

Burkhard Peter

HIPNOZA W LECZENIU BÓLU NOWOTWOROWEGO.
HYPNOSIS IN THE TREATMENT OF CANCER PAIN.

keywords: hypnosis, cancer pain, hypnotherapy, oncology

słowa klucze: hipnoza, ból nowotworowy, hipnoterapia, onkologia

Abstract:

Hypnosis is one of the oldest methods used in pain control. In this paper relevant studies on hypnosis and cancer pain in adults, juveniles and children are discussed. Suggestibility, rapport and the limitations of hypnotic pain control in cancer patients are discussed. Dissociative, associative and symbolic intervention techniques and presented followed by descriptive case vignettes. Hypnotic pain control can be considered a valuable tool for cancer patients in improving quality of life.

Streszczenie:

Hipnoza jest jedną z najstarszych metod kontrolowania bólu. W tym artykule dyskutowane są badania nad hipnozą w bólu nowotworowym u dorosłych, młodzieży i dzieci. Omawiane są: podatność na sugestię, raport i ograniczenia kontroli hipnotycznej bólu. Przedstawione są techniki dysocjujące, asocjujące i symboliczne, po czym następują ilustrujące je opisy przypadków. Kontrola bólu przy użyciu hipnozy może być uznana za cenne narzędzie podwyższania jakości życia pacjentów nowotworowych.

Wprowadzenie

Nawet dzisiaj nowotwór jest jedną z chorób, których obawiamy się najbardziej. Jednym z powodów tego jest związany z nim ból. Że taki lęk nie jest bezpodstawny pokazały badania epidemiologiczne, które wykazały, że 60-90% dorosłych chorych z guzem nowotworowym zaczyna odczuwać ból w późnych stadiach choroby nowotworowej.

Ból nowotworowy jest definiowany tutaj jako ostry lub przewlekły ból, który występuje, wprost lub nie-wprost, w wyniku uszkodzeń wywołanych guzem i/lub w wyniku towarzyszącego leczenia. Na przykład, ból i neuropatia są spowodowane naciekiem nowotworowym. Klasyczne leczenie (chirurgia, radioterapia i chemioterapia) może w wielu przypadkach ukrócić ból będący

objawem choroby przez redukcję złośliwej tkanki, ale dość często pacjenci doświadczają równie bolesnych działań ubocznych (ból wtórny) takich jak ból fantomowy po amputacji, polineuropatie po chemioterapii czy mielopatie po radioterapii. Co więcej, niektóre interwencje medyczne są dość bolesne same w sobie, jak punkcje szpiku kostnego czy punkcje lędźwiowe. To znowu może prowadzić do bólu warunkowanego (conditioned), lęków i innych nieprzyjemnych i antycypacyjnych reakcji jak np. warunkowane wymioty (Noeker i Peterman 1990, Rosen 1984).

Różne badania pokazały, że wariacja doświadczania bólu nowotworowego jest tylko częściowo tłumaczona przez czynniki organiczne takie jak typ nowotworu, stadium choroby, liczba i lokalizacja przerzutów czy faza terminalna. Zatem część doświadczanego przez pacjentów nowotworowych bólu powinna być także przypisana czynnikom psychologicznym. (Bond i Pilowski 1966, Bond / Pearson, 1969, Spiegel / Bloom 1983a, b; Turk i Fernandez, 1990). Dzisiaj nie trzeba już dłużej podkreślać, że doświadczenie bólu zawsze składa się z interakcji składowych sensorycznych, afektywnych, poznawczych i behawioralnych. Te rozważania grały już rolę w teorii bramki Melzacka i Wall'a.

Problemem we wszystkich terapiach bólu, jest ich kontrolowalność i skuteczność. Wielu pacjentów doświadcza kompletnej bezradności i lęku wówczas, gdy zależą od lekarzy i personelu zwalczającego ból lub gdy ich leczenie nie daje pożądanej ulgi od bólu. Każda pomoc, która pomaga pacjentowi zmniejszyć i kontrolować jego ból, umożliwia zasadnicze polepszenie jakości życia pacjentów nowotworowych. Hipnoza jest jedną, ale nie jedyną, z metod psychologicznych, w której pacjent może uzyskać kontrolę nad swoim bólem nowotworowym.

Hipnoza i kontrola bólu.

