

HIPNOTERAPIA ÎN MANAGEMENTUL DURERII – O ABORDARE EMPIRICĂ

IRINA HOLDEVICI, BARBARA CRĂCIUN

Hypnotherapy for the Management of Pain – an Empirical Approach. This article presents a number of techniques based on hypnosis for the treatment of chronic and acute pain. Hypnotherapy consistently produces significant decreases in pain associated with a variety of chronic-pain problems. Most of the hypnosis interventions for chronic pain include instructions in self-hypnosis. Also, hypnosis in the treatment of chronic pain generally, but not always, involves a hypnotic induction with suggestions for relaxation and comfort.

Key words: Hypnosis, unconscious mind, relaxation, pain treatment, hypnotherapy.

Durerea este definită ca o experiență senzorială și emoțională dezagreabilă ce se datorează unei leziuni actuale sau potențiale a unui organ sau țesut și este de obicei descrisă de client în acești termeni. Această experiență are o componentă subiectivă foarte importantă (Merskey și Bogduk, 1994, p. 209-214). Uneori durerea are un rol de semnal de apărare pentru organism depășind nivelul de simptom. Durerea poate să se manifeste și în absența unor leziuni sau procese patologice ale organismului, cauzele acesteia fiind în această situație de natură psihologică. Acest tip de durere este greu sau chiar imposibil de diferențiat de cea care apare datorită unor cauze organice (Brann, Owens și Williamson, 2015, p. 293).

Cu toate acestea, observațiile clinice au demonstrat că omul dispune de experiențe dobândite pe baza condiționărilor realizate de-a lungul vieții ce permit controlul și chiar înlăturarea durerii. Condiționările de natură inconștientă reprezintă resurse potențiale pe baza cărora se poate realiza controlul durerii cu ajutorul hipnozei, fără a face apel la analgezice.

Durerea reprezintă o experiență subiectivă, cu anumite manifestări obiective care nu au neapărat un caracter conștient. Ea se poate manifesta și în timpul somnului, narcozei și chiar în timpul unei anestezii realizate cu substanțe chimice, fiind evidențiată prin componentele ei obiective. Aceste fenomene au fost puse în evidență prin explorarea în stare de hipnoză a experiențelor trecute ale unor pacienți (Wakeman și Kaplan, 1978).

Tehnicile neuroimagistice au evidențiat zonele cerebrale care sunt activate atunci când acționează stimulii dureroși. Acestea sunt următoarele: cortexul cingular, insula, zonele corticale prefrontale și cele somatosenzoriale primare și secundare (Baliki, Chialvo, Geha, Levy, Harden, Parrish, și Apkarian, 2006; Derbyshire, 2000).

Studiile clinice au evidențiat faptul că durerea poate apărea și independent de o leziune sau o altă patologie de tip organic, din acest motiv aceasta putând fi privită și ca o tulburare de sine stătătoare (Asmundson, și Katz, 2009). Clienții cu durere psihologică se vor exprima în limbaj psihologic, chiar dacă acesta este un limbaj de organ (Holdevici, 1995, p. 78).

O altă descoperire științifică importantă pentru înțelegerea mecanismelor durerii se referă la traseele nervoase descendente cu caracter inhibitor. Acestea au rolul de a inhiba transmiterea semnalelor din zonele dureroase, calmând astfel durerea (Brann, Owens și Williamson, 2015, p. 294).

Din punctul de vedere al psihoterapeutului este importantă distincția dintre durerea cronică (ce durează mai mult de trei luni) și durerea acută. În durerea acută un stimul noxic acționează pe o structură nervoasă integră, declanșând o reacție de durere. Dacă frecvența stimulilor este mică și are o durată scurtă, toate fenomenele se sting după îndepărtarea stimulilor sau după un tratament uzual fără a lăsa sechele fizice sau psihice pacientului. În unele cazuri când apar stimuli foarte puternici și cu o frecvență mare, din cauza agresiunii unor structuri nervoase periferice sau centrale, se pot produce unele complicații ale mecanismului normal al durerii cunoscute clinic ca hiperalgie, hiperestezie, durere cronică (Rainville, Duncan, Price, Carrier și Bushnell, 1997).

