrömmen har en avlastande, utjämnande effekt på inre spänningar, känslor och konflikter. Det latenta och i bakgrunden liggande blir mera märkbart och iakttagbart. Objektkaraktären av det annars omedvetna höjer upp det emotionellt upplevda till en ny nivå, det optiskt åskådliggjorda. Beledsagande känslor fördjupas sedan avlastningen i riktning mot en "mikrokatharsis". Affekter som frigörs kan sålunda bättre iakttagas och fördragas, liksom den beledsagande ångesten. De symboliska bildobjekten har en feedback verkan på de biologiska förloppen ända upp i corticocerebrala strukturer.

### I. "Unterstufe"

Tekniken:

Rent övande. Användning av konfliktfria behov, vila sig på ängen, dricka av vattnet, bada i bäcken eller sjön eller havet, m.m.

Motiven:

Ängen. Bäckan upp till källan och ner till havet. Berget med utsikt över landskapet i olika riktningar. Skogskanten. Huset.

Instrument:

Näringsprincipen, försoningsprincipen, de magiska vätskornas princip.

### **Motivens betydelse**

Ängen:

Är alltid utgångspunkten och slutpunkten för den katathyma bildupplevelsen i dagdrömmen. Den återspeglar oftast den aktuella sinnesstämningen och varierar därför från gång till annan. Den djupare grundstämningen uttryckes i årstiden. Den mer tillfälliga sinnesstämningen får man en uppfattning av genom förhandenvarande väder, sol eller regn, storm eller åska. Den neurotiska problematiken kan ta sig uttryck i att t.ex. gräset är delvis avbränt eller att ängen är omgiven av ett högt taggtrådsstaket. Det är viktigt att patienten får tid på sig att emotionellt känna sig hemma på sin äng. Det befördrar utvecklingen i fortsättningen.

Bäckan:

Denna uppfattas som en symbol för en själslig energi och livskraft. Det är sålunda betydelsefullt hur patienten uppfattar karaktären av vattnet i olika avseenden. Vi låter patienten följa bäcken upp till källan och ut till utloppet. Vägen upp till källan tolkas som regression tillbaka till den psykiska energins ursprung. Neurotiska kriser kan ta sig uttryck i vattenfall eller att vattnet försvinner ner i jorden. Det är viktigt att patienten får uppleva de tillfällena av vidgning i förloppet som kan ske och framför allt vid utloppet i sjön eller havet där man också ofta får arbeta med kontinuiteten i vattenflödet.

Berget:

Berget står för förväntningarna, anspråksnivån, tron på sig själv, rivalitet. Det betyder också mötet med den manliga världen, broders och fadersproblematiken och är ytterst en fallisk symbol men det finns naturligtvis också moderliga berg. Många neurotiker har svårt att komma upp på berget och når inte toppen. Uppe på berget skall patienten beskriva utsikten. Han upplever översikten över sitt livs panorama, den högra sidan räknas som den rationella manliga och den vänstra sidan som den emotionella eller kvinnliga. Framtiden ligger i utsikten framåt och det förflutna i utsikten bakåt.

Skogskanten:

Patienten får från ängen betrakta en skogskant på c:a 20 m avstånd och se om något levande väsen till slut kommer ut från skogen. Om han är rädd får han ställa sig i skydd av en buske eller liknande. Skogen står som en symbol för det omedvetna och målet är att få ut symbolerna i ljuset på ängen i medvetandets ljus. Symbolgestalterna kan uttrycka omedvetna handlingar, förslag och önskningar (de motsvarar ofta patientens skugga, enligt Jung). I detta motiv får vi ofta bevittna hur patienten umgås med sin aggressivitet eller sexualitet.

Huset:

Redan Freud tolkade huset som symbol för den egna personligheten. Vi ber patienten beskriva omgivningarna och huset utifrån. Därefter får han göra en husesyn från rum till rum. Vi får då en god uppfattning om hur patienten uppfattar delar av sig själv och hur han önskar vara. Köket står tex. för den orala problematiken, sovrummet för den

sexuella. Om huset inte har några fönster så tyder det på misstro mot omgivningen och går det inte att komma in så kan det vara betydande motstånd att utforska den egna personligheten. Husmotivet hör egentligen hemma i "mittelstufe", det kan vara ganska påfrestande och man bör inte ta detta motiv för tidigt. När man gått igenom motivet föres patienten alltid tillbaka till den konfliktfria ängen för att vila ut. Bilderna upplöses och patienten slappnar av och sjunker ner i vilan för att slutligen avbryta som brukligt är efter autogen träning eller hypnos. Seanserna brukar ta c:a 50 minuter, varav imaginations delen c:a 30-40 minuter som mest. Inledande och avslutande samtal c:a 20 minuter vardera.

Man rekommenderar i början: 2 seanser per vecka och sedan minst 1 gång per vecka.

### **II. "Mittelstufe"**

Teknik:

1. Associativ metod.
2. Fokusering av aktuella konflikter.

Motiv:

Närstående personer.

Inställning till sexualitet.

Prövning av aggressiva impulser.

Jag ideal. Återupplevelse av drömmar som patienten haft under natten.

Instrument:

Den inre vägvisaren.

Symbolkonfrontation.

#### **Närstående personer**

Närstående personer som har stor betydelse - kan vara föräldrar, barn, makar, älskare etc. Den som i här- och nu situationen har den största emotionella laddningen, eventuellt av konfliktkaraktär, har benägenhet att spontant dyka upp. I annat fall kan denne motivmässigt framlockas, man kan be patienten se sig om på ängen och föreställa sig att någon långsamt närmar sig platsen där han står. Patienten uppmanas att noga ge akt på personen i fråga, på alla detaljer i gången, rörelserna, kläderna, drag av igenkännande etc. Man uppmanar patienten att på olika sätt komma i närmare kontakt med vederbörande och befordrar inledandet av en samtalskontakt eller annan kontakt. Man befordrar det emotionella utbytet i mötet mer än det som utsäges med ord. Man kan också låta vederbörande ikläda sig en lämplig symbolgestalt, gäller det t.ex. fadern så lämpar sig elefanten och gäller det t.ex. modern så lämpar sig kon som symbol för mötet.

#### **Inställning till sexualiteten**

Gäller det en manlig patient så anbefalles bl.a. motivet med rosenbusken.

Vederbörande uppmanas att i kanten av ängen hitta en rosenbuske. Han får gå fram till den och man ser hur han betar sig i olika avseenden. Det kan t.ex. hända att han sticker sig på taggarna men det emotionella mötet kan också utvecklas i positiv riktning. Gäller det en kvinnlig patient så föreslås bl.a. motivet med bilen. Hon går då t.ex. på en väg och en bil stannar till och erbjuder skjuts. Man får då se hur hon betar sig i den situationen och vem hon där möter, känd eller okänd och hur den relationen utvecklar sig i fortsättningen. Det kan t.ex. gälla uppgörelsen med fadern eller med partnern.

#### **Prövning av aggressiva impulser**

På det subjektiva planet kan man låta patienten uppleva sina egna aggressiva tendenser genom att han får föreställa sig ett lejon som rör sig fritt i skogskanten eller i djungeln. Man kan också låta patienten se djuret i fråga i en bur eller på en cirkus.

Patienten får noga iakttaga djurets storlek, dess rörelser, dess kamplusta, hur det betar sig i olika avseenden. Här har vi också god nytta av det som på symboldrama kallas för "symbolkonfrontation". Det innebär att patienten stegvis får försöka komma närmare det hotande djuret med användning av närings- och försoningsprinciperna. Han får först noga iaktta alla detaljer i djurets gestalt och rörelser, speciellt ansiktet och huvudet. Han får försöka ta ögonkontakt och man stöttar patienten att om möjligt ta makten ifrån djuret genom att blänga på det. Man stöttar patienten i att behärska sin ångest och oro och finner ofta att djuret snart nog blir betydligt mindre hotande och får mindre proportioner.

Därefter får patienten ge djuret att äta det som den helst skulle vilja ha. Djuret får äta oavbrutet så mycket det vill tills det blir mätt och belåtet. Patienten kan sedan närma sig djuret och försonas ytterligare med detsamma, kanske t.o.m. klappa det. Man kan vid sådana manövrar bevittna en symbolförvandling från t.ex. ett stort ilsket lejon till en liten snäll hund eller till en kelig lejonunge. Vi räknar med att vid en sådan förvandling i bildupplevelsena sker det också en motsvarande förvandling på det underliggande affektiva planet. En integrering alltså av i det här fallet de aggressiva impulserna. En harmonisering. Man kan iaktta att samtidigt med denna fokuserande förvandling det också sker en förbättring av hela panoramat. Vädret blir bättre, det blir ljusare, mer blommor på marken etc. Alltid där symbolväsendena har en aggressiv och hotande karaktär är det ur terapeutisk synvinkel på sin plats med symbolkonfrontation. Den innebär ett påskyndande av behandlingen. Man kan säga att uttrycket hos symboldjuret återspeglar patientens affektiva dynamik. Han möter med andra ord delar av sig själv, "introjekt". Detta innebär bl.a. att patienten aldrig skall gå till anfall och döda djuret. I ett sådant fall innebär det en aggressionshandling riktad mot patienten själv och kan leda till självdestruktiva handlingar. Man bör alltid fullfölja symbolmötet tills det blivit en positiv utveckling, eller i varje fall att djur symbolen ifråga försvinner av sig självt t.ex. in i skogen. I annat fall kan det kvarstå restaffekter som i fortsättningen kan ge pseudohallucinationer. Terapeutens närvaro är här av stor betydelse. Självövningar, som för övrigt aldrig rekommenderas med symboldrama, kan i det här läget bli skadliga och föra till svåra upplevelser.

### **Jag - idealet**

Detta induceras genom att patienten snabbt får föreställa sig förnamnet på en person av det egna könet, ett förnamn som han gillar. Han får sedan försöka föreställa sig hur den personen ser ut som bär detta namn. Han får noga beskriva personen ifråga till utseende och karaktär. På detta vis kan man sprida ljus över identitetsproblemen. En ytterligare utvidgning och jag - träning kan åstadkommas genom att patienten får föreställa sig hur den här imaginerande personen betar sig och handlar i olika situationer som vederbörande blivit försatt uti.

### **Återupplevelser av nattdrömmar**

Ofta är ju en nattdröm en "oavslutad affär". Man tar då upp slutskedet i nattdrömmen och låter patienten föreställa sig hela den situationen på psykodramatypiskt vis. Patienten får sedan under terapeutens ledning drömma färdigt på ett fritt associerande sätt. Ofta åstadkommes genom detta förfarande en upplärning och ökad insikt. Ofta kan patientens frågetecken rätas ut av honom själv.

### **Tekniken:**

Den är vid Mittelstufes dels fokuserande på aktuella konflikter men också associativ. Det fria associerandet är en upplevelseprocess som ofta kommer lätt igång när man kommit över ett visst initialt motstånd och patienten blivit förtrogen med tekniken.

Ibland förekommer det dock att patienten har svårt att komma igång med sina fria associationer och då kan man ha påtaglig nytta av beledsagande musik som underlättar associerandet. Det associativa flödet betjänas som regel bäst av en avvaktande, tillbakahållande hållning hos terapeuten. Hans känslomässiga deltagande och lyssnande kan, när så behövt, markeras på ett diskret sätt med ett hummande eller lätt bekräftande "ja". Vi får vara medvetna om att patienten i det hypnoida läge han befinner sig i är utomordentligt lättsuggestibel. Det är viktigt att patienten får utveckla sitt emotionella spår. Detta kan förstärkas genom att man frågar sin patient: "Vad känner du just i denna situation" eller "Vad är det för känsloläge just nu". Är terapeuten inkännande, empatisk, så anar och förnimmer han vad som är känslomässigt på gång hos sin patient.

Känslorna är mera långvägiga än det rationella tänkandet, de måste få tid att utveckla sig. För mycket detaljerat utfrågande grundar upp känsloläget. Detta kan man använda sig av om patienten vid något tillfälle synes gå för djupt. Man låter patienten utveckla det han vill, just det han behöver, det kan t.ex. gälla en positiv narcissistisk tillfredsställelse. Här i symboldrama har patienten den unika möjligheten att få uppleva en tillfredsställelse, som kan innebära lust och kraft och mod att gå vidare och ta itu med det som kan vara mera arbetsamt. Han gör detta på ett kreativt, konstruktivt sätt. Även här i Mittelstufe gör terapeuten inga tolkningar utan låter patienten själv komma till klarhet. Det räcker ofta väl till med de emotionellt upplevda intrycken på det för medvetna planet. Redan där kan en djupare process sättas igång i den inre omstruktureringen. Det synes tvärtom vara lättare att detta sker medan förträngnings och andra försvarsmekanismer är försvagade. Ett alltför tidigt medvetandegörande av förträngda djupliggande driftanspråk stärker endast försvaren. Vi låter dock patienten associera till det upplevda, både under själva symboldramat och vid samtalen därefter. Ibland kan dock terapeuten tillåta sig försiktiga förmodanden och antydningar. Dessa bör då framställas så att de mer förstärker en uppenbar känsla hos patienten. Ibland kan man gå ett steg längre än så och direkt fråga patienten om han känner igen ett visst uttryck, i t.ex. ett ansikte och om han har sett något liknande under själva symboldramerna eller annars i sitt liv. Vid eventuellt påföljande samtal kan man ofta ha god nytta av Rogers samtalsmetodik, d.v.s. den emotionella förstärkningstekniken. Leuner menar att man inte skall låta någon seans gå utan att ha någon imaginativ upplevelse, att m.a.o. hålla en oavbruten kontinuitet i detta avseende. Sådan imagination kan ibland vara så kort som 5-10 minuter. Ett instrument som vi använder i Mittelstufe är "den inre vägvisaren". Patienten uppmanas att under någon sträcka anförtro sig åt vänliga symbolgestalter, alltså acceptabla introjekt. Han kan t.ex. få rida på en elefant eller en kamel, han kan låta sig ledas av en god fé eller moderlig gestalt. Han kan få mat eller dryck, t.ex. mjölk av en sådan. En jag - förstärkning kan ske på detta sätt.

### **"Spontan åldersregression"**

Vid det associativa förfarandet kommer ofta spontant upplevelser från den tidiga barnaåldern. De kan vara av positivt slag men också av traumatisk art. En dylik åldersregression kan lätt ledas in till motivet om huset, där patienten t.ex. får upptäcka leksaker på vinden eller i källaren. Man kan också låta honom hitta en kvarglömd leksak nere vid sjöstranden. Tack vare åldersregressionen kommer det nu fram material som annars kunde ha förblivit fördolt eller endast marginellt upplevt. I dagdrömmen kan så detta material föras in i mognadsprocess och vidare bearbetas. Det är här sålunda inte bara fråga om minnen och upplevelser från barndomen utan också en på nytt upplevelse och ibland en avreaktion. En teknik som kan ha god terapeutisk effekt är att låta t.ex. patienten ta upp sin docka i famnen och inleda en dialog på känslomässig nivå med den och efter en stund göra

ett rollbyte så att patienten får vara dockan som talar med barnet. Vi känner igen tekniken från psykodrama, men här i symboldrama blir känslorna mycket djupa och personlighetsnära.

### III. "Oberstufe".

Också här har vi bestämda motiv att tillgå:

1. T.ex. titta in i en mörk skog, håla eller grotta.
2. Titta in i ett myrhål.
3. Sump- eller träskhåla.
4. Vulkanen.

Dessa motiv bör man sålunda inte använda om man inte är mycket förfaren i symboldramametoden, då de avtäckar djupt regressivt material som fordrar stor erfarenhet att hand ha. I övrigt skulle det för långt att behandla Oberstufe i denna framställning.

Det är inte så att ju högre upp i stegen, dess mer avancerad teknik och tillvägagångssätt avsett för allt svårare fall, utan de är mera till för terapeuten. Genom de stegvisa uppbyggandet har terapeuten beretts möjlighet att stegvis utbilda sig med allt större instrumentarium och allt större förtrogenhet med metoden.

### Gruppsymboldrama

Denna form av psykoterapi skulle kräva en utförlig behandling, vilket utrymmet i detta kapitel tyvärr inte medger. Rent tekniskt går det så till att gruppen på c:a 6-8 personer får lägga sig på golvet med huvudena nära varandra i en ring med kropparna solfjäderformigt utåt. Under slutna ögon ges några avspänningssuggestioner. Terapeuten kan sedan erbjuda en startscen, t.ex.: "Ni befinner er nu alla nere vid en sjö och där ligger en båt som ni kan använda". Ett annat förslag av mera allmän karaktär: "Ni kan göra en resa, en safari eller bestiga ett berg eller utforska en borg. alldeles som ni själva kommer överens om". Efter att en stund ha varit upptagna med de egna bilderna och upplevelserna kommer snart nog en livlig interaktion igång i gruppen. Under denna process på c:a 40-45 minuter eller kortare ingriper inte terapeuten annat än i nödfall, t.ex. om någon är speciellt illa ute eller blivit helt isolerad från gruppen. Terapeuten säger sedan avslutningsvis några samlande, för gruppen insamlade ord, vid en tidpunkt som faller sig naturligt för gruppen. I annat fall kan också interaktionerna få avbrytas och var och en drömma färdigt för sig själv de sista 5-10 minuterna.

Efteråt samlas deltagarna vända mot varandra i en ring och genomarbetar det skedda: Innehållet, symboliken, sitt och andras beteende, hur man reagerat på varandra och den feedback som blivit följden. I denna genomarbetningsprocess är också terapeuten mycket till bakhållen.

Han kan ge någon förtydning eller förstärkning vid lämpligt tillfälle utifrån sin position som observatör eller han kan möjligen ge uttryck för hur han upplevt situationen vid något tillfälle. Det viktiga är emellertid att den gruppdynamiska process som satts igång nu får fortsätta att verka inom gruppen i insikts befrämjande riktning. Både i den tidigare beskrivna individualterapi och även här i gruppsymboldrama uppmanas deltagarna att måla eller rita av händelseförlopp eller enstaka situationssekvenser vilket kan medtagas till nästa möte för underlag för ytterligare feedback och upplärning.

I dessa gruppterapi övningar med symboldrama sker en betydande upparbetning av kommunikationen, såväl inom den enskilde deltagande i vad gäller medvetet, för medvetet och omedvetet, men också visavi de övriga deltagarna, i riktning mot ökad flexibilitet och interaktion. I lika hög grad är det fråga om att våga pröva nya vägar och



nya möjligheter tack vare den fria fantasin och skapar glädjen. Det blir också upptäckter av hur ett gammalt beteendemönster som upprepar sig kanske borde bytas ut mot ett nyare och mera fruktbärande. Det blir med andra ord fråga om ett handlande på prov och nyintegrering av omoget impulsmaterial. Terapeuten kan också bidra till att jag - stärkande funktioner kommer till stånd. Ofta får man bevittna hur någon av gruppdeltagarna blir föremål för gruppens speciella intresse och bearbetning på liknande sätt som protagonisten t.ex. i psykodrama. Gruppen lär sig ofta snabbt möjligheterna att arbeta med varandra på ett konstruktivt och utvecklande sätt. Jag har själv under årens lopp haft flera sådana grupper.

Rent allmänt torde det dock vara viktigt att terapeuten är gruppdynamiskt skolad och tränad för att förstå och kunna vara behjälplig i bearbetningen av det djuppsykologiska material som här framkommer. Det är ofta intensiva känslor som kommer till uttryck.

### **Musiksymboldrama**

Man startar med några öppningssuggestioner och låter sedan musiken emotionellt bära och befördra det fria associationsflödet, som utvecklar sig hos var och en av deltagarna. För att det inte skall bli en analytisk, eller musiktekniskt iakttagande koppling till musiken anbefalles klassisk musik, helst av mindre känt slag, t.ex. gammal barockmusik, indisk musik eller liknande. Man börjar ofta med några inslag av mjukare och öppnande tonlägen. Jag använder själv ofta Sibelius som första inslag. Man kan sedan i mitten av musikframställningen ha någon mera intensiv musik, kanske t.ex. jazzmusik eller någon mera spänningsfylld musik. Avslutningsvis tar man någon avklingande musik t.ex. Chopin för att känslorna åter skall sjunka ner i ro.

Deltagarna uppmanas att inte lyssna igenkännande till musiken, utan endast emotionellt inkännande och låta sin fantasi flöda fritt. Musikens effekt vid dessa övningar kan kort sammanfattas så:

1. Den ger en djup avslappning.
2. Bilderna blir mycket rörliga och växlande.
3. De blir intensiva och färgrika.
4. En psykodynamisk process sätts igång och underhålles av den emotionella stimulansen från musiken. Till detta skeende kopplas rikligt med associationer vilka sedan fortsätter en bra tid efter övningen och ger anledning till självbearbetning.

Däremot finns det ingen bestämd direkt korrelation mellan musiken och det som presenteras i upplevelsena. Samma musik kan sålunda orsaka högst skiftande upplevelser hos de olika deltagarna och är mera beroende av den neurotiska strukturen hos de enskilda subjekten. Bach-musik kan t.ex. hos en deltagare innebära upplevelser av besök i en kyrka och hos en annan ett arbete på ett sågverk.

Musiksymboldrama bör man inte applicera utan att väl känna deltagarna, då den ofta mycket snabbt kan öppna upp för arbetsamma och traumatiska händelser. Terapeuten och de andra gruppmedlemmarna kan här inte heller delta i någon korrespondens under själva upplevelsen. Var och en av deltagarna drömmer ju här var för sig, separat. Efter musiken ges några rogivande suggestioner och seansen avbrytes, varefter gruppen samlas för en genomarbetning av det upplevda tillsammans med terapeuten. Det är ofta väldigt mycket personligt material som kommer fram vid dessa övningar och man måste ha gott om tid för att hinna genomarbeta dessa på ett fruktbart sätt.

Rätt doserat och i lämpade fall kan erfarna terapeuter dock åstadkomma fint terapiarbete på detta sätt, vilket jag också har fått bevittna (t.ex. en förnämlig presentation av arbete med musiksymboldrama av psykoterapeuterna Bertil Andersson och Gunvor Dahl på Ersta). Metoden ägnar sig också bra för att låta

terapeuter själva snabbt få en egen erfarenhet av symboldrama. Som tidigare framhållits bör man här, liksom vid andra former av symboldrama, se upp med kontraindikationerna.

### **Kontraindikationer.**

1. IQunder85.
2. Akuta och kroniska psykosor samt gränspsykosor.
3. Hjärnorganiska syndrom.
4. Utpräglade hysteriska neuroser.
5. Depressioner, naturligtvis endogena, men också reaktiva, speciellt depressioner under affekttryck. Det depressiva material som upp aktualiseras under symboldrama innebär nämligen en ytterligare förstärkning av depressionsupplevelsen och pressar ytterligare ett tidigare trängt jag. Lättare, tillfälliga depressiva sinnesstämningar behöver dock ej alltid innebära en direkt kontraindikation. Man ser då på materialet, t.ex. ängen, hur mycket av detta som är depressivt.
6. När det gäller Unterstufe, en symtomatologi som är äldre än 2 år och när det gäller metoden i sin helhet har gränsen satts vid 12 år.
7. Dålig motivation.

### **Allmänna indikationer.**

1. S.k. vegetativa besvär med psykosomatiska sjukdomar.
2. Funktionella och psykiska komponenter vid invärtesmedicinska och andra somatiska sjukdomar.
3. Ångestneuroser och fobier.
4. Neuroser med övervägande psykiska manifestationer med undantag av tvångsneuroser.
5. Karaktärsneurotiska anpassningsstörningar.
6. Psykoneurotiska och karaktärsneurotiska störningar hos barn.
7. Anpassningsproblem hos ungdom.
8. Familjeterapi.

Avslutningsvis vill jag framhålla en av många terapeutiska möjligheter som kan erbjudas patienten just här i symboldrama. Jag hartidigare endast kort berört "de magiska vätskornas princip". Sådana magiska vätskor är framför allt vatten, men även mjölk (moderligt substitut), saliv, blod etc. Vad gäller vattnet och dess användbarhet har man präglat termen: "Katathymes Hydroterapi". Dess magiska, arkaiska effekt kan utnyttjas på många plan och i många situationer under symboldramat. Det kan tex. röra sig om att flyta omkring i och bäras upp av vattnet och uppleva den narcissistiska "ocean känslan", där spänningen mellan subjekt och objekt är upphävd, där man bara är. Det kan vara att tvätta sig ren, massera en som dålig upplevd kroppsdel, att dricka av det klara friska källvattnet om, och när, det erbjuder sig att sålunda "inkorporera". Dessa övningar har en övertygande, helande jag - stärkande effekt. De kan ge mod att gå vidare och ta itu med svårigheter och prövningar. Att umgås med ett dylikt medium övar upp hela fältet av psykofysisk kommunikation. Vilka är då verkningsmekanismerna i symboldrama, som gör denna metod så effektiv? Genom det lekfulla förfarandet på det imaginativa fantasi- och föreställningsplanet går man under den rationella nivån, sätter intellektualiseringen ur spel och går förbi motstånd och försvar.

Det sker också en fortlöpande frigörelse av känslor och avreaktioner, vad Leuner betecknar som "Mikrokatharsis". Här igenom skapas en plattform för ny begynnelse i enlighet med Balint och en möjlighet för kreativ vidareutveckling. Vi får bevittna hur stereotypa symbolbilder som står för bakomliggande olösta affektkomplex förändras och kan upplösas. Samtidigt härmed berikas och harmoniseras hela det inre

bildpanoramats som tecken på den slutliga integreringen. Den terapeutiska effekten kan fortlöpande iakttas i bildförvandlingen.

## Psykosomatiska sjukdomar

Man kan använda två olika perspektiv när man definierar psykosomatisk: Det första utgår från en sjukdomsdiagnos. Man försöker bestämma om denna är psykosomatisk. Det var så man gjorde i den psykosomatiska medicinens barndom på 40- och 50-talen. Men en psykosomatisk sjukdomsdiagnos avsågs då en sjukdom med organiska objektiva på vis bara förändringar som man visste kunde framkallas av psykiska processer. Och så bestämde man sig för att vissa sjukdomsdiagnoser fyllde detta kriterium, t.ex. högt blodtryck, tolvfingertarmsår, luftrörsastma, giftstruma och ulcerös colit. Det andra perspektivet utgår från patienten. Man försöker bestämma om dennes/dennas individuella sjukdomstillstånd är till väsentlig del psykosomatiskt. Med ett psykosomatiskt tillstånd kan i detta perspektiv varje tillstånd med kroppsliga symptom sägas vara vars förlopp på ett avgörande sätt influeras av psykiska processer. Den diagnoscentrerade definitionen har idag nackdelen att "objektiva organiska förändringar" kan påvisas vid minsta 1111a psykiska process. Dessutom kan t.ex. detta att betrakta alla patienter med tolvfingertarmsår som psykosomatiska leda till rena absurditeter i den praktiska kliniska verksamheten: En del av dessa patienter kan ha övervägande psykosomatisk genes, medan andra kan ha övervägande "kemisk" genes, t.ex. smärtstillande tablett. Att behandla den senare gruppen enbart psykosomatiskt och ej undanröja den kemiska genesen är lika oförsvarligt som att behandla den första gruppen av patienter med enbart farmaka utan att ta hänsyn till den psykosomatiska genesen. Själv tycker jag därför att den patientorienterade definitionen på psykosomatisk är mest användbar. Enligt denna kan psykosomatiska tillstånd finnas inom alla diagnosgrupper. Exempelvis bestrider få kirurger idag att läkningen av en brännskada eller en fraktur på ett avgörande sätt kan påverkas av psykiska processer. Levi och Kagan (1972) har försökt sammanfatta samspelet mellan påfrestningar i omgivningen, individens svarsbenägenhet och de fysiologiska processer som kan leda till sjukdom så här (med vissa modifikation).

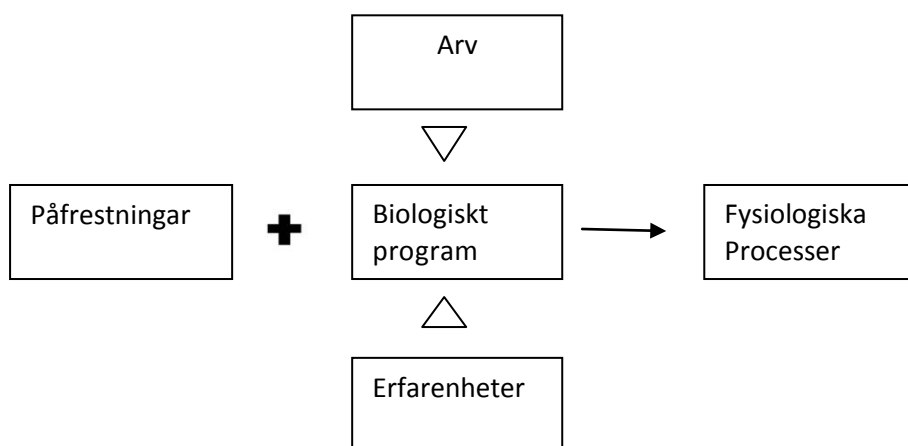


Fig. 1 (efter Levi och Kagan).

Ofta brukar man sammanfatta de sjukdomsalstrande fysiologiska processerna i begreppet "stress". Detta är dock slarvigt. Med "Stress" i fysiologisk mening avses "Det ospecifika fysiologiska svaret på en påfrestning vilken som helst" (Selye, 1950). Det betyder:

**a.** Att man med stress inte avser det som framkallar fysiologiska reaktioner - det kallas stressor.

**b.** Att man visserligen vid olika typer av fysiska och psykiska påfrestningar får olika kombinationer av fysiologiska reaktioner. Selye menade dock att alla dessa har någonting gemensamt, och det är det han har kallat "stress".

I Selyes stressdefinition fanns en avgörande svaghet: Den bortser från att både djur och människor kan reagera antingen med "aktivering" eller också med "passivisering" inför en påfrestning. Det Selye talade om är i själva verket enbart "aktivering", och det är också det som kommit att dominera diskussionen om de psykosomatiska sjukdomarna i det moderna samhället. Man menar att tempot är så uppdrivet att vi får långvarig överaktivering av organismen. Men i själva verket finns det ju också många situationer i det moderna samhället karakteriserade av långvarig underaktivering, som också kan vara sjukdomsalstrande.

Vad händer vid långvarig överaktivering? Man kan indela denna i tre faser:

**a.** Excitation. Kortvarig, omedelbart inträdande. Redan innan medvetandet hunnit analysera hotet är det sympatiska nervsystemet aktiverat, vilket får till följd snabbare puls, högre blodtryck och ökat blodflöde till hjärnan och skelettmuskulaturen med minskat flöde till visceral organ.

**b.** Försvar. Organismen inriktar sig framför allt på att producera energi, d.v.s. öka blodhalten av socker och fett och måste därför sätta på sparlåga all reparationsverksamhet som normalt förekommer i kroppen, t.ex. ersättning av avslitna epitelceller från hud och slemhinnor, och nyproduktion av vita och röda blodkroppar som skall ersätta sådana som förbrukats. Den här prioriteringen av energiproduktion åstadkommer kroppen genom att skruva upp produktionen av katabola hormoner (exempelvis cortisol) och skruva ned produktionen av anabola hormoner (exempelvis insulin och köns-hormoner).

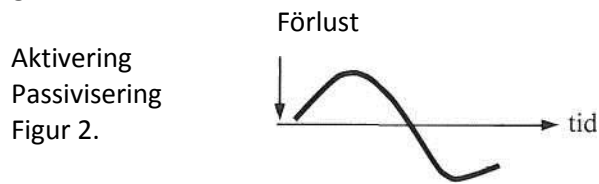
**c.** Utmattning. Om försvarsfasen har varit långvarig kan kroppen komma in i utmattningsfasen. Under denna fas har flera organsystem fått ökad sjukdomskänslighet. Infektionsförsvaret har tagit skada av att vita blodkroppar ej återuppbyggts på normalt sätt, huden har blivit känsligare eftersom de ytliga avstötta cellerna ej har ersatts som vanligt, magsäckens slemhinna har blivit mindre motståndskraftig mot saltsyra etc.

Vad händer vid långvarig underaktivering?

Vid långvarig underaktivering aktiveras det parasympatiska nervsystemet. En minskning av ämnesomsättningen och en sänkning av hjärtfrekvens och blodtryck äger rum. Fylogenetiskt syftar dessa reaktioner till att göra organismen obemärkt och föga energikonsumentande, så att den "kan överleva tills faran är över". Hos människor ser vi detta reaktionssätt tydligt i samband med fasta, under vilken hjärtfrekvensen i vila liksom kroppstemperaturen sjunker påtagligt. Vi ser det också, men i mindre renodlad form, vid djup psykisk depression (Engel, 1972).

Ibland reagerar organismen på en påfrestning först med aktivering och sedan med passivisering, någon gång också tvärtom. Man har t.ex. studerat vad som händer med nyfödda människoapor som berövats sin mor. Till att börja med sker en aktivering såväl av rörelsemönstren som av t.ex. det kardiovaskulära systemet, men när ungen

"inser" att mamman ej kommer tillbaka sker i stället en passivering. Förloppet kan beskrivas enligt figur 2:



Dessutom kompliceras den kliniska verkligheten av att:

- a. Det sympatiska nervsystemets aktivering ofta framkallar en motreaktion från det parasympatiska systemet, så att det man iakttar i själva verket är en "balanssituation" som ibland väger över åt det ena och ibland åt det andra hållet.
- b. Det sympatiska och det parasympatiska nervsystemet har olika rollfördelningar i olika organsystem. Balanssituationen sympaticusparasymphaticus i ett visst organsystem behöver inte heller vara i fas med den som råder i ett annat organsystem.

En röd tråd i teoribildningen kring de psykosomatiska tillstånden har varit att patienterna själva oftast är omedvetna om de psykiska processer som leder fram till sjukdomstillståndet. I den tidigare litteraturen talar man om att den barndomskonflikt som ökar känsligheten för psykosomatisk sjukdom är "preverbal", d.v.s. konflikten har inträffat mycket tidigt i livet, före talutvecklingen. Det skulle då bli omöjligt att uttrycka konflikten i ord, och kroppsliga symtom skulle bli följderna. Sifneos (1974) har under 70-talet utvecklat alexitymbegreppet som går ut på att patienter med psykosomatiska sjukdomstillstånd skulle vara benägna och/eller oförmögna att tolka och beskriva sina egna emotionella reaktioner. Det är mycket svårt att visa detta empiriskt på ett invändningsfritt sätt. Teiramaa (1977) har nyligen fått fram en del empiriskt stöd för att emotionell hämning är vanligare än förväntat hos gruppen "astmatiker", och vi har själva funnit stöd för att 18-åriga män med högt blodtryck oftare har aggressionshämning än förväntat (Svensson, 1978). Den emotionella hämningen kan dock fungera på olika sätt: När det gäller högt blodtryck tänker man sig en aggressionshämning som leder till överaktivering av delar av det sympatiska nervsystemet. När det gäller luftrörsastma har man tänkt sig att astmaanfallet framkallas av tillbakahållen gråt (frustrerad längtan efter modern). Här handlar det enligt denna äldre teori mera om depression och överaktivering av det parasympatiska nervsystemet. Teorierna kring luftrörsastma är dock idag betydligt mera sofistikerade och innefattar bl.a. prostaglandiner (ett hormonsystem som upptäckts helt nyligen) och försämrad känslighet i luftrören hos de sympatiska nerver som har till uppgift att vidga de små luftrören (Mathé, 1976).

För läkaren i invärtesmedicinsk eller allmänmedicinsk verksamhet dyker psykosomatiken upp på många sätt:

- a. Bland patienter med vissa vanliga diagnoser, exempelvis magkatarr, högt blodtryck, hjärtklappningsattacker, spänningstillstånd i muskulatur (som vid vissa typer av huvudvärk och ryggbesvär), kärlkramp i bröstet (angina pectoris), hjärtinfarkt, migrän och psoriasis finner man många som har ett starkt psykosomatiskt inslag i orsaken till

tillståndet. Denna orsak är ofta förborgad för patienten själv.

Exempel 1: En 50-årig direktör sökte för hjärtklappningsattacker. En utförlig somatisk utredning gav ingen förklaring till besvären. En noggrann utfrågning om förhållandena i arbetet och i familjen gav ingen sannolik förklaring. Flera månader senare ringer patienten mig från utlandet. Han har då kommit till insikt om att hans enda utomäktenskapliga erfarenhet troligen legat bakom besvären! När han något år tidigare gjort utlandsresa för arbetet hade han inlett en sådan förbindelse. När han på sommaren återvänder till samma plats men nu på semesterresa med familjen råkar han passera kvinnans hus och får då våldsam hjärtklappning. Han inser då att hans hjärtklappningsattacker tidigare har utlösts varje gång han kommit att tänka på sin utomäktenskapliga förbindelse och att han förträngt detta så kraftigt att han tidigare ej sett sambandet. Detta kan ses som exempel på "överaktivering" under ett "hot" som patienten ej varit medveten om.

Exempel 2: Hjärtinfarkt är av speciellt intresse. Eftersom denna sjukdom har en väldefinierad dramatisk debut går det oftare än för andra tillstånd med tänkbart psykosomatiskt inslag att skilja mellan "orsak" eller i varje fall vad som kommer före sjukdomen och "verkan" av sjukdomen som sådan. Det finns också flera undersökningar som klart visar att ett visst beteende med överdriven ambition och vinnarlystnad, ständig brått om känsla och arbetsnarkomani, s.k. typ A-mönster kan bidra till för tidig utveckling av denna sjukdom. Vidare tycks plötsliga förändringar och påfrestningar i arbetet kunna öka risken för infarktutveckling (för översikt, Theorell, 1980). Den typ av psykosocial arbetspåfrestning som tycks ha störst betydelse är en kombination av jäkt och psykiska krav å ena sidan och bundenhet och ofrihet i arbetet å den andra (Karaksek m.fl. 1980).

Som exempel på en sådan patient kan en 35-årig invandrad man tjäna. Efter en kort tid i Sverige arbetade denne man som busschaufför. Hustrun, också invandrad, vantrivdes och hade språksvårigheter. P.g.a. chaufförsbrist blev det ofta övertid. Det var problem med småbarnen hemma. Han blev ofta utskälld av passagerarna för att han var "djävla utlänning". Någon ärftlighet för eller andra konventionella riskfaktorer för hjärtinfarkt fanns ej utom cigarettökning. Trots detta utvecklades efter några månader en hjärtinfarkt. Patienten hade själv aldrig haft vare sig tid eller möjlighet att analysera sin psykosociala situation.

**b.** Hos patienter med "rent somatiska" diagnoser finns ofta psykosociala mekanismer som de själva är omedvetna om och som kan påverka förloppet ytterst påtagligt. Även detta fall kan ses som exempel på "överaktivering" under ett hot som patienten ej är medveten om. Exempel 3: En 40-årig ingenjör inremitterades för utredning av ett blåsljud på hjärtat som visade sig bero på ett medfött klaffel. Dessutom påvisade man att han hade hjärtklappningsattacker som han tidigare ej varit medveten om. Något diffusa besked gavs till patienten: Ibland blev det klapp på axeln - "inget farligt" - och ibland var det tal om operation. Patienten svarade med en "passiviserings"-reaktion. Han sjukskrev sig, vägrade att hjälpa till hemma och var i månader fullständigt passiv. En psykoanalytiker hjälpte honom att se sambandet mellan hans aktuella beteende och det han lärt sig om sjukdom och sjukdomsbeteende under barndomen - föräldrarna drog sig alltid tillbaka helt när de var sjuka och vann också fördelar med detta.

Härigenom och också genom att lära sig bemästra hjärtklappningsattacker med hjälp av "carotismassage" (försiktig manuell kompression av halspulsådern, vilket patienterna kan lära sig själva och som ofta kuperar ett anfall av hastig hjärtverksamhet) kunde han ta sig ur passiviteten och börja fungera normalt igen.

Detta fall kan ses som ett exempel på "passivetsreaktion" p.g.a. psykiska processer som patienten ej har kontroll över. Flera författare, bl.a. Ottosson (1976), har påpekat att det har gått att påvisa påtagliga resultat med psykologiska behandlingsmetoder - om man bland sådana metoder även tar med t.ex. hypnos, avslappning och beteendeterapi - vid just psykosomatiska sjukdomstillstånd. Flera psykologiska behandlingsmetoder kan komma ifråga:

### **a. Insiktsbetonad terapi.**

Vid varje psykosomatiskt tillstånd spelar insikt om mekanismerna en central roll i tillfrisknandet. Det rör sig om en grupp av patienter som inte gärna låter sig remitteras till psykiater eller psykolog, och allmänläkaren/invärtesmedicinaren är ofta hänvisad till att behandla patienten själv. I normalfallet är läkarens vardag jäktad, kanske är det mellan 20 och 30 patientärenden varje dag, och därför är det av stor vikt att man för patienter som bedöms ha utpräglad psykosomatiska tillstånd dels planerar lång besökstid, dels ger dem möjlighet till täta återbesök. Det är också nödvändigt att hålla långvarig kontakt med patienten. Både i exempel 1 och i exempel 3 kom relevant information fram först efter/7era månaders kontakt. I många psykosomatiska fall är bakgrunden ej så komplicerad att insats av psykoterapeutisk skolad personal är nödvändig. I vissa fall (se exempel 3) är det åter helt nödvändigt med en fullständig psykoterapeutisk insats för att man skall göra några framsteg. Under alla förhållanden är det nödvändigt att den behandlande läkaren har möjlighet att regelbundet ventilera fall av denna typ med utbildade psykoterapeuter.

### **b. Beteendeorienterad behandling.**

Nyttan med olika former av avslappning som uppnås med eller utan hypnos eller biofeedback för omedelbar lättnad är väldokumenterad för flera psykosomatiska tillstånd, exempelvis högt blodtryck och spänningshuvudvärk (Shapiro och Surwit, 1979, Frumkin m.fl. 1978, Friedman och Taub, 1978). Vid behandling av mera kroniska tillstånd krävs för bestående resultat att man kan entusiasmera patienten att hålla på varje dag med avslappning under mycket lång tid. Därför är också resultaten vid behandling av kroniska tillstånd divergerande. Man har dock lyckats visa att bestående effekter på blodtrycket kan uppnås vid dagliga avslappningsövningar (yoga, biofeedback, progressiv avslappning) om patienterna genomför sina program, vilket ibland kan kräva medverkan av en entusiasmerande och envis terapeut.

Ett bra exempel på en väl genomförd undersökning är Patels och Norths studie på 34 patienter med högt blodtryck. Man förde slumpmässigt hälften av patienterna till en kontrollgrupp och hälften till en försöksgrupp. Alla patienter hade ett diastoliskt blodtryck av minst 100 mm Hg två olika dagar före studiens inledning. Patienterna fick ej ändra medicinering under de tre månader studien varade. Blodtrycken mättes av en sköterska som ej kände till vilken grupp patienten hörde till.

Försöksgruppens patienter kom till kliniken för två halvtimmeslånga sejourer per vecka i sex veckor. Blodtrycket mättes före och efter varje sejour. Patienterna i denna grupp fick dels undervisning om avslappning och självkontroll, dels tränades de i en yoga biofeedback teknik som är Patels egen: Yoga underlättas av en liten biofeedbackapparat. Denna mäter hudmotstånd. När hudmotståndet förändras avges en ljudsignal vars frekvens sjunker när patienten slappnar av och tvärtom. Denna biofeedbackteknik hjälper patienten att "hitta" ett avspänt tillstånd. De uppmuntrades och fick se sina blodtrycksmätningar.

De uppmunrades att praktisera avslappningen två gånger dagligen och att inkorporera denna i sina dagliga aktiviteter genom att använda ljus signaler, telefonsignaler, klockslag etc. som specifika uppmaningar att kontrollera spänningstillståndet. Patienterna i kontrollgruppen kom lika ofta och under samma period och fick sina

blodtryck mätta med samma intervall men fick bara halvsitta och slappna av i en stol utan att få några yoga eller biofeedbackinstruktioner. Båda gruppernas blodtryck gick ned, men försöksgruppens signifikant mera än kontrollgruppens (26/9 mm Hg för försöksgruppen och 15/4 mm Hg för kontrollgruppen). Under en tremånaders uppföljningstid uppmanades försöksgruppen att fortsätta sina övningar. De bibehöll då sina sänkta blodtryck medan kontrollgruppen återgick till ursprungstrycken. Det bör observeras att dessa blodtrycksangivelser avser blodtryck tagna före relaxationsövningar. Patels och Norths studie pekar på att man vid entusiastiskt genomförande av ett yoga biofeedbackprogram kan få bestående effekter på blodtrycket. De kunde också visa att blodtrycksstegringen i samband med en standardiserad fysisk ansträngning blev mindre uttalad hos försöksgruppens patienter.

Sannolikt är det nödvändigt, om man skall kunna entusiasmera patienter för självavslappning, att avslappningsövningarna vävs in i det dagliga livet på ett organiskt sätt. Det är kanske betydelsefullt att Chandra Patel som varit så framgångsrik i denna form av behandling är född i Indien men nu verksam i England. Det som skiljer de österländska avslappningsteknikerna från de västerländska är väl att de förra på ett mera organiskt sätt ingår i ett levnadsmönster, medan de senare är rent instrumentella. Stora grupper av patienter kan tänkas få minskat medicinerings behov om de kan lära sig avslappningsteknik som kan förmedlas t.ex. av sjukgymnast, psykolog eller läkare etc. För att möjliggöra sådan behandling för många patienter kan man arbeta i grupp vilket visat sig fungera mycket bra. Många invänder mot dessa behandlingsformer att de till skillnad från insiktsterapin ej går till problemens orsak utan bara "skrapar på ytan".

I praktiken är det nog så att patienter som börjar tillämpa avslappningsteknik dagligen - vilken teknik man använder tycks inte vara så viktig (Fraumin et al 1978) också kommer till förbättrad insikt om sina egna problem och därför även kan börja åtgärda dessa! Det är viktigt att de terapeuter som genomför avslappningsteknik med patienterna själva har rimlig skolning i psykoterapi.

## Hypnos vid asthma och bronchiale

I litteraturen anges ofta asthma bronchiale som en psykosomatisk sjukdom, som med framgång kan behandlas med hypnos. En genomgång av de publicerade rapporterna av behandling av asthma bronchiale avslöjar dock stora brister.

### Selektionskriterier

Asthma bronchiale kan ha många olika orsaker, då det är en multifaktoriell sjukdom. Astmasjukdomen delas lämpligen in i två huvudgrupper: exogen respektive endogen astma.

**Exogen astma:** Etiologin är i dessa fall en allergisk mekanism. Ca 30 % av alla vuxna astmatiker har exogen astma.

**Endogen astma:** Ca 70 % av alla vuxna astmatiker tillhör denna grupp. Hos dessa patienter har man inte kunnat påvisa någon allergisk faktor. Genesen är multifaktoriell, varav flera av faktorerna är kända. I ett stort antal fall föreligger relation till infektioner i luftvägarna. Dessutom föreligger en rad ospecifika faktorer, som kan inducera astmatiska attacker. Av dessa kan nämnas hormonella, kemiska, klimatologiska,



biokemiska och ventilationsmekaniska faktorer. Kunskapen om dessa faktorerers roll för astmasjukdomen har ökat genom forskning och integreras mer och mer i den totala behandlingen av astmasjukdomen. En faktor, vars existens varit känd sedan länge, är den psykiska. Förutom besvär från luftvägarna företer astmapatienter också andra symtom, såsom ökad spänning, oro, sömnlöshet. Dessa symtom medverkar ofta till att astmans svårighetsgrad ökar (Wright, 1965). De psykiska faktorernas betydelse vid ett astmaanfall har de senaste åren rönt en allt större uppmärksamhet, men mycket är fortfarande okänt om detta samband. Detta är en brist i helhetsbilden av astmasjukdomen, varför forskning inom detta område är angelägen. Terapin vid exogen astma riktar sig i första hand mot de utlösande faktorerna medan den endogena astman framför allt behandlas symtomatiskt med mediciner som är bronkvidgande och slemhinneavsvällande. En effektiv medicin mot astma är kortisonet, som dock har en ogynnsam inverkan på skelett och binjurar. Varje åtgärd för att försöka minska kortisonet utan försämring av astman är väl motiverad. Svårigheten vid behandlingen är att balansera mellan kortisonets biverkningar och dess positiva effekter på astman. Hitintills publicerade studier har ofta stora brister när det gäller att redovisa vilken typ av astmapatienter som har ingått i studien. Det finns patienter, där sjukdomsbilden framför allt domineras av muskelkramp i luftrören, medan andra patienter framför allt besväras av sekretbildning. Olika sjukdomsbilder kan förväntas ge olika resultat med hypnoterapi.

### **Mätmetoder**

Astmans svårighetsgrad visar stora variationer både under dygnet och under året. Ofta föreligger uttalade besvär på natten och morgontimmarna och ibland är patienten besvärsfri under dagtid. Astman fluktuerar även under året, där pollenastman är mest besvärlig under sommartid och infektionsastman oftast värre vintertid. Dessa variationer orsakar en mängd problem. Sålunda kan en korttidsstudie ge skenbart goda resultat, när det i själva verket är sjukdomens natur förlopp man mäter. Med andra ord kan man gå in och mäta i sjukdomens normalt lugna period. De flesta hypnosastmastudier saknar långtidsuppföljning och samma kritik kan invändas mot studier av hypnoterapi vid högt blodtryck.

