

Om hypnose, hypnoterapi og behovet for en lovregulering

PSY
KOL
OGI

Altfor få leger, tannleger og psykologer kan tale hypnosens sak over myndigheter. Dette kan ha betydning for kommende endringer i norsk lovgivning.

TEKST

Irene Shestopal

Gunnar Rosén

PUBLISERT 5. juli 2013

ABSTRACT:

About hypnosis, hypnotherapy and the need for legal regulation

The purpose of this article is to shed light on the Norwegian legislation on the use of hypnosis. The practice of hypnosis in Norway is currently regulated by § 364, which permits practice of hypnotherapy by medical doctors and psychologists. Recently, Department of Justice proposed to abolish § 364, arguing that hypnotherapy falls within guidelines of the Health Professionals' Law and the Law about Alternative Treatment. The authors argue that such a change would imply lack of restriction, so that anyone could be permitted to practice hypnosis in Norway. Even today there exist a number of hypnotherapists in Norway who have neither formal education nor training. The authors urge strict licensing and clear ethical guidelines against misuse of hypnosis. To support their case they summarise some of the current scientific findings supporting hypnosis, illustrating areas of its successful application and focusing on potential negative side effects and ethical issues.

EMNER

Hypnose

Hypnoterapi

Straffeloven

Bruk av hypnose er i dag regulert i straffeloven § 364, som tillater kun leger og psykologer å praktisere den. § 364 i straffeloven sier følgende:

Med Bøder eller med Fængsel indtil 3 Maaneder straffes den, som anvender noget Middel eller nogen Fremgangsmaade, hvorved en anden med sit Samtykke hensættes i hypnotisk Tilstand eller i Afmagt, Bevidstløshed eller lignende Tilstande.

Denne bestemmelse er ikke til hinder for, at en læge eller en psykolog benytter hensettelse i sådan tilstand i videnskabelige øiemed eller ved sygebehandling.

Det er åpenbart at den gamle loven er tuftet på den oppfatningen at hypnose kan være farlig fordi hypnotisøren får makt over subjektet sitt. Derfor tillater den at bare leger og psykologer kan praktisere hypnose. En rekke anekdotiske beretninger fyrer opp under en slik oppfatning. I Moskva rapporteres hvert år 300 til 400 tilfeller av ran ved bruk av «sigøynerhypnose», der et mottakelig offer blir ført inn i en hypnotisk transe med enkle grep og deretter fortalt at en ulykke vil skje hvis han eller hun ikke betaler hypnotisøren. Samtidig er hypnose et nyttig redskap i behandlingen av flere tilstander.

«Straffeloven § 364 tillater kun leger og psykologer å praktisere hypnose»

Justisdepartementets straffelovkommisjon foreslo i mai 2005 at § 364 ikke videreføres. Forslaget om å oppheve § 364 begrunnes med at synet på hypnose har endret seg, at bestemmelsen har blitt brukt lite i praksis, og at det ikke er behov for en spesiell paragraf utover helsepersonelloven og lov om alternativ behandling. Hva det moderne synet på hypnose er, forklares imidlertid ikke. Det står videre:

En oppheving av bestemmelsen (vil) ha som konsekvens at hypnose som helsehjelp kan tas i bruk av alt personell som omfattes av helsepersonellovens § 4 ... og den plikt som helsepersonell etter denne bestemmelsen har til å drive forsvarlig yrkesutøvelse og til å innrette virksomheten i samsvar med egen kompetanse.

Denne proposisjonen åpner for at hypnose kunne bli brukt av personer uten helsefaglig bakgrunn:

I den grad hypnose utøves i helserelatert behandling av ikke autorisert helsepersonell, kan følgelig straffansvar etter omstendighetene være aktuelt etter lov om alternativ behandling av sykdom mv. Paragraf 9 gir i annet ledd en særlig straffebestemmelse for personer som ikke er helsepersonell, og hvor behandlingen forsettlig eller uaktsomt utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare.