Hipnoza și-a dovedit utilitatea în reducerea durerilor cronice și acute ce sunt prezente în diferite boli somatice, ca unic procedeu de anestezie sau ca adjuvant în anestezia aplicată în cazul intervențiilor chirurgicale cât și în programarea mentală a unei evoluții post-operatorii favorabile (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena și Patterson, 2000).

Durerea presupune, în afara comportamentului fiziologic, și o experiență subiectivă care poate fi modificată cu ajutorul hipnozei. Este cunoscut și faptul că toleranța la durere este diferită de la individ la individ, iar pentru același subiect perceperea durerii este diferită în funcție de starea afectivă pe care o trăiește.

Studiile bazate pe imagistica cerebrală au evidențiat faptul că hipnoza poate influența ambele componente ale durerii, în funcție de specificul formulelor sugesive administrate (Hofbauer, Rainville, Duncan, și Bushnell, 2001).

Una dintre variabilele importante care influențează percepția durerii se referă la expectațiile clientului în legătură cu aceasta. Din acest motiv preparatele de tip „placebo” s-au dovedit utile în reducerea durerii. Studiile au evidențiat faptul că pacienții tratați cu analgezice de tip „placebo” au relatat faptul că au trăit mai puțină durere, au tolerat mai bine procedurile medicale dureroase și au avut un prag mai ridicat al percepției durerii (Schoenberger, 2000).

Sugestiile pentru reducerea durerii administrate în transă hipnotică reprezintă așadar o alternativă la preparatele „placebo”, alternativă în care clientul *nu* este indus în eroare (Lynn, Laurence, și Kirsch, 2015).

Chaves și Brown (1987) au evidențiat faptul că stilul de gândire dezadaptativ reprezintă un mecanism de bază al percepției durerii, modificarea lui reprezentând un element cheie în controlul acesteia. Reducerea gândirii negative de tip catastrofizant reprezintă de asemenea un element de bază în producerea analgeziei atât prin metode „placebo” cât și prin sugestiile hipnotice.

Un alt aspect important de care trebuie să se țină seama în psihoterapia durerii îl reprezintă semnificația pe care aceasta o are pentru pacient. Astfel, de pildă, un sportiv de performanță care a suferit un accident va tolera mai bine durerea produsă de procedurile de recuperare în timp ce o persoană cu dureri cronice ce sunt datorate unei afecțiuni medicale cu caracter invalidant va trăi stări de depresie, lipsă de speranță și va avea o stimă de sine scăzută, altfel spus vor apare stări afective negative care vor submina motivația ce stă la baza angajării în terapia durerii. Trebuie spus că participarea psihologică specifică unui client în cadrul durerii include reacția de modalitate senzorială trăită de acesta, componentele periferice ale durerii alături de reacțiile specifice personalității lui (Holdevici, 2009, p. 302).

Momentele de relaxare oferite de trasa hipnotică vor conferi clienților un sentiment de autocontrol asupra corpului lor și le vor reda speranța că sunt capabili să învingă durerea.

Deși aproape toți clienții pot beneficia de aplicarea hipnozei pentru combaterea durerii, totuși în cazul în care situațiile cu care se confruntă aceștia sunt foarte complexe, de exemplu atunci când hipnoza reprezintă singura modalitate de anestezie, este necesar ca subiectul să aibă un nivel ridicat de hipnotizabilitate.

Clienții cu un nivel de hipnozabilitate scăzută au de regulă și atitudini negative față de aplicarea unor astfel de proceduri, ceea ce face ca acestea să fie mai puțin eficiente.

În același timp studiile experimentale au evidențiat faptul că și sugestiile administrate în stare de veghe pot avea efecte benefice în combaterea durerii (Spanos, 1986; Lang, Berbaum, Faintuch, Hatsiopoulou, Halsey, Li și Baum, 2006). Prezentăm mai jos strategiile hipnotice de reducere a durerii.