Hipnoza była jednym z niewielu efektywnych analgetyków do czasu wprowadzenia eteru w 1846, i chloroformu w 1847. Według Gravitza (1988) pierwsze udokumentowane znieczulenie przy użyciu hipnozy zostało przeprowadzone w 1829 przez paryskiego chirurga przy mastektomii. Brytyjski chirurg John Elliotson (1843) doniósł o kilku bezbolesnych operacjach w hipnozie (mesmeryzmie). Szkocki chirurg James Esdaile (1846) wykonał kilkaset mniejszych operacji oraz ponad 300 dużych w Indiach przy użyciu hipnozy (mesmeryzmu), w których to operacjach 80% pacjentów nie odczuło bólu. Liczne badania eksperymentalne i kliniczne wykazywały odtąd, że hipnoza jest bardzo efektywną metodą kontroli bólu (dla wyjaśnień prace przeglądowe: Crasilnech i Hall 1973, Elton, Stanley i Burrows 1983, Evans 1987, Hilgard i Hilgard 1975/1994, Peter 1986, 1990).

Teoretyczne kontrowersje dotyczące hipnozy tradycyjnie skupiają się wokół dwóch współzawodniczących paradygmatów tzw. szczególnego procesu i perspektyw socjokognitywnych. Teoretycy szczególnego procesu (wyj. E.R. Hilgard, 1989, 1991) wysuwają hipotezę niezwykłych

stanów świadomości (np. trans) i szczególnych psychologicznych lub nawet socjofizjologicznych mechanizmów (np. dysocjacja) i utrzymują, że zachowania hipnotyczne takie jak kontrola bólu hipnozą, różnią się fundamentalnie od zwykłych zachowań. Zwolennicy socjokognitywności jak Spanos (1991) przeciwnie, utrzymują, że nie ma nic szczególnego w sytuacji hipnozy, ponieważ reprezentuje ona po prostu wydatny przykład interakcji społecznej zmiennych, których psychologowie społeczni oraz kognitywni, regularnie używają do tłumaczenia innych form zachowań społecznych (jak żądane charakterystyki sytuacji, nastawień, oczekiwań granych ról itp). Według teoretyków socjokognitywnych podmioty badań nad bólem po prostu podążają za instrukcjami i emitują pożądane zachowania (Spanos, Carmanico i Ellis 1994).

W ostatnim badaniu Kierman, Dane, Phillips i Price (1995) pokazali jednak, że hipnoza znacząco atenuuje (osłabia) nawet zmienne fizjologiczne, R-III - nocycyptywny odruch rdzeniowy. To pokazuje, że hipnotyczna kontrola bólu może leżeć daleko poza zwyczajną redukcją nieprzyjemności. Doniesienia o zmniejszeniu bólu mogą naprawdę reprezentować nie tylko atenuację bólu sensorycznego, lecz także bólu przewodzonego rdzeniowo, np. procesu obwodowego. Ten rodzaj badań był pionierskim dziełem Hagbart i Finer (1963), którzy już pokazali zmieniony rdzeniowy odruch nocycyptywnego wycofania, przy użyciu analgezji hipnotycznej. To dodaje trzecią składową do już znanych czynników sensorycznej i afektywnej redukcji bólu.

Hipnoza i zwalczanie bólu u dorosłych pacjentów nowotworowych.

Erickson (np. 1959, 1966, 1967) i Sacerdote (np. 1970, 1980) dostarczyli jednych z najlepiej znanych klinicznych wkładów w hipnozę w kontroli bólu nowotworowego. Mniej znane są wczesne doniesienia Butler (1954), Lea, Ware i Monroe (1960) i Cangello (1961). Analgezja hipnotyczna Butler'a była udana u 5 z 12 pacjentów nowotworowych, Cangello u 30 z 81, a Lea i kolegów u 5 z 9 pacjentów. Jednak udana analgezja hipnotyczna korelowała ze zdolnością pacjenta do bycia zahipnotyzowanym, tj. jego/jej podatności na sugestię. Spiegel i Bloom (1983a, b) donieśli o znaczących różnicach w kontroli bólu nowotworowego (i innych symptomów jak depresja i lęk) przy użyciu analgezji hipnotycznej u 34 pacjentów z przerzutującym rakiem sutka w porównaniu do grupy kontrolnej, która otrzymywała tylko leki. Reeves, Predd, Storm i Minagawa (1983) porównali grupę pacjentów nowotworowych otrzymujących dwie sesje treningu hipnotycznego do redukcji bólu wywoływanego hipertermią z grupą kontrolną nietrenowaną. Leczeni pacjenci zgłaszali znacząco mniejszy ból niż pacjenci z grupy kontrolnej. Nowsze badania pokazały także wydajność analgezji hipnotycznej na przykładzie Kaye (1987), który odniósł sukces u 8 z 12, Kraft (1992) u 5, a Campanella (1993) u 8 pacjentów nowotworowych. W kontrolowanych próbach klinicznych Syrjala, Cummings i Donaldson (1992) byli w stanie pokazać, że hipnoza była skuteczna w

