

Iwona Woźniakowska

## ZASTOSOWANIE HIPNOZY W KONTROLI BÓLU — PRZEGLĄD PIŚMIENICTWA DOTYCZĄCEGO BADAŃ KLINICZNYCH ORAZ WYBRANYCH TECHNIK TRANSOWYCH

### HYPNOSIS AND PAINCONTROL — A LITERATURE REVIEW

Polski Instytut Ericksonowski  
Kierownik: Krzysztof Klajs

*Artykuł przedstawia kliniczne badania, opisujące zastosowanie hipnozy w radzeniu sobie z bólem i porównania jej z innymi metodami. Opisuje najczęściej stosowane hipnotyczne techniki kontroli bólu, takie jak dysocjacja, techniki asocjacyjne oraz symboliczne, a także porusza zagadnienia związane z hipnoterapią dzieci doświadczających doznań bólowych.*

hypnosis  
pain

**Summary:** The article presents clinical research on the application of hypnosis in pain control and the comparison between hypnosis and other techniques of pain treatment. The paper describes the pain control hypnotic techniques most often used and issues of hypnotherapy concerned with children who suffer from pain.

#### Wstęp

Przeegląd piśmiennictwa obejmował 46 pozycji, w tym 30 powstałych w latach 1990–2004 i 16 wcześniejszych. Było wśród nich: 39 artykułów (w języku polskim, niemieckim i angielskim), 6 pozycji książkowych oraz materiały własne Polskiego Instytutu Ericksonowskiego z wystąpień podczas konferencji.

W artykule przedstawiono kliniczne badania, dotyczące zastosowania hipnozy w radzeniu sobie z bólem. Porównano ją z innymi metodami terapii oraz opisano najczęściej stosowane hipnotyczne techniki kontroli bólu. Zwrócono także uwagę na zagadnienia związane z hipnoterapią dzieci doświadczających doznań bólowych.

#### Rys historyczny związany z hipnozą

Dwukrotnie w historii hipnoza cieszyła się olbrzymią popularnością jako kliniczna metoda służąca do kontroli bólu. Pierwszy raz w połowie XIX w., gdy była jednym z nielicznych środków znieczulających do chwili wynalezienia eteru w 1846 r., a potem chloroformu w 1847 r. (odkrycie leków przeciwbólowych: paracetamolu — 1893 r., aspiryny — 1899 r.). Pierwsze daty udokumentowanych przypadków zastosowań hipnozy odwołują się do roku 1820 [1] i operacji przeprowadzonej przez Du Poteta z zastosowaniem znieczulenia hipnotycznego (zwanego jeszcze wtedy znieczuleniem magnetycznym) u osiemnastoletniej pacjentki. Z 1829 r. pochodzi opis zastosowania hipnozy przy zabiegu mastektomii [2]. Lata kolejne to wiele dodatkowych danych, jak chociażby liczne operacje przeprowadzone przez Johna Elliotsona w roku 1843 oraz Jamesa Esdaile'a w 1846 [3, 4].

Hipnoza przeżywała swój renesans w połowie XX w. z powodu ograniczonego dostępu do środków znieczulających w związku z działaniami wojennymi. Dziś chemiczne środki służące do analgezji i anestezji są tak niezawodne i proste, że hipnoza raczej rzadko gości w medycznych gabinetach, a przecież jej zastosowanie może okazać się uzasadnione w wielu sytuacjach. Nie zawsze można bezpiecznie stosować chemiczne środki znieczulające z uwagi na alergie, uzależnienia, odporność na środki farmakologiczne czy chociażby koszty ekonomiczne. Stosowanie hipnozy jest również uzasadnione w przygotowaniu psychicznym pacjenta do operacji, w zmniejszeniu napięcia emocjonalnego towarzyszącego oczekiwaniu na zabieg. Liczne są przykłady, pochodzące z literatury światowej, opisujące skuteczność hipnozy w tym zakresie. Jej efektywność jest naukowo potwierdzona udokumentowanymi przypadkami, z których na pewno warto wymienić chociażby Milтона H. Ericksona i jego kliniczne prace na temat zastosowania hipnozy w radzeniu sobie z bólem [5, 6, 7].

### **Epidemiologia**

Jak dużym problemem światowym jest ból, mogą świadczyć chociażby dane opublikowane w 2004 r. przez IASP (International Association for the Study of Pain) i EFIC (europejskiej federacji IASP, The European Federation of IASP Chapters), z których wynika, że ogółem na świecie co piąta osoba doświadcza przewlekłego bólu (od umiarkowanego do poważnego). Co najmniej jednej trzeciej z nich ból uniemożliwia lub znacznie ogranicza możliwość niezależnego życia. Połowa do dwóch trzecich osób cierpiących na przewlekły ból nie może z tego powodu uprawiać ćwiczeń fizycznych, wykonywać prac domowych, uczestniczyć w życiu towarzyskim, prowadzić samochodu, spacerować, uprawiać seksu i normalnie sypiać. Większość cierpiących z powodu nieleczzonego bólu żyje w krajach o niskich i średnich dochodach.

### **Współwystępowanie zaburzeń**

Jak pisze w swojej pracy Gatchel [8], należy pamiętać, że ból jest niezwykle subiektywnym odczuciem — uzależnionym od struktury genetycznej człowieka, wczesnodziecięcych doświadczeń, obecnego stanu psychicznego i wpływów socjokulturowych. Sprawując zatem nad pacjentem doświadczającym doznań bólowych opiekę psychologiczną, nie wolno zapominać, że osoby skarżące się na dolegliwości bólowe bardzo często doświadczają także lęku i depresji.

