

Trening połykania tabletki: krótki raport z obszaru onkologii pediatrycznej

Eduvigis Cruz-Arrieta, PhD

Ocena potrzeb:

Artykuł ma na celu edukację w zakresie protokołu dotyczącego nauczania przyjmowania tabletek dzieci z chorobami nowotworowymi. Opisuje zasadnicze zagadnienia związane z trenin- giem oraz rolę właściwego szkolenia rodziców z wykorzystaniem krótkich instrukcji.

Cele szkoleniowe:

- Opis ogólnych zagadnień związa- nych z trenin- giem przyjmowaniem tabletek przez dzieci.
- Przypomnienie pomocnych sugestii dla rodziców dzieci uczących się, jak przyjmować tabletki.
- Pomoc w zrozumieniu roli rodziców w opanowaniu umiejętności przyjmo- wania tabletek przez dzieci.

Streszczenie

Zastosowanie technik behawioralnych takich jak modelowanie (shaping) i desensytyzacja (differential attention) w nauce połykania tabletek przez dzieci ≥ 18 miesięcy życia jest dobrze udokumentowane, chociaż brakuje danych dotyczących zdolności dzieci w różnym wieku do połykania tabletek. Aby móc w pełni skorzystać z alternatywnych schematów leczenia, około 3-letnie dzieci z chorobami onkologicznymi muszą nauczyć się połykać tabletki, co jest następstwem trudności w przyjmowaniu płynnych postaci leków lub dostępności terapii wyłącznie w postaci tabletek. Rodzice są uczeni, jak ukrywać leki w pożywieniu, jednak nie są szkoleni, jak nauczyć dzieci połykać tabletki. Stres związany z pediatryczną opieką onkologiczną i jego wpływ na opiekunów dziecka sprawia, że takie szkolenia stają się priorytetem. W niniejszym artykule przedstawiono wskazówki dotyczące prowadzenia takich szkoleń.

Wprowadzenie

Zastosowanie dobrze znanych technik behawioralnych, takich jak modelowanie (shaping) i desensytyzacja (differential attention) w nauce połykania tabletek przez dzieci ≥ 18 miesięcy życia ma obszerną dokumentację naukową.¹⁻⁷ Brakuje jednak danych dotyczących zdolności dzieci w różnym wieku do połykania tabletek. W jednym z prowadzonych badań wykazano, że przeważająca liczba dzieci w wieku od 6 do 11 lat twierdzi, że nie ma kłopotów z połykaniem niewielkich tabletek.⁸ Większość piśmiennictwa powstała na podstawie badań związanych z terapią AIDS u dzieci, które potrzebowały pomocy w nauce, jak przyjmować kilkanaście tabletek dziennie przez nieokreślony czas w ramach długoterminowej strategii terapeutycznej dotyczącej zakażenia HIV. W działającym przy Uniwersytecie Nowojorskim Centrum Hassenfelda (Stephen D. Hassenfeld Children's Center for Cancer and Blood Disorders of New York University Langone Medical Center) zidentyfikowano potrzebę nauczania pacjentów w wieku 3 lat połykania tabletek w celu umożliwienia korzystania z alternatywnych terapii.

Niektóre dzieci odmawiały przyjmowania płynnych postaci leków z powodu ich gorzkiego smaku. Wskazało to personelowi i rodzicom potrzebę poszukiwania innych sposobów podawania leku. Inne dzieci wymagały leczenia dostępnego wyłącznie w postaci tabletek. Chociaż można doradzić rodzicom ukrywanie tabletek w smacznym pożywieniu, część z nich czuje dyskomfort związany z takim podstępem, szczególnie jeżeli dziecko go odkryje. Większość z nich odmawia stosowania tej metody ponieważ czuje się źle, oszukując dziecko. Ponieważ dzieci są spostrzegawcze, czują „gdy coś jest na rzeczy”, jak określił to jeden z rodziców. Czasami zwiększa to opór dziecka wobec innych procedur medycznych. Biorąc pod uwagę stresujący charakter opieki onkologicznej u dzieci i jego wpływ na opiekunów, priorytetem jest zawsze odnajdywanie mniej stresujących alternatyw terapeutycznych.

