

Andrzej Augustynek

SKUTECZNOŚĆ HIPNOZY W TERAPII ZESPOŁU UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU

WPROWADZENIE

Historia zastosowań hipnozy w terapii zespołu uzależnienia od alkoholu sięga połowy XIX wieku. Jest to okres prowadzonych na szeroką skalę badań naukowych nad hipnozą. We Francji trwa rywalizacja między zespołami z Salpetriere (J.M. Charcot, P.Janet) i z Nancy (J.Liebeault i H.Bernheim). W Anglii publikuje prace o hipnozie J.Braid. Wielu lekarzy w tym czasie podejmuje próby wykorzystania hipnozy w leczeniu alkoholizmu. Jedni stosują ją jako podstawową metodę terapii (np. Z.Tokarski, A.Forel). Drudzy używają jej w połączeniu z farmakoterapią. Pierwsze opracowanie tego zagadnienia przedstawił A.Voisin na Kongresie w Grenoble - 1884 (za Abramowiczem, 1899).

Jako kryterium wyleczenia przyjmowano w XIX wieku 12 miesięczny okres abstynencji. Było jednak już wtedy jasne, że nawet po takiej przerwie w piciu pacjent może ponownie popaść w nałóg. Tak pisze o tym Abramowicz (1899):

"... Powrót do alkoholizmu, który nastąpił po upływie 12 - miesięcy nie jest nawrotem lecz nową chorobą. Łatwo jednak zapaść na nią ponownie. Pierwotne otrucie wyskokiem wywołać musiało pewne zwyrodnienie układu nerwowego oraz niektórych narządów wewnętrznych, a więc i zmniejszenie fizjologicznego napięcia funkcji tych narządów. I chociaż uleczenie spowodowało pewne wyrównanie uległych zwyrodnieniu narządów, zawsze jednak pozostają one „Piętą achillesową” organizmu, zachowując wrażliwość na najłżejsze otrucie wyskokiem. Powroty do nałogu występują najczęściej u osób, które podjęły leczenie z inicjatywy, przymusu lub namowy rodziny, zwierzchników, chlebodawców, itd. U osób tych powtórne leczenie nie przynosi rezultatów. Należałoby najpierw zmienić ich stosunek do siebie i leczenia”.

Zdaniem Abramowicza (1899) wprawdzie wystarczą dwa posiedzenia hipnotyczne aby wraz z popędem do picia znikły drżenia rąk i głowy, to jednak długa kuracja składająca się z wielu posiedzeń, daje znacznie lepsze rezultaty. Dotyczy to zwłaszcza sytuacji gdy leczenie prowadzi się w szpitalu. Pobyt w lecznicy powinien trwać co najmniej kilkanaście dni. Należy go powtarzać wielokrotnie, z tym że odstępy między hospitalizacjami należy stopniowo wydłużać. Samo zaś zastosowanie hipnozy polega na uspokojeniu pacjenta i zasugerowaniu mu, że nie będzie pił alkoholu, oraz że czuje wstręt do niego.

PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA

Współczesny rozwój technik leczenia zespołu uzależnienia od alkoholu dotyczy zarówno farmakoterapii jak i psychoterapii. Wynaleziono szereg substancji (np. Disulfiram), które poprzez specyficzne reakcje biochemiczne z alkoholem wywołują u uzależnionego stan silnego zatrucia manifestującego się bardzo przykrymi doznaniem. Wytworzono specyfiki o przedłużonym działaniu. Podawane doustnie działają do kilku dni, a implantowane podskórnie nawet do dwóch lat.

Równolegle rozwijają się metody psychoterapii indywidualnej i grupowej. Obok specjalistycznych Poradni istnieją kluby abstynenckie. W walce z alkoholizmem uczestniczy Kościół. Natomiast hipnoza znalazła tutaj stosunkowo nieliczne zastosowania. Jednak uzyskane w nich rezultaty są niewątpliwie godne odnotowania.

Prowadząc terapię zespołu uzależnienia od alkoholu nie można zapominać, że okres abstynencji można podzielić na dwie fazy. W pierwszej przymus picia alkoholu uwarunkowany jest czynnikami fizjologicznymi i biochemicznymi. Trwa zwykle około dwóch tygodni. W drugiej, pociąg do alkoholu wywołują czynniki psychiczne. W miarę upływu czasu ich działanie słabnie. Tym samym pacjentowi coraz łatwiej utrzymać się w abstynencji. Jednak nawet po wielu latach abstynencji ponowny kontakt z alkoholem może doprowadzić do odnowienia się objawów uzależnienia. Tym samym nie można mówić o wyleczeniu a jedynie o mniej lub bardziej trwałej abstynencji.