redukowaniu zgłaszanego bólu jamy ustnej (oral pain) u 45 pacjentów z nowotworami układu krwiotwórczego przechodzących transplantację szpiku kostnego. Te badania tak jak moje własne doświadczenia kliniczne (np. Peter i Gerl, 1985) wykazały efektywność hipnozy w kontroli bólu u dorosłych pacjentów.

Hipnoza i zwalczanie bólu u dzieci młodzieży.

J.R. Hilgard i LeBaron (1982,1984) leczyli młodzież i dzieci chore na białaczkę, które musiały przechodzić punkcje (aspiracje) szpiku kostnego. Pomiar wyjściowego poziomu bólu został dokonany u 63 pacjentów i zaoferowano im program zwalczania bólu hipnozą. Spośród 24 pacjentów, którzy uczestniczyli w programie 19 było wysoce podatnych na sugestię a 10 z 19 było w stanie zredukować swój ból podczas aspiracji szpiku kostnego już po jednej sesji hipnozy, a 5 po dwóch sesjach. Pięciu pacjentów, którzy byli mniej podatni na sugestię nie było zdolnych do zredukowania swojego bólu hipnozą, ale byli w stanie zmniejszyć swój lęk przed i podczas aspiracji szpiku. Zelter i LeBaron (1982) porównali wydajność hipnotycznych (sterowane wyobrażenia) i niehipnotycznych interwencji (ćwiczenia głębokiego oddychania i procedury dystrakcji) u dzieci i młodzieży podczas aspiracji szpiku kostnego i punkcji lędźwiowych. Pomiar poziomu bólu i lęku uzyskano od samych pacjentów jak również od niezależnych obserwatorów w czasie jednego do trzech zabiegów diagnostycznych bez żadnych interwencji psychologicznych.

Dane z pomiarów wykazały, że doświadczany ból był większy podczas aspiracji szpiku niż podczas punkcji lędźwiowej. Rezultaty wskazały, że dwie interwencje psychologiczne znacząco zmniejszyły ból doświadczany podczas aspiracji szpiku, podczas gdy hipnoza była bardziej efektywna niż interwencje behawioralne.

Hipnoza była także skuteczna podczas punkcji lędźwiowej (gdzie lęk był zmniejszany także oddziaływaniem behawioralnym, ale znacząco mniej skutecznie niż przez interwencję hipnotyczną). Kuttner, Bowman i Teasdale (1988) porównali wyobrażenia włączania (imaginative involvement), dystrakcje zachowaniem i standardowe procedury medyczne na próbie 59 dzieci z białaczką. Po dwóch sesjach oddziaływań, autorzy byli w stanie pokazać, że metoda hipnotyczna miała efekt wszystko-albo-nic podczas aspiracji szpiku, podczas gdy dystrakcje zdawały się wymagać umiejętności radzenia sobie, które musiały być uczone przez więcej niż jedną sesję.

Czy wynik koreluje z podatnością na sugestię?

W większości wspomnianych powyżej badań podatność pacjentów na sugestię, koreluje z wielkością sukcesu hipnozy. Spiegel (1986) jasno zaleca, że "Bezcelowe jest próbowanie użycia hipnozy u jednej trzeciej pacjentów, którzy nie są hipnotyzowalni" (s.87). Ten rodzaj stwierdzenia wymaga, żeby pacjenci przeszli test podatności na sugestię (np. Stanford Hypnotic Clinical Scale;

wyj. Hilgard i Hilgard, 1975), przed interwencją i zanim terapeuta będzie przekonany, że podatność na sugestię jest stabilną i istotną cechą (wyj. Hilgard 1965). Jednakże wiele badań socjopsychologicznych wykazało, że u nisko podatnych na sugestię podmiotów podatność na sugestię mogła wzrastać, jeżeli wystarczająco ćwiczyli (np. w Carleton Skills Training Program; Gorassini i Spanos, 1986, także Spanos 1991, s.333 lub Spanos i Coe 1992 s.113).