### **Mätinstrument**

Vid astma bronchiale saknar vi ett användbart objektiva mätinstrument för långtidsförändringar. Därför har tyngdpunkten på hittills publicerade studier om hypnos och astma legat på subjektiva förändringar. De mest använda mätinstrumenten är dagliga mätningar av luftvägsmotståndet, antalet akutbesök, vård dagar och sjukskrivningstid. Man kan även mäta medicinkonsumtionen, där framför allt kortisonförbrukningen är viktig. Subjektiva förändringar kan mätas med frågeformulär, där patienterna får skatta exempelvis helhetsbedömning, sömnsvårigheter, grad av lugn respektive oro, arbetskapacitet, astma under natten respektive under dagen.

### **Astma emotionella faktorer**

Vid hypnoterapi utgår man från två typer av emotionella faktorer som kan påverka astmaattacken. Akut stress:

Här menas den starka ökningen av känslomässig spänning, som är förknippad med en astmaattack. Denna kan naturligtvis ses som en naturlig reaktion på ett anfall, men kan även förvärra själva astmaattacken.

**Kronisk stress:** Här förekommer djupare och mer långvariga emotionella faktorer djupt sittande. Den nervösa spänningen är ständigt närvarande och påverkar hela tiden det

astmatiska tillståndet. Den subjektiva upplevelsen av stress och krav, som individen utsätts för, har ett intimt samband med en rad fysiologiska händelseförlopp inom individen. Kroppen svarar fysiologiskt på stress genom en snabb aktivering av två koordinerade organiska delsystem, nervsystemet och det endokrina systemet (Selye, 1956). Denna djupgående förändring av de kroppsliga processerna är av ungefär samma natur vid såväl fysisk som psykisk stress (Levi 1964, 1967). Denna intima relation mellan fysiska och psykiska stresskomponenter (Basowitz 1955, Darrow-Henry et al 1949, Mason 1948-1949) beror framför allt på att det autonoma nervsystemet inte diskriminerar mellan dessa stimuli i nämndvärd grad. Även den psykiska stressen ger upphov till organiska symtom. Wolff (1953) menar att förklaringen till detta ligger i felvalda icke ändamålsenliga reaktioner hos organismen. Individen reagerar inte bara för verkliga stressituationer utan även för minnet av dessa, eller i situationer med associationer till tidigare stressartade händelser (Bemholm 1960).

### **Behandlingsupplägg**

**Avslappningsfasen:** Patienten befinner sig ofta i ett kroniskt spänningstillstånd, där inte bara luftrören reagerar med muskelkramp utan även skelettmuskulaturen är spänd. En astmaattack leder till ökad oro, som i sin tur leder till en ökad spänningsnivå. Första syftet med behandlingen är att bryta denna onda cirkel av oro - spänning. Vi använder oss därför av hypnosinduktion genom avspänning, som har visat sig mycket viktig för psykoprofylax och psykoterapi. Den fördjupade vilopausen vid avspänning har den egenskapen att den gynnar organismens mycket komplexa egenskaper som balans, försvar, adaptation och återställande (Stokvis och Langen 1965). För vissa patienter tycks detta vara tillräckligt för att reducera såväl ångest som spänningsnivå.

### **Autohypnos**

Patienten får under hypnos lära sig att själv utföra hypnosinduktion genom avslappningsövningar förlagda till hemmet. Autohypnosen är även avsedd att användas vid mera akuta behov, exempelvis under arbetet där man inte har tillgång till någon terapeut.

### **Hypnoanalys**

För vissa patienter räcker ej de nämnda metoderna för att bryta det kroniska spänningstillståndet. Här kan man då använda hypnoanalys för att nå bortträngda orsaker till patientens stresstillstånd.

### **Viktiga råd**

Ge aldrig direkta suggestioner att symtomen skall försvinna! Det finns rapporterade fall där patienter efter felaktiga suggestioner dött i s.k. tyst astmaanfall, d.v.s. patienten har inte uppvisat de vanliga klassiska symtomen. Suggestionerna skall framför allt inrikta sig på att minska oro och spänning. Patienten får inte invaggas i någon falsk trygghet så att han undandrar sig vedertagen medicinsk astmabehandling. Det är vår erfarenhet att patienten upplever en sådan subjektiv förbättring så att han eller hon vill reducera sin medicinering på egen hand. Inpränta därför noga hos patienten att inga justeringar av ordinerad medicin får göras utan läkarkontakt. Avbrytande av kontinuerlig kortisonmedicinering kan ge förödande konsekvenser. Viktigt är att ta upp en noggrann anamnes.

Var medveten om att hypnoanalys kan uppväcka starkt ångestladdat material, som kan utlösa en kraftig astmaattack. Även andra somatiska sjukdomar, exempelvis hjärtsjukdomar och psykiska sjukdomar kan försämrats. Använd inte hypnoanalys om Du inte är väl förtrogen med tillvägagångssättet. I så fall är det bättre att hålla sig till avspänningssuggestioner samt jag stärkande behandling (Hartland, 1974).

### **Fallbeskrivning**

42-årig man med tio års anamnes på endogen astma. Patienten fick täta astmaattacker, vilka föranledde upprepade akut besök på sjukhus. Han var emellan attackerna relativt symtomfri. Anamnestiskt framgick det att patienten utsattes för stark stress på arbetet samt i familjen. Via hypnoanalys bearbetades bortträngda orsaker till de aktuella stressymtomen. Som en del av behandlingen fick patienten lära sig autohypnos. På detta sätt nedbringades patientens akutbesök på grund av astma drastiskt. Observera att inga suggestioner gavs om symtomreduktion. Asthma bronchiale är en sjukdom med multifaktoriell genes. Den psykiska faktorn kan vara av större eller mindre betydelse. För att allsidigt behandla astmapatienten har psykologiska behandlingsmodeller sin givna plats.

## **Hypnoterapi inom obstetrik och gynekologi**

### **Obstetrik**

Hypnos såsom medel mot smärta i förlossningssituation har använts sedan långt tillbaka, men i äldre facklitteratur beskrivs ofta enbart enstaka "paradfall" där man lyckats att helt eliminera alla smärtskomplikationer vid förlossningen. I USA och England är så kallad hypnosförlossning vanlig. I Sverige har utvecklingen varit liknande, och för tjugotalet år sedan startade Finer, Mellgren och senare Block både hypnosförlossningar och mödraförberedelse med hypnos och posthypnotiska suggestioner till förlossningsskedet.

Hypnosens uppgift under graviditet och förlossning är att dämpa både den psykiska och fysiska påfrestningen. Målet är inte bara att påverka smärtupplevelsen utan att göra hela förlossningsupplevelsen positiv och tillfredsställande.

Uppskattningsvis omkring 5 % av blivande mödrar har svårt att tillgodogöra sig den ordinarie mödraförberedelsen och dessa kan under graviditetstiden med fördel omhändertagas i en liten grupp, inte gärna mer än 12 stycken, och erhålla lätt eller så kallad hypnoid hypnos inducerad genom fixation och med posthypnotiska suggestioner. Det är påtagligt att suggestibiliteten hos gravida synes vara ökad i förhållande till hos icke gravida kvinnor (Langen). En hypnosgrupp bör betraktas som en stödgrupp till den ordinarie mödraförberedelsen och kan lämpligen träffas en gång i veckan. Under denna timme bör om möjligt finnas både läkare, sjukgymnast och någon av barnmorskorna från förlossningsavdelningen närvarande. Det är viktigt att patienten upplever sjukhuset såsom helhet och personalen såsom ett team. Man märker också ideligen hur värdefullt det är att patienten redan under graviditetstiden får kontakt med de barnmorskor som hon senare skall möta i aktuellt förlossningsskede. Det blir då ofta ett igenkännandets glädje. Det är mycket viktigt att verkligen få förlossningsavdelningens barnmorskor med både i för och eftervården så att inte en kontinuitet bryts. Tanken i denna hypnos- och stödbehandling är att genom undervisning och psykoterapi skapa en mjukare och intimare kontakt mellan patient och personal och sjukhus, att få förhållandet dem emellan tryggare så att förlossningen i sinom tid skall fortlöpa så positivt som möjligt.

Timmen börjar oftast med kortare samtal över något problem som inte brukar beröras i den vanliga mödraförberedelsen, därefter blir det en kort frågestund och där märker man tydligt hur mycket vanföreställningar kring förlossningen som fortfarande finns kvar trots all upplysningsverksamhet. Det är mycket som behöver rättas till, och det bästa sättet för detta är att låta patienten få fråga i lugn och ro. I denna frågestund deltar naturligtvis både barnmorskan, sjukgymnasten och läkaren.

Efter detta kommer suggestionsterapi i grupp, varvid patienterna får ligga på madrasser i det för dem bekvämaste läget.

I suggestionsbehandlingen är det viktigt att inte nämna negativa ord som t.ex. smärta och värkar. De suggestioner som ges är framförallt av 2 slag:

1. a. Att känna sig välkommen till sjukhuset.
- b. Att all personal både vill och kan hjälpa patienten till rätta.
- c. Att vi är ett storsjukhus med alla dess tekniska resurser.
- d. Att patienten kommer att känna sig både lugnare och tryggare under graviditeten och förlossningen.

2. att själva förlossningsarbetet huvudsakligen kommer att upplevas som tryck och press. Patienten meddelas också att hon inte skall vara i hypnos vid själva förlossningen, utan att den hypnos med posthypnotiska suggestioner som hon får under graviditeten är fullt tillräcklig för att göra graviditetstiden lugnare och förlossningen tillfredsställande. Rent praktiskt ger suggestionsmomenten en god avslappning och kan användas enligt följande:

"Det första Du bör lära Dig är att slappna av både i kroppen och tankarna. Ligg med slutna ögon, andas långsamt, djupt och regelbundet, det går att slappna av till en viss del med viljans inflytande och på så sätt hjälper Du kroppen att småningom bli helt avslappad, ljuden runt omkring försvinner, inte så att det är borta helt, de finns kvar som bakgrundsljud men de intresserar inte längre. Den här avslappningen fördjupas gradvis fram till att Du blir så trött och sömning, så trött och sömning att Du snart bara vill somna in. Din kropp känns varm och tung på ett angenämt sätt och Du kommer in i ett behagligt avslappat tillstånd."

I det här avslappade tillståndet ges tidigare nämnda trygghets suggestioner om att patienten är välkommen till sjukhuset, som har en personal som både kan och vill hjälpa henne. För att patienten inte skall bli beroende av en enda person ges suggestionerna om sjukhuset såsom en enhet bestående av all personal.

Dessutom tränas barnmorskan i att överta en påbörjad hypnos.

För att patienterna skulle kunna få med sig så mycket som möjligt till förlossningen av de suggestioner som givits under den ordinarie mödraundervisningen respektive under hypnosbehandlingen infördes på Allmänna Barnbördshuset en central bandspelarläggning med högtalare i förlossningsavdelningens alla rum. Denna apparatur var då i funktion hela dygnet och hade kanaler för lugnande musik eller suggestioner. Under speciellt öppningsskedet då intet mera påtagligt händer kan patienten ha ett gott stöd i lugnande musik. Tyvärr vill patienter ofta ha ett eget specialkomponerat band, något som inte är genomförbart. Efter mycket experimenterande har bakgrundsmusik av typen cocktailmusik respektive Mozart - van Beethoven - Vivaldi - utnyttjats. Blir själva förlossningsskedet besvärligare än vanligt kan omkoppling ske till en kanal med välkänt monotona suggestioner från tidigare hypnosbehandlingar. "När nu kontraktionerna har blivit kraftigare och tätare är det ett tecken på att själva förlossningen skrider framåt till det ögonblick Du skall föda Ditt barn. Slappna av mellan kontraktionerna, riktigt dåsa bort och liksom hämta krafter till nästa kontraktion, på det sättet kan Du själv hjälpa till vid förlossningen och underlätta för dig.

Genom avslappningen upplever du barnets väg genom förlossningskanalen, huvudsakligen med tryck och press och snart kommer barnet så långt ned att Du får behov av att krysta. I det läget kommer barnmorskan att hjälpa Dig och föra Dig igenom förlossningens slutskede."

Effekten av en sådan här mödräförberedelse under graviditet och förlossning har visat sig i en lugnare och för förlossningen bättre förberedd patient, som också upplevt sin

förlossning subjektivt mera tillfredsställande. För förlossningsavdelningen har också en lugnare patient betytt en mera lättledd patient. Förlossning med hypnos och posthypnotiska suggestioner anses ge ett mycket gott resultat i ca 80% (August, 1961). Möjligtvis har förlossningstiden minskat dock icke i utpräglad grad. Varken psykiatriska komplikationer eller obstetriska har påverkats till det sämre utan snarast tvärtom. För utländska patienter som inte förstår svenska kan man utnyttja separata bandspelare för att patienterna skall få höra en för förlossningsskedet anpassad suggestiv upplysning på sitt eget språk. Den nuvarande förlossningssituationen i Sverige är väl närmast så att olika bedövningsmetoder, blockader, utnyttjas för att få en så smärtfri förlossning som möjligt. Man får dock inte göra all förlossningsförberedelse till ett smärtlindringsproblem ty det viktigaste är nog ändå att skapa en god och trygg atmosfär kring graviditet och förlossning, så att den i sin tur kan skapa en lugn och naturlig mor -föräldrar - barn relation.

### **Gynekologi**

I hypnoterapins början överskattade man dess betydelse för gynekologin, att fel som man alltid brukar göra med nya botemedel. Efterundersökningar har visat att hypnoterapi inte är det undermedel som det ibland förväntas vara och att den vanligtvis bör användas tillsammans med annan form av terapi. Det är svårt att ge fullständiga och allmängiltiga indikationer och kontraindikationer för hypnos eftersom metoden fordrar en individuell uppläggning. Man måste ständigt beakta patientens personlighetsstruktur, kanske mer än hennes symtom, när man avgör om en eventuell hypnosbehandling verkligen bör äga rum. Inom gynekologin är det mycket vanligt med psykosomatiska sjukdomstillstånd eller smärttillstånd där hypnosbehandling skulle kunna vara användbar. Men den läkare som använder hypnos här bör vara väl förtrogen med endokrinologisk gynekologi i det att mycket av problematiken ligger i relationen psyke och det endokrina systemet. Vid funktionella menstruationsrubbingar är ofta hypnoterapi indicerad (Kroger, 1977), och även ledes vid dysmenorré. Det gäller här ofta att även förbättra helhetssituationen, t.ex. genom jagstärkning (Prill, 1964. Hartland, 1974). Vid de sjukdomar som ofta med eller utan framgång behandlas med hormoner är det inte ovanligt att patienten med en viss misstro accepterar hypnoterapi och först vid ett positivt resultat inser att hennes personlighet också kan ha varit bidragande till problemen. Vid grossesse nerveuse, ett tillstånd då en fertil kvinna upplever sig som gravid utan att vara det, finns mycket av psykogen problematik, speciellt av ambivalent natur. Rädsla för graviditet står mot önskan att vara gravid och gör hennes situation fylld av ångestreaktioner. Hypnos synes här vara en god terapiform. Den postoperativa miktionsspärren, ej helt ovanlig efter bukoperationer, kan ofta fås att försvinna med hypnoterapi (Stokvis och Langen). De terapeutiska suggestionerna måste då innehålla, inte enbart lugn och trygghet, utan också smärtreducering och avslappning av bäckenbottens och urinrörets muskulatur. Användbara suggestioner formas inom gynekologin analogt med suggestioner inom andra organsystem. Innehållet bör vara lugn och trygghetssuggestioner, avslappningssuggestioner, smärtreducering och en "överlägsenhet" över problematiken.

### **Hypnoterapi inom sexuologien**

Man har alltid tillmätt hypnosen en stor betydelse vid behandling av sexuella dysfunktioner, speciellt vid sexuella avvikelser (perversioner) och det kan inte förnekas att i en del fall uppnås åtminstone temporära förbättringar (Langen, 1967). I äldre hypnoslitteratur har det ofta varnats för att behandla patienter med sexuella

störningar. Orsaken skulle vara påstådd möjlighet till maktmissbruk, eller att patienten skulle kunna anklaga för intimitet under behandlingen. Även Burrows och Dennerstein (1980) ger mycket rigorösa rekommendationer hur utformningen av en hypnosbehandling skall äga rum. Innan jag själv för flera år sedan började använda hypnos som behandlingsform vid sexuella störningar kände jag mig också osäker genom dessa varningar och besökte därför Langen i Mainz och Stokvis i Leyden för att fråga efter deras åsikter. Jag fick av dem beskedet att några kontraindikationer knappast förelåg och att dessa varningar till största delen måste uppfattas som ett uttryck för forna tiders pryda sexualinställning. Man måste dock välja ut sina patienter omsorgsfullt för att erhålla ett gott behandlingsresultat, ty hypnoterapi är inget universalmedel. Utan ett terapeutiskt hjälpmedel ett av många. Den vanligaste behandlingsformen vid psykosexuella rubbningar är psykoterapi i någon form och de erfarenheter jag gjort sedan 25 år tillbaka visar hypnoterapin som en mycket väl ägnad terapiform. Man får dock inte överskatta dess betydelse och framför allt måste man akta sig för att tro att hypnoterapi är ett generellt medel vid alla psykoreaktiva rubbningar. Lämpliga för hypnoterapi är i allmänhet personer med förmåga till följsamhet, med ringa motståndslust samt inte minst med en god motivation. Däremot är patienten med stark individualitetskänsla, svag identifikationsförmåga och uttalad oppositionstendens mindre lämpliga (Langen och Stokvis, 1967). Hela konstellationen av omedvetna och medvetna faktorer, som i stort bestäms av individens levnadsutveckling, inverkar i hög grad på mottagligheten. d.v.s. accepterandet av de givna suggestionerna (Cheek och Le Cron, 1968). Åldern spelar en viss roll, barn rättar sig gärna efter en auktoritet men det är ändå i praktiken inte så lätt att hypnotisera dem. De överväldigande framgångar som ibland rapporteras när det gäller barn kan inte alltid bekräftas. Barn svarar så olika i hypnoterapi, till en viss del på grund av motivationskomplexet, som kan bli alltför diffust. Orsaken är i de flesta fall att barnen inte riktigt förstått hypnoterapeutens intentioner (Hartland, 1974). Äldre personer som kanske stelnat i sin sexuella attityd och som fått ett mycket fast reaktionsmönster är svåra att påverka men någon absolut övre åldersgräns kan inte anges (Kroger, 1977). I flertalet fall har jag använt mig av optiska retningar för att erhålla hypnotiska nivåer och då vanligen fixations eller fascinationsmetoder. Vid fascinationsmetoden fixerar patienten inte något föremål utan hypnoterapeutens panna. Patienten är vanligtvis placerad liggande och läkaren står vid patientens huvud så att ögonen måste vändas maximalt uppåt för att kunna se den som behandlar. Ibland kan man få höra betänkligheter av att detta stirrande öga mot öga skulle kunna medföra en viss erotisk bindning mellan läkaren och patienten. Farhågorna synes mig överdrivna. Om möjligt överföres patienten till medeldjup trance och i detta tillstånd gives lämpade suggestioner. Dessa suggestioner är rakt och enkelt utformade och beroende på personlighetsstrukturen och symptomen, behovet av sexualupplysning m.m. Suggestionerna är alltid före hypnosbehandlingen diskuterade med patienten som då har accepterat suggestionernas innehåll. Denna acceptans synes mig vara viktig så att patienten inte blir störd av en suggestion som inte motsvarar hennes egen motivation. Att enbart rikta suggestionerna mot smärre sexuella delfenomen kan knappast vara indicerat, och i stort kan man säga att det gäller att göra patienten överlägsen sina symptom och möta den sexuella situationen med lugn och en tro på sig själv och utan rädsla för misslyckande.

### **Frigiditet**

En grupp kvinnor som sökte för frigiditet, 35 st.. Definierade som absolut frigida d.v.s. utan tillfredsställande svar på sexuell retning (ej orgasm vid samlag) och ytterligare 15 kvinnor med post partum frigiditet undersöktes (Mellgren, 1967). Alla dessa kvinnor var normalbegåvade och i åldern 19-43 år. De hade samtliga levt under goda sociala

förhållanden. Somatiskt fanns inget anmärkningsvärt. Det fanns en överrepresentation. ca 30 st.. av psykasteniska personligheter men för övrigt inget anmärkningsvärt ur psykologisk synpunkt. Ingen av de 15 kvinnorna med post partumfrigiditet hade upplevt förlossningen som speciellt traumatiserande. Det behandlingsschema jag följde var psykosexuell exploration, gynekologisk undersökning, allmän och riktad sexuell undervisning, samtal med partnern och ca 5 hypnosbehandlingar. Vid den psykosexuella explorationen frapperades jag av hur mycket av fördomar och bristande elementära sexuella kunskaper som fortfarande fanns kvar, all vår tids sexualupplysning till trots. Samtal med partnern gav många förklarande upplysningar om att sexuella störningar 1 praktiken nästan alltid är relationsproblem och dessa partnersamtal blev av stort värde för efterföljande terapi. Efter genomförd behandling reagerade 27 av dessa 50 kvinnor positivt på sexuell stimulation och upplevde av och till orgasm. Observationstiden var drygt 2 år efter avslutad behandling. Av övriga 23 kvinnor upplevde de flesta inga större förändringar i den sexuella situationen. 3 av dem hade uppfattat orgasmens betydelse som relativt ringa och ansåg att behandlingen var ett försök att få parterna att komma närmare varandra, men när det nu inte lyckades var det visserligen tråkigt men ingen olycka. Endast en kvinna tog fortfarande helt avstånd från samlag. Totalfrigiditet synes mig ofta inte utgöra så stort problem för patienten som relativ temporär (sekundär) frigiditet.

### **Vaginism**

Vaginism är ett mycket affektfullt sexuellt reaktionsmönster hos kvinnan och fysiologiskt innebär det spastiska kontraktioner av muskulaturen i yttre tredjedelen av vagina samt bäckenbotten vid försök till samlag. Till dessa kontraktioner fordras så en mera volontär kontraktion av adduktormuskulaturen i låren. Ibland kan det också uppträda kontraktioner i sätesmuskulaturen och i ryggsträckarna så att kvinnan t.o.m. kan intaga en sprätt båge ställning. Men inte bara försök till samlag utan också sexuella stimuli på olfaktorisk, optisk och akustisk väg eller enbart tankar på samlag kan ge upphov till vaginism. Etiologien är naturligtvis inte enhetlig och har varit föremål för många teoretiska spekulationer. Vaginism kan vara såväl primär som sekundär. I det förra fallet har coitus över huvud taget aldrig kunnat genomföras, i det senare fallet har vaginismen utvecklats på basen av frigiditet eller dyspareuni och förhindrat coitus efter en viss tidpunkt. Särskilt vid primär vaginism är det vanligt att parterna ofta gjort upprepade försök för att forcera motståndet, men till slut resignerat eller tvingats att söka andra former av sexuell aktivitet t.ex. masturbation eller coitus inter femora. Muskelkrampen vid vaginismen måste uppfattas som reflektorisk och betingat av en coitus rädsla som ibland kan stegras till en panikartad skräck. Rädslan kan ha sitt ursprung i traumatiska upplevelser i barndomen t.ex. smärtsamma kateteriseringar, lavemang eller andra manipulationer. Rädslan kan också uppkomma ur en allmän tabubeläggning av sexuallivet, en omogenhet eller bristande beredskap att acceptera den vuxna kvinnorollen, och då speciellt modersrollen. Felaktiga föreställningar om hymen och defloration kan vara vaginismframkallande orsaker och likaså kan en hänsynslös första partner orsaka att debutsamlaget efterföljes av långvariga skadeverkningar. Ibland är en primär vaginism och där av följande oförmåga till samlag orsaken till ofrivillig barnlöshet.

På grund av sexualrädsla och skuld känsla, som karaktäriserar makar med sådana problem. Dröjer det ofta årtal innan de vågar kontakta läkare för sin infertilitet.

Det kan t.o.m. hända att patienten inte vågar berätta spontant om problemet utan först vid den gynekologiska undersökningen kommer "bekännelsen" under stark affekt, och det fordras i sådana fall både hänsyn och förståelse från läkarens sida för

att inte patienten skall drivas på flykten och ytterligare skuldbeläggning skall framkallas hos henne. Vanligen har kvinnor med vaginism, helt i motsats till vad man tidigare trott, en manlig partner som är passiv och beskedlig och därtill inte sällan besväras av ejaculatio praecox eller erektil impotens. Det är självfallet att mannen i många fall också behöver någon form av terapi (Friedmann). I en undersökning som utfördes för några år sedan deltog 24 kvinnor i åldern 23-40 år.

Alla hade haft en tillfredsställande uppväxttid och levde i en socialt tillfredsställande livssituation, de var gifta eller hade stadigvarande partner. När dessa kvinnor sökte för sina besvär var situationen inte panikartad med t.ex. skilsmässa som underliggande hot, utan orsaken var mera ett behov av att förbättra de sexuella relationerna. Från gruppen exkluderades fall som visat tydliga somatiska orsaker till vaginismen t.ex. persisterande hymen, men det kan också påpekas att den definitiva diagnosen vaginism först ställdes efter gynekologisk undersökning, som aldrig utfördes vid första undersökningstillfället utan långt senare. Samtliga fall kunde betitlas såsom primär vaginism. 14 hade tidigare erhållit olika former av behandling men utan resultat, de hade då varit fråga om enbart dilatation av vagina, östrogenbehandling respektive nervlugnande medicinering. Jag har velat uppfatta vaginismen som ett resultat av en bristande psykosexuell utveckling och med fobiska reaktioner och tillståndet skulle då med fördel kunna behandlas med hypnosrelaxation och samtidigt desensibilisering av patientens ångestproducerande stimuli. Behandlingsschemat har varit psykiatrisk och psykosexuell exploration, allmän och riktad sexuell upplysning, gynekologisk

undersökning, samtal med partnern och fem hypnosbehandlingar med posthypnotiska suggestioner en gång per vecka. Vid den psykosexuella explorationen har jag frapperats av hur många sexuella problem som skulle kunna hänföras till bristande kunskaper och hur mycket av fördomar och tabu som kan hindra en individs utveckling. Samtalen med partnern gav också många förklarande upplysningar. Den manliga personligheten i denna undersökning har snarast varit passiv och beskedlig och ofta resignerande inför kvinnans sexuella problem. Endast en man (1 av 24) skulle kunna betecknas som hänsynslös och framfusig. Hos männen fanns ofta, i 11 av 24 fall, sexuella störningar av typen ejaculatio praecox och impotentia erectionis. Sporadisk masturbation i 17 fall. Vaginism synes mig vara, som nästan alla sexuella störningar, ett relationsproblem och behandling borde ges åt bägge berörda parter. Vad så själva hypnosen beträffar har den varit ett medeldjupt transtillstånd.

Vid de första behandlingarna har den sexuella störningen ej berörts utan allmänna trygghetsuggestioner har i huvudsak inducerats. I de följande behandlingarna har avsikten varit att genom suggestioner och posthypnotiska suggestioner framkalla lokal vaginal avslappning, problemöverlägsenhet och ångestdämpning. Det är möjligt att jag i denna undersökning lite för mycket uppfattat de lokala vaginala symptomen, krampen och smärtan som de viktigaste och i någon mån bagatelliserat vaginalångesten.

Det visade sig att vid hypnosbehandlingen av 2 (3) patienter för vilka krampen och smärtan varit ett skydd, dessa patienter fått en förskjutning av sina ångest och skuld känslor och visade ett starkt motstånd mot suggestionen. Först efter långa samtal blev situationen acceptabel och behandlingen kunde fortgå.

Resultatet av behandlingen har blivit att 16 av 24 kvinnor kunde delta i coitus utan påtaglig vaginal kramp eller smärta, visserligen inte med tillfredsställande orgasmfunktioner men för de flesta kvinnorna har det betytt ett ökat egenvärde. Samtliga fall är bedömda 1-4 år efter behandlingen genom gynekologisk undersökning och samtal med bägge parterna. I slutbedömningen ser man tydligt hur denna störning är ett relationsproblem och för att hjälpa kontrahenterna till ett sexuellt



tillfredsställande samliv behövs behandling av bägge parter.

### **Potensrubbningsar**

Impotensen hos mannen (impotentia erectionis) kan bli ett mycket svårt trauma, som så småningom kan omöjliggöra ett närmande till den sexuella partnern. Det märks ofta mycket tydligt att den erektila impotensen är ett delsymptom som är svårt att isolera från den totala personlighetens problem. Vanliga helhetssymptom från en störd personlighet är aptitlöshet, huvudvärk, irritabilitets depression samt sömnsvårigheter. Av 50 impotensfall (impotentia erectionis) var merparten psykastiska personligheter. Dessa patienter var samtliga normalbegåvade och i åldern 21-51 år. Alla levde under relativt goda sociala förhållanden. Sexuologiskt förelåg under ungdomsåren ejaculatio praecox av nybörjartyp hos 7 patienter, därefter relativ erektil impotens som sedan övergick till total impotens. Det behandlingsschema som jag följde var i stort detsamma som vid frigiditets behandlingen, d.v.s. psykosexuell exploration, somatisk undersökning, allmän och riktad sexuell undervisning, samtal med partnern och ca 5 hypnosbehandlingar med posthypnotiska suggestioner. Där jämte gavs dock totalt choriongonadotropin 600 IE och testosteron 400 mg. Huruvida denna hormonbehandling givit något positivt resultat kan ej bedömas utom i de eventuella fall då ett endokrint deficit förelåg. Patientens begäran om "medicinsk behandling", som är ett väsentligt tryck på läkaren, är nog orsaken till denna min eftergift. Möjligen kan hormonbehandlingen också uppfattas som en form av psykoterapi. Resultatet blev över förväntan i det att inte mindre än 45 män blev potenta eller relativt potenta igen. Vid en efterundersökning, ungefär 3 år senare, då 41 patienter kunde kontrolleras, hade 31 fortfarande tillfredsställande potens.

### **Sexuella avvikelser.**

De patienter som på grund av sin devianta sexuella orientering kommer i kontakt med lagen har inte mycket hjälp att få ur rättspsykiatrisk synvinkel. Det finns knappast annat än somatiska ingrepp, som kopplar ur sexualiteten mer eller mindre. Det kan vara fråga om kirurgisk eller medikamentös kastration eller stereotaktiska hjärnoperationer (Hertoft). Praktiska psykoterapiformer är intill nu inte tillfredsställande utvecklade och det som ibland används är mestadels av aversionsteknisk natur, ungefär liknande hypnosen vid bantning eller alkoholavvänjning. Ett av problemen är ju också att den sexuella avvikelserna i de här avancerade fallen också innebär en social avvikelse och det måste då bli en fråga att behandla hela personligheten och inte bara den sexuella attityden.

De sexuella avvikelserna grundläggs troligen tidigt i barndomen och är att betrakta som en produkt av samspelet mellan barnet och dess närmaste omgivning.

Man skulle nästan våga påstå att de sexuella avvikelserna till en viss del utformas av samhället. Detta betyder i sin tur att de sexuella avvikelserna inte nödvändigtvis är något en gång för alla givet, utan snarare är tillstånd vars uppkomst det skulle vara möjligt eller i varje fall tänkbart att förhindra, helt eller delvis (Hertoft).

Om avvikelserna uppkommit bör man försöka motverka avvikelsernas "nödvändighet" genom olika former av psykoterapi.

Man kan också försöka minska sexualdriften så att impulserna försvagas eller också kan man försöka modifiera det avvikande beteendet. Man har numera i Sverige börjat använda sig av antiandrogener (cyproteronacetat) vars verkan skulle kunna liknas vid kastration, men väsentligt är att under det att kastrationen förblir permanent så slutar effekten här redan 3-4 veckor efter utsatt medicinering. Inte heller skall man tänka sig förbättring enbart av medicineringen utan det behövs också ett psykoterapeutiskt

tillägg. När man skall använda en psykoterapi så är det vanligtvis i form av en symptomcentrerad behandling. Det räcker dock inte utan det behövs också en generell uppbyggnadsterapi och en social miljösanering.

Det är viktigt att man genom partnerdeltagande får den sociala bilden av terapin förankrad i yttervärlden, och man skulle nästan kunna säga att partnerlös social träning är dömd att misslyckas. Min egen uppfattning är nog att man tidigare tillmätt hypnoterapien en kanske alldeles för stor betydelse vid behandlingen av sexuella perversioner och det är väl egentligen bara i enstaka fall, som man fått förbättringar eller övergående förbättringar. Här är det säkert hypnosens relaxerande effekt, ångestdämpning, som varit orsaken till de symtomatiska förbättringarna. Dessutom måste man ta med i beräkningen att perversioner har en utpräglad periodicitet. Det är hart när omöjligt att helt förändra en patients djupa driftsliv, men man kan med hypnoterapi få patienten att känna sig lugnare och kunna behärska sig själv. Däremot kan man knappast föra över en patient från homosexualitet till heterosexualitet eller motsatsen genom hypnoterapi. Sådana önskningar förekommer men vanligen är det då fråga om att patienten känner omvärldens press för stark eller att olika komplikationer blivit övermäktiga. Avslappning i hypnos synes då kunna vara en lämpad behandlingsform. Ofta har patienten kommit i panik, rädd för konsekvenser av sitt handlande, men när de sociala problemen reducerats så har detta räckt utan någon ytterligare förändring. Min egen erfarenhet av dessa problem har varit att jag behandlat fall av sadomasochism, fetischism, exhibitionism, tidigare med hypnoterapi enbart, men numera nästan uteslutande med antiandrogener och hypnoterapi. Patienterna har blivit lugnare i aktuellt skede och inte känt sitt driftstväng så pockande. Det har inte varit fråga om någon förändring av driftmålet utan mer ett behov av ångestdämpning. Vid några fall av satyriasis och nymfomani har jag också använt hypnoterapi men då alltid förenad med samtalsterapi och miljösanering. En del fall har känt sig mycket lugnare och i viss mån indifferent till driftmålet. Svårigheten i behandlingen är dock att det oftast finns en partner vars reaktionssätt - trots samtal - aldrig helt kan bedömas. Ibland är det en fråga om avståndstagande, ibland är en kooperativ villighet påtaglig.

## Hypnos och anestesi

### Inledning.

Den första offentliga demonstrationen av ett kirurgiskt ingrepp under hypnotisk anestesi ägde rum för över 150 år sedan (Chertok 1959, Lassner 1965). Sedan dess har en hel del artiklar och böcker om hypnos och anestesi skrivits (Chertok 1959, Lassner 1965, Scott 1974, Crasilneck och Hall 1975, Hilgard och Hilgard 1975). Samtidigt är det för närvarande allmänt accepterat att hypnos är olämpligt att använda för rutinmässig anestesi som enda verkande medel. Man grundar sig på att hypnos är relativt svag, svår att förutsäga, har en relativt lång inledningsfas och att det finns få skickliga utövare, om man jämför med farmakologiska medel.

Ett viktigt undantag är den framgångsrika användningen av hypnos i alla stadier i behandlingen av svåra brännskador, inklusive kirurgiska ingrepp (Crasilneck och Hall 1975, Ewin 1976, Wakeman och Kaplan 1978).

Under senare år har intresset för anestesi med akupunktur ökat enormt och jämförelser med hypnotisk anestesi har resulterat i teoretiska och praktiska frågeställningar som gäller både akupunktur och hypnos. Samtidigt har Bonicas pionjärarbete med att grunda smärtkliniker (1953) och "grindteorin" av Melzack och Wall vad gäller smärta (1965), väckt intresset för smärta och smärtlindring. Som en följd av detta har the International Association for the Study of Pain grundats, under

vars beskydd ämnet "Hypnos och anestesi" har sin givna plats.

När farmakologiska medel inte fanns tillgängliga, utförde Elliotson (1843), Esdaile (1850) och under andra världskriget bland andra Sampimon och Woodruff (1946) en serie operativa ingrepp med endast hypnos som bedövningsform. Denna typ av situation förekommer inte ofta, men i katastroftider ökar behovet av icke-farmakologisk anestesi och det är ytterst viktigt att man fortsätter att utveckla hypnotisk anestesi både vetenskapligt och praktiskt för att kunna klara av sådana situationer. Idag kommer också anestesiolagen i kontakt med patienten både före och efter operation och hypnos kan utnyttjas även då om det anses lämpligt. I dessa fall är de farmakologiska metoderna inte helt tillfredsställande och det finns behov av hjälpmetoder som t.ex. hypnos. Anestesiolagen har länge ansetts vara fysiologen - farmakologen i operationslaget och mycket av hans arbete omfattar farmakologiska sätt att minska oro och smärta. Dock måste många av dessa problem lösas på psykosomatisk väg, och om anestesiolagen har en dynamisk förståelse för förhållandet läkare - patient (Balint 1957) och för hypnos (Lassner 1965), kan han bli lagets psykolog. Han kan behandla föreliggande oro och smärta mer effektivt, även påbörja en träning i förväg för kommande åtgärder som är förenade med oro och smärta, som t.ex. postoperativ smärta, tandbehandling och förlossning. Om man har stor patientgenomströmning, kan man vinna värdefull tid genom träning i grupp (Finer 1966). Inom alla grenar av läkarvetenskapen behövs det systematisk forskning för att förstå och behandla sjukdomar. Det är väsentligt att påståenden om hypnosens värde byggs på grundforskning. Innan sådan forskning föreligger, är det helt förståeligt om medicinska kollegor, trots att de är nyfikna, har föga tid över till att på allvar fästa avseende vid t.ex. hypnos och anestesi. Mason (1961) påstod t.ex. att hypnos kunde förbättra förmågan att hosta och djupandas hos 50% av befolkningen vid operation i övre buken. Detta påstående har inte bekräftats i någon annan studie (Finer 1970a). Slutligen har den psykosomatiskt orienterade anestesiolagen mycket att bidra med i egenskap av lärare för studenter och kollegor inom alla grenar av sjukvård. Blivande läkare som går kursen i anatomi och fysiologi är ofta tacksamma för demonstrationer i föreläsningsform som visar de tillämpade aspekterna av deras kursämnen. Samtidigt är det möjligt att betona vikten av ett gott förhållande vårdpersonal - patient, när det gäller att lindra smärta och oro (Finer och Sjöstrand 1967, Finer och Bergström 1971). Anestesiolagen sysslar förutom med klinisk anestesi också med intensivvård och smärtbehandling. Hypnos i anestesi är koncentrerad på att lösa akuta problem som är knutna till smärta på grund av operativa ingrepp, eller till oro och smärta före och efter operation. Dessa sätt att använda hypnos är oftast kortsiktiga eftersom patienten snart försvinner ut från den kirurgiska arenan. Vad gäller smärtbehandling kan hypnos mycket väl användas som hjälp vid mer långvariga problem av typ kronisk smärta, som ofta är svår att behandla. I detta fall blir hypnos snarare en del av psykoterapi än av psykosomatisk medicin och kan då kallas hypnoterapi.

### **Beskrivning.**

Hypnos är ett förändrat medvetandetillstånd, (Tart 1969. 1975), som uppstår i en unik förtroendefull relation (Haley 1963) mellan en eller flera "lärare" och en eller flera "elever" (Finer 1970b). Det finns flera metoder att utveckla detta tillstånd. Min metod består av modifierad progressiv avslappning och träning av

fantasin (Finer 1974). I detta tillstånd är eleven i stånd att öka sin förmåga att koncentrera sig och att samtidigt koppla bort rädsla och smärta. Denna förmåga kan ökas i viss utsträckning genom träning. Om läraren är nödvändig för att framkalla detta tillstånd, kallas det heterohypnos. Om däremot eleven själv kan framkalla detta tillstånd, kallas det självhypnos. Vanligen är typen av hypnos under operation heterohypnos. I detta sammanhang är det viktigt att erinra om den kommission som tillsattes av den franske kungen för att studera den magnetism som Mesmer utövade år 1784. Denna kommission drog den slutsatsen att "de våldsamma effekter som kunde iakttagas under offentlig behandling berodde på beröring, stimulerad fantasi och det mekaniska härmandet som får oss, mot vår vilja, att upprepa det som träffar våra sinnen" (Lassner 1965). Träning av fantasin, såväl då som nu (Hilgard 1970), är grundvalen i användningen av hypnos, såväl inom anestesi som på alla andra områden. Under träningen inför en operation i hypnos, repeteras operationen i förväg i fantasin under hypnos som Schultz (1954) och Kroger (1957) beskriver.

Dessutom är det viktigt att nämna de erfarenheter som den store franske kirurgen Leriche hade under det första världskriget vid den ryska fronten (Leriche 1937). Bland annat var hans uppgift att ta hand om sårade ryska soldater. Ibland hade de svåra perifera skador som krävde amputation. Han förberedde allmän anestesi inför operationen men soldaterna vägrade. Mot sin egen vilja tvingades han att operera utan bedövning. Medan han själv plågades av sina upplevelser, visade soldaterna inga som helst tecken på lidande. Här ser vi inflytandet av kulturell träning på smärta utan användningen av hypnos. Människan har en enorm plasticitet i det centrala nervsystemet och det är denna plasticitet som mobiliseras när hypnos tränas mot smärta (Hagbarth och Finer 1963).

Lärarens roll i heterohypnos kan överföras till någon annan medlem av vårdpersonalen, eller till någon av elevens familj eller vänner. Dessutom kan hypnosinduktionsprogrammet inspelas på band, så att eleven kan ta del av heterohypnosen, när han själv vill, även när varken läraren eller någon ersättare finns till hands. Detta ökar elevens oberoende. Schafer (1975) har t.ex. använt bandinspelningar av hypnos som en hjälp att lindra smärta vid såromläggningar vid brännskador. Det är viktigt att påpeka att den vanliga metoden för att framkalla hypnotisk anestesi inför en operation är auktoritär (Chertok 1977) och inte uppmuntrande vilken jag själv använder. Den auktoritära metoden innebär andra villkor i förhållandet mellan lärare och elev och ger möjligen bättre resultat än den uppmuntrande tekniken. Chertok beskrev ett mindre operativt ingrepp på en patient och en tandvårdsbehandling på en annan. Patienterna kunde genomgå operationerna på ett tillfredsställande sätt. Den första patienten visade dock en reaktion, som antagligen berodde på nervus vagus retning med hypotension (lågt blodtryck), bradycardi (långsam hjärtfrekvens), blekhet och svettningar. Det enda som patienten yttrade var att hon bad om vatten. Under den postoperativa hypnosen mindes denna patient det som hon hade glömt i sin posthypnotiska minnesförlust, nämligen att diatermin hade bränt förfärligt och att hon upplevde varma strömmar när hon "trodde att mitt hjärta höll på att stanna". Det är intressant att i ett fall av cholecystectomi i epidural anestesi lindrades en liknande reaktion med hypotension, bradycardi, blekhet och svettningar genom uppmuntrande heterohypnos (se nedan, avdelning: Lokalanestesi tillsammans med hypnos).

I de två fall av misslyckad hypnotisk anestesi inför en cholecystectomi (som beskrivs nedan) var det dessutom just diatermin som framkallade outhärdlig smärta så att den hypnotiska anestesin övergavs till förmån för konventionell anestesi. Chertok relaterar det som patienten minns till begreppet "den dolde observatören" (Hilgard och Hilgard 1975), vilken förnimmer smärta men trycks ner av den auktoritära hypnosen. Det är möjligt att användningen av uppmuntrande tekniker var orsaken till misslyckandet

med hypnotisk anestesi i några av mina fall.

### **Fysiologi**

#### **Smärta.**

Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse som man förbinder med befintlig eller hotande vävnadsskada, eller beskriver som någon form av vävnadsskada (Merskey et al 1979).

Smärta som begrepp kan också beskrivas som:

1. en varningssignal om hotande vävnadsskada,
2. en sammansatt försvarsrörelse,
3. en privat upplevelse av lidande (Sternbach 1968).

För några år sedan lade Melzack och Wall (1965) fram sin spinal-grindteori om smärta. Bland annat tar den hänsyn till effekten av fysiologiska processer på de spinala mekanismer som påverkar afferent aktivitet. Sådana processer innefattar distraktion, inläring, uppmuntran, placebo och hypnos.

#### **Hypnos.**

År 1958 visade Hagbarth och Kugelberg att den spinala bukreflexen klingade av vid upprepning hos människan och kunde modifieras i önskad riktning i vaket tillstånd. År 1962 visade Aschan m.fl. att den vestibulära nervbanan hos människan var mottaglig för förändring genom suggestioner under hypnos så att det oftast var möjligt att ändra styrkan av nystagmus i önskad riktning. Tillvänjning förekom i viss utsträckning. År 1963 visade Hagbarth och Finer att nociceptiva stimuli till de nedre extremiteterna hos människan framkallade två typer av reaktioner som skilde sig åt vad beträffar latens och anpassningsförmåga. Den första reaktionen visade sig vara en spinalreflex med en viss förmåga att dra sig tillbaka från stimulus när benet bar kroppstyngden. Reflexen var mottaglig för supraspinala påverkningar, tillvänjning, uppmärksamhet, rädsla, hypnotisk hypoalgesi och hypnotisk hyperalgesi.

Den andra reaktionen visade sig vara en betingad försvarsreaktion med en hög organiserad förmåga att dra sig tillbaka i nya inläringssituationer för att ersätta felaktiga spinal-reflexer när kroppen var i andra ställningar. Reaktionen var mycket mottaglig för påverkan från hypnotisk hypoalgesi och hypnotisk hyperalgesi och visade sig ha sitt ursprung i hjärnan. År 1973 visade Finer och hans medarbetare att det under en åderbråcksoperation som utfördes helt i hypnotisk anestesi inte fanns några tecken på sympatisk stimulering under de faser av operationer som vanligtvis anses som smärtsamma (se nedan, avdelning: Åderbräck). År 1978 visade Finer och medarbetare att aktiviteten i de C sympatiska nervfibrerna hos människan stod i relation till smärtupplevelsen under hypnos. Ovanstående beskrivning tyder på att hypnos har ett mycket påtagligt inflytande på både de centrala och autonoma nervkomponenterna i smärtreaktionen och att detta inflytande antagligen är aktivt under operation med hypnotisk anestesi.

År 1970 testade Finer (1970a) Masons hypotes (1961) att hypnos kunde förbättra förmågan att hosta och djupandas hos 50 % av befolkningen med operation i buken. Patienter som skulle genomgå en cholecystectomi sattes i olika grupper: kontroll, preoperativ hypnosträning, preoperativ uppmuntran och preoperativ partiell uppmuntran. Dynamiska lungfunktionsprov utfördes före och efter operation. Hypnosgruppen klarade sig lika dåligt som kontrollgruppen, medan gruppen med uppmuntran klarade sig något bättre. Den största förändringen förelåg när partiell uppmuntran ändrades till fullständig uppmuntran och tvärtom. Hypnosens dåliga resultat är inte förvånande när det uppdagades att den farmakologiska sympaticusblockaden med splanchnicusanestesi gav ett lika dåligt resultat. Å andra sidan är det intressant att konstatera att uppmuntran hjälper mer, vilket även den

somatiska nervblockaden gjorde. Andra experiment tyder på att hypnos döljer det lidande som förknippas med smärta, men tar inte bort lidandet i sig, tack vare "den dolde observatören" (Hilgard och Hilgard 1975). Till slut kan sägas att nyligen har experiment med morfinantagonisten naloxon visat att det finns ingen effekt av naloxon på hypnotisk analgesi (Goldstein och Hilgard 1975), i motsats till elektroakupunktur (Sjölund och Eriksson 1976).

### Egna erfarenheter.

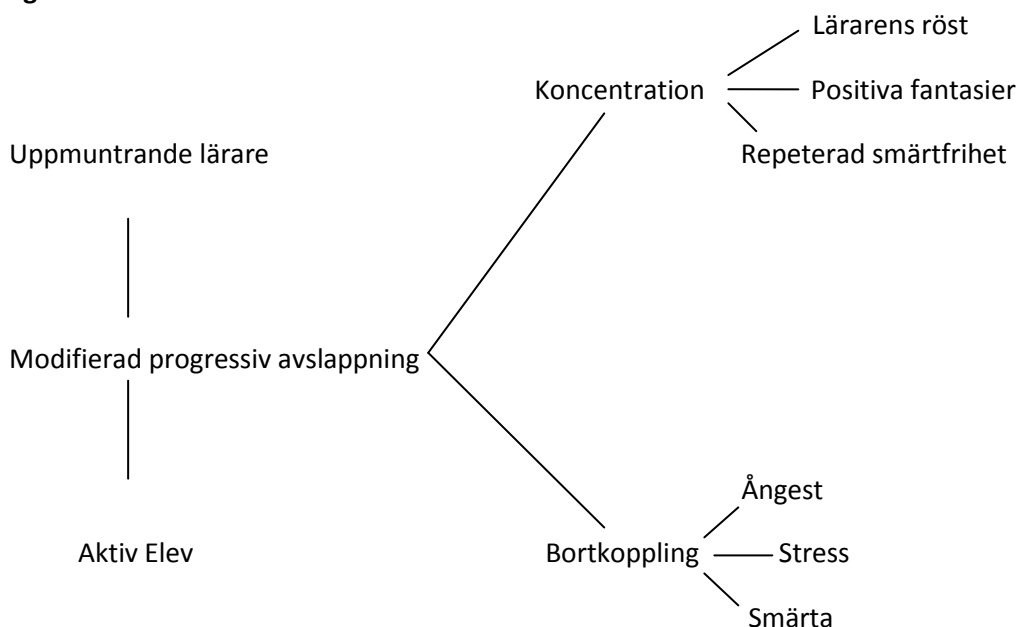


Fig. 1. Tablå över hypnos och anestesi.