Etter at denne delproposisjonen kom, ble det påstått av flere, for eksempel Henry Leander Andersen, at § 364 ikke lenger gjelder, og at hvem som helst kan bruke hypnose. Allerede i dag praktiseres hypnose i Norge av mange aktører uten godkjent utdanning og kompetanse. Søker man på *hypnoterapi* på Internett, finner man fort ut at det finnes hypnoterapeuter i hvert fylke i Norge. Antallet leger og psykologer som også tilbyr hypnose, er forsvinnende lite i sammenligning. Dessverre er *hypnoterapeut* ingen beskyttet tittel og kan bli brukt av enhver som ønsker det. Noen hypnoterapeuter har gått på kurs, som typisk varierer i lengde mellom 12 og 40 dager. Ingen av disse godkjennes som en fullverdig høyskoleutdanning.

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose (NFKEH) teller i dag cirka 160 medlemmer. Den representerer leger, tannleger og psykologer med kompetanse innenfor hypnose. De resterende 99,6 % som ikke er medlemmer, har sannsynligvis lite kunnskap om hypnose. Mange av medlemmene i NFKEH har drevet med forskning innenfor hypnose og har en doktorgrad. NFKEH organiserer både nybegynner- og videregående kurs i samarbeid med Den norske legeforening, Norsk Psykologforening og Den norske tannlegeforening. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) i Oslo har også et utdanningstilbud innenfor hypnose. NFKEH er bekymret over dagens situasjon med fremvekst av ulovlige tilbud.

Vårt formål med denne artikkelen er å drøfte bruk av hypnose i lys av moderne forskning. Vi gir eksempler på indikasjoner for bruk av hypnose og fokuserer på eventuelle risikomomenter og etiske spørsmål. Etter vårt syn er det behov for fortsatt lovregulering, og dagens situasjon er uholdbar.

Definisjonen av hypnose og transetilstander

Opplevelsen av å være hypnotisert er beskrevet av Rainville og Price (2003) som summen av følgende elementer:

1. Følelsen av mental avslapning. Ikke nødvendigvis fysisk avspenning
2. Oppmerksomheten er fokusert og fiksert på ett eller noen få mål
3. En redusert vurdering, monitorering og sensurering
4. Endring i opplevelsen av tid og sted, og endret selvopplevelse
5. Egne responser oppleves som automatiske, det vil si at de kommer uten en intensjon eller anstrengelse

De definerer hypnose som «changes in subjective experience induced by suggestions and characterised by mental ease, absorption, reduction in self-orientation and automaticity».

Man kaller prosedyren som fremkaller hypnotisk tilstand, for induksjon. Som regel er avspenning en del av induksjonen, men det er mulig å oppnå en hypnotisk tilstand uten avspenningen (Wark, 2006). Det finnes såkalte minimale tegn som forteller at overgangen til hypnotisk transe har skjedd, som immobilitet, avslapping av ansiktsmuskulatur, langsom og merkbar svelging, muskelrykninger og tremor av øyenvippene.

Når en endring som beskrevet over, skjer uten en formell induksjon, kaller man det en spontan hypnose eller spontan transe. Barabasz (2005) mener at personer med høy hypnotiserbarhet oftere erfarer slike episoder. En transetilstand kan enten gå ubemerket hen eller føre til store endringer i atferd. Mange har en eller annen gang kjørt til feil sted, men kunne ikke huske hvordan de kjørte dit. Det er beskrevet et tilfelle der en mann med høy hypnotiserbarhet tilstod i et politiavhør en forbrytelse som han aldri hadde begått (Eimer, 2012). Når en person utfører induksjonen selv, kalles tilstanden selvhypnose. Høyersten (2004) har analysert nordiske historiske kilder

vedrørende berserkene. Han argumenterer for at disse fryktløse krigerne befant seg i en dissosiativ transe fremkalt via selv- og gruppesuggesjon.