Relaxarea

Denumirea de relaxare este în general cunoscută, dar de cele mai multe ori este folosită ca un sinonim al liniștii, odihnei sau al stării de calm, deseori recomandările medicale având astfel de semnificații. Noțiunea de relaxare vine de la cuvântul latin „*relaxatio*” (eliberare, destindere, ușurare, liniște) și este o stare psihofiziologică nespecifică a organismului la care se ajunge prin proiectarea sistematică și constantă a unor exerciții speciale elaborate și destinate acestui scop și în condiții ambientale care să favorizeze apariția și menținerea ei.

Deși are o vechime respectabilă, relaxarea a fost redescoperită de lumea occidentală, dar mai ales de cea științifică, pe la începutul secolului nostru. Medicii și psihologii o aplicau la început destul de timid în tratamentul diferitelor afecțiuni psihice și psihosomatice. În urma cercetărilor efectuate asupra relaxării, cât și a experienței clinice, s-a putut constata ca la persoanele sănătoase sau suferinde de unele maladii, practicarea pe o perioadă mai îndelungată a exercițiilor are efecte benefice.

Tehnicile de relaxare pornesc de la principiul că existența psihosomatică se află într-o continuă alternanță între activitate și repaus, între tensiune și destindere, între armonie și conflict (Andrasik, 2004). Metodele de relaxare au fost elaborate cunoscându-se că orice situație conflictuală sau de încordare este susceptibilă să determine o

stare de tensiune neuromusculară ce se recuperează pe plan psihic prin hiperexcitabilitate, irascibilitate, anxietate, iar pe plan fiziologic, prin creșteri semnificative ale secreției de catecolamine, cortizol, mărirea tensiunii arteriale și pulsului.

Relaxarea reprezintă exercițiul în virtutea căruia indivizii învață să își destindă toate grupele musculare, sau numai o parte din ele în scopul de a acționa pe această cale în chip favorabil asupra reducerii durerii. Sugestia și autosugestia joacă un rol important în adâncirea și consolidarea stării de relaxare. Astfel, Gheorghiu (1977) evidențiază anumite predispoziții sau trăsături care favorizează receptivitatea la sugestie: închipuirea, transpunerea, conformarea, subordonarea și captarea. Sugestia și autosugestia reprezintă unul dintre mecanismele de bază ale relaxării. Tehnicile de relaxare și în special antrenamentul autogen vizează obținerea decontractiei musculare sau nervoase prin sugestie și autosugestie. Acestea intervin, în primul rând, la inducerea stării de relaxare, obținerea senzațiilor de greutate, căldura, calmare a respirației, caracteristicile exercițiilor de relaxare, realizându-se prin formule de tip sugestiv (monotone, repetitive), cât și prin imagini menite să medieze concentrarea sugestivă (Holdevici și Crăciun, 2012).

Datorită decontractiei musculare și nervoase relaxarea contribuie major la calmarea durerii care presupune supraîncordarea musculară și atenție îndreptată selectiv spre zonele dureroase, ceea ce conduce la intensificarea durerii.

Nu există o tehnică de relaxare mai bună decât alta, terapeutul fiind acela care va ține seama de preferințele clienților săi.

Relaxarea reprezintă și un punct de plecare pentru autohipnoză și poate fi utilizată de client în mod independent, în afara ședințelor de terapie.

Anestezia „în mânășă”

Clientului i se sugerează faptul că palma dominantă devine amorțită și apoi se transgeră această amorțea în zona dureroasă. Prezentăm mai jos un model de scenariu sugestiv pentru anestezia în mânășă (adaptat după Brann, Owens, Williamson, 2015):

„Imaginați-vă că vă plimbați iarna printr-o pădure înzăpezită. Zăpada este albă, strălucitoare și pufoasă, atârând pe crengile copacilor. Zăpada este atât de plăcută încât vă invită să luați câte un pumn din ea... pe care să-l strângeți în palma mâinii drepte. Zăpada este proaspătă și rece... proaspătă și rece... luați câte un pumn de zăpadă din fiecare copac pe care lângă treceți... în timp ce faceți un bulgăre simțiți răceala zăpezii care face ca palma să devină tot mai amorțită, tot mai amorțită, atunci când treceți pe lângă fiecare copac... palma devine tot mai amorțită, tot mai amorțită... astfel încât nu o mai simțiți de loc... în timp ce vă bucurați de plimbarea prin pădure, palma devine tot mai amorțită. Atunci când simțiți acest lucru faceți un semn cu capul... Este bine așa...”