Cele i metody terapii

Cele terapii obejmują zwiększenie samodzielności dziecka w zakresie jednego z aspektów leczenia przez zastosowanie cze-

Dr Cruz-Arrieta, senior psychologist, clinical assistant professor, Departments of Child & Adolescent Psychiatry, Pediatrics, New York University School of Medicine, New York City.

Dr Cruz-Arrieta nie zgłasza żadnych mogących powodować konflikt interesów zależności finansowych ani innych powiązań z organizacjami komercyjnymi.

Adres do korespondencji: Eduvigis Cruz-Arrieta, PhD, Stephen D. Hassenfeld Children's Center for Cancer and Blood Disorders, 160 E 32nd St, Second Floor, New York, NY 10016, Stany Zjednoczone; e-mail: Eduvigis.cruz-arrieta@nyumc.org.

gość, co dziecko już potrafi robić (np. polykania) w ramach jego reżimu terapeutycznego, skrócenie czasu spędzanego na przyjmowaniu leków przez wprowadzenie prostego i szybkiego sposobu ich przyjmowania, zmniejszenie potrzeby metod podawania leków opartych na przymusie przez nauczenie rodziców, w jaki sposób podawać leki dzieciom, oraz zapewnienie adekwatnej do wieku edukacji w zakresie tego, dlaczego, kiedy i jak dzieci przyjmują leki. Niniejszy artykuł stanowi przegląd doświadczeń autorki i jej współpracowników w zakresie nauczania tych umiejętności dzieci leczonych onkologicznie. Opisy przypadków stanowią ilustrację koniecznych zmian w trakcie pracy z dziećmi przedszkolnymi w nagłych przypadkach rozpoczynania doustnej chemioterapii. Istotne jest podkreślenie znaczenia modelowania ról i zwrócenie uwagi na wrażliwość kulturową, ponieważ wpływają one na kształtowanie relacji między pacjentami a terapeutami z różnych środowisk etnicznych i kulturowych. W doniesieniach z różnych badań wspomina się o stosowaniu cukierków i kawałków lodu w treningu polykania tabletek,^{3,7} jednak autorka tego artykułu uważa, że metoda, w której rozróżnia się jedzenie cukierka od przyjmowania leku, odpowiada celowi przekazania rodzicom spójnej wiadomości o najlepszych praktykach, mimo pojedynczych doniesień o zakończonych powodzeniem próbach używania cukierków (np. miętowych tik-taków, pastylek M&Ms lub żelków) w warunkach nieklinicznych. Autorzy zaadaptowali protokół treningu polykania tabletki opracowany przez Czyzewski z Texas Children's Hospital (D. Czyzewski i wsp., informacja ustna, czerwiec 2007). Wyjaśnia on szczegółowo wygląd tabletek placebo o coraz większych rozmiarach, po przedstawieniu właściwej postawy i techniki polykania tabletki, bez zwracania uwagi na protesty czy rozproszenie uwagi. Czyzewski i wsp.¹⁰ w celu przedstawienia właściwych technik nauczania oraz zasugerowania sposobów rozwiązywania powszechnych problemów napotykanym podczas treningu i po nim opracowali dwa filmy wideo.^{12,13} Modelując swoje narzędzia zgodnie z wskazówkami umieszczonymi w tych materiałach, autorzy utworzyli opakowania tabletek o rozmiarach od 4 (38-44 mg) do 00 (93-105 mg), wykorzystując placebo bez cukru, bezwonne, bez zapachu, bezglutenowe i koszerne. Żaden z aktualnie podawanych leków nie przekraczał rozmiaru 2 (57-65 mg). Niezależnie od tego trenerzy ćwiczyli przyjmowanie tabletek o wszystkich rozmiarach, aby umożliwić porównanie i udzielić odpowiedzi na pytania rodziców. Ponadto psycholog/trainer decydował wcześniej, co powiedzieć w czasie treningu i ćwiczył podstawowy scenariusz, by

podczas sesji wiarygodnie przekazywać informacje rodzicom i ich dzieciom.