Forskning og teori

Endringer som skjer i hjernens aktivitet under hypnose, er spesifikke. Aktiveringen av anterior cingulate cortex (ACC) og deler av frontale lapper, som begge har med fokusert oppmerksomhet å gjøre, er alltid til stede (Rainville & Price, 2003). Aktiviteten i de hjerneområdene som har med en generell aktivering (*vigilance*) å gjøre, slike som anterior occipital og posterior parietal region, er som regel redusert. Når avslapning er en del av hypnose, kan man observere andre spesifikke endringer (Rainville, Hoffbauer, Bushnell et al, 2002). Flere områder kan aktiveres i samsvar med det som pasienten gjør og opplever under hypnose. Spiegel (2003) og Spiegel, Bierre og Rootenberg (1989) registrerte *event-related potentials* (ERP) og cerebral blodgjennomstrømning. De har beskrevet endringer som følge av hypnotisk suggesjon. De hjerneområdene som bremses under hypnose, er noradrierge og kolinerge, mens de som aktiveres, er dopaminerge. Rainville og Price (2003) mente at en redusert kolinerge aktivitet under hypnose kan føre til en reduksjon av hjernebarkens tonus og den relative frakoblingen mellom omverdenen og det mentale.

Evnen til å gå inn i hypnotisk transe kalles *hypnotiserbarhet*. Kun 10–15 % av befolkningen kan oppnå en hypnotisk transe som er dyp nok til å utføre kirurgi uten narkose. Men hvis målsettingen er psykoterapi eller smertelindring, kan man med en fleksibel metode nå frem til de fleste (Erickson, 1998; Milling, 2008). Hypnotiserbarhet regnes for å være en stabil egenskap, men responsen til hypnose kan økes betraktelig ved hjelp av øvelser (Gorassini & Spanos, 1986). En god allianse med hypnotisøren (Gfeller, Lynn & Pribble, 1987) kan øke den ytterligere.

Allerede på 1920-tallet gjennomførte Hull (1933) en rekke forsøk der samme suggesjon ble gitt med og uten hypnotisk induksjon. Han fant at selv om hypnose ga en økning i suggestibilitet, var forskjellen nokså liten. Hull konkluderte med at «no phenomenon whatsoever can be produced in hypnosis that cannot be produced to lesser degrees by suggestions given in the normal waking condition».

Hypnose kan gi en opplevelse av tap av kontroll, for eksempel at armen går opp av seg selv. Woody og Bowers (Woody & Sadler, 1998) har foreslått en dissosiert kontroll- teori som forklaring på fenomenet. Ifølge denne teorien kan den bevisste delen av de kontrollene som overvåker aktivitet, igjen deles i to: de eksekutive og de monitorerende kontrollene. De eksekutive kontrollene aktiverer ubevisste handlingsskjemaer, som setter en håndbevegelse i gang, mens det er monitoreringen av egen handling som gir opplevelse av kontroll. Dissosiasjonen mellom de eksekutive og de monitorerende funksjonene i hypnose fører til at en håndbevegelse oppleves å være under ekstern kontroll. Egner, Jamieson og Gruzelier (2005) fant det de mener å være den anatomiske lokaliseringen av dissosiasjonen. Ved arbeid med en konfliktfull oppgave i en vanlig våken tilstand aktiveres anterior cingulate cortex først, og så kommer aktiviteten i venstre frontale cortex. Under hypnose var aktiviteten i anterior cingulate cortex

høyere, mens aktiviteten i venstre frontalkorteks var lavere. Dette ble tolket som et tegn på en dissosiasjon mellom de to områdene.

Sadler og Woody (2006) påviste at fremkalling av fantasibilder i hypnose krever mindre mental anstrengelse. Forskjellen er ikke stor og kan til dels forklares med at under hypnotisk transe er konkurrerende hjerneaktiviteter supprimert. Dette faktum ligger i bunnen av *Discrepancy-attribution*-teori (Barnier, Denies & Mitchel, 2008). Når en person tenker på en katt, skapes et bilde av katten først og evalueres etterpå. I hypnose dannes bildet noe lettere, og den lille forskjellen påvirker evalueringen. Katten oppfattes som virkelig. Det kan forklare hvordan både hypnotiske hallusinasjoner og falske minner oppstår.

Hypnoterapi

Terapeutisk bruk av hypnose kalles hypnoterapi. David Spiegel (2003) skrev følgende: «The well-established ability of hypnosis to alter perception may account for its less well understood ability to alter identity, memory, and consciousness – perception of self... In general, we respond to images and manipulate words, whereas in hypnosis we respond to words and manipulate images».

