

KEKECS ZOLTÁN

KUTATÁSI EREDMÉNYEK A POZITÍV SZUGGESZTIÓK HATÁSÁRÓL A SZOMATIKUS ORVOSLÁSBAN

BEVEZETÉS

Immár megkérdőjelezhetetlen, hogy a szuggesztiók aktívan jelen vannak a szomatikus betegségek gyógyítása során. Legtöbb esetben a kommunikáló és a vevő sincs tudatában a szuggesztióknak és azok hatásainak, de attól függetlenül, hogy tudatában vagyunk-e ennek, az általuk kimondott és hallott szavak igenis hatással vannak ránk és környezetünkre. Ezért fontos, hogy tudatosítsuk a szavak erejét és hogy tanulmányozzuk és tanítsuk helyes alkalmazásukat.

Ebben a fejezetben áttekintjük a szuggesztiós irodalomban megjelenő kutatásokat, melyek a szuggesztiók szomatikus betegségek esetén való alkalmazását vizsgálták. Célunk nem csupán az, hogy összegezzük a kemény tudományos bizonyítékokat a pozitív szuggesztiók szomatikus orvoslásban betöltött fontos szerepéről, de az is, hogy megmutassuk milyen változatos területeken és betegségek esetén bizonyultak a szuggesztiók hatékonynak.

Az összefoglaló fókusza

A fejezetben azokat a kutatásokat tárgyaljuk, melyekben a szuggesztiók hatását vizsgálták szomatikus betegségekben szenvedő pácienseknél számos orvosi helyzetben, így az összefoglaló látóköre nem terjed ki a különböző pszichiátriai vagy pszichológiai problémákra.

A cikkünkben említett számos kutatásban hipnózist használnak, így úgy érezzük, itt ejtenünk kell néhány szót a módszerről, hogy elkerüljük a félreértelmezést. A hipnózis egy olyan módszer, mellyel módosult tudatállapot érhető el. Jól dokumentált, hogy az ilyen állapotban lévő személy igen fogékony a szuggesztiókra, így a hipnózis tekinthető egy olyan módszernek, mely fokozza a szuggesztiók hatékonyságát, de - kevés kivételtől eltekintve - önmagában (erre adott specifikus szuggesztiók nélkül) nem a „gyógyítás eszköze”. Ezért megpróbáltunk olyan kutatásokra fókuszálni, ahol a hipnózis állapotában a páciens konkrétan arra irányuló szuggesztiókat kap, hogy gyógyuljon meg, vagy valamilyen módon érezze magát jobban, és nem említjük azokat a vizsgálatokat, ahol egy nem gyógyulás-specifikus hipnózist használtak.

Bár a hipnózis irodalom a legkiterjedtebb, a szuggesztiók épp olyan hatásosak lehetnek formális hipnózis alkalmazása nélkül is. A betegségben szenvedő páciens szintén egy módosult tudatállapotban van, melyben erősen ráhagyatott és receptív a vele dolgozó gyógyító szakemberekre (Varga és Diószeghy, 2001). Az irodalomban helyenként „éber hipnózisként” utalnak erre a jelenségre (Elman, 1964; Stewart, 2005), de mi ezt a kifejezést félreérthetőnek ítéljük ebben a kontextusban. Amikor cikkünkben egy kutatásról fogunk beszélni, kifejtjük majd, hogy használtak-e formális hipnózist vagy sem. Általában terápiás szuggesztiókként utalunk az indukció nélküli szuggesztiós technikákra.

A placebo kezelés is tekinthető egy pozitív szuggesztiós terápiás formának, hiszen a placebo hatás egy része származtatható a gyógyszer vagy kezelés várható kedvező hatásának

kommunikációjából (Varga, 2006). Ennek ellenére ebben a fejezetben nem tárgyaljuk a placebo kezelést részleteiben. Ennek egyik oka, hogy a placebo hatás nem tulajdonítható kizárólag a pozitív szuggesztiók hatásának, sok más faktor áll még a háttérben. A placebo mint kezelési mód irodalmának legújabb kutatási eredményeiről és etikai dilemmáiról a következő munkákban olvashatunk: Benedetti (2009); Margo (1999); Eccles (2007).

Az autogén tréninget (AT) szintén széles körben használják kiegészítő módszerként számos szomatikus betegség klasszikus kezelése mellett. Az AT egyértelműen egy szuggesztív terápiás módszer, de standard formájában „csupán” relaxációra irányuló szuggesztiókat tartalmaz, így az AT hatásai legtöbb esetben valószínűleg annak tudható be, hogy a páciens ellazultabb, vagy könnyebben képes ellazulni. Emiatt úgy döntöttünk, a legtöbb autogén tréninggel foglalkozó kutatást nem tárgyaljuk, azonban vannak olyan esetek, ahol az autogén tréning standard formájának szuggesztiói direkt módon kompenzálják a betegség egyes tüneteit, és így „gyógyulásra irányuló szuggesztióknak” minősítettük őket. Például a fibromialgiában szenvedőknél az izomrelaxáció fontos tényező abban, hogy a páciens jobban legyen. Az ilyen esetekben megemlítjük a vonatkozó autogén tréning kutatásokat is.

A különböző szuggesztiós módszerek fiziológiai válaszok széles körét válthatják ki, melyek indirekt módon kapcsolatba hozhatóak és magyarázatot nyújthatnak a szuggesztiókkal kezelt személyek egészségének, állapotának javulására. Például Sletvold, Jensen és Götestam (1986) demonstrálták kontrollált kutatásukban, hogy direkt módon (rövid relaxáció után) és a hipnózis alatt adott szuggesztiók egyaránt képesek a vérnyomás csökkentésére, viszont a vizsgálati személyek egészséges, normális vérnyomású önkéntesek voltak. Az ehhez hasonló laboratóriumi kutatásokat - bár nagyon fontosak a háttérmechanizmusok megértése szempontjából - szintén nem tárgyaljuk részletesen a fejezetben, mert kifejezetten a szuggesztiós technikák klinikai alkalmazásaira és az ezt alátámasztó bizonyítékokra szeretnénk fókuszálni.

A következőkben bemutatjuk a pozitív szuggesztiós technikák hatékonyságára vonatkozó vizsgálatokat a szomatikus orvoslás különböző területein. Összefoglaljuk, hogy az eredmények alapján mennyire használhatók a szuggesztiók a kellemetlen orvosi beavatkozásokon áteső betegek, a műtét utáni fájdalom és a krónikus fájdalom kezelésében. Beszélünk majd a pre- és perioperatív szuggesztiókról, a pozitív kommunikáció hatékonyságáról a háziorvosi rendelésen, az intenzív osztályon géppel lélegeztetett betegeknél és a szülési során. Mindezen belül igyekszünk majd kiemelni a terápiás szuggesztiókra vonatkozó kutatásokat, melyekben a használt módszernek nem része a formális indukció.