Istotną cechą uzależnienia od alkoholu u niektórych osób jest powiązanie redukcji przykrych doznań psychicznych (lęk, brak pewności siebie, nieumiejętność radzenia sobie ze stresem, itp.) ze spożyciem alkoholu. Aby to zmienić pod hipnozą sugerujemy uzależnionemu, że ma dość sił aby żyć bez alkoholu. Sugerujemy ponadto, że stres i niepokój będzie wyzwał każdy kontakt z alkoholem. Natomiast uczucie spokoju i odprężenia towarzyszyć będzie abstynencji. Tym samym w terapii posługujemy się mechanizmem przeniesienia negatywnych dla pacjenta objawów z jednej sytuacji na drugą.

Natomiast pacjentom zaczynającym pić w różnego typu sytuacjach towarzyskich sugerujemy, że każdorazowe spożycie alkoholu wywoła bardzo silne nudności, że alkohol prowadzi do utraty zdrowia i pozycji społecznej. Pogarsza sytuację zawodową, rodzinną i materialną. Sugerujemy dalej, że już na samą myśl o alkoholu, na jego widok, zapach lub smak, na propozycję wypicia pojawi się silny wstręt skutecznie zabezpieczający przed alkoholem. Tworzymy więc odruch unikania. Bodziec warunkowy (alkohol) wiążemy z nową reakcją (rezygnacją z alkoholu).

Aby osiągnąć zamierzony efekt stosuje się kilka technik hipnoterapii. Pierwsza dotyczy wstępnej fazy leczenia. Polega na jednorazowym użyciu hipnozy. Sugeruje się wiarę w sukces leczenia. Opis tej techniki przedstawił Wolberg (1948). Do diagnostyki przyczyn nałogu można wykorzystać tzw. regresję hipnotyczną - czyli zasugerowany pod hipnozą powrót pamięcią do minionych, często zapomnianych przeżyć będących podstawą ukształtowanego później nałogu (Cron, 1950). Sposób tworzenia odruchu unikania alkoholu a także mechanizmu przeniesienia szczegółowo przedstawił Waden (1982).

Hipnozę łączy się też z podawaniem Antikolu względnie wszywaniem Esperalu sugerując rosnący efekt działania tych substancji (Vlgyesi, 1967).

Niewątpliwie jednak najbardziej rozpowszechnioną metodą jest sugerowanie pod hipnozą uczucia wstrętu do alkoholu. Terapię taką stosuje się zarówno indywidualnie jak i grupowo. Na przykład u Chertoka (1969) chorzy siedzą w fotelach z zamkniętymi oczyma i poddawani są sugestii zwiótczenia mięśni, sennaści, zasypiania, itp. Cierpliwe powtarzanie sugestii pozwala na zahipnotyzowanie w końcu całej grupy. Sugestie awersyjne w czasie zabiegów są analogiczne do podawanych przez Rożnowa (1978), który nazywa swoją technikę grupowej hipnoterapii metodą emocjonalnie stresowej hipnozy. Pacjentów najpierw się ćwiczy w szybkim zapadaniu w hipnozę. Następnie kładzie ich do łóżek, obok których stoi wiadro. Rożnow sugeruje szybkie zaśnięcie, po czym woła dramatycznie: „...wódka, smród wódki, duszno, torsje... i dalej ... Jesteście wartościowymi ludźmi, specjalistami w swoim zawodzie, chcecie twórczo pracować, pragniecie być dobrymi mężami i ojcami w swojej rodzinie, piękne jest życie bez alkoholu”.

Stosując tą metodę zwykle wykonuje się od 10 do 15 zabiegów hipnoterapeutycznych, których częstotliwość nie powinna być mniejsza niż 2 razy w tygodniu. Pod koniec terapii, przerwy są stopniowo wydłużane. Pojedynczy zabieg trwa zwykle około 60 minut.

Porównując skuteczność różnych metod leczenia, Vlgyesi (1967) doniósł, że 25% uzależnionych od alkoholu leczonych hipnozą i farmakoterapią nie wróciło już do nałogu co najmniej przez 12 miesięcy. Gdy zaś Vlgyesi (1967) stosował samą farmakoterapię tylko 15% pacjentów wytrzymało bez picia alkoholu ponad rok. Brak efektów terapii (powrót do picia przed upływem miesiąca od zakończenia leczenia) wystąpił u 15% pacjentów leczonych hipnozą, natomiast u leczonych tylko farmakologicznie liczba ta sięgnęła 45%. Zbliżone wyniki uzyskał Stanton (1987), który stosując tylko dwie 50 minutowe sesje hipnozy awersyjnej doprowadził 21 pacjentów (spośród 30) do ponad dwuletniej abstynencji. Pozytywny wynik terapii otrzymało także wielu innych terapeutów (m.in. Gorsky, 1982, Waden, 1982, Schoen, 1985, Scott, 1988).