Et eksempel på en enkel og virksom hypnotisk intervensjon er professor Muezzinoglus (2009) behandlingsmetode for avhengighet. En pasient møter opp til en forberedende samtale og blir bedt om å bekrefte at hun eller han stoler både på hypnose som metode og på behandleren sin. Under behandlingen induserer terapeuten en hypnotisk transe, og forsikrer pasienten gjentatte ganger (i form av en monolog) at han eller hun vil kunne klare å komme ut av misbruket. Denne metoden kalles autoritativ. Hos Erickson (1998) var pasientene aktivt deltakende i den terapeutiske prosessen. Denne fleksible og kreative metoden kalles i dag permissiv eller Ericksons hypnose. For eksempel behandlet Erickson en eldre pasient med en sterk kreftsmerte som kom og gikk, ved å lære ham å bruke selvhypnose med en endret tidsopplevelse, slik at smerten ble opplevd å vedvare kun noen sekunder.

Her følger eksempler på noen områder der hypnose har en dokumentert effekt:

At hypnose kan modulere og redusere smerte, kan også bekreftes ved hjelp av EEG, som viser reduksjon av smertefremkalt elektrisk aktivitet i hjernen (ERP). Hypnose kan virke selektivt og blokkere enten den sensoriske eller den affektive delen av smerteopplevelsen. Effekten er avhengig av hvordan hypnotisøren formulerer suggesjonen (Rainville, Carrier, Hofbauer et al., 1999). I praksis består den hypnoterapeutiske smertebehandlingen av to elementer: avslapning og selve smertereduksjon. For å oppnå det siste kan pasienten for eksempel bruke dissosiasjon eller arbeide med endring av selve smerteopplevelsen. Hypnose kan også redusere smerteopplevelsen ved å redusere angst. I et norsk kontrollert forsøk (Grøndahl & Rosvold, 2008) hadde tolv pasienter med generaliserte smerter redusert sine symptomskårer fra 51,5 til 41,6 i gjennomsnitt etter 300 minutter med hypnose. Hypnose er også effektiv ved fantomsmerter (Rosen, Willoch, Bartenstein et al., 2001). Selvhypnose ved bruken av et innspilt program kan også være til hjelp. Effekten av et

innspilt program kan ytterligere forbedres ved å administrere den i kombinasjon med visuelle stimuli (Weichman Askay, Patterson & Sharar, 2009). Kohen (2010) beskrev bruken av selvhypnose for hodepine. Flere år etter opplæringen hadde 85 % av pasientene fremdeles brukt selvhypnose med positiv effekt. Patterson og Jensen (2003) konkluderte i sin metaanalyse med at i behandlingen av akutte smerter var hypnose overlegen andre tiltak, inklusive medikamenter. I behandlingen av kroniske smerter var hypnose like effektiv som en rekke andre behandlinger, for eksempel autogen trening.

«Justisdepartementets straffelovkommisjon foreslo i 2005 å oppheve paragrafen»

Bernardy, Füber, Klose og Häuser (2011) har analysert de tilgjengelige studiene av behandling av fibromyalgi og konkluderte med at hypnose hadde en positiv effekt. Kombinasjonen av hypnose og kognitiv terapi ble forsøkt både i behandling av fibromyalgi (Castel, Cascon, Padrol et al., 2012), PTSD (Kirsh, Montgommery & Sapirstein, 1995), akutt stresslidelse (Bryant, Moulds, Guthrie & Nixon, 2005), anoreksi og bulimi (Barabasz M., 2007). Ifølge litteraturen var kombinasjonsbehandlingen signifikant bedre enn kognitiv terapi alene ved alle disse tilstandene. Den førte til atferdsendring hos ca 60–70 % av de bulimiske pasientene og hos 76 % av de anorektiske (Barabasz M., 2007). Barabasz og Watkins (2005) mener at hypnoterapi gir varig bedring hos 70–87 % av pasientene med irritabel tarm. I behandling av enurese er suksessraten mellom 60 % og 80 % (Huang, Shu, Huang & Cheuk, 2011). Diseth og Vandvik (2004) gir en god beskrivelse av hvordan hypnose brukes innenfor dette området.