Sedan 1956 har jag haft möjligheten att träna ett antal patienter inför operation med enbart hypnotisk anestesi." I dessa fall användes hypnotisk anestesi som ersättning för farmakologisk medicinering före, under och efter operationen. Detta är viktigt att påpeka eftersom skeptiker gärna betvivlar värdet av varje alternativ anestesi metod, om så bara den minsta mängd farmakologiskt medel har använts.

Dessutom tar jag upp patienter som fick lokalanestesi där hypnos användes som ett komplement så att operationen kunde fullföljas. Till slut kommer jag att nämna några fall där hypnosen misslyckades som enda bedövningsmedel och där det krävdes farmakologiska medel för att fullfölja operationerna.

De typer av operationer inför vilka patienter tränades med hypnos för smärtlindring före, under och efter operation var: brännskador, åderbräck, smärre operativa ingrepp, smärre onkologiska ingrepp och tandbehandling.

De typer av operationer där lokalanestesi utökades med hypnos innefattade smärre operativa ingrepp och operationer i buken.

1) Vissa delar av detta material har redan publicerats (Finer 1966) och trycks åter här med redaktörens vänliga tillstånd.

De typer av operationer där patienterna behövde farmakologisk anestesi då hypnos anestesi misslyckades, var cholecystectomi och kejsarsnitt.

### Hypnos för lindring före, under och efter operation

#### Brännskador.

År 1957 fick en man med svåra brännskador i ansikte och på händer narkos tre gånger

inom en vecka då man skulle skära bort bränd hud. Vid två av dessa tillfällen intuberades han i trachea och bägge gångerna fick han hjärtstillestånd men svarade på inre hjärtmassage. Operationerna kunde fullföljas och patienten tillfrisknade (Finer och Nylén 1959). År 1959 fick en ung man också svåra brännskador på händer och i ansikte och vid en intubationsanestesi fick även han hjärtstillestånd. Återupplivningen lyckades även denna gång, men på grund av en samtidig pneumothorax behövdes tracheostomi och respiratorbehandling i tio dagar. Två veckor efter hjärtstilleståndet var det planerat att ge narkos vid ett förnyat operationsförsök. Eftersom jag ville undvika ett hjärtstillestånd igen och tack vare rapporterna från Crasilneck och medarbetare (1955, 1956, 1958) prövades hypnosträning istället för narkos, som patienten bokstavligen var dödsförskräckt för. Efter bara 30 minuters träning kunde patienten förändra sin reflexmässiga reaktion på smärta. Han kunde framkalla både hyperalgesi och hypoalgesi i fötterna med motsvarande förändringar i plantarreflexen (Hagbarth och Finer 1963). Patienten fördes sedan till operationssalen med hypnos som enda bedövningsmedel. Detta var tillräckligt för att den brända huden kunde tas bort och för att ny frisk hud kunde transplanteras till de skadade områdena. Detta genomfördes med framgång vid fem olika tillfällen med bara hypnos som medicinering före, under och efter operation (Finer och Nylén 1961). Vid ett av dessa tillfällen demonstrerades operationen vid Svenska anesthesiologföreningens årsmöte, som detta år hölls i Uppsala. Denna demonstration bidrog till att hypnos började accepteras bland svenska anesthesiologer, vilket bekräftas i Scotts (1974) bok.

När patienten ett år senare behövde flera smärre hudtransplantationer, hade han kommit över sin rädsla för hjärtstillestånd. När han åter erbjöds hypnotisk anestesi, tackade han nej och föredrog lokalanestesi. Han sade att hypnos krävde för mycket koncentration. Detta var den första gången jag blev medveten om hur viktig koncentrationen är i hypnosinduktionen.

### **Åderbräck**

1966 bad en narkosköterska vid Samariterhemmet att man skulle försöka operera hennes åderbräck i hypnotisk anestesi. Hon tränades enskilt vid flera tillfällen då hon uppmuntrades till aktivt deltagande. Hon kunde framkalla både hyperalgesi och hypoalgesi i benen med motsvarande förändringar i plantarreflexen. Dessutom kunde hon öka och minska bukreflexerna, svalgreflexerna och blinkreflexerna. Operationen repeterades i förväg under hypnos och det påpekades att, även när smärtan är borta, känslan oftast finns kvar under hypnotisk anestesi. Det är mycket viktigt att inte misstolka en känselsignal som det första steget i ett smärtsam stimulus, vilket skulle kunna utlösa panik och utgöra ett hot mot förhållandet läkare - patient. Detta kan tyckas oroande men detta är vanligt under epiduralanestesi som används rutinmässigt inom anestesi. Pat fick löfte om att, om en känselstimulus började bli smärtsam, kirurgen skulle informeras, operationen skulle avbrytas och ett nytt hypnosträningsspass skulle inledas till patienten åter nådde samma djup i sin hypnotiska anestesi. Samtidigt skulle en intravenös kanyl sättas in med löfte om konventionell anestesi om det skulle visa sig omöjligt att fortsätta med den hypnotiska anestesi.

Genom att använda denna förberedande träning var det möjligt att utföra två åderbräckoperationer, med strippning på varje ben, ett ben vid varje tillfälle.

Den första operationen blev så framgångsrik att patienten gick med på att fysiologikursen vid Uppsala Universitet inbjöds att vara med under operationen av det andra benet och på så sätt få studera på nära håll effekten av förhållandet läkare - patient på smärta (Finer och Sjöstrand 1967). Sedan patienten hade fått sitt ben lindat, gick hon ut från operationssalen och klädde sig. Några år senare, år 1973, hade denna patients åderbräck återkommit. Hon bad åter om att få bli opererad under hypnotisk

anestesi. Detta beviljades och samtidigt tog man tillfället i akt att filma operationen på det första benet. Med patientens tillstånd planerades ett fysiologiskt experiment. Blodtryck, hjärtfrekvens och blodgaser kontrollerades med jämna mellanrum via en artärkateter under operationen. Katecholaminer bestämdes i urinen före och under operationen. Det fanns inga tecken på sympatisk stimulering under de faser av operationen som anses vara mest smärtsamma (Finer m.fl. 1973).

För några år sedan remitterades en kvinnlig patient från dagavdelningen vid Ulleråkers Sjukhus i Uppsala. Patienten var ungefär 60 år gammal och led av åderbräck som behövde opereras. Hon var skrämmd inför operationen och ville inte ha narkos. Eftersom hon till en början var rädd för mig, deltog hon i grupp hypnoterapi och lärde sig att se mig som en uppmuntrande människa och inte som en skräckinjagande, opersonlig och auktoritär sjukhustjänsteman. Vi kom överens om epiduralanestesi som första alternativ. Samma morgon som operationen skulle äga rum, slappnade hon av, och hon visade då tecken på djup hypnos och okänslighet för smärta. På grund av detta uteslöts premedicineringen och hon lämnades kvar i sitt hypnotiska tillstånd tills det var tid för operation. I operationssalen ombads hon att föreställa sig en trevlig, engagerande situation i vilken hon skulle gå in och sedan berätta vad hon upplevde. Detta kunde hon göra utan att känna nålstick. På detta stadium beslöt man att försöka utföra hela operationen under hypnotisk anestesi utan någon farmakologisk hjälp alls. Båda benen opererades med framgång. Min roll som anestesilog var att ställa frågor om och kommentera hennes fantasiupplevelser under den två timmar långa operationen. Under denna tid upplevde hon många märkliga händelser som hon avslutade vid slutet av operationen. Att operationen var klar, blev en fullständig och angenäm överraskning för henne.

### **Smärre operativa ingrepp.**

En ung kvinna på 18 år hade amenorré och man beslöt att undersöka äggstockarna med laparoskopi via ett litet snitt i bakre fornix av vagina. Dessutom led patienten av en muskelsjukdom, myasthenia gravis. Gynekologen försökte genomföra undersökningen med patienten på alla fyra och med lokalbedövning i bakre fornix. Patienten var rädd och generad och hennes muskler var så spända att hennes neuromuskulära förbindelser, som redan var försvagade av hennes muskelsjukdom, inte kunde klara den påfrestningen som ställningen på alla fyra utgjorde. Patienten remitterades för anesthesiologisk hjälp. Narkos med curare uteslöts på grund av muskelsjukdomens känslighet för curare. Patienten själv var rädd för epiduralanestesi och hade den missuppfattningen att den kunde förvärra hennes sjukdom. Hon erbjöds hypnotisk anestesi och tackade ja. Hon tränade på vanligt sätt att koppla bort oro, stress och smärta. Då rädslan och sedan förlägenheten minskade, minskade hennes muskeltrötthet. Efter någon träning gick det bra för patienten att genomgå undersökningen under bara hypnotisk anestesi.

### **Smärre onkologiska ingrepp.**

En kvinna på 30 år hade en inoperabel cancer i hypofarynx som trängde in i trachea. Man var tvungen att företa en cervikal arteriografi för att fastställa sjukdomens utbredning, innan man bestämde om cytostatika skulle användas. Endotracheal anestesi ansågs utesluten på grund av infiltrationen i trachea. Patienten fick lära sig självhypnotisk teknik med autoanalgesi av halsområdet och undersökningen utfördes med framgång utan något farmakologiskt medel (Finer 1966). En 45-årig kvinna hade



fått ett bröst bortopererat fem år tidigare på grund av cancer. Efter operationen fick hon en "frozen shoulder" och ärrsammanväxtningar, som båda var smärtsamma och som förbättrades mycket med hypnoterapi ungefär 3 år senare. När hon fick en liten hudmetastas i ärret, föreslog hon, att den skulle kunna tas bort under hypnos. Det skedde med framgång utan något farmakologiskt medel. När hon fick en liten tumör i det andra bröstet, bad hon igen om hypnos och operationen utfördes lika framgångsrikt som tidigare. Dessutom filmades operationen denna gång.

### **Tandvård.**

En medelålders kvinna, som var astmatiker. Hade haft ett våldsamt astmaanfall efter att ha fått procain insprutat för en tandvårdsbehandling. Hon utvecklade en tandvårdsfobi och det dröjde tjugo år innan hon vågade överväga tandvårdsbehandling igen. Då var hennes tandstatus mycket dåligt, i så hög grad att hon inte vågade gå hemifrån. Hon hade inte träffat sina barnbarn på ett år och längtade efter dem så mycket att hon blev tvungen att söka hjälp. Hon fick lära sig självhypnos och autoanalgesi över hela kroppen och slutligen av munnen och farynx. Hon tränades i pass på en timme dagligen under sex dagar och den sjunde dagen gick hon till tandläkaren tillsammans med mig. Pat bad att de nödvändiga talrika tandutdragningarna skulle företas enbart under självhypnos för att undvika lokalbedövning. Detta var en fördel på grund av den mycket spridda infektionen som orsakades av ruttna tänder och tandrötter. Samtidigt gjordes en spruta med lokalbedövningsmedel i ordning om den skulle ha visat sig behövas. Dessutom lärde patienten sig att minska sin salivavsöndring och kväljningsreflex. Alla de återstående tänderna drogs ut utan obehag och ingen lokalbedövning behövdes. Efter operationen hade patienten inga smärtor och kunde nästan genast bära protes både i övre och nedre käken. En uppföljning visade att patienten hade avsevärt förbättrat sin psykosociala situation (Finer1966). År 1963 inbjöds jag av Svenska Medicinalstyrelsen att vara konsult vid ett försök med hypnos på barn med tandvårdsskräck vid Eastman-institutet i Stockholm. Alla barnen hade remitterats av sin egen tandläkare därför att de var så skrämde att de inte kunde behandlas. Tjugo barn ingick i försöket, fjorton av dessa tränades med framgång med "televisionemetoden". Ett till tre träningspass behövdes. En sådan framgångsrik behandling filmades (Finer och Löfstedt 1964). De återstående barnen kunde inte få hjälp på detta sätt och remitterades för narkos. Ett av barnen sade nej till alla typer av behandling och ett annat barn remitterades till psykiatrisk behandling (Finer 1966).

### **Lokalanestesi utökad med hypnos**

#### **Bukoperation.**

En kvinna på 25 år ville undergå en cholecystectomi i lokalbedövning. Man valde epiduralanestesi med en kateter insatt mellan Th 8-9. Patienten hade i förväg tränats vid fyra tillfällen i självhypnos och autoanalgesi av framför allt bukområdet. Varje träningstillfälle varade i en timme. Premedicineringen inför operationen var hypnos och 0,5 mg atropin och anesthesin var 10 ml 2 % lidocain med adrenalin. Med denna medicinering kunde patienten uppnå tillfredsställande bedövning av och avslappning i bukväggen. När man drog i gallblåsan under operationen, fick patienten en visceral smärta på höger sida, illamående, bradycardi och blekhet.

Antagligen var det en vagal reflex (jämför med Chertoks erfarenhet som har beskrivits tidigare). Hon fick omedelbart hjälp att gå i hypnos och kunde sedan med lätthet stå ut med den delen av operationen tills den vagala stimuleringen upphörde och epiduralanestesi fungerade igen (Finer 1964). En kvinna på 39 år hade en allvarlig mitralisstenos med högre hjärtsvikt och ascites. Två gånger i veckan tappades patienten under lokal anestesi på vätska i buken upp till 7 liter. Åtgärden var förenad med så mycket obehag att patienten blev skrämde för varje ny tappning. Narkos var

utesluten på grund av patientens dåliga tillstånd. Hon fick lära sig självhypnos och autoanalgesi av bukområdet och kunde stå ut med tappningen med mindre obehag och rädsla (Finer 1966).

### **Smärre operativa ingrepp.**

En elvaårig flicka med ett medfött hjärtfel skulle röntgas genom en femoralis angiografi. Efter det att man hade tagit bort katetern, blev det ett stort hål i arteria femoralis. Man beslöt att reparera skadan under lokalbedövning. Patienten fick vanlig premedicinering men hon blev rädd och grät. Jag tillkallades och patienten lärde sig snart att föreställa sig i fantasin en TV-apparat med sitt favoritprogram. Under den första timmen gav hon lycklig en fortlöpande beskrivning om vad hon såg. Under nästa timme fortsatte hon att titta på sitt program, men denna gång under tystnad, varefter operationen avslutades (Finer 1966).

### **Misslyckad hypnotisk anestesi som har krävt tillsats av farmakologiska medel.**

#### **Kejsarsnitt.**

Den narkosköterska som kunde opereras för åderbräck under hypnos (se ovan), bad att hennes andra barn skulle förlösas med ett planerat kejsarsnitt på grund av en fistelsjukdom i perineum. Eftersom hon kände till Krogers (1957) arbete om hypnotisk anestesi för kejsarsnitt, var hon intresserad av att pröva på bedövning under hypnos för sitt eget kejsarsnitt. Hon tränades som förut och uppmuntrades till aktivt deltagande, då förändring i reflexaktivitet särskilt betonades. Hon kunde framkalla både hyperalgesi och hypoalgesi i buken, med motsvarande förändringar i bukreflexerna. Dessutom kunde hon både öka och minska plantarreflexerna, svalgreflexerna och blinkreflexerna. Operationen repeterades i fantasin i förväg i vaket tillstånd och under hypnos, som Schultz (1954) beskriver det. På samma sätt som under åderbräcksoperationen, betonades att känslan vanligtvis är kvar under hypnotisk anestesi. Patienten fick löfte att, om känselstimuli började bli smärtsamma skulle operationen avbrytas temporärt och ett nytt hypnosträningspass inledas tills det att patienten åter uppnådde samma djup i sin hypnotiska anestesi. En intravenös kanyl sattes in med löfte om konventionell anestesi om det skulle visa sig att den hypnotiska anestesin inte var tillräcklig. Premedicineringen bestod som vanligt av bara hypnos och operationen påbörjades. Snittet lades vertikalt, i medellinjen, från naveln till symphysis pubis. Det var ingen svårighet att skära in till bukhålan och sätta operationshakar om musklerna. Vid detta moment var dock bukmuskelnerna inte så avslappnade så att kirurgen kunde föra den gravida livmodern fram till ytan av bukväggen så att ett snitt kunde läggas och barnet dras ut. Operationen avbröts och man försökte fördjupa avslappningen. Efter några minuter var avslappningen fortfarande inte tillräcklig. Kirurgen, barnläkaren och jag överlade, och tyvärr var vi tvungna att besluta gå över till konventionell anestesi, främst för barnets skull. Patienten intuberades under ytterst liten dos med intravenöst sömnmedel och muskelavslappande medel, operationen kunde fortsätta och barnet tas ut med en bukvägg som var helt avslappnad. Lustgasen som tillfördes via den endotracheala tuben stängdes temporärt av så att patienten kunde vakna tillräckligt för att höra barnets första skrik. Detta mindes hon efteråt. Sedan fördjupades anestesin så att operationen kunde slutföras.

Efter att tuben hade tagits bort, vaknade patienten genast och bad inte om annan smärtlindring än fortsatt hypnotisk anestesi. När kirurgen senare diskuterade fallet, förklarade han att om han hade bättre förstått de mekaniska svårigheterna under operationen, hade han lätt kunnat förlänga snittet ovanför naveln och antagligen lyckats att fullfölja operationen under hypnotisk anestesi.

#### **Cholecystectomi**

Vid ett annat tillfälle bad denna patient om en cholecystectomi för en

gallstenssjukdom. Snittet lades under den högra revbensbågen vilket innebär att flera intercostala nerver skars av. Detta utfördes med en diatermikniv men smärtan var så outhärdlig att patienten bad om rutinmässig intubationsanestesi.

Vid ett annat tillfälle behövde den patient som med framgång genomgick en bröstcancerbiopsi under hypnotisk anestesi, en cholecystectomi operation för gallstenssjukdom. Detta prövades under hypnotisk anestesi, men vid samma stadium som vid den tidigare gallstensoperationen, blev smärtan outhärdlig och man beslöt om en rutinmässig intubationsanestesi.

### **Diskussion**

Eftersom detta kapitel finns i en handbok om hypnos, har jag ansett det viktigt att komma med både positiva och negativa beskrivningar från min egen praktiska erfarenhet. På det utrymme som jag har till mitt förfogande, har jag inte haft möjlighet att göra en översikt över litteraturen. Jag har också uteslutit viktiga områden som jag helt kort skulle vilja nämna. I andra översikter om hypnos och anestesi har stort utrymme ägnats åt obstetrisk anestesi medan jag bara har beskrivit kejsarsnitt. Ett annat viktigt område är vakenhet under narkos och hur man använder hypnos för att minnas hotande ord (Cheek och LeCron 1968). De neurofysiologiska grunderna för dessa fenomen är fortfarande oklara och vidare experimentell forskning behövs. I egenskap av praktiserande anestesilog anser jag, att det finns plats för hypnos inom anestesi, både ute på fältet, i undervisningen och inom forskningen. I en värld där den tekniska komplexiteten ökar, anser jag det vara viktigt att också kunna handskas med kirurgisk anestesi utan apparatur. Av dessa skäl behövs en utökad användning av hypnos i anestesi ute på fältet, först i kombination med farmakologiska metoder, men också i kombination med andra metoder som t.ex. elektrisk anestesi.

### **Slutsatser**

Anestesi som hantverk och vetenskap utvecklas ständigt. Vi som arbetar med hypnos inom anestesi är skyldiga att lägga fram våra fynd, både kliniska och experimentella, så att våra anestesikollegor ser att hypnosen kan vara ett viktigt komplement till farmakologisk anestesi.

## **Hypnos och smärta**

Patienter med kronisk smärta som inte kan ges causal, botande behandling utvecklar psykosomatiska symtom som kan dominera patientens liv. Somatiska behandlingsmetoder ger värdefull hjälp, men räcker inte till att ändra patientens liv i positiv riktning, om man inte samtidigt använder psykologiska metoder. Hypnos, samtal och inlärning av självhypnos har en viktig plats i behandlingen av dessa patienter.

### **Smärta**

Smärtan är alltid subjektiv. Varje individ lär sig att tillämpa ordet genom upplevelser som är förknippade med skada tidigare i livet. Biologer påpekar att de stimuli som orsakar smärta lätt kan skada vävnader. I enlighet med detta är smärta de erfarenheter som vi förknippar med befintlig eller hotande vävnadsskada.

Den är förvisso en förnimmelse i en eller flera delar av kroppen men den är alltid obehaglig och därför också en känslomässig upplevelse. Upplevelser som liknar smärta, t.ex. stickningar, men som inte är obehagliga. Bör inte kallas smärta. Obehagliga abnorma upplevelser kan räknas som smärta men behöver inte göra det om de inte subjektivt sett har smärtans vanliga sensoriska egenskaper. Många människor talar om smärta, trots att ingen vävnadsskada eller trolig patofysiologisk orsak föreligger, vanligtvis inträffar detta på grund av psykologiska skäl. Det finns inget sätt att urskilja deras upplevelser från den upplevelse som beror på vävnadsskada. Om de anser att

det de upplever är smärta. och om de talar om den på samma sätt som om den vore en smärta som är orsakad av vävnadsskada, skall den accepteras som smärta. Denna definition kopplar inte smärta till ett stimulus. Aktivitet som finns i nociceptorn eller i de nociceptiva banorna och som beror på ett nociceptivt stimulus, är inte smärta. Smärtan är alltså ett psykologiskt tillstånd, även om den oftast har en omedelbar fysisk orsak." (Merskeym.fi., 1979).

Ett annat sätt att beskriva smärta är: (Sternbach 1968).

1. En varningssignal att vävnadsskada hotar, åtminstone vid akut smärta.
2. En integrerad försvarsrörelse som har till uppgift att dra undan den hotade kroppsdel.
3. En privat upplevelse av pina, obehag, lidande. (Pina på svenska har samma ursprung som pain på engelska och som poena på latin, vilket betyder straff).

Punkt 3 innebär att den enda människan som vet hur ont det gör är patienten. Utomstående människor kan ha andra uppfattningar om smärtan än patienten, men de kan aldrig veta bättre än patienten gör. Det är inte ovanligt att höra kollegor som säger t.ex. "denna patient kan inte ha ont därför att..." med en rad påståenden. Sådana uttalanden är meningslösa och kränkande och visar talarens okunnighet.

### **Smärtans språk**

Det finns olika sätt att se på smärta och varje sätt har sitt eget språk. Kliniker och forskare som talar ett språk har ofta svårt att förstå de andra språken. Patienten som behöver förståelse med alla språken samtidigt, kommer i kläm. Vi behöver alla lära oss de olika språken, åtminstone till en del.

### **Neurologiska**

Man beskriver smärtan i termer av smärtreceptorer i hud eller andra organ, som överför impulser till smärtnerverna på vägen in mot ryggmärgen. I ryggmärgen sker en omkoppling till andra nerver. En del av dessa kopplas till nerver till musklerna för försvarsrörelser, andra fortsätter uppåt ryggmärgen i banor till thalamus. För dessa fibrer blir det en ytterligare omkoppling i thalamus, och sista nerven slutar i hjärnbarken. Enligt detta språk uppstår smärta på grund av störningar i banan och behandlingen består av att avlägsna störningen, dämpa störningen med droger eller blockader, eller skära igenom banan så att smärtimpulserna inte når upp till medvetande.

### **Stress**

Akut smärta ger förväntan om snabbt omhändertagande och lindring. Emellertid ger kronisk smärta ingen sådan förväntan. Patientens kroniska smärta var akut en gång i tiden, men framgångsrik behandling uteblev och besvikelsen tilltog med varje misslyckande. Dessa upprepade besvikelser gör patienten stressad, nedstämd, inåtvänd. Kontaktsvårigheter och sömnsvårigheter uppstår lätt. Patienten är rädd för att driva bort familjen, vännerna och sjukvårdspersonalen genom att aldrig bli bättre, och är i panik och förtvivlan tvungen att spela en hyckleriartad lyckofars.

### **Beteendemässiga**

Smärta uttrycks på olika sätt. Det finns alla variationer mellan de som upplever mycket smärta men visar lite till de som upplever lite och visar mycket. Människor föds med olika smärtrösklar. Sedan finns det skillnader i personlighet - utåtriktade människor visar mer utåt än inåtriktade. Slutligen finns det starka kulturella skillnader. I vissa kulturer lär man sig från barnsben att visa, respektive inte visa, sina känslor. Inom sjukvården har personalen en tendens att prisa patienten som är "duktig", alltså tyst och samarbetsvillig, medan man inte tycker om en "besvärlig" patient, som på grund

av ångest, stress och smärta har svårt eller omöjligt att samarbeta.

### **Subjektiva**

Patienten upplever smärtan som en känsla, vilken är svår att uttrycka i ord. Detta gäller alla känslouttryck, inte bara smärta utan även kärlek, hat m.m. För att sjukvårdspersonalen skall förstå patientens smärta måste patienten berätta om sina subjektiva upplevelser. Men för att patienten skall uppleva det som meningsfullt att berätta, måste sjukvårdspersonalen visa förståelse för patientens språk. Ofta kan man inte förstå ett sådant språk utan att ha upplevt någonting liknande själv.

### **Psykiatriska**

Vissa psykiatriska sjukdomar, t.ex. depression eller schizofreni, medför smärta som symptom utan någon känd kroppslig orsak. Den primära behandlingen riktas mot den psykiska sjukdomen och blir den framgångsrik försvinner smärtan spontant.

### **Grindteorin.**

År 1965 lanserade Melzack och Wall sin ryggmärgsgrindteori om smärta. Teorin innefattar bland annat 3 komponenter:

1. Det finns en "grind" i ryggmärgen som kan vara från helt öppen till helt stängd för smärtinflödet.
2. Graden av grindens öppenhet beror delvis på en jämvikt mellan stora muskelnerv, A-beta, och små smärtnerver, A-delta och C.
3. Portens öppenhet beror delvis på förbindelser med det centrala nervsystemet, genom uppåtgående och nedåtgående banor från och till substantia gelatinosa. Genom dessa mekanismer kan psykiska faktorer påverka smärta, t.ex. distraktion, placebo och hypnos.

### **Hypnos**

Innan du började läsa denna artikel gjorde du kanske vissa saker. Du valde ett bekvämt, varmt och tyst ställe med lämplig belysning. Mer eller mindre medvetet skakade du av dina tankar och känslor, medan din nyfikenhet och ditt intresse för ämnet motiverade en koncentrerad satsning på det du läser. Så länge innehållet fångar din uppmärksamhet, glömmer du bort din omgivning. Däremot, så fort det blir tråkigt, eller du blir trött, eller andra tankar ger sig till känna, viker din koncentration. Kan du skaka av dessa störningar, är det kanske möjligt att åter fånga din koncentration på detta. Hjärnan arbetar så att det är svårt eller omöjligt att starkt koncentrera sig på flera saker på en gång.

Är stark koncentration möjlig, innebär det vanligtvis en samtidig bortkoppling av utifrånkommande stimuli. Koncentration och bortkoppling är som spegelns två sidor, alltid tillsammans. Fortsätter koncentration och bortkoppling en tid, kan man ibland uppleva verkligheten på ett ovanligt sätt. Det förändrade medvetandetillstånd som uppstår inom en terapeutisk relation kallas för hypnos. Relationen innebär så mycket trygghet att patienten vågar minska på (koppla bort) en del av sin ångest, stress och smärta. Smärtlindring vid kronisk smärta har väckt stort intresse under senaste tiden, och fördelarna och nackdelarna av olika tekniker har livligt debatterats. Dock är smärtpatienterna ofta missnöjda.

Analgetika är bra, men i doser som räcker finns det många biverkningar. Blockader är bra, men de varar för kort tid och långverkande medel ger för många komplikationer. Neurologiska ingrepp är bra, men symtomen återkommer. Transkutan nervstimulering är bra, men räcker inte o.s.v. Då är psykoterapi nödvändig, och hypnoterapi är en lämplig form av psykoterapi. Hypnos kan användas för ökad bortkoppling från det negativa, pessimistiska, som i en "smärtkarriär" kan uttryckas genom ångest, stress och smärta. Grupphypnos och gruppsamtal blir då komplement till annan behandling.

### Hypnoterapi

Erickson (1967), en erkänd auktoritet på hypnotiska tekniker och då framför allt på behandling av kronisk smärta, har beskrivit följande metoder:

1. Direkt hypnotisk suggestion för att helt utplåna smärta. Användes ofta. Misslyckas ofta.
2. Uppmuntrande, indirekt hypnotisk smärtlindring. Effektivare metod.
3. Minnesförlust som är partiell, selektiv eller total, och som kan uppnås medan man under hypnos koncentrerar sig på något annat som är av känslomässig betydelse.
4. Hypnotisk analgesi som är partiell, selektiv eller total, och som kan uppnås genom att man koncentrerar sig på känslor av domning, värme, tyngd och avslappning.
5. Hypnotisk anestesi som uppnås när man indirekt bygger upp psykologiska och känslomässiga situationer som inte går ihop med smärtupplevelsen.
6. Hypnotisk ersättning eller utbyte av förmimmelser, t.ex. klåda i stället för smärta.
7. Hypnotisk flyttning av smärta från en kroppsdel till en annan där smärtan är mindre hotande.
8. Hypnotiskt åtskiljande, uppluckring av kroppens tids- och rumsbegrepp. Uppmärksamheten koncentreras på den mindre svåra smärtan som fanns i början av sjukdomen eller på den smärtfrihet som fanns innan det började. Kroppen kan delas upp i "den kropp som är långt borta och som har smärta, och kroppen här intill som är utan".
9. Hypnotisk omtolkning av smärtupplevelsen: svaghet, slapphet, avslappning, värme, välbefinnande, hoppande, vaggande, vibrerande, allt kan upplevas, men inte smärta.
10. Hypnotisk tidsförvrängning, minnesbortfall beträffande det förflutna och framtiden, förkortande av smärtupplevelsen och minnesförlust efteråt.
11. Hypnotisk suggestion om smärtminskning, med omärkligt långsamma steg.
12. Flera kombinationer av metoderna 1-11.

Sacerdote (1970) fastställer att hans uppfattningar av smärta och dess förändringar genom hypnos grundar sig på tre punkter:

1. Hypnos är ett konkret och effektivt medel att förändra smärtans upptagning, överföring, förmimelse och responsen på dessa, genom direkta och indirekta neurofysiologiska förändringar.
2. Under och efter hypnos kan patienten konstruktivt påverka sitt eget beteende på så vis att han/hon upphör med att anse sitt beteende som en smärtupplevelse.
3. Ett flertal emotionella faktorer överför och projicerar ofta sådana känslor som rädsla, skuld och oro till smärtupplevelser.

Han säger vidare att i stället för Ericsons hypnotiska tekniker (1967), som nämnts ovan, diskuterar han hellre hypnos som en metod för att åstadkomma a) neurofysiologiska förändringar b) psykodynamiska förändringar c) önskvärda beteendemönster d) olika tids och rumsbegrepp och d: o förmimmelser.

Hilgard (1980) påpekar hur viktiga de psykologiska faktorerna är när det gäller Smärtans föränderlighet. Det är inte förvånande att psykologiska metoder, där hypnos ingår, är viktiga för behandlingen, framför allt i kronisk smärta. Enligt Hilgard kan

hypnos tillämpas kliniskt i följande fall:

1. Kirurgi, där bedövningsmedel inte är lämpliga eller inte finns att tillgå (se Finer kap. 20).
2. Maligna sjukdomar hos vuxna och hos barn.
3. Brännskador, för att minska smärta, öka aptiten och underlätta operationer och sjukgymnastik.
4. Obstetrik, för att mildra smärta och obehag under en normal förlossning och under kejsarsnitt.
5. Tandbehandling, för att mildra oro och kväljningar, och tandkirurgi.
6. Huvudvärk, som t.ex. migrän.
7. Fantomsmärta.
8. Andra smärttillstånd, t.ex. trigeminusneuralgi, värk i nacke och rygg, ledgångsreumatism, whiplashskador och ett flertal gynekologiska åkommor.

Hilgard redogör för sitt experimentella arbete om smärta och hypnos och sätter det i samband med andra typer av smärtbehandling. Min egen uppfattning är att det vanligtvis finns, åtminstone i början, en eller flera lärare och en eller flera elever. Innan eleven uppnår den ökade koncentrationen och bortkopplingen, använder läraren en inledningsteknik där eleven får hjälp att skaka av de föreliggande tankarna och känslorna genom avslappning. Istället utvecklas ökad koncentration på positiva ting, t.ex. lugnande, rogivande och engagerande situationer/bilder i fantasin. Samtidigt utvecklar eleven ökad bortkoppling från negativa ting, t.ex. ångest, stress och smärta. Under det förändrade medvetandetillstånd som följer denna inledning kan eleven uppleva sig själv på nya sätt, såväl i förhållande till sig själv som till sin omgivning, spontant eller med hjälp av läraren. Ångest, stress och smärta kan ändras.

Slutligen återkommer man till vardagsvärlden från den begränsade men rika världen av ökad koncentration och bortkoppling. Ångest, stress och smärta känns annorlunda, så att det är lättare att leva med i den vardagliga världen, även om man inte botas eller smärtan helt avlägsnas. Ökad spontanitet i känslor, tankar och handling och ökad skapande förmåga utvecklas ofta i samband med ökad koncentration och bortkoppling. Ångest, stress och smärta bidrar till känslor av vanmakt, hopplöshet och passivitet, men dessa kan motverkas av den ökade spontaniteten och skapandet. Förmågan att utveckla en ökad koncentration och bortkoppling är inte lika hos alla.

Det är beräknat att omkring 90 % av befolkningen kan uppnå dessa till en del, men bara 5-10% har en mycket bra förmåga. Omkring 30-50 % har en måttlig till bra förmåga. Dessutom kan svår ångest, stress eller smärta omöjliggöra ökad koncentration och bortkoppling förrän ångest-, stress- eller smärtdämpande medel har satts in. Sedan, när hypnosen fungerar, kan man sätta ut eller minska drogerna. Elevens förmåga att koncentrera sig på positiva upplevelser i sin fantasi utvecklas sedan vidare. Principen är att hjälpa eleven att utveckla en positiv livskvalité så att smärtan har mindre makt.

Vissa lärare lutar mot auktoritet och beroendeframkallning i sina personligheter, medan vissa elever lutar mot passivitet och beroende acceptering i sina, eventuellt försöker de manipulera varandra så att de aldrig behöver bli självständiga. Av denna anledning tycker jag att det är viktigt att lära ut självhypnos så fort som möjligt och att få eleven i kontakt med andra elever från början. Man kan jämföra med ett enda barn som har ett starkt förhållande till sina föräldrar, men löper större risk för osjälvständigt beteende, medan ett barn bland flera i en syskonskara har ett svagare förhållande till

föräldrarna men blir mer självständig och van vid att få hjälp från syskonen. Läraren måste gå i egen terapi och handledning för att få klarhet i sina egna problem.

**Grupphypnos och gruppsamtal vid kronisk smärta. Schema över arbetssättet**

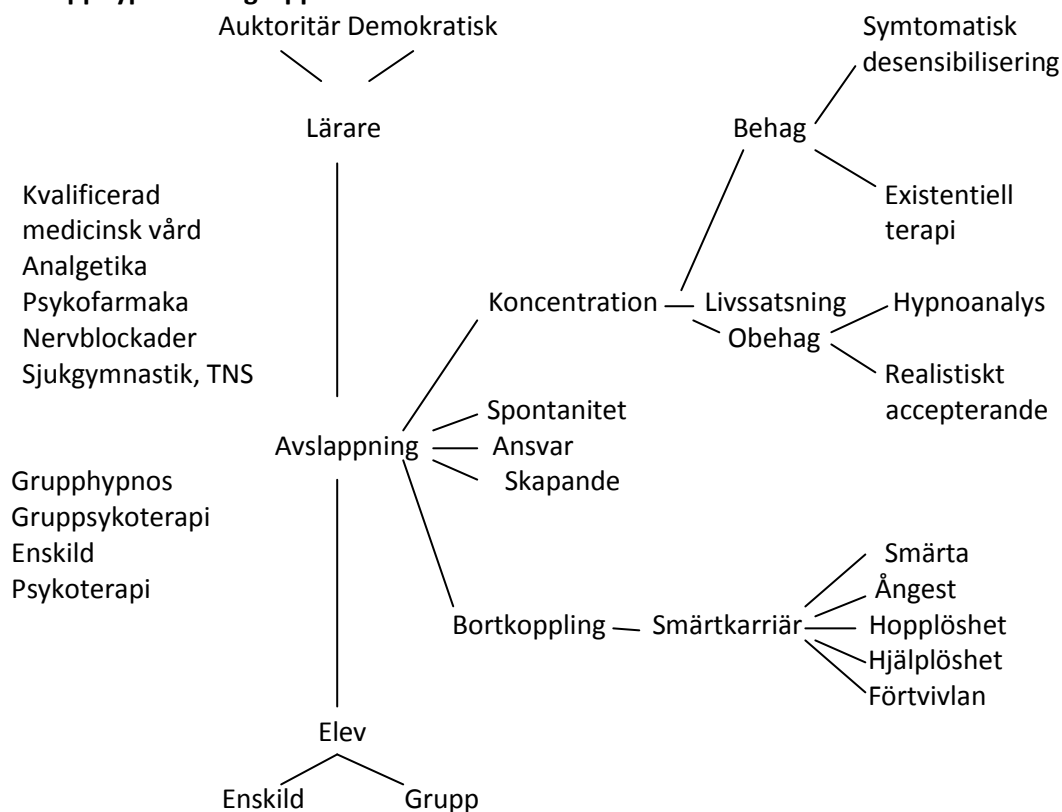


Fig. 1. Schema över arbetssättet vid grupphypnos och gruppsamtal vid kronisk smärta.

**Symtomatisk desensibilisering**

Har man en patient med en allergi, så försöker man ta reda på allergenet och spruta in små mängder under huden. Man ger stigande doser till dess att patienten tål de koncentrationer som finns i luften. På motsvarande sätt försöker läraren under avslappningen att få eleven att tåla stigande mängder ångest och smärta i fantasin. Eleven får en starkare motståndskraft mot ångest och smärta.

**Existentiell terapi**

Läraren försöker att få eleven att satsa på livet här och nu, att inte längre grubbla över hur fint livet var före smärtans ankomst, att inte heller grubbla över hur framtiden kommer att se ut. Samtidigt skall eleven hitta ett nytt sätt att leva, mer spontant och skapande, mindre med smärta som karriär.

**Hypnoanalys**

Under sjukdomens gång har säkert mycket bitterhet, sorg, depression, lidande, självhat m.m. samlats upp. Eleven behöver hjälp att ge uttryck för alla dessa känslor för att lätta på trycket. Det är lättare att komma igång att tala om sådant under och efter avslappning. Det blir mindre stress och smärtan minskar. Samtidigt kan man uppmuntra till positiva i stället för negativa upplevelser.

**Realistiskt acceptering**



## Hypnos i teori och praktik

Det som inte går att ändra kan man försöka leva med. Under avslappningen kan man föreställa sig att det går lättare att leva trots smärtorna, i synnerhet om man kan tycka om sig själv ändå. Efter att eleverna har provat dessa olika metoder att ändra sina egna negativa inställningar i mer positiv riktning kan de avsluta sin avslappning och diskutera sina upplevelser med de övriga eleverna i gruppen. Läraren kan fungera som demokratisk ledare med uppgift att hjälpa deltagarna mogna mot ett friskare liv bort från smärtan. Ibland måste man räkna med att smärtan varar livet ut. Det är livsviktigt för eleven att veta att läraren finns och att eleven är välkommen tillbaka. Själva avslappningsprogrammet kan spelas in på band så att eleverna får stöd och trygghet även borta från läraren och de övriga eleverna. Här är instruktionerna som jag använder vid smärtbehandling under hypnos:

"Ligg så bekvämt som möjligt. Dra upp tårna mot ansiktet, så mycket du kan, känn spänningen i fötterna och benen, och slappna sedan av. Dra tårna bort från ansiktet, känn spänningen igen, upphör om du får kramp i fötterna, och slappna av. Tryck ner knäna i madrassen, känn spänningen i knäna och låren, och slappna av. Lyft bägge fötterna några centimeter från underlaget, känn spänningen i magen, och slappna av. Låt fötterna falla isär. Tryck ner händerna, armbågarna och axlarna i madrassen (tryck armbågarna i sidorna), känn spänningen, och slappna av. Spänn upp bröstet, känn spänningen i ryggen, bröstet och magen, och slappna av. Tryck ner huvudet i kudden, känn spänningen i nacken, och slappna av (låt huvudet falla framåt). Gör en grimas med ansiktet, så fult du kan, känn spänningen, och slappna av. Slut ögonen.

Du märker kanske att några av dina muskler fortfarande är spända, framför allt de i nacken, i nedre delen av ryggen eller på baksidan av låren. Det kan vara lättare att lägga märke till detta när dina andra muskler är helt avspända. Gå tillbaka till dessa muskler som fortfarande är spända, öka spänningen frivilligt och upplev den ökade spänningen så starkt som möjligt, och slappna sedan av. Gör om detta tills spänningen minskar eller försvinner. Om inte all spänning försvinner idag, bli inte besviken utan fortsätt. Det går bättre för varje gång du slappnar av. Fortsätt och andas långsamt och lugnt, och efter du andats ut, vänta en ä två sekunder innan du drar in luft igen. Försök att uppleva kroppen varm, tung, trött och bortdomnad. Försök uppleva värmen, tyngden, tröttheten och bortdomningen i de olika kroppsdelarna. Låt oss börja med tårna och fötterna, varmt, tungt, trött och bortdomnat, vristerna och underbenen, knäna, låren och höfterna, varmt, tungt, trött och bortdomnat, fingrarna, händerna, varmt, tungt, trött och bortdomnat, handlederna, underarmarna, armbågarna, överarmarna och axlarna, varmt, tungt, trött och bortdomnat, stjärten och underlivet, varmt, tungt, trött och bortdomnat, ryggen och magen, skuldrorna och bröstet, varmt, tungt, trött och bortdomnat, nacken och halsen, varmt, tungt, trött och bortdomnat, bakhuvudet och käkarna, hjässan, ansiktet och pannan, varmt, tungt, trött och bortdomnat. Andas långsamt och lugnt.

När bortdomningen når upp till huvudet föreställ dig en stor tvättsvamp som suger upp alla störande inre upplevelser: störande tankar, störande känslor, störande förnimmelser, störande beteendemönster. Svampen suger upp ångest och oro, stress och spänning, värk och smärta, rastlöshet och rotlöshet, hopplöshet och hjälplöshet, vanmakt och förtvivlan.

Samtidigt som tvättsvampen suger upp dessa störningar, så vill jag att du föreställer dig trevliga upplevelser som du själv skapar och tycker om, t.ex. trevliga bilder, trevliga ljud, eller en kombination av bådadera. Försök att tänka först på dessa upplevelser, sen se och/ eller höra dem och slutligen glid in i dem som de finns här omkring dig. Då kan du uppleva ökad självkänsla, ökad livsglädje, mer mod och ork. Samtidigt kan du koppla bort symtomen mer och mer. Jag vill att du skall uppleva dig i två delar: en del som är här och är symtomfri, en del som är långt borta, nästan utom räckhåll, som har de symtomen som finns kvar. Men även dessa är mycket svagare, de förekommer

mycket sällan, går snabbare över och är bortglömda emellanåt.

Dessutom kan symtomens kvalitet ändras. Det som du upplever som värk och smärta omvandlas till värme, tryck och socker dricks känsla. Slutligen behöver inte dessa symtom ligga i kroppens mitt utan förpassas ut till de yttre delarna av kroppen där de knappast märks. Nu spelar omvärlden allt mindre och mindre roll, och du kan känna dig lugnare och tryggare i kroppen och själen. Andas långsamt och lugnt. Nu säger jag ingenting under ett par minuters tid. Tag nu tre långa, djupa andetag, öppna ögonen och känn dig utvilad och utsövd, och sedan strax efter kan du tänka: "Nu slappnar jag av" och då kan du sluta ögonen på en gång, slappna av, sjunka ner och känna dig ännu djupare avslappnad och avkopplad. Varje gång du andas in, hävs bröstkorgen. När detta händer, vill jag att du föreställer dig att en av dina händer känns lättare och att för varje gång du andas in, blir handen lättare och lättare. Det kan kanske vara lättare för dig om du föreställer dig en vänlig hand eller en ballong under en av dina händer och att ballongen blir lättare och lättare för varje gång du andas in. Det är en vänlig hand eller ballong, som vill bära din hand upp till pannan. Samtidigt, varje gång du andas ut, känns bröstkorgen tung och sjunker ner. Och hela kroppen känns tyngre och tyngre och sjunker djupare och djupare ner i madrassen.

Du kan också föreställa dig en ballong som är fäst vid handleden med ett snöre och som bär din hand upp i luften, eller ett gummiband som är fäst vid pannan och din handled, och som drar din hand upp till pannan. Vad du än föreställer dig, känns din hand lättare och lättare för varje gång du andas in. Om en liten stund kan du faktiskt känna att den svävar upp mot pannan. Varje gång du andas in kan du känna att din hand blir lättare och lättare, lättare och lättare. Samtidigt, för varje gång du andas ut, blir resten av kroppen tyngre och tyngre. Om du händelsevis tycker att det är svårt eller omöjligt att föreställa dig att handen blir lättare, bry dig inte om det, fortsatt bara att slappna av. När handen når pannan, vill jag att du skall föreställa dig att din hand sitter fast vid pannan under några minuter, så det blir svårt eller omöjligt att dra bort den. Sen, efter några minuter, lossnar handen och blir tung och trött och sjunker ner på madrassen och du känner dig mer och mer avslappnad.

Nu vill jag att du skall knäppa ihop händerna så hårt som möjligt. Tryck handflatorna mot varandra och böj fingrarna. Lyft de hopknäppta händerna en decimeter ovanför pannan. Och föreställ dig antingen ett par vänliga händer eller ett skruvstäd som klämmer händerna ihop så hårt som möjligt. Nu räknar jag till tre, och medan jag räknar till tre, kommer de vänliga händerna eller skruvstädet att trycka på allt mer och mer. Så när jag når tre, blir händerna och fingrarna fastlåsta. Och då blir det mycket svårt eller omöjligt att dra isär händerna. Ett, de vänliga händerna eller skruvstädet trycker på. Två, de trycker mer och mer.

Tre alldeles fastlåst försök nu att dra isär händerna. Om du lyckas, kan du låta händerna falla ner på madrassen. Men om du inte lyckas, föreställ dig att de vänliga händerna eller skruvstädet släpper greppet. Och då kan dina händer slappna av, lätt komma isär och sjunka ner på madrassen. Samtidigt sjunker du djupare och djupare ner, avslappnad och avkopplad.

Nu vill jag att du skall föreställa dig några bilder innan du vaknar. För det första, att du ser dig själv i det dagliga livet. Och du ser, att du kan slappna av lika bra eller bättre än du gör här. Varje gång du slappnar av, kan du uppleva bortdomningen, tvättsvampen som suger upp inre störningar, och trevliga upplevelser som kopplar bort yttre störningar. Du kommer att känna dig lugn, stark och trygg i både kroppen och själen. Du slappnar av minst en gång om dagen varje dag, gärna flera gånger. På det sättet kan du förebygga eller bemöta olika krismoment i ditt liv som dyker upp, hålla bort symtomen, trivas bra om dagarna och sova gott om nätterna. För det andra, vill jag att

du skall föreställa dig bilder av dig själv, idag, i morgon, i övermorgon, nästa vecka, nästa månad, nästa år. Du ser i varje bild, att du blir bättre och bättre, hur du får mer självkänsla och livsglädje. Om en liten stund, när det passar dig, vill jag att du skall ta tre långa djupa andetag. Då kan du öppna ögonen, känna dig utvilad och utsövd, som om du har sovit en hel natt och vaknat pigg och glad på morgonen. Då känns det ljuvligt och behagligt i hela kroppen. Du känner dig lugn, stark och trygg i kroppen och själen. Du kan hålla bort symtomen. Du får bättre självkänsla, bättre livsglädje, mer mod och ork att övervinna livets svårigheter."

### **Smärtklinik**

Nyligen redogjorde den amerikanska anesthesiologföreningen för en blivande klassificering av smärtkliniker. Vår smärtklinik passar inte in i detta system så vi har tagit oss friheten att ändra något på detta. Vi behandlar både ineliggande patienter (som ibland remitteras från andra smärtkliniker för psykosomatisk behandling) och polikliniska patienter, vi forskar, undervisar och utbildar. Dock arbetar vi i liten skala så vi kallar oss ett multidisciplinärt, psykosomatiskt smärt vårdscentrum i mindre skala. Vårt psykosomatiska lagarbete grundar sig på användningen av hypnoterapi i grupp som förstärks av andra somatiska och psykologiska metoder som används samtidigt. Vid Samariterhemmets sjukhus i Uppsala finns det en verksamhet för psykosomatisk behandling av ineliggande patienter med kronisk smärta. De flesta patienterna är remitterade från andra landsting, men ibland kan det finnas några få från Uppsala med omnejd, som inte orkar med poliklinisk behandling. Patienterna som orkar med poliklinisk behandling kommer till våra polikliniska grupper.