Dokonując przeglądu zmiennych, od których zależy skuteczność hipnoterapii Scott (1988) zwraca uwagę na to, że w terapii hipnozą uzależnienia od alkoholu sukces zależy od wielu czynników niehipnotycznych. Należą do nich między innymi: motywacja do leczenia, oddziaływanie środowiskowe na pacjenta, stopień uzależnienia, wiara w hipnozę, osobowościowe predyspozycje, dostosowanie technik hipnotycznych do pacjenta, relacja interpersonalna hipnotyzera z leczonym. Ponieważ praktycznie nie ma możliwości kontrolowania wszystkich tych zmiennych nie wiemy czy efekt terapii jest wynikiem specyficznego oddziaływania sugestii hipnotycznych, czy też jest analogiczny lub nawet tożsamy z efektem placebo.

Natomiast Schoen (1985) podkreśla, że podczas hipnoterapii uzależnienia od alkoholu obok tworzenia awersji najważniejsza jest redukcja poczucia przymusu picia. Dotyczy to szczególnie wstępnej fazy leczenia.

Aby móc ustosunkować się do przedstawionych powyżej doniesień przeprowadziłem badania własne. Podjąłem w nich próbę zweryfikowania następujących hipotez:

I. Kompleksowa terapia zespołu uzależnienia od alkoholu (hipnoza, elementy psychoterapii i farmakoterapia) jest znacząco skuteczniejsza od samej farmakoterapii.

II. Efekt terapii przy zastosowaniu hipnozy w leczeniu zespołu uzależnienia od alkoholu jest wprost proporcjonalny do podatności pacjenta na hipnozę.

BADANIA WŁASNE

MATERIAŁ I METODA

Badania objęły 140 mężczyzn uzależnionych od alkoholu w wieku od 27 do 45 lat dobrowolnie zgłaszających się na leczenie (w okresie: 1 X 1982 - 30 IX 1983) do Poradni Psychologiczno-Psychiatrycznej w Krakowie.

W celu zobrazowania zakresu działalności placówki, w której przeprowadzono badania podaję, że poczynwszy od 1 października 1982 roku do 31 grudnia 1989 r. zarejestrowało się u nas na pierwszą wizytę łącznie 1723 uzależnionych. Spośród nich odbyło ją 1269 pacjentów, z których dalsze leczenie podjęło 950 osób. 422 uzależnionych zdecydowało się tylko na farmakoterapię. 288 osób chcących leczyć się także przy pomocy hipnozy było na tą metodę niepodatnych. W efekcie hipnozie poddano 244 osoby.

Natomiast kryterium doboru pacjentów do omawianych badań był wiek oraz wyżej podany okres czasu rozpoczęcia leczenia.

Pacjenci rekrutowali się ze wszystkich grup wykształcenia i zawodów. 19 z nich miało wykształcenie wyższe, 44 średnie, 70 zawodowe i 7 podstawowe. Dziewięciu pracowało na stanowiskach kierowniczych, wśród pozostałych byli właściciele prywatnych zakładów, inżynierowie, urzędnicy, robotnicy, rolnicy. Ponadto w skład grupy weszli: nauczyciele, plastyk, aktor, lekarz i weterynarz. Nie było wśród nich osób z objawami cięższych schorzeń psychicznych czy fizycznych. Każdy z nich w przeszłości odbył przynajmniej jedną próbę leczenia uzależnienia w innej placówce. Natomiast żaden z nich nie był wcześniej poddany hipnozie, ani też podczas terapii w naszej poradni nie miał wszytego Esperalu.

Zespół terapeutów składał się trzech osób. Obok mnie byli to dr med. psychiatra Irena Górecka - wykonująca badania lekarskie i zlecająca odpowiednią farmakoterapię oraz mgr psychologii Ewa Augustynek prowadząca wywiad kliniczny i badanie testami psychologicznymi.

Leczenie składało się z trzech etapów:

I. Diagnostycznego - identycznego dla wszystkich badanych, służącego poznaniu przyczyn i stopnia uzależnienia. Na pierwszym posiedzeniu przeprowadzano z pacjentem dokładny wywiad kliniczny oraz zlecono mu wykonanie prób biochemicznych krwi (wątrobowe, morfologię) i moczu. Podczas drugiej wizyty odbywało się badanie psychiatryczne. W trakcie trzeciego spotkania pacjent wypełniał zestaw testów psychologicznych: WISKAD, Inwentarz Osobowości Eysencka, Arkusz Samopoznania Cattella, Uzupełniania Zdań, Ravena, Bender, Benton, Graham-Kendall.

II. Zasadniczej terapii - zróżnicowanej w zależności od grupy, do której pacjent został zaliczony.

III. Kontrolnego - po zakończeniu drugiego etapu leczenia utrzymywany był kontakt z pacjentem, który raz w miesiącu proszony był o zgłoszenie się na wizytę, w czasie której przede wszystkim oceniano trwałość efektu terapii oraz zlecano odpowiednie leki.