Når det gjelder vorter, forsvant cirka 50 % av dem hos hypnosegruppen i en studie av Spanos, Williams og Gwynn (1990), mens placebogruppen derimot fikk flere. En lignende effekt ble observert i behandling av Herpes genitalis (Barabasz, Higley, Christensen & Barabasz, 2010). Det har også blitt påvist en viss effekt ved psoriasis. Hypnose kan også brukes som tilleggsbehandling ved astma (Brown, 2007).

Michael Yapko (2010) har brukt den med positive resultater i behandlingen av depresjon. Ved angst kan hypnose hjelpe pasienten både i å identifisere de angstfremkallende tankene og å lære seg bruken av mer positive og gunstige tankemønstre (Golden, 2012). Det samme gjelder behandling av fobier (Peltier 2009) og tvangslidelser (Blick, 2001; Meyerson & Konichezky, 2011). Hypnose kan også brukes for å oppnå bedre søvnkvalitet. NG og Lee (2008) rapporterer en god effekt i 50–75 % av tilfellene. Plascota, Lucas og Evans (2012) har brukt hypnose hos kreftpasienter og oppnådde både angstreduksjon og bedre søvn.

Når det gjelder avhengighet, finnes det noen beskrivelser av metoder (Tramontana, 2009) og kasuistikker. Potter (2004) har rapportert behandlingsresultatene for 18 pasienter med alkohol-, kokain- og hasjmisbruk, som ble tilbudt et 22 timers

behandlingsprogram. 14 av 18 pasienter, dvs. 77 %, har fullført programmet med et tilfredsstillende resultat. Barnes et al. (2010) konkluderer i sin metaanalyse med at selv om hypnose er en effektiv behandling for røykeslutt, er det ikke påvist at den er mer effektiv enn andre behandlinger. Suksessraten varierte mellom 20 og 80 %.

Hypnoterapi og faremomenter

Hypnose alene er ingen behandling. Det er innholdet som bestemmer hvorvidt den kan bli helsefremmende eller helseskadelig. Ifølge Kluft (2012) er insidensen av hypnosens bivirkninger i en vanlig terapeutisk setting rundt 7 %, og ved scenehypnose 15 til 20 %. Her er noen av de potensielle bivirkningene:

I transen kan bilder fra tidligere traumatiske opplevelser komme frem både sterkt og emosjonelt ladet, noe som kan føre til ytterligere traumatisering. Det er dokumentert flere tilfeller av psykosegjennombrudd etter bruk av hypnose i underholdningsøyemed (Wain & Dailey, 2010; Allen 1995). Retraumatisering kan også skje i en vanlig terapeutisk setting. Lafveskans (2011) forteller om en depressiv reaksjon hos en pasient som ble behandlet for tannlegeskrek.

Mange mener at hypnose er kontraindisert ved psykose og kan forverre den. Argumentene er blant annet at hypnose reduserer forsvar, påvirker egostyrke og forsterker tendensen til dissosiasjon. Imidlertid har flere fremragende psykiatere, blant annet Milton Erickson brukt hypnose i arbeid med psykose. Steingard og Frankel (1985) beskriver bruk av hypnose i behandling av dissosiative episoder. Denne type behandling er tidkrevende og forutsetter meget gode kunnskaper innenfor klinisk psykologi og hypnose.