Med vänligt tillstånd av överläkaren vid medicinska kliniken, ställs två enskilda rum vid en lättvårdsavdelning till förfogande med en personal som är mycket engagerad. Det ena rummet är till en ny patient medan det andra är till en patient som har varit hos oss tidigare. Den nya patienten får stanna upp till fyra veckor och den återkommande patienten får stanna två veckor för vad vi kallar en "rundsmörjning". I gruppen av patienterna ingår vanligtvis även två eller tre patienter som kommer från andra avdelningar inom sjukhuset. Under sjukhusvistelsen är patienterna inskrivna på den medicinska avdelningen och sköts rent medicinskt av personalen på avdelningen, ledd av avdelningens överläkare. Det psykoterapeutiska laget inom den psykosomatiska enheten består av sjukhusets anesthesiolog, forskningsassistent, psykiater och kurator.

Den psykosomatiska behandlingen består av flera skilda komponenter:

- 1.** Kvalificerad medicinsk vård, som de medicinska kollegorna och personalen står för.
- 2.** Analgetika, allra helst tabletter, som de medicinska kollegorna står för.
- 3.** Psykofarmaka, ofta antidepressivum och neuroleptikum, som förstärker analgetika, och som psykiatern står för.
- 4.** Nervblockader, som anesthesiologen står för.
- 5.** Sjukgymnastik och aktivitetsträning, där TNS-behandling ingår, som sjukgymnasten står för.
- 6.** Grupphypnos och gruppsamtal som anesthesiologen och forskningsassistenten står för. Forskningsassistenten är psykolog under utbildning, med egna kroniska smärtupplevelser. Enskilda samtal förekommer ibland.
- 7.** Psykiaterkonsult som rutin, som ger patienten tillfälle att enskilt bearbeta sin totala livssituation.
- 8.** Kurator konsult som ger patienten tillfälle att enskilt bearbeta sin sociala situation.

Nya patienter anländer ofta med egna och även remitterande kollegors magiska förväntningar om att hypnos kan säkert bota smärtan för alltid. Redan vid det första samtalet påpekas det att ingenting kan lovas beträffande smärtlindringen. Däremot försöker man hjälpa patienten att kunna leva ett rikare liv trots smärtan. Kan smärtan bli bättre är man glad, men ingen garanti kan ges. Forskningsassistenten hälsar alltid på först och beskriver verksamheten och lite av sina egna upplevelser av behandlingen i enskilt samtal. Hon har skrivit ett informationsblad som hon sätter i händerna på nya patienter och som förklarar vad patienten kan vänta sig hos oss. Hon påpekar att det är mycket viktigt att allt som kommer att sägas i gruppen stannar kvar inom gruppen. Första dagen görs en rutinmässig anamnes och undersökning av en medicinsk kollega och remisser skickas till bl.a. psykiater och sjukgymnast. Varje dag, oftast mellan kl. 14.00–15.00, när den anesthesiologiska verksamheten har lugnat sig något, samlas patienterna, anesthesiologen, forskningsassistenten och en ev. intresserad AT-läkare som går på anesthesiutbildning just då. Den första delen av behandlingen ägnas åt hypnosträning, med tonvikt på självhypnos. Då uppmuntras och uppmanas patienten att föreställa sig fantasier om att kunna lindra symtom, minska ångest, stress och smärta. Därigenom ökas patientens självkänsla, livsglädje, mod och ork. Vidare kan de föreställa sig ökad aktivitet och ökat oberoende, så att de kan klara sig bättre ute i samhället efteråt. Patienterna kan köpa ett kassetband med ett inspelat hypnosprogram till självkostnadspris. Senare, om så önskas, kan de återkomma med egna förslag på vad de vill höra, och ett nytt band kan spelas in. Patienterna kan lyssna när de är spända och ensamma, t.ex. på nätterna och de kan ofta somna om utan att ta till sig smärt- och/eller sömntabletter. Detta ger dem ökad trygghet, självtillit och oberoende. Efter avslutad hypnos erbjuds patienterna att berätta om sina känslomässiga upplevelser under såväl hypnos som vid andra tillfällen, t.ex. i samband med smärtan. Meningen här är att ge patienterna möjligheter att, tillsammans med andra som förstår, uttrycka gammal hjälplöshet, besvikelse, aggressivitet och sorg, och att ge dem stöd och gemenskap i dessa smärtsamma ögonblick. Patienterna upplever ofta terapeuterna som föräldersurrogat och medpatienterna som syskonsurrogat. Däremot vågar de så småningom visa mycket av sin personlighet och känslor, som de själva kan ha nytta av på ett mera medvetet plan. Vi söker motivera patienterna till att kunna börja skapa ett annat liv, där smärtan inte är huvudsaken utan där livet kan fyllas av fysisk och psykisk aktivitet. Förhoppningsvis kan detta leda till en ökad livskvalitet. Samtidigt visas föga intresse för långrandiga, upprepade beskrivningar av smärtans martyriserande, små detaljer. På detta sätt försöker vi behandla efter både psykodynamiska och beteendemässiga principer samtidigt. Målet är att hjälpa patienterna bort från den gamla passiviteten, tacksamhetsskulden och aggressiviteten, från ett evigt hopp om en magisk bot, till eget ansvarstagande och till en realistisk vidareutveckling av livet även om smärtan i sig inte ändras. Patienternas ofta förekommande försök till köpsläende av sympati pareras av terapeuterna som påminner om möjligheten till ett aktivt liv trots handikappet. När patienterna skall åka hem, vet de att de får återkomma två veckor en till två gånger om året och denna vetskap ger dem en mycket stor trygghet. Forskningsassistenten ringer upp dem med jämna mellanrum och de känner att de inte är bortglömda. Detta gör att de har lättare att lämna sjukhusets vårdande atmosfär för att sedan orka med sin vardag hemma. Efter utskrivningen skickar vi patienterna ett tryckt frågeformulär som återsändes till oss. Några patienter tar mindre medicin, men har då ökad smärta och sover sämre. Dock säger de att de klarar sig bättre än förr. Sorgsenhet och apati har minskat hos några patienter, känslökyla har också minskat hos några. Oro och tacksamhetsskuld har också minskat hos några. Retlighet och aggressivitet har ökat antagligen på grund av att våra patienter inte längre är så hämmade som förr. Våra resultat verkar inte speciellt uppmuntrande. Flera symtom är

oförändrade eller har ökat. Trots detta har dock en del symtom minskat. I stort säger sig patienterna klara av sin smärta och sin allmänna livssituation bättre. Några har också ökat sin arbetsförmåga. De flesta är glada över kontakten med oss och över möjligheten att återkomma för en "rundsmörjning". Det är svårt att mäta dessa faktorer kvantitativt, men de hjälper oss att fortsätta vårt arbete även om vi ibland känner oss nedslagna. Många av dessa patienter har, när de kommer till oss, försökt ta livet av sig eller skulle vilja göra det. Även om symtomen inte förbättras mycket, känner vi att det fortfarande är möjligt att uppehålla en öppen dialog med dessa patienter och på så sätt hjälpa till att underhålla deras "livskvalitet". Till slut vill vi påpeka att den överväldigande majoriteten av våra patienter är kvinnor. Detta kan inte bero på att män inte har kronisk smärta eller på att de inte behöver hjälp. Det måste finnas något i behandlingen som håller män borta. Vi har också gång på gång lagt märke till att de män som vi har haft som patienter har mycket större svårigheter att tala om vad de känner än kvinnor. De förnekar också att känslor spelar någon roll i upplevelsen av kronisk smärta. Män är mer intresserade i rent somatiska behandlingsmetoder. Det måste vara ett mycket viktigt ämne för framtida forskning att ta reda på hur man motiverar och intresserar män med kronisk smärta för vår behandling. En gång i veckan ordnas en smärtsittrond. Utöver anesthesiologen, forskningsassistenten, psykiatern och kuratorn, finns avdelningsläkare, avdelningsföreståndare, undersköterskor och sjukvårdsbiträden, sekreterare, inskrivningssekreterare och ev. en AT-läkare. Anesthesiologen presenterar förändringarna under den gångna veckan och de övriga kommer med kommentarer, synpunkter, kritik m.m. Eftersom patienterna ofta pratar med alla personalkategorier och kan väcka oro och ångest hos dem, är det väsentligt att hela personalen kan diskutera med varandra om olika behandlingssynpunkter och samtidigt få uppskattning för sina olika insatser. En gång i månaden träffas anesthesiologen, forskningsassistenten, psykiatern och kuratorn i ett ledarlöst handledningsmöte. Det är nödvändigt att diskutera den tekniska sidan av terapin och dessutom ev. svårigheter som terapeuterna upplever i terapisituationen. Förslag till förbättringar som kommer fram vid frågeformulärundersökningen diskuteras också vid handledarmötet..

## Hypnodonti

Termen hypnodonti introducerades av Moss 1948 och definierades som den del av odontologin, som sysslar med att tillämpa hypnos och kontrollerad suggestion. Den första rapporterade användningen av hypnos inom tandbehandling kom redan 1837 men det var först efter andra världskriget som "hypnodontologiska" metoder började användas i någon större omfattning.

Liksom i USA har de svenska tandläkarna varit en huvudgrupp i utvecklingen av modern tillämpad hypnos. Efterutbildningskurser i hypnos startade för över 20 år sedan och fram till idag har flera tusen svenska tandläkare deltagit i sådana kurser. De flesta av dessa har arrangerats av Svenska Tandläkareförbundet eller Praktikertjänst och timantalet har varierat mellan 25 och 40.

Förutom de bas och fortsättningskurser, som är direkt odontologiskt inriktade, finns också möjlighet för tandläkare att följa den 3-åriga vidareutbildning (helger), som arrangeras av Svenska Hypnosföreningen. En uppskattning ger vid handen att över 30% av dagens tandläkare har fått någon form av vidareutbildning i hypnos, vilket skulle innebära att Sverige i detta avseende ligger främst i världen. Hypnodonti bygger liksom övrig hypnosbehandling på det faktum att hypnos är ett tillstånd, som kan kombineras med ett otal tekniker och som mer eller mindre framgångsrikt kan tillämpas på alla områden inom odontologin. Om hypnos bara vore ett substitut för kemoanestesi så skulle det för länge sedan ha mist sin roll som ett värdefullt

hjälpmedel i tandbehandlingen. Jag vill i detta kapitel ge en kort översikt över hypnodontin genom att ge tio exempel på användningsområden.

### **1. Normalpatienten**

Det vanliga är att patienten upplever tandvårdsbesök som mer eller mindre obehagligt. Den därmed förhöjda spänningsnivån kan på olika sätt försvåra arbetet för tandvårdsteamet. Det kan därför vara både underlättande och tidsbesparande att skaffa sig en normalrutin, som slappnar av patienten och skapar en stämning av lugn och säkerhet. Suggestioner och hypnotiska principer har sin givna plats i en sådan rutin utan att man för den skull varken behöver nämna ordet hypnos eller ha med en formell hypnosinduktion.

### **2. Tandvårdsrädda patienter**

En viss rädsla finns hos de flesta patienter, men är hos denna grupp starkare och mer fobiartad, vilket gör att dessa patienter sällan, och då med mycket stort motstånd, besöker en tandläkare. En tandvårdsförberedande träning för denna grupp har beskrivits i kapitel 12 under rubriken "Desensibilisering". Denna bör följas upp med en lika gradvis och långsam stegring av obehagsmomenten inom varje besök och från besök till besök. Avslappnings- och hypnosmetodik används samtidigt för att skapa ett tillstånd av lugn och säkerhet. Efter att patienten har fått information om behandlingsgången, uttryckt i icke-emotiva termer, kan patientens känsla av säkerhet och kontroll ökas genom att hon får bestämma behandlingstakten och/eller ges möjlighet att när som helst temporärt avbryta behandlingen.

### **3. Protestpatienter**

Desensibiliseringsprinciper kan också komma in vid insättningen och anpassningen till protes. Här kan även en hel del av de metoder som finns beskrivna för kronisk smärta (kap. 12) komma till användning för att lindra eller eliminera besvär.

### **4. Bruxismpatienter**

Bruxism kan tas som exempel på besvär som ligger på gränsen för tandläkarens normala kompetens- och behörighetsområde. Att initiera eller lära ut en avslappning - självhypnos, som patienten kan tillämpa under insomnandefasen, ligger innanför gränsen medan en hypnoterapeutisk behandling av "hämmad aggressivitet" ligger lika klart utanför gränsen. Utanför ligger också behandling för sådana besvär som tumsugning, rökning eller övervikt.

### **5. Kväljningsbesvär**

Sådana besvär är tacksamma att behandla med suggestioner och hypnos. Om behandlingen syftar till en temporär effekt t.ex. i samband med avtryckstagning, räcker det ofta med en enkel vakensuggestion. Om besvären t.ex. yttrar sig i att patienten svårtligen eller inte alls kan borsta tänderna bör hypnosmetodik användas. Även där kan dock en enda behandlingssession ha långvarig effekt. Exempel på suggestion och hypnosmetoder för kväljningsbesvär ges i nästa kapitel.

### **6. Premedicinering och operativa ingrepp**

Hypnos som enda anestesimedel förekommer mest vid enklare ingrepp eller när patienten inte tål andra anestetiska medel. Det normala är annars att hypnos används som komplement till och för att potentiära effekten av kemiska medel.

Liksom vid medicinska operativa ingrepp har hypnos störst betydelse som hjälp i den preoperativa förberedelsen och för påverkan av det postoperativa förloppet. Eftersom det senare i hög grad påverkas av patientens inställning och förväntningar, kan positiva posthypnotiska suggestioner lämpligen användas.

### **7. Salivflöde och blödning**

Hypnosteknikers förmåga att styra salivflödet har visats många gånger både i kliniska och experimentella sammanhang medan den vetenskapliga dokumentationen av hypnotisk kontroll över blödning är betydligt osäkrare. Förutom att resultaten varierar har många undersökningar på detta område avsevärda brister i design och genomförande. Kliniskt intressanta är dock de försök som gjorts med hypnosbehandling av hemofilpatienter (Dufour 1968, Lucas 1965, Newman 1974).

### **8. Profylax**

Eftersom intresset alltmer börjar förskjutas från reparativ till förebyggande tandvård bör hypnosens roll vid inläring och beteendemodifikation nämnas även i detta kapitel. På flera håll i boken nämns principer och exempel som lätt kan användas i arbetet med hygien och dentala (o)vanor.

### **9. Team relationer**

I de samverkanskurser som jag haft för tandvårdspersonal har jag också funnit anledning att ta upp vissa suggestions och hypnosprinciper. Genom muskulär och mental avslappning kommer man både närmare sig själv och andra och en avslappning/hypnosseans i början av en gruppssession kan "öppna" gruppen på ett mycket positivt sätt. När det gäller arbetsfördelningen i ett team tillhör hypnosbehandlingen ett område, som man med fördel kan fördela bland teamets medlemmar. Sköterskan kan t.ex. ansvara både för den förberedande träningen och själva hypnosinduktionen (se kap. 24).

### **10. Självhypnos**

På kurserna i klinisk hypnos för tandvårdspersonal har jag de sista åren märkt ett ständigt ökande intresse för den delen som behandlar självhypnos. En lugn och harmonisk tandläkare/sköterska med låg grundspänning och opåverkbar av störningsmoment, "besvärliga" patienter eller en jäktig arbetssituation påverkar naturligtvis sin omgivning på ett mycket fördelaktigt sätt. Därför kan självhypnotisk träning för tandvårdspersonal också indirekt komma patienten till godo. I bokens sista kapitel beskrivs denna form av träning närmare. Efter denna översiktliga exemplifiering av det område, som kallas hypnodonti, följer så några kapitel som beskriver hypnos och tandbehandling utifrån 4 olika perspektiv.

## **Hypnos inom odontologin**

Hypnos är i våra dagar ett hjälpmedel inom de flesta medicinska områden. Den mest frekventa användningen har den emellertid fått inom tandläkekonsten. Tandläkaren är helt enkelt nyfiken på nya och kliniskt användbara metoder för smärtbekämpning. USA-tandläkaren Horace Wells var den förste i världen att använda lustgas (1844). Då gällde det en tandextraktion. Numera används lustgas av tandläkare över hela världen. Den hypnotiska komponenten däri är stor. Om Wells använde hypnos i kombination medvetet eller inte, är ej antecknat. En hel del av dagens tandläkare gör det i alla fall,

och höjer därmed smärtröskeln genom ett samspel av fysiska och psykiska komponenter. Samspelet psyke/soma var ej så utrett på 1840-talet, men smärtan var naturligtvis i hög grad en realitet, speciellt som inga narkosmedel ännu var i bruk. Till hypnosens spännande historia hör de märkliga operationer, som läkaren James Esdaile utförde 1840-1850. Med hypnos som enda anestesimedel utförde han mer än 300 större och tusentals mindre operationer. Induktionstekniker, huvudsakligen bestående av mesmerska strykningar, beskrivs i hans bok (Esdaile, 1957). Slutmålet, ett somnambult tillstånd, eftersträvas inte av dagens tandläkare. Esdaile kunde behöva timmar för induktionen, för oss är hypnos ett sätt att spara både tid och kraft, ej blott för patienten utan kanske i väl så hög grad för tandläkaren. Ett viktigt mål då liksom nu är att lära patienten att slappna av. En rädd patient kan inte slappna av. Därför upplever han smärta i högre grad. Rädsla, spänning och smärta är trillingsyskon. Liksom avspänning, trygghet och smärtlindring. Hur man skapar de sista två tingen genom etablerandet av ett idealt behandlingsklimat kommer detta kapitel att handla om. De främsta fördelarna med att använda hypnos inom odontologin är:

### **1. Avslappning**

Praktiskt taget alla kan lära sig avslappning. Få patienter går till tandläkaren utan att känna åtminstone en viss oro, en viss spänning. Redan en ytlig avslappning får patienten att känna sig bättre till mods.

### **2. Bättre samarbete**

En logisk följd av avslappningen blir ett bättre samarbete. Den tandläkare, som menar att hypnos är tidsödande, kan uppskatta den tidsförlust som uttrycket av undermedvetet motstånd den ständigt sköljande patienten orsakar honom. Eller den patient, som så fort man tar fingrar eller instrument från munnen, lyfter huvudet, skruvar sig och byter sittställning.

### **3. Eliminering av fruktan**

Kan man vinna patientens förtroende och etablera en fin kontakt, finns det knappast något fall där inte åtminstone en lätt trance kan åstadkommas. Detta räcker för att vända negativ förväntan till positiv. Det räcker också för att kunna börja tandbehandlingen. Att ersätta rädsla med lugn och säkerhet är en av hypnosbehandlingens viktigaste uppgifter.

### **4. Smärtlindring**

Vissa författare, bl.a. Dave Elman (1970), hävdar att smärfrihet alltid kan åstadkommas genom hypnos. Erfarenheten visar dock en stor variation från fall till fall, och man bör nog räkna med ett tillägg av konventionell lokalanestesi vid djupare ingrepp. Säger sig patienten vilja ha bedövning är detta en viktig trygghetsfaktor, som bör respekteras.

Hypnos höjer smärtröskeln och i den avslappade vävnaden känns inte instucket, vi får en positiv nyinläring. En reduktion av anestesimängden är dock också möjlig.

### **5. Amnesi**

En viss spontan amnesi kan uppträda redan i lätt trance. Ett av de pålitliga testerna för djup trans är posthypnotisk amnesi. En suggestion typ, "när Du vaknar upp ur det här sköna tillståndet behöver Du bara minnas stunden hos mig som en skön upplevelse", är tillräcklig för att suddas ut konturerna av ev. oangenäma delar av tandbehandlingen. Jag använder denna möjlighet till amnesi regelbundet som ett moment i nyinläringen. Ordet "behöver" är mindre riskabelt än ett mer kategoriskt påstående.

### **6. Tolerans av främmande föremål**

En uttalad kväljningsreflex försvårar t.ex. avtryckstagning och röntgenfotografering



långt in i munnen. Med hypnos eller, t.o.m. med speciella suggestioner i vaket tillstånd, kan dessa svårigheter övervinnas. Före extraktion för protes kan ev. negativ inställning till protesen förändras i positiv riktning med hjälp av jag - stärkande tekniker och speciellt riktade suggestioner om protesens lätthet och skönhet, oral hälsa etc. Samma teknik kan användas vid ortodontisk apparatur.

### **7. Kontroll av svimning och blödning**

Svimning är oftast orsakad av rädsla och är hos tandläkaren en betingning av tidigare erfarenheter. Bekant är att instucket av injektionskanylen ofta verkar som en utlösare av svimning. Sedan man förklarat sambandet mellan fruktan och spänning och givit en bestämd försäkran att svimning är omöjlig under hypnos och att patienten inte behöver vara rädd längre, kan detta hinder för tandbehandling anses eliminerat. Det är ett välkänt faktum, att man vid ingrepp under hypnos får en minskad blödning. I djup trance och med direkta suggestioner kan blödning ofta stoppas helt. Man ser vanligen också en bättre och snabbare läkning. Detta kan bero på minskad utsöndring av stresshormoner.

### **8. Kontroll av salivation**

Alla tandläkare har mött den nervöse patient som öppnar munnen och genast skjuter en fin salivstråle upp från de sublinguala spottkörtlarna. De salivrullar som stoppas in blir genast fyllda. I hypnos blir han en helt annan person. Avslappningen ger en dramatisk reduktion av salivflödet. På liknande sätt som med blödning kan med direkta suggestioner salivflödet minskas eller stoppas under en bestämd tid. Detta kan vara värdefullt, t.ex. vid cementering av broarbeten i underkäken.

### **9. Hypnoterapi vid tandbehandling**

Det har i äldre litteratur varnats för borttagande av symtom genom direkta suggestioner under hypnos. Hartland (1971) påpekar dock det otroliga i, att en patient skulle vara villig släppa ett symtom som tjänar som försvarsmekanism.

Tandbehandling under hypnos har med framgång utförts både med schizofrena (Marcus & Bowers, 1961) och med paranoidea (Secter, 1964) patienter, men för en sådan behandling rekommenderas nära samarbete med psykiater eller psykolog. Om hypnoanalys i dental praxis har bl.a. Graham (1974) rapporterat. Hans studie omfattar fall med tandvårdsrädsla, bruxism och atypiska facialsmärter.

En av psykoterapi intresserad men ej utbildad tandläkare rekommenderas att begränsa sig till enklare jag - stärkande tekniker (Hartland, 1974).

### **Praktiska tips**

Att inducera hypnos är enkelt. Att veta vad man gör därefter är svårare. Detta gäller inte bara hypnodonti utan all hypnosbehandling. Hur lägger du då upp det första mötet? Du gör först rent hus med eventuella missföreställningar om vad hypnos är (Hartland, 1974). På frågan om hypnos är farligt, kan du svara fullt sanningsenligt, att det värsta som kan hända, är att ingenting händer. Vidare har Du sagt, att denna första gång ni ses, allt praktiskt som görs, är en preliminär test på förmågan att slappna av. Därigenom minskar

Du rädsan och ger löfte om att inget annat skall ske än vad patienten givit tillstånd till. Du bör betona att kontrollen ligger hos patienten, och att du bara är en instruktör, som hjälper patienten att bättre använda sin förmåga att gå in i ett tranacetillstånd. Säkert har en bra relation därmed börjat ta form, och patienten är villig till ett preliminärt test. Ordet preliminär visar att ett misslyckande ej är hela världen. Han uppmanas att varken hjälpa till eller hindra något att hända. Den rätta attityden är att vara passiv. Att låta det hända, som vill hända. Patientens spänning är reducerad så långt som du förmått, nu vidtar den egentliga avslappningen. Så långt som ett samspel kan föra den. Säg:

"slut ögonen ... låt blicken gå upp till en punkt i pannan, ovan näsroten. Fixera den ... känn spänningen ... låt blicken vandra ner ... känn spänningen övergå till motsatsen ... djup skön, avslappning, som rinner in i ögonlocken. Hindra inget att ske, hjälp inget att ske, bara låt... allt som vill ske, ske. Medan du nu sitter bekvämt och skönt avslappad vill jag att du skall föreställa dig ett par skor eller gamla kängor. Se dem för dig ... försök göra dig en klar bild av dem för din inre syn. Tala nu om för mig ... vad är det för färg på de där skorna?

Vad är de gjorda av?

Vad slags klackar är det på dem?

Har de någon knäppning eller snörning? "

Lägg märke till att du inte skall fråga subjektet om han kan se skorna för sig. Du frågar: "Vad är det för färg på dem?" och om han då svarar, är det inget tvivel om att han har en bild av dem. Annars skulle han inte kunna svara på den frågan. Om han beskriver skorna utan svårighet eller bara tvekar litet, kan du känna dig säker på att hans förmåga till bildtänkande räcker till för att ni skall kunna fortsätta med någon av visualiseringsteknikerna. Låt oss antaga, att patienten åstadkommit en medelbra avslappning. Du har testat handens tyngd genom att lyfta och släppa den. Även om slappheten är dålig, så ge beröm, som om du var nöjd. Säg: "nästa gång blir ännu bättre och förresten, hur känns kroppen? Krampen i maggropen finns den kvar?" Fråga om de andra symtomen han nämnt om tidigare. Nu kan patienten få veta att den preliminära testen i själva verket var en verklig test. Och att inget kan hindra allt djupare avslappning och framgångsrikare hypnos i fortsättningen. Berömmet får karaktären av vakensuggestion och mottas tacksamt. Anamnes med samtal och test är vanligen vad jag hinner med under första besöket.

Medger tiden kan den induktion som inleder testen (Enkel basteknik) fortsättas med att ögonen slappas av ytterligare. Du placerar din hand på patientens skuldra och säger:

*" tag ytterligare ett djupt andetag och hålls det tills jag räknat till 5. Denna gång fortsätter tyngden ner ända till tårna. Hela kroppen ända till tårna. Hela kroppen blir dubbelt så tung".*

Samma taktila procedur upprepas. Du bör sedan ge suggestioner om det sömngivande vattenbruset, om lugn, passivitet. Din röst och vattenbruset är verbala, strykningarna är taktila suggestioner och man kan också be patienten föreställa sig en skön bild, t.ex. en sommaräng.

Då har man kopplat flera, både ideosensoriska och ideomotoriska stimuli till hypnosen. Den enklaste av fördjupningstekniker följer sedan, d.v.s. jag lyfter vid handleden snabbt, oväntat. Testar tyngden och släpper igen, sägande:

*"varje gång jag lyfter och släpper handen kan du fördubbla avslappningen. När handen dunsar ner i knät sjunker du djupare, skönare..."*

### **Hypnoanestesi**

Spänning orsakar ofta smärta och ökar alltid smärtan. Vi talar om ett ångest spänning smärtsyndrom. Kan ångest, spänning eller de komponenter som ingår i dem ändras minskar också smärtupplevelsen. Tandvårdsrädsla består till stor del av minnet av smärta i det förgångna och förväntad smärta i det kommande. Den fobiskt förhöjda smärtgränsen och hypnoanestesi är därför begrepp i hypnostandläkarens vardagsrutin. Man gör kanske klokast i att redan i anamnesen se om man kan finna en tänkbar orsak till rädslan. Rör det sig om en klar sprutfobi, kräver den speciell teknik. (se kap. 10). Smärta kan även vara kopplad till en viss traumatisk händelse. Måhända täckt av partiell amnesi. Tandläkaren har rätt att om så behövs, använda enkel psykoterapi med

användande av fingersignalering (i.M.R.) och regression för att separera minnet från händelsen då, till reella fakta om smärtan.

Ofta möter man i anamnesen påståendet att tandläkarborret känns även efter 4-5 bedövningsprutor. Den fobiskt rädde är programmerad genom gammal erfarenhet att instucket av sprutan eller beröringen av borret betyder smärta. Du vet, att förväntan på att något skall hända resulterar i att detta något händer. Detta gäller även för negativa, oönskade saker. Vi diskuterar igenom dessa saker och jag beskriver den obehagliga upplevelsen som en förväxling mellan beröring och smärta, och att förmågan att känna beröring kvarstår långt efter det att smärtimpulsens väg till hjärnan blockerats. Detta samtal syftar till en nyinlärning, och oftast ser du resultat vid nästa lokalinjektion. Denna nyinlärning, desensibilisering av inbillad och verklig smärta kan jag också förstärka genom att t.ex. starta med att göra en liten fyllning på en nonvital tand. Med anestesi och hypnoanestesi arbetar jag därefter gradvis från mindre ingrepp till allt djupare kaviteter. En komponent i bilden av den farliga tandläkarborren är beröringen, en annan är ljudet. Jag desensibiliserar genom att använda en barnteknik. Borren startas en bit från munnen sedan jag suggererat:

*"... du ser ett jetplan mot himlen och hör ljudet men slutar sedan bry dig om vart planet far ... jag räknar till 10 ... och ljudet hörs allt avlägsnare..."*

Jag fortsätter med distraktiva suggestioner, t.ex. fixerar uppmärksamheten vid det lugna sorlet från vattensugen, nämner då och då en siffra medan borren närmas munnen alltmer. Jag avslutar med en snabb kavitetspreparation.

Vid gravare fobi bunden till ljud kan man arbeta med musik hallucination. Då suggererar man, att patienten kan höra sin favoritmusik och bli så upptagen av den, att negativa ljud inte kan tränga igenom (Wikström, 1976). Om patienten har bild seende och stark inlevelseförmåga kan man använda dissociation till att han befinner sig på en helt annan plats än hos tandläkaren. Det är viktigt att snarast lära patienten självhypnos och om möjligt autoanalgesi. Det senare är ej alla dock kapabla till. Självhypnos stärker självkänslan och medför att vi ganska snart kan genomföra tandbehandling enligt normala rutiner ibland utan och oftast med mindre mängd bedövningsmedel.

### **Autoanalgesi**

Innan vi lär patienten att bedöva sig själv, måste han få uppleva vad hypnoanestesi innebär. Värdet av denna teknik är, förutom den anestetiska effekten i sig:

Den är en god fördjupningsteknik. Den övertygar om hypnosens realitet. Att en del av kroppen posthypnotiskt står kvar i anestesi, är ett fait accompli, som bryter alla argument. De flesta tekniker för åstadkommande av dental analgesi har två separata delar. Man producerar t.ex. först analgesi i handen och för den sedan vidare till munnen, gärna med hjälp av armlevitation, (Hartland, 1974).

Munnen är en emotionellt starkt laddad zon, dessutom rikt innerverad. Patienter har säkert, medvetet eller omedvetet, tvivel på sin förmåga till bedövning.

Denna stegvis uppbyggda omväg ger en kontinuerlig förstärkning och gör det lättare att lyckas.

### **Tekniker för analgesi**

Många sätt att producera hypnosanestesi finns: Jag använder Wolbergs metod att lära "handskanestesi". I korthet går den ut på att patienten i hypnos får se sig doppa handen i en hink med varmt vatten och testas för överkänslighet i den handen. Samma procedur med den andra handen, som doppas i isvatten. Suggestion om känslöshetsfall, att handen känns som täckt av en tjock handske. Posthypnotisk suggestion ges om att anestesi respektive hyperestesi kvarstår tills patienten själv med t.ex. injektionskanyl fått testa sig i vaket tillstånd. Verbaliseringen av tekniken hittar Du i

Hartlands "Klinisk Hypnos" sid. 154-156. När väl din patient fått anestesierfarenheten, är det enkelt lära ut autoanalgesi. Låt honom gå i trance! Förklara sedan, att om han stryker t.ex. över vänster hand och räknar sakta till 4 blir handen helt bedövad. Vänster pekfinger kan signalera när han känner detta. Då testar du med en sond. Patienten blir sedan tillsagd att behålla bedövningen, väcka sig och själv testa. Han kan även själv ta bort bedövningen t.ex. genom orden:

*"Den är borta nu".*

Patienten får också posthypnotiska suggestioner om att i framtiden gå i självhypnos plus producera bedövning i sin hand genom att betrakta handen, andas djupt och stryka den medan han räknar till 4. Därefter flyttas bedövningen genom att gnugga käken eller den tand som skall bedövas. När bedövningen "har tagit", blir handen tung och faller ner i knät igen. Detta blir en bekräftelse att suggestionen realiserats. Slutligen lärs han hur han kan ta bort bedövningen.

### **Protest och ortodontisk apparatur**

Till tandläkarens arbete hör att lära patienten tolerera främmande föremål i munnen, t.ex. ortodontisk apparatur eller proteser. Under en eller helst flera hypnossessioner kan patienten få suggestioner om de stora fördelarna med den protes han skall få. Ord, som lätt, vacker, hygienisk, återtagen människokontakt kontrasterar då positivt mot den tidigare situationen i en mun, där ord som långvarig smärta, inflammationer, dålig lukt, tandluckor och rädsla för kontakter varit realiteten.

### **Kväljning**

Såväl vid avtryckstagnning som vid tillvänjningen till den nya protesen kan kväljning vara ett stort problem. På en avslappad patient tar du ett bättre avtryck, och finner ett mer adekvat centralläge. Rörande detta så hävdar Gershman (1976) att vid bettanalys och bettinslipningar borde avslappning vara en självklarhet för att få ett riktigt resultat. Även TMJ - problem behandlas i denna studie. Kväljning kan bero på tidigare traumatiska händelser, t.ex. en tonsillektomi. Ibland kan flera händelser ha förstärkt effekten av den ursprungliga. Medvetet vet patienten ej orsaken. Den ligger förträngd i det undermedvetna, men varje ingrepp i munnen blir undermedvetet associerat till den tidigare händelsen och därför ett hot. Kväljningen är ett försök att avlägsna hotet.

Hypnoterapi med regression och katharsis kan då vara bästa sättet att ta bort symtomet för gott. Ideomotorisk fingersignalering kan klargöra om kväljningen är en traumatisk konflikt eller bara en förvärvad ovana. Ovanan behandlar jag med Halkers' gagging-technique, en teknik som kräver auktoritet och snabbhet.

I gengäld tar den blott några minuter.

### **Halkers "gagging-technique"**

Låt patienten sitta upprätt i stolen med händerna löst liggande i knät. Be honom demonstrera med en tungspatel hur svår kväljningen är.

Säg:

*"... jag ser verkligen att du har det svårt... vill du helt säkert att jag skall hjälpa dig bli av med problemet? ... (jakande svar) ... OK ... du kan bli hjälpt helt och hållet idag, om du följer mina instruktioner exakt... OK? ... Fixera nu min fingertopp, som jag håller rakt framför dina ögon ... andas in djupt 4 ggr. Vid varje utandnings slut sväljer du djupt".*

Låt patienten följa instruktionen. Därefter testa med spateln. I de flesta fall är kväljningen till 90 % borta. Fortsätt:

*"... litet fanns kvar, eller hur? ... orsaken är att du hade för brått.... Gör om samma sak och svälj nu ner kväljningen ordentligt".*

Patienten får göra om samma procedur. Du har omärkligt satt dig något närmare och

då fjärde inandningen påbörjas för du sakta din andra hand bakom hans huvud. Vid utandningen åstadkommer du snabbhypnos genom att böja hans huvud ner i knät och ge strykningar längs armarna. "... från och med nu är problemet borta ... kväljningen försvinner, och du behöver inte mer vara rädd för den ... djupt... skönt... borta". Råta upp huvudet, väck och låt patienten kolla att kväljningen är borta.

### **Örsnibbtekniken**

En annan användbar teknik alla kan använda låter så här:

"... din kväljning kan du slippa om du gör exakt som jag säger. Här spelar en psykologisk lag plus muskelspänningar i ditt gomvalv in. Fatta i örsnibben, dra hårt så spänningen går dit, koncentrera dig hela tiden på att dra, ju mer du drar desto omöjligare är det att kväljas".

Patienten gör som du sagt och du kan ta den röntgenbild du önskar. Gäller det ett protesavtryck använd bägge örsnibbarna. Ser du tecken på en kväljarreflex, återför du koncentrationen genom att med höjd röst och med eftertryck repetera suggestionerna.

### **Blödning och läkning**

Dessa kan påverkas genom suggestioner. Schneck (1963) nämner experiment i vilka blodets koaguleringsstid reducerats. Hypnodontister kan även verifiera att en dolor post extractionem sällan eller aldrig inträffar. En direktsuggestion att alveolen skall fyllas och snabb läkning utan smärta och onormal svullnad skall starta är helt tillräcklig. Helt naturligt spelar in att det autonoma nervsystemet delvis kontrolleras genom hypnos, speciellt i djup trance. Avslappning är dock allmänt till fördel för de faktorer som spelar in vid optimal läkning. Palmers avhandling (1971) om stress och läkning och Ewins (1977) om brännskador ger mycket intressanta bevis för dessa teorier.

### **Avslutning**

Det ögonblick du börjar arbeta i munnen på din tandvårdsrådde patient har av många sagts vara det ögonblick de mest känt självtilliten svikta. Men det behöver inte vara så. Var avslappnad själv och låt ditt lugn påverka patienten. Det faktum att du hjälpt dem till trance och selekterat tänkande, där den kritiska faktorn är inaktiverad, gör dem redo att acceptera dina ord som klara fakta. Du kan ej misslyckas.

Så säg aldrig: "Vi skall försöka med hypnos". Ordet försöka betyder att du själv är osäker. Osäkerheten smittar. Be om samarbete om du behöver, fast det enda samarbete du behöver är egentligen passivitet. Ge beröm för samarbetet. Du bör vidare förklara för patienten vad du gör, steg för steg. Undvika överraskningar, t.ex. oväntade ljud och luftblästringar. Trancetillståndet behöver aldrig brytas, ej ens för en munsköljning. Denna kan t.o.m. användas till fördjupning om den föregås av en suggestion att, när patienten lutar sig tillbaka igen, går han ännu djupare. Det monotona vattenbruset från spittonen underlättar trance - utnyttja detta faktum genom att påpeka det i form av en suggestion. Slutligen vad gör man om svårigheter uppstår? Om patienten blir orolig?

Minns att du har full kontakt och att du kan fråga efter orsaken. Kanske något du gjorde var oklart? David Cheek säger:

"Remember that the human kind is capable of standing stimuli which are usually considered painful, if you explain what you are going to do". Med andra ord - att "en del obehag kan få kännas men det blir minimalt, om patienten följer dina instruktioner exakt".

Så till din patient fortfarande lämnad i trance, men din behandling har avbrutits. Du bör säga:

"... jag märkte din oro, vad var orsaken? Vänta på svaret, sedan kan du fortsätta: "OK -

*jag skall visa hur du kan komma över denna svårighet, hur du kan sjunka ännu djupare. Så djupt att inget kan störa dig längre. Lyssna koncentrerat på mig. Jag skall börja räkna från 1 till 5 mycket sakta. För varje siffra andas du in och ut så djupt du kan. Vid 5 håller vi andan extra länge och andas ut så snabbt vi kan. Du sjunker då ner i ditt djupa mentala rum där inget längre kan störa dig".*

Effekten av denna enkla koncentration, repetition och förstärkning är förvånande. En snabbmetod att gå förbi svårigheten, öka transdjup och höja smärttröskeln även på svåra fall.

### **Hypnos i tandvårdsteamet.**

En patients första kontakt med en tandläkarpraktik sker som regel per telefon. Därigenom blir sköterskan den som överför det första intrycket av atmosfären på just den arbetsplatsen. Patienten bör redan här känna sig välkommen. Är hon tandvårdsrädd, så är det av stor betydelse att hon inte känner sig hastigt och oengagerat avklarad. Att sköterskan är lyhörd och visar förståelse är väsentligt, så att patienten känner att det är högst vanligt att vara oroad och att man bryr sig om och vill delta i hennes problem. Den psykologiska behandlingen börjar alltså så tidigt som möjligt. Detta bör också tandläkaren själv tänka på, när han talar in sina telefonsvarar meddelanden. Är man lite mer informell och lättsam i det bandade meddelandet, känns det sannolikt lättare för den nervöse tidsbeställaren att ringa igen. Sköterskan är också den, som först möter patienten, när denna anländer till praktiken. Oftast sköts väl dörröppnandet via en dörrtelefon i dag och det medför tyvärr att sköterskan förlorat den första ögonkontakt, där patienten brukar avslöja sin nervositet. Som regel känner man sina patienter tillräckligt för att veta, vilka som behöver extra stöd. Självfallet undviker man om möjligt att låta en orolig patient vänta, men skulle så ändå vara fallet så kan sköterskan göra sig ärende ut i väntrummet och byta några vänliga ord med patienten. Det lättar spänningen avsevärt. Det är också betydligt lättare att berätta om sin oro för tandsköterskan än för tandläkaren. Alla är dock inte rädda och oroliga inför behandlingen. Vi har väl som regel alla någon gång mött den patient som säger:

"Du kan behandla mig som en säck cement" för att därefter somna lugnt. Man måste väl tro dem, eftersom de verkligen somnar underpågående behandling, men å andra sidan tror patienter ibland att vi förväntar oss en tuffhet, som gör att de mer eller mindre omedvetet förnekar sin oro.

### **Nonverbalt kroppsspråk i tandläkarstolen**

Det är svårt att föreställa sig en situation, där man så tydligt kan studera det nonverbala kroppsspråket, som i tandläkarstolen. Hela patientens kropp ligger ju utsträckt framför oss. En rädd patient är en spänd patient, som helst vill fly. Hon är blek med en snabb och djup andning. Munnen är torr och hon gör rörelser med tungan och läpparna.

Dessa munrörelser kan ses som ett uttryck för regression till tidigare oralt stadium. Hon är motoriskt orolig eller håller krampaktigt fast i stolen och hon kallsvettas. Denna beskrivning gäller framför allt patienter, som ej behövt vänta, utan kommit ganska direkt in i behandlingsstolen. En patient som fått vänta ser ofta annorlunda ut. Här har det lugnande parasympatiska nervsystemet försökt ta över, men ofta med dåligt resultat. Patienten blir varm och får hektiska röda fläckar på kinderna, även ner på halsen. Salivavsöndringen ökar. Hon behöver kanske gå på toaletten och känner sig ibland svimfärdig. En ängslig och osäker patient tittar bort och viker med blicken, medan däremot den "skräckslagna" kan stirra oavvänt på tandläkaren. Vågar inte vända bort blicken från "angriparen". I patientens nonverbala budskap ingår också

utfyllnadsbehandlingar. Det är små, till synes ovidkommande rörelser, som görs i ögonblick av inre konflikt och spänning. Man snurrar en ring - öppnar och stänger handväskan - snor en hårtott - biter på en nagel - eller slätar till håret. Man har noterat utfyllnadshandlingarnas frekvens på flygplatser jämfört med järnvägsstationer och funnit att dessa var tio gånger vanligare på flygplatser. Flygpassagerarna medger inte gärna att de är rädda, men flygvärdinnor tränas att fånga upp dessa nonverbala tecken. Samma situation har vi med patienter i väntrummet eller i behandlingsstolen. De vill ofta inte erkänna sin vånda. De känner sig generade, men utfyllnadshandlingarna avslöjar dem. Rent intuitivt fångar vi upp många av dessa, men vi kan träna denna förmåga och på så sätt erbjuda "doldisar" den hjälp och det stöd de så väl behöver.

### **Revir**

Vi bör komma ihåg den stora betydelse munnen har för oss. Vår första känslokontakt med omvärlden förmedlas via munnen och den är primärt förbunden med lustkänslor. Det är inte alls underligt att detta område förblir en zon, som vi reagerar extra känsligt i och omkring. Vi bör också komma ihåg att varje människa har ett revir och det utrymmet kring sin person vill man att andra människor skall respektera. Vi vill själva avgöra med vem och i vilken situation vi kan tänka oss närbkontakt. Tandläkaren sätter sig dock självklart över detta. Han tränger raskt in i reviret och går dessutom in med såväl fingrar som instrument i munnen. Man får verkligen förstå de patienter som vill värma om sin integritet, och om sitt revir och därför dröjer i det längsta med att öppna munnen. Det är lätt att inse att tandläkaren i första hand bör vinnlägga sig om att etablera ett gott förhållande till patienten, så att denna känner förtroende för honom och trygghet i situationen.

### **Kommunikation**

En patient, som är rädd och ängslig har ofta i situationen en dålig självkänsla och regredierar lätt spontant, d.v.s. känner sig i underläge, som ett barn i förhållande till en vuxen. Hon söker då stöd hos tandläkaren och vill gärna se en faders- eller modersgestalt i denne. Kan tandläkaren ställa upp i den rollen så ger han patienten det stöd hon behöver just då, men det är angeläget att så snart det är möjligt söka föra över relationen dem emellan till vuxen – vuxen - nivå.

Först när såväl patient som tandläkare har ett bra självförtroende och känner sig trygga med varandra kan ett verkligt gott samarbete komma till stånd.

I all mellanmänsklig kommunikation ger vi varandra vakensuggestioner, mer eller mindre omedvetet. Den trygga och lugna patienten är betydligt mindre slitande på operatörens nerver. En synpunkt som kanske ibland kommer i bakgrunden, men som är mycket väsentlig. Ju högre spänningsnivån är hos patienten, desto svårare blir det för tandläkaren att nå fram med sina budskap. Man kan ha ett ytligt intryck av att patienten lyssnar uppmärksamt till det som sägs, men hennes omedvetna kroppssignaler visar, att hon helst skulle vilja vara någon annanstans. I detta stressade och nervösa tillstånd är hjärnan mer eller mindre blockerad.

Det man då säger går inte in. Möjligen selekteras orden, så att de ord, som bäst passar hennes sinnesstämning d.v.s. de negativt laddade går in. Patienten får lätt en felaktig uppfattning av det sagda och fruktan stiger, med ännu hårdare blockering som följd. Men förstår vi att rätt tyda dessa signaler, så kan möjligheterna öka väsentligt att på rätt sätt nå fram till patienten och skapa en god överföring. Vi kan i vårt sätt att uppträda stötta patientens självkänsla. Att via samtal ta av munskyddet, att le vänligt och hålla ögonkontakt, är ett sätt att visa intresse. Att lyssna aktivt till patientens ord och aldrig låta henne känna sig dum, utan förstå hennes fruktan. Det är klokt att undvika att pressa patienten med frågan "varför"... "Varför har du inte kommit tidigare - varför borstar du inte tänderna bättre etc.?" Då tränger man in patienten i ett hörn

där hon måste försvara sig och det är inte bra för självkänslan. Inte förrän patienten känner sig lugn och trygg släpper blockeringen. Då börjar hon lyssna på ett nytt sätt och då först kan ett samarbete komma till stånd. Det känns skönt för patienten att veta, att det är helt godkänt att tycka illa om att bli tandbehandlad, och att den verkliga hjälten inte är den, som somnar i behandlingsstolen, utan den, som trots störd nattsömn och oroad mage ändå infinner sig. Det kan också kännas skönt att höra att vi genom våra endorfiner har olika smärtförsvar, så att det som inte alls stör den ene kan göra mycket ont på den andre. Man torde kunna vinna vänner för livet bara genom dessa enkla sanningar, samtidigt som man bättrar på ett dåligt självförtroende. Dessa observationer av patienten ger också indikationer för den kommande behandlingen.

Behöver patienten samtalsterapi, där vår vilja att visa empati och förståelse för hennes problem markeras, eller behöver vi använda hypnos? Till den senare kategorin kan man räkna några grupper av tandvårdsrädda. Det finns tre grupper av tandvårdsrädda patienter som är indicerade för hypnos:

- A.** Den stora grupp, som trots svårigheter av olika slag infinner sig till regelbunden behandling.
- B.** De som kommer för akut behandling. Av rädsla har de under en följd av år undvikit att få sina tänder omskötta. Nu drivs de på grund av svår värk till tandläkaren.
- C.** De som på grund av sin ångest inte kan tänka sig att besöka en tandläkare, hur ont de än har.

Den första gruppen är den största och där inryms besvär av olika slag, t.ex. lättare fobier. Här finns de, som kanske plågas av minnen från barndomens tandvård. Minnen, som nu tar sig uttryck i sprutfobi eller kväljningsbesvär, för att nämna ett par av de vanligaste symtomen. Dessa patienter kommer ofta för sent till avtalad tid, "glömmer bort". De har lätt att fastna i trafikstockningar, få punktering på bildäck eller få oväntade affärssammanträden. Fantasin är imponerande när det gäller att finna ursäkter. Ursäkter som tandläkaren till slut genomskådar och blir irriterad över. Det är lätt att i den situationen förebrå sin patient som då får skuld känslor eller också låser sig i en försvarsattityd. Det är ingen bra situation för samarbete. Ett förstående samtal med patienten kan väsentligt förbättra relationen och då är det lätt att berätta om självhypnos som ett hjälpmedel. Att säga:

"Jag förstår att du är rädd och jag vill hjälpa dig att vara mindre rädd".

Att lära ut självhypnos att hjälpa en otrygg patient att själv arbeta sig fram mot ett för henne realistiskt mål, känns meningsfullt. Därför ligger självhypnos till grund för så gott som all vår verksamhet. Genom sin så småningom ändrade attityd till tandvård blir dessa patienter ofta idealiska, punktliga, samarbetsvilliga vänner. Grupp B består av akut drabbade och de har ofta svår tandvärk. De är rädda och har ont. Vill både fly och ha hjälp.

De ser tandläkaren både som befriaren och angriparen. I sin rädsla hör de kanske till dem, som inte ens för ett ögonblick vågar vända uppmärksamheten för tandläkaren. De är i sin ambivalens och genom sin ångest redan i ett förändrat medvetandetilstånd och ser bara tandläkaren. Denna fixering vid sin person kan tandläkaren använda sig av när det gäller att hjälpa patienten till lugn. Att tandläkaren själv är lugn och avspänd har stor betydelse men räcker ändå inte alltid. Det kan då vara motiverat att använda sig av hypnos och som induktionsmetod väljer man en lite mera direkt och auktoritär metod. Patienten vill ingenting hellre än att få hjälp att fly från sin rädsla och från hela situationen. Hon regredierar nästan undantagslöst och vill i tandläkaren möta en föräldragestalt I den känslan finner hon trygghet och går ofta snabbt ner i djup trance.