Początek zasadniczej terapii dla wszystkich objętych badaniem był identyczny. Na pierwszym spotkaniu po zakończeniu badań diagnostycznych omawiano ich wyniki. Informowano też pacjenta, że celem leczenia jest uzyskanie całkowitej abstynencji jako jedynej rozsądnej życiowo alternatywy, gdyż nawet po kilku latach przerwy w picciu, pierwsze upicie spowodować może odnowienie się objawów uzależnienia. W takim przypadku pacjent powinien niezwłocznie podjąć leczenie na nowo, lub nie przerywać go w czasie jego trwania. Ponadto na podstawie wyników badań diagnostycznych niektórym pacjentom sugerowaliśmy zmianę miejsca pracy. Staraliśmy się też u wszystkich rozbudzać społecznie akceptowane zainteresowania. W końcowej części tego posiedzenia ustalono wspólnie

sposób leczenia zróżnicowanego w zależności od decyzji pacjenta na farmakologiczne lub hipnotyczne i farmakologiczne.

W grupie leczonych tylko farmakologicznie - Antikol po jednej tabletkie dzień -nie w postaci rozkruszonej i zmieszanej wodą (utrudnia to wyplucie specyfiku) podawał pacjentowi ktoś z członków jego rodziny. Każdorazowo fakt podania Antikolu odnotowywano w specjalnym dzienniczku prowadzonym przez podającego lek. Obok Antikolu zlecano najczęściej: Cocarboxylazę, zestaw witamin B, Glucozę, witaminę C, Nootropil, Pramolan, ewentualnie Rudotel.

Następna grupa pacjentów obok identycznej jak w poprzedniej grupie farmakoterapii została poddana hipnozie awersyjnej. Każdy z badanych przechodził pięciokrotnie próbę zahipnotyzowania, której efekt oceniano analogicznie jak w pozostałych omawianych w tej pracy badaniach. Liczba pięciu sesji hipnotycznych uwarunkowana została spostrzeżeniem, że efekt hipnozy stabilizuje się na maksymalnym poziomie już po pięciu próbach.

Ponieważ jednak nie wszyscy pacjenci byli podatni na hipnozę, gdy osoba nie została zahipnotyzowana proszono ją o zamknięcie oczu, zrelaksowanie się i wyobrażenie sobie sugerowanej sytuacji. Dalsza procedura polegająca na podawaniu sugestii awersyjnych była identyczna dla podatnych i niepodatnych na hipnozę.

W efekcie pacjentów podzielono na trzy grupy:

1. Leczonych farmakologicznie.
2. Niepodatnych na hipnozę, leczonych farmakologicznie oraz relaksacyjnie z podaniem sugestii wyobrażenia sobie sytuacji awersyjnych.
3. Podatnych na hipnozę, leczonych hipnotycznymi sugestiami awersyjnymi, elementami psychoterapii oraz farmakologicznie.

Hipnotyzowanie każdorazowo według procedury ze skali stopnia zahipnotyzowania (Augustynek, 1989) prowadziłem stosując technikę fiksacji wzroku badanego na kryształowej kuli. Podczas badania osoba wygodnie siedziała w fotelu wpatrując się w kryształową kulę stojącą przed nią na stoliku.

Szczegółowe kryteria przyjęcia poszczególnych sugestii przedstawiłem w skali stopnia zahipnotyzowania /tabela 1/.

We wcześniejszych badaniach zauważyłem, że jeżeli badany odrzuci kilka kolejnych sugestii, to kierowanie do niego dalszych jest bezskuteczne. Toteż w omawianych badaniach sugestie z listy podawałem dotąd, aż trzy kolejne zostały przez badanego odrzucone.

Stopień zahipnotyzowania określałem liczbą od 0 do 4: 0/ stan niehipnotyczny (relaksacja), 1/ niski, 2/ umiarkowany, 3/ wysoki, 4/ bardzo wysoki.

W czasie hipnotyzowania wypowiadałem spokojnym głosem kolejne sugestie:

niezwracania uwagi na odgłosy dochodzące z zewnątrz, uspokojenie myśli, oderwania się od codziennych trosk i kłopotów, skoncentrowania się na moim głosie, znieruchomienia, rozluźnienia mięśni całego ciała, nieodrywania wzroku od kuli.

Gdy badany osiągnął stan relaksacji (sygnalizowany wzrostem oporu skórno-galwanicznego - mierzonego psychogalwanometrem typu Jan Maz) przechodziłem do podawania następnych sugestii: narastania senności, zmęczenia oczu, uczucia ciężaru w całym ciele i zasypiania.

