

Zastosowanie techniki hipnozy w leczeniu bólu

Hypnosis in the treatment of pain

Michał Mielimaka, Agnieszka Murzyn

Katedra Psychoterapii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

Psychoonkologia 2011, 1: 16–24

Adres do korespondencji:

lek. Michał Mielimaka
Katedra Psychoterapii CM UJ
ul. Lenartowicza 14
31-138 Kraków
+48 12 633 12 03
e-mail: michal.mielimaka@uj.edu.pl

Streszczenie

Technika analgezji w stanie hipnozy jest jedną z najstarszych metod kontroli bólu. W ciągu ostatnich dwóch dekad opublikowano wyniki wielu interesujących badań tego zjawiska. Rozwój metod neuroobrazowania dostarczył nowych narzędzi, dzięki którym możliwe staje się zgłębienie wiedzy naukowej na temat natury zjawiska hipnozy. Współcześnie dostępna wiedza zawiera wiele przesłanek pozwalających uznać metody kontroli bólu z zastosowaniem techniki hipnozy za skuteczne i bezpieczne w wielu sytuacjach klinicznych. W artykule omówiono wyniki wybranych badań naukowych dotyczących skuteczności kontroli bólu z wykorzystaniem techniki hipnozy oraz przybliżono wybrane metody stosowane współcześnie w medycynie.

Abstract

Hypnoanalgesia is one of the oldest methods of acute and chronic pain control. In the last two decades results of numerous research projects on the subject of hypnoanalgesia have been published. The advances in neuroimaging techniques have contributed greatly to the expansion of knowledge on the nature of hypnosis and hypnoanalgesia. Contemporary scientific data supports the hypothesis that hypnoanalgesia is an effective and safe method of pain management in a great variety of clinical conditions. This article is a selective review of studies and clinical application methods of hypnoanalgesia in contemporary medicine.

Słowa kluczowe: hipnoza, analgezja, ból, sugestia, ból pooperacyjny, ból porodowy, ból oporny na leczenie.

Key words: hypnosis, analgesia, pain, suggestion, postoperative pain, labor pain, intractable pain.

Rys historyczny

Termin hipnotyzm został po raz pierwszy użyty przez szkockiego neurochirurga Jamesa Braidę w 1841 r. [1, 2]. Braid odrzucił koncepcję magnetyzmu zwierzęcego rozpowszechnianą wcześniej przez Franza Antona Mesmera i dokonał próby połączenia zjawisk hipnotycznych z funkcjonowaniem mózgu i z pewnymi zjawiskami psychicznymi. Postulował, iż procedura „fiksacji” wzroku wywołuje „nerwowy sen” różniący się zasadniczo od „normalnego snu”. Stan nerwowego snu utożsamiał ze zjawiskiem hipnozy [3]. Bernheim powiązał zjawisko hipnozy ze zjawiskiem sugestii. W przebiegu hipnozy miało dochodzić do wytworzenia przez hipnotyzującego myśli, wyrażanej

następnie w formie sugestii, podejmowanej przez hipnotyzowanego i akceptowanej przez jego mózg. Stan hipnozy jedynie wzmacniał gotowość podmiotu do przyjęcia sugestii [3]. Znaczenie relacji w zjawisku hipnozy podkreślali klinicyści związani z rozwijającą się dynamicznie na przełomie XIX i XX w. psychoanalizą [1, 4]. Przykładem są poglądy Margoliny Gill i Margaret Brennmán, które opisywały zjawisko hipnozy jako rodzaj procesu regresyjnego, odtworzenia między hipnotyzerem a hipnotyzowanym relacji archaicznej, charakterystycznej dla wczesnych stadiów rozwoju psychiki ludzkiej. Znaczenie aspektu społecznego oraz zwiększenia podatności na sugestię w stanie hipnozy podkreśla Robert White. Opisuje trzy charakterystyczne cechy sytuacji hipnotycznej: a) w stanie

hipnozy występują zjawiska i reakcje przekraczające normalne możliwości osoby hipnotyzowanej, b) reakcje hipnotyzowanego mają charakter niewolitionalny, c) sama indukcja hipnotyczna polegająca na czysto werbalnych oddziaływaniach wywołuje zachowania, do których pojawienia się wydaje się ona niewystarczająca [3]. Clark Hull postulował, iż w stanie hipnozy dochodzi do zgeneralizowanego, znacznego nasilenia sugestywności u podmiotu [5].

Mimo wielu badań przeprowadzonych w drugiej połowie XX w. oraz w ostatnim dziesięcioleciu szczegóły mechanizmów fizjologicznych i psychologicznych leżących u podstaw zjawiska hipnozy pozostają wciąż nieznane. Szeroko cytowana w literaturze przedmiotu definicja hipnozy została sformułowana w 1955 r. przez członków grupy naukowej powołanej przez Brytyjskie Towarzystwo Lekarskie. Zgodnie z nią, hipnoza to przejściowy stan zmienionej uwagi u danej osoby, który może być wywołany przez inną osobę, w którym różne zjawiska mogą pojawiać się spontanicznie albo też jako odpowiedź na bodźce słowne lub innego rodzaju. Zjawiska te obejmują: zmianę w świadomości i pamięci, zwiększoną podatność na sugestię oraz pojawienie się odpowiedzi i myśli, które w zwykłym stanie umysłu nie są tej osobie znane. Ponadto w stanie hipnozy mogą występować takie zjawiska, jak utrata wrażliwości, czyli znieczulenie (anestezja), bezwład, czyli porażenie (paraliż), sztywność mięśniowa oraz zmiany naczyniowo-motoryczne [6]. Zjawiska występujące w stanie hipnozy mogą być wywoływane bądź wyciszane pod wpływem sugestii werbalnych i niewerbalnych. Wydaje się, iż stopień wzmocnienia sugestywności podmiotu w relacji hipnotycznej zależy od jakości tej relacji i związany jest zarówno z cechami hipnotyzowanego, jak i hipnotyzera. Jakość relacji hipnotycznej, która powstaje między lekarzem a pacjentem, jest trudna do przewidzenia ze względu na różnorodność czynników kształtujących tę relację, podobnie jak trudno przewidzieć przebieg kształtowania się bliskich relacji między dwiema dowolnymi osobami.