Sedan ankommer det på tandläkaren att gradvis ändra den relationen, så att man till slut kommunicerar på lika nivå. En av förutsättningarna för detta är att man efteråt ger sig tid att förklara hypnosens natur. Mycket av det som sägs då kan fungera som positiv förstärkning till vad som skett under behandlingen. Det är därför väsentligt att både sköterskan och tandläkaren är väl utbildade i hypnos, så att patienten får de rätta och sakliga svaren.

I den sista gruppen finner man dem, som under inga omständigheter kan tänka sig att besöka en tandläkarpraktik. De är ofta sedda över axeln av andra, som anser att "lite får man tåla". Deras självkänsla är på nollpunkten. Många gånger har de psykiska besvär i form av andra fobier. I botten ligger kanske svåra barndomsupplevelser. Det behöver inte betyda, att det är en tandläkare som är orsaken.

Det kan vara upplevelser, som utlöst likartade negativa känslor, som nu tandläkarbesöket återuppväcker.

Känslan åker så att säga kana på en affektbro mellan i övrigt helt skilda händelser och förstärks i nu situationen. Man vet ju dessutom att fobier har en tendens att generaliseras, gripa över ett allt större område i patientens liv. I denna grupp ingår också remisspatienter från psykiatriska sjukhus och rehabiliteringen av deras munstatus är ett viktigt led i uppbyggandet av deras självkänsla och sociala återanpassning. Dessa ångestfyllda patienter kan man ofta hjälpa med hypnos kombinerad med systematisk desensibilisering (se kap. Klinisk hypnos).

Under djup avslappning, där patienten är helt lugn och säker, görs en föreställningsmässig genomgång av hela behandlingen i hierarkisk ordningsföljd från det som väcker minst till det som väcker mest ångest. Vi använder oss också av in vivo desensibilisering, d.v.s. den verkliga behandlingen utformas som ett gradvist närmande i en takt som tillåter patienten att bevara sitt lugn. Som nämndes tidigare är t.ex. den första telefonkontakten mycket viktig. Det är också mycket lyckligt om någon i tandvårdsteamet kan ta sig an den patienten och möta henne i en neutral miljö, fri från allt som påminner om tandvård. Gärna ett vanligt möblerat rum i varma färger. Det är då lättare att skapa en positiv överföring till den ångestladdade patienten, som här i lugn och ro kan tala om sina problem. Man redogör också för uppläggnings- och terapin och så snart det är fråga om att använda hypnos, så förklarar vi dess natur, orsak och verkan. Dessa patienter har som regel ett svårt carierat bett.

De är generade över sitt utseende och av den orsaken börjar vi alltid med överkäkens framtänder. Med dagens fyllnadsmaterial kan man göra kosmetiskt tilltalande fyllningar även på ytterst hårt destruerade tänder. Hur dåliga de än är och oavsett om det finns apicala destruktions- eller ej, så strävar vi efter att snabbt få fram till synes hela tänder i fronten. Därför görs som regel samtliga skadade ytor på 13, 12 och 11 i den första verkliga behandlingsgången. Den tandläkare, som läser detta, kanske med en rysning noterar att oavsett pulpans kondition, så görs fyllnadsterapi. Självklart påbörjas en ev. rotbehandling med ett inlägg, om pulpacavum friläggs, men inte annars.

Däremot kommer snart den dagen, då man utan problem kan ta itu med rot- och kronterapi. Vår strävan är att ge patienten ett jag - stärkande utseende så fort som möjligt och att därefter ta itu med det mest akuta bland molarer och premolarer. Vi använder gärna långa behandlingssekvenser, ty patienten upplever ej tiden så lång genom den tidsdistorsion som lätt kan suggereras eller spontant upplevas. Att få höra, att idag har vi klarat av t.ex. höger underkäke och nästa gång skall vänster bli färdig, känns naturligtvis enormt positivt för den, som föreställt sig att ha kanske åratals svår och pressande tandbehandling framför sig.

### **Samarbete mellan tandläkare, sköterskor och patient**

Kan patienten självhypnos så bör hon, innan tandbehandlingen börjar, få tillfälle att

ostört gå ner i trance i behandlingsstolen. Kanske vill hon ha lite stöd från sköterskan eller tandläkaren och då kan man t.ex. be henne ta några djupa andetag och känna att när hon andas ut, kan hon slappna av och glida in i samma fina och djupa avkoppling, som hon tränat in. Man kan sedan fortsätta att ge suggestioner om lugn och trygghet. När själva tandbehandlingen skall börja och stolen ställas in i behandlingsläge, kan man fortsätta med att säga: "När jag nu trycker på knappen, som faller stolen bakåt, kan du låta dig själv - försjunka i en allt djupare och skönare avkoppling". Här kopplar man det man vet att patienten upplever till något som man vill att hon ytterligare skall uppleva. Efter en liten stund kan man förslagsvis tillägga:

*"Du vet nu, att du kan förbli i den här djupa avkopplingen så länge behandlingen pågår ... så länge du ligger och andas så här med lugna jämna andetag".*

Man kan också hjälpa patienten att fördjupa tranceupplevelsen genom att långsamt, i takt med hennes utandningar, räkna från ett till tio. Det monotona räknandet parat med utandningen sänker vakenheten hos patienten och hjälper henne att hålla distans. Att andas lugnt och jämnt ger en känsla av lugn. Eftersom patientens reaktionsförmåga är förlångsammad i det här avkopplade tillståndet, bör man tala långsamt och övertygande och med pauser. Först när patienten är i trance och ingenting stör eller oroar, börjar tandläkaren sin behandling. Patienten bör vara instruerad att lyssna till såväl sköterska som tandläkare. På så sätt kan sköterskan fortsätta att ge suggestioner om lugn och avspänning medan tandläkaren arbetar. En bra sköterskesuggestion kan vara: "När du känner nns händer röra vid ansikte och mun, så kan du koppla av ännu mera och känna dig helt lugn och trygg."

Ibland ger sköterskan, ibland tandläkaren suggestionerna, ibland båda samtidigt. Detta stör ej patienten. Tekniken bygger bland annat på, att ges suggestioner från två håll samtidigt, så upplevs det förvirrande. Eftersom hjärnan ej kan diskriminera mellan budskapen blir följden att trancetillståndet fördjupas. Rösterna kan växla och stundtals gå i varandra. Man kan ta upp varandras suggestioner och förstärka dem, upprepa dem och ibland samtidigt ge samma suggestion, för att strax efteråt gå isär med sina ord. En fördel med att arbeta tillsammans med hypnos på detta sätt är även att ingen är låst vid behandlingsrollen. Hypnosdjupet fluktuerar och under hela behandlingen observeras därför patientens beteende och reaktioner.

Ibland händer det att patienten nästan glider upp till vaket tillstånd. Detta kan motverkas genom att man ger akt på de tecken som tyder på detta, t.ex. lite motorisk oro eller ett mera spänt drag över ansiktet. Vanligtvis ligger en patient i djup trance fullkomligt stilla och man kan arbeta ostört i timmar, men att utföra tandvård går som regel mycket bra redan på en nivå, som man skulle vilja beteckna som "skönt avslappnad".

Sköterskan har här ytterligare en viktig uppgift. Genom att observera mellangärdet kan hon kontrollera andningen. Att den förblir lätt och avspänd. Hon kan genom att bevaka ansiktsuttrycket lägga märke till om en spänning skulle smyga sig in.

Pulsfrekvensen i halspulsådern talar också sitt tydliga språk.

Så fort hon märker en störning, en oro, en återhållen andning, så bör hon öka suggestionerna om djup, långsam andning samt ge suggestioner om lugn, avkoppling och trygghet, om ökad tyngdkänsla i hela kroppen etc. Trots det avkopplade tillståndet vill patienten gärna ha en viss kontroll över vad som händer ha ett finger med i spelet - och det är verkligen bokstavligen med ett finger, som patienten håller kontakten med oss. Vi har från början kommit överens om, att så fort patienten höjer t.ex. sitt vänstra pekfinger, så upphör all tandbehandling och vi hör efter vad hon vill.

Avsikten är att hon skall känna sig trygg och veta, att hon själv styr sin hypnos och sin behandling och att hon även kan tala med oss utan att släppa sin fina avslappning. Sedan kan hon med två djupa utandningar återigen glida tillbaka till det djupa hon

behöver för att hålla distans och känna lugn och trygghet.

Om patienten signalerar under pågående arbete, så är det viktigt att avbryta omedelbart, även om man just då ska inserera sitt amalgam. Har väl patienten fått övertyga sig om att vi håller vad vi lovat har hon sällan eller aldrig behov att pröva igen. Ju mer avslappad en patient blir, desto större distans till själva behandlingen kan hon hålla. Verkligheten sjunker undan och helt spontant kan osorterade bilder och fantasier passera revy bakom hennes slutna ögonlock. Redan tidigare under träningspassen i avslappning har man bett patienten att beskriva en plats eller en situation, där hon känner sig avspänd och harmonisk. Det kan vara en sommaräng eller kanske en båt på havet, en utflykt på skidor eller i skogen. Nu målar man upp den bilden under trancen och ber henne att livligt och intensivt föreställa sig denna plats och se sig själv vara där. Ge den suggestionen att "ju mer hon slappnar av, desto tydligare kan hon uppleva sig vara där och känna sig precis så avspänd och harmonisk, som hon brukar känna sig i den situationen." Med hjälp av de upplysningar vi fått och hennes egen ökade inlevelseförmåga, kan vi hjälpa henne att hitta dit hon vill komma och med suggestioner fördjupa och förstärka känslan. Att patienten vill vara kvar i sin fantasivärld under hela behandlingen är lätt att förstå. Inför bedövningen - vi bedövar så gott som alltid ges den suggestionen att bedövningsverkan är mycket mera effektiv och sprider sig särskilt väl i vävnaderna när alla muskler och fibrer är avslappnade. Det ger större trygghet för operatören och oftast även tidsvinst. Vi strävar ju också till en förändrad inlärning om tandvård och den skall ju i framtiden kunna utföras utan hypnos. Då måste ju patienten bedövas kemiskt, så det är lika bra att börja med en gång. Är det frågan om en ren sprutfobi, så behandlas den separat med hjälp av föreställningar under djup avslappning.

Vi försöker vara varsamma med ord och tänka på deras emotionella laddning. Av den orsaken talar vi aldrig om sprutor utan lägger "några droppar på tanden". I ett trancetillstånd är det logiska tänkandet mer eller mindre bortkopplat och orden kan ha ett avsevärt förhöjt känslovärde. Vi blåstrar eller sprayar aldrig på en tand utan att först berätta vad vi avser att göra. Vi blåser först på patientens hand eller låter kylvattnet duscha handen. Vi startar bormotorn utanför patientens mun och säger:

"När du nu vet hur min motor låter, så kan du låta det ljudet bli en signal för dig att bara slappna av ännu djupare. Ju mer du hör mig arbeta, desto mer slappnar du av. I den andan fortsätter behandlingen och medan sköterskan assisterar, deltar hon så mycket som möjligt i själva hypnosbehandlingen. Det bidrar i allra högsta grad till att samarbetet patient, sköterska och tandläkare flyter friktionsfritt. De tre blir ett arbetslag, som skall genomföra en gemensam uppgift och i det laget skall patienten uppleva sig som en fullvärdig medlem. Med träning kan det här samspelet mellan sköterska och tandläkare flyta allt lättare. Ett tyst teckenspråk över patientens huvud ger klar-tecken för den, som just då skall ge suggestioner.

Med tiden kan samspelet bli så finslipat, att man rent automatiskt fördelar suggestionerna mellan sig - allt efter stundens behov - och skulle patienten visa tecken till oro, så går som på en given signal båda in med sina röster. De väver tillsammans en kokong av lugn och trygghet omkring patienten, som nästan undantagslöst bara låter sig glida in och ner i en allt djupare och skönare känsla av avkoppling, lugn och trygghet. Vi brukar också kommentera muntillståndet för varandra på ett positivt sätt. "Det här ser inte alls så tokigt ut, det var mycket bättre än jag trodde" eller "ser du så bra det här har blivit". Faktum är att dessa indirekta suggestioner går in mycket effektivare och accepteras bättre än direkta. Efter avslutad behandling ger vi så många positiva upplysningar som möjligt. Att vara varsam med ord och undvika negativa upplysningar är goda regler.

Har en tand extraherats - alltid med rotseparering av molarer ges en suggestion om att det gått mycket lätt och bra och att det inte kommer att blöda nämnvärt efteråt, utan kännas normalt. Man ser förstås efter att finns ett bra koagel. Dolor post förekommer knappast, eftersom man ger en posthypnotisk suggestion om besvärsfrihet under det närmaste dygnet. Innan patienten väcks, eller ännu hellre uppmanas att väcka sig själv. Tas alla använda instrumentbrickor bort. Patienten tackas för sitt goda samarbete. Här lägger man också gärna in en posthypnotisk suggestion om att hon skall känna lugn och trygghet inför nästa besök. Vi är noga med att lägga märke till beteendet efter väckningen, så att muskeltonus och kroppsorientering återvänt helt innan vi skiljs. Speciellt efter djup trance. Om patienten spontant berättar om sin upplevelse av hypnosen, antecknas det i journalen. Nästa gång är det då lätt att knyta an och förstärka de positiva suggestioner, som redan inplanterats. Att visa att man kommer ihåg det patienten berättade förra gången, att minnas även små detaljer och upplysningar man fått, har stor betydelse. För varje behandlingstillfälle växer patientens självförtroende. Hon känner att hon klarar sig mer och mer på egen hand och att hon kan styra och påverka sig själv i den riktning hon önskar. När så småningom hela behandlingen är genomförd så lämnar den före detta tandvårdsrädda oss för denna gång. Men det är med en ny tonus i muskelkostymen, nacken är rakare och ansiktet utan spänningar. Det är en vän som går för att så småningom komma tillbaka. Och det var ju det som vårt gemensamma arbete ytterst strävade till.

### **Den hypnotiska relationen.**

I detta avsnitt kommer jag att diskutera utvecklingen av den hypnotiska relationen som samspel mellan terapeut (tandläkare och övrig tandvårdspersonal) och patient. Detta samspel syftar till upplevelse av positiva känslor i harmoni med behandlingssituationens målsättning. Trots att tandvård idag är förhållandevis skonsam undviker stora delar av befolkningen regelbunden tandvård. Trots att de flesta uppsöker tandläkare då och då har många svårt att acceptera tandvårdssituationen. När en sådan patient därför kommer in i behandlingsrummet är hon full av tankar och känslor.

Alla tidigare för henne obehagliga upplevelser hos tandläkaren passerar revy, sätter sina spår i henne i form av rädsla, oro, fruktan och ångest. För det mesta försöker hon dölja känslorna, förstålla sig, hålla masken och vara "duktig". "Tandläkaren har inte tid att lyssna på mig. Han bryr sig inte om, hur jag tänker och känner. Han vill bara, att hans arbete skall vara effektivt, att jag skall sitta still, gapa stort, vara tyst och göra som jag blir tillsagd. Sedan skall han peta och borra i mina tänder och det står jag inte ut med, fast jag vet att jag behöver tandvård. Det får inte göra ont. Det får absolut inte göra ont. Då blir jag galen. Jag går och kommer inte tillbaka. Om det ändå vore över! Usch - vad jag hatar detta!" Ovanstående tänkbara monolog kan sammanställas med följande nyckelord: tidigare tandvårdssituationer - obehagliga minnen - auktoritär tandläkare - smärta - ångest - aggression - reserverad hållning. Tandläkaren å sin sida vill ha en snabb och effektiv behandlingsgång utan en massa onödigt "prat". Han vill ha en lugn, avspänd och samarbetande patient.

När dessa två människor möts, kan man mycket väl förstå, att problem och konflikter kan uppstå. För att undvika dem, måste patient och terapeut få möjlighet att klargöra situationen för varandra. Patienten i behandlingssituationen vill helt enkelt känna mänsklig värme och kunna känna tillit och trygghet. Man vill känna sig accepterad och uppskattad som den människa man är, med de känslor och tankar man har och det beteende man uppvisar. Därför kan inte patienten acceptera behandlingssituationen, som hon känner ångest inför, utan betar sig på ett speciellt sätt. Jag har benämnt detta

symtomatiska beteende. Man uppvisar genom sitt beteende, att man ej kan acceptera den situation man befinner sig i. Detta symtomatiska beteende kan ta sådana former, att hypnosinduktionen och behandlingen, vilken den än må vara, avsevärt försvåras eller helt och hållet omöjliggöres. Man bör hålla i minnet att tandvårdssituationen är en situation, i vilken människor mötas - ett mänskligt möte. Speciellt det första mötet är avgörande eftersom grunden till förhållandet mellan terapeut och patient då läggs. Tyngdpunkten för intresset är därför lagd på det kommunikativa beteendet och samtliga i tandvårdssituationen inbegripna personers upplevelser. De budskap, som vi sänder ut till vår omgivning, är inte bara det talade ordet. Jämsides och ibland istället för det talade ordet, sänder vi även ut andra budskapsformer, s.k. metakommunikation. Man kan således uttrycka sina känslor och tankar även med hjälp av kroppen - kroppsspråket. Genom att knyta samman det, som patienten uttrycker och patientens sätt att uttrycka sig, med den situation terapeut och patient befinner sig i, framstår patientens symtomatiska beteende klart och tydligt. Men för att kunna möta patienten i det samspel, som uppstår, måste terapeuten förstå och utnyttja sitt och patientens kommunikativa beteende på ett riktigt sätt.

### **Verbalt beteende**

När jag lyssnar på patienten försöker jag inte enbart förstå vad patienten säger utan också förstå vad han egentligen menar. Det som patienten verkligen menar kommer oftast fram i budskapen på ett omedvetet sätt. Därför är det av stor vikt att söka och förstå de medvetna och omedvetna komponenterna i patientens budskap.

"Det medvetna talar om vad patienten vill säga och få oss att tro". "Det omedvetna talar om vad patienten egentligen menar". På ett eller annat sätt kommer patientens symtomatiska beteende fram i sättet att välja ord, kombinera ord, ordfrasering och sättet att använda uttryck. Orden och uttrycken symboliserar patientens tankar och känslor, hans ambivalens och kritiska inställning, hans rädsla, hans besvärligheter, tvekan etc., inför denna hypnos och behandlingen i stort. Som terapeut bör man inte bara lyssna på vad patienten säger utan också på hur han säger det - röststyrka, talhastighet, tonfall etc.

### **Kroppsspråket**

Kroppsspråket som till stor del består av kroppsställningar, kropps rörelser och kontaktbeteenden behöver inte ha någon exakt mening i sig. I tolkningen av det måste man ta med patientens hela beteendemönster. Patient och terapeut såväl som alla andra människor ger uttryck för sina känslor och tankar genom detta kommunikativa beteende. Människor uppvisar symtomatiskt beteende på olika sätt, när de känner sig frustrerade, oroliga och ängsliga, när de försöker försvara sig mot verkliga eller symboliska hot. Patienten spänner sin muskelapparat - ökar muskeltonus - och ger ett spänt helhetsintryck. Senorna kan bli mer markerade och synliga, vilket tydligt syns på fötter, händer, hals och nacke.

Käkmusklernas förhöjda tonus kan lätt iakttagas i kinder och tinningar. Om patienten gapar, sluts munnen igen efter en stund, utan att patienten tänker speciellt på det. Genom högre muskeltonus i ansiktsmuskulaturen formas olika spända ansiktsuttryck. Man kan inta olika kroppsställningar - sitta eller ligga med armar och ben i kors. Ju högre upp man korsar, desto högre grad av symtomatiskt beteende. Patienten kan krama armstöden så att händerna vitnar. Hon kan knyta händerna, krama händerna, knäppa händerna eller spreta med fingrarna. Man kan kura upp axlarna och böja nacken, som för att skydda sig. Man kan uppvisa ett masklikt ansiktsuttryck: spänd hakmuskel, vara sammanbiten, snörpa med munnen, konstlat leende, markerade nasolabialfåror, knipa ihop ögonen, stel blick, sammandragna ögonbryn, rynkad panna etc. Man utför rörelser: växlar positioner, vänder sig bort från terapeuten, vippar med fötterna, stampar med fötterna, slår eller trummar med fingrarna, biter på naglarna,

har orolig blick, snabba blinkningar.

Man uppvisar kontaktbeteende: plockar med föremål eller sig själv, biter på glasögon eller penna, söker kroppskontakt, lutar sig mot väggen för att få stöd och slippa visa upp sitt symtomatiska beteende. Man uppvisar olika kroppsreaktioner: man rodnar och blir varm, bleknar eller fryser (händer, hals och ansikte), man svettas inte bara för att det är varmt utan också som ett uttryck för inre spänningar (ifr. händer, armhålor, överläpp och panna). Hjärtat kan banka och bulta, och pulsen kan slå hastigare (ifr. karotispulsen). Andningen, genom munnen och som bröstandning istället för bukandning, kan vara ytligare, snabbare och oregelbunden. Det symtomatiska beteendet kan i allvarligare fall leda till illamående, magbesvär, kräkningar, svimningar och panikbeteende. När patienten däremot har en känsla av att vara förstådd, med en hoppfull förväntan, och kan invänta - passivt och öppet - budskap från terapeuten och acceptera dem, ser man ett helt annat kroppsspråk - ett receptivt beteende. Muskelapparaten blir avspänd. Huden syns slätare och jämnare eftersom muskler och sensor inte syns så tydligt.

Gapar patienten kan munnen förbli öppen, eftersom inga spända muskler sluter munnen. Ansiktet ger ett utslätat intryck med fixerad blick eller stillsamma ögonrörelser. Benen blir oftast något åtskilda med fötterna vikta utåt. Armarna kan vara utmed sidorna med händerna löst i knäet. Inga onödiga rörelser förekommer. Rör man sig, gör man det av behov och med avsikt och mening. Hudfärgen är normal med normal temperatur, torr och utan svettningar. Pulsen är regelbunden och lugn. Patienten andas ofta genom näsan och använder sig av en djup, lugn och regelbunden bukandning. Som terapeut bör jag ha samma likvärdiga receptiva beteende för att med framgång kunna närma mig patienten.

### **Definition av relation**

För att patientens kommunikativa beteende (verbalt och icke-verbalt) skall kunna tolkas på ett meningsfullt sätt, måste beteendet kopplas till rätt sammanhang - till den situation som patienten befinner sig i. Först då kan terapeuten förstå vad patienten menar med sitt handlande. Terapeuten definierar på så sätt relationen: terapeut - patient - situation.

Det kan betyda, att patientens beteende kanske inte betyder ett dugg i ett sammanhang, men kan vara synnerligen betydelsefullt i ett annat. Att klia sig på näsan kan kanske vara tecken på ogillande, men kan ju också betyda att man har en näsa som kliar. Man kan vara röd i ansiktet, varm och svettig för att det är varmt eller av fysisk ansträngning, och inte p.g.a. inre spänningar. Det är således av stor betydelse att kunna skilja det meningsfyllda beteendet - det situationsrelaterade beteendet - från det rent slumpartade och från det noga inlärd. Genom att koppla beteendet till rätt sammanhang är detta möjligt. Det kommunikativa beteendet kan vara personorienterat.

Jämför patient - tandläkarrelationen med patient - tandköterskerelationen. Det kommunikativa beteendet kan vara orienterat till föremål. Tänk bara på ett behandlingsrums tandvårdsutrustning och instrument. Där finns mycket att fästa blickarna på. Många föremål som kan väcka negativa associationer, därmed förstärkande ett symtomatiskt beteende.

Vidare kan det kommunikativa beteendet vara orienterat till avståndet. Beteendet kan variera med avståndet till andra personer och föremål. Människans sätt att använda rummet, utnyttja avståndet till andra personer och föremål, har stor betydelse för hur hon reagerar på andra människor och hennes sätt att uppfatta dem som nära eller avlägsna. Jag skall i detta sammanhang enbart uppehålla mig vid intimavståndet, som är avståndet mellan terapeut och patient. Intimavståndet kan antingen vara direkt kroppskontakt eller mycket nära kroppskontakt. Det är just på detta avstånd som vi

inom tandvården utför arbetet. Därför kan det vara av stor vikt att tänka igenom vilka konsekvenser detta kan ha för varje enskild patient. Det kan t.ex. vara av stor betydelse att tandläkaren själv möter patienten i väntrummet och därmed på ett mjukare sätt närmar sig patienten så att hon lättare kan acceptera det intimavstånd, som all behandling sker på. Genom att möta patienten på ett umgängesavstånd och på detta avstånd tydligt definiera mig själv som terapeut och de avsikter jag har med min behandling, kan patienten lättare acceptera mig, när jag kommer på intimavstånd. Det kommunikativa beteendet varierar också med tid och rum, d.v.s. situationen. Det är en tydlig skillnad på att vänta länge eller bara en kort stund på behandling och att vänta i behandlingsrummet istället för väntrummet. Symtomatiskt beteende är på samma sätt som receptivt beteende således relaterat till situationen. Man uppvisar ju inte symtomatiskt tandvårdsbeteende i en lugn och harmonisk hemmiljö. Därför måste man tänka på att utforma behandlingsrummet och väntrummet på ett så patientvänligt sätt, så att förutsättningarna för ett receptivt beteende blir goda.

### **Kontroll av relation**

I tandvård liksom terapi är det viktigt att patienten har förtroende för terapeuten och att patienten accepterar vissa givna regler. Tandvården (terapin) liksom hypnosinduktionen måste ske inom vissa ramar, som patienten måste acceptera. Det är därför viktigt, att terapeuten redan från början klart definierar relationen och tar kontrollen över den. Terapeuten bör göra klart för patienten vilka budskap och beteenden, som skall förekomma i tandvårdssituationen och därmed också hypnosinduktionen. Hypnosinduktionen skall utföras på terapeutens villkor på ett sådant sätt att den kan modifieras efter patientens önskemål. Dock bara inom de ramar som terapeuten har fastställt tillsammans med patienten, och som terapeut och patient kan fungera inom. Terapeuten skall bestämma reglerna för samspelet. Risken finns att patienten kan uppleva hypnos som något otryggt. "Vågar jag utforska det okända - mitt omedvetna?" Denna inställning är en vanlig orsak till ambivalens inför hypnosinduktionen och hypnosutvecklingen. Tvehågsenheten kommer ofta till uttryck genom patientens symtomatiska beteende. När därför patienten hos mig uppvisar ett symtomatiskt beteende, ber jag honom slappna av, rätta till benen, så att benen blir något åtskilda.

Han får lägga armarna på armstöden eller händerna löst i knäet utan kontakt med varandra, sänka axlarna, släta ut ansiktsfårorna, mjuka upp nacken, andas genom näsan med en lugn buklandning och ligga vilsamt och stilla. Detta behöver jag inte uttrycka enbart verbalt utan även - kanske effektivare - genom taktill kommunikation. Detta skapar förutsättningar för ett receptivt beteende och samtidigt får jag en uppfattning om hur mycket patienten vågar öppna sig för mig. Om patienten öppnar sig och rättar sig efter anvisningarna, kan hypnosinduktionen bli ganska enkel såvida inte patienten är alltför fixerad vid obehagliga föreställningar.

Även detta kan och bör dock utnyttjas i hypnosinduktionen.

Har patienten t.ex. en hög muskeltonus, kan man utnyttja den genom att inducera levitation och/eller katalepsi av hand och arm. Om patienten är benägen till spontana rörelser, kan ideomotoriska rörelser användas. Om han ideligen suckar p.g.a. besvärande känslor och har påtagligt besvärande andning, kan olika andningstekniker vara tillämpbara. Uppvisar patienten kroppsreaktioner som blekhet eller säger att han fryser kan man utnyttja anestesi som induktionsmetod. Uppvisar patienten kontaktbeteende kan man lämpligen utnyttja kontaktbehovet genom taktill kommunikation som induktionsteknik. Är blicken fixerad kan induktion med blickfixation ögonmetoden o.s.v. Med andra ord terapeuten måste vara lyhörd för det mänskliga beteendets växlande karaktär och acceptera patientens beteenden, dirigera och utveckla dem meningsfullt. Avgörande för en framgångsrik hypnosutveckling är

den kontakt, som kan etableras mellan terapeut och patient. Utmärkande för denna relation är en tillit till terapeutens kompetens och en känsla av trygghet och säkerhet tillsammans med honom. Patienten kan då lättare slappna av, öppna sig och behöver inte anstränga sig för att ha kontroll över allt som sker. Om terapeuten kan samspela med patienten på ett omedvetet plan, är detta att föredra. Då måste också terapeuten behärska symbolspråket både i sitt verbala beteende och sitt kroppsspråk. Med en sådan behandling kan man hämma patientens aktiva tänkande. Därmed förhindras uppkomsten av medvetet motstånd mot hypnos. Om denna kommunikation med patienten på det omedvetna planet och med hjälp av symbolspråket förhindras, måste man börja samtala på ett mer medvetet plan.

### **Det terapeutiska samtalet**

Var och en vet, att man kan tala med sina medmänniskor på många olika sätt beroende på vilket syfte man har med samtalet. Det är situationen och målet, som styr samtalsformen. Har man som mål att få patienten att utveckla receptivt beteende, då räcker inte det vanliga samtalssättet att ställa och besvara frågor. Det skapar inte de bästa förutsättningarna för hypnos. Det går t.o.m. att föra ett effektivt terapeutiskt samtal utan några frågor och svar. Det går att samtala på ett annorlunda sätt, som ger patienten möjlighet att öppet visa mer av sig själv. Detta ger också terapeuten möjligheten att lyssna sig fram till problemet och den verkliga orsaken till att patienten betar sig symtomatiskt. Undviks frågor, kommer patienten själv snabbare in på att tala om situationer. Symtomatiskt beteende kommer alltid och ofta omedvetet när patienten befinner sig i alldeles bestämda situationer.

När patienten upplever en negativ känsla kan man fråga honom:

*"Berätta om den senaste gången du kände dig så där".*

Om patienten då börjar berätta, är det vår uppgift som terapeut att få honom att fortsätta beskriva situationen, tills vi helt förstår och kan deltaga i känslan. Undvik därför att använda frågeord som "Hur?" och "Varför?". Använd istället ord som "När?" och "Var?", eller varför inte bara upprepa patientens sista ord. Man kan även öka förtroligheten i relationen genom att använda patientens egna ord och benämningar. Detta är ett sätt att få patienten att öppna sig.

Detta är ett sätt att få de symptomframkallande situationerna belysta. Detta är ett sätt att hålla kvar patientens och ens egen uppmärksamhet på de situationer, som förorsakar patientens symtomatiska beteende. Detta är också ett sätt att inducera hypnos med hjälp av imaginativa tekniker. Vet man inte vad man skall säga, kan man vara tyst, samtalet stannar ändå inte upp. Det uppstår en paus, men pauserna är mycket viktiga i denna sorts samtal. I pauserna rör sig patientens tankar fritt. Samtalet är ju, att ta reda på patientens tankar och känslor. Man bör därför vid rätt tillfällen förhålla sig avvaktande, så att patientens tankar kan uttryckas.

Vill man bryta pausen, kan man bara säga:

*"Vad tänker du på?"* för tänker är ju precis det patienten gör. Exempel:

*"Vad tänker du på?" "Nja. Inte något särskilt". "Nej, det kan knappast vara särskilt viktigt". "Du tycker inte att det är särskilt viktigt?" "Nja, nej, jag vet inte varför, jag kom bara att tänka på att. . ."*

Parallellt med en sådan dialog observeras patientens kroppsspråk. Undvik att besvara frågor eller ge råd om företeelser, som är hans personliga upplevelser. "Kommer det att göra ont, blir det besvärligt, somnar jag, förlorar jag kontrollen över mig själv", etc. Ta istället reda på, vilka tankar och känslor, som finns bakom vad som sägs. Ge bara svar på frågor och råd som är helt otvetydiga. Din uppgift är att hjälpa patienten få upp ögonen för sitt symtomatiska mönster, men han skall upptäcka det själv. Så fort han



upptäcker det, öppnar sig patienten, en växling till receptivt beteende blir möjlig och den hypnotiska relationen fördjupas.

### **Barnhypnos i tandläkarpraxis.**

Barnhypnos behandlas här i ett kapitel för sig därför att det skiljer sig från vuxenhypnos.

Vad är det då som skiljer barnhypnos från vuxenhypnos?

Vad skiljer barn från vuxna?

"Barn är ett folk och dom bor i ett främmande land" skriver Beppe Wolgers i sin dikt "Det gåtfulla folket".

Det är kanske lättare att uttrycka sådana skillnader i poesi. Det är lättare att hypnotisera barn än vuxna, säger vissa. Det är svårare att avgöra, när barn är i hypnos, säger andra. Hypnos är ju ett naturligt och allmänmänskligt medvetandetillstånd mer naturligt för barn än för vuxna - därför blir också gränserna mellan olika medvetandetillstånd suddigare ju yngre människan är.

I hypnosens historia finns också teorier om att man föds i djupaste trance och att åldrandet sedan är en enda stor de hypnotiserings process.

En väsentlig beteendemässig skillnad mellan barn och vuxna är leken. Barn leker oupphörligen, medan vuxna t.o.m. går på kurs ibland för att lära sig leka igen.

Absorberad, fånglad och totalt engagerad hör till de uttryck som ofta används för att beskriva konstnärens eller vetenskapsmannens tillstånd när han skapar men dessa uttryck passar lika bra in på barn som leker. Om man noga iakttar barn som leker, kan man få se en hel provkarta på hypnotiska fenomen alltifrån katalepsi till negativa hallucinationer. I kurragömmaleken tror det lilla barnet att det är full-ständigt osynligt, fastän det bara gömmer huvudet. "Osynliga" dörrar måste låsas och låsas upp, lera rullas till utsökta köttbullar o.s.v. Barnets verklighet består av ett mycket starkt upplevande av nuet. Ju yngre barn är, desto mer renodlat fungerar de i nuet. Eftersom nuet ständigt förändras, har barn också svårare att koncentrera sig på en och samma sak en längre tid. Med de yngre barnen får man ständigt se till, att det händer något nytt och intressant om man vill behålla deras uppmärksamhet.

Eftersom barn leker nästan jämt, blir hypnosinduktionen på ett naturligt sätt bara ytterligare en lek. Barn kan dock vara mycket kräsna i sitt val av lekkamrater speciellt vuxna sådana. Med tanke på barnens stora inlevelseförmåga och lättroliga fantasi borde det vara lätt att hypnotisera barn. Så är det också om bara följande förutsättningar finns:

**1.** Tandläkaren måste få en så god kontakt med barnet, att det får lust att "leka hypnosleken". Det svåraste med barnhypnos är att skapa den nödvändiga känslomässiga kontakten - få barnets förtroende - bli något positivt i barnets värld. Erfarenheter av hypnos är i sig värdefulla för att förstå och även kunna styra de subtila relationsmekanismer som är en förutsättning för ett ömsesidigt accepterande. De små barnen kan bestämma sig mycket snabbt - om de skall acceptera en vuxen eller inte. Lyckas man skapa en djupare kontakt med barnet, är detta för de flesta barn tillräckligt för att de med en psykologiskt tillrättalagd behandlingsgång skall bli behandlingsbara.

**2.** Tandläkaren måste märka om och varför barnet är rädd. Det är naturligtvis viktigt att minska eller helst eliminera denna rädsla. Rädsla försvårar kontaktskapandet, men även med en god kontakt och to.m. hypnotisk trance kan kvarstående rädsla ge behandlings svårigheter. Det gäller att tidigt upptäcka barnets rädsla, komma på orsaken samt sätta sig in i hur barnet upplever sin situation. Då blir det också lättare att visa för barnet, att man förstår och accepterar dess beteende, vilket i sig är en förutsättning för att kunna och få barnets "tillåtelse" att

eliminera denna rädsla. Tandläkaren bör lära sig vilka trancekriterier som gäller för barn.

### 3. Kan tandläkaren avgöra, om och när barnet är i hypnos?

Personligen tror jag, att trance har en annan karaktär och är ett vanligare tillstånd hos barn. Gränserna mellan trance och vakenhets tillstånd är suddigare och överskrids snabbare än hos vuxna. Hypnos induktioner för barn kan som en följd härav vara väldigt fria i sin stil och form, helst vävas in i behandlingsmönstret utan egentlig början eller slut. "Bevisen" för att barnet är i hypnos d.v.s. barnhypnosens fenomenologi, är inte lika entydig som vuxenhypnosens. Att t.ex. ligga alldeles stilla långa stunder med slutna ögon är inte det mest utmärkande draget för barn i trance. De rör sig gärna, petar sig i näsan, pratar, tittar och blundar omväxlande. Tecken på trance kan vara förhöjd suggestibilitet, ökad medgörlighet - tillgivenhet, ökad smärt tolerans, magandning, frånvarande ansiktsuttryck o.s.v. Sådana vanliga frågor som vid vilken ålder hypnos kan börja användas eller "hur djupt barn kan hypnotiseras" blir intressanta först om vårt arbete som tandläkare bestod i att till ett visst djup hypnotisera så många barn som möjligt. Men vårt arbete består ju i att få så många barn som möjligt behandlingsbara inom rimlig tid och att utföra vår tandbehandling med minsta möjliga obehag för barn, föräldrar och tandläkare. Lyckas vi med detta har målet nåtts. Vad man kallar det, blir av mindre vikt. Ibland kan det vara lättare att uttrycka vad hypnos inte är. Barn-hypnos i tandläkarpraxis är enligt min mening inte:

Ett rutinmässigt alternativ till lokalanestesi.

Ett alternativ till premedicinering i så måtto att hypnos bara används för vissa, mycket svåra fall av tandvårdsrädsla. Använder man sig av hypnos, gör man det med alla patienter och det blir snarare en doseringsfråga alltifrån en nästan omärklig, men tillräcklig påverkan, till mer regelrätta induktioner och situationsrelaterade tekniker. Hypnos fungerar framförallt inte på barn som någon slags strömbrytare vilken man slå på, kavlar upp ärmarna och börja arbeta för att när behandlingen är klar slå av den igen så att barnet vaknar. Det skulle i så fall vara trolleri eller möjligen narkos.

### **Att skapa kontakt med barnet**

#### **Förskolebarn.**

Att på kort tid kunna skapa så god relation till barnet att den håller för de påfrestningar en tandbehandling kan innebära är inte lätt. Det blir inte lättare av att förskolebarnen kommer till tandläkaren i sällskap med någon, oftast en av föräldrarna. Att föräldern har rätt att närvara vid behandlingen är väl självklart. Den bastrygghet föräldern närvaro ger, speciellt vid första kontakten, kan rätt använd bli till hjälp för tandläkaren. Vid barnets första tandläkarbesök är luften fylld av förväntningar. Föräldern har sina egna erfarenheter av tandvård, inte minst från skoltandvården, med en känsla från lätt obehag till stark ångest som följd. Vad föräldern än känner projiceras detta på barnet.

Barnet är väl medveten om sin centrala roll och är lättpåverkat av känslöstämningar, speciellt sådana de vuxna försöker dölja eller föregripa. Tandläkaren (sköterskan) vill inte misslyckas i sin yrkesroll, och är fullt medveten om den första kontaktens betydelse. Tandvårdsteamet kan känna en varierande prestationsångest beroende på vad som tidigare hänt i dessa situationer. Detta kan bli en extra belastning i akuta situationer. När dessa tre parter träffas första gången kan följande saker hända:

Barnet får möjlighet att definiera situationen på sina villkor. Barnet det är ju med barnet något skall hända - blir gärna "pjäsens" huvudperson. Om barnet, på väg in i rummet, visar minsta tecken till tvekan kan föräldern försöka "rädda" situationen genom att säga t.ex. "det är inte farligt - tandläkaren skall inte göra något" o.s.v.

Situationen kan snabbt forma sig till det i alla hem med små barn så vanliga "övertalningsbråket". De vuxna försöker nu kanske övertala eller ännu värre vädja till barnet. Så småningom fixeras allt kring att tandläkaren och föräldern vill en sak, nämligen att barnet skall upp i op-stolen. Barnet vill något annat. Plötsligt ligger makten i barnets händer och allt blir beroende på hur barnet skall reagera.

Föräldern får möjlighet att definiera situationen på sina villkor. Om föräldern är av den dominanta eller ängsliga typen och har en stark bindning vid barnet, "beskyddar det", kan det bli svårt för tandläkaren att tränga sig emellan och få kontakt med barnet på sitt sätt. Förälderns starka behov av kontroll över situationen gör, att tandläkarens försök till kontakt med barnet av föräldern uppfattas som ett hot. Ofta gör dessa föräldrar omedvetna, beskyddande gester t.ex. håller hårt om barnet, när tandläkaren försöker närma sig. En nonverbal kommunikation som för barnet betyder "akta dig". Medvetet vill föräldern naturligtvis hjälpa tandläkaren, men barnet som också uppfattar den omedvetna gesten blir förvirrat. Detta ökar förälderns omedvetna, beskyddande beteende. Försöker tandläkaren i ett sådant läge forcera och "tränga sig emellan" förälder och barn, finns risk att han framstår som den buse föräldern omedvetet vill ha honom till. Resultatet blir att föräldern kan dra sig ur situationen med ansiktet i behåll d.v.s. "det var tandläkarens fel".

Tandläkaren får möjlighet att definiera situationen på sina villkor. En förutsättning för detta är att först göra rent hus med sina egna föreställningar om vad som skall hända och öppna sig för alla de möjligheter situationen i sig rymmer. Det är inte viktigt att få barnet i op-stolen så fort som möjligt. Med endast det målet för ögonen finns risk för att man inte kommer längre än dit. Börja istället med att iakttä relationen mellan föräldrar och barn. Hur beter de sig på väg in i behandlingsrummet? Om barnet eller föräldern visar minsta tecken på att vilja definiera situationen på sina villkor, kan det vara klokt, att till en början helt ignorera barnet och koncentrera sig på föräldern. Denne erbjuds vänligt men bestämt att sitta ned i besöksstolen och blir snart helt upptagen av att besvara tandläkarens frågor. Tandläkaren leder samtalet så, att föräldern får tillfälle att lufta sin oro. Eftersom tandläkaren binder förälderns uppmärksamhet och samtidigt själv ignorerar barnet, får barnet aldrig en chans att definiera situationen. Även om barnet bärs in skrikande, tystnar det förr eller senare. Ingen tar notis om det. Tandläkaren kan på detta sätt hindra förälderns och barnets negativa förväntningar att få något inflytande, och i förvirringen som uppstår kan nya positiva förväntningar skapas på tandläkarens villkor. Eftersom ingen bryr sig om barnet, känner det inte längre någon press på sig och börjar då sakta bli nyfiket på omgivningen. Detta ögonblick har tandläkaren hela tiden väntat på. Nu är barnet emottagligt för intryck, förut var det bara inställt på försvar.

Genom försiktig ögonkontakt och med någon för tillfället anpassad och lättsmält replik, löser spänningen upp sig. Innan man försöker få barnet upp i op-stolen, vilket på nytt kan få barnet att stegra sig, kan det vara lämpligt att på barnet, för föräldern, demonstrera tandborstning. Syftet med detta är egentligen att på ett naturligt sätt få kroppskontakt med barnet, vilket rätt utnyttjat fördjupar kontakten avsevärt. Tandborsten är förresten mycket användbar som länk mellan våra instrument och barnets vardag. Om barnet fortfarande avvisar tandläkarens kontaktförsök är det dags att be föräldern ta plats i op-stolen med barnet i knät. Tandläkarens hittills visade tålmod gör att föräldern gärna går med på detta.

Följande utdrag ur en fallbeskrivning kan belysa fortsättningen på "dramat":  
"Sittande i stolen under det att ryggstödet sänks blir modern något osäker och förvirrad, vilket genast utnyttjas. Snabbt instrueras modern hur hon skall placera sitt huvud och sina armar för att barnet skall ligga bekvämt. Barnet som inte tycks vara vant att ligga ovanpå mamma accepterar i sin förvirring mitt påstående om hur skönt

det ligger och hur bra det känns att vara så nära mamma. Modern ger i detta förkroppsligande underläge upp sin dominerande attityd, slappnar av ytterligare vilket återverkar på barnet och gör båda två mycket tillgängliga för suggestioner om avslappning". Istället för att försöka bryta den starka bindningen mellan mor och barn, vilket bara medför att bindningen förstärks på moderns och barnets villkor, förstärker tandläkaren bindningen mellan mor och barn, men på sina villkor och får därmed möjlighet att påverka bägge.

### **Skolbarn**

Med lite fantasi, humor och leklynnelse är det lätt att få kontakt med de yngre skolbarnen. Man måste förstås vara naturlig, barn är mycket känsliga för överdrifter och tillgjordhet. Att fördjupa kontakten kräver ett uppriktigt personligt intresse för just det barnets rädsla, En förmåga att kunna känna som barnet känner. När barnet märker att man förstår och accepterar dess rädsla, börjar det också övergå från att *höra att* man pratar till att lyssna på, vad man säger. Först då är det idé att starta med tillväjningsbehandling eller att försöka förklara något. Om barnet vill kan skolkamrater eller syskon vara till stor hjälp i inledningskedet.

De äldre skolbarnen kan i takt med att dom växer, mer och mer behandlas som vuxna! "Man skall behandla tandvårdsrädda vuxna som barn" är ett vanligt uttryck. Som vad skall man då behandla tandvårdsrädda barn? Jo som ännu yngre barn.

Det är ingen tillfällighet att detta kapitel mest handlar om förskolebarn. En tandläkare som klarar de riktigt små barnen har i regel inga svårigheter med de större tandvårdsrädda barnen.

### **Induktionstekniker**

Många tandläkare drar sig för att börja arbeta med hypnos, även om de har gått kurser och har kunskaper i ämnet. Delvis kan detta bero på att de "färdiga" inductioner som finns i litteraturen inte i sin helhet passar tandläkarens personlighet. Det finns lika många inductionstekniker som hypnoterapeuter, och så skall det väl också vara. Ur andras tekniker kan man välja det man tycker är bra. Börjar man sedan arbeta med det materialet, får man egna erfarenheter och så småningom en egen teknik.

Andra orsaker till att det kan kännas trögt i början kan vara frågor som: "Vem skall man börja med och vilken behandlingssituation skall man välja?" Barn är utmärkta träningsobjekt för nybörjaren. De frågar inte varför man gör så eller så och tycker dessutom inte om långa och kanske tröttande inductionstekniker. Vill man börja arbeta med hypnos är det lämpligt att välja ett tillfälle som innebär så lite stress som möjligt både för tandläkare och barnpatient. Ett sådant tillfälle är omedelbart efter det att barnet har upplevt något besvärligt, t.ex. en extraktion. Man får då draghjälp av barnets egen avstressning (vad skönt att det är över - känslan). Exempel:

När extraktion och sårbehandling är klar får barnet bita lätt på en kompress, medan man säger ungefär följande:

*"Nu är det klart, nu är tanden borta... det var väl skönt... vad duktig du var... nu kan du passa på och vila dig lite ... (lyft en hand i handleden och låt den dunsas ner på magen) ... man vilar bättre om man blundar ... (invänta ögonslutning) ... just så ... bra ... andas nu med lugna ... jämna ... andetag ... genom näsan ... just så ... som du brukar andas ... när du ... sover ... bra ... lugna ... jämna ... andetag ... det är en vääldigt bekväm stol det här ... lugnt och skönt... . När man vilar så här djupt... som du gör nu ... slutar det blöda mycket fortare ... det har nästan slutat helt redan... hålet efter tanden läker mycket fortare... och du kommer att känna dig ... mycket bättre ... och starkare ... när du vilat färdigt (suggestion med inbyggd väckning) ... ligg nu där och vila ... så skriver jag ... under tiden i dina papper ... vad vi gjort idag."*

Pauserna får inte bli för korta, de är till för att man skall kunna upptäcka att

föregående suggestion accepterats innan man går vidare med nästa. Stryk gärna lätt över barnets panna då och då. Skriv i journalen och iaktta samtidigt barnet. En del barn har redan slagit upp ögonen men ligger stilla. De flesta blundar fortfarande och visar tecken på lätt till medeldjup trance. Man kan här välja om man vill fortsätta att fördjupa hypnosen eller invänta ett spontant uppvaknande. Har man ont om tid kan uppvaknandet påskyndas. Att barnet så småningom slår upp ögonen och vill gå upp är helt säkert - det är inte fråga om trolleri - vi har bara visat barnet hur man vilar.

### **Manuella tekniker**

Tandläkaren kan inte undgå kroppskontakt med barnet under arbetets gång. Huvud, axlar och armar kan man röra vid utan att patienten undrar så mycket över det. Själv avslappnad, kan man med ett mildt men bestämt handlag skaka loss händer och armar, rulla barnets huvud mellan sina händer tills nacken slappnar av, "trycka ner" axlar som är i öronhöjd, massera bort rynkor i pannan, skaka loss spända kinder o.s.v. Genom att kombinera detta med enkla suggestioner som, -släpp efter i - tappa - släpp - slappna av - hänga lös - o.s.v. får man en mycket snabb och effektiv avslappning.