Po zamknięciu przez badanego oczu sugerowałem mu najpierw zapadanie w sen, podczas którego będzie słyszał tylko mój głos i wykonywał sugestie przeze mnie podane. Następnie sugerowałem niemożność otwarcia oczu i uniesienia ręki. Po kilkukrotnym powtórzeniu tych sugestii mówiłem: „Spróbuj otworzyć oczy” i dalej, niezależnie od reakcji: „Spróbuj unieść pionowo do góry obydwie ręce”. Przyjęcie sugestii niemożności otwarcia oczu względnie uniesienia rąk do góry było dla mnie równoznaczne z wywołaniem u osoby hipnozy. W takim przypadku podawanie dalszych sugestii zmierzało do osiągnięcia wyższych stopni zahipnotyzowania. Po osiągnięciu maksymalnego w danym dniu stopnia zahipnotyzowania (gdy badany odrzucił trzy kolejne sugestie lub przyjął wszystkie ze skali) podawałem sugestie awersyjne. Następnie wyprowadzałem pacjenta z hipnozy.

Każdorazowo tempo sugerowania i liczbę powtórzeń poszczególnych sugestii dostosowywałem do reakcji badanego. Gdy reagował on wolniej, zajmowało to odpowiednio więcej czasu. W przypadku każdej sugestii powtarzałem ją dotąd, aż hipnotyzowany przyjął ją lub reakcja na nią była jednoznacznie negatywna.

Podczas pierwszej hipnozy sugerowano pacjentowi, że uczestniczy w pijackiej libacji, na której zniszczeni przez alkohol ludzie wymiotują, zachowują się ordynarnie i w końcu zasypiają. Pacjent czując odrazę do każdego rodzaju alkoholu znajduje w sobie dość siły aby się nie napić.

W trakcie drugiej hipnozy sugerowano, że pacjent odpoczywa w parku. Jest odprężony i zadowolony. Obok niego siada krańcowo zdegradowany alkoholik, który pije wódkę prosto z butelki namiawiając pacjenta do współuczestnictwa. Leczony czując wstręt do alkoholika odmawia mu.

W czasie trzeciej hipnozy sugerowano przeżycie rozpaczki po porażce życiowej polegającej na powrocie do nałogu co w efekcie doprowadziło do utraty zdrowia, rodziny, pracy i pieniędzy.

Sugestie podczas czwartej hipnozy polegały na tym, że pacjent w przyszłości zdrowy, od lat nie pijący widzi siebie samego w stanie krańcowego wyniszczenia przez alkohol. Czuje lęk przed alkoholem a zarazem nadzieję na uniknięcie takiego losu.

I wreszcie podczas ostatniej hipnozy sugerowano umiejętność odmawiania alkoholu w każdej sytuacji i każdej osobie.

Hipnozę prowadzono co trzy dni. Przeciętne posiedzenie trwało około 60 minut.

W analizie statystycznej empirycznych danych korzystałem z następujących metod:

1. Do obliczeń średniej z indywidualnych wyników stosowałem średnią arytmetyczną (Guilford, 1960, s. 70).

2. Aby określić siłę związku między badanymi zmiennymi obliczono z danych pierwotnych współczynnik korelacji według wzoru Pearsona (Guilford, 1960, s. 165).

3. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy istnieją znaczące różnice pomiędzy wynikami grup lub prób stosowano analizę wariancji testem F. (Brzeziński, Stachowski, 1984, s. 410-415, Tabela C).

Jeżeli w badanym zbiorze wystąpiły znaczące różnice, to przy pomocy testu Duncana określano, które pary grup lub prób różnią się pomiędzy sobą w sposób istotny. Wniosek ten formułowano porównując obliczoną z danych empirycznych wartość testu Duncana z jego wartością krytyczną odczytaną z tablic (Platt, 1977, s. 344-345, Tablica Xla).

WYNIKI

Pełny cykl terapeutyczny przeszło łącznie 140 osób. Samą farmakoterapią (I grupa) objęto 70 pacjentów. Pozostałe osoby pięciokrotnie poddano procedurze hipnozy awersyjnej.

Wśród leczonych hipnozą 39 osób było niepodatnych a 31 podatnych. Z podatnych niski stopień zahipnotyzowania osiągnęło 9 pacjentów, umiarkowany - 7, wysoki - 12 i wreszcie bardzo wysoki - 3.

Istotnym problemem w omawianych badaniach było przyjęcie jednoznacznych kryteriów oceny skuteczności leczenia. Niewątpliwie najbardziej obiektywnym wskaźnikiem jest okres bezwzględnej abstynencji (w tym przypadku ilość dni od zakończenia okresu zasadniczej terapii do ponownego kontaktu z alkoholem lub do dnia zakończenia badań). Okres ten jest jednak czasami trudny do obliczenia. Pacjenci często bez uprzedzenia zrywają kontakt z poradnią. Nie oznacza to jednak natychmiastowego powrotu do picia. Ponadto przyjmowałem oświadczenia pacjentów o abstynencji, które nie zawsze musiały być prawdziwe. Dlatego gdy to było możliwe informacje te potwierdzałem u członków rodziny alkoholika.