SZUGGESZTIÓK AZ EGYES ORVOSI HELYZETEKBEIN ÉS TERÜLETEKEN

Szuggesztiók a fájdalomban lévő betegek kezelésére

Kellemetlen orvosi beavatkozások

Számos olyan kellemetlen, fájdalmas és szorongáskeltő orvosi beavatkozás van, melyeket hatékonyan könnyíthetünk meg a páciens és orvosa számára egyaránt szuggesztiós módszerekkel. Ezen a területen több remek irodalmi áttekintést publikáltak már, lásd például Evans, Tsao és Zeltzer (2008) vagy Flory, Salazar és Lang (2007) review-ját. Ezek az áttekintők széleskörű összegzést nyújtanak a vonatkozó irodalomról, és azt a következtetést

vonják le, hogy a szuggesztiós módszerek és a hipnózis hatékonyak a fájdalom és szorongás csökkentésére a különböző orvosi beavatkozások során. A szuggesztiós módszereket előszeretettel alkalmazzák a gyermekgyógyászatban. Így például Buttler és munkatársai (2005) kimutatták, hogy a hipnózis csökkenti a beavatkozás kellemetlenségét és a beavatkozáshoz szükséges időt a VCUG-n (kontrasztanyag vizetürítés vizsgálaton) áteső pácienseknél. A VCUG egy elterjedt radiológiai módszer, mely arra szolgál, hogy a páciens húgycsővét és húgyhólyagját vizsgálják vizetürítés közben. Ez a legfontosabb eljárás a vesicoureterális reflux kimutatására, de a beteg számára fájdalmas, rémisztő, szégyent keltő és akár traumatikus is lehet, különösen gyermekeknél.

A páciensnek ébernek és kooperatívnak kell lennie az eljárás közben, így az altatás nem lehetséges. Buttlerék kutatásában 44 gyermeket soroltak véletlenszerűen egy hipnózis csoportba vagy egy standard kezelési csoportba. A hipnózis csoportban a gyerekek egy rövid ön-hipnózis technikát tanultak meg, ami egy rövid indukcióval kezdődött. Háromig számoltak: „1-re nézz fel, 2-re hunyd le a szemed és végy egy mély lélegzetet, 3-ra engedd ki a levegőt, hagyd, hogy a szemed pihenjen, de maradjon csukva, és engedd, hogy a tested lebegjen.” Ezt követően pozitív képzeleti technikát alkalmaztak, először a gyermek elképzelte, hogy egy medencében, egy tó vizében vagy egy kád forró vízben lebeg (ez valószínűleg a vizelésben is segítséget nyújthatott), majd egy standard „kedvenc hely” imagináció következett. Ezt a módszert naponta gyakorolták amíg el nem következett a beavatkozás. Az eredmények azt mutatták, hogy kevésbé traumatizálta őket az esemény (szülei beszámolója alapján) és kevésbé szenvedtek a beavatkozástól. Ezen felül a vizsgálatot végzők számára könnyebben elvégezhető volt a vizsgálat és szignifikánsan rövidebb ideig is tartott.

A szuggesztiós kiegészítő terápiák nagyobb népszerűsége a gyermekgyógyászatban nem jelenti azt, hogy a felnőtteknek kevesebb hasznuk származna ezekből a technikákból. Lutgendorf és munkatársainak (2007) kutatása szerint épp ennek az ellenkezője a helyzet. Randomizált kutatásukkal rávilágítottak, hogy minél idősebb a páciens, annál nagyobb pozitív hatást tapasztal a relaxációs ön-hipnózis során az invazív orvosi beavatkozások közben. 241 beteget soroltak egy „figyelmi kontroll” csoportba, egy „hipnózis csoportba”, vagy egy „standard kezelés” csoportba. A hipnózis és a figyelem csoportok szignifikánsan eltértek a standard kezelés csoporttól a beavatkozás közben tapasztalt fájdalom-kontrollban, a beavatkozás közbeni és utáni szorongási szintben, valamint a szükséges gyógyszer mennyiségében és kezelési időben. Tendencia mutatkozott arra, hogy a hipnózis jobb a fájdalomcsillapításban és szorongásoldásban az egyszerű nagyobb figyelemnél, valamint azt is kimutatták, hogy az életkorral együtt a hipnózissal elért fájdalomkontroll is növekedett. (A kutatásban csak 18 éven felüliek szerepeltek, így lehetséges, hogy gyermekek esetében más jellegű összefüggést tapasztalnánk.)

Lang és Berbaum (1997) egy radiológiai szakemberek részére kidolgozott tréning hatásait tesztelte. Ez az oktatás fejlesztette a riport kialakítás képességét, megtanította a megfelelő kommunikáció és szuggesztiók, relaxációs tréning figyelemelterelés és ön-hipnózis megfelelő

¹ A pszichológiai módszerek hatékonyságát tesztelő kutatásokban gyakori kontroll feltétel a figyelem kontroll. A vizsgált pszichológiai intervenciók általában azzal járnak, hogy több időt töltenek a pácienssel, nagyobb létszámú személyzet foglalkozik vele és több interakciót folytatnak vele. A figyelem kontroll feltételben a kutatók a pszichológiai intervenció ezen „mellékhatásait” próbálják lemásolni az által, hogy egy személy több időt tölt a pácienssel, kommunikál vele, meghallgatja problémáit és segít neki, de nem produkálja a vizsgált pszichológiai módszer egyéb jellegzetességeit.

használatát. 96 páciens - akiket radiológiai arteriográfiával (kontrasztanyagossal érvizsgálattal) vagy percután nephrostomiával (bőrön keresztül vesemedencébe vezetett csipoly) vizsgáltak (mindkettő invazív eljárás) – kérték meg, hogy értékeljék, mennyire volt fájdalmas a beavatkozás. A páciensek egy része a tréning előtt vett részt a vizsgálaton, egy másik részük pedig az után, hogy a radiológiai team elvégezte a két tréningalkalom egyikét. A páciensek által jelzett szubjektív fájdalom átlagos értéke alacsonyabb volt a tréning után, valamint tendencia mutatkozott a szükséges intravénás éber fájdalomcsillapítás mennyiségének csökkenésére is a tréning előtti vizsgálatokhoz képest.