Acum când ați simțit amorțea din palma dumneavoastră, puteți transfera această amorțea în orice parte a corpului doriți... În aceasta constă puterea hipnozei!

Acum apropiați palma dreaptă amorțită de cea stângă, atingeți palma stângă și observați cum și palma stângă devine tot mai amorțită...tot mai amorțită... insensibilă... amorțită...”

Clientul este solicitat să plaseze palma amorțită în zona dureroasă și să exerseze acest scenariu sugestiv și în autohipnoză.

Vizualizarea unui aparat care evaluează nivelul durerii

Clientului aflat în stare de transă hipnotică i se cere să-și imagineze că vizualizează un aparat, asemănător cu un termometru care măsoară intensitatea durerii pe o scală gradată de la 0 la 10, unde 0 înseamnă absența durerii și 10 durere foarte puternică.

Aparatul este prevăzut cu un dispozitiv astfel încât clientul să poată să coboare sau să urce intensitatea durerii așa cum dorește. În cazul în care clientul relatează faptul că poate crește intensitatea durerii, terapeutul îi va spune că aceasta reprezintă un indicator asupra faptului că durerea poate fi controlată și așa cum poate crește, nivelul acesteia poate fi și scăzut.

Studiile clinice au evidențiat faptul că mai ales clienților aflați în criză le este mai ușor să crească la început intensitatea durerii și abia apoi să o reducă.

Această metaforă terapeutică este utilă și în cazul în care clientul nu reușește să reducă durerea, deoarece va ajuta la dezvăluirea unor cauze ascunse ale durerii.

Tehnicile de distragere

Marea majoritate a oamenilor consideră că durerile acute devin mai suportabile atunci când atenția este concentrată asupra altui obiectiv.

O astfel de redirecționare a atenției poate fi utilizată și în transa hipnotică când subiectului i se cere să-și imagineze diverse lucruri cum ar fi de pildă o vacanță la munte.

Tehnicile imaginației dirijate funcționează mai eficient în cazul durerii dacă subiectul este solicitat să descrie experiența trăită și în plan verbal. Există însă și clienți care consideră că verbalizarea îi poate scoate din starea de transă profundă.

Tehnicile de disociere

Clienții înalt hipnotizabili au capacitatea de a se disocia de zona corporală afectată astfel încât durerea să pară că are loc undeva în altă parte.

Există și situații în care clientul poate trăi în stare de transă experiența dedublării în cadrul căreia acesta își vede propriul corp de sus. O variantă a disocierii poate fi considerată și deplasarea simptomului într-o zonă a corpului unde durerea poate fi mai ușor tolerată (Heap și Aravind, 2002).

Tehnica imaginației dirijate cu conținut corectiv

Clienților care suferă de dureri cronice li se cere ca în stare de transă hipnotică să își construiască imaginea vizuală a durerii și apoi să transforme imaginea respectivă într-una care să producă mai puțin disconfort. Poate fi modificată culoarea, forma sau tipul de senzație dureroasă.

Distorsionarea timpului în stare de hipnoză

A fost pentru prima oară descrisă de Erickson și Cooper în 1959. Aceasta reprezintă, de cele mai multe ori, modalitatea cea mai eficientă de combatere a

durerii în stare de hipnoză. Un alt exemplu interesant este cel descris de Erickson și Rossi (citați de Patterson și Jensen, 2003), care se referă la un pacient ce suferea de dureri puternice care apăreau la aproximativ 20 de minute și durau aproximativ 5-10 minute.