Loftshus (2005) har påvist at minner er ikke stabile. De kan bli manipulert blant annet ved å stille villedende spørsmål, og det er vanskelig å skille mellom de ekte og falske minnene. Loftshus og Davis (2006) skrev også om *Recovered Memory Therapy*. De understrekker at alle de tilgjengelige beretningene om de traumatiske minnene, som ble undertrykt og gjenvunnet i en terapi, mangler troverdige bevis. Derimot er det bevist at *Recovered Memory Therapy* gjentatte ganger har skapt falske minner. Scoboria, Mazzoni, Kirsch og Milling (2002) har påvist at hypnose forsterker effekten av villedende spørsmål og øker dermed sannsynligheten for falske minner. Ellers er det slik at mange av de minnene som dukker opp i transe, er bare fantasier (Kihlstrøm, 1997). At hypnose øker sannsynligheten for falske minner, ble også påvist av Dywan og Bowers (1983). I deres forsøk ble frivillige vist bilder av en rekke gjenstander. Etter at forsøkspersonene hadde navngitt det de husket, ble de hypnotisert og skulle navngi det de hadde glemt. Mesteparten av svarene som kom frem under hypnose, var feil. Både *American Medical Association* og *American Psychological Association* har advart mot *Recovered Memory Therapy* og regresjonsterapi på grunn av hyppigheten av falske minner. Imidlertid tilbyr mange norske hypnoterapeuter akkurat disse terapiene.

Mangelfull oppvåkning er en bivirkning som er lett å overse (Kluft, 2012). Den medfører at pasientene blir ekstra sårbare i timene rett etter hypnosen, for eksempel ved å åpne

for gjenopplevelse av traumatiske minner. Det har blitt registrert minst ett tilfelle der en kvinne ble seksuelt misbrukt på grunn av manglende oppvåkning (Kluft, 2012).

Kluft (2012) intervjuet 30 personer som fikk alvorlige negative reaksjoner under utdanning. Kun to av disse hadde rapportert bivirkningene til lærerne. Kluft mener at deltakerne i en slik undervisning er spesielt utsatte, da de praktiserer hypnose på hverandre og ofte mangler både erfaring og kunnskap. Dessuten kan elevene bli utsatt for flere påfølgende induksjoner, noe som fører til en dypere transe og en sterkere påvirkning. Den ene av de 30 tok sitt liv. Kluft mener at kunnskap om overføring og motoverføring også må inkluderes i hypnoseutdanning, og at klare grenser og forkunnskap om deltakernes problemer er en nødvendighet.

Om nødvendigheten av en klar lovgivning og etiske aspekter

Til tross for at § 364 fortsatt gjelder, griper myndighetene ikke inn overfor ufaglærte personer som tilbyr behandling med hypnose, eller uautoriserte organisasjoner som «utdanner» fler. Dette nettverket presenterer hypnose som risikofri. Imidlertid er mange av metodene som hypnoterapeutene lærer opp i, direkte skadelige, for eksempel *Recovered Memory Therapy*. Man bør også være oppmerksom på feilinformasjon i media og annonser som ikke minst skader de seriøse aktørene. Eimer (2012) har skrevet en oppsummering av hva en forsvarlig praksis av hypnose bør innebære:

1. Å sikre pasientens beste og unngå enhver skade
2. Å følge opp de beste eksisterende retningslinjer
3. Å begrense seg til sitt kompetanseområde
4. Å ha kjennskap til relevante lover
5. Å ha kunnskap i psykologi, fysiologi og psykosomatikk som er relevant for arbeidsområdet
6. Å være rimelig godt oppdatert i forskningen og utviklingen
7. Å være oppmerksom på det relasjonelle aspektet i arbeidet med en pasient
8. Å være oppmerksom på pasientens reaksjoner på hypnose
9. Alltid ha et informert samtykke
10. Å trene og utvikle praktiske ferdigheter
11. Å integrere hypnose i et større behandlingsopplegg
12. Å sette grenser i forholdet mellom pasient og behandler
13. Å være beredt på at noe uventet kan skje

NFKEH mener at en faglig medisinsk utdanning er en nødvendig forutsetning for å kunne bruke hypnose. Det er ikke annet enn rimelig å forvente at en behandler skulle ha kjennskap både til den tilstanden som han eller hun behandler, til de vanlige behandlingsmetodene for denne tilstanden og til medisinsk faglig etikk.

Konklusjon

Straffeloven § 364 tillater kun leger og psykologer å praktisere hypnose.