Egy másik felnőttekkel folytatott kutatásban olyan pácienseket vizsgáltak, akiket mellből vett vastagtű biopsziára jegyezték elő (Lang és mtsai, 2006). Ez a kutatás azért is különösen izgalmas, mert végeztek egy költség-hatékonysági felmérést is az intervencióról és maga a módszer nem követelt meg a betegektől több hétig tartó felkészülést. 236 páciens osztozott be véletlenszerűen egy standard kezelés, egy empátikus kezelés és egy hipnózis csoportba. Az empátikus kezelés csoportban a kórházi asszisztensek egy standardizált viselkedésmintát követtek, melyben jelen volt a páciens verbális és nonverbális kommunikációjának egyeztetése, a figyelmes meghallgatás, a kontroll érzetének növelése a betegben (pl.: „tudassa velünk akármikor, ha bármiben a segítségére lehetünk), gyors reagálás a páciens kéréseire, a beteg bátorítása, valamint a negatív kommunikáció elkerülése, mely helyett érzelmileg semleges kifejezéseket használtak („ez a helyi érzéstelenítő.” az „egy szúrás és forróságot fog érezni” helyett.) Az asszisztensek a hipnózis csoport tagjainál szintén a fenti viselkedésmintákat használták, de e mellett egy hipnózis forgatókönyvet is követtek, melynek szövegezése megtalálható az eredeti cikkben.

A páciensek szorongása a beavatkozás közben nőtt a standard kezelési csoportban, nem változott az empátikus ellátási csoportban és csökkent a hipnózis csoportban. A fájdalom szintek mindhárom csoportban növekedtek a beavatkozás előtt mérthez képest, de kisebb volt a növekedés a hipnózis és az empátikus csoportban, mint azoknál akik standard ellátást kaptak. Az ellátási idő és a költség nem különbözött a három ellátási mód között annak ellenére, hogy az empátikus és hipnózis csoportok esetében egyelőre több szakemberre volt szükség.

Lang és Rosen (2002) egyik korábbi kutatásukban egy hasonló intervenció költség-hatékonyságát elemezték: érrendszeri vagy a vesét érintő radiológiai beavatkozások közben a kontroll csoport (79 páciens) tagjai standard éber fájdalomcsillapítást kaptak, míg a hipnózis csoport tagjai (82 páciens) a fent leírt hipnózis intervencióban részesültek e mellett (egy empátikus magatartású speciálisan kiképzett nővér egy hipnózis szöveget olvasott fel a páciensnek). A standard kezelést kapó csoportban a beavatkozással járó költség átlagosan 638\$ volt, míg a hipnózis csoportban csak 300\$. A kutatásban a hipnózis intervenciót folytató nővér a radiológiai csapat tagja volt (így nem voltak a személyzet miatt plusz költségek), de a költségelemzés azt is kimutatta, hogy a megtakarítás még abban az esetben is 290\$ lett volna esetenként, ha szükség van egy pszichológusra a hipnózis elvégzéséhez. A két csoport költségei közötti különbséget a standard kezelési csoportban előforduló jóval több komplikáció magyarázza (az esetek 51%-ában fordult elő valamilyen komplikáció szemben a hipnózis csoporttal, ahol csak ez az arány csak 22% volt).

Nemrég ugyan ez a kutatócsoport publikált egy újabb elemzést a kommunikáció hatásairól kellemetlen orvosi beavatkozásokon áteső betegeknél (Lang és mtsai, 2005). 159 videóra vett radiológiai beavatkozást elemezték negatív töltésű kommunikáció után kutatva az intervenciót végző szakemberek részéről, melyekkel vagy figyelmeztetni akarták a páciens valamilyen elkövetkező kellemetlen vagy fájdalmas eseményre (mint pl.: „Ez egy kicsit fájhat! Lesz egy

kis bökés!”) vagy pedig szimpatizálni próbáltak a pácienssel az esemény közben vagy után (mint pl.: „Ez fáj? Néha szúrni szokott”). Az elemzés alapján 33 páciens volt kitéve hasonló negatívan terhelt megfogalmazásokkal (összesen 41 „figyelmeztő” és 45 „szimpatizáló” megjegyzés). Az eredmények azt mutatták, hogy a páciens figyelmeztetése magasabb észlelt fájdalommal és magasabb szorongással járt, a szimpatizáló megjegyzések magasabb szorongás (a fájdalom nem különbözött) értékkel járt együtt, azokhoz képest, akik nem voltak kitéve ahsonló megjegyzések. A negatívan megfogalmazott megjegyzéseknek nem volt hatása a páciens által igényelt fájdalomcsillapító gyógyszer mennyiségére. A cikk szerzői a következőt javasolják: „Úgy hisszük, a beavatkozás előtt van a megfelelő alkalom a páciensek tájékoztatására a kellemetlenség lehetőségéről és arról, hogyan kezelik majd azt. A beavatkozások közben standard fájdalom skálák és olyan kérdések használata a legmegfelelőbb, mint ’mit tapasztal?’ ahelyett hogy ’nagyon fáj?’ , ezen felül semleges kijelentések vagy pozitív szuggesztiók lehetnek a kommunikáció középpontjában, melyek más érzéketekre, a kívánt végeredményre, vagy a figyelem elterelésére fókuszálnak.” (308. old.)

A kemoterápia egyike a legjobban ismert és legalaposabban kutatott kellemetlen orvosi beavatkozásoknak. Néron és Stephenson (2007) nemrég publikálták szisztematikus kritikai összefoglalójukat, melyben a hipnózis a kemoterápia előtt után és közben a fájdalomcsillapításban, a hányinger csökkentésében és a szorongásoldásban mutatott hatékonyságát tesztelő kutatásokat összegzik.

A gyermekfogászat egy másik olyan terület, ahol elismertek a pszichológiai technikák. Például Peretz és Bimstein (2000) egy képzeleti szuggesztiós technikát alkalmaztak a helyi érzéstelenítő injekció beadása során. Arra kérték a pácienseket, hogy válasszák ki kedvenc nyugodt helyüket, és segítettek nekik ezt a helyet részletesen vizualizálni az injekció beadása közben. A szerzők az eredmények alapján azt a következtetést vonták le, hogy az ehhez hasonló technikák hasznosak lehetnek a fájdalommal összefüggő stressz semlegesítésére. Marc és munkatársai (2008) az első trimeszterben történő abortusz közben használt hipnózist vizsgálták. 350 nőt soroltak random módon vagy egy szokásos ellátást kapó csoportba, vagy egy hipnózis csoportba, ahol 20 perccel a beavatkozás előtt és a beavatkozás közben hipnózisban voltak. Szignifikánsan kevesebben, a nők csak 63%-a kért intravénás fájdalomcsillapítást a hipnózis csoportban a kontroll csoportban mért 85%-hoz képest.