Jednak w przypadku części pacjentów nie udało się określić jednoznacznie tego okresu. Nie zgłaszali się na wizytę kontrolną, nie odpowiadali na korespondencyjne zapytania i do czasu zakończenia badań nie nawiązali kontaktu z Poradnią.

Liczby tych osób w poszczególnych grupach pokazuje tabela 2. Oczywiście nie uwzględniono ich przy obliczaniu średniego okresu abstynencji w poszczególnych grupach.

Warto także zwrócić uwagę na to, że kilkoro uzależnionych od alkoholu mimo zastosowanego leczenia nie przerwało picia nawet na kilka dni. Liczby osób w poszczególnych grupach zawarte są w tabeli 3.

W tabeli 4 przedstawiono wyniki uzyskane podczas omawianych badań. Różnice między grupami są statystycznie istotne (wartość testu $F = 16,16$ $p = 0,0001$, także test Duncana wskazuje na istnienie znaczących różnic pomiędzy grupami 1 i 2, 1 i 3, 2 i 3).

WNIOSKI

Rezultat jest jednoznaczny. Leczeni hipnozą mieli znacząco dłuższą abstynencję (potwierdza to hipotezę nr 1). Natomiast podatni na hipnozę uzyskali wyższy wynik od niepodatnych.

Następnie obliczyłem korelację między najwyższym stopniem zahipnotyzowania uzyskanym podczas którejs z pięciu prób a długością abstynencji. Jej wartość $r = 0,08$ wskazuje, że nie ma związku między badanymi zmiennymi (tym samym nie potwierdziła się hipoteza nr 2).

Uzasadnione jest więc stwierdzenie, że u niektórych pacjentów hipnoza jest skutecznym sposobem leczenia zespołu uzależnienia od alkoholu. Jednak jak to przedstawiłem wcześniej zależność ta dotyczy tylko części pacjentów. Rodzi się więc w tym miejscu pytanie od czego to zależy ?

Opierając się na swoim doświadczeniu terapeutycznym oraz po przeprowadzeniu analizy jakościowej zebranego materiału mogę stwierdzić, że podstawowym czynnikiem warunkującym skuteczność hipnoterapii zespołu uzależnienia od alkoholu jest motywacja pacjenta do leczenia. Jeżeli podejmuje on leczenie pod presją rodziny lub przełożonych, równocześnie samemu nie będąc przekonanym o konieczności terapii, efekty leczenia niezależnie od zastosowanej metody najczęściej są niezadawalające. Natomiast jeżeli uzależniony jest świadomy swojego nałogu, czuje że zagraża on jego zdrowiu, pozycji społecznej i materialnej, to mimo, że wcześniej nie potrafił samodzielnie zwalczyć nałogu można oczekiwać pozytywnych rezultatów pracy terapeutycznej.

Nie udało mi się, mimo podjętych prób, znaleźć zależności pomiędzy cechami osobowości a efektywnością hipnoterapii. Dotyczyło to związku z neurotyzmem, ekstrą - introwersją, inteligencją, sytuacją rodzinną, zawodem, wykształceniem, pozycją społeczną i materialną, stanem zdrowia, stopniem uzależnienia, ilością podejmowanych wcześniej prób leczenia nałogu. Ten fakt jednak mnie

nie zaskoczył. W bogatej historii poszukiwań związku podatności na hipnozę z różnymi wymiarami osobowości i to zarówno normalnymi jak i patologicznymi nie wykryto takiej zależności. Nawet jeżeli istotna korelacja wystąpiła w którymś z badań, nie została ona potwierdzona w innych eksperymentach (Augustynek, 1969). Wykazano zaś jednoznacznie, że podatność na hipnozę jest zależna od zmiennych motywacyjnych i sytuacyjnych. Dotyczy to także efektywności hipnoterapii uzależnionych od alkoholu. Pacjenci mający podobne charakterystyki osobowościowe mogą uzyskiwać znacząco różne okresy abstynencji jeżeli przejawiają różne postawy wobec hipnozy, terapeuty i leczenia. Z drugiej strony osoby różne osobowościowo często uzyskują analogiczne wyniki terapii.

Skuteczność hipnozy w walce z uzależnieniem od alkoholu uzasadnia przynajmniej w niektórych przypadkach uwzględnienie jej w arsenale rutynowych metod leczenia. Oczywiście stosować mogą ją jedynie specjaliści z kompetencjami zawodowymi uprawniającymi do pracy z uzależnionymi (psychiatrzy i psychologowie). Gwarantuje to prawidłowy przebieg procesu leczenia.