Z badań Światowej Organizacji Zdrowia, przeprowadzonych wśród 5438 pacjentów (z 14 krajów), objętych podstawową opieką zdrowotną, wynika, że 22% z tych, którzy skarżą się na uporczywy ból trwający więcej niż 6 miesięcy, doświadcza równocześnie także zaburzeń lękowych lub depresyjnych. Dane te były identyczne we wszystkich kulturach [8].

Również de Walden-Gałuszko [9] zwróciła uwagę, że najczęstsze uczucia związane z bólem to lęk, depresja, a także, co jest rozszerzeniem wyników poprzednich badań, gniew. Pisze: „ustalone zależności bólu i lęku, depresji oraz gniewu wymagają uwzględnienia ich roli w procesie leczenia. Dopiero właściwe rozpoznanie stanów emocjonalnych towarzyszących bólowi oraz zastosowanie właściwych metod leczenia skojarzonego może okazać się decydujące, dla uzyskania sukcesu terapeutycznego” [s. 30–34].

### Badania kliniczne

Badania tego typu koncentrują się na porównywaniu procedur zaczerpniętych z podejść psychodynamicznego, poznawczego wymagających współpracy pacjenta w hipnozie, z procedurami wyłącznie medycznymi bez zwracania uwagi na aspekt psychologiczny. Ogólny wniosek z analizy badań wskazuje na fakt, że różnice pomiędzy stosowanymi procedurami psychologicznymi a farmakologicznymi służącymi łagodzeniu bólu tak naprawdę są niewielkie, a to, co jest naprawdę istotne, to uwzględnianie aspektu psychologicznego w opiece nad tego typu pacjentami. Pacjenci objęci dodatkowo opieką psychologiczną — radzą sobie z bólem lepiej niż ci, u których zastosowano wyłącznie procedury medyczne.

Kihlstrom [10] zastanawia się, skąd wzięło się zainteresowanie badaczy hipnotyczną kontrolą bólu. W odpowiedzi wskazuje na trzy znaczące fakty:

- 1) analgezja i anestezja są niezwykle wyraźnymi zjawiskami,
- 2) obie są bardzo podatne na obiektywny pomiar za pomocą obiektywnych narzędzi,
- 3) obie mają duże praktyczne znaczenie.

Jak wskazują poniższe dane, należy oczekiwać w hipnotycznej analgezji skutecznego środka zmniejszającego zarówno ostry, jak i chroniczny ból. Była ona stosowana podczas wielu interwencji w klinikach, szpitalach, centrach oparzeń i gabinetach dentystycznych, w przypadku bólu ostrego przy zabiegach chirurgicznych (m.in. wyrostka robaczkowego, guzów nowotworowych), w stanach poparzeniowych (m.in. usuwania tkanek martwiczych), interwencyjnych procedurach radiologicznych (interventional radiology), podczas porodów, zabiegów dokonywanych na szpiku kostnym oraz w praktyce stomatologicznej (szczególnie u dzieci). Była z powodzeniem stosowana w przypadkach chronicznych bólów głowy, krzyża, fibromalгии, bólów nowotworowych i innych bólów kompleksowych.

Warto wymienić tu trzy następujące badania. Sięgając najpierw pamięcią w dalszą przeszłość, już w 1977 r. napotykamy badania laboratoryjne Sterna i wsp. [11], którzy dokonali porównania siedmiu różnych procedur stosowanych w terapii bólu: hipnozy, akupunktury, placebo akupunktury, morfiny, aspiryny, valium oraz placebo. Z badań tych jednoznacznie wynika, że największy efekt przynosi zastosowanie hipnozy.

Montgomery i wsp. w 2000 r. [12] przeprowadzili metaanalizę 18 artykułów opisujących 27 sposobów radzenia sobie z bólem, bazujących na informacjach od 933 uczestników badań, i stwierdzili, że hipnotyczna sugestia przynosi ulgę w bólu u 75% populacji, bez względu na rodzaj doświadczanego bólu. Kirsch [13] porównał pięć typów zastosowanego leczenia i stwierdził najwyższy poziom efektywności (die Effektstärke) w przypadku zastosowania hipnozy razem z terapią poznawczą. Uzyskane przez niego dane przedstawiają się następująco:

- Placebo 0,63
- Terapia psychodynamiczna 0,74
- Terapia poznawcza 1,18
- Terapia psychodynamiczna + hipnoza 1,82
- Terapia poznawcza + hipnoza 2,55

Poniżej w zestawieniu zostaną przedstawione w kolejności badania dotyczące zastosowania hipnozy w chorobie nowotworowej, migrenach, stanach oparzeniowych,

bólach krzyża, inwazyjnych procedurach medycznych (invasive medical procedures), procedurach radiologicznych (interventional radiological procedures IRP's) oraz bólach fantomowych.

W ostatnich latach opublikowano wiele doniesień o hipnotycznym łagodzeniu cierpień u chorych na choroby nowotworowe. Spiegel i Moore [14] opisują, na podstawie dziesięcioletnich badań, grupę 86 kobiet ochotniczek, poddanych grupowej terapii podtrzymującej, odbywającej się raz w tygodniu i zawierającej elementy hipnozy z pracą nad pozytywną wyobraźnią (m.in. sugestia dotycząca leukocytów, białych ciałek krwi, zaopatrzonych w silne ramiona, które pokonują komórki rakowe). Stosowanie terapii znacząco przedłużyło długość życia i czas od nawrotu choroby do zgonu.