Pielęgniarka lub lekarz pracujący z rodziną albo sami rodzice skierowali do grupy sześciorgo dzieci (czterech chłopców i dwie dziewczynki) w wieku od 3 do 5 lat. U pięciorga z nich rozpoznano guzy mózgu, u jednego białaczkę. Ponieważ wszystkie dzieci pochodziły z innych środowisk kulturowych i etnicznych niż trener, wcześniej poproszono o udzielenie odpowiedzi na pytania mające znaczenie dla określenia środowiska rodzinnego, aby móc dostosować się do oczekiwań rodziców zgodnie z potrzebami (np. „mój synek nie może jeść niczego niekoszerne”). Na przykład poproszono jednego z członków zespołu, terapeutę zajęciowego o wzięcie udziału w sesjach treningowych z psychologiem w celu zwiększenia poczucia bezpieczeństwa u pięcioletka z zaburzeniami widzenia, który reagował bardzo dobrze w obecności terapeuty, ale odmawiał współpracy z osobami, których nie znał. Terapeuta przyjmował placebo, modelując zachowanie chłopca. W przypadku innego pacjenta konieczne było omówienie przez psychologa strategii wychowawczych powszechnych w kraju pochodzenia matki (np. instruowanie dziecka pouczającym tonem w celu wywołania szacunku) oraz ich porównania z powszechnymi praktykami amerykańskimi (np. instruowanie dziecka neutralnym tonem), adekwatnie do radzenia sobie z możliwością odmowy przyjmowania leczenia przez dziecko. Przed rozpoczęciem treningu przez dziecko psycholog spotykał się z rodzicami w celu omówienia planu treningowego i sposobów uzupełnienia przez nich nauczania dziecka z wykorzystaniem pozycy-

tywnych technik behawioralnych. Na przykład radzono rodzicom, aby wzmacniali próby polykania tabletki bliskie powodzeniu, a nie zwracali uwagi na unikanie, narzekanie, krztuszenie się i zwracanie.¹⁴ Psycholog zachęcał rodziców do kształtowania zachowań związanych z polykaniem tabletki w domu w ramach części ich porannej rutyny poprzez przyjmowanie preparatów multiwitaminowych lub jakichkolwiek innych leków w obecności dziecka. Kładziono nacisk na traktowanie tej czynności jako tak naturalnej, jak tylko możliwe. W tabeli przedstawiono pomoc z wskazówkami opartymi na instrukcjach Czyzewski (D. Czyzewski, informacja ustna, czerwiec 2007), jaka była przekazywana rodzicom na zakończenie konsultacji.

Wszyscy rodzice nie dowierzali, że dzieci, a szczególnie ich własne, mogą nauczyć się polykać tabletki. Rodzice wyrażający się bardziej zdecydowanie twierdzili, że ich dziecko jest za małe, tabletki są za duże albo dziecko jest uparte. Ci rodzice doświadczali większych trudności z podtrzymywaniem nowo nabytych umiejętności zachowań dziecka w domu.

Przypadek 1: K.S.

W wywiadzie K.S. z guzem mózgu, lat 5, stwierdzono odmawianie przyjmowania leków i trudności związane z takimi procedurami medycznymi, jak wkłucia dożylnie. Przed skierowaniem na trening polykania tabletek co najmniej raz wobec chłopca zastosowano przymus w celu skłonienia go do wypicia leku. Dziecko wymagało zorganizowanego czasu zabawy (tzn. wysłuchania

TABELA

Wskazówki dotyczące nauki polykania tabletek

- Kształtuj zachowania związane z polykaniem tabletki, używając najmniejszej tabletki placebo.
- Siedz prosto, z wyprostowaną głową i szyją.
- Umieść tabletkę na środku języka i popij wodą.
- Pokaż dziecku, że masz puste usta i że tabletkę została połknięta. Poproś dziecko o powtórzenie ćwiczenia.
- Dziecko umieszcza tabletkę na języku i popija wodą. Mówisz „weź duży łyk wody”.
- Jeśli tabletkę została połknięta, pochwal dziecko („Zrobiłeś to!”). Nie dawaj żadnych nagród (naklejek, pieniędzy itp.).
- Używaj krótkich, powtarzających się poleceń („siądź prosto”, „trzymaj głowę prosto”, „połóż tabletkę na środku języka”, „wypij wodę”).
- Okaż pozytywne nastawienie i bądź pod wrażeniem nowej umiejętności dziecka.
- Używaj otrzymanych tabletek placebo (jednej dziennie), aby pomóc dziecku polykać w domu. Dotyczy to tylko treningu prowadzonego w dłuższym okresie.
- Jeśli twoje dziecko ma jakiegokolwiek trudności z polykaniem placebo w domu, upewnij się, że postępuje zgodnie z wskazówkami.
- Nie rób nic ponadto, żeby zachęcić do polykania tabletek.
- Po 1-2 tygodniach udanego polykania tabletek placebo w domu przyjmuje się, że twoje dziecko opanowało zadanie i jest zdolne polykać tabletki leku.