Operáció okozta fájdalom

Az irodalom egy nagy szelete foglalkozik a szuggesztiók operáció utáni fájdalom enyhítésében betöltött szerepével olyan sebészeti beavatkozások esetében, melyeket normál anesztéziával végeztek (nem hipnotikus anesztéziával). Egy review-t és egy meta-analízist tanulmányoztunk, melyek a hipnózis sebészetben való használatával foglalkoznak. Mindkettő levonta a következtetést, hogy a hipnózis hatékonyan csökkenti az operáció utáni fájdalmat (Montgomery és mtsai, 2002; Wobst, 2007).

Montgomery és munkatársai 13 olyan kutatás hatásméretét összegezte, mely a páciens szubjektív fájdalomérzetét használta függő változóként és 19 olyan vizsgálatát, melyek a szükséges fájdalomcsillapító gyógyszer mennyiségét mérték. A meta-analízis nagy hatásméretet mutatott ki a hipnózisnak mind a fájdalomcsillapító szükségességére kifejtett hatásában ($D=1,17$; $VarD=2,85$; 95% conf. interval.=0,41–1,93), mind a szubjektív fájdalomérzetre gyakorolt hatásában ($D= 1,69$ $VarD=4,37$ 95% conf. interval.=0,56–2,82).

Wobst frissebb összefoglalójában 12 olyan cikket említ, melyben a kimeneti változó a szubjektív fájdalomérzet eltérése volt a szuggesztiós és a kontroll csoport között és 11 olyan kutatást, melyben a fájdalomcsillapító gyógyszerhasználat különbségét vizsgálták a két csoport között. 8 kutatásban mutatták ki a szuggesztiók szignifikáns pozitív hatását a fájdalomérzetre, 4 kutatásban nem találtak különbséget ebben a csoportok között; és a 11-ből 7 vizsgálatban kellett kevesebb fájdalomcsillapítót használni a szuggesztiós csoportokban a kontrollhoz képest.

Mivel hipnózis fájdalomcsillapító hatása jól ismert és tudományosan megalapozottnak tekinthető, szeretnénk azokra az empirikus bizonyítékokra fókuszálni, melyek a terápiás szuggesztiók analgéziás hatásaira vonatkoznak a sebészeti beavatkozások kapcsán.

Először említjük meg McLintock, Aitken, Downie és Kenny (1990) vizsgálatát, akik egy 15 perces szöveget vettek fel, melyek olyan szuggesztiókat tartalmaztak, mint „*minden a legnagyobb rendben halad, nagyon elégedettek vagyunk a gyógyulásával*”, „*kényelmes, meleg, nyugodt és relaxált állapotban van*” és „*bármilyen fájdalmat is érez az operáció után, az nem fogja Önt zavarni*”. 63 elektív hiszterekтомиára bejegyzett nőt soroltak véletlenszerűen két csoportba. Az egyik csoportban szuggesztiókat tartalmazó felvételt játszották le a pácienseknek az altatás alatt, a kontroll csoportban egy üres felvételt hallgattak a betegek. „Azok a nők, akik a szuggesztiókat hallgatták kevesebb morfiumot igényeltek azokhoz képest, akiknek az üres felvételt játszották le már az első óra után is, és ez a különbség 24 óra alatt folyamatosan nőtt.” (789. old.) Összességében a kísérleti csoport 23%-kal kevesebb morfiumot „fogyasztott” az operáció utáni első 24 óra során.

Nilsson és munkatársai (2001) dupla-vak randomizált kontrollált kutatásukkal demonstrálták, hogy a zenével kombinált terápiás szuggesztiók hatékonyan csökkentik a páciens által használt fájdalomcsillapító mennyiségét (de önmagában a zene nem volt ilyen hatással). 90 páciens vett részt a vizsgálatban, amelyben az altatás hatása alatt vagy zenét hallgattak (zenés csoport), vagy zenét és pozitív szuggesztiókat (szuggesztiós csoport) vagy az operációs terem hangjait (standard kezelés csoport) miközben hiszterekтомиán estek át. A posztoperatív fájdalomcsillapítást a páciensek szabályozták. A szuggesztiós csoport tagjai a műtét napján szignifikánsan kevesebb fájdalomcsillapítót használtak a kontrollcsoportokhoz viszonyítva. A szuggesztiós csoport Ketobemidon igénye átlagosan 26,6 mg volt, míg a kontroll csoportban 35,5 mg-ot használtak átlagosan a vizsgálati személyek.

Lambertnek (1996) szintén sikerült analgéziás hatást kimutatnia egy vezetett képzelet technikával és pozitív szuggesztiókkal. 52 gyermeket rendeltek egy kísérleti vagy kontroll csoportba. A kísérleti csoportban a gyerekek egy vezetett képzelet technikát tanultak meg, mely kedvező operáció utáni felépülésről szóló pozitív szuggesztiókat tartalmazott. Ebben a csoportban szignifikánsan kisebb volt a szubjektív posztoperatív fájdalom, mint a kontroll csoport tagjai között.

Bár ezek az eredmények valóban biztatóak, a terápiás szuggesztiók hatékonysága az operáció utáni fájdalom-menedzsmentben még nem megkérdőjelezhetetlen. Több olyan kutatás is volt, melyben nem tudtak szignifikáns különbséget kimutatni a fájdalom szintjében vagy a használt fájdalomcsillapító mennyiségében a szuggesztiós és kontrollcsoportok között. (Block, Ghoneim, Sum Ping és Ali, 1991; Dawson és mtsai, 2001; Melzack és mtsai, 1996; Blankfield és mtsai, 1995; Lebovits, Twersky és McEwan, 1999; van der Laan és mtsai, 1996; Evans és Richardson, 1988). Nilsson, Rawal, Enqvist és Unosson (2003) a zenével együtt lejátszott pozitív szuggesztiók szignifikáns pozitív hatását mutatta ki a fájdalomérzetre közvetlenül visszer vagy heresérv műtét után, viszont a posztoperatív fájdalomszint ebben a csoportban

nem volt szignifikánsan alacsonyabb mint abban a csoportban, melyben az operáció alatt csak zenét hallgattak a páciensek. Jayaraman és mtsai, (2006) hasonló eredményeket publikáltak.

Krónikus fájdalom

A fájdalommal élők gyakran fordulnak az alternatív és a kiegészítő gyógyászat terápiáihoz, sőt, Astin (1998) eredményei szerint a krónikus fájdalom a leggyakoribb oka az ilyen jellegű kezelések alkalmazásának. Hawkins (2001) összegyűjtötte a fájdalom irodalom összefoglaló tanulmányait, hogy elemezze a hipnózis hatékonyságát a különböző fájdalommal járó betegségek kezelésében. 7 review-t említ, melyek a hipnózis fájdalomcsillapító hatását vizsgálták rákban szenvedő betegeknél. Ebből 5 azt a következtetést vonja le, hogy a hipnózis a fájdalomkontroll hatékony módszere az onkológiában. 4 olyan összefoglaló szerepel Hawkins cikkében, melyek a hipnózis egyéb krónikus fájdalom esetén való alkalmazásait összegzik. Ezek közül 2 tanulmány arra a következtetésre jutott, hogy a hipnózis hatékony fájdalomkezelési módszer, és hatékonysága egy szinten van a relaxációéval és az autogén tréningével.