EFFECTIVENESS OF HIPNOSIS IN THE ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME TREATMENT

S U M M A R Y

Subjects in the study were 140 patients treated for alcohol dependence at a Psychological - Psychiatric Outpatient Clinic in Cracow. In the treatment of 70 of them hypnotherapy was included.

Two hypotheses were empirically checked:

I. Complex therapy of the alcohol dependence syndrome (including hypnosis, elements of psychotherapy and medication) will be significantly more efficient than pharmacotherapy only.

II. Therapeutic outcome of the alcohol dependence syndrome treatment including hypnosis should be directly proportional to the patient's susceptibility to hypnosis.

The first hypothesis was confirmed by the research findings (i.e. the abstinence period was significantly longer in patients after hypnotherapy), while the second hypothesis was not corroborated (i.e. abstinence duration was not related to the level of hypnosis attained by the patient). It was found by means of qualitative analyses that the main factor determining efficacy of hypnotherapy of the alcohol dependence syndrome was the patient's motivation to therapy.

PIŚMIENNICTWO

1. **Abramowicz N.:** Leczenie alkoholizmu przewlekłego za pomocą hypnotyzmu. *Gazeta Lekarska*, 1899, 49 i 50.
2. **Augustynek A.:** Kształtowanie specyficznych zachowań ludzkich; Sugestia - hipnoza, Kraków. Wydaw.Naukowe WSP, 1989
3. **Brzeziński J., Stachowski R.:** Zastosowanie analizy wariancyjnej w eksperymentalnych badaniach psychologicznych, Warszawa, PWN, 1984.
4. **Chertok L.:** Psychophysiological Mechanisms of hypnosis, New York, Heidelberg, 1969.
5. **Cron N.L.:** Experimental Hypnosis, New York, Univ.Press, 1950.
6. **Gorsky B**
Gorsky S.: Introduction to Medical Hypnosis, New York. Univ.Press, 1982.
7. **Guilford J.P.:** Podstawowe metody statystyczne w psychologii i pedagogice, Warszawa PWN, 1960.
8. **Platt Cz.:** Problemy rachunku prawdopodobieństwa i statystyki matematycznej, Warszawa PWN, 1977.
9. **Rożnow W.:** Głnoz w Miedicynie, Moskwa 1978.
10. **Schoen W.:** Hypnotherapy of alcoholism. *Medical Hypnosis* 1985, 1, 31-38.
11. **Scott E.M.:** Hypnagogic events and hypnosis; A case ilustration of an alcoholic. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 1988, 5, 121-124.
12. **Stanton M.E.:** Alcoholism and hypnosis. *Australian J.Clin.Experimental Hypnosis*, 1987, 15, 39-46
13. **Vögyesi F.A.:** Hypnose bei mensch und tier, Leipzig. S.Hirzel Verlab, 1967.
14. **Waden T.A.:** The clinical use of hypnosis. *Psychological Biulletin*, 1982, 91, 215-243.
15. **Wolberg L.R.:** Hypnoza. Warszawa PWN, 1975.

 Zmiany fizjologiczne pod wpływem sugestii (RSG, EEG, Tętno)

- | | |
|-----|--|
| 0 | 1,2,3 - Następuje stopniowy wzrost oporu skórno-galwanicznego, spadek szybkości tętna, pojawienie się licznych fal alfa w zapisie EEG przy równoczesnym spadku ilości artefaktów mięśniowych wywołanych mimowolnymi ruchami gałek ocznych.
4,5 - Dalszy wzrost oporu skórno-galwanicznego, w zapisie EEG dominuje rytm alfa, tętno wolne i miarowe.
6 - Szybki, krótkotrwały spadek oporu skórno-galwanicznego, zanik fal alfa w EEG i równoczesne pojawienie się artefaktów mięśniowych, przyspieszenie tętna na kilka sek. |
| I | 7,8 - Krótkotrwały, nieznaczny wzrost RSG przy ogólnym b. wysokim jego poziomie, chwilowy zanik fal alfa, tętno bez zmian wolne i miarowe.
9,10 - W zapisie EEG dominuje rytm alfa, opór skórno-galwaniczny ustabilizowany na niskim poziomie, tętno wolne i miarowe. |
| II | 11,12 - Brak zmian w zapisie EEG, szybkości tętna i oporności skórno-galwanicznej. |
| III | 13 - Spadek RSG przy dość wysokim poziomie, w zapisie EEG rytm alfa, wzrost tętna
14 - Spadek RSG, utrzymuje się nadal na niskim poziomie, w zapisie EEG, mimo otwartych oczu dominuje rytm alfa, tętno wolne i miarowe. |
| IV | 15 - XXX
16 - Efekt zatrzymania w zapisie EEG, krótkotrwały spadek oporu skórno-galwanicznego, tętno bez zmian.
17 - Brak efektu zatrzymania czyli blokady rytmu alfa w zapisie EEG, brak zmian w oporności skórno-galwanicznej, tętno bez zmian.
18 - Efekt zatrzymania w zapisie EEG, nieznaczny spadek oporu skórno-galwanicznego, tętno bez zmian.
19 - Brak zmian w zapisie EEG, w reakcji skórno-galwanicznej i w szybkości tętna. |
-