Pierwsze udokumentowane znieczulenia przy użyciu technik odwołujących się do zjawisk pokrewnych hipnozie zostały przeprowadzone w latach 20. XIX w. i dotyczyły najczęściej znieczulenia w trakcie zabiegów operacyjnych, np. mastektomii [7]. Szkocki chirurg James Esdaile w latach 40. XIX w. wykonał kilkaset operacji w Indiach przy użyciu mesmeryzmu [8].

Współcześnie technika hipnozy znajduje zastosowanie w łagodzeniu dolegliwości bólowych w różnych gałęziach medycyny. Shakibaei i wsp. [9] opisują wykorzystywanie techniki hipnozy w celu

zmniejszenia intensywności bólu oraz zmniejszenia stresu związanego z traumatycznym doświadczeniem w grupie pacjentów w stanie pooperacyjnym. Spinhoven i Kuile [10] postulują, iż zastosowanie technik hipnozy przynosi istotne korzyści w leczeniu napięciowych bólów głowy w wybranej grupie chorych. W badaniu przeprowadzonym w grupie 169 pacjentów wykazali, iż podatność na hipnozę jest czynnikiem wyraźnie modulującym efekt analgetyczny sugestii. Liczne prace donoszą o zastosowaniu analgezji hipnotycznej w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych u pacjentów po zabiegach chirurgicznych [11–13]. Langenfeld i Cipani [14] opisują skuteczne zastosowanie procedur hipnotycznych w celu poprawy komfortu pacjentów odczuwających dolegliwości bólowe w przebiegu AIDS. Wyniki wielu badań klinicznych zachęcają do stosowania techniki hipnozy w celu kontroli różnych aspektów akcji porodowej – również kontroli bólu [15–17]. Spiegel i Moore [18] opisują stosowanie hipnozy w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych występujących w przebiegu chorób nowotworowych. Wykazują skuteczność procedur hipnotycznych również u pacjentów cierpiących z powodu bólu o znacznym nasileniu. W literaturze można znaleźć również przesłanki wskazujące na korzyści związane z zastosowaniem hipnozy w leczeniu bólu fantomowego [19–21]. Badacze i klinicyści postulują ponadto użyteczność techniki analgezji hipnotycznej u dzieci [22–24].

Przytoczone przykłady obejmują jedynie niewielki fragment literatury poświęconej zastosowaniu hipnozy w celu kontroli bólu. Można bez większej przesady stwierdzić, iż współcześnie literatura dostarcza przesłanek wskazujących na użyteczność procedur hipnozy w kontroli bólu niemal wszędzie tam, gdzie stanowi on problem medyczny.

Skuteczność analgezji hipnotycznej

W ostatnim dziesięcioleciu przeprowadzono wiele badań klinicznych, których wyniki dostarczają przesłanek wskazujących na skuteczność kontroli bólu za pomocą sugestii analgezji w stanie hipnozy. Poza licznymi doniesieniami z pojedynczych badań wskazujących na skuteczność analgezji hipnotycznej w konkretnych, często bardzo specyficznych sytuacjach klinicznych, dostępne są również wyniki większych metaanaliz. Montgomery i wsp. [25] przeprowadzili metaanalizę 20 badań klinicznych z grupą kontrolną, poszukując odpowiedzi na pytanie o skuteczność stosowania zabiegów hipnozy w okresie okołoperacyjnym w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych oraz dyskomfortu u pacjentów w okresie pooperacyjnym. Badania włączone do metaanalizy obejmowały 1624 pacjen-

Tabela 1. Wielkości efektu związane z zastosowaniem hipnozy oszacowane w poszczególnych kategoriach zmiennych końcowych [26]

Zmienne końcowe	Wielkość efektu (D)	95% CI dla wartości D
niepokój, lęk	1,07	0,53–1,61
ból	1,69	0,56–2,82
dawki leków przeciwbólowych	1,17	0,41–1,93
wskaźniki fizjologiczne	0,27	0,16–0,38
przebieg rekonwalescencji	3,61	0,85–6,37
liczba dni spędzonych w szpitalu	0,76	0,14–1,38

tów, którzy byli poddawani m.in. takim zabiegom chirurgicznym, jak cholecysektomie, kolektomie, gastrektomie, hemoroidektomie, pomostowania w obrębie tętnic wieńcowych, mastektomie, biopsje gruczołu sutkowego, zabiegi ortopedyczne kończyn górnych, zabiegi chirurgiczne w obrębie twarzoczaszki, zabiegi chirurgiczne w przebiegu nowotworów głowy i szyi, keratotomie radialne. Mierzono następujące zmienne końcowe: a) niepokój, lęk, b) ból, c) dawki leków przeciwbólowych, d) wskaźniki fizjologiczne (częstość akcji serca, ciśnienie tętnicze, stężenie katecholamin), e) przebieg rekonwalescencji (czas do powrotu siły mięśniowej, wystąpienie wymiotów), f) liczba dni spędzonych w szpitalu. Wykazano, iż stosowanie hipnozy przynosi istotne korzyści w każdej z wymienionych kategorii. Analizując łącznie wszystkie kategorie zmiennych końcowych, zauważono, iż u 89% pacjentów należących do grup kontrolnych przebieg okresu pooperacyjnego był bardziej uciążliwy w porównaniu z pacjentami z grup, w których stosowano hipnozę. Ponadto analiza wyników w poszczególnych kategoriach wskazała, iż korzyści z zastosowania hipnozy są najbardziej widoczne w kategorii liczby dni spędzonych w szpitalu oraz nasilenia bólu. Znacznie mniejszy wpływ hipnozy zaobserwowano w kategorii wskaźników fizjologicznych (tab. 1.). Autorzy metaanalizy zaobserwowali ponadto, iż poziom satysfakcji z prze-