Tak jak Banyai (1991) wierzę, że podatność na sugestię/podatność na hipnozę jest zarówno cechą stabilną w pewnych granicach, ale również wyczuwalną a zatem modyfikowalną, umiejętnością. Co więcej, dyskusja nad wyższością indukcji nie-wprost versus indukcja wprost i nad wykorzystywaniem hipnozy (wyjaśnienie Lynn, Neufeld i Mare 1993) nie może być doprowadzana do kłótni. Szczególnie dla pacjentów nowotworowych ogromnie istotne jest wytworzenie raportu (Peter, 1994c, 1996) w odniesieniu do czego kwestia podatności na sugestię czy kwestia podejścia wprost lub nie-wprost wydają się mniej ważne. Katz, Kellermann i Tiegel (1987) pokazali na przykładzie, gdzie raport terapeuta - pacjent przepowiadał wynik leczenia u dzieci chorujących na nowotwór, natomiast nie miała takiego znaczenia podatność na sugestię.

Pacjenci nowotworowi i raport.

Chciałbym omówić raport z pacjentami nowotworowymi bardziej szczegółowo, gdyż jestem często boleśnie świadomy problemu powiązania relacji terapeutycznej i (antycypacji przyp. tłum.) udanego rezultatu. Z niektórymi z moich pacjentów nie byłem w stanie ustanowić dobrej relacji terapeutycznej. W takich przypadkach podatność na hipnozę jest względnie nieważna, gdyż nie można jej użyć. Zatem byłoby pomocne, gdybym mógł założyć, że podatność na sugestię jest uważana za cechę stabilną oraz gdybym mógł przypisać moją porażkę niskiej lub brakującej podatności na sugestię u pacjenta. Z drugiej strony znam też pacjentów z AIDS lub nowotworem, których ustalona niska podatność na sugestię mogła być polepszona przez nasz dobry raport (Peter 1994a). Czasem dość mocno dotykam swoich granic w odniesieniu do pacjentów nowotworowych, w porównaniu do pacjentów neurotycznych i psychosomatycznych, ponieważ jestem skłonny do zbytniego wciągania się, to znaczy tracę równowagę między dystansem a bliskością. Zbytnią bliskość i empatia dają rezultat w postaci mojego cierpienia wraz z pacjentem i stają się bezradny. Utrzymywanie zbytniego dystansu oparte na potrzebie ochrony siebie przed tego rodzaju cierpieniem, także hamuje raport i zapobiega efektywnemu leczeniu hipnoterapeutycznemu. Czasem, ale nie zawsze, pomocna jest superwizja.

Nierealistyczne i bardzo wysokie oczekiwania ze strony pacjenta mogą także zapobiegać współpracy terapeutycznej, ponieważ każda korekcja tych oczekiwań może być odczytana przez pacjenta jako odrzucenie. Takimi oczekiwaniami mogą być przekonania, że nawet przypadki beznadziejne mogą zostać wyleczone oraz, że ból zostanie całkowicie wyeliminowany przez

hipnozę. Takie i podobne oczekiwania sugerowane przez pewne wątpliwe publikacje powodują w efekcie, że staje się niemożliwe oferowanie pacjentom tego zakresu analgezji hipnotycznej, jaki mógłby wciąż być możliwy w danych okolicznościach, a nawet rozmowa z nimi o śmierci i umieraniu (Peter 1994 b).

Ograniczenia hipnotycznej kontroli bólu u pacjentów nowotworowych.

Istnieje wiele innych problemów powiązanych z powyżej wspomnianymi, które mogą występować, nawet uniemożliwiając efektywne zwalczanie bólu u pacjentów nowotworowych. Hipnotyczne zwalczanie bólu wymaga współpracy i koncentracji pacjenta a pewni pacjenci nie są w stanie zapewnić tego z powodu swojego stanu. Niektóre stany bólowe są tak przytłaczające, że pacjenci nie są wcale zdolni do współpracy umysłowej, pewne guzy mózgu lub ekstremalne zmęczenie czynią interwencję psychologiczną niemożliwą. Jednak adekwatne podawanie analgezji opioidowej uczyniło możliwym kontrolowanie nawet ciężkiego bólu.

Co więcej, chciałbym wskazać tutaj, że nawet doświadczenie bólu pacjentów nowotworowych czasami może dawać rezultat wtórnego zysku, na przykład, jeżeli ból jest uważany za środek komunikacji z innymi ludźmi, członkami rodziny, lekarzami i personelem szpitala, lub jeżeli pacjent otrzymuje rekompensatę finansową od swoich ubezpieczycieli zdrowotnych lub innej organizacji.