Cruz-Arrieta E. *Primary Psychiatry*. Vol 15, No 7. 2008.

opowieści o chorych dzieciach) w gabinecie psychologa, zanim było w stanie udać się na trening bez matki. Mimo krótkiego okresu krztuszenia się i zwracania K.S. nauczył się połykać tabletkę podczas pierwszej wizyty. Po dwóch cyklach leczenia doustnego wymagającego połknięcia pięciu tabletek pod rząd w ciągu 3 tygodni, w czasie których nie występowały problemy z przyjmowaniem leku, K.S. znowu zaczął odmawiać leczenia. Wziął udział w drugiej sesji treningowej, po której odzyskał umiejętność połykania. Jego rodzice martwili się jednak, czy możliwe będzie robienie tego w domu, a wkrótce potem K.S. znowu zaczął odmawiać połykania tabletek. Rodzicom zaproponowano dodatkowe konsultacje w czasie poza leczeniem, by pomóc im powrócić do dawania tabletek synowi. Najbardziej uderzające były oświadczenia K.S. dotyczące zbędności przyjmowania przez niego tabletek („Nie muszę tego robić”), po których zawiodły wysiłki rodziców zmierzające do nakłonienia go do zaakceptowania tabletek. Przekonał on swoich rodziców, że nie są oni zdolni do przekazania go do wykonywania tego, czego on robić „nie musi”. Podczas pisania niniejszego artykułu praca wciąż trwała.

Przypadek 2: S.D.

Rodzice S.D., 5-letniego chłopca, również wątpili, czy może on nauczyć się przyjmowania tabletek, biorąc pod uwagę jak „łatwo się on denerwuje”. Podczas spotkania z S.D. oczywiste było, że ma on skłonność do opisywania siebie jako „przestraszonego”, ponieważ powtarzał to w drodze do gabinetu psychologa. Podczas trzeciej wizyty był w stanie połknąć trzy tabletki placebo i pochwalić się swoją umiejętnością ojcu. Następnego dnia rozpoczął doustną chemioterapię i nie miał żadnych problemów z przyjmowaniem leczenia przez 6 miesięcy.

Przypadek 3: S.N.

S.N., kolejne dziecko z guzem mózgu, zostało skierowane do grupy przez swojego neuroonkologa. U dziewczynki rozpoznano pewne opóźnienia rozwojowe. Jej rodzina potrzebowała dodatkowych wskazówek dotyczących treningu, ponieważ uważała, że dziewczynka jest za mała na trening. Psychologowi udało się ją bez trudu zaangażować w trening, dziewczynka łatwo oddaliła się od mamy i ukończyła trening szybciej niż przewidywano (tzn. 5 minut po przedstawieniu zadania). S.N. szybko zaprezentowała swoją umiejętność mamie, która była początkowo sceptycznie nastawiona do tego osiągnięcia z powodu szybkiego wykonania zadania podczas treningu. Podczas wizyty kontrolnej po sześciu miesiącach od treningu

dziewczynka zachowuje nadal swoją umiejętność i chęć przyjmowania tabletek.

Przypadek 4: C.A.

C.A., 9-letni chłopiec, został przyjęty na trening po drugim kursie chemioterapii po wznowie guza mózgu. Z powodzeniem nauczył się przyjmować tabletki pod nadzorem psychologa, używając tik-taków, jednak nie był w stanie przyjmować żadnych leków w postaci tabletek z powodu intensywnego dławienia się. Ponadto, w wywiadzie stwierdzono u chłopca nadmierne kontrolowanie swojego otoczenia oraz objawy zbytnej aktywności i zaburzenia uwagi. C.A. odmówił współpracy, wykazując zwiększony lęk na myśl o zaangażowaniu w przyjmowanie tabletek. Bezskutecznie próbowano zastosować dodatkowe techniki zmniejszające lęk, których C. A. nauczył się wcześniej w związku z wykonywanymi skanami MRI i przyjmowaną radioterapią. C.A. narzekał, że wolałby przypominać sobie połykanie, używając cukierków. Trening został odwołany po jednej sesji, żeby nie ryzykować wzmocnienia negatywnej postawy, która mogłaby w przyszłości prowadzić do odmowy udziału w dalszych sesjach. Pierwszeństwo miały sprawy rodzinne i zmiany w strukturze rodziny, zwłaszcza że C.A. ukończył leczenie i był teraz poddany długoterminowej obserwacji.