biegu okresu okołoperacyjnego i pooperacyjnego u pacjentów, u których zastosowano zabiegi hipnozy, był znacząco wyższy ($D = 0,93$, $VarD = 0,42$, $p = 0,05$).

Opisywane wyniki były zgodne z uzyskanymi w innej metaanalizie, obejmującej 18 badań (grupę 933 pacjentów), która wykazała, iż zastosowanie techniki analgezji hipnotycznej prowadzi do zmniejszenia nasilenia dolegliwości bólowych u 75% pacjentów bez względu na rodzaj doświadczanego bólu [26].

Innym przykładem rygorystycznie skonstruowanego pod względem poprawności metodologicznej badania dotyczącego skuteczności analgezji hipnotycznej jest przeprowadzone w 2007 r. kliniczno-kontrolne badanie z randomizacją oceniające skuteczność analgezji hipnotycznej stosowanej u pacjentów po zabiegu mastektomii w celu zmniejszenia efektów ubocznych interwencji [13]. Autorzy badania wskazali na skuteczność zastosowania hipnozy w zmniejszeniu intensywności i uciążliwości bólu, skróceniu czasu zabiegu i skróceniu czasu pozostawiania pacjenta pod opieką oddziału wybudzeniowego (tab. 2.). Ponadto wykazano, iż koszt zabiegów przeprowadzonych w grupie pacjentów, u których zastosowano zabiegi hipnozy, był niższy niż w grupie kontrolnej.

Liczba badań dotyczących skuteczności stosowania analgezji hipnotycznej spełniających wysokie wymagania metodologiczne stale wzrasta. Dzięki temu w 2006 r. zespół naukowców niezależnego Instytutu Cochrane mógł przeprowadzić metaanalizę mającą na celu zbadanie skuteczności stosowania terapii komplementarnych oraz alternatywnych w kontroli bólu związanego z porodem [27]. Na tle innych ocenianych metod zastosowanie hipnozy zostało wyróżnione jako najlepiej zbadane. Metaanaliza obejmowała 5 badań z randomizacją i grupami kontrolnymi. Autorzy postulują, iż zastosowanie hipnozy u rodzącej zmniejsza zapotrzebowanie na środki przeciwbólowe oraz prowadzi do większego zadowolenia matek z jakości kontroli

Tabela 2. Wielkości efektu związane z zastosowaniem hipnozy obliczone dla poszczególnych zmiennych końcowych [13]

Zmienna końcowa	Opieka standardowa oraz hipnoza (N = 105)		Opieka standardowa (N = 95)		Wielkość efektu (95% CI)
	Średnia	Mediana (min.–maks.)	Średnia	Mediana (min.–maks.)	
intensywność bólu (VAS)	22,43	15 (0–100)	47,83	46 (0–100)	0,82 (0,53–1,11)
uciążliwość bólu	21,19	11 (0–100)	39,05	35 (0–100)	0,57 (0,28–0,85)
czas zabiegu [min]	43,37	37 (9–171)	53,97	49 (8–163)	0,36 (0,08–0,64)
czas spędzony na oddziale wybudzeniowym [godz.]	76,33	79 (0–217)	88,76	90 (0–275)	0,22 (od –0,06 do 0,50)
koszt zabiegu (USD)	3146		3919		772,71 (75,10–1469,89)

Tabela 3. Korzyści związane z zastosowaniem hipnozy wyrażone w postaci współczynników ryzyka obliczonych dla wybranych zmiennych końcowych [27]

Zmienna końcowa	Liczba badań włączonych do obliczeń	Liczba uczestników badania	Współczynnik ryzyka (95% CI)
satysfakcja rodzącej z kontroli bólu w czasie porodu	1	65	2,33 (1,15–4,71)
poród drogami natury	3	645	1,32 (1,19–1,46)
stosowanie analgezji farmakologicznej	5	727	0,53 (0,36–0,79)
poród przez cięcie cesarskie	1	520	0,46 (0,30–0,72)
poród indukowany	1	520	0,34 (0,18–0,65)
znieczulenie zewnątrzoponowe	1	520	0,30 (0,22–0,40)
stymulacja oksytocyną	3	622	0,29 (0,19–0,45)

bólu. Ponadto w grupach, gdzie wykorzystano hipnozę, odsetek kobiet decydujących się na poród drogami natury był wyższy, a częstość stosowania stymulacji oksytocyną mniejsza. Wybrane istotne statystycznie wyniki zebrano w tab. 3. Zdaniem autorów metaanalizy całkowita liczba rodzących objętych dobrze skonstruowanymi metodologicznie badaniami pozostaje jednak wciąż niewystarczająca, dlatego konieczne jest prowadzenie dalszych badań i powściągliwość w interpretacji wyników. Niemniej jednak metaanaliza wskazuje, iż spośród dostępnych, zbadanych naukowo metod komplementarnych kontroli bólu związanego z porodem hipnoza stanowi terapię z wyboru. Jej zastosowanie przynosi wiele korzyści i jest godnym polecenia uzupełnieniem standardowych oddziaływań medycznych w okresie przygotowania do porodu, w czasie porodu oraz w okresie poporodowym. Ponadto hipnoza jest metodą bezpieczną – nie zaobserwowano objawów mogących świadczyć o szkodliwym wpływie hipnozy zarówno u matek, jak i u noworodków.