Între atacuri, pacientul era preocupat de așteptarea atacului următor. Prin metoda distorsionării timpului i s-a sugerat amnezia totală a atacului anterior.

De asemenea, i s-au dat sugestii că puseul dureros, care dura cinci-zece minute, să dureze doar zece-douăzeci de secunde. Ulterior, terapeutul a sugerat pacientului și faptul că fiecare nou puseu dureros să reprezinte o surpriză pentru el și că atunci când se va declanșa atacul, pacientul va intra într-o stare de transă timp de una până la douăzeci de secunde, timp în care va trăi episodul dureros, după care va ieși din transă cu amnezia totală a celor petrecute. Tehnica se bazează pe percepția subiectivă a timpului în cadrul căreia unele evenimente sunt percepute ca având o durată mai lungă, altele una mai scurtă.

Hipnoza în combaterea durerilor cronice

Durerea este considerată cronică atunci când durează cel puțin trei-șase luni sau chiar mai mult. Astfel de senzații dureroase pot afecta ceafa, capul sau alte grupe musculare. Aceste dureri pot fi cauzate de afecțiuni ca osteoartrita, fibromialgia, tulburarea osteomandibulară sau boala neoplazică (Lewis, 2013). Pacienții cu dureri cronice resimt o durere monotonă, plictisitoare, chinuitoare, care poate apare dimineața și poate dura toată ziua, alteleori durerea fiind mai gravă noaptea, cu o capacitatea de localizare scăzută, cel mai frecvent unilaterală (Holdevici, 2009).

Tratamentul durerii cronice este complicat și datorită faptului că aceasta este asociată cu depresia, anxietatea și inactivitatea.

Un alt element care contribuie la complexitatea situației ține de faptul că în numeroase condiții medicale originea durerii nu este clar precizată. Factorii care influențează durerea sunt foarte diferiți, astfel avem de la reacția individului la perceperea durerii ce depinde de particularitățile individuale, la influențele culturale, de la statutul psihiatric al persoanei, la vârsta, sexul, sau elemente situaționale (Jensen și Karoly, 1991).

La o serie de pacienți nu de puține ori leziunea s-a vindecat, dar durerea persistă, fiind asociată cu anxietate, gânduri negative, uneori atrofie musculară ce are drept cauză lipsa de mișcare precum și tulburări de somn. Date experimentale au clarificat aspectele psihologice ale durerii, constatându-se că un individ își modifică evaluarea subiectivă a intensității durerii când experimentatorul manipulează factori care privesc originea sau importanța durerii (Holroyd, Holm, Keefe, Turner, Bradley, Murphy, ... și O'Malley, 1992). Modul cognitiv pe care pacientul îl dezvoltă la întâlnirea cu durerea îi va influența acestuia ulterior strategiile de coping.

Variabilele care privesc perceperea consecințelor, importanța stării de bine și resursele pe care le are subiectul uman se vor concretiza în strategii cognitive care sunt orientate pe control, credințe și expectații. Cu cât se dau mai multe informații despre câtă durere se așteaptă, toleranța la durere scade și invers, cu cât individul capătă mai mare posibilitate de control privind apariția și durata durerii, toleranța la durere crește. Toleranța la durere este influențată și de alți factori psihologici, precum motivația.

Anxietatea și frica sunt cele mai comune răspunsuri emoționale care acompaniază comportamentul dureros.

Neuroplasticitatea reprezintă fenomenul de imprimare a senzației dureroase la nivelul creierului după producerea unui traumatism. Patterson (2004) subliniază faptul că se realizează un proces de condiționare la nivel cortical prin intermediul căruia durerea se produce la simpla evocare a mișcării sau situației care a generat-o.

Studiile au evidențiat faptul că hipnoza poate fi utilă pentru că permite reducerea activității cerebrale, fapt care conduce la rândul său la reducerea durerii.