Justisdepartementets straffelovkommisjon foreslo i 2005 å oppheve paragrafen. Etter

vårt syn er det et presserende behov for en fungerende og klar lovgivning for bruk av hypnose. I den kommende prosessen vil Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose aktivt være med for å skape faglig forsvarlige rammer for bruk av hypnose i Norge på en trygg måte.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 7, 2013, side 675-680

TEKST

Irene Shestopal, Fagsenteret, OsloStyremedlem i Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose

Gunnar Rosén, Smerte-medisinsk institutt, OsloLeder i Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose

+ Vis referanser

Referanser

Allen, D. S. (1995). Schizophreniform psychosis after stage hypnosis. (5), 680.

Barabasz, A. (2005). Whither spontaneous hypnosis: a critical issue for practitioners and researchers. (2), 91-97.

Barabasz, A., Higley, L., Christensen, C. & Barabasz, M. (2010). Efficacy of hypnosis in the treatment of human papillomavirus (HPV) in women: rural and urban samples. (1), 102-121.

Barabasz, A. & Watkins, J. G. (2005). . NewYork: Routledge.

Barabasz, M. (2007). Efficacy of hypnotherapy in the treatment of eating disorders. (3), 318-335.

Barnes, J., Dong, C. Y., McRobbie, H. et al. (2010). Hypnotherapy for smoking cessation. (10), CD001008.

Barnier, A., Dienes, Z. & Mitchell, C. (2008). Discrepancy-attribution theory of hypnotic illusions. I Nash, M. & Barnier, A. (red.). . Oxford: Oxford University Press.

Bernardy, K., Füber, N., Klose, P. & Häuser, W. (2011). Efficacy of hypnosis/guided imagery in fibromyalgia syndrome - a systematic and meta-analysis of controlled trials. (12), 133.

Blick, S. (2001). Accessing the power in the patient with hypnosis and EMDR. Eye movement desensitization and reprocessing. (3-4), 203-216.

Brown, D. (2007). Evidence-based hypnotherapy for asthma: a critical review. (2), 220-249.

Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M. & Nixon, R. D. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive - behavioural therapy in treating acute stress disorder. (2), 334-340.

Castel, A., Cascon, R., Padrol, A. et al. (2012). Multicomponent cognitive-behavioral group therapy with hypnosis for the treatment of fibromyalgia: long-term outcome. (3), 255-265.

Diseth, T. H. & Vandvik, I. H. (2004). Hypnoterapi ved behandlingsrefraktær enuresis nocturna. (4), 488-489.

- Dywan, I. & Bowers, K. S. (1983). The use of hypnosis to enhance recall. (4620), 184-185.
- Egner, T. Jamieson, G. & Gruzelier, J. (2005). Hypnosis decouples cognitive control from conflict monitoring processes of the frontal lobe. (4), 969-978.
- Eimer, B. N. (2012). Immediate and delayed negative effects of hypnosis in clinical, research, educational, and entertainment settings. (1), 4-7.
- Erickson, M. H. (1998). . London: Free Association Books.
- Gfeller, J. D., Lynn, S. J. & Pribble, W. E. (1987). Enhancing hypnotic susceptibility: interpersonal and rapport factors. (3), 586-595.
- Golden, W. L. (2012). Cognitive hypnotherapy for anxiety disorders. (4), 263-274.
- Gorassini, D. R. & Spanos, N. P. (1986). A socialcognitive skills approach to the successful modification of hypnotic susceptibility. (5), 1004-1012.
- Grøndahl, J. R. & Rosvold, E. O. (2008). Hypnosis as a treatment of chronic widespread pain in general practice: a randomised controlled pilot trial. 124.
- Huang, T., Shu, X., Huang, Y. S. & Cheuk D. K. (2011). Complementary and miscellaneous interventions for nocturnal enuresis in children. , CD005230.
- Hull, C. L. (1933). . New York: Appleton-Century-Crofts.
- Høyersten, J. G. (2004). Berserkene - hva gikk det av dem? (124), 3247-3250.
- Kihlstrøm, J. F. (1997). Hypnosis, memory and amnesia. Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Biological Science, 352(1362), 1727-1732.
- Kirsh, I., Montgomery, G. & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an adjunct to cognitive behavioural psychotherapy: a meta-analysis. , 214-220.
- Kluft, R. P. (2012). Issues in the detection of those suffering adverse effects in hypnosis training workshop. (3), 213-232.
- Kluft, R. P. (2012). Enhancing workshop safety: learning from colleagues' adverse experience (part I - structure/content). (1), 85-103.
- Kluft, R. P. (2012). Enhancing workshop Safety: learning from colleagues' adverse experience (part II - structure/ policy). (1), 104-122.
- Kohen, D. P. (2010) Long-term follow-up of selfhypnosis training for recurrent headaches: what the children say. (4), 417-432.
- Lafveskans, U. (2011). Hypnos mot käkspäninger. Gerge, A. & Rosen, G. (red.), . Stockholm: ScandBook.
- Loftshus, E. F. (2005). Planting misinformation into human mind: a 30 year investigation of the malleability of memory. , 361-366.
- Loftshus, E. F. & Davis D. (2006). Recovered memories. , 469-498.
- Meyerson, J. & Konichezky, A. (2011). Hypnotically induced dissociation (HID) as a strategic intervention for enhancing OCD treatment. , 53(3), 169-168.
- Milling, L. S. (2008). Is high hypnotic suggestibility necessary for successful hypnotic pain intervention? (2), 98-102.
- Muezzinoglu, A. E. (2009). . Istanbul: Omnia.