Rośnie również liczba przesłanek naukowych wskazujących na skuteczność techniki hipnozy w kontroli bólu u dzieci i młodzieży. Przykładem jest opublikowany w 2009 r. przegląd metodologiczny 13 badań dotyczących skuteczności stosowania hipnozy oraz technik wyobrażeniowych w celu kontroli bólu u dzieci. Liczebność grup badanych wynosiła od 10 do 80 (mediana: 36; średnia: 40,6; SD: 20,5). Poszczególne badania obejmowały dzieci i młodzież w różnych grupach wiekowych (globalnie od 3 do 19 lat). Wybrane szczegółowe informacje z przeglądu zestawiono w tab. 4. Autorzy postulują, iż hipnoza jest skuteczną metodą kontroli bólu u dzieci i młodzieży w czasie wykonywania różnych inwazyjnych procedur medycznych.

Różnorodność metodologiczna badań uniemożliwia jednak przeprowadzenie rzetelnych metaanaliz.

Podobne wnioski przedstawili autorzy przeglądu systematycznego Cochrane opublikowanego w 2010 r. Podjęli oni próbę metaanalizy badań oceniających skuteczność hipnozy stosowanej w czasie zabiegów dentystrycznych u dzieci [28]. Choć zidentyfikowane przez autorów 3 badania z randomizacją i grupą kontrolną (2 opublikowane) dostarczają przesłanek świadczących o skuteczności techniki hipnozy u dzieci w trakcie zabiegów dentystrycznych, stanowią materiał niewystarczający do przeprowadzenia rzetelnej metaanalizy.

Skuteczność analgezji hipnotycznej w wielu sytuacjach klinicznych, często także tam, gdzie inne metody okazują się niewystarczające, wynika z mechanizmu działania analgezji hipnotycznej obejmującego zmiany na różnych piętrach ośrodkowego układu nerwowego. Wprawdzie szczegółowy mechanizm oddziaływania analgezji hipnotycznej pozostaje wciąż nieznanym, jednak ostatnia dekada, również za sprawą rozwoju technik neuroobrazowania, dostarczyła wielu interesujących przesłanek przybliżających nas do poznania natury analgezji hipnotycznej. Kiernan i wsp. [37] postulują, iż analgezja hipnotyczna prowadzi do modyfikacji aktywności układu bramkującego w istocie galaretowatej (III warstwie Rexeda) rdzenia kręgowego. De Pascalis i wsp. [38] zaobserwowali różnicę w somatosensorycznych potencjałach wywołanych mierzonych w okolicach czołowych, przedczołowych oraz ciemieniowych między grupą osób poddanych działaniu sugestii hiperalgezji oraz grupą osób poddanych działaniu sugestii analgezji w stanie hipnozy. Vanhaudenhuyse i wsp. [39] dowodzą, iż analgezja hipnotyczna wywołuje zmniejszenie aktywności korowej obserwowane przy wykorzy-

Tabela 4. Zestawienie wybranych badań dotyczących skuteczności stosowania hipnozy w celu kontroli bólu u dzieci i młodzieży [29]

Interwencja podstawowa	Wiek [lata]	Interwencja komplementarna	Podsumowanie wyników	Badanie
aspiracja szpiku kostnego, punkcja lędźwiowa	6–17	hipnoza, dystrakcja	hipnoza skuteczniejsza w zmniejszaniu nasilenia bólu w porównaniu z dystrakcją	Zeltzer i Lebaron 1982 [30]
aspiracja szpiku kostnego	6–11	hipnoza, zabawa	hipnoza i zabawa równie skuteczne w zmniejszaniu nasilenia bólu	Katz, Kellerman i Ellenberg 1987 [31]
aspiracja szpiku kostnego	3–10	hipnoza, dystrakcja, postępowanie standardowe	hipnoza skuteczniejsza w zmniejszaniu nasilenia bólu w porównaniu z dystrakcją oraz postępowaniem standardowym w grupie młodszych dzieci; hipnoza i dystrakcja skuteczniejsze w zmniejszaniu nasilenia bólu w porównaniu z postępowaniem standardowym w grupie starszych dzieci	Kuttner, Bowman 1988 [32]
aspiracja szpiku kostnego, punkcja lędźwiowa	5–18	hipnoza, dystrakcja	hipnoza i dystrakcja równie skuteczne w zmniejszaniu nasilenia bólu	Wall i Womack 1989 [33]
wenopunkcja	3–8	hipnoza, dystrakcja	hipnoza skuteczniejsza od dystrakcji w zmniejszaniu nasilenia bólu w grupie dzieci charakteryzujących się wysoką podatnością na sugestie	Smith, Barabasz i Barabasz 1996 [34]
aspiracja szpiku kostnego	5–15	hipnoza, trening behawioralny, postępowanie standardowe	hipnoza skuteczniejsza w redukcji bólu ocenianej przez obserwatorów w porównaniu z treningiem behawioralnym i postępowaniem standardowym; hipnoza i trening behawioralny skuteczniejsze w redukcji bólu na podstawie samooceny w porównaniu z postępowaniem standardowym	Lioffi i Hatira 1999 [22]
cystourethrogram mikcyjny	4–15	hipnoza, postępowanie standardowe	hipnoza skuteczniejsza w redukcji niepokoju, napięcia i stresu w porównaniu z postępowaniem standardowym; personel medyczny zgłaszał mniej trudności w wykonaniu procedury medycznej ze względu na lepszą współpracę pacjentów w grupie, w której stosowano hipnozę	Butler i wsp. 2005 [35]
punkcja lędźwiowa	6–16	EMLA + hipnoza, EMLA + kontrola uwagi, EMLA	EMLA + hipnoza skuteczniejsza w redukcji bólu w porównaniu z EMLA + kontrola uwagi oraz samym EMLA	Lioffi i wsp. 2006 [24]
plastyka klatki piersiowej metodą Nussa	12–18	hipnoza, postępowanie standardowe	hipnoza skuteczniejsza w redukcji bólu w porównaniu z postępowaniem standardowym; w grupie z zastosowaniem hipnozy zaobserwowano krótszy czas hospitalizacji oraz mniejsze dawki leków przeciwbólowych	Lobe 2006 [36]