Elkins, Jensen és Patterson (2007) a hipnózis krónikus fájdalom kezelésében való eredményességét mérlegelte 13 kontrollált kutatás vizsgálata alapján. Két kontrollált vizsgálatot említenek a lumbágó okozta és egyet a arthritisztes fájdalom témakörében. Ebből két tanulmányban találunk relaxációs terápiás csoportot a hipnózis csoport mellett, a harmadikban pedig egy lumbágós betegeknek szánt oktatási programban résztvevőket hasonlították össze a hipnózis csoport tagjaival. Mindhárom kutatásban hasonló hatékonyságot mértek a hipnózis feltétel és a relaxációs, valamint oktatási feltétel résztvevői között. Ezen felül a review hatékonynak találta a hipnózist a rák, a sarlósejtes vérszegénység, a temporomandibuláris rendellenesség, a fibromialgia és a rokkantság okozta fájdalom kezelésében. Két általuk vizsgált kutatásban nem adtak semmilyen a fájdalomkontrollra vonatkozó szuggesztiót a hipnózis közben, csak relaxációs szuggesztiókat használtak. Összefoglalójukban megemlítik Edelson és Fitzpatrick (1989) kutatását is, akik egy szuggesztív módszert használtak krónikus fájdalom kezelésére, mely egyik feltételében nem tartalmazott formális hipnózis indukciót. 27 krónikus fájdalommal (főleg lumbágóval) küzdő beteget vizsgáltak. Egy kognitív viselkedéses terápiás csoportba (KVT), egy KVT hipnózis indukcióval csoportba, vagy egy figyelem kontroll csoportba sorolták a betegeket. A KVT ebben a kutatásban szuggesztív elemeket tartalmazott, hiszen arra ösztönözte a pácienseket, hogy kerüljék a fájdalom kifejezést az érzéseik megfogalmazására, és hogy értékeljék újra ezeket az érzeteket, mint „zsibbadtság” képzeleti technikák felhasználásával. Ezen felül a negatív belső beszéd monitorozására és újrastrukturálására tanították a betegeket. Edelson és Fitzpatrick azt találta, hogy a KVT önmagában hatékonyabb volt, mint a KVT hipnózissal összekapcsolva. (Mindkettő eredményesebb volt, mint a figyelem kontroll.)

A fenti összefoglalók által prezentált eredmények alapján úgy tűnik, a relaxáció a hipnózis egyik kulcstényezője, amely a krónikus fájdalom csökkenéséhez vezet, különösen az izomfájdalommal járó betegségek esetében, mint például a lumbágó vagy a fibromialgia.

Számos más olyan kutatást is találunk, melyekben hipnotikus indukció nélkül használnak pozitív szuggesztiókat a krónikus fájdalom csökkentésére, különösen fibromialgiában vagy tenziós fejfájásban szenvedő betegek esetében. Derbyshire, Whalley és Oakley (2009) egy olyan kutatást publikáltak, melyben összehasonlítják a pozitív szuggesztiók hatékonyságát a fájdalom csillapításában hipnotikus indukcióval és a nélkül. 13 magasan hipnábilis pácienszt választottak ki (átlagos Harvard pontszám: 9,7) 46 jelentkező közül, akik fibromialgiás

tünetekre panaszkodtak. A kiválasztási folyamat során hipnotizálták a pácienseket, és arra kérték őket, képzeljenek el egy számlapot 1-től 10-ig terjedő számokkal, rajta egy mutatóval, melynek állása a fibromialgia fájdalom intenzitását jelenti. Először megkérdezték őket, hol áll a mutató jelen pillanatban, később arra kérték őket, állítsák a mutatót olyan magasra, amennyire csak lehetséges, majd hogy vigyék olyan alacsonyra, amennyire csak lehet. Ezt a procedúrát többször is megismételték. Ezek alapján a 13 legjobban reagáló pácienssel folytatták a vizsgálatot, ahol már fMRI segítségével monitorozták agyműködésüket. A szuggesztiók ugyan azok voltak, de a verbális szuggesztiókat a kéz érintésével helyettesítették, hogy elkerüljék az fMRI vizsgálat torzítását. (Egy koppintás azt jelentette, állítsák a képzeletbeli mutatót a lehető legmagasabbra, két koppintásra egy átlagos közép szintre, három koppintás hatására pedig a lehető legalacsonyabbra kellett állítaniuk azt.) 7 vizsgálati személyt először hipnotizáltak, kézkoppintással adtak nekik szuggesztiókat, majd a hipnózis befejezése után felmérték a fájdalomkontrolljukat a hipnózis alatt. A procedura ezután megismétlődött, de immár hipnózis nélkül adott szuggesztiókkal (kézkoppintással). A fennmaradó 6 páciensnél a sorrend fordított volt, először hipnózis nélkül, majd hipnózissal kaptak szuggesztiókat. Az eredmények azt mutatták, hogy a páciensek mind hipnózis közben, mind hipnózis nélkül kapott szuggesztiókkal kontrollálni tudták fájdalmukat, de a hipnózis alatti fájdalomkontroll nagyobb volt. A kutatás eredményeket közöl a hipnózis és a fájdalomcsökkentő szuggesztiók agyi korrelátumairól is.

Castel és munkatársai (2007) összehasonlította a hipnózis fájdalomcsillapító szuggesztiókkal, a hipnózis relaxációs szuggesztiókkal és a hipnózis nélküli relaxációs szuggesztiók hatékonyságát a fibromialgiás fájdalom csillapításában. Eredményeik azt mutatták, hogy mindhárom módszer hatékonyan csökkenti a páciensek fájdalmát. A hipnózis analgéziás szuggesztiókkal volt a leghatékonyabb a három módszer közül. Arra is rávilágítottak, hogy a relaxációs szuggesztiók hatékonysága nem különbözött a hipnotizált és az indukció nélküli csoportok között.

Rucco, Feruglio, Genco és Mosanghini (1995) kutatásukban összehasonlította az autogén tréning és az analógiás Ericksoni technika hatékonyságát a fibromialgiás fájdalom enyhítésében. A kutatók az autogén tréning praktikus alkalmazhatóságának számos korlátát tárták fel a fibromialgia fájdalom kiegészítő terápiájaként (az egyik legfontosabb az volt, hogy jóval több tréningalkalmat igényel, mint az Ericksoni technika). Bár az autogén tréningen voltak kedvező hatásai az éjszakai alvás minőségét és a reggeli rigiditást tekintve, ez a javulás kisebb mértékű volt, mint az analógiás Ericksoni technika esetében.