Syrjala wraz ze współpracownikami [15] stosowali hipnozę podczas punkcji szpiku kostnego u 45 pacjentów leczonych chemioterapią. Doświadczany ból podczas zabiegów został znacząco zredukowany. Podobne wyniki osiągnęli także Hilgard i LeBaron [16].

Ciekawe są badania Liossi i Hatiry [17]. Przeprowadzono je w ramach pediatrii onkologicznej. Objęto nimi 30 dzieci, w wieku od 5 do 15 lat, losowo wybranych do 3 grup. Badań dokonano podczas zabiegu punkcji szpiku kostnego. Pierwsza grupa dzieci współpracowała z terapeutą stosującym technikę hipnotycznej analgezji (różnego rodzaju znieczulające sugestie), druga grupa była objęta elementami terapii poznawczej (nauka rozluźniania, oddechu i przekształcanie struktur poznawczych), trzecia — poddana była standardowym interwencjom medycznym (m.in. podanie leku lidocain). W grupach hipnotycznej i poznawczej redukcja bólu, w porównaniu z grupą kontrolną, była identyczna, natomiast dzieci objęte terapią poznawczą wykazywały wyższy poziom lęku i więcej oznak stresu niż poddawane hipnozie.

Inne pole zastosowań hipnozy — to pomoc pacjentom cierpiącym z powodu migreny i naczyńniowych bólów głowy. Od bardzo długiego czasu wielu autorów wskazuje na hipnozę jako bardzo skuteczną metodę stosowaną w tym zakresie. Przy tej okazji wskazują także na istnienie innych metod takich, jak: trening autogenny, różnorodne doświadczenia związane z nauką rozluźnienia czy biofeedback [18]. Berlin ze współpracownikami [19] przeprowadzili badania wśród 117 osób z migrenowym bólem głowy i stwierdzili spadek częstotliwości napadów, z 8 do 3 na miesiąc u 100 osób oraz spadek intensywności bólu prawie o połowę. Efekt wywołany hipnozą był identyczny z uzyskanym po treningu autogennym. Podobne wyniki osiągnęli także Kuile i wsp. [20], pracując z 58 pacjentami, Spinhoven i wsp. [21] — z 56 pacjentami doznającymi chronicznego bólu głowy, a także Bongartz i wsp. [22]. Podobieństwo sukcesów wszyscy badacze tłumaczą faktem, że trening autogenny w swojej klasycznej formie można opisać jako postępowanie hipnotyczne.

Zastosowanie hipnozy w opiece nad pacjentami doznającymi poważnych oparzeń również okazało się skuteczne, wskazują na to na przykład Van der Does i Van Dyck [23]. Dokonali oni przeglądu 28 klinicznych przypadków pacjentów po poparzeniach i stwierdzili, że hipnoza jest skutecznym środkiem przy tego typu bólach. Podobnie pozytywne osiągnięcia na polu działania hipnozy wykazali Patterson ze współpracownikami [24, 25, 26]. Badali działanie hipnozy podczas opatrywania ran poparzeniowych (m.in. oczyszczanie ran z obumarłych części). U pacjentów, u których zastosowano hipnotyczne metody kontroli bólu, stwierdzono redukcję bólu aż o 46 %, w porównaniu z poziomem

wyjściowym. Podczas stosowania technik odwracania uwagi odnotowano już tylko 16% redukcję bólu, a w grupie kontrolnej 14%.

Zastosowanie hipnozy w praktyce stomatologicznej ma długą historię i zaowocowało stworzeniem wielu specyficznych strategii [27, 28]. Badania prowadzone na dużą skalę pochodzą z lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych. Dla przykładu Gottfredson [18] stwierdził, że 56% pacjentów, którzy współpracowali w stanie hipnozy, jest w stanie przejść całą standardową procedurę stomatologiczną bez chemicznego znieczulenia, z czego  $\frac{3}{4}$  pacjentów określa jako relatywnie wysoko podatnych na oddziaływania hipnotyczne. W roku 1977 Barber [za: 10] opisał 99% skuteczność własnej techniki, zwanej „rapid induction analgesia, RIA” (raptowna indukcja znieczulająca), na przykładzie losowo dobranych pacjentów. W kolejnych badaniach Gillett i Coe w 1984 r. [za: 10] uzyskali wynik zbliżony do Gottfredsona — 52%.

Wyniki badań nad bólem będą już dużo mniej jednoznaczne, jeśli sięgniemy do literatury dotyczącej postępowania w razie bólów kompleksowych. Choć i na tym polu można odnotować znaczące sukcesy. Przykładowo, Spinhoven i Linssen [29] opracowali program grupowy dla 45 pacjentów z chronicznym bólem krzyża zawierający trening w zakresie autohipnozy. W podsumowaniu wyników wskazali na stabilne zmiany obejmujące zmniejszenie ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych i podwyższenie aktywności życiowej pacjentów. Warto w tym miejscu przytoczyć badania przeprowadzone przez Fordyce'a w 1986 [za: 30] — choć nie dotyczą one bezpośrednio zagadnienia hipnozy, wskazują na bardzo ciekawy fakt, iż na utrzymywanie się bólu chronicznego ma wpływ jednoznaczność problemu bólowego oraz określenie jego czasu trwania. Badacz obserwował pacjentów z nieutralizowanymi jeszcze bólami krzyża (pojawiły się w ostatnich 7–10 dniach). Zostali oni zakwalifikowani do dwóch grup leczenia: grupy tradycyjnej i grupy behawioralnej. Terapia tradycyjna oparta była na zasadzie: „lecz się sam” w zależności od występowania objawów bólowych. Pociągało to za sobą pewną niejednoznaczność i niepewność dokonywanej przez pacjenta oceny bólu. W grupie behawioralnej terapia była zorganizowana jednoznacznie. Określono okres leczenia, jego zakończenie oraz rozpoczęcie ćwiczeń, które miały pomóc osiągnąć odpowiedni poziom aktywności. Terminy rozpoczęcia i zakończenia brania leków, rozpoczęcia i zakończenia ćwiczeń, były szczegółowo określone. Po sześciu tygodniach stosowania obydwu metod nie stwierdzono między grupami istotnych różnic w efektach terapii, natomiast w badaniach wykonanych po roku od rozpoczęcia leczenia wykazano, że pacjenci poddani terapii behawioralnej rzadziej korzystali z porad lekarzy, mniej skarżyli się na dolegliwości bólowe, mniej korzystali ze zwolnień lekarskich oraz byli bardziej aktywni.