Durerea reprezintă un fenomen complex un numai datorită leziunilor care au generat-o ci și datorită percepțiilor montajului psihic, dispoziției afective, comportamentului, stilului de viață și simptomelor neurologice asociate. Simons, Elman, și Borsook (2014) subliniază faptul că în cazurile ușoare sunt suficiente câteva ședințe de hipnoză, iar pentru durerile cronice se recomandă un număr mai mare de ședințe combinate cu practicarea autohipnozei.

Studiile referitoare la activitatea corticală au evidențiat faptul că intensitatea și caracterul dezagreabil al durerii sunt procesate în două arii corticale diferite: cortexul somatosenzorial și cortexul cingular anterior (Lewis, 2013, p. 81).

Localizarea și caracteristicile durerii (înțepătură, arsură, presiune, etc.) sunt procesate la nivelul cortexului somatosenzorial, în timp ce reacția emoțională la durere este procesată la nivelul cortexului cingular (aici vorbim despre o durere anxioasă, sâcâitoare, invalidantă).

Studiile imagistice evidențiază faptul că zona anterioară a cortexului cingular devine mai puțin activă atunci când subiectul este stresat sau vigilent în privința durerii (Schulz-Stübner, Krings, Meister, Rex, Thron și Rossaint, 2004).

Sugestiile hipnotice referitoare la reducerea caracterului neplăcut al durerii conduc la descreșterea activității în zona anterioară a cortexului cingular, în timp ce sugestiile de reducere a intensității durerii reduc activitatea în cortexul somatosenzorial (Rainville et al., 2011, p. 968-971).

Sugestiile care se adresează zonei somatosenzoriale a cortexului au menirea de a modifica localizarea durerii (de pildă transferul durerii din zona feței la degetul mic al mâinii stângi), intensitatea acesteia, caracteristicile sale (senzația dureroasă este transformată în senzație de presiune, amorțeală sau căldură).

Sugestiile care se adresează cortexului cingular vizează trăirea emoțională a durerii. Astfel i se poate sugera subiectului că durerea reprezintă un semnal referitor la faptul că procesul de vindecare lucrează. Comutarea prin sugestie a atenției de la fenomenul dureros poate explica fenomenele de analgezie sau anestezie hipnotică.

În concluzie putem afirma faptul că hipnoza îl ajută pe pacient să-și modifice maniera în care abordează durerea, fie prin mecanismul atenției, fie prin importanța pe care i-o acordă acesteia. Astfel hipnoza poate modifica la individul uman percepția durerii. În accepțiunea științifică și empirică hipnoza reprezintă o stare modificată de conștiință cu caracter natural. Subiectul intră în starea hipnotică denumită transă, stare care este diferită de cea normală de veghe și care nu este indusă artificial (Ludwig și Levine, 1965, p. 201).

În esență, hipnoza reprezintă o relație interpersonală care se construiește între pacient și hipnoterapeut, relație care permite creșterea sugestibilității din partea primului. Înainte de începerea tratamentului, psihoterapeutul trebuie să se informeze în detaliu cu privire la natura și tipul de durere pe care îl simte clientul său. Aceste informații vor fi utilizate în calitate de material brut pentru procesarea hipnoterapeutică.