EMLA – mieszanina eutektyczna miejscowo działających anestetyków

staniu funkcjonalnego rezonansu magnetycznego w obszarach: wzgórza przeciwstronnie, prążkowiec oraz kory przedniego zakrętu obręczy. Ponadto zaobserwowali, iż w stanie hipnozy u osoby hipnotyzowanej poddawanej oddziaływaniu bodźca bólowego występuje zmniejszenie napięcia, lęku oraz osłabienie szeroko rozumianej odpowiedzi emocjonalnej związanej z bólem. Postulują, iż może to wynikać z obserwowanego zmniejszenia aktywności korowej (w obszarze kory przedniego zakrętu obręczy) oraz podkorowej (wzgórza, prążkowiec

oraz jąder podstawnych) mózgu. Faymonville i wsp. dowodzą, iż analgezja hipnotyczna związana jest z modulacją aktywności korowej w obszarze kory przedniej części zakrętu obręczy [40] oraz wskazują na szczególną rolę w nocycepcji w kontekście analgezji hipnotycznej kory środkowej części zakrętu obręczy [41]. Aleksandrowicz i wsp. [42] postulują, iż obserwowane zmiany aktywności korowej w obszarach uważanych za związane z percepcją bólu wynikają z sugestii, której treścią jest analgezja. Szczególnie wyraźne jest zmniejszenie aktyw-

ności we wzgórzu po stronie lewej. Indukcja hipnozy wiąże się natomiast ze wzrostem aktywności w obszarach oczodołowo-czołowych, szczególnie w lewej półkuli.

Wybrane strategie i techniki kontroli bólu z zastosowaniem hipnozy

Zjawisko analgezji występuje w stanie hipnozy najczęściej po zastosowaniu werbalnych bądź niewerbalnych sugestii mających na celu modyfikację percepcji zmysłowej z obszaru objętego dolegliwościami. Sam stan hipnozy (bez sugestii analgezji) rzadko prowadzi do zmniejszenia dolegliwości. Treść sugestii mających na celu wywołanie efektu analgetycznego winna być formułowana w zależności od aktualnego stanu pacjenta, z uwzględnieniem szerokiego kontekstu medycznego. Niezbędna jest znajomość źródła dolegliwości bólowych, aby sugestie analgetyczne w hipnozie nie były przyczyną odroczenia niezbędnej interwencji medycznej, np. chirurgicznej. Ponadto skuteczna i bezpieczna analgeza hipnotyczna wymaga od hipnotyzującego wiedzy na temat choroby podstawowej pacjenta.

W literaturze przedmiotu można dostrzec dużą różnorodność sposobów formułowania sugestii analgezji w stanie hipnozy. Przy opracowywaniu treści sugestii użyteczny jest podział wyróżniający następujące metody kontroli bólu z zastosowaniem hipnozy: techniki dysocjacyjne, techniki asocjacyjne, przetwarzanie symboliczne, przemieszczenie w czasie, sugestie posthipnotyczne i techniki wyobrazeniowe w stanie hipnozy [43].

Celem stosowania technik dysocjacyjnych jest oddzielenie (odizolowanie) bólu od reszty zdrowego ciała. W literaturze technika ta jest również opisywana jako oddzielenie od świadomości tej części, która cierpi i jest świadoma bólu, czyli eksternalizacji bólu, co pozwala na uzyskanie nad nim kontroli. Najprostszym sposobem jest skupienie uwagi (jej przekierowanie) np. przez wywoływanie przy pomocy sugestii innych odczuć w częściach ciała wolnych od bólu. Do kategorii technik dysocjacyjnych należy także substytucja symptomu. Takimi zastępczymi odczuciami mogą być swędzenie, szczypanie lub drętwienie, uczucie ciepła i zimna. Stosując techniki dysocjacyjne, można odwołać się do doświadczeń kojarzących się pacjentowi z wrażeniami antagonistycznymi wobec bólu (np. z ciepłem i zimnem, odprężeniem czy innymi przyjemnymi odczuciami) oraz do znaczących wydarzeń życiowych. Poprzez bezpośrednią sugestię analgezji można w niektórych przypadkach osiągnąć pełne znieczulenie. Zazwyczaj sugeruje się stopniowe zanikanie doznań, czasami stosuje się dźwięk oraz

pytania, czy doznania słabną. Zastosowanie znajdując tutaj również rozmaite porównania i metafory [44, 45].