Jedno z najnowszych zastosowań hipnozy opisują Lang i wsp. [31]. Badanie przeprowadzono wśród 241 pacjentów — ochotników, którzy przechodzili różnego typu inwazyjne procedury medyczne (invasive medical procedures). Wszyscy mieli dostęp do urządzenia, umożliwiającego samodzielne dozowanie leków przeciwbólowych. Badanie przeprowadzono w trzech grupach: 1) grupa osób objętych standardową opieką medyczną, 2) grupa, w której zastosowano technikę, nazwaną przez autora „kierowaną uwagą” (structured attention), oraz 3) grupa, która współpracowała z terapeutą w celu nauczenia się autohipnozy. W podsumowaniu stwierdzono, że hipnoza okazała się metodą przewyższającą pozostałe obie techniki. W grupie poddanej hipnozie:

- a) poziom odczuwania bólu pozostał taki sam, podczas gdy w pozostałych dwóch grupach wzrósł;
- b) zanotowano najwyższy poziom redukcji leku;
- c) znacząco spadło zużycie leków w porównaniu z procedurą standardową;
- d) mniej było niekorzystnych zjawisk (jak zaburzenia oddychania, wymioty czy krwawienia);
- e) nastąpiło skrócenie czasu leczenia.

Podobne badania, przeprowadzone przez Lang i wsp. [32], dotyczyły efektu hipnozy zastosowanej podczas interwencyjnych procedur radiologicznych (interventional radiological procedures IRP's). Pacjenci — ochotnicy — wybrani do testu (z zastosowaniem hipnozy) i do grupy kontrolnej zostali zaopatrzeni w dożylny lek uspokajający. Wszyscy mieli dostęp do urządzenia dozującego środka przeciwbólowe. Stwierdzono mniejsze zużycie leków przeciwbólowych i mniej powikłań (jak np. hemodynamiczna niestabilność) w grupie testowej, w której zastosowano hipnotyczną interwencję.

Skuteczność hipnozy zaobserwowano także przy zwalczaniu bólu odczuwanego w tzw. kończynie fantomowej. Niektóre osoby uskarżają się na uporczywe bóle w nieistniejącej już kończynie (dotyczy to około 60% osób po amputacjach). Bóle te często nie ustępują pod działaniem najsilniejszych nawet leków znieczulających. Najskuteczniejsze są wtedy zabiegi chirurgicznego przecięcia odpowiednich dróg nerwowych. Zabieg ten jednak w prawie 30% przypadków nie pomaga. Można wtedy sięgnąć do hipnozy, choć, jak wskazuje B. Petter w swoim artykule [33], brak jest jednoznacznych danych na ten temat. Augustynek [34] podaje, że na 37 opisanych w literaturze przypadków bólu w fantomowej nodze, 20 osób dzięki hipnozie pozbyło się bólu całkowicie, a 10 doznało ulgi pozwalającej odstawić leki (brak źródeł).

Podsumowując informacje płynące z badań nad hipnozą (w ośmiu przytoczonych kategoriach), można stwierdzić, że okazała się ona skuteczną techniką pomocną w redukcji bólu, porównywalną z innymi stosowanymi działaniami psychologicznymi. Oddziaływanie hipnozy ma wyraźny wpływ na redukcję lęku i skrócenie czasu leczenia. Jej skutki są łatwiej zauważalne w przypadku bólów o charakterze ostrym.

Należy zawsze zwracać szczególną uwagę na aspekt subiektywności w pracy z cierpiącymi pacjentami. W praktyce okazuje się użyteczna ich własna definicja ich własnego bólu oraz informacje płynące od nich: jakimi dokładnie słowami opisują swój ból i jakie strategie samodzielnie już wykorzystują, aby radzić sobie z bólem. Na podstawie takich danych można budować indywidualny styl pracy z poszczególnym pacjentem i jego bólem.

### **Hipnoza i radzenie sobie z bólem przez dzieci**

Badań związanych z hipnozą i bólem u dzieci jest zdecydowanie mniej i dysproporcja ta zadziwia jeszcze bardziej w świetle faktu, że dzieci generalnie lepiej współpracują w hipnozie niż dorośli [35]. Wyniki badań, choć nieliczne, wskazują jednak na zasadność jej stosowania u dzieci [36, 17].