Tabela 1. SKALA STOPNIA ZAHIPNOTYZOWANIA

Obserwowane przez hipnotyzera zmiany w zachowaniu badanego świadczące o przyjęciu sugestii	
0	1. Osoba nieruchomo siedzi w fotelu. Brak ruchów mimowolnych 2. Przyjęcie naturalnej pozycji ciała podczas siedzenia w fotelu 3. Gałki oczne nieruchome lub wykonujące tylko nieznaczne ruchy 4. Coraz częstsze mruganie, niepełne otwarcie powiek, oczy mogą łzawić 5. Mięśnie rozluźnione, ręce spoczywają nieruchomo oparte o fotel 6. Szybkie cofnięcie ręki
I	7. Mimo wysiłku OB nie otwiera oczu (próby uniesienia powiek) 8. OB nie podnosi rąk do góry mimo zauważalnych prób w tym kierunku (drżenie mięśni) 9. OB siedzi spokojnie jest rozluźniona, może pojawić się reakcja pocenia i zaczerwienienia 10. Ręka sztywna i wyprostowana nieruchomo zastyga w nadanej pozycji
II	11. Brak reakcji na uklucie (np. cofnięcie ręki) 12. Lewa ręka unosi się stopniowo do góry (aż do dotknięcia twarzy)
III	13. Odwracanie głowy, wyraz wstrętu na twarzy, ewentualnie początek odruchu wymiotnego 14. OB otwiera oczy i następnie realizuje nadal sugestie hipnotyczne
IV	15. OB nie przypomina sobie całego okresu zahipnotyzowania lub jego fragmentów już po wyjściu z transu hipnotycznego** 16. Reakcją orientacyjną (zwrócenie głowy) 17. Brak orientacji 18. Mrużenie powiek, zwężenie źrenicy 19. OB nie mruży powiek, źrenica nie zmienia wielkości

Stopień zahipnotyzowania	Sugestia
0 RELAKSACJA (stan niehipnotyczny)	1. Znieruchomienie 2. Rozluźnienie mięśni 3. Skoncentrowanie wzroku na kryształowej kuli 4. Opadanie powiek (narastające trudności w otwieraniu oczu) 5. Bezwładne opadanie rąk (obydwie ręce ciężkie i nieruchome) 6. Silna reakcja na bodziec dotykowy (lekkie dotknięcie - sugestia uklucia)
I NISKI	7. Niemożność otwarcia oczu* 8. Niezdolność podniesienia rąk pionowo do góry* 9. Doznanie przyjemnego ciepła 10. Uniesiona ręka nie opada
II UMIARKOWANY	11. Anestezja bólowa (na uklucie igłą) 12. Lewitacja lewej ręki
III WYSOKI	13. Halucynacje węchowe (podana czysta woda - sugestia: wstrętny zapach alkoholu) 14. Otwarcie oczu bez wyjścia ze stanu hipnotycznego
IV BARDZO WYSOKI	15. Zasugerowana lub spontaniczna amnezja pohipnotyczna częściowa lub całkowita 16. Halucynacje słuchowe pozytywne - reagowanie na zasugerowany dźwięk dzwonka 17. Halucynacje słuchowe negatywne - brak reakcji na głośny dźwięk dzwonka 18. Halucynacje wzrokowe-pozytywne (sugestia zapalającej się lampy) 19. Halucynacje wzrokowe-negatywne (niereagowanie mimo otwartych oczu)

* Sugestie te stanowią kryterium zahipnotyzowania.

** Sprawdzenie po zakończeniu badania, podczas rozmowy z badanym.

UWAGA: Sugestia regresji wieku nie została wprowadzona do skali ze względu na niejednoznaczny charakter, tego procesu.

Tabela 2. Liczba osób, u których nie udało się ustalić okresu abstynencji

Grupa	Liczba osób u których nie udało się określić okresu abstynencji
I	11 (15,7%)
II	11 (38%)
III	6 (19,35%)

Tabela 3. Liczba osób, które mimo leczenia nie przerwały picia alkoholu

Grupa	Liczba osób, które mimo leczenia nie przerwały picia alkoholu
I	11 (15,7%)
II	1 (3,4%)
III	0 (0%)

Tabela 4. Wyniki terapii w poszczególnych grupach

Grupa	Okres abstynencji (w dniach)
I	77,82
II	198,10
III	281,22