Az autogén tréning egyike a tenziós fejfájás és a migrén kezelésében használt széles körben elfogadott módszereknek.

Stetter és Kupper (2002) 60 olyan kutatás eredményeit összegezték meta-analízisükben, melyek autogén tréninget használtak különböző betegségekben szenvedő pácienseknél. Megerősítették, hogy az autogén tréningnek pozitív hatása van a tenziós fejfájásban, migrénben és szomatoform fájdalomban szenvedő betegekre.

Összefoglaló tanulmányukban Kanji, White és Ernst (2006) hét olyan kontrolált klinikai kutatást vesz górcső alá, melyek az autogén tréning hatékonyságát hasonlítják össze olyan más terápiás módszerekkel, mint a hipnózis vagy más relaxációs technikák a fejfájás enyhítésében. Azt találták, hogy az autogén technikáknak más pszichológiai terápiás technikákhoz hasonló a hatásossága.

A fejfájás kezelésében használt nem gyógyszeres módszereket Sargent és kollégái (1986) is megkísérelték összehasonlítani. 136 páciens vett részt a kutatásban, akiket négy csoport valamelyikébe soroltak: kezelés-nélküli csoport, EMG biofeedback csoport, hőmérséklet

biofeedback csoport, autogén tréning csoport. A vizsgálati személyek 22 laboratóriumi alkalmon vettek részt, és otthonukban is gyakorolták a megtanult technikát 36 héten keresztül. Azt találták, hogy az EMG biofeedback, a hőmérséklet biofeedback és az autogén tréning egyaránt hatékonyan segítette a fejfájásban szenvedő betegeket. A hatékonyságban nem volt szignifikáns különbség a három módszer között.

A 8 hónapos utánkövetéses vizsgálatukban Zsombok és munkatársai (2003) az autogén tréninggel nem csupán sikeresen csökkentették a fejfájások gyakoriságát a migrénben, tenziós fejfájásban vagy mindkettőben szenvedő pácienseknél, de a betegek fájdalomcsillapító és szorongáscsökkentő gyógyszerfogyasztását is szignifikánsan redukálták. Az első 4 hónapban megfigyelték a pácienseket, ezt követően a betegek Schultz-féle autogén tréninget kezdtek tanulni, melyet kifejezetten fejfájásban szenvedő páciensek számára dolgoztak ki. A következő 4 hónapban rendszeresen gyakorolták az autogén tréninget. A kutatók a fejfájásnaplókat felhasználva hasonlították össze az első 4 hónapban tapasztalt fejfájás gyakoriságot és gyógyszerhasználatot a terápiás hónapok adataival. Mindhárom alcsoportra nézve kimutatták a fenti pozitív hatásokat (migrén csoport, tenziós fejfájás csoport, migrén és tenziós fejfájás csoport). Az első 4 hónapban az egy hónapban bevett fájdalomcsillapító tabletták száma átlagosan a következő volt: tenziós fejfájás csoport: 13; migrén csoport: 8; migrén és tenziós fejfájás csoport: 11 (a migrén és a „vegyes” csoportnak migrén ellenes gyógyszere is van). A 4 hónapos kezelési időszak végén az utolsó hónapban bevett fájdalomcsillapítók száma a következő volt: tenziós fejfájás csoport: 7; migrén csoport: 4; migrén és tenziós fejfájás csoport: 5. A szorongáscsökkentők használatára nézve a pozitív hatás a tenziós fejfájásos csoport tagjainál volt a legkifejezettebb: az alapszintnél mért naponta átlagosan 2,4 tablettáról (megfigyelési hónapok) napi 0,8 tablettára csökkent a fogyasztás az utolsó kezelési hónapban.

Hipnózis és szuggesztiók a sebészetben

Fentebb már felsoroltunk több kutatást is, melyek az operáció utáni fájdalom enyhítését célozták szuggesztív módszerekkel. Most szeretnénk azokat a vizsgálatokat összefoglalni, melyekben a szuggesztív technikákat más kedvező hatásait tárgyalják operáción áteső betegeknél.

Montgomery és munkatársai (2002) meta-analízisükben olyan kutatásokat vettek górcső alá, melyekben hipnózist alkalmaztak sebészeti beavatkozásra váró, vagy éppen azon áteső betegeknél. 22 kutatás eredményeit összegezve egyértelműen azt a következtetést vonták le, hogy a hipnózis szignifikáns pozitív hatással van az operáció kimenetelére általánosságban, a hatásméret általában közepes és erős között mozogott ($D = 0.72$, SD of $D = 0.68$).

Az általuk vizsgált kutatások olyan kimeneti változók mentén hasonlították össze a hipnózissal is kezelt csoport tagjait a hipnózissal nem kezelttel, mint a negatív érzelmek (szorongás és depresszió), fájdalom, fájdalomcsillapító gyógyszerhasználat, fiziológiai indikátorváltozók (vérnyomás, szívritmus és katekolamin szintek), felépülés és kezelési idő. Mind a hat kimeneti változó tekintetében szignifikáns pozitív hatást találtak a kutatások eredményeinek egyesítése alapján. A negatív érzelmek csökkentésében, a fájdalom és fájdalomcsillapító használat csökkentésében és a felépülés elősegítésében nagy hatásméretet mértek, a kezelési idő csökkentésénél közepes, míg a fiziológiai indikátorok befolyásolásában inkább alacsony hatásméretet találtak. A szerzők kiemelték, hogy a meta-analízis szerint a hipnózis intervencióban részesült pácienseknél a műtét és a felépülés sikeresebb volt (a fent említett változók mentén) a nem hipnotizált személyek 89%-áénál. A 22 kutatásból 8 esetben

hangfelvételt, 14 esetben pedig „élő” hipnózist használtak. A meta-analízis nem mutatott ki szignifikáns különbséget a két módszer között.