Hilgard i LeBaron [16] zwrócili uwagę na zmiany, jakie następują w umiejętności współpracy w hipnozie u dzieci w wieku od przedszkolnego do nastoletniego. Badacze wprowadzili koncepcję stanu protohipnozy (protohypnosis) występującego u dzieci młodszych (przedszkolnych) i określili go mianem „fantazji sportretowanych w akcji” (fantasy portrayed in action). Dzieci rozmawiają z lalkami, poruszającymi się pociągami

czy samolotami. Protohipnoza zmienia się w umiejętność wchodzenia w pełny trans („peak” hypnosis) u dzieci 9-, 12-letnich i charakteryzuje się dłuższym okresem, w którym dziecko może pozostać z zamkniętymi oczami i uwewnętrznieniem fantazji. Zdolność współpracy w hipnozie zwiększa się także poprzez wykorzystanie przez terapeutę humoru, jego własnych fantazji i wprowadzenie w wyobrażenia dziecka jego rodziców. Obaj autorzy zwracają uwagę na fakt, że słabszą zdolność do współpracy w hipnozie wykazują dzieci, które doświadczyły długiego okresu zależności od lękowych rodziców, oraz że dzieci, które są niezwykle aktywne, mogą mieć trudność z tworzeniem szczęśliwego zakończenia swoich fantazji.

Dolgin i Jay [37], w przeglądzie poświęconym technikom stosowanym w kontroli bólu w przypadku dzieci, akcentują wielorakość czynników, które mogą mieć wpływ na sposób radzenia sobie z bólem. Należy wziąć pod uwagę 1) status poznawczy dziecka: jego poziom rozwoju, stopień doświadczanego lęku czy depresji, obecne oczekiwania oraz wcześniejsze doświadczenia, 2) czynniki związane ze środowiskiem, w jakim przebywa dziecko, m.in. pozytywne i negatywne wzmocnienia, socjokulturowy model związany z okazywaniem lub tłumieniem ekspresji doznań bólowych, oraz 3) czynniki konstytucjonalne: wiek dziecka, próg bólu (najmniejszy poziom doznania bólu) czy poziom tolerancji bólu (najwyższy poziom bólu, który jest się w stanie wytrzymać). Dopiero tak szerokie spojrzenie pozwala prawidłowo współpracować z dzieckiem w ramach hipnozy (z uwzględnieniem indywidualnych różnic) lub poznać przeciwwskazania do stosowania tej metody. Katz, Kellerman i Ellenberg [38] podkreślają, że reakcja na ból u dzieci może być bardzo złożona i przybierać różne formy u tego samego dziecka. Dolgin i Jay [37] wskazują, że psychologiczne interwencje powinny tu opierać się na strategiach zmiany percepcji bólu i stopniowej pomocy dziecku w wypracowaniu przez niego innych zachowań.

### **Hipnotyczne strategie kontroli bólu**

W opisie strategii radzenia sobie z bólem skupię się głównie na omówieniu hipnotycznych technik ericksonowskich, z powodzeniem stosowanych przez terapeutów tego kierunku i opisanych w literaturze.

Podwaliny pod współczesne zastosowanie hipnozy w kontroli bólu położył amerykański psychiatra Milton H. Erickson (1901–1980). Za jego sprawą, od początku XX wieku do dziś, hipnoza rozwija się zarówno w USA, jak i w Europie. Brent Geary (uczeń Ericksona) podczas pobytu w Polsce w 2002 r. [39] mówi: „Milton Erickson był obdarzony bardzo silną wyobraźnią. Stworzył bardzo wiele technik terapeutycznych, które pochodzą z jego własnych doświadczeń. Był osobą sparaliżowaną w wyniku polio. Dzięki swojej pracy wrócił do sprawności. Często towarzyszył mu uporczywy ból w ciągu ostatnich 15 lat życia. Strategie, które stosował w psychoterapii, opierał na swoich doświadczeniach i na wykorzystywaniu wyobraźni. Praca z technikami hipnotycznymi przebiega w sferze wyobrażania sobie bólu, a nie samego bólu. Czasem z bólem nic nie można zrobić, ale hipnoza zwiększa odporność pacjenta na ból”.

Burkhard Peter [40] wskazuje na trzy podstawowe strategie w postępowaniu z bólem: dysocjację, asocjację i techniki symboliczne.

Dysocjacja jest rozumiana jako oddzielenie, wyizolowanie bólu od reszty niebojącego ciała lub zajęcie się wyizolowanym elementem świadomości, który odczuwa ból i pod jego wpływem cierpi. Tak dalece zmniejsza ona lub zmienia spostrzeganie bólu za pomocą technik halucynogennych, że boląca część zostaje wyodrębniona ze schematu ciała i istnieje w izolacji. Najłatwiej osiągnąć taki stan w kończynach, np. za pomocą techniki lewitującej ręki ramię zostaje wyraźnie zdysocjowane od reszty ciała oraz znieczulone. Po doświadczeniach tego typu w obecności terapeuty, pacjent może sam „pozwolić, aby ciało zasnęło od szyi w dół”, albo „całkowicie o ciele zapomnieć”. Można pójść jeszcze dalej i w hipnotycznej halucynacji pozostawić bolesną część leżącą w łóżku, a z wyobrażonym uzdrowionym ciałem powędrować w dowolną przestrzeń i tam zrobić coś przyjemnego. Podobne techniki można znaleźć także u Ericksona [5]. Innym wariantem takiej całościowej cielesnej dysocjacji jest regresja wieku do takiego czasu w życiu pacjenta, który był wolny od bólu i obfitował w przyjemne doświadczenia [41].