Tak długo jak te problemy nie będą przepracowane z pacjentem, hipnotyczna kontrola bólu będzie niemożliwa lub tylko krótkotrwała. Jednakże nie chcę wywrzeć wrażenia, że hipnotyczna kontrola bólu u pacjentów nowotworowych jest trudniejsza niż na przykład u innych populacji cierpiących na ból. Przeciwnie, podczas 15 lat praktyki terapeutycznej z tymi pacjentami nauczyłem się, że ich wrażliwość na sugestię i podatność są lepsze niż innych pacjentów cierpiących ból. (wyj.: Peter i Gerl 1984,1985). Z tego powodu pacjenci nowotworowi mogą znacząco skorzystać z hipnotycznej kontroli bólu.

Techniki hipnotycznej kontroli bólu.

Na początku chciałbym wprowadzić rozróżnienie między technikami dysocjacyjnymi, asocjacyjnymi i symbolicznymi używanymi w hipnotycznej kontroli bólu, chociaż pewne ogólne założenia występują w praktyce.

Celem technik dysocjacyjnych jest oddzielenie bólu, to jest izolowanie go od reszty zdrowego ciała; lub oddzielenie od świadomości tej części, która cierpi i jest świadoma bólu. Najprostszym sposobem jest dywersja świadomości na przykład przez wciąganie pacjenta w konwersację, tzn. skupione słuchanie; przez koncentrowanie na częściach ciała nie doświadczających żadnego bólu; lub przez sugerowanie odczuć ciepła lub zimna. Czasem pewne

proste techniki relaksacyjne wystarczają by wzmocnić takie przyjemne uczucia jak: ciepło lub ciężar w tych częściach ciała, które nie odczuwają bólu i to spycha świadomość bólu do parteru.

Substytucja symptomu także należy do kategorii technik dysocjacyjnych. Zamiast przyjemnych, uczucia przeszkadzające mają być wytwarzane w innych częściach ciała, aż pacjent będzie zdolny skupić się całkowicie na tamtym obszarze. Takimi zastępczymi parestezjami mogą być intensywne swędzenie, silne szczypanie lub drętwienie. Na przykład sensoryczne przypomnienie drętwienia odczutego po otrzymaniu analgezji u dentysty lub zasypiania ramienia mogą umożliwiać wzmocnianie tych procesów i umieszczanie tych antagonistycznych względem bólu odczuć na obszarach bolesnych, tzn. tam ich przemieszczanie.

Prawdziwa dysocjacja hipnotyczna zaczyna się gdy odczucie bólu zostaje zredukowane lub zmienione wyobrazeniowo w taki sposób, że ból zostaje oddzielony i kompletnie izolowany od schematu ciała. To działa najlepiej na ból w kończynach. Na przykład każda lewitacja ręki i każdy stan katatoniczny części ciała prezentuje niemal automatycznie jasno dostrzegalną dysocjację ramienia, albo istotnie katatonicznej części, od reszty ciała. Zależnie od zdolności hipnotycznej i istniejącego raportu, coraz większe części mogą być dysocjowane. Pewni pacjenci mogą na przykład, pozostawiać swoje ciała od brzucha albo od szyi w dół i koncentrować się na innych, bezbolesnych częściach ciała. To może trwać aż dotąd, gdy pacjent wyobraża sobie, że kompletnie opuścił swoje bolesne ciało w łóżku i przemieścił się do wyobrazonego zdrowego ciała, do innego pokoju, gdzie ogląda TV lub robi inne rzeczy, które sprawiają mu przyjemność (wyj. Erickson, 1959). Czasowa wariacja całkowitej dysocjacji ciała, tzn. doświadczenia bycia-poza-ciałem jest regresją (wiekową) do czasu gdy nie było bólu, natomiast pacjent zapamiętał przyjemne doświadczenia. Ta czasowa orientacja może być oparta na doświadczeniach wakacji, które są generalnie kojarzone z wrażeniami antagonistycznymi wobec bólu (ciepło i zimno, relaksacja czy inne przyjemne odczucia) i/lub doświadczeniach znaczących wydarzeń życiowych, jak zaręczyny, ślub, narodziny dziecka itd. (wyj. Campanella 1993).