Techniki asocjacyjne stosuje się w celu dostarczenia pacjentowi doświadczenia bezpośredniego wpływu na ból. Zmianie ulegają granice obszaru dotkniętego dolegliwościami bólowymi oraz charakter doznań. Ból ostry i kłujący może ulec stopieniu, ból rwący – rozluźnieniu, ból palący – schłodzeniu. W przypadku dolegliwości bólowych szczególnie opornych na terapię zalecane jest określenie tego komponentu doznania bólowego, który odpowiada za większość cierpienia. Zmiana ilościowa bądź jakościowa w tym obszarze doznania bólowego może znacznie poprawić jakość życia, mimo iż dolegliwości wciąż będą odczuwane w postaci tzw. bólu białego [43].

Technika przetwarzania symbolicznego pozwala wywołać poprzez odpowiednie sugestie w stanie hipnozy zamianę całości doznania bólowego lub jego wybranych aspektów (submodalności) na reprezentacje symboliczne lub synestetyczne. Modulacja doznania sensorycznego dokonuje się następnie za pośrednictwem symbolicznej reprezentacji, np. przez wyobrażenie wygaszania odpowiednio: żarzącego się ognia, burzliwego oceanu, wichury, zależnie od charakteru doznania bólowego i osobistych doświadczeń pacjenta [43, 45].

Technika przemieszczenia w czasie zakłada odwoływanie się podczas zabiegu hipnozy do doświadczeń i doznań pacjenta z okresu, w którym dolegliwości bólowe nie były odczuwane lub – w przypadku pacjentów np. po zabiegach chirurgicznych – do czasu w przyszłości, w którym część ciała objęta interwencją chirurgiczną będzie w pełni sprawna i pozbawiona dolegliwości bólowych.

Stosowanie sugestii posthipnotycznych pozwala na utrzymanie efektu analgezji osiągniętego w czasie trwania zabiegu również po jego zakończeniu. Praktyka kliniczna wskazuje, iż użyteczne jest powiązanie w treści sugestii posthipnotycznej jej efektu z charakterystycznymi czynnościami wykonywanymi przez pacjenta, np. z czynnościami pielęgnacyjnymi dokonywanymi na części ciała poddanej zabiegowi chirurgicznemu. Dochodzi wówczas do związania efektu sugestii (np. analgezji) z czynnością pielęgnacyjną, co pozwala regularnie odtwarzać efekt sugestii ze stanu hipnozy bez konieczności ponownego wywoływania tego stanu. Treścią sugestii posthipnotycznej może być również amplifikacja efektów sugestii z każdym następnym zabiegiem hipnozy. Technika ta pozwala uzyskać maksymalny możliwy do osiągnięcia efekt sugestii analgezji w krótszym czasie [45].

Należy podkreślić, iż dobór technik zależy ściśle od stanu klinicznego pacjenta, charakteru choroby

podstawowej oraz jakości relacji hipnotycznej. Ponadto niezbędna jest modyfikacja strategii terapeutycznej oparta na odpowiedzi pacjenta obserwowanej w trakcie stosowania konkretnych sugestii. Strategia terapeutyczna powinna uwzględniać współpracę z lekarzami innych specjalności, tak aby osiągnąć z zastosowaniem techniki hipnozy cele pozostawały w zgodzie z ogólnie przyjętymi zasadami leczenia choroby podstawowej. Stosując sugestie analgezji, należy w szczególności pamiętać, iż ból jest przede wszystkim sygnałem alarmowym, często stanowiącym informację o zachodzących w ciele procesach patologicznych, nierzadko wymagających szybkiej interwencji medycznej. Dlatego planowany efekt analgetyczny z zastosowaniem hipnozy będzie zależał od aktualnego stanu klinicznego hipnotyzowanego. Pacjent cierpiący z powodu bólu wywołanego chorobą terminalną w stadium schyłkowym odniesie największe korzyści z maksymalnego możliwego do uzyskania efektu analgetycznego. Korzystny stopień analgezji pacjenta z dolegliwościami bólowymi po zabiegu chirurgicznym będzie zależał od rodzaju zabiegu oraz etapu rekonwalescencji. Pacjent odczuwający dolegliwości bólowe (ostre lub przewlekłe) bez ustalonej przyczyny odniesie największe korzyści nie tyle z sugestii analgezji, co z sugestii możliwie szybkiego przeprowadzenia postępowania diagnostycznego.

Ważne jest również pytanie, na jakim etapie leczenia należy rozważyć skorzystanie z techniki hipnozy. Najwięcej przekonujących argumentów przemawia za stosowaniem hipnozy po wykorzystaniu wszelkich dostępnych metod diagnostycznych w celu ustalenia przyczyny dolegliwości, jednak przed implementacją inwazyjnych metod terapii bólu. Hipnoza jest bowiem techniką bezpieczną, często przynoszącą korzyści przewyższające efekty metod inwazyjnych. Ponadto hipnozę można stosować w celu amplifikacji efektów leczenia innymi procedurami, w tym procedurami inwazyjnymi.

Ograniczenia stosowania analgezji hipnotycznej

Kontrola bólu z zastosowaniem techniki hipnozy wymaga koncentracji uwagi hipnotyzowanego na hipnotyzującym. Niektóre stany bólowe są tak przytłaczające, że pacjenci nie są zdolni do współpracy [45]. Ból jako objaw może spełniać dodatkowe funkcje, np. może stanowić język komunikowania przez pacjenta potrzeb środowisku (członkom rodziny, lekarzom, psychologom, opiekunom itp.). W takich okolicznościach wskazane jest poszerzenie oddziaływań terapeutycznych o psychoterapię.

Ból może być ponadto źródłem korzyści wtórnych lub uzasadnieniem dla ich otrzymywania, co sprawia, iż jego kontrola za pomocą analgezji hipnotycznej staje się niemożliwa lub uzyskiwane korzyści są krótkotrwałe.