Wobst (2007) összefoglalójában olyan tanulmányokra fókuszált, melyekben a szuggesztiós technikákat nem az általános altatás közben alkalmazták, hanem akkor, amikor a páciensek éberek és kooperatívak voltak. A kutató 25 tanulmányt részletez, melyből 8 formális indukció nélküli pozitív szuggesztiós módszert használt. Azt a következtetést vonta le, hogy a szuggesztiós módszerek több területen is kedvező hatással bírnak az operáción átesett betegekre: A 25-ből 11 fájdalom csökkentéssel, vagy fájdalomcsillapító használattal kapcsolatos kedvező hatást mutatott ki, 6-ban számoltak be csökkent kórházi tartózkodásról vagy felgyorsult felépülésről. 7 tanulmányban jelentették, hogy a szuggesztiós csoportoknak bizonyos szempontból jobb volt a fiziológiai állapota a műtét közben vagy után (mint például kevesebb vérvesztés, a bélműködés korábbi újraindulása, vagy jobb műtéti mutatószámok). 12 kutatásban találtak a stresszre vagy negatív érzelmekre vonatkozó előnyt és 7 számolt be kevesebb műtéti mellékhatásról, mint kevesebb rosszullét és hányás, kevesebb műtét közbeni vagy utáni komplikáció, vagy kevesebb fáradtság, viselkedési problémák. Bár Wobst optimista volt az eredményeket tekintve, kiemelte a nagy elemszámú, több intézményt felölelő kutatások szükségességét.

Szeretnénk az irodalomból kiemelni néhány olyan kutatást, ahol terápiás szuggesztiókat alkalmaztak a sebészetben:

Fiziológiai faktorok

Disbrow, Bennett és Owings (1993) egy a műtét után a bélmozgás újraindulását ösztönző pozitív szuggesztiókat és instrukciókat tartalmazó felvételt használtak. 40 hasüregi operációra előjegyzett páciens egy kontroll csoportba vagy egy „instrukciós csoportba” soroltak. A kontroll csoportba sorolt személyek a bélmozgástól független instrukciókat kaptak, míg az instrukciós csoport tagjai olyan szuggesztiókat hallgattak, melyek a gasztrointesztinális mozgás beindítását célozták. Minkét csoport hangfelvétele 5 perc hosszú volt és olyan személyre szabott üzeneteket is tartalmazott, mint a kedvenc étel, családtagok és barátok megemlézése (ezeket az információkat egy korábbi interjú során szerezték). A kísérleti csoport által hallott szöveg a következő sorokat is tartalmazta: „Mivel ételt kell ennie, hogy tápanyagot juttasson a szervezetébe, fontos, hogy a gyomra és belei a műtét után a lehető leggyorsabban újra dolgozni kezdjenek. A hasi operációk hatására a gyomra és belei egy rövid időre megállnak mozgásukban. Az Ön esetében ez az idő minimális lesz, mivel nagyon ellazult lesz és kellemesen érzi majd magát. A gyomra morogni és korogni fog, és nagyon éhes lesz az operáció után hamarosan. Így a gyomra és belei elkezdnek mozogni és korogni, hogy a műtét után nemsokára ehessen [kedvenc étel a korábbi interjúból].” (489. old.) A kutatók azt találták, hogy az első szellentésig (a koordinált bélmozgás visszatérésének egyik megbízható indikátora) eltelt idő szignifikánsan kevesebb volt a pozitív szuggesztiós csoportba tartozó pácienseknél, mint a kontroll csoportban.

Nem ez volt az egyetlen kutatócsoport, amely a perioperatív szuggesztiók pozitív hatásáról számolt be a fiziológiai mutatók tekintetében. Enqvist, von Konow és Bystedt (1995) kimutatta, hogy a műtét előtt pozitív szuggesztiókat kapó páciensek műtét közbeni vérvesztése körülbelül 30%-kal kevesebb volt a kontrollhoz képest, és alacsonyabb vérnyomást mértek a perioperatív szuggesztiókat kapó betegeknél.

Felépülés és a kórházi tartózkodás időtartama

A terápiás szuggesztiós intervenciók esetében több tanulmány is mérte a felépülés sebességét és a kórházi tartózkodás hosszát. A kutatások felében találunk pozitív eredményeket: Evans és Richardson (1988) azt találta, hogy a hisztorektómiát követően a szuggesztiós csoport tagjai kevesebb időt töltöttek a kórházban, rövidebb ideig voltak lázasak és a vártnál jobb felépülést mutattak az értékelések alapján. Jelacic, Bonke és Millar (1993) eredményei azt mutatják, hogy az epehólyag-eltávolítás közben pozitív szuggesztiókat kapó páciensek szignifikánsan kevesebb ideig maradtak a kórházban. Nilsson és kollégái (2001) az általános anesztézia alatt játszott pozitív szuggesztiókkal kombinált zene hatására a páciensek a kórházból való elbocsátáskor kevésbé érezték fáradtnak magukat. Ennek ellenére a kórházi tartózkodás hosszában ők nem találtak szignifikáns különbséget a kontrollhoz viszonyítva.

A korábban említett kutatókhoz hasonlóan Enqvist, von Konow L és Bystedt (1995) lerövidült rehabilitációs időt találtak a szuggesztiós csoport tagjainál maxillofaciális műtét (arc-állcsont műtét) után, és Bonke, Schmitz, Verhage és Zwaveling (1986) beszámoltak arról, hogy az általános altatás alatt adott pozitív szuggesztiók az 55 évnél idősebb páciensek esetében védőfaktorok bizonyultak az elhúzódó kórházi tartózkodással szemben azokhoz képest, akiknek zajt, vagy a műtő hangjait játszották.

Bár ezek kutatások ígéretesnek tűnnek, minden olyan vizsgálatra, amely kimutatta a szuggesztiós technikák pozitív hatását a műtétből való felépülésre, találunk egyet, amely nem tudott kimutatni ilyen hatást (Liu, Standen és Aitkenhead, 2001; Millar, 1993; Block, Ghoneim, Sum Ping és Ali, 1991; Blackfield és mtsai, 1995; Boeke és mtsai 1988).

Műtéti mellékhatások

Az indukció nélküli terápiás szuggesztiók hatását a műtéti mellékhatásokra (főként rosszullet és hányás kiküszöbölésére) számos kutatás vizsgálta már. Lebovits, Twersky és McEwan (1999) egy pozitív szuggesztiókat tartalmazó felvételt alkalmazott a szuggesztiós csoportnál és egy üres felvételt a kontroll csoportnál elektív sérvműtéten áteső páciensek esetében az általános altatás alatt. Az Evans és Richardson (1988) által kifejlesztett szöveget használták módosítva úgy, hogy illeszkedjen a páciensek állapotához és a műtét után elérni kívánt kedvező hatásokhoz. Rosszulletet és hányingert kevesebb beteg tapasztalt a műtét utáni első 90 perc során a szuggesztiós csoportban (15% a kontrollcsoportban és 4% a szuggesztiós csoportban), valamint kevesebben tapasztaltak fejfájást (kontroll csoport: 20%; szuggesztiós csoport: 3%) és izomzati diszkomfortot (kontroll csoport: 22%; szuggesztiós csoport: 3%). Más kutatók is sikeresen csökkentették a műtét utáni rosszulletet pozitív szuggesztiók segítségével (Jayaraman és mtsai, 2006; Eberhart és mtsai, 1998; Williams, Hind, Sweeney és Fisher, 1994), de olyan vizsgálatokat is találunk, ahol a pozitív szuggesztiók nem voltak hatással a posztoperatív hányingerre (Block, Ghoneim, Sum Ping és Ali, 1991; Nilsson és mtsai, 2001; Nilsson, Rawal, Enqvist és Unosson, 2003; Dawson és mtsai, 2001).