Techniki asocjacyjne wymagają, żeby pacjent zwrócił uwagę na swój ból, co początkowo najprawdopodobniej będzie miało efekt wzmocnienia bólu i z tego powodu nie powinno być stosowane u wszystkich pacjentów, gdyż wymaga dużej motywacji i sporej dozy zaufania do terapeuty tzn. bardzo dobrego raportu. Jest to szczególnie pomocne w przypadkach bólu promieniującego by określić dokładne granice bólu, to jest by wykryć gdzie zaczynają się obszary wolne od bólu. Już samo określenie granic bólu może umożliwiać ulgę od niego, przez to bowiem pacjent dowiaduje się nie wprost, że może kontrolować swój ból. Gdy granice zostaną, mogą być zaznaczone wyobrazeniowym ołówkiem czy piórem, sugerującym pacjentowi, że te granice mogą być zmieniane, to znaczy mogą być przesuwane bardziej w jedną lub drugą stronę. Jednak lepiej jest poprosić pacjenta by najpierw wykonał takie przesunięcie powiększając bolesny obszar,

ponieważ to jest łatwiejsze niż zmniejszanie granic już na samym początku, albo po prostu poprosić go, by zmienił ich położenie w rozumieniu przemieszczania symptomu. Obie instrukcje zawierają przekaz, że ból nie jest czymś stałym czy nieprzemierzalnym, ale właśnie zmienialnym, a przez to zmniejszalnym i można w nim ulżyć.

Gdy tylko granice bólu stają się zmienne, inne aspekty bólu można także zmieniać. W tym miejscu ważne jest by wiedzieć jak pacjent reprezentuje swój ból w celu dostania się do tak zwanych "submodalności" percepcji. Jeżeli ból jest przykładowo ostry i kłujący, wówczas próba ma go stępić; jeżeli ból jest raczej rwący - zredukować napięcie mięśni, dla bólu palącego należy zasugerować odczucie chłodu itd.

Najważniejszym jednak jest określenie, która submodalność jest odpowiedzialna za większość cierpienia. Jeżeli stanie się możliwe całkowite oddzielenie cierpienia od całości doświadczenia bólu, reszta bólu, być może w formie tak zwanego "białego bólu" może stać się łatwiejsza do zniesienia. Najbardziej ekstremalna forma takiej świadomości bólu miałyby wyobrażać proces bólu jako czysto fizyczny i występujący w komórkach nerwowych i pewnych obszarach mózgu.

Krok do symbolicznego przetwarzania informacji nie jest już bardzo duży, gdy zmienione zostały pewne aspekty bólu. Przez przetwarzanie symboliczne rozumiem, że pacjent zmienia całość bólu lub jego aspekty w reprezentacje symboliczne lub synestetyczne, tzn. w odpowiedni "omam" słuchowy i/lub wzrokowy. W tych nowych ramach synestetycznych zmiany mogą być dokonywane (dużo łatwiej niż początkowo kinestetycznie doświadczane usadowienia bólu) na przykład przez wyobrażenie wygaszania żarzącego się ognia, pozwalania burzy ucichnąć czy uspokajania burzliwego oceanu.

Wykorzystanie technik asocjacyjnych czy symbolicznych przez terapeutę nie powinno jednak implikować pacjentowi, że powinien widzieć swój ból jako partnera, z którym może konwersować czy spierać się. Większość pacjentów nowotworowych z nieznosnym bólem uznałoby to za impertynencję, jeżeli nie drwinę z ich cierpienia (podczas gdy ból jako partner-rozmówca byłby odpowiedni dla pacjentów cierpiących na ból psychosomatyczny). Ból nowotworowy jest jednym z najbardziej niechcianych doświadczeń, które naprawdę nie ma sensu i powinna w nim być osiągnięta ulga przez użycie czegokolwiek, co okaże się być efektywne.

Który rodzaj strategii hipnotycznej lub kombinacji tychże powinien być użyty, można określić przy użyciu: rodzaju i ciężkości bólu, podatności jednostki na hipnozę, cech pacjenta oraz cech terapeuty oraz innych czynników, z których wiele można zbadać tylko częściowo. Jednym z tych czynników jest to, co ból oznacza dla pacjenta, czy on/ona interpretuje swój ból jako znak życia czy znak umierania i nadciągającej śmierci? W tym drugim przypadku powinno się prawdopodobnie użyć strategii dysocjacyjnych, podczas gdy w pierwszym wskazane są techniki

asocjacyjne i symboliczne. W każdym przypadku terapeuta powinien wybrać to podejście, które najłatwiej przybliży do upragnionego celu.