### **Visualisering**

Leken bygger på en stark föreställningsförmåga och bilden är en väsentlig del av denna. Barn har mycket lätt för att se och uppleva tänkta situationer med hela sitt väsen. Den välkända "TV-tekniken", där barnet med slutna ögon får visualisera sitt önskeprogram, bygger på detta. Personligen har jag haft större framgång med barnet självt som "TV-stjärna". Som utgångspunkt för fantasileken har jag då valt något jag vet att barnet tycker om. Ibland kan sådana intressen serveras på fat. Exempel: En 9-årig flicka sätter sig i op-stolen. Vid den rutinmässiga manuella avslappningen upptäcker tandläkaren rivmärken på barnets händer, han frågar om hon har katt vilket visar sig stämma. Under småprat om flickans katt görs allt i ordning för att laga en tand. Efter att ha testat att flickan tolererar alla instrumentljud (borr, vatten, sug o.s.v.) kan man säga något i stil med:

"Tycker du om din katt... (ja)brukar du leka med den ofta... (ja) hur ser den ut?... (beskriver katten)... . Om du blundar är det lättare att se hur den ser ut... (blundar)... kan du se katten nu? ... (ja)... det är bra... vad gör katten? ... (leker)... jaha ... då kan du ju leka med katten som du brukar göra hemma ... och under tiden lagar jag tanden ... när du hör att borren startar så här ... (borrar i luften) så ser du katten ännu tydligare... och du bryr dig inte så mycket om det som känns i tanden."

När barnet visualiserar, ser man små snabba ögonrörelser under ögonlocken (REM). Den anestetiska effekten varierar från obetydlig till mycket god. Oftast är den tillräcklig för mindre ingrepp och alltid utmärkt som komplement till lokalanestesi. Det fina med fantasileken är att den är snabb och går att variera i det oändliga.

### **Behandlingshierarki**

Alla tandläkare har väl en svårighetsgradering av behandlingsmomenten i bakhuvudet när de arbetar, kanske något i stil med:

Stol - lampa - spegel - sond - vaddrulle - sug - rtg - lågvarvsug (rör) - high speed - inj - extra - op ingrepp. Det är viktigt att man parallellt med avslappning och hypnos "placerar" barnet rätt i denna hierarki och att man tar allt i rätt ordning. Man får också vara uppmärksam på att vissa barn kan ha en "egen" hierarki. Ju tidigare i hierarkin det uppstår behandlingssvårigheter desto räddare är barnet. Liksom det i hypnosinduktionen är viktigt att iaktta och upptäcka hur en suggestion accepteras innan man ger nästa är det viktigt att iaktta barnet under behandlingens gång och se att det klarar en svårighetsgrad innan man går vidare med nästa. Upptäcker man "för sent" att barnet inte klarar ett visst behandlingsmoment kan rädslan få ett sådant "fäste" att det tar tid att bygga upp förtroendet igen. Därför bör man ligga ett steg före

hela tiden. För att klara barnet över en svårighet kan man ha som huvudregel att dela upp svårigheten i tillräckligt små delar och sedan desensibilisera barnet för delarna en i taget och i rätt ordning.

### **Spruträdsla**

Ett barn som vägrar bedövning har naturligtvis ett motiv för detta. Barnet berättar gärna om denna "hemska" upplevelse om tandläkaren frågar och har god kontakt med barnet. Äldre barn som vägrar bedövning har ofta någon dimmig minnesbild från en extraktion i förskoleåldern som vid närmare granskning mer gäller extraktionen än injektionen. Det är viktigt att ta reda på om rädslan gäller "sticket", sprutan (nålen) eller bedövningseffekten. Barnet bör uppmuntras att berätta så mycket som möjligt om sina tidigare "sprutupplevelser" dels för att få ur sig sina traumatiska upplevelser dels för att tandläkaren skall få en uppfattning om traumats art och intensitet. Välj rätt tillfälle! Börja aldrig lägga en bedövning innan barnet förstår varför d.v.s. se till att barnet får uppleva tillräckligt med smärta för att vilja slippa känna mer, men inte mer smärta än att förtroendet kvarstår. En annan förutsättning är att barnet är med på att ta bedövning. Det är egentligen här svårigheten ligger.

Exempel: Efter att ha pratat igenom barnets sprutupplevelser talar jag om, att jag har ett alldeles speciellt sätt att lägga bedövning som inte alls liknar det dom fått förut. "Jag skall visa precis hur man gör utan att använda någon spruta och det känns inte mer än ett litet tryck (trycker lätt på läppen)." Jag håller sedan fram tuben med ytanestetikum och fortsätter: "Här ser du en kaviartub men det är inte kaviar i den utan tandsömnmiddel. "Jag klämmer ut en sträng på en tamponpinne och barnet får sedan i patientspegeln se hur jag håller ut underläppen och trycker lätt där med tamponpinnen. Salvan får inte nämnvärd medicinsk effekt efter 2 min. men under den tiden berättar jag med alltmer sövande stämma för barnet hur salvan smälter och blir flytande och rinner in i läppen och gör läppen sömnigare och sömnigare ... läppen blir tröttare och tröttare tills den slutligen somnar så djupt att den inte känner någonting längre. För att demonstrera detta tar jag en sond, som barnet känner till från undersökningen, och ber barnet noga titta på när jag trycker den mot läppens insida så slemhinnan buktar ordentligt. "Se nu hur jag trycker den här mot läppen. Du känner ingenting, OK? ... titta så hårt jag trycker och du känner ändå ingenting." Barnet är nu så lättsuggererat, ytanestiserat och förundrat över denna mirakelsalva, att det gärna håller med om, att den kanske något slöa sonden är minst lika vass som en injektionsnål, "Om du inte kände när jag tryckte den här vassa grejen mot tandköttet kommer du inte heller att känna något av bedövningssprutan." Eftersom barnet accepterat allt jag tidigare, och med egna ögon upplevt att det är sant, accepterar det även denna suggestion. "Nu vet nu precis vad vi skall göra nästa gång du kommer, och då behöver du inte alls vara orolig för detta mer."

Jag brukar göra denna demonstration vid slutet av behandlingen, gången innan bedövningen skall läggas. Dels för att det är lättare för barnet att acceptera en demonstration utan bedövningsspruta, dels för att det är lättare att få barnet att acceptera bedövning efter denna demonstration och dels för att barnet behöver tid på sig för att smälta nya intryck. Är då detta att lura barnet? Inte när man vet att det går att lägga en bedövning smärtfritt. Dessutom säger jag alltid vid bedövningstillfället: "Om du gör som jag säger, kommer du bara att känna bedövningen som ett litet tryck."

Därmed blir allt dom känner beroende på hur dom följt mina instruktioner. Nästa gång barnet kommer är det inställt på att ta bedövning, men kan ibland vara oroligt ändå. Medan sköterskan gör i ordning sprutan slappnar jag av barnet med samma salvprocedur som förra gången. Mot slutet av "salvinduktionen" lär jag barnet en andningsövning. "Andas in ett djupt andetag ... djupare ... håll andan ... håll andan

... och släpp ut luften och slappna av ... bra ... precis så skall du göra när jag lägger bedövningen. Barnet tillfrågas först om det vill se sprutan eller inte. Om inte, ber jag barnet blunda. Medan jag fattar tag om sprutan ber jag barnet nu mer bestämt, att andas in djupt och hålla andan. Detta har flera fördelar - en lätt spänning byggs upp samtidigt som barnet blir helt immobiliserat. Nu läggs kanylen an mot slemhinnan, och efter att barnet på min nu mycket bestämda uppmaning påbörjat utandningen perforerar jag slemhinnan och stannar där. Börjar barnet konstra i detta ögonblick ropar jag högt: "Nu är det klart - nu är allt färdigt - det var väl skönt". Barnet slappnar omedelbart av. "Nu skall jag bara lägga tandsömnmedlet bredvid tanden". Resten av injektionen kan göras helt smärtfritt och med tillräckligt långsam injektionshastighet. Under injiceringens gång småpratar jag med barnet tills det är helt avslappnat sägande: "Titta nu ... du som var så rädd för sprutor... nu sitter du här ... helt lugnt... med en spruta i munnen ... och det gör inte alls ont ... och nu vet du att du aldrig mer behöver vara rädd för att ta bedövning ... jätteduktigt". Kommen så här långt har man verkligen fått lön för sin möda, men man bör akta sig för att "fordra" någon tacksamhet från barnet. Vinsten är just nu att det är *barnet* som varit duktigt. De riktigt svåra nålfobierna, oftast bland äldre skolbarn, känns igen just på den starka ångest de visar vid blotta tanken på bedövning. I korthet går behandlingen här ut på att med en noggrann anamnes som grund tillsammans med barnet konstruera en stigande svårighets skala som barnet först får visualisera under hypnos och sedan uppleva under hypnos. En sådan desensibilisering kan ta 5 behandlingar eller mer. De mer "normala" bedövningsvägrarna klarar man i regel med 2 behandlingar enligt ovan. Hypnos och avslappning är värdefulla hjälpmedel i barntandläkarpraxis men avslutningsvis vill jag även framhålla vikten av att vi ständigt tränar upp vår kliniskt manuella förmåga jämsides med det psykologiska omhändertagandet och integrerar dem med varandra. Barn har med sin känslighet för den nonverbala kommunikationen många gånger större förmåga än vuxna att avgöra om tandläkaren gör ett bra jobb. Ju mer man arbetar med hypnos och avslappning med sina patienter och med sig själv, desto större känsla får man för patientens och sina egna nonverbala reaktioner och därmed också bättre möjligheter att påverka relationen i behandlingssituationen.

### **Avslappning i skolan och suggestopedi.**

Är en skola som framför allt lär barnen att läsa, skriva och räkna felkonstruerad? Är skolans innehåll och uppbyggnad en av de viktigaste orsakerna till den vänstersidiga dominansen i vår kultur? Kirurgen Joseph Bogen, en av pionjärerna i hemisfärforskningen, har varit en av de ivrigaste förespråkarna för en mer "högerinriktad" skola. Det gäller inte bara ämnen som teckning och musik utan framför allt mer av vad han kallar "oppositional thinking", en träning i höger hjärnans sätt att behandla information och lösa problem, en betoning av de kreativa begåvningsfaktorerna.

Sven Setterlindska i det här kapitlet redogöra för ett projekt med syfte att få in avslappning som en naturlig del i den svenska skolan. Förutom effekter som

stressreduktion och förbättrad inlärning så kan avslappning utifrån modellen med ett "hemisfärisk skift" bidra till de mål för skolan, som Bogen och andra propagerar för. Jag har haft nöjet att under 6 år arbeta tillsammans med Sven Setterlind i detta projekt. Vi har båda glatt oss över det synnerligen stora intresse som finns för avslappning såväl bland elever som föräldrar och lärare. Vi är båda förvånade över de positiva effekter som dessa mycket enkla avslappningsprogram har gett. Resultaten av avslappningsförsöken har varit så goda att Sverige som förmodligen första land i världen har infört avslappning på skolschemat. I den nya läroplanen i gymnastik finns avslappning med som ett fristående delmoment. För att i någon mån tillgodose utbildnings behovet på lärarsidan har vi dels gått ut till skolorna med material om vad avslappning är och hur man kan träna avslappning, dels får varje blivande gymnastiklärare undervisning i avslappning. Kapitlets sista del redogör kort för Suggestopedi, som är den mest systematiska och bäst prövade tillämpningen av hypnotiska principer på inlärning.

### **Lars-Eric Uneståhl**

En viktig uppgift i dagens skola är att öka elevens hälsomedvetande. Detta kan ske genom att eleven skolas till en större medvetenhet om sin kropp och dess möjligheter och begränsningar. Häri ingår att lära sig lyssna till sin kropp och tolka dess signaler. Skolan tar idag allt större ansvar för att informera om nyttan av en allsidig kost, betydelsen av regelbunden motion och faran med beroendeframkallande medel. Överhuvudtaget betonas vikten av ett sunt levnadssätt. Man har däremot förbiset att upplysa om att det finns flera bra metoder genom vilka man kan förebygga och klara av den stress och överstimulering, som vårt komplicerade och lättstörda nervsystem ofta utsätts för. Avslappning i skolan skulle kunna rymmas under begrepp som psykisk egenvård eller mental friskvård och utgöra en viktig del av helheten i ett holistiskt friskvårdsperspektiv.

### **Bakgrund**

Intresset för avslappning i skolan väcktes i samband med den försöks verksamhet som bedrevs i Karlstads kommun med i gymnastik svag-motiverade elever läsåret 1970-71 (Setterlind, 1975). Denna gymnastik kallades för "specialgymnastik" och inom ramen för denna provades sporadiskt avslappning i några grupper.

Sedan 1972 har samordnad specialundervisning i gymnastik bedrivits på mellanstadiet i Karlstad och även här har avslappning förekommit på programmet. Eleverna har upplevt den positivt och man har registrerat gynnsamma effekter speciellt hos de rädda och ängsliga barnen men även hos dem som hade motoriska svårigheter (Setterlind, 1979). I samband med att SÖ började arbeta med att revidera den gamla läroplanen LGR-69 förlades åren 1974-76 en försöksverksamhet i gymnastik på låg- och mellanstadiet till några skolor i Karlstad.

Lärare och elever provade då avslappning i mindre skala och erfarenheterna från denna verksamhet finns redovisade i arbetsmaterialet "Det handlar om mig" (Liber förlag, 1976). I LGR-69 står det bl.a. att undervisningen i gymnastik skall medverka till elevernas allsidiga och harmoniska utveckling. I gymnastiken skall eleverna få tillfälle lära sig ett funktionellt och ekonomiskt arbetssätt så att de både kan röra sig rytmiskt och avspänt och uppfatta och kontrollera när de spänner sig i onödan inför en arbetsuppgift eller under ett arbete. I den nya läroplanen LGR-80 redovisas förslagen till gymnastik ämnets nya mål och huvudmoment. Under momentet hälsa, hygien och ergonomi finns avslappningsövningar med som ett fristående delmoment. Man talar också om behovet av och möjligheten till ett ökat kroppsmedvetande genom bl.a. avslappningsövningar.

### **Tidigare forskning.**



När det gäller forskning om barn och avslappning finns inte mycket dokumenterat. Systematiska försök i skolmiljö saknas nästan helt. Avspänning eller avslappning bedrivs emellertid sporadiskt på en del förskolor i samband med t.ex. rörelselek och skapande verksamhet. På grundskolans låg- och mellanstadium använder vissa lärare avslappning i både gymnastik- och klassrumssammanhang. På hög-stadiet och gymnasiet förekommer också avslappningsövningar sporadiskt i ämnena gymnastik och svenska (dramatisk verksamhet). Lärarna saknar dock ännu adekvat utbildning i att undervisa i avslappning. I det följande skall beröras några forskningsområden som ur olika infallsvinklar behandlar barn och avslappning.

### **Avslappning och kroppsmedveten**

Under den senaste tjuugoårsperioden har många forskare sysselsatt sig med att undersöka orsakerna till motoriska problem och konsekvenserna av dessa för inlärningen och anpassningen i skolan. En allvarlig brist är att flertalet av dessa teorier och metoder tillämpas utan att vara grundade på experimentella forskningsresultat som visar deras effektivitet. Av de olika metoderna är Frostigs (Frostig & Maslow, 1970) den mest strukturerade (Setterlind, 1975).

Ahlin och Johansson (1975) har prövat Frostigs träningsprogram "Move, Grow, Learn" (Frostig & Horne, 1968) och det motoriska diagnosinstrumentet "Frostig movement skills test battery" (Orpet, 1972) och fann dem vara mycket mycket användbara för träning i förskole- och lågstadiegrupper. Materialet visade sig vara lämpat för de "klumpiga barnen" eftersom det är speciellt inriktat på sensorisk-motorisk utveckling. Frostig påpekar att träning av sensorisk-motoriska funktioner påverkar barnets totala utveckling. Följande träningsfaktorer ingår i "Move, Grow, Learn":

Kroppsutfattning, koordination, vighet, styrka, balans, flexibilitet och kreativitet. Vissa övningar är av särskild stor betydelse för kroppsutfattningen och däribland nämns avslappningsövningar, som alltså ingår regelbundet i träningsprogrammen.

### **Hypnos och barn**

Eftersom hypnos kan ses som ett förändrat medvetandetillstånd, karaktäriserat av en ökad koncentration och inlevelse, så kan barn med sin stora föreställningsförmåga lätt komma in i hypnosliknande tillstånd. Upprepade studier (Stukått, 1958; London, 1962; Barber & Calverley, 1963; Moore & Lauer, 1963) har visat att barn har en speciellt hög mottaglighet för suggestioner och hypnos från åldrarna 8-9 år upp till 12-13 år. Några könsskillnader har man inte funnit. De vanligaste tillämpningarna är de kliniska. Ambrose (1968) menar, att hypnos utgör ett mycket effektivt bidrag vid behandling av barn. Genom behandling av muskelspänningar, ångslan och osäkerhet har många andra besvär som enures, stamning, tics m.m. också försvunnit. Behandlingen går inte i första hand ut på att eliminera symptomen utan att stärka barnet och ibland hela familjen med allmänt lugnande och jagstärkande suggestioner.

Karin Thorén (1970) i Göteborg har i många år arbetat med hypnos på skolbarn med problem av typ oro, dåligt självförtroende, skolk och koncentrationssvårigheter. Tillvägagångssättet har varit omstritt bl.a. på grund av den starka styrningen och inriktningen på symptom eliminering.

Som psykolog vid Skolpsykiologbyrån i Göteborg har Ben-Menachem (1975) arbetat med metoder som familjeterapi, beteende modifikation och klientcentrerad terapi. Hypnos och avslappning spelar också en betydande roll i hans dagliga kliniska arbete med barn. Metoden går ut på att tillsammans med barnet, läraren och föräldrarna konstruera de suggestioner som skall leda till ett förändrat beteende.

Många psykologer och terapeuter arbetar med hypnos vid läs- och skrivsvårigheter. Illovsky (1963) använde grupphypnos på tio av de barn, som hade sämst läsförmåga vid en psykiatrisk klinik. Han fann att hypnos med suggestioner förbättrade läsförmågan. Nio pojkar i åldern 8-15 år behandlades av Krippner (1966), som fann att läsförmågan

blev bättre efter behandling med hypnos. Andra positiva effekter var minskad spänning, ökad koncentration och motivation vid studier samt bättre stavningsförmåga. En kombination av föreställningsträning och suggestioner under hypnos använde Jampolsky (1970, 1973) och fick även han goda resultat vid behandling av barn med lässvårigheter.

### **Autogen träning i skolan**

Under de sista åren har ett växande antal studier om autogen träning pekat på användningen av psykofysiologisk avslappning inom det pedagogiska området. Lärare och elever i olika åldrar, vilka lärt autogen träning för icke-utbildningsmässiga syften, har rapporterat effekter som även påverkat utbildningen positivt (Luthe & Schultz, 1969). Forskning som direkt eller indirekt berör skolan har gjorts av bl.a. Harlem (1975), som fick förbättringar av de akademiska prestationerna hos amerikanska high-school studenter. Minskning av tentamensnervositet hos kanadensiska, amerikanska och tyska studenter fann Bauer, Wetta och Durand de Bousingen (1965) och Snider och Oetting (1968). Även i Sovjet har man använt autogen träning men då i första hand på neurotiska skolbarn (Kalininsky, 1974).

Brogren och Uneståhl (1973) har använt muskelavslappning på mellanstadieelever för att behandla symtom som koncentrationssvårigheter, ängslan och beteendestörningar. Avslappningsövningarna kombinerades här med suggestioner om lugn och ökad koncentrationsförmåga. De objektiva testen (DBA 8 Addition och DBA 10 Högsta tal) påvisade inga förbättringar. Däremot visade skattningar och enkäter på positiva effekter.

Dessa visade sig i att eleverna kände sig lugnare, gladare och mer säkra på sig själva. Lärarna uppgav att flertalet elever verkade lugna när de återvänt efter avslappningsövningarna och att effekten funnits kvar någon timme.

### **Försöksverksamhet i Karlstad**

Det finns åtskilliga fördelar med att lära sig avslappning i tidig ålder. Den naturliga avslappning som barnet har från början, men som under uppväxtåren reduceras eller försvinner, kan lättare läras in på nytt vid unga år. Inläringen av avslappningen är då oftast inte kopplad till de speciella problem, t.ex. fobier, smärta, oro och ångest, som senare i livet ofta utgör motivet att träna avslappning.

För att se hur avslappning på ett naturligt och systematiskt sätt kan komma in i skolans undervisning startade författaren hösten 1975 i samarbete med L-E Uneståhl vid Högskolan i Örebro, en pilotstudie på en mellanstadieskola i Karlstad. Samtliga elever i årskurserna 4, 5 och 6 (ca 300) deltog i försöket, som varade i sex veckor. Gymnastik timmarna avslutades med avslappning under drygt fem minuter, där innehåll och presentationssätt varierades. Avslappningsprogrammen var inspelade på kassetband. Syftet med försöket var att se i vilken utsträckning man kan lära elever på mellanstadiet avslappning, mäta deras upplevelse och intresse för avslappning samt utpröva lämpligt program för dessa ålderskategorier. Vidare undersöktes om kön och ålder har någon betydelse för upplevda effekter av avslappning och intresset för fortsatt träning. Resultaten finns redovisade i en rapport från Högskolan i Örebro (Setterlind & Uneståhl, 1977). Resultaten visar att den allmänna inställningen till avslappnings träningen blev synnerligen positiv. Mellan 80 och 90% upplevde träningen som både trevlig och skön. Tre fjärdedelar av eleverna ville ha avslappning på två eller fler gymnastiktimmor i veckan. Hälften ville också utvidga träningen till andra ämnen än gymnastik. Många förändringar i kroppsupplevelse och känslor inträffar under avslappningen, 70 % anger att det känns bra också efteråt och en fjärdedel av eleverna menar att den känslan sitter i hela dagen.

Bland mer långsiktiga effekter kan nämnas att ungefär hälften har upplevt att det går lättare att arbeta i skolan och att koncentrationsförmågan har ökat medan över

hälften upplever att de blivit allmänt lugnare, gladare och säkrare. Över 60 % har försökt att praktisera avslappning hemma. Var fjärde elev tränade regelbundet avslappning på fritiden. Bland könsskillnader kan nämnas att medan flickorna mindre ofta blir lättskrämda eller ledsna så uppger pojkarna att de inte så ofta som förr får huvudvärk, magont o.d. Sammanfattningsvis kan sägas att undersökningen har visat att en systematisk avslappningsträning av mellanstadieelever har givit förvånansvärt positiva effekter med tanke på det korta och enkla programmet och den begränsade tid som avslappningsträningen pågått. Ytterligare två rapporter föreligger. Del II behandlar erfarenheter av fortsatt avslappningsträning i både klassrum och gymnastiksal (Setterlind & Uneståhl, 1977) och del III lärares och föräldrars synpunkter på elevernas avslappningsträning (Setterlind, 1978). Resultaten visar på överraskande goda effekter och inställningen till fortsatt avslappningsträning är mycket positiv inte bara hos eleverna utan även hos föräldrar och lärare.

### **Fortsatt forskning**

Det har upplevts som angeläget att få utpröva avspänning och avslappning även på grundskolans högstadium och i gymnasiet, varför ett projekt kallat "Spänningsreglerande tekniker och deras tillämpning i skolan" startades hösten 1979. Forskningsprojektet finansieras av Riksbankens jubileumsfond och är förlagt till institutionen för praktisk pedagogik vid Göteborgs universitet, (Setterlind & Patriksson, 1981). Syftet med projektet är att utarbeta och utvärdera metoder för mental träning för elever på högstadiet och gymnasiet. En målsättning är att, utifrån tidigare pilotstudier, utpröva effektiva spänningsreglerande tekniker. I projektet ingår också en riksrepresentativ studie över gymnastiklärarnas inställning till momentet avslappning. Vidare undersöks, vilka utbildnings- och fortbildningsbehov som, på detta område, finns hos lärare och övrig elevvårdande personal. Projektet vill bidra med ökade kunskaper om metoder för mental friskvård och mental profylax. Genom metodernas allmänna stressreducerande effekter när eleverna förhoppningsvis en ökad kroppsuppfattning, större självinsikt och ett ökat psykiskt och kroppsligt välbefinnande. Projektet vill också ge förslag på utbildningsprogram för olika lärarkategorier. Forskningsprojektet rör ett område där mätmetoderna hittills varit bristfälliga och haft låg validitet.

En del av forskningen kommer därför att ligga på metodutveckling. I huvudundersökningen har eleverna i experimentklasserna (300 elever i två årskurser på högstadiet resp. gymnasiet) under gymnastiklektionerna höstterminen 1979 genomgått ett träningsprogram i avslappning. Utprövningen omfattar såväl kort- som långsiktiga effekter av upplevelse, somatisk och beteende genom i första hand enkäter.

Dessutom har djupintervjuer gjorts. Ett antal fysiologiska variabler (andnings- och hjärtfrekvens, blodtryck, laktathalt och katekolaminer) har ingått i en specialundersökning under hösten 1980 på ett urval elever för att registrera avslappningseffekter och återhämtningseffekter efter fysisk ansträngning. Olika uppföljningsundersökningar har genomförts under vårterminen och höstterminen 1980 för att bl.a. registrera mer långsiktiga effekter samt generaliseringseffekter till andra ämnen och situationer. Projektet kommer att slutredovisas under år 1982/ 1983. Många barn har behov av speciell handledning lagd på en mer individanpassad nivå. Det vore därför önskvärt med forskning där en mer styrd och tillämpad avslappning, applicerad på barn med särskilda behov, prövas i grundskolans specialundervisning. Avspänning och avslappning kan också komma att bli ett viktigt hjälpmedel i det pedagogiska utvecklingsarbetet. Som exempel kan nämnas suggestopedin, där ett av de viktigaste momenten är just avspänning. Ett annat viktigt område är de tankar och åtgärdsförslag som fötts ur den framväxande vetenskapen om att skolan hittills ensidigt

uppmuntrat de funktioner, som antas vara lokaliserade till vår vänstra hjärnhalva (Bogen, 1975; Krashen, 1975; Gazzaniga, 1975). Starka indicier finns redan att avslappning aktiverar funktionerna i den icke-dominanta hjärnhalvan med en större jämvikt och synkronisering av hemisfärerna som följd (Uneståhl, 1979).

### II. Suggestopedi

Inläring är både en medveten och undermedveten process. Om man skapar en psykiskt stimulerande miljö kring själva inläringssituationen ökar elevens förutsättningar att tillgodogöra sig ett kunskapsmaterial. Eleven måste uppfatta inläringssituationen som något positivt för att han inte undermedvetet skall blockera sig mot kunskapsstoffet. Så skulle man förenklat kunna sammanfatta förutsättningarna för den inlärningsmetod, suggestopedin, som utarbetats av den bulgariske läkaren och psykiatern Georgi Lozanov (Setterlind, 1979). De försök som tidigare har gjorts för att förfina inlärningsprocessen har oftast gett dåliga resultat och ökat tröttheten, ledan och likgiltigheten hos eleverna, påpekar Lozanov vidare.

Inläringen misslyckas inte bara med att skapa god kunskapseffekt utan också med att åstadkomma en absolut nödvändig medicinsk och mentalhygienisk effekt, (Berglund, 1976). Enligt Lozanov glömmar man allt som oftast att undervisning är en växelverkan mellan individen och omgivningen. Vi lär oss av och för en omgivning i vilken vi skall leva och verka. Det är därför nödvändigt att skaffa sig en bättre kunskap om individ och uppfostrings processen. En människa är ingen cybernetisk robot. Ett antal omedvetna, emotionella och intuitiva faktorer influerar sättet på vilket man behärskar sin kunskap i olika avseenden. Ett sådant globalt närmande till personligheten kan lösgöra ytterligare reserver och skapa hög motivation. Man kan iakttä detta inom psykoterapin. Ett antal fenomen i psykoterapin ser för lekmannen ut som mirakel. De är emellertid i högsta grad verkliga. De visar å ena sidan kraften hos en välorganiserad kommunikation, å andra sidan vilken kapacitet som varje individ är i besittning av. I modern pedagogik är dessa psykoterapeutiska möjligheter välkända. Att bygga upp ett undervisningssystem i överensstämmelse med både psykologi och psykoterapi kan kanske hjälpa oss att tackla komplexet undervisning - uppfostran - mentalhygien. Suggestologi är enligt Lozanov (1979) vetenskapen om hur man kan frigöra och stimulera hela personligheten och på så sätt utveckla och utnyttja mänskliga reservkapaciteter.

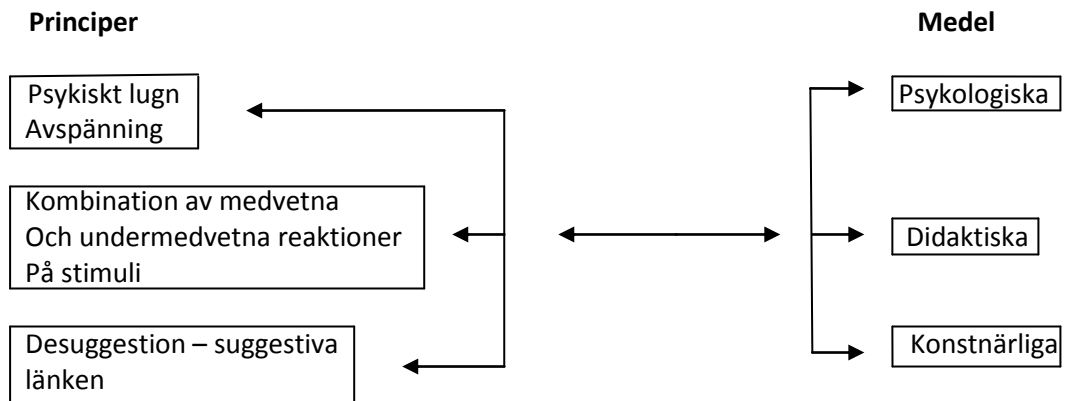
Suggestopedi är då följaktligen suggestologins tillämpning i undervisnings- och inlärningsprocessen, som tidigare nämnts.

Suggestion förekommer i varje kommunikativ process och är speciellt intensiv och välorganiserad inom olika konstarter. Även inom undervisning förekommer suggestion men lämnas där ofta outnyttjad av läraren.

För att bättre utnyttja de funktionella reserverna bör man ta vara på kunskaperna från psykoterapin och en del psykofysiologiska lagar. Psykoterapin är en vetenskap, som inte har förutfattade meningar om begränsad mänsklig reservkapacitet (Landahl, 1979). Idag utnyttjas inte resurserna hos personligheten på ett sätt som motsvarar de genetiska möjligheterna, säger Lozanov.

Fysiologer hävdar att vi bara utnyttjar en del av vår hjärnkapacitet. Lozanov menar att vår hela kapacitet inte tas i anspråk därför att vi påverkas av en mängd signaler från vår omgivning som begränsar oss och gör oss osäkra och ängsliga (Landahl, 1978). Det är med andra ord psykologiska faktorer och sociala relationer som begränsar en aktivering av hela personligheten. Inom desuggestiv - suggestiv kommunikativ psykoterapi har man observerat att reservkapaciteter hos personligheten kan utnyttjas om man närmar sig personligheten på olika sätt samtidigt, d.v.s. att man utnyttjar alla de kommunikativa kontaktvägar som normalt påverkar individen. Vilka är då principerna och medlen i Lozanovs undervisnings metod? Nedanstående uppställning,

som är hämtad ur Arthe och Berglunds rapport (1977) om Lozanovs pedagogiska system, ger en bra bild av suggestopedins grundstenar om än i schematiserad form.



Varje princip är således kopplad till samtliga medel och fungerar i intim relation till varandra under hela inlärningsprocessen. Här nedan följer kortfattat några kommentarer till principerna och de tre grupperna av medel, som anses vara verksamma inom suggestopedin, (Berglund & Svedmark, 1976).

### Första principen: Avspänning och glädje

Denna princip återfinns även hos andra metoder men är här grunden för hela det pedagogiska systemet. Den innebär att man hos eleven skapar en psykisk ro eller avslappning. Det är inte fråga om avslappning av muskler eller liknande former, som används i den kliniska psykoterapien, utan snarare ett emotionellt lugn, som gör att eleven upplever inläringen och undervisningssituationen som någonting angenämt - en mental avslappning avspänd koncentration.

### Andra principen: Undermedvetna stimuli

Eleverna ska samtidigt ges information på såväl det medvetna som på det undermedvetna planet. Kombinationen av medvetna och undermedvetna reaktioner på stimuli innebär att stoffet bjuds i stora enheter enligt holistiskt mönster.

Informationen till eleverna ges både syntetiskt och analytiskt, eftersom man anser att hjärnan arbetar på båda sätten. Informationen skall alltså innehålla besked om helheten och delarnas betydelse för helheten. Man åstadkommer redan vid första presentationen av det stora nya stoffet en medveten aktiv kunskap men också samtidigt en undermedveten passiv.

### Tredje principen: Desuggestiva suggestiva länken

Genom att samordna pedagogiska - psykologiska och psykosociala faktorer, som alltid samverkar i en undervisningssituation på ett sådant sätt att eleverna upplever inläring som positiv, stimulerande och engagerande utnyttjas den desuggestiva suggestiva länken. För att förverkliga principen om de suggestiva interrelationerna mellan mottagare och sändare (principen om den suggestiva länken) fordras att inlärningsprocessen går till på ett sådant sätt att ömsesidiga relationer liknande dem i gruppterapeutiska övningar skapas. Dessutom krävs att de s.k. desuggestiva frigörande, avbetingande) och suggestiva (stimulerande, förstärkande) faktorerna samordnas. De tre grupper av medel som knyts till principerna är psykologiska, didaktiska och konstnärliga.

### Psykologiska faktorer

Lozanov talar här igen om kommunikationens andra plan. Läraren tränas således att använda sin röst, mimik och sina gester etc. samt att agera i olika samspelssituationer

med eleverna. Han skall på ett psykologiskt terapeutiskt sätt kunna bemöta eleven, som avger felaktiga svar, som är på dåligt humör eller visar andra reaktioner. Läraren fungerar aldrig tillrättavisande på ett för eleven obehagligt sätt utan hjälper i stället till att finna de rätta svaren eller att fylla i de rätta orden. Man finner i undervisningssituationen ett öppet och harmoniskt förhållande där läraren försöker visa eleven vad han kan, snarare än att peka på bristerna.

### **Didaktiska medel**

Beroende på att man ger eleven ett betydligt större och annorlunda strukturerat stoff (enligt helhetsprincipen) måste också undervisningsmaterialet bearbetas till betydligt större enheter. Mycket arbete läggs ner på förberedelse och utarbetande av läromedel, som innehållsmässigt ligger nära vad eleverna, beroende på t.ex. ålder, kan vara intresserade av.

### **Konstnärliga uttrycksmedel**

Att man använder avslappnande musik har redan påpekats. Detta har sina rötter i en flerårig forskning kring musikens hjärnfysiologiska inverkan. Det vakna viloläget kan bl.a. åstadkommas genom viss musik, som bidrar till en form av psykisk avspänning och som också anses aktivera den icke dominanta hjärnhalvan. Barockmusik används ofta, gärna i 60-takt. Dramatiseringar, lekar och rollspel är andra konstnärliga medel som följer på stoffpresentationen.

### **Slutord**

Suggestopedin har börjat väcka allt större uppmärksamhet och intresse även utanför Bulgariens gränser. I USA och Kanada har metoden också givits namn som "Accelerated learning", "Super-learning" m.m. I Sverige har både Skolöverstyrelsen och Svenska Hypnosföreningen arrangerat seminarier och kurser med Lozanov. En del svenska lärare har också varit i Bulgarien för att studera undervisningen i några försöksskolor. Även om en modifiering av metoden till svenska förhållanden skulle innebära att höjningen av inlärningskapaciteten inte blir lika dramatisk som i rapporterna från Bulgarien finns det så många sympatiska drag och positiva effekter hos metoden, att den, i modifierad form, varmt kan rekommenderas också för den svenska skolan.

## **Hypnos och skapande**

Ett hittills förvånansvärt bortglömt område är tillämpningar av hypnos på skapande. Utifrån modellen av hypnos som ett hemisfäriskt skift med aktivering av högersidiga, artistiska och kreativa funktioner (kap. 6) borde konst, musik, författarskap och kreativ problemlösning vara några av hypnosens naturligaste tillämpningsområden.

### **Referensram och realitetstestning**

En minskning eller förlust av referensramen eller den "allmänna realitetsorienteringen" är inte bara en grundläggande aspekt av hypnos utan en viktig förutsättning för kreativa processer. Referensramen kan ses som en mental superstruktur, som testar verkligheten utifrån våra tidigare erfarenheter. Den ordnar tillvaron genom att tolka och ge mening åt sinnesintrycken på ett snabbt, automatiskt och energibesparande sätt. Samtidigt skapar den starka begränsningar av vår

verklighetsuppfattning. Eftersom våra sinnesorgan inte har nog kapacitet för att ta emot alla de intryck som strömmar emot oss, sker ett urval utifrån våra subjektiva värderingar, intressen, behov och förväntningar. Dessa faktorer, som alla ingår i referensramen, är baserade på tidigare erfarenhet.

Barns kreativitet, suggestibilitet och förmåga till trance och inlevelse i föreställningar beror bl.a. på att realitetstestningen är begränsad. Referensramen är under uppbyggnad. Allteftersom barnet blir äldre blir erfarenheterna mer konventionaliserade och verbalt grundade. Man börjar reducera sina erfarenheter för att de ska passa in i språkets stereotypa dimensioner. I den i normalt medvetande alltmer dominerande referensramen ingår inte bara våra upplevelser utan också den verbala tolkningen och beskrivningen av upplevelserna. Språket anpassar oss till den befintliga världen men hindrar oss samtidigt att uppleva det som finns utanför vår subjektiva verklighet. Även för en poet kan det största problemet enligt Schacktel (1959) vara frestelsen med språket.

### **Kreativitet**

Kreativitet innebär att se saker på ett nytt sätt - att generera nya former, som förändrar perceptionen av omvärlden. Detta innebär att kunna gå utanför ramen för det direkta, logiska tänkandet. Logik och realitetstestning innebär att utifrån vissa förutsättningar komma fram till slutsatser genom att följa lagarna för tänkandet. För att också få med icke konventionella lösningar måste referensramen avlägsnas. Detta sker i alternativa medvetandetilstånd som hypnos, meditation, sömn och dröm men också när man kan släppa eller minska den kognitiva kontrollen. I sådana kreativitetshöjande metoder som "brain-storming" är det förbjudet att tänka först och tala sedan. Istället talar man först d.v.s. man associerar, "spånar" högt utan att lägga några som helst värderingar på det som kommer. Värderingen kommer in först i ett senare skede. Kreativa människor sysslar mer än andra med meditativt, fritt tänkande, de är nonkonformistiska och har hög tolerans för osäkerhet. Mottagligheten för hypnos uppvisar signifikanta samband med kreativitet. Sambandets storlek varierar beroende på kön och på vilket kreativitetsmått som användes. Bowers (1971) erhöll signifikanta samband för kvinnor men ej för män. Eftersom de tillgängliga kreativitetstesten framför allt mäter stimuliinitierade responser, tolkar han resultaten så att män har en typ av kreativitet som är baserad på impulsinitierade föreställningar, medan kvinnornas responser är mer stimuliinitierade.

### **Undersökningar**

Som exempel på undersökningar om kreativitet och hypnotiska processer kan nämnas de som använt sig av projektiva test, t.ex. Rorschack. Bland mått som visat samband med kreativitet kan nämnas primärprocesser och en effektiv integrering av dessa samt förmågan att koordinera fantasi och realitet (M-rörelser). Rorschacks adaptiva regression eller det som i hypnossammanhang ofta kallas "regression i jagets tjänst" eller "atavistisk regression" (Meares, 1961) visar samband både med "tolerans för ovanliga erfarenheter" och "förmågan att integrera primärprocess material i en realistisk och acceptabel form". Dessa mått är inte bara relaterade till hypnos och kreativitet utan också till uthålligheten i sensorisk isolering och effekterna av Zenmeditation (Maupin 1965). När realitetstestningen minskar blir det svårare att avgöra i vilken utsträckning som fantasin är relaterad till objekt i yttrevärlden. Det sker en nedbrytning av de vanliga gränserna mellan jaget och objekten, en slags sammansmältning av in- och utsidan. Denna "depersonaliseringsprocess" kan vid

enstaka tillfällen åtföljas av ett plötsligt ångestutbrott Sammansmältningen av in- och utsida förekommer också i Piagets beskrivning av barns perception. Nappen är detsamma som själva sugandet. Objektet blir en del av personen. Bland andra samband kan nämnas att:

- avsaknad av kroppsrörelse minskar realitetstestningen
- en analytisk tankeverksamhet ökar ögonrörelsefrekvensen och minskar pulsnivån
- icke dirigerad, fantasidominerad tankeverksamhet minskar ögonrörelserna och ger vilopuls
- framtagande av tidigare fantasimaterial ökar både ögonrörelser och pulsnivå.

Primärt och sekundärt tänkande, direkt uppmärksamhet och icke riktad fantasi kan ses som 2 alternativa sinnestillstånd eller som samtidigt fungerande processer.

Hilgard (1962) skiljer på:

1. fusion, där båda typerna av tänkande sammansmälts i olika proportioner och 2. oscillering, snabba skift, där varje del fortfarande är distinkt och intakt.
- Singer (1966) menar att fantasi utgör en kontinuerlig bakgrund till allt vi gör, men vi märker den först när uppmärksamheten på de yttre stimulikällorna avtar.

### **Kreativitet och hypnos**

Det finns stora likheter mellan det ideala prestationstillståndet (IPT) i idrott och på områden som musik och konst. På samma sätt som idrottsmän beskriver detta tillstånd som tranceliknande (kap. 30), så tycks de inspirerade ögonblicken hos konstnärer och artister ha definitiva trancekvalitéer. Det är därför naturligt att fråga sig om en hypnosträning kan öka kontrollen över och frekvensen av en persons skapande ögonblick. Inte minst viktigt är detta för konstnärer, vars utkomst är beroende av att "inspirationen" inte kommer alltför sällan eller för artisten, som behöver den vid ett visst klockslag varje kväll. Innan vi granskar detta närmare låt oss titta närmare på några aspekter i den kreativa processen. På samma sätt som goda idrottsprestationer bygger på en kombination av målprogrammering och automatiserade processer, så bygger också kreativt skapande på växlingar mellan å ena sidan kontrollerat tänkande, planering problemidentifiering och målprogrammering och å andra sidan primär process, fantasi och icke riktat tänkande. Här är ytterligare några exempel på skillnaden mellan:

1. det analytiska, vertikala, konvergenta och selektiva tänkandet och
  2. det syntetiska, laterala, divergenta och generativa tänkandet.
1. - väljer ut en väg bland flera.
  2. - Öppnar så många alternativa vägar som möjligt.
1. - Rör sig bara om det finns en riktning.
  2. - Rör sig för att hitta en riktning.
1. - Tänkandet är stegvist, där ett nytt steg bygger på det föregående.
  2. - Tänkandet gör ofta "ologiska" hopp.

De flesta använder sig fortfarande av Wallas (1926) uppdelning av den kreativa processen i 4 stadier:

- I. Förberedelse.
- II. Inkubation.
- III. Idé.



#### IV. Värdering.

##### I. Förberedelse

Denna fas omfattar sådana moment som problemidentifiering, insamlande och analys av data och en första prövning av alternativa lösningar. Kreativa människor väljer ofta ut problem där lösningen är viktig och svår, men inte omöjlig. En första åtgärd bör vara att formulera problemen, gärna skriftligt. Edison brukade ofta, innan insomnandet, göra upp en lång lista på de problem han ville ha lösta under natten.

Om problemen är sådana att man vet målet men inte vägen dit (t.ex. beteendeförändringar) vill jag föreslå att man under hypnos programmerar in en konkret bild av målet för att sedan kunna använda sig av våra inbyggda och automatiska målsökande mekanismer.

Motivationsaspekten av kreativitet har ofta förbisetts men är säkert mycket viktig. Om man kan dra paralleller med idrottsidan skulle både låg och mycket hög motivation sänka den kreativa prestationen. Hög motivation där man är ivrig att snabbt komma fram till en lösning stör den kreativa processen. De hypnostekniker, som ska hjälpa en idrottsman att nå en optimal motivationsnivå (kap. 30) bör därför även kunna användas i samband med kreativitet och skapande.

##### II. Inkubations och III. Idé – fasen

När alla förberedelser är gjorda kan den medvetna delen inte göra mycket mer än att överlämna resten åt sin inre kollega. Detta är ofta den svåraste delen eftersom vi inte är vana att arbeta på det sättet. Om vi blockeras för ett namn vill vi gärna fortsätta att anstränga oss trots att vi vet att namnet dyker upp fortare om vi ger en "order" och sedan tänker på annat. Kreativitetsforskare koncentrerar sig nästan alltid på förberedelse och värderingsstadierna men har mycket svårt att förklara vad som egentligen sker under inkubations- och idéfasen. Första delen kan bestå av konsolideringsfas. Alla studenter vet att istället för att läsa timmarna innan examen är det bättre att läsa kvällen före och sedan "sova på" materialet. Att "sova på saken" är ett ofta använt uttryck, när problem uppkommer. Det belyser det faktum att den kreativa processen under inkubations- och idéfas tycks gynnas av ett alternativt medvetandetilstånd. Här följer några exempel på detta:

**Sömn:** När vi i slutet av 60-talet bedrev sömnforskning vid psykologiska institutionen i Uppsala ringde en man dit och ville bli undersökt. Han hade vaknat en morgon, ett halvår tidigare, vid att det låg en dikt vid sängen. Han brukade inte skriva dikt och han kände inte igen innehållet, men eftersom han var ensam i sängen förstod han att han måste vara författaren. Han slutade beskrivningen med: "Nu har jag en hel diktsamling, som är skriven på det sättet."

Det finns en hel del vetenskapsmän som använder sig av nattsömnen för att få idéer eller lösa problem. Walter Scott sade ofta till sig själv när han saknade idéer: "Det spelar ingen roll, jag har dem klockan sju imorgon bitti". Den ryske vetenskapsmannen Bechterejev har också beskrivit hur han fick många av sina idéer på natten. Kekules upptäckt av hemligheten med benzen - molekyl, vilket gav honom Nobelpriset, skedde under sömnen. Även så med Otto Loewis nobelprisvinnande upptäckt. Möjligheten att mer målinriktat använda sömnen för att lösa allmänna och personliga problem finns naturligtvis för alla människor. Det förutsätter dock att man förbereder sig på rätt sätt och att man fångar upp idéerna när de kommer. Idéer liksom drömmar försvinner ur det medvetna minnet om man fortsätter att sova efter idén/drömmen. Därför vill jag föreslå följande:

**1.** Använd den i boken beskrivna tekniken med signalutlösta post-hypnotiska effekter. Gör en hypnotisk inprogrammering av uppvaknande och bind detta till signalen: En idé eller problemlösning.

2. Ha alltid penna och papper eller bandspelare vid sängen för att snabbt kunna dokumentera idén. Lär dig att göra detta så automatiskt som möjligt för att underlätta insomnandet.

### **Automatiserade tillstånd**

Alla bilförare har säkert någon gång upplevt hur man kört en lång sträcka utan att efteråt minnas var man kört. Ändå kommer man dit man avser. Dock inte alltid. Jag sätter mig ibland i bilen för att åka ner till centrum och så plötsligt märker jag att jag svänger upp framför universitetet. Vad har hänt? Jo, när jag börjar köra och automatiken tar över så styrs automatiken av de befintliga målprogrammeringarna. En stark sådan är: Sätta sig i bilen - åka till universitetet. Som vi givit exempel på många gånger i denna bok är det viktigt att ha de rätta målprogrammeringarna (bilder av vad som ska hända och bilder av sig själv) för att kunna påverka alla automatiserade processer i rätt riktning. Detta gäller som vi sett också den kreativa processen. Förutom att använda sig av en stunds landsvägskörning för att få idéer eller uppnå spänningsreduktion finns det många andra automatiserade beteenden att ta till. Albert Einstein fick många av sina bästa idéer medan han rakade sig på morgonen och själv upplever jag duschen som en god idégivare. Att monotona distansprestationer, typ jogging och maratonlöpning, blivit så populära beror ju till stor del på de mentala effekterna. I en undersökning av tävlings och motionslöpare (Uneståhl, 1981) upplever 70 % att man ofta eller alltid får idéer under löpträningen. Nästan lika många upplever att problem löses och att spänningar minskar. Enligt Martindale (1975) ökar de flesta människor sin alfa aktivitet när de slappnar av och minskar den när de arbetar med ett problem. Kreativa människor har dock förmåga att öka sin frekvens av alfa även när de arbetar med en uppgift, speciellt en imaginär sådan. Frekvensen av alfa vågor ökar dock hos alla människor i samband med insomnandet. Långt innan man kunde mäta EEG så hade Nancy-skolan, som byggde mycket på självhypnos och självsuggestioner, upptäckt att suggestioner innan insomnandet hade en speciellt god effekt. De rekommenderade alla att varje kväll upprepa frasen: "För varje dag känner jag mig bättre och bättre på alla sätt". Ernst Rolf gjorde förresten en odödlig schlager av deras slogan. Walt Disney fick sina bästa idéer under sömlösa kvällar och nätter. Skulle insomnandet dröja så kom ihåg att detta mellantillstånd mellan sömn och vakenhet tycks vara ett utmärkt tillstånd för den kreativa processen.