Techniki asocjacyjne stosuje się w sytuacjach, gdy pacjent nie może lub nie chce użyć dysocjacji, np. z powodu wyraźnego lęku. Asocjacja dla Petera [40] — to skupienie się na bólu i wzmocnienie go na krótki czas. Nie zawsze i nie ze wszystkimi osobami można tę technikę stosować. Szczególnie przy rozlanych, promieniujących bólach istotne jest bardzo wyraźne zaznaczenie granic obszaru bólowego. Następnie, znając ściśle granice bólu, można na nie wpływać i delikatnie je zmieniać. Ważne jest, aby dokładnie rozpoznać, jaką formę reprezentacji przybiera ból pacjenta, tak, aby proponowana zmiana wpływała na rodzaj specyficznej jakości. Jeśli na przykład ból jest kłujący i ostry — zmianą może być jego stępienie, jeśli ból jest ciągnący — zmianą będzie obniżenie napięcia, przy bólu palącym ulgę przyniesie jego schłodzenie.

Techniki symboliczne powodują przekształcenie odczuć kinestetycznych na adekwatne do nich halucynacje wizualne lub akustyczne. Wykorzystując nowe ramy, można łatwiej dokonywać zmian: „skwar upalnego dnia ochładza się pod wieczór; rozszalała burza uspokaja się, huczące morze cichnie” — to kilka z przykładów, o których pisze Peter [40, 42].

Zeig i Geary [43] przedstawiają kilka podstawowych zasad ericksonowskich, mających zastosowanie w strategiach pracy z bólem. Należy:

- 1) zacząć od czegoś małego i dalej robić niewielkie kroki, zacząć od miejsca, które pacjent potrafi zmienić;
- 2) czerpać ze słów opisujących ból użytych przez samego pacjenta; modyfikować je i pracować z tymi zmienionymi słowami;
- 3) zamienić ból na rzecz/przedmiot, który można wyodrębnić, postawić przed sobą i dalej pracować już z nim, nie zapominając przy tym, że ból to zawsze proces, ciągle podlegający zmianom; zarówno terapeuta, jak i pacjent więcej zyskują modyfikując proces niż chcąc zmienić rzecz;
- 4) korzystać z sytuacji, które powstają w naturalny sposób: zachęcać do tworzenia w wyobraźni obrazów związanych z daną sytuacją (np. pomieszczenie, z którego dobiega nieznośny hałas, każdego dnia staje się cichsze i spokojniejsze);
- 5) wykorzystać umiejętności, które pacjenci już posiadają, ich wiedzę na temat radzenia sobie z bólem; pacjenci mogą mieć większą zdolność do posługiwania się którąś z technik;



6) nagrywać interwencję na taśmę magnetofonową, do ponownego odtwarzania w domu (z wyraźnymi wskazówkami, gdzie i kiedy można słuchać takiego nagrania) — to znacznie zwiększa skuteczność zastosowanych metod. Hipnoza to umiejętność, którą można poprawiać w miarę, jak wzrasta doświadczenie.

Erickson określał stan hipnozy mianem zogniskowanej uwagi. Elementy zogniskowania uwagi można znaleźć w wielu sytuacjach naturalnych, w realnym życiu, takich jak chociażby dokonywanie w skupieniu obliczeń matematycznych. Ból to skupienie uwagi na tym, co boli, bez dostrzegania innych wymiarów. Rozwiązaniem jest wyjście poza ograniczony obszar bólu i skierowanie uwagi na coś innego. Korzysta się w tym celu ze zjawisk hipnotycznych, dostępnych w postępowaniu z bólem. Zjawiska hipnotyczne (opracowane w XIX w.) opisują zachowanie, które ujawnia się podczas hipnozy, i mają charakter dwubiegunowy [43]. Podczas hipnozy osoba ma możliwość doświadczania zjawisk, których wcześniej nie знаła, nie zauważała lub o nich zapomniała. Kluczem jest odkrycie, które ze zjawisk hipnotycznych najbardziej będzie służyło danemu pacjentowi.

Wśród zjawisk pożądanых i służących redukcji bólu Hammond [44] wymienia m.in.:

1. Dysocjację. Ciągły ból, którego doświadcza pacjent, rozumiany w kategoriach zjawisk hipnotycznych, jest bezustanną asocjacją. Pacjenci czują ulgę, gdy się oddzieli od bólu (ciało swobodnie pływające w powietrzu). Dysocjacja ma miejsce zawsze, we wszystkich stanach hipnozy. Pacjent zawsze doświadcza rozdzielenia.
2. Katalepsję — brak ruchomości części lub całego ciała.
3. Progresję w czasie — działania skoncentrowane na wzmocnieniu współpracy z nieświadomym umysłem, aby ten mógł pomóc w przyszłości. Praca nad bólem tu i teraz, ale z progresją w czasie.
4. Anestezję — znieczulenie, wyeliminowanie fizycznego odczuwania czegoś w naszym ciele. Klasyczny przykład to znieczulenie rękawiczkowe. Sugerujemy, że jedna dłoń jest odrętwiała, nie ma w niej czucia. To można wykorzystać i znieczulić inne części ciała.
5. Analgezję — modyfikację odczuwania, wyeliminowanie częściowe lub zmiana odczuwania. Anelgetyki — redukują ból, zmieniają go, ale nie eliminują.
6. Dystrakcję — zogniskowanie uwagi na czymś innym.