Przypadki

Następujący przypadek dobrze ilustruje użycie technik dysocjacyjnych:

Pacjent miał raka jamy ustnej i zgłosił się do mnie około roku po zdiagnozowaniu. Pierwsze epizody bólu mogły być łatwo kontrolowane relaksacją, oparta na postępującym rozluźnianiu mięśni. Na tym etapie było trudno określić czy kontrola bólu została osiągnięta tylko dzięki stanowi rozluźnienia ciała, czy z powodu koncentracji umysłu pacjenta podczas wykonywania tych ćwiczeń lub z powodu interakcji umysł-ciało.

Ból pacjenta stał się dużo gorszy gdy musiano mu usunąć wszystkie zęby po 2 lub 3 za jednym razem, ponieważ znieczulenie medyczne już nie wydawało się działać. Na początku nauczyłem go pamiętać jak było niegdyś, gdy odwiedzał dentystę a zastrzyki powodowały uczucie drętwienia. Podczas tej regresji w czasie sugerowałem, że pacjent mógłby opuścić w swoim umyśle salę zabiegową i odbyć podróż w swoje ulubione miejsce urlopowe.

Była to malownicza wyspa położona na środku Morzu Śródziemnego, ciepła, słoneczna i otoczona chłodnymi wodami. Gdy pacjent dotarł tam, opowiedział mi dokładnie co widział, słyszał, czuł, zwęszył i zrobił. Przez zadawanie szczegółowych pytań dotyczących wszystkich rozmaitych doświadczeń zmysłowych próbowałem stworzyć doświadczalne "omamy" w celu odłączenia uwagi pacjenta od rzeczywistego doświadczenia w gabinecie dentysty. Przy następnych ekstrakcjach zębów pacjent był zdolny zastosować te techniki dysocjacyjne i ledwie odczuł ból poza szczypaniem i naciskiem.

Po tym zdarzeniu nie omawiał kontroli bólu przez długi czas mimo, że progresja guza była ewidentna. Gdy zapytałem go, powiedział, że "technika wakacyjna" wciąż bardzo dobrze działa.

Dopiero kilka miesięcy przed śmiercią, gdy skóra szczęki i żuchwy stała się już martwicza, zaczął się skarżyć na ból, który nie mógł już być opanowany samą hipnozą, ale tylko w połączeniu z czasowym znieczuleniem opioidowym. Na tym etapie był w stanie komunikować się tylko ruchami głowy, ponieważ nie mógł mówić. Za każdym razem gdy go odwiedzałem, opowiadałem historie o szczególnym miejscu wakacji i wciąż powtarzałem, że w umyśle można opuścić ciało i znaleźć się w miejscu gdzie można czuć się i myśleć inaczej. Z jego oddechu i wyrazu jego oczu zdawało się jakby moje opowieści mu pomagały, chociaż było niemożliwe upewnienie się co do tego obserwując mimikę, gdyż jego twarz była niemal całkowicie zniszczona przez raka. Nieco później pacjent ten wszedł w śpiączkę i zmarł.

Następujący przypadek ilustruje użycie technik asocjacyjnych:

Pacjentka miała raka sutka, który już przerzutował, w szczególności przerzuty do kręgosłupa były niezwykle bolesne. Moim zamysłem było zwiększenie napięcia mięśni jej pleców, tak by te mięśnie utworzyły tak zwany gorset wokół kręgosłupa. Na początku użyłem lewitacji ramienia: prawego, potem lewego a później obu ramion jednocześnie. Wtedy poinstruowałem jej "nieświadomy umysł" by przemieściła dosłowne uczucie "lekkiego napięcia", to jest "ściślej lekkości" z ramion, przez barki do grzbietu i ciągle robiła to aż ta ścisłość utworzy całkowite zamknięcie wokół bolesnych obszarów w plecach tak, że ból został zamknięty. Najpierw promieniujący ból został istotnie zredukowany a z większą wprawą pacjentka była w stanie zmieniać swoje odczuwanie bólu. Gorący i kłujący ból zmieniła w tępe i chłodne wrażenie, które odczuwała tylko jako niewygodne, ale nie bolesne. Była w stanie przejść bez leków przez około dwa miesiące. Potem została przyjęta do szpitala z powodu złamań patologicznych kręgosłupa i musiała nosić prawdziwy gorset. Przez ostatnie 2 tygodnie życia tylko bardzo duże dawki analgetyków były w stanie opanować jej ból.