### **IV. Värdering**

När idéerna och problemlösningarna har analyserats, värderats och realitetstestats kan de ibland behöva en avsevärd modifiering medan de vid andra tillfällen visar sig vara kompletta och fullständiga. Jag har konstnärsvänner som efter en "inspirerad" produkt arbetat hårt och kritiskt utan att hitta något som behövde förbättras. Även om man själv är övertygad om en idé eller produkts kvalité kan det vara svårt att övertyga andra. Det finns ett naturligt motstånd mot nyheter och speciellt kreativa sådana. Det tog t.ex. Columbus 14 år att "sälja" sin föreslagna resa. Wells använde lustgas vid tandutdragning redan 1844 men den medicinska expertisen betraktade idén som humbug. Penicillin beskrevs redan 1929 men ingen följde upp förrän efter 4 år. Xerox kopieringsprincip fanns tillgänglig under 4 år innan man hittade en villig finansör. När Bell först bjöd ut sin telefon till försäljning förkastades den med motiveringen "Det finns inget behov av något sådant".

### **Hypnos för artister och konstnärer**

Som en inledning till detta avsnitt överlämnar jag pennan till Arne Mellgren. Förutom

sitt arbete med hypnoterapi inom förlossningsvård, gynekologi och sexuologi har Arne Mellgren också lång erfarenhet av tillämpningen av hypnostekniker på konstnärligt skapande. "Det förekommer inte så sällan att sångare, skådespelare och instrumentalister klagat över oro, ångest, koncentrationssvårigheter, depression och andra komplikationer som kan försvåra det konstnärliga uppträdandet på scenen. Ibland kan problemet vara att dämpa en rampfeber och ibland att hjälpa någon som förlorat tron på sig själv och sitt eget kunnande. Sedativa är inte särskilt lämpade, ger man för mycket blir dämpningen för stor och ger man för lite får man ingen effekt på den aktuella problematiken. Frågan har då uppkommit om man genom hypnoterapi skulle kunna ge ökad säkerhet, inspiration och arbetsglädje och därigenom hjälpa artisten till bättre konstnärligt skapande. Hypnoterapi har för mig framstått som en utomordentlig behandlingsmetod både då det gäller den akuta rampfebern eller den mera långdragna depressiva indispositionen (Mellgren, 1976). Artister som förlorar tron på sig själva synes vara mycket välfägnade för hypnoterapi och de subjektiva resultaten är över förväntan goda (Clyne, 1972). Ibland kan man dock konstatera att de konstnärliga kraven ställs alldeles för högt. Det går naturligtvis inte att med hypnoterapi skapa färdigheter som inte redan finns, även om arbetslust och inspiration kan göra mycket för att förbättra ett konstnärligt skapande. Om det bristande självförtroendet beror på i personligheten djupt liggande orsaker kan en långvarigare och mer insiktsbetonad behandling behövas. Om patienten är mer oroad av en aktuell situation med underskattning av sig själv, rädsla för att göra bort sig eller rädsla för nedgörande kritik, kan man ofta lyckas mycket bra med en kort hypnotisk behandling för att ge självförtroendet tillbaka. För några år sedan gjordes en liten undersökning med frågeställningen om det är möjligt att med hjälp av posthypnotiska suggestioner få en konstnär att sjunga eller spela bättre än utan sådan påverkan. De artister som deltog i undersökningen var sångare. Skådespelare och instrumentalister och de kände alla till hypnos och dess innebörd. d.v.s. de hade antingen erhållit hypnos tidigare eller också hade de fått 3-5 hypnosbehandlingar innan själva bedömningen skedde, detta för att ge alla ungefär samma hypnosvana. Undersökningen kunde genomföras som planerat och ingen deltagare behövde uteslutas. Undersökningen tillgick så att artisten fick sjunga eller spela ett moment efter eget val och detta upptogs på bandspelare. Därefter inducerades hypnos, vanligen lätt till medeldjup trance, varvid gavs suggestioner om att artisten efter uppvaknandet skulle känna sig lugnare, säkrare, känna en viss inspiration och också tro på sig själv igen.

Så skedde väckning ur hypnosen och efter 15 minuters småprat ombads artisten att i stort återupprepa föregående konstnärliga moment, kontrollerat genom bandinspelning. Vid detta tillfälle gavs varken förklaringar eller vakensuggestioner. Med två av artisterna gjordes också ett annat försök, nämligen med posthypnotiska suggestioner om misslyckande. En ville då inte sjunga alls efter hypnosen och den andra tog några toner men slutade strax och gav besked om att hon inte längre hade lust att sjunga. Då en dylik form av undersökning absolut inte är lämpad för en artist som lever på sitt konstnärliga kunnande, har jag inte velat fortsätta dessa intressanta men destruktiva försök. Jag har i några testfall försökt att inte ge riktade posthypnotiska suggestioner utan enbart suggestioner om lugn och välbefinnande. Resultatet synes här ha blivit ett behagligt tillstånd utan större intresse att förbättra det konstnärliga resultatet. Resultatet av undersökningen bedömdes sedan av tre etablerade kritiker. Dessa kände inte till något om de som deltog i undersökningen och var även helt ovetande om vilken bandupptagning som var före respektive efter hypnosen.

Att få tre kritiker att enas om en konstnärlig bedömning synes inte vara den lättaste uppgiften. Jag fick helt enkelt låsa in dessa kritiker med öl och smörgåsar och inte släppa ut dem förrän hela bedömningen var klar. Resultatet blev att av 36 försökspersoner bedömdes den "hypnotiska" prestationen som bättre i 30 fall (83 %). En intressant detalj är att i den grupp där man inte kunde konstatera någon förbättring fanns tre sångerskor, som sökt mig för besvär vilka ej haft med deras sceniska framträdande att göra, och där alltså osäkerheten inför själva sången inte fanns med. Det är sannolikt att ett behov av hjälp för att sceniskt kunna framträda är en bättre motivering för hypnoterapi och skulle alltså vara orsaken till att en förbättring lättare skett hos de andra patienterna. Det kan förtjäna påpekas, att subjektivt upplevde samtliga patienter en ökad aktivitet och säkerhet, en inspiration efter hypnosen. Enligt min mening visar denna lilla undersökning, att man genom hypnoterapi med posthypnotiska suggestioner kan få en förbättring av det konstnärliga skapandet, i varje fall hos sådana personer, som på grund av en viss ångest, depression eller annan indisposition behöver en ökad stabilitet och arbetslust i sitt konstnärliga skapande. Det är möjligt att man även skulle kunna behandla en hel orkester eller kör med posthypnotiska suggestioner för att därigenom kunna få en sceniskt förbättrad föreställning. Här räcker det dock kanske med, som någon har påpekat, att hypnotisera dirigenten. Samma synpunkter på behandling kan tillämpas vad gäller tecknare, målare, skulptörer, författare m.fl. som av någon anledning har förlorat sin arbetsinspiration. Dåliga recensioner kan t.ex. ge skador för långa tider. Att recensera ett konstverk av något slag är även det en konst och en uppgift som fordrar kunnande och ansvar och inte enbart en verbal konstjargong. Naturligtvis kan också finnas andra orsaker till den bristande arbetslusten och många problem som primärt inte har med konstutövande att göra kan inverka. I en annan undersökning (Mellgren, 1976) av 17 tecknare och målare, alla med ångest eller depressiva syndrombilder, kunde samtliga registrera en subjektiv förbättring och ökande inspiration efter hypnosbehandling. Bildkontroll, utförda av tre etablerade konstnärer (kritiker), visade att hos 13 av dessa 17 tecknare och målare kunde man finna tecken på förbättrad konstnärlig förmåga efter erhållen hypnos med posthypnotiska suggestioner."

### **Det ideala prestationstillståndet (IPT)**

I kapitlet om hypnos och idrott finns en beskrivning av IPT som ett trancestillstånd. Det gäller naturligtvis i lika hög grad IPT i samband med skapande. Inlärnings- och träningstiden kan vara fylld med "vänstersidigt" analyserande och tekniska detaljer men när "tävlingstiden" kommer, då bör allt detta ha automatiserats så att syntetiska, holistiska och bildmässiga styrfunktioner kan ta över. Då kan man skriva, måla eller spela i ett trance tillstånd, där man är oberoende av tid och rum.

Den minskade medvetenheten av objektiv tid, som man kan uppleva i konstnärligt inspirerade stunder ersätts av en intensivare inre tideräkning. På samma sätt som man under självhypnos eller sömn kan vakna upp efter en bestämd tid utan att vara medveten om tiden fram till den fastställda tidpunkten kan man börja spela efter 128 taktens paus utan att medvetet behöva räkna takterna fram dit.

Utifrån modellen av IPT som ett alternativt medvetandestillstånd ska vi titta närmare på hur hypnostekniker kan användas i författarskap, måleri, sång och musik. Tonvikten kommer att ligga på hur en träning i självhypnos (mental träning) kan interagera med konstnärligt skapande. Jag har en kollega, som för 15 år sedan satsade allt på att bli

konserterpianist, utan att lyckas. Efter att under sista året ha gått igenom den mentala träningen upplever han nu hur den tidigare inlärd, tekniskt betonad musiken spontant har blivit mer "högersidig". Den förbättrade kvalitén har t.o.m. fått honom att överväga en ny satsning som konsertpianist.

### **Vara någon annan**

Flera av de metoder jag ska nämna kan också fungera fristående från hypnos men har oftast en ökad effekt om de kombineras med självhypnos. Metoden "att vara någon annan", som har syftet att temporärt komma ifrån inflytandet av en negativ självbild, används t.ex. både för blyga barn och inom suggestopedin. Barnen får tala genom den docka de håller i knät och på en suggestopediskurs presenterar man sig under ett nytt namn och behåller sedan det namnet under hela kursen. Istället för ett neutralt objekt kan man naturligtvis välja någon man vill efterlikna, men då är det i regel nödvändigt att göra en hypnotisk inprogrammering. I samband med ett experiment där jag studerade kvalitén i utförsåkning utifrån variation av åkarnas (GIH-elever) mentala inställning, var en av de 7 instruktionerna att föreställa sig att man var Ingemar Stenmark. Resultatet blev mycket dåligt p.g.a. dålig identifikation (skillnaden var för stor). Jag har däremot använt samma metod under hypnos med helt andra resultat. Den tidigare tennisstjärnan Helena Anliot var helt jämn med mig i bordtennis, men när hon fick posthypnotiska suggestioner om att hon var Kjell Johansson, sopade hon bordet med mig. Den ryske forskaren Raikov har i artiklar och filmer visat effekten av att låta människor under hypnos identifiera sig med berömda konstnärer. Kompositörer eller musiker. Den ibland dramatiskt förbättrade kvalitén belyser frågan om våra egentliga resurser förutsatt att begränsningar i form av blockeringar, hämningar och negativa förväntningar kan avlägsnas.

### **Författare**

Det har diskuterats mycket om oro. Ängest och konflikter kan. Bör eller måste vara drivkrafter bakom ett bra författarskap. Meningarna här är delade. Jag hade under drygt 1 år som patient en av Sveriges mer kända och produktiva författare. De personliga och relationsmässiga svårigheterna gick igen i en stor del av hennes böcker. Efter behandlingen, som bl.a. omfattade hypnotiska regressioner med affektutlevelse och kognitiv omstrukturering, upplevde hon en ökad harmoni och personligt välbefinnande. Med detta följde dock en tröghet och t.o.m. olust för att skriva. Jag tror dock inte att det måste vara så.

Det finns exempel på motsatsen, att en konstnär blommar upp när hans inre och yttre personliga förhållanden ordnats upp. Hur känd hade Gauguin varit i dag om han inte brutit upp från hemland och äktenskap för att finna paradiset på Tahiti. Jag tror att de individuella drivkrafterna bakom skapande verksamhet är så varierande att det är svårt att dra generella slutsatser. I likhet med idrottsmän har författare ofta sina "favoritarenor", plats, rum, stol etc. Han kan ha andra "triggers" för att få inspirationen att komma, tid på dygnet, kroppsställning etc. I vissa ögonblick, när inspirationen kommer naturligt och utan ansträngning kan man uppleva att pennan formar ord och meningar på ett sätt som liknar automatisk skrift under hypnos. Jag hade förmånen att i unga år få lära känna Jan Fridegård ingående. Vi diskuterade automatisk skrift vid ett tillfälle och han berättade då att när han skrev "Torntuppen" gick allt så automatiskt att han inte upplevde att det var han själv som skrev. Eftersom boken handlar om hans fars existens efter döden tolkade han det utifrån sin spiritualistiska trosövertygelse som att det var hans far som skrev boken med Jan Fridegårds hand som redskap. Han kunde t.o.m. uppleva en känsla av nyfikenhet på vad handen skulle skriva. Denna känsla kan upplevas mycket tydligt under hypnos om

den observerande delen av jaget dissocieras från den delen som skriver. Det observerande och medvetna jaget märker att handen skriver men vet inte vad. Jag har låtit personer skriva dikt genom automatisk skrift både under hypnos och via posthypnotiska suggestioner. I båda fallen brukar man ha en mycket diffus uppfattning om vad handen producerat och när man sedan läser igenom det, är det ofta som man såg det för första gången. Innehållet är i regel mycket personligt. Bland övriga tillämpningar av hypnostekniker på detta område kan nämnas den möjlighet att förkorta inkubations- och idéfas, som nämndes om i början av kapitlet.

### **Konst**

Under den VI:e internationella kongressen för hypnos och psykosomatisk medicin i Uppsala 1973 hade vi också en utställning med konst målad under, eller med hjälp av hypnos. En av de medverkande konstnärerna, en dam i 55-årsåldern, hade ända från barndomen haft en stark längtan att få ägna sig åt målning. Kritiska föräldrar och ett dåligt självförtroende gjorde emellertid att hon inte fattade en pensel förrän hon i 50-årsåldern kom med i en självhypnosgrupp ledd av Ture Arvidsson. Efter att ha blivit "förlöst" med hjälp av hypnos målade hon under ett par år flera hundra tavlor och hade flera utställningar. En annan kvinnlig konstnär medverkade med tavlor, som speglade olika känslor. Under hypnos hade jag givit henne posthypnotiska suggestioner om att vakna upp med en stark känsla, som sedan skulle försvinna genom att hon uttryckte den i en målning. Fem olika känslor inducerades på det sättet och varje känsla återkom vid två tillfällen. (IOtavlor). Det finns naturligtvis många hypnotiska tekniker, som kan kombineras med konstnärligt skapande. En kombination som jag ofta använder är att använda första delen av hypnossessionen till att fånga upp eller utforma idéer, antingen i det "mentala rummet" eller genom att t.ex. ligga på ängen och låta molnen på himlen leverera idéerna. Efter detta öppnar konstnären ögonen men behåller hypnos tillståndet och målar sedan under tre timmar, eventuellt kombinerat med tids distorsion. Efter det att proceduren anpassats till eventuellt speciella behov, får konstnären proceduren inspelad på band för att kunna använda den efter behag och behov. Om "automatisk målning" framkallas genom dissociation av armen tycks mer av djupa känslor projiceras i målningen. Vid en hypnoskurs demonstrerade jag automatisk målning med en psykolog med målning som hobby. Under hypnos gjorde hon en oljemålning på c:a 20 minuter med ett för oss emotionellt neutralt motiv. Efter uppvaknandet, när hennes medvetna del såg tavlan, började hon gråta. Målning kan naturligtvis användas såväl diagnostiskt som terapeutiskt både för etablerade konstnärer och för dem, som normalt inte tar i en pensel.

### **Sång och musik**

Likheten med idrottsmännen och deras problem är speciellt uppenbar när det gäller sång, musik och teater. Jag har därför i stor utsträckning använt principerna från mental träning (kap. 30 och 31) i mitt arbete med artister av olika slag. På samma sätt som idrottsmän med hög grundspänning kan få en prestationssänkning i viktiga tävlingar kan också artister få en för hög situationsspänning. I samband med TV/radioskivinspelningar, när man verkligen vill visa sitt bästa, orsakar den viljemässiga anspänningen att kvalitén sjunker. Den naturliga lättheten och flytet försvinner. Problemmedvetenheten kopplas till situationen i fråga och ett situationsrelaterat problem har uppstått. Lösningarna på detta är naturligtvis desamma som för idrottsmän med samma problem. Ibland kan en onödigt hög och energikrävande när- och start-spänning (innan prestationen) läras in trots att man vet att man gör bra ifrån sig bara man kommer igång. Jag kommer ihåg en flicka i friidrottslandslaget, som kräktes före viktiga lopp och jag kommer ihåg en skådespelerska, som efter 30 års succéer på scenen fortfarande lider alla helvetes kval innan hon ska in. Båda vet att de kommer att lyckas med uppgiften men lidandet har blivit inbetingat till rutinerna innan

och bundet till en bra prestation. Eftersom både skådespelare och idrottsmän nästan är tvångsmässigt fixerade vid sina rutiner och ritualer får man vara försiktig när man går in med åtgärder. "Vänstersidiga" värderingar och tankar på vad man gör och hur man gör det kan också vara förödande. Jag kommer ihåg en konsert violinist som sökte hjälp för sina långa toner. När han spelade snabbt gick allt bra men under långa toner hann han börja tänka.

Självförtroendet och koncentrationsförmågan är lika viktiga för artister som för idrottsmän. Tankar framåt och bakåt stör koncentrationen, som innebär att leva i nuet. Artur Toscanini tillfrågades vid 80 års ålder vilken prestation som han ansåg vara sin största. Han svarade: "Det jag råkar göra för stunden är det största och viktigaste i livet, vare sig jag dirigerar en symfoni eller skalar en apelsin." Eftersom t.ex. en violinist kan komma upp i 800 toner per minut så är naturligtvis en viss bildmässig och upplevelsemässig framförhållning nödvändig som ideomotoriskt styrmedel. Innehållet i dessa styrbilder färgas av den allmänna självbilden och tidigare erfarenheter. Tillfälliga upplevelser av mindre bra spel i ett visst parti eller i en viss situation skapar lätt ständigt återkommande prestationssänkningar, som dock kan brytas genom mental träning. Under 1980 genomfördes ett experiment med mental träning för musikstuderande (Uneståhl & von Scheele, 1980). Efter en första offentlig konsert med pulsmätning före, under och efter samt video filmning av prestationen delades försökspersonerna upp i en experiment- och en kontrollgrupp. Inför nästa konsert, som skulle hållas 3 månader senare, förberedde sig kontrollgruppen på samma sätt som tidigare medan experimentgruppen genomgick den mentala träningen (kap. 30, 31). Förutom spänningsreglering, kontroll över lugn och säkerhet. koncentrationsträning, självförtroendeträning och problembearbetning tillämpades den mentala träningen på inläring (mental memorering). modellträning (mental uppspelning under konsertmässiga förhållanden) och målprogrammering (mental genomgång av den kommande konserten). Resultaten från konsert 2 visade att kontrollgruppen låg kvar på samma statistiskt höga pulsnivå och uppvisade inga skillnader i prestationskvalité. En bedömning av experiments gruppen visade dels en kvalitetsmässig förbättring, dels förändringar i pulsnivå och pulsvariabilitet. För experimentgruppen tycktes den större pulsvariationen utifrån ett lägre medelvärde spegla innehållet i musiken medan kontrollgruppen låg kvar på en hög pulsnivå oberoende av skiftningarna i musiken. Det senare är speciellt intressant utifrån tidigare studier som har visat att kreativa människor uppvisar större pulsvariabilitet än mindre kreativa (Blatt1961, Welsh&Barron 1963. Mednick 1967, Bowerbvl Keeling. 1971). Resultaten brukar bl.a. tolkas så att mindre kreativa människor styrs mera av yttervärlden och det som händer där och är mindre uppmärksamma på sina inre kreativa processer. Det behöver således inte bero på att de saknar sådana inre kvalitéer. Den refererade studien tyder på att det i viss utsträckning är en fråga om träning. Det kan vara lämpligt att avsluta med ett sådant påstående. Det här kapitlet är inte bara skrivet för etablerade konstnärer och artister utan för alla som är intresserade av att även utveckla denna sida av sig själv. Den sidan är kanske blockerad genom uppfostran och en negativ självbild eller den har kanske inte fått tillräckligt med träning eller rättare sagt tillräckligt med rätt slag av träning.

## Hypnos och idrott

När de australiensiska simmarna var som bäst för ett antal år sedan gick det rykten om att de använde hypnos. Bl.a. berättades det att simmarna fick posthypnotiska suggestioner om att de jagades av hajar. När det ryktet nådde USA:s bästa ryggsimmare gick han till en hypnotisör och blev inprogrammerad på samma sätt. Nästa tävling

simmade han mycket fort - men bara en längd - han vände aldrig.

Detta illustrerar återigen en viktig sak, som tidigare påpekats i denna bok. Effekten av hypnos kan bli positiv eller negativ beroende på de metoder som används i hypnos. Att rätt kunna använda hypnos inom idrotten förutsätter inte bara en god kunskap om hypnos utan en ingående kännedom om de fysiska och mentala parametrarna i idrottsprestationer. Alla som sysslar med idrott vet att prestationsnivån kan variera på ett mycket svårförutsägbart sätt, inte bara från en tävling till nästa utan också inom samma tävling. Ibland undrar man om det verkligen är samma spelare på banan jämfört med 15 minuter tidigare. Ibland svänger matcher på ett dramatiskt sätt, speciellt i idrotter, som saknar tidsgräns (t.ex. tennis).

### **Det ideala prestationstillståndet**

Innan man sätter in åtgärder av typ hypnos är det viktigt att isolera och analysera det mentala tillstånd som en idrottsman har när han presterar maximalt. I USA kallas detta för "den vinnande känslan" men jag föredrar uttrycket "det ideala prestationstillståndet" (IPT), eftersom "att vinna" inte alltid är den bästa målprogrammeringen. Jag har försökt att isolera parametrar i IPT utifrån: 1. Analyser av idrottsprestationer. 2. Intervjuer av idrottsmän efter goda prestationer. 3. Laboratorieundersökningar av effekten på olika prestationsmått efter hypnotiska och posthypnotiska variationer av mentala faktorer. En undersökning av alla 152 matcherna i fotbolls allsvenskan 1979 (Sohlin, Uneståhl 1981) visade t.ex. att det var 55 gångers större sannolikhet för ett nytt mål för något av lagen inom 5 minuter efter ett mål. Ett mål ger upphov till emotionella reaktioner och förändringar i målprogrammeringen, vilka båda påverkar prestationen. En annan studie, där den maximala isometriska styrkan relaterades till posthypnotiskt inducerade tillstånd, visade hur styrkan påverkas positivt och negativt av variationer i a. Den muskulära spänningsnivån. b. Mental spänningsnivå (lugn, oro). c. Inställning till uppgiften (upplevd svårighetsgrad) och d. Inställning till sig själv (självförtroende). (Henriksson, Högström & Uneståhl, 1981).

### **Ipt och fmt**

Idrottsmäns beskrivningar av det ideala prestationstillståndet (IPT) visar på tydliga likheter mellan detta tillstånd och ett förändrat medvetandetillstånd (FMT) av typ hypnos. Här några exempel:

**Amnesi:** "När jag får ett perfekt hopp minns jag knappast någonting från det jag startar ansatsen till det jag ligger i gropen. Efter ett dåligt hopp minns jag mycket mera". "När jag tänker tillbaka på mitt OS-lopp så kommer jag bara ihåg vad jag såg på videotape efteråt. Det var ett perfekt lopp, jag var som i trance".

Styrningen av inlärd och automatiserad rörelsemönster sker från en lägre medvetenhetsnivå och överföringen till det vanliga medvetandet och minnet blir därför begränsat. En av uppgifterna för hypnosmetodik blir därför att få tag i och förstärka sådana svåråtkomliga erfarenheter och minnen.

**Dissociation/Koncentration:** "Fullständigt koncentrerad på uppgiften". "Fullständigt omedveten om omgivningen. Som att vara i trance". "Som att komma in i en annan värld, ungefär som i ett Glas-rum". "Man existerar i ett skal, där ingenting kan störa". Hypnos definieras ibland som ett dissocierat tillstånd och ibland som ett tillstånd av ökad koncentration. Dessa två definitioner kompletterar varandra. Med koncentration menas vanligen en intensivare uppmärksamhet på ett mindre område. Detta innebär naturligtvis en ökad dissociation från allting utanför detta begränsade område.

**Minskad smärtkänslighet:** "Allt känns underbart. Trötthetskänslor existerar knappt".



"Trots den utmärkta tiden (världsrekord) kände jag mig inte speciellt trött. Allt gick av sig själv". IPT tycks innebära en spontan ökning av smärttoleransen på ett liknande sätt som i hypnos. En viss prestation orsakar inte samma känslor av trötthet och utmattning som annars.

**Perceptuella förändringar:** "Vanligtvis upplever jag duvorna som mindre och snabbare i tävlingsammanhang, men vid vissa sällsynta tillfällen har de blivit så stora och långsamma att det är omöjligt att missa". "Ibland upplever jag allt som i ultrarapid, vilket gör det möjligt att göra saker med bilen, som annars vore omöjliga att utföra". "Allting vid sidan om mig försvinner och synfältet begränsas till en smal korridor, som leder fram till kägorna". Dessa uttalanden speglar två viktiga karaktäristika i ett hypnotiskt tillstånd, tids distorsionen och minskningen av det perifera seendet. Personer, som öppnar ögonen under hypnos, rapporterar nästan alltid mer eller mindre av "tunnelseende". Beskrivningar som dessa är bara några få exempel på de likheter, som tycks finnas mellan hypnos och det tillstånd som idrottsmän befinner sig i när de presterar som allra bäst. Detta tillstånd (IPT) uppträder oväntat då och då, vanligtvis utan kontroll från idrottsmannens eller tränarens sida. En av uppgifterna blir därför att pröva ut och tillämpa hypnosmetodik, som ökar kontrollen över och frekvensen av IPT. Detta gäller inte bara idrottsmän. Det finns mycket som talar för att IPT för konstnärer, musiker, författare m.fl. också har utpräglade hypnotiska kvalitéer.

### Lång självträning

Det starkt ökande intresset för de mentala faktorerna i idrott har lett till att idrottsorganisationer anlitar psykologer och psykiater med eller utan kunskap om hypnos. Många av dessa har tyvärr sparkats ut efter kort tid. Förutom bristande kunskaper om parametrarna i goda prestationer har man ofta arbetat med pressen att på kort tid visa resultat. Snabba ingripanden kan visa sig lyckosamma om en idrottsman har hamnat i en mental prestationssvacka, men det normala är att både lång och intensiv träning behövs. Mental träning följer nämligen samma regler som all annan träning.

En idrottsman, som börjar med konditions-, styrke- eller teknikträning, vet att det behövs åtskilliga veckor av hårt arbete innan målet är nått. Han vet också att även om den nya tekniken är bättre, så kan t.o.m. resultaten försämrats fram till den tidpunkt när den nya tekniken inte bara är inlärd utan också automatiserad. Samma regler gäller för den mentala träningen.

Istället för att sättas in först när en idrottsman har fått akuta problem bör den finnas med från början som en naturlig del av det allmänna träningsprogrammet. Det borde vara lika självklart att träna koncentration och självförtroende som kondition och styrka. När jag i mitten av sjuttioalet övergick från probleminventeringar till konstruktion av åtgärdsproblem hade sedan några år tillbaka autogen träning använts av vissa idrottsmän på den europeiska kontinenten. Genom sin metodiska uppbyggnad leder den i regel fram till god självkontroll. Nackdelen är dock att den tar så lång tid att genomföra att de flesta hoppar av på vägen. Det fordras en mycket stark motivation för att orka igenom hela den autogena träningen.

Det gällde alltså att hitta en tidsmässigt kortare träning, som kunde leda fram till en inlämning och automatisering av viktiga prestations faktorer. Under fyra år av experimenterande växte så ett tränings program fram, som sträcker sig över tre månader (Uneståhl, 1979). Det är ett stegvist uppbyggt program, där man tränar 5 gånger i veckan och byter träningsprogram varje vecka. Innehållet är som följer: (Programmet finns bland tränings materialen i bokens bilaga).  
Vecka 1-2: Muskulär avslappningsträning I och II. Vecka 3-4: Mental

avslappningsträning I och II. Vecka 5-6: Kompletterings- och fördjupningsträning. Vecka 7-8: Målprogrammering och ideomotorisk träning. Vecka 9-10: Desensibilisering och problembearbetning. Vecka 11-12: Självförtroende och koncentrationsträning. De första sex veckorna består av en allmän träning i självhypnos, som är densamma även för icke-idrottsmän. Den beskrivs närmare i kapitlet: Självhypnos. Jämsides med denna träning börjar ett målsättningsresonemang, som ska leda fram till lämpliga kort- och lång-siktiga målsättningar. Processen innehåller följande steg: Målmedvetenhet (tidigare mål) - Målinventering (möjliga mål) - Målanalys (lämpliga mål) - Målselektion - Målformulering - Målprogrammering.

Ett steg i målanalysen är t.ex. att hitta mål med en optimal sannolikhet. Relationen mellan sannolikheten för ett mål (0-100) och prestation tycks beskriva en omvänd U-form. Detta innebär att prestationen sjunker om sannolikheten är för hög (lätt mål) eller för låg (svårt mål). Tävling kan definieras som en kamp mellan mig och någon annan eller som en kamp mellan mig och en standard (tid, poäng m.m.). Fördelen med mål av den senare typen är att jag kan välja ett mål med rätt sannolikhet, ett mål som jag har kontroll över och ett mål som jag kan förbereda mig mentalt för. Lombardidoktrinen, som hyllar "vinna" som mål kan ha sitt berättigande i lagsporter men i många andra sporter har jag endast kontroll över min egen prestation och kan inte göra något åt mina medtävlarens prestationer. Även i lagsporter kan "slutvinst som mål" göra att sannolikheten inte bara före en match kan ligga för högt eller för lågt utan också att detta händer under matchens gång. En ishockeymålvakt med målet att hålla nollan förlorar målet så fort motståndarna har gjort mål ( $p=0$ ). Om han istället har målet att hålla nollan för varje 5-minuters-period, så har han en god sannolikhet att nå sitt mål för de flesta av matchens 5-minutersperioder.

Han har också lättare att "leva i nuet" och hålla koncentrationen på uppgiften. När man närmar sig målet stiger sannolikheten och prestationen börjar lätt sjunka ("ta ut segern i förskott"). Springer man 100 meter börjar man lägga av efter 85, varför det vore bättre att ha målsnöret på 115 meter. Jag brukar t.ex. föreslå bordtennisspelarna att de "mentalt" spelar till 25 istället för 21. Reglerna för målformulering påminner ganska mycket om principerna för att ge hypnotiska eller posthypnotiska suggestioner. De bör t.ex. formuleras konkret och positivt. Ordet inte bör undvikas.

Det enda ordet i målprogrammeringen "Nu får jag inte hamna i sandbunkern" (golf), som kan ge upphov till en bild är - sandbunkern. Ordet inte kan inte upphäva bilden. Eftersom prestationen styrs av bildinnehållet är sannolikheten stor att jag på nytt hamnar i sandbunkern. Jag har här givit några få exempel från arbetet att hitta lämpliga målsättningar för nästa tävling, nästa säsong eller för min hela karriär. Under vecka sju och åtta börjar sedan själva målprogrammerings träningen, först i form av ideomotorisk träning.

Den ideomotoriska träningen, som också beskrivs närmare i kapitlet "Självhypnos" har syftet att lära sig påverka kroppen med hjälp av bilder. Genom övningar som "pendeln", "armlevitation" m.fl., där jag omedelbart märker de muskulära effekterna av bilder, bygger jag upp ett förtroende för principerna i "Bildstyrning". Detta förtroende är viktigt att ha innan man börjar med programmeringen av mer långsiktiga mål.

När dessa väl har programmerats in fungerar de bäst om de får utgöra en cybernetisk bakgrund till automatiken i vardagslivet. Ett "vänstersidig" analyserande och utvärderande av målbilder tycks förstöra dess effektivitet. Principerna för bildstyrning

bör tillämpas redan vid den motoriska inläringen. Jag har gjort åtskilliga experiment där jag jämfört "vanlig inläring/träning" med "analyserande bildinläring" och "hypnotisk bildinläring". Det första experimentet för många år sedan visade t.ex. att 30 dagliga hypnotiska straffkast i basket (rörde ej bollen) under 14 dagar gav lika stor förbättring som 30 "verkliga" skott med bollen. En bra modell tycks vara att börja ett träningspass med ett par minuters hypnosinduktion, varefter man öppnar ögonen och på film, video eller annat sätt får se ett idealt utförande av det man ska lära sig. När man t.ex. ser en perfekt dubbel axel (konståkning) ser man sig själv i den som utför hoppet, varefter man sluter ögonen och mentalt upprepar hoppet igen. Principen att bildmässigt tala om för kroppen vad den ska göra bör sedan bli en viktig och naturlig del under hela idrottskarriären. Detta innebär bl.a. att jag byter situationsstyrning mot självstyrning. Situationsstyrning innebär att det är de tidigare erfarenheterna i en viss situation som styr bildinnehållet och förväntningarna inför den situationen. Detta fungerar bra så länge som de föregående erfarenheterna är goda. Jag har dock inte träffat någon idrottsman, som inte har någon form av situationsrelaterade problem.

Under vecka 9 och 10 sker därför en bearbetning av sådana situationsrelaterade problem. I det första programmet sker en hypnotisk desensibilisering av situationer, som har en för hög nivå av oro, nervositet och spänning. I det andra programmet görs en betingning mellan goda prestationer och tidigare problemsituationer. Nervsystemet tycks inte kunna skilja på upplevelsen av en "verklig" händelse och en hypnotisk upplevd händelse. Därför kan mentala positiva erfarenheter och minnen skapas, vilka sedan ökar sannolikheten för positiva resultat i verkligheten. En erfarenhet grundar sig på tolkningen av det som händer. Tolkningen är i sin tur relaterad till självbilden. Det finns alltså ett cirkelformat samband mellan självbild, målprogrammering/förväntan, prestationen och tolkningen av prestationen. När de 40 bästa amerikanska golfspelarna tillfrågades om vad som är viktigast för att bli en god golfspelare satte de självförtroendet på första plats. Jag har också i undersökningar av en rad idrotter hittat signifikanta samband mellan självförtroende och prestationsnivå. Jag har också fått signifikanta könsskillnader. Utifrån detta kan man fråga sig hur del av de prestationsmässiga skillnaderna mellan män och kvinnor, som beror på skillnader i självbilden. Självförtroendeträningen under vecka 11 är alltså en viktig del av den allmänna träningen.

Den består av jagstärkande suggestioner och bilder, som lättare tas emot under hypnos, genom att realitetstestningen är lagd åt sidan.

Med ett ökat självförtroende blir det lättare att göra positiva målprogrammeringar utan de tvivel och negativa alternativ, som annars brukar finnas med. Effektivare målprogrammeringar ger bättre idrottsprestationer, vilket i sin tur ytterligare förbättrar självbilden. En annan viktig faktor är förmågan till koncentration, som liksom hypnos är en passiv process, att låta sig fångas av något. Vissa idrotter behöver mer av "meditativ" koncentration med "split vision" och bredare uppmärksamhetsområde. Speciellt lagidrotter med ett svår-förutsägbart händelseförlopp kräver mer av de fokuseringar eller "soft eyes". Hypnotisk koncentration med fokusering och intensiv uppmärksamhet på ett mindre område passar speciellt bra i idrotter, där ett automatiserat rörelseförlopp ständigt upprepas. Den typ av koncentration som behövs beror också på tävlingens längd och på kvoten mellan prestationstid och tävlingstid. I t.ex. golf kan den kvoten vara mindre än 1 %.

Eftersom få människor har förmåga till "Nicklaus-koncentration", d.v.s. att vara intensivt koncentrerad under 3-4 timmar, arbetar jag mera med vad jag kallar "Trevino koncentration". Trevino är lika koncentrerad som Nicklaus när han slår eller putt, men dessemellan "vilar" han genom att prata, skämta o.d. Detta förutsätter dock kontroll över induktionen av koncentrationen.

Innan man startar träningen under vecka 12 väljer man därför en egen "trigger". Det kan vara vad som helst, som föregår ett prestationsmoment, t.ex. greppa klubban, knäppa pjäxorna eller sticka in fingrarna i bowlingklotet. Jag har tidigare i boken beskrivit hur t.ex. känslor kan framkallas under hypnos och sedan posthypnotiskt bindas till en signal. Träningen under vecka 12 bygger på samma metodik, nämligen att åstadkomma en hypnotisk betingning mellan den valda triggern och koncentration. En bowlingspelare beskriver effekten så här: "Så fort jag sticker in fingrarna i klotet märker jag hur ljuset tonas ner i lokalen. Efter någon sekund finns bara en ljuskorridor som omfattar min egen bana med övertrampslinje, riktmärke och käglor. Så fort klotet träffat kägorna tonas ljuset upp igen och jag blir medveten om vad som sker på de andra banorna. Detta gör att jag kan vila och koppla av mellan slagen, eftersom jag vet att koncentrationen kommer tillbaka så fort jag sticker in fingrarna i klotet".

### **Mentala tävlingsförberedelser**

Den här 3-månadersträningen bör med fördel göras under icke tävlingssäsong. De flesta av träningseffekterna uppträder sedan spontant i tävlingssammanhang. Detta är viktigt eftersom de flesta idrottsmän är mycket beroende av sina inlärda rutiner före och under en tävling. För dem som inte byggt upp rutiner eller där rutinerna inte fungerar tillfredsställande finns 5 tävlingsförberedande mentala program. Två av dessa syftar till att höja aktiveringsnivån inför en tävling. Det ena av dessa, som bygger på en växling mellan djup avslappning och spänning där man andas häftigt och tänker på tävlingen, har visat kunna ge en höjning av adrenalinnivån, som kan vara ända upp till 24 timmar. Två andra program innehåller hypnotiska och posthypnotiska suggestioner, som syftar till att skapa det ideala prestationstillståndet. Dessa, liksom de två aktiveringsprogrammen, användes bara vid behov. Det femte programmet bör däremot ingå som en naturlig del i varje tävlingsförberedelse. Programmet börjar med en hypnotisk regression tillbaka till en tidigare modelltävling, d.v.s. en tävling där man gjort en mycket bra prestation. "Den vinnande känslan" separeras från tävlingen och behålles medan man gör en progression fram till den kommande tävlingen och lever igenom den. Programmet syftar till att skapa en betingning mellan IPT och den kommande tävlingen. att "visa" kroppen vad den ska göra och att göra målprogrammeringar. Simmare som Pär Arvidsson börjar med detta program c:a 7-8 månader före en viktig tävling.

Efter att ha bestämt "måltiderna" (sluttid och mellantider) simmar han loppet mentalt 1 gång per vecka och sedan med ökad frekvens fram till 2 veckor före.

Genom att under så lång tid vänja kropp och sinne vid den kommande prestationen har han vid flera tillfällen prickat de "mentala" tiderna exakt, även när det varit fråga om världsrekordtider.

I lagidrotter med en eller flera matcher per vecka kan det vara lämpligt att starta 2 dagar innan, efter det att man fått de taktiska instruktionerna. Genomgången bör innehålla:

- a. "Översättning" av de taktiska instruktionerna till bilder.
- b. Mental inträning av fasta situationer.
- c. Bearbetning av problemsituationer, individuella och lagmässiga, matchgenerella och matchspecifika.
- d. Mental genomgång av tänkbara matchförlopp för att inte bli överraskad av någonting som händer. Genomgången bör alltid sluta med det mål man ställt upp för matchen.

### **Utvärdering**

Under 1980 genomgick c:a 5 000 idrottsmän denna mentala träning. Detta utgör c:a 1/2 % av alla idrottsmän i Sverige. Motsvarande procent för svenska mästare var 30 % och för europamästare 36 %. Samma trend finns när det gäller OS-truppen 1980.

Knappt en tredjedel av hela truppen var mentalt tränade, däremot drygt hälften av finalisterna och två tredjedelar av medaljörerna.

Det starka sambandet mellan den mentala träningen och goda idrottsprestationer är nog också en urvalsfråga. En elitidrottsman prövar ofta varje möjlighet att bli ännu bättre och även då den mentala träningen. Här är ytterligare några exempel på fältförsök och laboratorieexperiment i samband med utvärderingen av mental träning. En experimentgrupp, som kombinerade fysisk och mental träning, nådde en bättre konditionsnivå (bl.a. mätt med mjölksyrekoncentration efter maximal ansträngning) än en kontrollgrupp med samma fysiska träning. Att den mentala träningen genom t.ex. en förbättrad återhämtningsförmåga kan ha en gynnsam effekt på resultatet av den fysiska träningen har framgått av många exempel. Efter över 20 aktiva år och 4 olympiader utan medalj slutade Örjan Sandler efter Innsbruck 1976. 1978 började han igen med sikte på Lake Placid, nu med en kombination av fysisk och mental träning. Resultatet blir att han vid 40 års ålder slår sitt personliga rekord och gör en tid, som skulle givit honom guld vid tre av de tidigare Olympiaderna. 100 bowlare från landslagsnivå ned till division 3 förbättrades under 2 säsonger efter genomgången mental träning med i genomsnitt drygt 100 % mer än en kontrollgrupp. Undersökningar av Lidingöloppet (löpning) och Västgötaloppet (skidor) tillsammans med experiment i "meditativ löpning" har visat tydliga likheter mellan det tillstånd, som uppkommer vid monotona distansprestationer, och ett alternativt medvetandetillstånd som hypnos eller meditation. Känslan av "löpberusning" tar i genomsnitt 17 minuter att nå i löpning/jogging och 25 minuter på skidor. De mentala effekterna blir för många den främsta drivkraften för denna form av fysisk aktivitet och tvingas man till uppehåll uppstår ofta både psykologiska och fysiologiska abstinensbesvär. Av de över 700 subjektiva utvärderingarna av den mentala träningen anges många effekter också från områden utanför idrotten. Detta är inte alls förvånande eftersom den mentala träningen bygger på flera principer, som är lika tillämpliga i vardagslivet eller när man slutar med tävlingsidrotten. Idrotten är ett bra område, när det gäller utveckling och utvärdering av mentala träningsprogram, men den viktigaste uppgiften för både idrott och mental träning är inte att slå världsrekord utan att förbättra den fysiska och mentala hälsan.

## Juridisk Hypnos

Det här kapitlet ska beröra 4 juridiska aspekter på hypnos:

- I. Hypnos som undersökningsmetod vid rättsfall.
- II. Hypnos som tänkbar orsak till kriminella handlingar och asociala beteenden.
- III. Tankbara risker med hypnosbehandling.
- IV. Lagmässiga begränsningar vid användningen av hypnos.

Den sista punkten kommer att kommenteras endast utifrån svenska förhållanden medan de flesta exemplen från hypnosundersökningar vid rättsfall kommer att hämtas från USA, där "Forensic Hypnosis" de sista åren fått en allt större uppmärksamhet och användning.

### I. Hypnos som undersökningsmetod vid rättsfall

Tidigare koncentrerades det juridiska intresset för hypnos kring frågan om man med hjälp av hypnos kunde få en individ att bete sig antisocialt och vilka konsekvenser detta i så fall skulle ha för ansvarsfrågan. De sista åren har intresset, inte minst i USA,

koncentrerats på hypnos som ett hjälpmedel i rättsfallsundersökningar. Hypnos har i dessa fall framförallt använts för:

1. Att förbättra en anklagads minne för att få ytterligare information, som kanske kan fria honom.
2. Att förbättra minnet hos vittnen eller offer, som har observerat ett brott.
3. Som hjälpmedel i den psykologiska och psykiatriska undersökningen av trovärdigheten hos inblandade parter och vittnen.

Försök att använda hypnos som något slags sanningsserum för att styrka att man är oskyldig har hittills avvisats av domstolar. Upprepade experiment har nämligen visat att det dels är möjligt för en person att på ett mycket övertygande sätt simulera hypnos, dels att även djupt hypnotiserade personer kan ljuga avsiktligt. I stället har erkännandet av hypnos som ett värdefullt terapeutiskt redskap öppnat dörren för en liknande användning av hypnos i juridiska sammanhang. Som tidigare relaterats på flera ställen i denna bok används hypnos ofta i terapeutiska sammanhang för att komma åt svår åtkomliga minnen och det är därför naturligt att utreda för och nackdelarna med en liknande användning i juridiska sammanhang.

### **Åldersregression**

En vanlig procedur för att frilägga bortglömda händelser är att göra en regression tillbaka till en viss ålder eller till en viss händelse. På grund av detaljrikedomen och det naturliga och övertygande uttrycket hos den regressierade personen finns det ofta en tendens att överskatta trovärdigheten i det material man får fram.

Freud trodde t.ex. länge att sexuella förbindelser mellan far och dotter var mycket vanliga. Många av hans patienter berättade nämligen detta under hypnos och fick symptomlindring efter att ha levt ut känslorna i samband med detta. Först långt senare insåg han att berättelserna speglade patienternas fantasier och inte verkliga händelser. Oavsett den historiska sanningshalten var det dock terapeutiskt viktigt att arbeta med patienternas berättelser. Experiment med åldersregression har visat att samma försökspersoner kan uppvisa både en ökning av verkligt minnesmaterial och en ökning av konfabulatoriskt material. Detta gör att juridiskt betydelsefullt material, erhållet genom regression, måste bedömas med försiktighet, speciellt om motivationella faktorer (bevisa sin oskuld) är inblandade.

Om det framkomna materialet är av den karaktären, att det kan bedömas oberoende av hypnos, kan dock hypnos vara ett mycket värdefullt hjälpmedel. Bilnummer har t.ex. plockats fram i många hypnosundersökningar och har ibland visat sig felaktiga men vid andra tillfällen som t.ex. Chowchillakidnappningen (Kroger & Doucé 1979) varit en viktig ledtråd för att lösa ett fall.

### **Kopia eller rekonstruktion**

Det finns många som fortfarande betraktar minnet som en flerkanalig bandspelare som spelar in alla sensoriska intryck och lagrar dem i sin ursprungliga form. Kopplat till denna uppfattning är idén om att mycket i denna "minnesbank" inte är tillgängligt för medvetandet men att det kan medvetandegöras genom metoder som hypnos. En sådan syn på minnet strider dock mot alla vetenskapliga data och varje seriös minnesteori. Förenkling och förändring av verkligheten sker inte bara vid mottagandet av data (selektiv perception) eller vid upplagringen av minnet utan minnet förändras kontinuerligt. Traumatiske upplevelser och minnen med starkt emotionellt innehåll som är bortträngda från det vanliga medvetandet, tycks förändras i mindre utsträckning än andra minnen, men många exempel från terapi visar att även dessa förändras. En fri berättelse ger högst procent riktig information men lite detaljer, medan en utfrågning kan ge mer detaljer men en lägre riktighet (Hildgard and Loftus,

1979). Detta gäller också under hypnos och speciellt om han får suggestioner om att han kommer att minnas allt. För att göra hypnotisören till viljes fyller han då gärna ut luckorna med konfabulationer, ofta på ett trovärdigt sätt. Dessa utfyllnader kan sedan integreras så att han senare är helt säker på att det verkligen hände.

Putnam (1979) visade i ett experiment att försökspersoner, som tillfrågades om en bilolycka de sett på video, hade signifikant fler fel på ledande frågor under hypnos jämfört med vaket, medan det inte fanns några sådana skillnader på objektiva, icke ledande frågor.

### **Psykiatrisk bedömning**

Hypnos är också i juridiska sammanhang accepterad som ett tillförlitligt diagnostiskt instrument. Detta innebär att man accepterar en bedömning av en anklagads mentala tillstånd, även om den delvis eller i sin helhet grundar sig på en hypnotisk undersökning. Detta förutsätter dock att bedömaren inte bara är väl förtrogen med psykiatriska diagnosmetoder utan också med hypnos. I fallet "People & Busch", 1961, underkändes t.ex. bedömningen, därför att psykiatern ansågs okvalificerad på hypnosområdet. Naturligtvis kan också bedömningen underkännas därför att andra experter har en annan uppfattning. Vid rättegången mot Sirhan Sirhan, Robert Kennedys mördare, hävdade försvarspsykiatern förgäves att den åtalade var psykotisk vid tidpunkten för mordet. Han byggde sin bedömning på hypnossessioner, där Sirhan med hjälp av regression fick återuppleva mordet.

### **Halo - effekt**

En person kan uppträda mycket övertygande under hypnos. Som tidigare nämnts behöver dock inte allt som sägs vara sanning. Man kan ljuga medvetet och omedvetet. Eftersom speciellt lekmän lätt imponeras av en hypnotiserads beteende och berättelse och gärna sätter större tilltro till det, är risken uppenbar att försvaret utnyttjar den aspekten av hypnos för att styrka sin klients oskuld. Även om de allra flesta domstolar inte tillåter att någon hypnotiseras inför sittande rätt, så tillåter vissa domstolar en uppspelning av video- eller ljudinspelningar av hypnosundersökningen. Andra domstolar tillåter bara att man nämner om att hypnos har använts men inte om den undersöktes reaktioner.

För att hjälpa juryn att utvärdera sådana vittnesmål har vissa domstolar utfärdat instruktioner t.ex. ("Harding & Stak", 1968).

"Ni har hört att en del av åklagarvittnets vittnesmål grundar sig på minnen, som framkommit under hypnos. Det fenomen, som vanligtvis kallas hypnos, har förklarats för er under rättegången. Jag råder er att noga väga detta vittnesmål. Lägg inte större vikt vid denna del av C:s vittnesmål än vid andra vittnesmål, som ni hört under denna rättegång. Kom ihåg att ni ska bedöma vikten och trovärdigheten av alla bevis i detta rättsfall."