Przypadek 5: E.L.

E.L. jest bardzo bystrą dziewczynką, która w czasie swojego treningu miała 32 miesiące. Jej rodzice zgłaszali dużo zastrzeżeń związanych z jej wiekiem, wielkością jej gardła (jest mała jak na swój wiek), protokołem, sposobem wdrożenia schematu przyjmowania tabletek w domu oraz obawami, co będzie, jeśli dziewczynka nie nauczy się połykać tabletek. Byli nieco zaskoczeni i uspokojeni, gdy dziewczynka nauczyła się połykać tabletkę placebo o rozmiarze 2 po dwóch krótkich wizytach. Dzięki temu rodzice wyrazili chęć „ćwiczenia” w domu z użyciem większej liczby tabletek placebo. Z powodu zastrzeżeń dotyczących możliwego niepowodzenia wywołanego nadmiernym lękiem rodziców psycholog odradził jakiegokolwiek praktyki w domu, poza realizacją ogólnych wskazówek dotyczących nauki połykania tabletki. Rodzice z powodzeniem podali leki córce pierwszego dnia leczenia. E.L. przyjęła lek zgodnie z zaleceniami. Drugiego dnia zaczęła się krztusić po wyczuciu gorzkiego smaku lekarstwa, gdy rozpuściła się ono w jej ustach. Wysiłki rodziców nie były skuteczne i E.L. powróciła do przyjmowania pozostałych dawek w postaci płynnej. E.L. poinformowała psycho-

loga, że spróbuje tego znowu, kiedy skończy cztery lata.

Przypadek 6: O.B.

O.B., 5-letni chory na białaczkę, został skierowany na trening krótko po postawieniu rozpoznania. Rodzina przedstawiła historię kłopotów z uczeniem się, problemów rodzicielskich i lęku. W zachowaniu chłopca widoczny był jednak tylko umiarkowany lęk. Były to czynniki uwzględnione jako przeszkody w utrzymywaniu lęku na niskim poziomie i podtrzymywaniu motywacji koniecznej do nauki regularnego przyjmowania tabletek. O.B. uczestniczył w treningu po początkowych trudnościach z oddaleniem się od mamy. O.B. przyjmował tabletki przez dwa dni, po czym nastąpiła odmowa i wymioty. Przeprowadzono sesję treningową dla rodziców (bez obecności chłopca) w celu przeglądu podstawowych strategii rozwiązywania problemów w domu oraz zaoferowano dodatkowe wsparcie, by zmniejszyć lęk rodziców związany z procedurą. Dwa tygodnie później O.B. spontanicznie poinformował o opanowaniu nowej umiejętności, gdy spotkał trenera w korytarzu kliniki. Po trzech miesiącach nadal z powodzeniem przyjmuje tabletki i używa kapsułek placebo w celu połączenia kilku mniejszych tabletek w jedną dawkę.

Omówienie

Opisane wyżej przypadki wskazują na konieczność właściwego przygotowania rodziców do treningu przyjmowania tabletek przed podjęciem próby uczenia dziecka. Rodzice małych dzieci mogą skutecznie wprowadzać tabletki do leczenia, mając właściwe podejście do procedur medycznych, przedstawiając krótkie, adekwatne do wieku wyjaśnienia, dlaczego dziecko potrzebuje leczenia, kształtując zachowanie dzieci bez wywierania presji na osiągnięcie powodzenia i kontrolując swoje własne emocje. Nawet po treningu zakończonym powodzeniem dziecko może nie lubić smaku niektórych leków. Można temu zaradzić, umieszczając gorzkie tabletki w bezwonnej kapsułce, w celu pomocy w podtrzymaniu nowo nabytej umiejętności połykania tabletki. Piśmiennictwo wskazuje, że czynnikami przyczyniającymi się do wystąpienia trudności w połykaniu tabletki może być połączenie braku umiejętności, niepokoju i brak motywacji. Doświadczenie autorów na podstawie opisanych wyżej przypadków wskazuje, że na brak powodzenia podczas treningu połykania tabletek mogą wpływać wcześniejsze czynniki ryzyka. Obejmują one historię negatywnych doświadczeń związanych z przyjmowaniem tabletek (np. stosowanie przymusu), skłonność do zachowań