Zmiana symboliczna doświadczenia bólu może być zilustrowana przez następujący przypadek: Pacjentka z drobnokomórkowym rakiem płuca przyszła do mnie z ekstremalnym bólem w rejonie klatki piersiowej występującym po radioterapii. Zapytałem pacjentkę, czy chciałaby nauczyć się czegoś związanego z wyobrażeniami. Na przykład mogłaby wyobrażać sobie, że stoi na środku łąki, a w dodatku widzieć i odczuwać różne trawy i kwiaty, mogłaby także spróbować je powąchać, jeśli tylko podeszłaby dość blisko. Co więcej byłaby zdolna usłyszeć śpiew ptaków i dźwięki owadów i ich muzykę, wypełniające powietrze. Tuż, zanim zobaczyła i usłyszała dość i zanim stała się znużona, mogła przypomnieć sobie swoje bóle w klatce piersiowej tam, w zwykłym świecie. Mogła wtedy umieścić ten ból w pojemniku, który leżał u jej stóp, ale w tym samym czasie powinna bardzo zadbać żeby żaden róg bólu będącego w pudełku nie wydostawał się na zewnątrz.

Po zrobieniu tego miała odbyć spacer do najbliższego lasu niosąc pudełko pod pachą lub na ramionach, dopóki nie znajdzie źródła. Koło tego źródła powinna odpocząć, wypić wody i podążać coraz głębiej do lasu, dopóki nie dojdzie do jaskini. Weszła do jaskini nadal niosąc pudełko z bólem. Gdy zbadała jaskinię, stawała się ona coraz większa, aż pacjentka doszła do bardzo dużego i jasnego pomieszczenia. W tym pomieszczeniu znalazła bardzo starą i mądrą kobietę. Podała jej pudełko i zapytała co powinna z nim zrobić. Stara kobieta najpierw przez dłuższy czas patrzyła na nią a potem na pudełko a w końcu zapytała ile to pudełko waży. Pacjentka była bardzo zaskoczona, gdy zdała sobie sprawę, że pudełko stało się dużo lżejsze niż przedtem. W rzeczywistości stało się tak lekkie i małe, że była w stanie nieść je w ręce, podczas gdy przedtem musiała często je nieść na plecach lub zmieniać strony, tak było ciężkie. Teraz była szczęśliwa. Podziękowała starej kobiecie, opuściła jaskinię i wróciła na łąkę a pudełko pozostało małe i lekkie.

Gdy pacjentka wyszła z transu, po omówieniu różnych nieważnych spraw, powiedziała, zapytana, że jej bóle klatki piersiowej stały się znacznie - około połowy - słabsze, niż poprzednio. Powtarzałem tę opowieść z każdą sesją - stara kobieta w jaskini zmieniająca ważne aspekty bólu - dopóki pacjentka nie przestała mówić o bólach klatki piersiowej. Wolny od bólu okres, który nastąpił mógł jednakże być przypisany faktowi, że płuca zostały wyleczone. Ta pacjentka jest rzeczywiście niezwykłym przypadkiem. Według statystyk medycznych, powinno umrzeć, gdyż rak drobnokomórkowy płuc ma bardzo złe rokowanie. Jednak wciąż żyje w trzy lata po zdiagnozowaniu i ma się dobrze.

Wnioski:

Hipnotyczna kontrola bólu może być wyuczona i zastosowana dość łatwo. Zapewnia pacjentowi dodatkowy środek kontrolowania choroby i bólu. To znów przywraca pacjentowi jego poczucie niezależności i prowadzi do polepszania jakości życia. Oczekiwania pacjenta odnośnie skuteczności powinny być realistyczne i powinny być realistycznie opracowane przez eksperta czy terapeutę. Hipnotyczna kontrola bólu nie powinna być uważana za substytut efektywnego leczenia bólu opioidami. Jednak, w wielu przypadkach analgezja hipnotyczna może zmniejszyć ilość, tak czy inaczej niezbędnych, analgetyków, a w pewnych przypadkach nawet zastąpić je przez długi okres czasu.

Piśmiennictwo dostępne w pozycji oryginalnej.

Niniejszy artykuł ukazał się pierwotnie w czasopiśmie Hypnos [Peter B. Hypnosis in the treatment of cancer pain. Hypnos. 1996; 23, 2: 99-108.]. Publikacja za zgodą autora i wydawcy Hypnos.

Tłumaczenie Jerzy A. Sobański, redakcja tekstu 13.11.2005 Katarzyna Klasa.

Zapraszamy Czytelników do dyskusji na naszym Forum - wątek dyskusyjny dla tego artykułu:

http://www.psychiatriapsychoterapia.pl/index.php?a=forum_list&p=view&id=160

Jerzy A. Sobański

Redaktor Naczelny