- Ng, B. Y. & Lee, T. S. (2008). Hypnotherapy for sleep disorders. (8), 683-688.
- Patterson, D. R. & Jensen M. P. (2003). Hypnosis and Clinical Pain. (4), 495-521.
- Peltier, B. (2009). Psychological treatment of fearful and phobic special needs patients. (1), 51-57.
- Plascota, M., Lucas, C., Evans, R. et al. (2012). A hypnotherapy intervention for the treatment of anxiety in patients with cancer receiving palliative care. (2), 69-75.
- Potter, G. (2004). Intensive therapy: utilizing hypnosis in the treatment of substance abuse disorders. (1), 21-28.
- Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R. K., et al. (1999). Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation. , 159-171.
- Rainville, P., Hoffbauer, R. K., Bushnell, M. C. et al. (2002). Hypnosis modulates activity in brain structures involved in the regulation of consciousness. (6), 887-901.
- Rainville, P. & Price, D. D. (2003). Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. (2), 105-129.
- Rosen, G., Willoch, F., Bartenstein, P. et al. (2001). Neurophysiological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis in its clinical management: an intensive examination of two patients. , 38-55.
- Sadler, P. & Woody, E. Z. (2006). Does more vivid imaginary of high hypnotizables depend on greater cognitive effort? A test of dissociation and social-cognitive theories of hypnosis. (4), 372-391.
- Scoboria, A., Mazzoni, G., Kirsch, I. & Milling, L. S. (2002). Immediate and persisting effects of misleading questions and hypnosis on memory reports. (1), 26-32.
- Spanos, N. P., Williams, V. & Gwynn, M. I. (1990). Effects of hypnotic, placebo, and salicylic acid treatment on wart regression. (1), 109-114.
- Spiegel, D. (2003). Negative and positive visual hypnotic hallucinations: attending inside and out. (2), 130-46.
- Spiegel, D., Bierre, P. & Rootenberg, J. (1989). Hypnotic alteration of somatosensory perception. (6), 749-754.
- Steingard, S. & Frankel, F. H. (1985). Dissociation and psychotic symptoms. (8), 953-955.
- Tramontana, J. (2009). . Bethel: Crown House Publishing.
- Wain, H. J. & Dailey, J. (2010). A dissociative episode following stage hypnosis in a combatinjured soldier: implications, treatment and reflections. (3), 183-188.
- Wark, D. M. (2006). Alert hypnosis: a review and case report. (4), 292-300.
- Weichman Askay, S., Patterson D. & Sharar S. (2009). Virtual reality hypnosis. (1), 40-47.
- Woody, E. & Sadler, P. (1998). On reintegrating dissociated theories: comment on Kirsch and Lynn (1998). (2), 192-197.

Yapko, M. (2010). Hypnosis in the treatment of depression: an overdue approach for skilful mood management. (2), 137-146.