Zastosowanie techniki hipnozy do kontroli bólu jest procedurą względnie skuteczną, bezpieczną i łatwą do przeprowadzenia. Nie jest jednak substytutem leczenia farmakologicznego czy chirurgicznego. Analgezja hipnotyczna stanowi najczęściej uzupełnienie innych form terapii. W wielu przypadkach zastosowanie analgezji hipnotycznej może zmniejszyć dawkę analgetyków, niezbędnych do uzyskania pożądanego efektu. Jedynie w szczególnych, niezmiernie rzadkich sytuacjach klinicznych technika analgezji hipnotycznej może być stosowana jako izolowana forma terapii bólu. Wykorzystanie techniki hipnozy w celu zmniejszenia nasilenia lub eliminacji dolegliwości bólowych winno być ograniczone do sytuacji, w których przyczyna bólu jest dobrze znana lub jej ustalenie z zastosowaniem współcześnie dostępnych metod diagnostycznych jest niemożliwe. Technika analgezji hipnotycznej nie powinna być stosowana w tych okolicznościach klinicznych, kiedy zmniejszenie lub eliminacja dolegliwości bólowych może być przyczyną opóźnienia bądź zaniechania niezbędnego leczenia przyczynowego. Oczekiwania pacjenta co do skuteczności analgezji hipnotycznej powinny być realistyczne. Lekarz posługujący się techniką hipnozy jest zobowiązany do wypracowania wspólnie z pacjentem realistycznych celów terapii.

Zastosowanie techniki hipnozy prowadzi często do wzmocnienia więzi między lekarzem a pacjentem, budowy stabilnego sojuszu terapeutycznego i zaufania oraz poprawy współpracy (*adherence*) [46, 47]. Poprawa współpracy skutkuje wzrostem efektywności farmakoterapii.

Ponieważ stopień analgezji możliwej do uzyskania przez zastosowanie sugestii analgezji w stanie hipnozy jest zmienny i zależny od trudnej do przewidzenia jakości relacji hipnotyzera z hipnotyzowanym, stosowanie współcześnie hipnoanalgezji jako wyłącznej metody znieczulenia w trakcie zabiegów chirurgicznych, mimo że praktycznie możliwe do przeprowadzenia, jest merytorycznie nieuzasadnione i budzi liczne wątpliwości etyczne, szczególnie w sytuacji dostępności środków farmakologicznych oraz braku wyraźnych przeciwwskazań do ich zastosowania u konkretnego pacjenta [45].

Podsumowując – prawidłowe zastosowanie techniki hipnozy do kontroli bólu w różnych sytuacjach klinicznych przynosi wiele korzyści, przy znikomym ryzyku wystąpienia istotnych działań niepożądanych.

Sugestia w stanie hipnozy jest czynnikiem o znaczącym potencjale działania i podobnie jak w przypadku innych potencjalnie skutecznych procedur medycznych jej niewłaściwe, jatrogenne stosowanie wiąże się z wystąpieniem efektów niekorzystnych dla zdrowia pacjenta. Międzynarodowe Towarzystwo Hipnozy opracowało zbiór zasad, którymi powinien się kierować każdy klinicysta stosujący technikę hipnozy. Zasady te zostały przyjęte przez Grupę Roboczą Hipnozy i Hipnoterapii Sekcji Naukowej Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego w 2010 r. Warto przypomnieć, iż znajomość samych tylko technik hipnotycznych nie jest uznawana za wystarczającą do prowadzenia badań naukowych lub pracy klinicznej, a zastosowanie kliniczne hipnozy powinno być ograniczone wyłącznie do zakresu własnej kompetencji zawodowej.