Wszystkie stany sugerowane w hipnozie mogą mieć miejsce w codziennym życiu. Istnieją jednak dwie wyraźne cechy, które różnią te zjawiska od siebie [43]:

1 – w hipnozie dany stan udaje się przedłużyć w dogodny dla pacjenta sposób, np. katalepsja (można nieruchomo siedzieć 15–20 min bez odczuwania dyskomfortu),

2 – podczas hipnozy dane przeżycie (doświadczenie) jest wzmocnione, osoba jest głębiej w nie zaangażowana niż poza hipnozą.

Podsumowując, można stwierdzić, za Brentem Geary [39], że choć są różne podejścia do hipnozy i jej stosowania w kontroli bólu, to badacze są zgodni co do tego, że zawsze elementami wspólnymi są trzy występujące kategorie: dysocjacja, dystrakcja i zmiana odczuwania.

W polskiej literaturze, Szatanik [45, 46] wymienia dwie metody terapii bólu przewlekłego: poznawczo-behawioralną i hipnobehawioralną polegającą m.in. na wykorzystaniu hipnozy. Hipnozę rozumie Szatanik jako stan, w którym można wywołać zmiany percepcji sensorycznej, w tym zmiany percepcji bólu. Efekt analgetyczny jest w części uzależniony

od podatności hipnotycznej i dlatego wskazane jest stosowanie zróżnicowanych technik hipnotycznych w zależności od podatności hipnotycznej pacjenta. Wśród najczęściej stosowanych technik hipnoanalgetycznych wymienia: analgezią rękawiczkową, techniki substytucji i przemieszczania bólu oraz dysocjację bólu.

### **Zakończenie**

Podsumowując należy pamiętać, że:

- badania często były przeprowadzane w małych grupach, co w oczywisty sposób może budzić zastrzeżenia co do ich rzetelności;
- badane osoby w obrębie poszczególnych grup często pochodziły z różnych przedziałów wiekowych, co powodowało, że grupy nie były jednolite;
- poszczególne procedury psychologiczne często były przeprowadzane przez różnych specjalistów (techniki procedur poznawczych, hipnozy, psychodynamiczne) i również ten fakt może wpływać na rzetelność badań

Zwracając uwagę na wszystkie opisane powyżej fakty nasuwa się refleksja o konieczności dalszej weryfikacji tego typu badań. Nie ulega natomiast wątpliwości, że badania tego rodzaju mają szczególne znaczenie z uwagi na dużą skalę problemu i zainteresowanie całością zagadnienia. Cieszy zatem, że istnieją specjalne unijne programy oferujące pomoc finansową osobom chcącym propagować ten rodzaj działań.

Analiza powyższego materiału wykazała, że hipnoza jest skuteczną techniką pracy z pacjentami cierpiącymi z powodu bólu. Warto kontynuować badania, aby stała się ona bardziej popularna. Zdaniem autorki ważna jest współpraca z pacjentami w celu ustalenia ich wcześniejszych sposobów radzenia sobie z bólem oraz określenia przez nich ich własnej definicji bólu, którą można starać się potem modyfikować. Wykorzystanie strategii hipnotycznych w połączeniu z pracą z ciałem metodą Moshe Feldenkraisa daje jeszcze lepsze rezultaty (nt. metody Feldenkraisa istnieje bardzo bogata literatura, m.in. artykuł autorki w „Psychoterapii nr 4 (119) z 2001 r.).

### **Piśmiennictwo**

1. Chertok L. Hipnoza i sugestia. Warszawa: Wyd. Interpress; 1993.
2. Gravitz MA. Early uses of hypnosis as surgical anesthesia. *Am. J. Clin. Hypn.* 1988; 30: 201.
3. Elliotson J. Numerous cases of surgical operations without pain in the Mesmeric state: With remarks upon the opposition of many members of the Royal Medical and Chirurgical Society and others to the reception of the inestimable blessings of Mesmerism. London: Cantab F.R.S; 1843.
4. Esdaile J. Mesmerism in India and its practical application in surgery medicine. The Psychic Research Company Chicago (Origin publ. in London 1846).
5. Erickson MH. Hypnosis in painful terminal illness. *Am. J. Clin. Hypn.*, 1959; 1: 117.
6. Erickson MH. The interspersal hypnotic technique for symptom correction and pain control. *Am. J. Clin. Hypn.* 1966; 8: 198.
7. Erickson MH. An introduction to the study and application of hypnosis for pain control. W: Lassner J, red. *Handbook of hypnosis and psychosomatic medicine*. Amsterdam: Elsevier; 1967.
8. Gatchel R. Clinical essentials of pain management. *Am. Psychol.* 2004; 795.
9. de Walden-Gałuszko K. Emocjonalne uwarunkowania bólu. *Twój Mag. Med.* 2004; 11.