Bibliografie

- Andrasik, I. (2004). *The essence of biofeedback, relaxation, and hypnosis*, în „Progress in pain research and management”, 27, 285-308.
- Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). *Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state of the art. Depression and anxiety*, 26(10), 888-901.
- Baliki, M. N., Chialvo, D.R., Geha, P. Y., Levy, R. M., Harden, R. N., Parrish, T. B., & Apkarian, A.V. (2006), *Chronic pain and the emotional brain: specific brain activity associated with spontaneous fluctuations of intensity of chronic back pain*, în „The Journal of Neuroscience”, 26 (47), 12165-12173.
- Brann, L., Owens, J., & Williamson, A. (Eds.) (2015), *The handbook of contemporary clinical hypnosis: Theory and practice*, John Wiley & Sons.
- Derbyshire, S. W. (2000), *Exploring the pain “neuromatrix”*, în „Current review of pain”, 4 (6), 467-477.
- Chaves, J.F., & Brown, J.M. (1987), *Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress*, în „Journal of behavioral medicine”, 10 (3), 263-276.
- Erickson, M.H., & Cooper, L.F. (1959), *Time distortion in hypnosis*, Williams and Wilkins, Baltimore.
- Gheorghiu, V.A. (1977), *Hipnoza*, Editura Științifică și enciclopedică, București, 15-41.
- Heap, M., & Aravind, K.K. (2002). *Hartland's medical and dental hypnosis*.
- Holdevici, I. (2009). *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*, Editura Trei.
- Holdevici, I. (1995). *Sugestiologie și psihoterapie sugestivă*. Editura Victor, București.
- Holdevici, I., & Crăciun, B. (2012), *The use of Ericksonian hypnosis in somatic disorders*, în „Procedia-Social and Behavioral Sciences”, 33, 75-79.
- Hofbauer, R.K., Rainville, P., Duncan, G. H., & Bushnell, M. C. (2001), *Cortical representation of the sensory dimension of pain*, în „Journal of neurophysiology”, 86 (1), 402-411.
- Holroyd, K.A., Holm, J.E., Keefe, F.J., Turner, J. A., Bradley, L. A., Murphy, W. D., & O'Malley, W. B. (1992), *A multi-center evaluation of the McGill Pain Questionnaire: results from more than 1700 chronic pain patients*, în „Pain”, 48 (3), 301-311.
- Jensen, M. P., & Karoly, P. (1991), *Control beliefs, coping efforts, and adjustment to chronic pain*, în „Journal of consulting and clinical psychology”, 59 (3), 431.

- Lang, E.V., Berbaum, K.S., Faintuch, S., Hatsiopolou, O., Halsey, N., Li, X., ... & Baum, J. (2006), *Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy*, în „Pain”, 126 (1), 155-164.
- Lynn, S. J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., & Patterson, D. (2000), *Hypnosis as an empirically supported adjunctive technique: The state of the evidence*, în „International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis”, 48, 343-361.
- Lynn, S.J., Laurence, J.R., & Kirsch, I. (2015), *Hypnosis, suggestion, and suggestibility: An integrative model*, în „American Journal of Clinical Hypnosis”, 57(3), 314-329.
- Ludwig, A.M., & Levine, J. (1965), *A controlled comparison of five brief treatment techniques employing lsd, hypnosis, and psychotherapy*, în „American journal of psychotherapy”, 19, 417-435.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994), *Classification of chronic pain, IASP Task Force on Taxonomy*. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain Press (Also available online at www.iasp-pain.org).
- Patterson, D.R., & Jensen, M.P. (2003), *Hypnosis and clinical pain*, în „Psychological bulletin”, 129 (4), 495.
- Patterson, D.R. (2004), *Treating pain with hypnosis*, în „Current Directions in Psychological Science”, 13 (6), 252-255.
- Rainville, P., Duncan, G.H., Price, D.D., Carrier, B., & Bushnell, M. C. (1997), *Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex*, în „Science”, 277 (5328), 968-971.
- Schoenberger, N.E. (2000), *Research on hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy*, în „International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis”, 48 (2), 154-169.
- Schulz-Stübner, S., Krings, T., Meister, I.G., Rex, S., Thron, A., & Rossaint, R. (2004), *Clinical hypnosis modulates functional magnetic resonance imaging signal intensities and pain perception in a thermal stimulation paradigm*, în „Regional anesthesia and pain medicine”, 29 (6), 549-556.
- Simons, L.E., Elman, I., & Borsook, D. (2014), *Psychological processing in chronic pain: a neural systems approach*, în „Neuroscience & Biobehavioral Reviews”, 39, 61-78.
- Spanos, N.P. (1986), *Hypnotic behavior: A social-psychological interpretation of amnesia, analgesia, and “trance logic”*, în „Behavioral and Brain Sciences”, 9 (03), 449-467.
- Wakeman, R.J., & Kaplan, J.Z. (1978), *An experimental study of hypnosis in painful burns*, în „American Journal of Clinical Hypnosis”, 21 (1), 3-12.