Piśmiennictwo

- Chertok L, Kupis B. Hipnoza i sugestia. Interpress, Warszawa 1993.
- Kohl F. James Braid (1795-1860), the founder of hypnosis. *Psychotherapeut* 1996; 41: 151-155.
- Siuta J. Psychologia zjawisk hipnotycznych. WiR Partner, Kraków 2007.
- Chertok L, Jus K. Hipnoza: zagadnienia teoretyczne i praktyczne: technika. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1968.
- Page RA. Clark Hull and his role in the study of hypnosis. *Am J Clin Hypn* 1992; 34: 178-184.
- Ferguson RT, Bennet EA, Kennedy A i wsp. Medical use of hypnotism: Report of a Subcommittee appointed by the Psychological Medicine Group Committee of the British Medical Association, 1955.
- Woźniakowska I. Zastosowanie hipnozy w kontroli bólu – przegląd piśmiennictwa dotyczącego badań klinicznych oraz wybranych technik transowych. *Psychoterapia* 2006; 1: 75-86.
- Ernst W. 'Under the influence' in British India: James Esdaile's Mesmeric Hospital in Calcutta, and its critics. *Psychol Med* 1995; 25: 1113-1123.
- Shakibaei F, Harandi AA, Gholamrezaei A i wsp. Hypnotherapy in management of pain and reexperiencing of trauma in burn patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2008; 56: 185-197.
- Spinhoven P, Kuile MM. Treatment outcome expectancies and hypnotic susceptibility as moderators of pain reduction in patients with chronic tension-type headache. *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 290-305.
- Faymonville ME, Fissette J, Mambourg PH i wsp. Hypnosis as adjunct therapy in conscious sedation for plastic-surgery. *Reg Anesth* 1995; 20: 145-151.
- Mauer MH, Burnett KF, Ouellette EA i wsp. Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: Pain perception, postoperative recovery, and therapeutic comfort. *Int J Clin Exp Hypn* 1999; 47: 144-161.
- Montgomery GH, Bovbjerg DH, Schnur JB i wsp. A randomized clinical trial of a brief hypnosis intervention to control side effects in breast surgery patients. *J Natl Cancer Inst* 2007; 99: 1304-1312.
- Langenfeld MC, Cipani E. Hypnosis for the control of HIV/AIDS-related pain. *Int J Clin Exp Hypn* 2002; 50: 170-188.
- Jenkins MW, Pritchard MH. Hypnosis – practical applications and theoretical considerations in normal labor. *Br J Obstet Gynaecol* 1993; 100: 221-226.
- Martin AA, Schauble PG, Rai SH i wsp. The effects of hypnosis on the labor processes and birth outcomes of pregnant adolescents. *J Fam Pract* 2001; 50: 441-443.
- VandeVusse L, Irland J, Healthcare WF i wsp. Hypnosis for child-birth: a retrospective comparative analysis of outcomes in one obstetrician's practice. *Am J Clin Hypn* 2007; 50: 109-119.
- Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncology (Williston Park)* 1997; 11: 1179-1189; discussion 1189-1195.
- Jensen MP, Hanley MA, Engel JM i wsp. Hypnotic analgesia for chronic pain in persons with disabilities: a case series. *Int J Clin Exp Hypn* 2005; 53: 198-228.
- Rosen G, Willoch F, Bartenstein P i wsp. Neurophysiological processes underlying the phantom limb pain experience and the use of hypnosis in its clinical management: An intensive examination of two patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2001; 49: 38-55.
- Willoch F, Rosen G, Tolle TR i wsp. Phantom limb pain in the human brain: unraveling neural circuitries of phantom limb sensations using positron emission tomography. *Ann Neurol* 2000; 48: 842-849.
- Lioffi C, Hatira P. Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations. *Int J Clin Exp Hypn* 1999; 47: 104-116.
- Lioffi C, Hatira P. Clinical hypnosis in the alleviation of procedure-related pain in pediatric oncology patients. *Int J Clin Exp Hypn* 2003; 51: 4-28.
- Lioffi C, White P, Hatira P. Randomized clinical trial of local anesthetic versus a combination of local anesthetic with self-hypnosis in the management of pediatric procedure-related pain. *Health Psychol* 2006; 25: 307-315.
- Montgomery GH, David D, Winkel G i wsp. The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: A meta-analysis. *Anesth Analg* 2002; 94: 1639-1645.
- Montgomery GH, DuHamel KN, Redd WH. A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int J Clin Exp Hypn* 2000; 48: 138-153.
- Smith CA, Collins CT, Cyna AM i wsp. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 45.
- Al-Harasi S, Ashley PF, Moles DR i wsp. Hypnosis for children undergoing dental treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 20.
- Accardi MC, Milling LS. The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *J Behav Med* 2009; 32: 28-339.
- Zeltzer L, Lebaron S. Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer. *J Pediatr* 1982; 101: 1032-1035.
- Katz ER, Kellerman J, Ellenberg L. Hypnosis in the reduction of acute pain and distress in children with cancer. *J Pediatr Psychol* 1987; 12: 379-394.
- Kuttner L, Bowman M, Teasdale M. Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young-children with cancer. *J Dev Behav Pediatr* 1988; 9: 374-381.
- Wall VJ, Womack W. Hypnotic versus active cognitive strategies for alleviation of procedural distress in pediatric oncology patients. *Am J Clin Hypn* 1989; 31: 181-191.
- Smith JT, Barabasz A, Barabasz M. Comparison of hypnosis and distraction in severely ill children undergoing painful medical procedures. *J Couns Psychol* 1996; 43: 187-195.
- Butler LD, Symons BK, Henderson SL i wsp. Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics* 2005; 115: 77-85.
- Lobe TE. Perioperative hypnosis reduces hospitalization in patients undergoing the Nuss procedure for pectus excavatum. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2006; 16: 639-642.

37. Kiernan BD, Dane JR, Phillips LH i wsp. Hypnotic analgesia reduces R-III nociceptive reflex – further evidence concerning the multifactorial nature of hypnotic analgesia. *Pain* 1995; 60: 39-47.
38. De Pascalis V, Cacace I, Massicotte F. Focused analgesia in waking and hypnosis: effects on pain, memory, and somatosensory event-related potentials. *Pain* 2008; 134: 197-208.
39. Vanhaudenhuyse A, Boly M, Balteau E i wsp. Pain and non-pain processing during hypnosis: a thulium-YAG event-related fMRI study. *Neuroimage* 2009; 47: 1047-1054.
40. Faymonville ME, Laureys S, Degueldre C i wsp. Neural mechanisms of antinociceptive effects of hypnosis. *Anesthesiology* 2000; 92: 1257-1267.
41. Faymonville ME, Roediger L, Del Fiore G i wsp. Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Res Cogn Brain Res* 2003; 17: 255-262.
42. Aleksandrowicz JW, Urbanik A, Binder M. Obrazowanie hipnozy w funkcjonalnym rezonansie magnetycznym. *Psychiatria Polska* 2006; 40: 969-983.
43. Burkhard P. Hipnoza w leczeniu bólu nowotworowego. *Psychiatria i Psychoterapia* 2005; 1.
44. Hammond DC. *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. W.W. Norton, New York – London, 1990.
45. Kratochvíl S. *Hipnoza kliniczna*. Wydawnictwo KR, Warszawa 1996.
46. Carvalho C, Mazzoni G, Kirsch I i wsp. The effect of posthypnotic suggestion, hypnotic suggestibility, and goal intentions on adherence to medical instructions. *Int J Clin Exp Hypn* 2008; 56: 143-155.
47. Xu YA, Cardena E. Hypnosis as an adjunct therapy in the management of diabetes. *Int J Clin Exp Hypn* 2008; 56: 63-72.