opozycyjnych lub kontrolujących, lęk, silne preferencje pokarmowe (np. grymaszące dziecko) lub dostrzeżenie przez dziecko poczucia konieczności lub pragnienia szybkiego nauczenia się u rodziców i personelu. Nie sposób przecenić wagi wszechstronnego wywiadu z rodzicami i personelem przed rozpoczęciem treningu. Jest on częścią strategii dotyczącej zaplanowania, jak najlepiej nauczyć dziecko nowej umiejętności, jednocześnie zmniejszając lęki i wzmacniając motywację zarówno u dziecka, jak i u rodziców.

Podsumowanie

Potrzebne są dalsze badania dotyczące zarówno nauczania umiejętności połykania tabletek rodziców i personelu medycznego, jak i treningu dzieci z chorobą nowotworową. Do zapewnienia lepszego sposobu przewidywania możliwości osiągnięcia sukcesu w treningu połykania tabletek potrzebne jest formalne badanie kliniczne oceniające sukces tego podejścia w onkologii dziecięcej. Zadbanie o psychoedukację rodziców i personelu, dotyczącą zasad i technik związanych z treningiem połykania tabletek, jest sposobem upewnienia się, że informacje przekazywane dziecku przez dorosłych będą spójne („możesz to zrobić”, „jest to łatwe” oraz „jesteśmy tu żeby pomóc ci się nauczyć”). Zapewniając odpowiednie narzędzia, można sprawić, że dziecko będzie miało wiarę w siebie i będzie we właściwy sposób uczestniczyło w leczeniu.

Piśmiennictwo

1. Babbitt RL, Parrish JM, Brierley PE, Kohr MA. Teaching developmentally disabled children with chronic illness to swallow prescribed capsules. *J Dev Behav Pediatr.* 1991;12(4):229-235.
2. Pelco LE, Kissel RC, Parrish JM, Miltenberger RG. Behavioral management of oral medication administration difficulties among children: a review of literature with case illustrations. *J Dev Behav Pediatr.* 1987;8(2):90-96.
3. Walco GA. A behavioral treatment for difficulty in swallowing pills. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1986;17(2):127-128.
4. Funk MJ, Mullins LL, Olson RA. Teaching children to swallow pills: a case study. *Child Health Care.* 1984;13:20-23.
5. Dahlquist LM, Blount RL. Teaching a six-year-old girl to swallow pills. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1984;15(2):171-173.
6. Sallows GO. Behavioral treatment of swallowing difficulty. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 1980;11:45-47.
7. Wright L, Woodcock JM, Scott R. Conditioning children when refusal of oral medication is life threatening. *Pediatrics.* 1969;44(6):969-972.
8. Meltzer EO, Welch MJ, Ostrom NK. Pill swallowing ability and training in children 6 to 11 years of age. *Clin Pediatr (Phila).* 2006;45(8):725-733.
9. Garvie PA, Lensing S, Rai SN. Efficacy of a pill-swallowing training intervention to improve antiretroviral medication adherence in pediatric patients with HIV/AIDS. *Pediatrics.* 2007;119(4):893-899.
10. Czyzewski DI, Runyan RD, Lopez MA, Calles NR. Teaching and maintaining pill-swallowing in HIV-infected children. *AIDS Reader.* 2000;10(2):88-95.
11. Czyzewski D. Teaching Pill Swallowing [videotape]. Houston, TX: Texas Children's Hospital & Genentech; 2004.
12. Baylor International Pediatric AIDS Initiative. Teaching and Reinforcing Essential Skills for Taking Important Medications [videotape]. Houston, TX: Baylor College of Medicine; 1998.
13. LaGrone RG. Hypnobeavioral therapy to reduce gag and emesis with a 10-year-old pill swallower. *Am J Clin Hypn.* 1993;36(2):132-136.