### **Hypnosmetodik**

Kroger (1979), som är en av FBI:s hypnoseexperter, har utvärderat 23 rättsfall, där han från 1976 till 1978 använt sig av hypnos på 53 vittnen/anklagade. Efter en motivationshöjande noggrann förberedelse använder han standardtekniker för induktion och fördjupning varefter han applicerar regressiva, sensory-imaginära och hypermnesitekniker. Liksom de flesta andra, som arbetar med juridisk hypnos, skiljer han minnesbilderna från deras emotionella/ affektiva innehåll genom att bygga på den observerande delen av jaget. Den hypnotiserande blir t.ex. en åskådare, som ser händelsen på en TV-ruta eller filmduk. Denna teknik gör det möjligt att gå framåt och bakåt i normal hastighet eller ultrarapid, att frysa en viss bild och att också göra en inzoomning mot någon detalj. Kroger arbetar i team med bl.a. en artist, som gör teckningar av ansiktsbeskrivningar och en van undersökare, som tar över när personen är i djup hypnos. Kroger menar att eftersom få hypnosterapeuter är experter på

utfrågningsmetodik i dessa sammanhang, så är det bättre att tränade undersökare sköter den delen. De bör naturligtvis också ha kunskap om vad hypnos är och de förändringar i t.ex. minnesfunktionen som kan uppträda under hypnos.

Vissa lekmanahypnotisörer har gått så långt att de har kurser för poliser i hypnosmetodik, vilket har orsakat kraftiga protester från de professionella sällskapen (Society for clinical and experimental Hypnosis och American Society for clinical Hypnosis).

### **Fria – fälla**

FBI:s användning av hypnos grundar sig på rekommendationer från U.S. Department of Justice från 1968 som börjar: "Hypnos är tillåtet i juridiska sammanhang när det används som ett hjälpmedel i undersökningar av FBI-fall, där vittnen eller anklagade är villiga att genomgå en sådan intervju." Det sista är naturligtvis viktigt. Det får inte bli så att en vägran att genomgå hypnos eller ett lögnedektortest kan användas som indicium på att man är skyldig. Jag har använt hypnos i ett par fall vid Viggen-haverier, där piloterna haft minnesförlust för vad som egentligen hände. Eftersom ett avslöjat mänskligt fel som orsak till haveriet skulle kunna leda till markplacering är det naturligt att piloternas motivation för att delta i en hypnosundersökning inte är speciellt stor. Å andra sidan skulle en vägran kunna uppfattas som att man har något att dölja. Det är därför viktigt att piloterna får en försäkran om att de efteråt får gå igenom materialet och ensamma avgöra vad som ska överlämnas till haverikommissionen.

### **Riktlinjer för framtiden**

De professionella hypnos-sällskapen har hittills inte givit ut några speciella rekommendationer angående den juridiska användningen av hypnos. Detta gör att domstolarna fortfarande måste lita på anlitade experter, vars kunskaper angående den vetenskapliga dokumentationen om hypnos, minne m.m. kan variera. Två av de mest ansedda experterna både på juridisk och experimentell hypnos har dock i samband med några rättsfall, publicerat vissa grundläggande regler och jag slutar detta kapitel med att citera dem (Orne i Margolin, 1978; Rossi, 1981).

- 1.** Hypnos ska utföras av en psykiater eller psykolog, som har speciell träning i användning av hypnos. Han skall inte muntligen informeras om fakta i målet utan i stället erhålla en skriftlig redogörelse för alla fakta som han bör veta. Han är vid bör noga undvikas allt som kan påverka hans åsikt. Den person som leder hypnosundersökningen bör absolut undvika all annan kontakt med utredningen av fallet. Han bör dessutom vara en oberoende person, som inte är ansvarig inför varken åklagare eller försvar.
- 2.** All kontakt mellan psykiater/psykolog och den person, som ska hypnotiseras, bör videofilmas från det ögonblick de träffas tills hela kontakten är avslutad. De yttranden som fälls före och efter hypnosen är lika viktiga att spela in som själva hypnossessionen. (Det är t.ex. möjligt att ge suggestioner innan hypnos, som sedan kan verka som hypnotiska och posthypnotiska suggestioner).
- 3.** Innan hypnos induceras bör psykiatern/psykologen göra en detaljerad skriftlig beskrivning av alla de fakta som vittnet/offret kommer ihåg. Detta är viktigt eftersom personer ofta kommer ihåg mera när de talar till en psykiater/psykolog. Vid insamlingen av materialet bör varje förändring, borttagande eller tillägg av beskrivningar



Under och utanför hypnos undvikas.

**4.** Ingen annan än psykiatern/psykologen och den hypnotiserade bör vara närvarande i rummet före och under hypnossessionen. Det är annars lätt att närvarande personer oavsiktligt kommunicerar sina förväntningar eller reaktioner till personen. Om åklagare eller försvarare vill observera hypnossessionen bör de göra det genom en "one way screen" eller en TV-mottagare.

**5.** Eftersom de eventuella kontakter, som har föregått hypnossessionen, kan inverka på hypnosundersökningen bör även dessa spelas in ljudmässigt så att de senare kan undersökas i relation till det erhållna resultatet i hypnosundersökningen.

### **II. Hypnos som tänkbar orsak till kriminella handlingar och asociala beteenden**

Denna frågeställning har varit aktuell alltsedan hypnosens barndom. Redan på 1700-talet skyllde en för häststöld anklagad person på att en kringresande handelsman hade hypnotiserat honom till att stjäla hästen. I rättvisans intresse hängdes båda.

Alltsedan 1800-talet har den officiella inställningen hos de flesta hypnoseexperter varit att man inte med hypnosmetodik kan få någon att göra saker som han inte skulle vilja göra i vaket tillstånd. Under lika lång tid har hypnos i romaner och filmer framställts som en metod, med vilken man kontrollerar andra och får dem att utföra mord och andra brott. Man kan försöka få svar på denna fråga genom att t.ex.:

- 1.** Analysera de fall från kriminalhistorien, där hypnos påstås ha använts i samband med ett brott.
- 2.** Fråga experter med god insikt i och lång erfarenhet av klinisk och experimentell hypnos.
- 3.** Genomföra experiment, som syftar till att få försökspersoner att begå annars oacceptabla handlingar.

### **1. Kriminalhistorien**

Farhågor om hypnosens möjligheter att påverka någon på ett otillbörligt sätt fanns med redan i den första rapporten från den kungliga kommission, som undersökte den animala magnetismen, 1784 (se kap. 1). Max Dessoir (1888) samlade ihop mer än tusen artiklar och böcker om hypnos, av vilka många berörde brott begångna med hjälp av hypnos. Många av påståendena om att hypnos använts har avslöjats som felaktiga i samband med rättegången eller efter det att den påstådda hypnotisören dömts eller avrättats. Det är helt uppenbart, att den utbredda tron på hypnos som en möjlig metod för att utlösa brottsliga handlingar, har gjort att många skyldiga har skyllt på hypnos för att skaffa sig alibi.

Ellenberger (1970) berättar t.ex. om ett fall från 1800-talet där en 19-årig flicka anklagade en affärsman att ha hypnotiserat henne mot hennes vilja och sedan våldtagit henne. Affärsmannen dömdes mot sitt nekande sedan flera experter hade hypnotiserat flickan och fått fram alla detaljer om brottet. I samband med att barnet föddes 2 månader "för tidigt" erkände flickan att hon ljugit.

Det är ganska förklarligt att hypnos lätt tas till som ursäkt i samband med sexuell förförelse. En schweizisk läkare dömdes 1897 till 5 års fängelse för att under hypnos ha förfört 11 kvinnor. Senare undersökningar visade dock att han aldrig använt hypnos utan att han använde sig av "vanliga övertalningsmetoder".

Tekniken att använda hypnos som ursäkt för det man innerst inne skulle vilja göra gäller ju även t.ex. alkohol. En del av de beteenden som man ser hos alkoholpåverkade personer kan inte förklaras utifrån den toxiska effekten utan har mera att göra med medvetenheten om att man druckit och därför kan tillåta sig en hel del av det man annars inte gör. I Sverige relateras ofta "Danmarksfallet" där en man begick ett mord i samband med ett bankrån och sedan påstod att han hypnotiserats till detta (Reiter, 1958). Till saken hör att det var hans cellkamrat i en tidigare fängelsevistelse, som skulle ha hypnotiserat honom. Båda hade alltså tidigare begått brott och varför hypnos skulle behöva användas är svårförståeligt. Det är naturligtvis fullt möjligt att använda hypnosträning för att bli en framgångsrik inbrottstjuv, t.ex. genom hypnotisk desensibilisering av farliga situationer men det kan ju knappast användas som bevis i den fråga vi berör här. Martin Orne (1962) analyserade hypnosens roll i alla de rättsfall, där hypnos påstods ha använts för att inducera antisocialt och kriminellt beteende. I alla av dessa fall fanns också en långvarig och nära interpersonell relation. Orne drar slutsatsen att denna relation är en fullt tillräcklig förklaring till det som hänt och att man överhuvudtaget inte behöver ta med en eventuell användning av hypnos som orsaksfaktor.

### **2. Åsikter bland hypnosexpertis**

Jacob Conn (1972) skrev till ett antal experter och bad dem besvara om ett större brott skulle kunna utföras under hypnos. Här är några av svaren:

- *Crasilneck: "En person skulle kunna hypnotiseras till att begå en antisocial handling om det var en bra försöksperson och om personen gavs hallucinationen att handlingen var acceptabel för det undermedvetna."*

- *Shor: "Jag är helt säker på att hypnos per se inte kan användas för att få någon att begå ett större brott. Idén att personen under hypnos skulle förlora sina fundamentala försvarsmekanismer och grundläggande moraliska värderingar är emot allt som jag vet om hypnos."*

- *Spiegel: "Jag har inget tvivel på att hypnos kan användas för att uppmuntra någon att begå ett brott. Även om det är möjligt för en person att motstå en posthypnotisk signal förflyter en viss kritisk tid innan korrektion kan ske."*

- *Orne: "Hypnos kan användas för att inducera antisociala, farliga och självdestruktiva beteenden men detta kan inte tillskrivas hypnos eftersom kontrollpersoner och simulerade försökspersoner också utför dessa handlingar."*

- *Hilgard: "Människor begår allvarliga brott utan att vara hypnotiserade och jag ser ingenting i hypnos som skulle hindra dem att begå ett brott som de ändå skulle kunna utföra. Av detta följer att en person skulle kunna begå ett brott under hypnos och kan även skylla brottet på hypnos även fastän hypnos i allt väsentligt inte har med det att göra."*

- *Erickson: "Om man talar om en verklig antisocial handling och inte ett laboratorieexperiment så är hypnos i det sammanhanget snarare ett handikapp. Var och en som vill begå en antisocial handling vill veta var han är, vilka som är omkring, konsekvenserna o.s.v. Det begränsade uppmärksamhetsområdet under hypnos försvårar detta."*

Att åsikterna varierar också bland expertisen kan bero på att man har olika erfarenheter men också på att samma data kan tolkas på olika sätt.

Wells (1941) kan tas som exempel på en auktoritet som hävdar att hypnos kan användas för att få en person att utföra handlingar mot sin vilja. Han hävdar att en person som vägrar utföra sådana handlingar inte är tillräckligt hypnotiserad eller att adekvata tekniker inte har använts. Den motsatta åsikten kan exemplifieras av auktoriteter som Milton Erickson (1939) som hävdar att varje person som skulle utföra sådana handlingar under hypnos redan har en önskan att göra detta och att hypnos bara ger personen tillfället och ursäkten för handlingen. Såsom dessa motsatta åsikter är formulerade är de som synes mycket svåra att bevisa eller förkasta på ett vetenskapligt godtagbart sätt. Området kompliceras ytterligare av att ett asocialt beteende kan definieras på olika sätt. Hur mycket ska man t.ex. betona effekten och konsekvensen av en handling i förhållande till avsikten med handlingen? Låt mig ta tre exempel:

1. X skjuter en vän Y efter att ha fått hypnotiska eller posthypnotiska suggestioner att göra detta.
2. X, som under kriget dödat i självförsvaret, skjuter en vän, som han genom hypnotiska hallucinationer under regression upplever som en attackerande fiende.
3. X skjuter en vän Y med en pistol, som han genom hypnotisk förvrängd perception upplever som en vattenpistol.

### 3. Experimentella Undersökningar

Det har gjorts en hel del experiment på detta område. Bland de mest kända är de av Rowland (1939) och Young (1952) där man fick försökspersoner att doppa ner händerna i "saltsyra", ta i "giftiga" ormar eller kasta "saltsyra" på en forskningsassistent. När försökspersonerna i vaket tillstånd ombads att göra samma sak, vägrade de. Dessa experiment upprepades dock av Orne och Evans (1965) men nu med en extra grupp av simulerande försökspersoner. Fem av de sex hypnotiserade utförde uppgifterna medan alla sex av de simulerande försökspersonerna också utförde uppgifterna. I detta sammanhang kan man också peka på Milgrams välkända experiment, där han utan hjälp av hypnos fick försökspersoner att administrera "livshotande" chocker trots chockmottagarnas skrik och intensiva plågor (1965).

Dessa och andra liknande studier har visat att försökspersoner som deltar i ett experiment är beredda att utföra order som är helt otänkbara för dem i andra sammanhang. Det är alltså helt klart att man både med och utan hypnos kan få försökspersoner att utföra asociala handlingar så länge som de vet att de deltar i ett experiment.

Det finns alltså inget egentligt vetenskapligt stöd för den populära uppfattningen att det är hypnotisören som har kontrollen och att han kan få "hypnosoffret" att utföra saker i strid med dennes rättsmedvetande. Detta stämmer också väl med filosofin i denna bok om att kontrollen under hypnos inte ligger hos hypnotisören utan hos den som hypnotiseras.

Detta utvecklas ytterligare i bokens sista kapitel. Som handlar om självhypnos.

### III. Tänkbara risker med hypnos och hypnosbehandling

Det finns ingen egentlig kontraindikation av hypnos som sådan. En patient kan naturligtvis felbehandlas med hypnos lika väl som utanför hypnos, men hypnostillståndet i sig eller en väl utprövad behandlings metodik kan inte skada någon. Jag är betydligt säkrare på det påståendet nu än när jag började arbeta med hypnos. För många år sedan gjorde jag ett träningsprogram avsett som alternativ och komplement till lugnande medicinering. Skivan som administrerades av ett läkemedelsföretag kunde i början endast erhållas genom läkarrecept. Efter att drygt

25 000 patienter tagit del av programmet utan att några bieffekter inrapporterats, gjordes skivan efter 1 år tillgänglig för alla. En sammanräkning av alla träningsprogram, som omfattar olika aspekter av avslappning och hypnos och som inkluderar sådana områden som idrotten och skolan, ger vid handen att drygt 2 miljoner människor prövat på en sådan träning utan några synbara negativa effekter. Påståendet att hypnos i sig inte tycks kunna skada någon har alltså ett gott statistiskt underlag. En åsikt som ibland anförts är att hypnos skulle kunna utlösa psykos hos en gränspsykotisk person. Experter som Erickson, Wolberg, Kline m.fl. hävdar dock att en psykos kan följa efter hypnos men inte som en följd av hypnos. Däremot har hypnoterapi med framgång använts för behandling av psykotiska patienter (Bowers, 1961). Rådet att vara försiktig med paranoiska patienter gäller likaväl för icke-hypnotiska behandlingsmetoder. En svensk tandläkare blev anklagad för "hypnotisk felbehandling" trots att han aldrig använt hypnos på den patienten. Det räckte med att hon visste att han kunde utföra hypnosbehandling. West and Deckert (1965) påstår att hypnospatienter snabbt utvecklar ett mycket starkt beroende. Jacob Conn vid John Hopkins University kritiserar starkt detta påstående och menar att han under 30 år och med erfarenhet från 3000 patienter inte sett ett enda exempel på ett sådant "hypnotiskt" beroende. Samma åsikt har de allra flesta experter. Wolberg skriver t.ex. (1956) "Inte i ett enda fall hävdades det att patienter hade utvecklat ett beroende till terapeuten eller till hypnos. Faran för ett beroende är en annan av de myter, som framförs av dem som tillskriver hypnos, Svengali liknande associationer." Som nämndes tidigare kan en patient naturligtvis felbehandlas under hypnos. Eftersom metoder och tekniker i regel har en större effekt när de appliceras under hypnos, så kan en felbehandling få större konsekvenser om den sker i hypnos. Låt mig ta ett dramatiskt exempel (Kline 1972):

En gynekolog brukade använda hypnos på kvinnliga patienter med övervikt. Han valde ut djuptrancepatienter och använde sig av direkta och mycket auktoritära suggestioner bl.a. om att inte äta annat än vad hans diet föreskrev. En kvinna följde inte dieten och började t.o.m. äta mer under och mellan måltiderna. Han tog detta som en personlig förolämpning och förklarade för henne att han var mycket missnöjd att han nu tvingades att ge henne ångest om hon inte lydde.

Under hypnos gav han henne så suggestionen att om hon inte följde dieten under hela följande vecka så skulle hon överväldigas av en stark impuls att döda sin hund, för vilken hon hade uttryckt mycket stark tillgivenhet. Så fort patienten kom hem satte hon i sig ett helt paket med glass. Detta följdes av ett akut paniktillstånd, under vilket hon ströp sin hund. När hon insåg att han var död, drack hon en flaska jod och skar av pulsådern i handleden. Hon räddades till livet, men fick vistas 3 månader på ett psykiatriskt sjukhus under diagnosen paranoid schizofreni.

Detta exempel initierar en etisk fråga om vilka som egentligen bör få använda hypnos. Den svenska hypnosföreningen har som A-medlemmar 3 kategorier: läkare, tandläkare och psykologer. Detta innebär naturligtvis ingen legitimation för en odiskriminerad användning av hypnos. Tvärtom betonas mycket starkt att man håller sig inom sitt kompetensområde. En invärtes medicinare blir inte en bättre psykoterapeut bara för att han lär sig olika hypnosinduktionstekniker.

Hypnosbehandling bör bara tillämpas på ett område där man redan är expert. Hypnosföreningen innehåller också s.k. B-medlemmar, vars användning av hypnos sker i samarbete med och under handledning av en A-medlem. Även här bör användningen begränsas antingen till själva hypnosinduktionen (tandsköterska) eller till ett behandlingsområde där B-medlemmen är expert (barnmorska).

Eftersom hypnosbehandling utgör en kombination av hypnos och varierande

terapeutiska modeller, så finns det naturligtvis olika uppfattning om vad som är den rätta behandlingen för olika problem. Symtombehandling, som ofta används i hypnosbehandling, har t.ex. av vissa mer dynamiskt orienterade hypnosterapeuter ansetts som felbehandling. Detta synsätt är naturligtvis en förenkling. Jag håller med Spiegel som skriver (1967): "Det sätt på vilket ett symptom avlägsnas är väsentligt. Om symptomet tas bort på ett mjukt sätt, om patienten inte tvingas att ge upp symptomet, om symptomet kan återkomma om patienten behöver det, så kan knappast symtombehandling anses farlig." Meares (1961) har samma åsikt: "När vanliga försiktighetsåtgärder vid tages är faran med symtombehandling ytterst liten. Som bevis för detta kan jag säga att jag inte har ett enda exempel på bieffekter från min egen erfarenhet." Anmälningar för medicinsk eller psykologisk felbehandling är fortfarande ovanliga i Sverige och jag känner inte till någon anmälan, där hypnosbehandling har varit inblandad. I USA är sådana stämningar ganska vanliga, men det gäller för alla slags behandlingsmetoder och har mera att göra med de ekonomiska vinster som finns att hämta vid stämningar av alla slag.

#### **IV. Lagmässiga begränsningar vid användningen av hypnos**

Jag har redan nämnt om de rekommendationer som Svenska Hypnosföreningen har angående vilka som ska få använda heterohypnos (hypnos på andra). Dessa rekommendationer stämmer väl med de begränsningar, som finns inskrivna i svensk lag. Detta innebär att vi i Sverige har sluppit de besvär, som de amerikanska hypnoterapeuterna har med s.k. hypnotechnicians, lekmän som utan adekvat medicinsk eller psykologisk bakgrund behandlar patienter med hypnos. Slår man upp yrkesdelen för Manhattan under rubriken "Hypnos" kan man välja mellan flera sidor av löften om bot för de flesta åkommor. Svensk lag begränsar inte bara den kliniska användningen av hypnos utan all användning. Detta innebär att den också förbjuder s.k. scenhypnos. Ändå har det också i Sverige under flera årtionden funnits människor, som sysslat med hypnosunderhållning på scen. Även den ringa omfattning som detta har haft har skadat den seriösa hypnosen genom att det bidrar till många missuppfattningar om hypnos. Att detta har kunnat fortgå så länge beror dels på bristande bevakning från myndigheters (och vår) sida, dels på att vissa av dessa kringresande underhållare förnekat att det är fråga om hypnos.

Sedan den svenska hypnosföreningen för ett par år sedan blev mer aktiv i denna fråga har denna verksamhet upphört. Fortfarande anländer då och då utländska scenhypnotisörer, men hypnosföreningen anmäler nu detta omedelbart till polisen. Proceduren brukar vara att några hypnoseexperter är närvarande vid första föreställningen för att intyga att det är fråga om hypnos. Om så är fallet brukar polisen förhindra ytterligare föreställningar. Den lagmässiga begränsningen av hypnos fungerar alltså numera väl också i praktiken, vilket innebär att vi slipper problem, som många andra länder brottas med.

### **Självhypnos**

Jag brukar svara människor som säger: "Ingen skulle kunna hypnotisera mig!" - "Jo, en person och bara en person - nämligen du själv." All hypnos, även det som kallas heterohypnos (hypnotisera andra) är nämligen en form av självhypnos. Det är fråga om personens egen förmåga, hans egen trance, det är han själv som har kontrollen. Hypnotisören blir läraren, instruktören, som lär "hypnotisanden" att utnyttja och tillämpa en förmåga, som han dock redan har.

Detta stämmer ju inte med den populära bilden av hypnos som ett tillstånd, där kontrollen innehas av hypnotisören. Många människor, även i Sverige, har t.ex. sett "scenhypnos". En hypnotisör plockar upp för honom okända människor från publiken

och efter några minuter dansar dom med Marilyn Monroe i form av en kvast eller kämpar förgäves för att få isär sina händer efter att fått suggestioner om att händerna är hoplimmade. Om man ser detta och dessutom vet att personerna på scenen inte är vidtalade i förväg, så är det naturligt att man tvivlar på påståendet att det är hypnotisanden och inte hypnotisören som har kontrollen.

Det finns flera samverkande förklaringar till det som händer på scenen. Urvalet av försökspersoner, att få använda hypnos som ursäkt för det man gör (jämför alkohol), förstärkningen från publiken (skratt, applåder), men den viktigaste förklaringen är nog denna: Påståendet att det är den hypnotiserade som har kontrollen förutsätter att man vet om:

- Att man själv har kontrollen
- Hur man tar kontrollen

Om jag på scenen hör hypnotisören säga att mina händer är fastklistrade och sedan märker att händerna sitter fast så är det naturligt att jag relaterar effekten till hypnotisörens ord. Om jag sedan verkligen tar i maximalt utan att få loss händerna så blir jag ännu mer övertygad om att det är hypnotisören, som kontrollerar mig.

Vad som egentligen händer är att hypnotisörens ord (om han byggt upp induktionen skickligt) ger upphov till en bild hos mig om att händerna sitter fast. Som jag tidigare nämnt (kap. Hypnos och idrott) påverkar bilden kroppen ideomotoriskt. När jag märker effekten ger detta ytterligare förstärkning åt bilden och inte ens med maximal viljeanstängning kan jag sedan få loss händerna. För att få loss händerna måste jag använda det alternativa kontrollsystemet - ändra bilden.

Om jag inte lärt mig detta kommer bilden att kvarstå tills dess att hypnotisören säger att händerna lossnar från varandra. Stanfordsskalan (se bokens appendix) innehåller flera sådana "challenge - suggestions" (konflikt bild viljemässig ansträngning). Jag har gjort en del experiment för att undersöka vad som händer muskulärt vid sådana suggestioner. En arm kan t.ex. göras kataleptisk (oböjlig) under hypnos, varefter försökspersonen uppmanas att ta i för allt vad han är värd för att försöka böja armen. En iakttagare, som ser att han inte lyckas böja armen, kan lätt få den uppfattningen att han inte tar i tillräckligt mycket. EMG-mätningar visar dock på mycket kraftiga utslag som tecken på att försökspersonen verkligen försöker.

EMG-mönstret visar förklaringen. Den viljemässiga ansträngningen aktiverar visserligen böjmusklerna i armen, men bilden ger upphov till en ännu starkare aktivering av sträckmusklerna. För att förhindra missuppfattningar om hypnos är det därför viktigt att inte bara sprida påståendet om att man själv har kontrollen i hypnos utan också visa människor på vilket sätt man utövar denna kontroll. Jag ska därför i detta kapitel inte bara syssla med hur man hypnotiserar sig själv utan framförallt hur man kan använda det tillståndet för sitt eget bästa.

### **Egenvård**

Sjukvården i Sverige har femtondubblat sina kostnader på lika många år. De flesta har insett att något måste göras åt sjukvårdskostnadernas stigande andel av nationalbudgeten, men det är svårt att hitta lösningar, där behoven tillgodoses lika bra eller bättre än nu till oför-ändrade eller helst reducerade kostnader. De två viktigaste komponenterna i den till synes olösliga ekvationen skulle kunna vara problemförebyggande insatser, kombinerat med egna åtgärder för de problem, som trots detta uppstår. Intresset har de sista åren starkt ökat för både profylaktiska och hälsobefrämjande åtgärder, d.v.s. ett livssätt som inte bara förebygger sjukdom utan också syftar till att öka graden av hälsa. Man kan vara mer eller mindre frisk utan att vara sjuk. Man hör också allt oftare termer som hemsjukvård och egenvård, självkontroll och självpåverkan. Det är inte bara samhällsekonomiska motiv, som ligger

bakom det ökade intresset för egna åtgärder utan framförallt en ökad medvetenhet om att vi mår bäst när vi får vara aktiva och när vi känner att vi har kontroll över vår egen situation. Forskningen omkring "inlärld hjälplöshet" (Seligman, 1976) har klart visat vilka förödande effekter som hjälplöshet, maktlöshet, brist på kontroll och avsaknad av mål, kan ge. Jag ska försöka visa att självhypnos genom en målinriktad användning kan öka känslan av självkontroll men också att det självhypnotiska tillståndet genom sina spontana homeostatiska mekanismer kan ha en klart profylaktisk och hälsobefrämjande effekt.

### **Självpåverkansmetoder**

Det finns ett stort antal självförbättringsmetoder och nya tekniker tillkommer ständigt. Här är några exempel hämtade från olika håll i världen (Jencks 1977, m.fl.).

**Indien:** Zenmeditation, TM, Hatha-yoga. Kina: T'ai Chi, Kung Fu.

**Persien:** Mazdaznam.

**USA:** Progressiv avslappning (Jacobson), "Relaxation response" (Benson), Dynamisk spänning (Atlas), Bioenergetisk terapi (Lowen), Gestaltterapi (Perls), Strukturell integrering (Rolf), Systematisk desensibilisering (Wolpe), Covert betingning (Cautela), Symbolisk modellering (Bandura), Emotiva föreställningar (Lazarus), Psyko-imaginativ terapi (Shorr), Andningsterapi (Jencks), Visuo-motorisk träning (Suinn), Tanketräning (Pulos), Uppmärksamhetskontroll-träning (Nideffer).

**Brasilien:** Terpsichotranceterapi (Akstein).

**Israel:** Rörelsemedvetenhet (Feldenkrais).

**Sovjet:** Psykoreglering (Roman).

**Italien:** Psykosyntes (Assagioli).

**Frankrike:** Passiva rörelser (Michaux), Självmassage (Ruffier).

**Schweiz:** Självanalys (Bezzola), Aktiva föreställningar (Jung).

**Holland:** Aktiv tonusreglering (Strokovis).

**Tyskland:** Autogen träning (Schultz), Funktionell avslappning (Fuchs), Symboldrama (Leuner).

**England:** Alexanderteknik (Alexander), "Release" terapi (Blythe).

**Danmark:** Eutoni (Alexander).

**Sverige:** Mental träning (Uneståhl). medvetandetillstånd.

1. Föreställningar speciellt i form av visualisering ingår som en viktig del.

2. Suggestioner, direkta och indirekta, används ofta.

Eftersom detta är de 3 viktigaste komponenterna i självhypnos, så kan man se på självhypnos som en slags syntetisering av de aktiva ingredienserna i olika självkontroll- och självpåverkansmetoder.

### **Induktionsmetoder**

En hypnosbehandling bör regelmässigt innehålla möjligheter för patienten att lära självhypnos. Ett lämpligt tillvägagångssätt är att först låta patienten ta hand om uppvaknandet och sedan också lära patienten att själv gå ner i hypnos. Detta underlättar ju även för terapeuten, som så småningom bara behöver ta hand om själva behandlingsmomentet. Övertagandet kan ske på i princip två olika sätt:

1. Patienten vänjs vid en viss induktionsmetod och får sedan ta över just denna metod. Det kan ske genom att patienten tyst upprepar terapeutens instruktioner (med eventuellt utbyte av "du" mot "jag").

Nästa steg kan vara att patienten ligger ett steg före terapeuten i induktionen.

Patienten kan sedan i samband med hemträningen föreställa sig terapeutens närvaro och terapeutens instruktioner. Så småningom sker induktionen helt utifrån patientens

egna automatiserade instruktioner.

**2.** För att underlätta induktionen och förkorta induktionstiden använder sig många hypnoterapeuter av signaler. Som tidigare påpekats kan varje stimulus, som under hypnos betingas till en viss effekt, få signalvärde. Inte bara koncentration (se kap. om idrott) eller emotioner (se kap. Klinisk hypnos) kan betingas in på detta sätt utan även induktionsförloppet. När patienten lärts att gå ner i hypnos med hjälp av en eller flera metoder kan hela skeendet kopplas till en utlösande signal.

Om sedan signalen under hypnos överlämnas till patienten själv får han tillgång till induktionsprocessen på ett för honom mycket enkelt sätt. Det innebär också att induktionstiden gradvis kan förkortas, medan den första modellen ofta "låser" patienten vid en viss tidsmässigt fixerad ritual. Om man använder "signalmetoden" bör man dock tänka på att välja ovanliga stimuli eller kombinationer av stimuli som man inte stöter på utanför hypnosituationen.

### **Självträning**

Tidigare trodde många hypnoseexperter att självhypnos måste utgå från heterohypnos. Experiment vid Stanford (Hilgard, Uneståhl, 1975) har dock visat att studenter kan nå lika bra resultat genom att läsa sig till vad man ska göra och sedan pröva sig fram utan någon hjälp av en hypnotisör. I ett annat experiment (Uneståhl 1974) visades att resultatet på ett hypnostest (Stanfordsskalan, form A) blev lika i genomsnitt vare sig hypnosinduktionen gavs genom en bandspelare eller genom en närvarande hypnotisör. Om självhypnos bara kunde läras genom en hypnotisör skulle detta avsevärt begränsa människors möjligheter att dra nytta av hypnos. Denna uppfattning har också gjort att självhypnos fram till nu varit en ganska exklusiv metod.

Meditation har under årtusenden använts av miljoner människor medan den bristande informationen om självhypnos begränsat användningen till ett fåtal människor. Påståendet att människor lättare lär självhypnos genom personlig vägledning gäller för vissa men det finns även de, som vill arbeta i lugn och ro och i sin egen takt utan någon yttre iakttagare.

En jämförelse mellan personlig och inspelad/skriven vägledning är heller inte rättvis att göra utifrån det faktum att valet för de flesta människor i stället står mellan inspelade/skrivna instruktioner eller ingen vägledning alls. Det är viktigt att jämföra output/input, d.v.s. värdera de effekter som nås utifrån den insats som fordras. Jag har under 15 års tid haft förmånen att få syssla med självinstruerande tränings- och behandlingsprogram. Den förvåning som jag i början kände över att så enkla program kunde ge så goda effekter förbyttes så småningom i en insikt om att styrmekanismerna för förändringar finns inom varje människa och att det ibland behövs mycket lite av yttre ingripanden för att aktivera personens egna resurser.

Inspelade hypnosprogram kan enligt min mening användas på 3 områden:

- 1.** Inläring av och kontroll över det självhypnotiska tillståndet.
- 2.** Principer för målprogrammering och alternativ självkontroll (visualisering, självsuggestioner m.m.).
- 3.** Behandlingsprogram för allmänna problemområden, där det existerar likartade uppfattningar om angreppssättet (självförtroende-träning, rökavvänjning, bantning, fobiträning, sömnträning m.m.).

### **Självhypnos: Två inlärningsmodeller**

Den enda systematiska inlärningsmodellen som tidigare funnits har varit autogen



träning. Schultz (Luthe 1969) utgick från patienternas upplevelse under hypnos och utarbetade en träningsmodell där man skaffar sig kontroll över dessa effekter. Träningen innehåller två serier av övningar, standardövningar och meditativa övningar. Standardövningarna är mer fysiologiskt inriktade och syftar till kontroll över den viljemässiga muskulaturen, cirkulationssystemet, andningen m.m. Träningen bygger på 3 huvudprinciper:

1. Minskat intag av yttre stimulering.
2. Mental upprepning av psykofysiologiskt anpassade verbala formler ("Min arm är tung och varm").
3. Passiv koncentration utan ansträngning (Meditativa övningar).

En fördel med autogen träning är den noga strukturerade uppläggningsplanen, man kan varje gång följa ett bestämt träningschema. Den stora nackdelen är den avsevärda tiden det tar innan man kommit igenom hela programmet. Föreställningsövningarna börjar t.ex. först efter 6-12 månaders standardövningar. Man måste vara starkt motiverad för att orka igenom en hel autogen träning. En genomgången träning leder dock i regel till en hög grad av självkontroll.

### **Mentalträning**

Jag har arbetat med en tidsmässigt kortare modell, som ändå är tillräckligt lång för att möjliggöra inläring av självhypnos och principer för självpåverkan. Modellen utarbetades från början för idrottsmän (Uneståhl 1979) men har sedan använts för patienter, i skolsammanhang och för en allmän träning av självhypnos.

Den mentala grundträningen, som pågår under 6 veckor, består av följande moment:

Vecka 1-2. Muskulär avslappningsträning I och II.

Vecka 3-4. Mental avslappningsträning I och II.

Vecka 5-6. Fördjupnings- och avkopplingsträning.

Dessa 6 veckors träning har flera syften:

1. Att sänka den automatiserade grundspänningen, muskulärt och mentalt.
2. Att ge tekniken för en snabb och effektiv spänningsreglering.
3. Att visa på en av vägarna in i ett självhypnotiskt tillstånd.
4. Att snabbt kunna nå sitt eget inre "mentala rum".
5. Att kunna använda hjälpmedlen i det mentala rummet för vila, återhämtning och suggestiv och bildmässig målprogrammering.
6. Att lära sig arbeta med "triggers" och posthypnotiska effekter.

Grundträningen ska ge bakgrunden och underlaget för den mer tillämpade träningen men många människor rapporterar också en hel del "spontana" effekter som en följd av grundträningen. Den sänkta grundspänningen t.ex. sparar energi och gör att den situationsrelaterade spänningsökningen bättre kan relateras till vad situationen kräver. Innan jag ser en patient första gången vill jag att hon ska ha klarat åtminstone 3 veckor av grundträningen. Det visar att hon tagit ansvar för sin situation och är beredd att satsa av sig själv för att åstadkomma en förändring. Dessutom underlättar det för mig genom att jag direkt kan gå in på behandlingsdelen utan att behöva ta upp tid med en träning som patienten med fördel kan göra själv. Grundträningen följs av en allmän

träning som omfattar: Vecka 7: Ideomotorisk träning. Vecka 8: Målprogrammering. Vecka 9: Självförtroendeträning. Vecka 10: Problembearbetning. Den ideomotoriska träningen syftar till att öva upp förmågan till bildstyrning och omfattar en rad övningar, t.ex. pendeln, som också brukar användas som en förövning till heterohypnos.

### **Pendeln**

Gör en pendel genom att knyta en ring i änden av en tråd, som är 3-4 dm lång. Fatta sedan tråden mellan tummen och pekfingret (linda den inte runt fingret), stöd armbågen mot något underlag eller mot kroppen och låt tråden hänga fritt. Slappna av armen och koncentrera dig sedan på ringen. Tillämpa principen om målprogrammering, d.v.s. se det du vill ska hända och låt det sedan hända. Du ska inte medvetet röra handen utan låta ringen röra sig själv. Försök att vara så avslappnad som möjligt, koppla av och koncentrera dig på ringens rörelser.

Gå igenom följande fyra steg:

**Steg 1:** Föreställ dig att ringen börjar svänga fram och tillbaka från vänster till höger. Förvänta dig att den börjar svänga, måla upp bilden inom dig. Lägg märke till de första små rörelserna och föreställ dig sedan att utslagen blir större och större. Upplev att pendeln automatiskt svarar på dina tankar, att det som du föreställer dig också händer.

**Steg 2:** Föreställ dig nu motsatsen. Utslagen börjar bli mindre och mindre. Måla upp en bild av ringen står helt still och håll fast vid den tills dess att ringen har stannat upp.

**Steg 3:** Föreställ dig igen att ringen börjar röra sig, den här gången i andra riktningen, mot dig och bort från dig. Se det du vill ska hända nämligen att utslagen ökar mer och mer.

**Steg 4:** Föreställ dig att ringen börjar svänga runt, runt i en cirkel, i en allt tydligare cirkel, i en allt större cirkel.

Genom den ideomotoriska träningen, där bildernas muskulära effekter omedelbart märks, kan jag bygga upp säkerheten i bildstyrning och förtroendet för den bildmässiga målprogrammeringen. Det gör att jag sedan lättare kan gå över till mer långsiktiga målprogrammeringar.

De övriga 3 programmen i den allmänna träningen bygger på samma principer som motsvarande program för idrottsmän (kap. Hypnos och idrott). Det kan dock vara svårare att i vardagslivet hitta lika konkreta och positiva mål som inom idrotten, speciellt när sådana generella och konkreta mål som skola, yrke, karriär, hus, familj och barn är uppnådda. En kvinna hörde av sig och berättade att hon efter grundträningen beslutat att tillämpa träningsprinciperna på sin övervikt. Under 6 självhypnotiska sessioner programmerade hon in en 15 kg lättare kroppsbild genom att se sig själv i konkreta situationer 9 månader i framtiden. Hon bantade inte avsiktligt, vägde sig inte och gjorde inga analytiska utvärderingar. Hon slutade med: "Jag vill bara rapportera att nu har 9 månader gått och jag är 15 kg lättare."

Jag väljer detta exempel därför att det belyser hur de långsiktiga målbilderna kan fungera som en cybernetisk bakgrund till det som händer i vardagen, speciellt till det automatiserade beteendet. Enligt William James är över 99 % av allt beteende, från det vi stiger upp till det vi lägger oss, automatiskt och vanebundet. Detta är svårt att påverka medvetet och viljemässigt. Det styrs bäst av långsiktiga inprogrammeringar, som vi tror på. Det "vänstersidiga" analyserandet har däremot en tendens att smula sönder dessa målbilder. Exemplet belyser också hur man efter grundträning och allmän träning i regel är så insatt i principerna för självpåverkan att man kan applicera dessa på olika tillämpningsområden.

### **Det instruerande jaget**

I början av boken nämnde jag om att man under hypnos delas upp i ett upplevande och ett observerande jag. I samband med självhypnos tillkommer ytterligare en del, nämligen ett instruerande jag. Vid heterohypnos sköts ju instruktionerna av hypnotisören men här måste man nu vara sin egen hypnotisör. Eftersom instruktioner har med planering, logik, och realitetstestning att göra hindrar eller försvårar detta ofta den hypnotiska processen. Detta är säkert den viktigaste orsaken till att självhypnos av många ansetts som mycket svårare att lära. För att underlätta inläringen bör man därför göra själva induktionen så automatiserad som möjligt, antingen genom en väl inövad procedur eller genom signaler och "triggers". Man bör också gå igenom syftet med varje självhypnossession och planeringen av innehållet innan man börjar med induktionen. Dels blir påverkansdelen på det sättet också mer automatiserad, dels kommer det innan hypnosens bestämda syftet att verka som spontana självsuggestioner. Ett annat sätt är att innan hypnosens formulera och spela in påverkansdelen på ett band för att sedan under självhypnos lyssna på detta avsnitt.

### **Djup**

En annan vanlig uppfattning har varit att man inte kan nå samma hypnosdjup i självhypnos. I en studie (Uneståhl 1974) fick därför 16 försökspersoner träna självhypnos under drygt 3 månader och regelbundet jämföra olika aspekter på hypnosdjup med tidigare erfarenheter av heterohypnos. Resultaten visade att de svårigheter man upplevde i början var av övergående natur och efter en månads träning var genomsnittsskattningen av självhypnosens djup densamma som vid tidigare heterohypnos. Sherman och Zimbardo (Hilgard, Uneståhl, 1975) har t.o.m. visat att om man i heterohypnos leder en person till extrem djup-hypnos, så försvinner kontakten och heterohypnosens övergår i självhypnos. Vid sådana djup upplever man att kroppen försvinner, att skillnaden mellan subjekt och objekt suddas ut och att begreppet tid saknar mening. Föreställningar och bilder blir intensivare och man upplever en djup kunskap och insikt, som dock är omöjlig att beskriva i ord.

### **Amnesi och negativa suggestioner**

I ett försök med 12 försökspersoner (Uneståhl 1974) ville jag ha svar på följande frågor:

1. Kan jag ha amnesi för mina egna suggestioner?
2. Vad händer om jag ger mig suggestioner som jag inte vill ha?
3. Kan någon annan påverka mig när jag är i självhypnos?

Svaret på den första frågan visade sig vara ja. Om fpp avslutade påverkansdelen med posthypnotisk amnesi suggestioner blev effekten densamma som vid amnesi suggestioner i heterohypnos. Den andra frågan undersöktes bl.a. genom att fpp fick ge sig suggestioner om posthypnotisk tandvärk. Resultatet blev att 7 fpp rapporterade svag tandvärk och 4 fpp stark tandvärk. Effekten av påverkan utifrån undersöktes genom att fpp under självhypnos fick ge sig posthypnotiska suggestioner om att en siffra mellan 1 och 9 skulle försvinna, följd av amnesi suggestioner. Under självhypnosens bröt jag in och gav suggestioner om att en annan siffra skulle blockeras. Resultatet visade att fpp inte visste att jag givit dem suggestioner men att de ändå var blockerade för 2 siffror, sin egen och den jag valt.

Fpp fick sedan under självhypnos ge sig suggestionen:

"Från och med nu kommer jag inte att påverkas av suggestioner från någon annan än mig själv", varefter samma experiment upprepades. Resultatet blev denna gång att fpp

endast blockerades för sin egen siffra men inte för den som jag suggerade. Om man under självhypnos även påverkas av suggestioner från andra kan man på ett enkelt sätt blockera detta och skaffa sig ensamrätt till sin egen hypnos.

### **Kontrainduktioner**

Självhypnos kan naturligtvis liksom heterohypnos användas på fel sätt och på fel område och jag vill gärna nämna smärta som exempel.

Det kan vara frestande för en i självhypnos väl tränad person att använda sin förmåga att blockera, minska eller kvalitetsmässigt förändra smärtupplevelsen även vid den typ av smärta, som utgör en varning och en uppmaning att snarast göra något åt orsaken till smärtan. Så länge som självhypnotiska metoder används vid kronisk smärta eller i väl definierade smärtsituationer typ tandläkarbesök är riskerna obefintliga.

Vid t.ex. en förlossning kan ju smärtan däremot vara relaterad till plötsliga komplikationer, varför metoder som syftar till en kvalitetsförändring av smärtan (t.ex. omvandling till "tryck och press") brukar föredras framför blockering eller dissociation. Vid begynnande blindtarmssmärter skulle ju en tillämpning av en effektiv självhypnosmetodik kunna leda till katastrof.

Vid monotona distansprestationer, typ maraton, finns också vissa risker att för mycket av dissociering kan förhindra anpassning till det som sker i kroppen. Jag har därför som en del av det mentala åtgärdsprogrammet för maraton föreslagit att dissociationen kombineras med en regelbunden intoning och checkning av vad som händer i kroppen. Tolkningen av trötthet och smärta får sedan leda fram till en bedömning om man ska anpassa hastigheten eller ta hand om smärtan genom dissociation eller någon annan av de metoder, som bör ingå i en tidigare uppgjord och intränad "smärtplan". På ett liknande sätt kan man följa ett postoperativt förlopp utan att behöva uppleva eventuella obehag hela tiden.

### **Kontroll**

Till skillnad från alternativa medvetandetillstånd som sömn, dröm, meditation eller drogeffekter erbjuder hypnos en mycket större möjlighet till kontroll över det som händer. Självhypnos ger dessutom en möjlighet att välja när man vill gå in i ett alternativt medvetandetillstånd. I bokens början nämnde jag om spontana hypnosliknande tillstånd, som de flesta människor upplever då och då, ofta utan att tänka på det. Vissa människor, som har en hög naturlig mottaglighet för hypnos utan att ha provat på formell hypnos, kan flera gånger dagligen spontant gå in i ett sådant tillstånd. Eftersom man då är mer mottaglig för egna och andras suggestioner, även negativa, är risken stor att olika problem uppstår utan att man vet orsaken till dessa.

## **Svenska Föreningen för klinisk och experimentell hypnos**

Föreningen bildades 1966 och verkar för att främja den vetenskap-liga utvecklingen av klinisk och experimentell hypnos och dess gränsområden, samt att understödja forskning och utbildning inom verksamhetsområdet. Föreningen anordnar sammankomster med föredrag och diskussioner samt olika typer av kurser. Svensk

Tidskrift för Hypnos som kommer ut med 6 nr/år lämnar fortlöpande information om forskning, klinisk tillämpning, litteratur, kurser och lokala aktiviteter m.m. Tidskriften, som funnits sedan 1974, har blivit mycket uppskattad bland föreningen nu drygt 1 000 medlemmar (nov. 1981).

Endast vissa yrkeskategorier antas som medlemmar i föreningen, nämligen leg. läkare, tandläkare och psykolog (= kategori A), samt blivande läkare, tandläkare och psykolog, samt dessutom person som i sin yrkesutövning är underställd kategori A, såsom arbetsterapeut, barnmorska, sjuksköterska, logoped, sjukgymnast eller socionom.

### **Grundutbildning i hypnos**

I slutet av 60-talet startade den första utbildningen i hypnos med Lars-Eric Uneståhl som kursledare, först som en högstadie och doktorandkurs vid Uppsala Universitet men senare med de lokala hypnosföreningarna som arrangörer. Denna grundkurs i klinisk hypnos omfattar mellan 30 och 60 timmar och ges dels som en allmän kurs för alla medlemskategorier dels som en specialkurs för tandläkare.

Under de drygt 10 år som dessa kurser pågått har inemot 100 kurser hållits med sammanlagt ca 5 000 deltagare. På kursen ges bakgrunden till hypnos och andra förändrade medvetandetillstånd samt en översikt över användningen av hypnos inom medicin, psykoterapi och icke-kliniska områden. Dessutom ingår praktisk träning i induktionsmetodik och självhypnos. Huvudsyftet med kursen är att ge en så god kännedom om och träning i hypnos så att deltagaren efter kursen kan tillämpa hypnos på det område, där han redan är expert.

### **3-årig utbildning i klinisk hypnos och psykoterapi**

Utbildningen arrangeras för medlemmar i föreningen och har som målsättning att deltagaren efter genomgången utbildning skall ha en ingående kunskap om olika behandlingsmetoder där förändrade medvetandetillstånd och hypnos kan komma till användning framför allt inom psykoterapin, och att deltagaren praktiskt skall kunna

## Hypnos i teori och praktik

tillämpa dessa metoder i överensstämmelse med personliga erfarenheter och förutsättningar och integrera dem med tidigare utbildning och arbetsmetoder. Den första s.k. 3-årsutbildningen startade i Göteborg på initiativ av psykologen Bengt-Göran Fasth, men arrangeras numera även i Lund, Stockholm, Örebro och Umeå. Uppskattningsvis har minst 300 personer genomgått denna utbildning. Utbildningen innefattar fem huvudområden också om lokala variationer av uppläggnigen kan förekomma. Dessa områden är:

- 1.** "Allmän hypnoskunskap, klinisk hypnosbehandling inkl. hypnoanalys och meditativa metoder",
- 2.** Imaginativa terapiformer som Symboldrama ("Katathymes Bilderleben") eller "Psycho-Imagination Therapy",
- 3.** Kroppsorienterad psykoterapi inkl. katharsisinducerade terapier. t.ex. en form av utlevelseterapi under hypnos ("Release-Therapy"),
- 4.** Kommunikation och psykoterapi, s.k. strategisk psykoterapi, samt
- 5.** Psykoterapeutisk teori och metodik, psykosomatiska aspekter.

Hypnos ges genom införandet av begreppet "Förändrade medvetandetillstånd" på sätt och vis en vidare definition än vad som tidigare varit fallet och förekomsten av dessa tillstånd i de flesta terapiformer betonas. Hypnosen betraktas dessutom inte enbart som ett intrapsykiskt fenomen, utan som ett medvetandetillstånd beroende av den interpersonella relationen och kommunikationen.