10. Kihlstrom JF. Plenary address presented at the annual meeting of the American Pain Society, Atlanta, Georgia, November 2000.
11. Stern JA, Brown M, Ulett GA, Sletten I. A comparison of hypnosis, acupuncture, morphine, valium, aspirin, and placebo in the management of experimentally induced pain. *Ann. New York Acad. Sc.* 1977; 296: 175–193.
12. Montgomery GH, DuHamel K, Redd WH. A metaanalysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis? *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 2000; 48(2): 138–153.
13. Kirsch I. Hypnosis in psychotherapy: Efficacy and mechanism. *Contemp. Hypn.*, 1996; 13: 109.
14. Spiegel D, Moore R. Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients. *Oncol.* 1997; 1179–1189.
15. Syrjala KL, Cummings C, Donaldson GW. Hypnosis or cognitive behavioral training for the reduction of pain and nausea during cancer treatment: A controlled clinical trial. *Pain*, 1992; 48: 137.
16. Hilgard JR, LeBaron S. Linderung von Angst und Schmerz bei krebserkrankten Kindern und Jugendlichen. *Hypn. Kogn.*, 1990; 7: 7.
17. 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(2): 104–116.
18. Gottfredson DK. Hypnosis as an anesthetic in dentistry. Brigham Young University, Provo, Ut.; 1973.
19. Berlin J, Cartellieri S, Schwendner H, Pfothenauer M, David E, Erdmann W. Integrierendes Verfahren von Hypnose und Autogenem Training bei klassischer Migräne. W: Woerz RG, red. *Chronischer Schmerz und Psyche*. Frankfurt: Fischer; 1990, s. 227.
20. Ter Kuile MM, Spinhoven P, Linssen ACG, Zitman FG I in. Autogenic training and cognitive self-hypnosis for the treatment of recurrent headaches in three different subject groups. *Pain* 1994; 58: 331.
21. Spinhoven P, Linssen AC, Van-Dyck R, Zitman FG. Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1992; 14: 408.
22. Bongartz W, Flammer E, Schwonke R. Die Effektivität der Hypnose: Eine meta-analytische Studie. *Psychotherapeut* 2002; 47(2): 67–76.
23. Van der Does AJ, Van Dyck R. Does hypnosis contribute to the care of burn patients? Review of the evidence. *Gen. Hosp. Psychiatry* 1989; 11: 119.
24. Patterson DR, Everett JJ, Burns GL, Marvin JA. Hypnosis for the treatment of burn pain. *J. Cons. Clin. Psychol.* 1992; 60: 713.
25. Patterson DR, Questad KA, de-Lateur BJ. Hypnotherapy as an adjunct to narcotic analgesia for the treatment of pain for burn debridement. *Am. J. Clin. Hypn.* 1986; 31: 156.
26. Patterson DR, Goldberg ML, Ehde DM. Hypnosis in the treatment of patients with severe burns. *Am. J. Clin. Hypn.* 1996; 38: 200.
27. Mehrstedt M, red. *Zahnärztliche Hypnose*. *Hypn. Kognition* 1999; 16 (1+2).
28. Ebell H, Schuckall H. Warum therapeutische Hypnose? Fallgeschichten aus der Praxis von Ärzten und Psychotherapeuten. München: Richard Pflaum Verlag GmbH & Co.KG; 2004.
29. Spinhoven P, Linssen AC. Education and self-hypnosis in the management of low back pain: A component analysis. *Brit. J. Clin. Psychol.* 1989; 28: 145.
30. Kostarczyk E. *Neuropsychologia bólu*. Poznań: PTPN, 2003.
31. Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, Lutgendorf S, Berbaum ML, Berbaum KS, Logan H, Spiegel D. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: A randomised trial. *Lancet* 2000; 355: 1486–1500.
32. Lang EV, Joyce JS, Spiegel D, Hamilton D, Lee KK. Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedures: Effects on pain perception and intravenous drug use. *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 1996; 44: 106–119.
33. Peter B. *Klinische Hypnose in der Schmerzbehandlung*. Artykuł opublikowany elektronicznie, dostępny pod adresem: [www.burkhard-peter.de](http://www.burkhard-peter.de), 1996.
34. Augustynek A. *Hipnoza w walce z bólem*. Artykuł opublikowany elektronicznie, dostępny pod adresem: [www.osrodek.polmail.pl](http://www.osrodek.polmail.pl), 2004.
35. Western WC, O'Grady DJ. *Clinical hypnosis with children*. New York: Brunner/Mazel Publishers; 1991.

36. Olness K, Gardner G. Hypnosis and hypnotherapy with children. Philadelphia: Grune&Stratton; 1988.
37. Dolgin M, Jay AD. Pain management in children. W: Mash E, Barkley R. red. Treatment of childhood disorders. New York: Builford; 1989, s. 383–404.
38. Katz ER, Kellerman J, Ellenberg L. Hypnosis in the reduction of acute pain and distress in children with cancer. *J. Pediatr. Psychol.*, 1987; 12(3), 379–394.
39. Geary B. Warsztat szkoleniowy dotyczący hipnotycznej pracy z bólem. Polski Instytut Ericksonowski, 2002 (materiał własny).
40. Peter B. Schmerzwahrnehmung. W: Revenstorf D, Expertise für zur Beurteilung der wissenschaftlichen Evidenz des Psychotherapieverfahrens. *Hypnotherapie*, 2003. Artykuł dostępny elektronicznie pod adresem: [www.mcg-tuebingen.de](http://www.mcg-tuebingen.de)
41. Peter B. Hypnotische Phänomene. W: Revenstorf D, red. *Klinische Hypnose*. Berlin: Springer; 1990, s. 24.
42. Revenstorf D, Peter B, red. *Schmerzwahrnehmung, Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatic und Medizin*. Heidelberg: Springer; 2001.
43. Zeig JK, Geary BB. *The handbook of ericksonian psychotherapy*. Phoenix, Arizona: The Milton H. Erickson Foundation Press; 2001.
44. Hammond DC. *Hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton & Company; 1990.
45. Szatanik K. Aby mniej bolało. *Charaktery*, 2000, 2.
46. Szatanik K. Psychologiczne metody kontroli bólu przewlekłego. *Twój Mag. Med.* 2000; 11.

Adres: Polski Instytut Ericksonowski  
94-360 Łódź, ul. Wioślarska 27