Beszámoltak arról is, hogy jobb a pszichológiai jóllétük és kevésbé fáradtak (Jayaraman és mtsai, 2006) a műtét után a kontrollhoz képest azok a páciensek, akik zenével kombinált terápiás szuggesztiókat kaptak, de a zene terápiás szuggesztiók nélkül hasonló hatásokat váltott ki.

Szuggesztiók a háziorvosi rendelésen

Thomas (1987) kutatásában arra volt kíváncsi, hogy van-e kedvező hatása a gyógyulásra annak, ha a háziorvos pozitívan kommunikál a pácienssel egy háziorvosi rendelés során. 200

olyan páciens azonosítottak, akiknek voltak szimptomáik, de nem volt náluk megfigyelhető semmilyen abnormalitásra utaló fiziológiai jel. Ezek a „aluldiagnosztizált” páciensek véletlenszerűen részt vettek 4 féle rendelési mód egyikén (50 fő minden csoportban): 1. pozitív kommunikáció, ahol van ajánlott kezelés; 2. pozitív kommunikáció, ahol nincs ajánlott kezelés; 3. semleges kommunikáció, ahol van ajánlott kezelés 4. semleges kommunikáció ajánlott kezelés nélkül. Azokon a rendeléseken, ahol volt ajánlott kezelés egy placebó tablettát írtak fel a páciensnek. A pozitív konzultáció során a páciens „egy határozott diagnózist kapott és a doktor azt mondta neki, hogy néhány napon belül jobban lesz. Ha a páciens olyan csoportba tartozott melyben nem kapott kezelési javaslatot, orvosa azt mondta neki, hogy véleménye szerint nincs szüksége gyógyszeres kezelésre, és ha volt ajánlott kezelés, az orvos azt állította, az bizonyosan javulást fog hozni.” (1200. old.) A semleges rendelési feltételnél a páciensnek azt mondta orvosa, hogy nem biztos benne, mi a baj vele, és ezért vagy nem ad semmilyen gyógyszert (4. csoport), vagy ad, de nem biztos benne, hogy az hatással lesz-e az állapotára (3. csoport). 2 héttel a konzultáció után a pozitív rendelésű csoport 64%-a jobban lett, szignifikánsan többen, mint a semleges rendelésű csoportokban (39%). Csak a pozitív kommunikációnak volt hatása, a kezelt és nem kezelt csoportok nem különböztek egymástól. A kutató arra a következtetésre jutott, hogy van értelme pozitívnak lenni a szakrendelés során.

Intenzív osztály

K. Szilágyi, Diószeghy, Benczúr és Varga (2007) demonstrálták, hogy a pozitív szuggesztióknak az intenzív osztályon fekvő betegek kezelésében is komoly kedvező hatásai vannak. 2 kórház intenzív osztályán fekvő 60 beteget random módon egy szuggesztiós vagy egy standard kezeléssel csoportba soroltak. Gyógyászati háttérrel rendelkező szakemberek egy tréning programon vettek részt, mely megtanította nekik a pozitív szuggesztiók a mindennapi munkájuk részeként és kiegészítő terápiás módszerként való alkalmazását. Ezek a képzett szakemberek (főleg orvosok és pszichológusok) ezután naponta találkoztak az intenzív osztályon fekvő betegekkel (akik a szuggesztiós csoportba tartoztak) és legalább napi 20 percig beszéltek hozzájuk egy pozitív szuggesztiókra alapuló pszichológiai támogatás nevű módszert alkalmazva, abban az esetben is, ha a páciens eszméletlen volt. Ebben a vizsgálatban a kommunikáció „félíg-standardizált” volt, néhány standard szöveg elérhető volt a szakemberek számára, de a szuggesztiós szövegeket mindig illesztették a páciens aktuális állapotához és környezetéhez. Ez az intervenció addig tartott, amíg minden résztvevő páciens el nem hagyta az intenzív osztályt. Az eredmények 2,5 nappal rövidebb gépi lélegeztetési időt és 4 nappal rövidebb intenzív osztályon való tartózkodási időt mutattak a pozitív szuggesztiókat kapó csoportban a kontrollhoz képest. Azoknál a betegeknél, akinél a szuggesztiókat adó szakember több mint a találkozások 50%-ában azonos volt, a lélegeztetés még jobban lerövidült.

A kutatásban használt pozitív szuggesztiókra alapuló pszichológiai támogatás technikáról Diószeghy (2004) fejezetében olvashatunk, például íme a szakemberek által a vizsgálat során használható szövegek egyike:

„A legfontosabb dolog megtörtént, hogy olyan kórházba / osztályra került, ahol minden rendelkezésre áll, hogy a legjobb kezelést megkapja. Ez most elsősorban arra irányul, hogy minél hamarabb helyreálljon a ... (itt pozitívan fogalmazzuk meg, mire irányul a kezelés) ... szervezetében. Az orvosok, nővérek és az a sok fantasztikus gép, ami körülveszi, mind azért dolgozik, hogy segítsen a szervezetének visszatérni az egészséges, harmonikus működéshez.”

Szülészet és gyermekszülés

A szülés felgyorsítását és megkönnyítését célzó szuggesztiók alkalmazása jól dokumentált, sok olyan kutatás van, melyek a hipnózis hatékonyságát tesztelik ezen a területen. Brown és Hammond (2007) recens összefoglalójukban 27 olyan cikket említene, melyekben a kutatók a hipnózis vagy önhipnózis technikák hatásait tesztelik a várandósság és a szülés során. Ezek a kutatások kimutatták, hogy a hipnózis alatt adott szuggesztiók csökkentik a gyógyszerigényt a szülés során, az így született gyermekek egészségesebbek és hogy a szülés időtartama is csökkenthető szuggesztiós módszerek segítségével.

Harmon, Hynan és Tyre (1990) azt találták a randomizált kontrollált kutatásukban, hogy az újszülöttek fiziológiai állapota jobb volt a hipnózis csoportban az illesztett kontrollal összehasonlítva. Bobart és Brown (2002) eredményei azt mutatták, hogy azok az anyák, akik hipnózis tréningen vettek részt, egészségesebb gyermekeknek adtak életet. Az újszülöttek mind az egyperces mind az ötperces Apgar értéke szignifikánsan magasabb volt a hipnózis csoportban, mint az illesztett kontroll esetében, akik azonos napon szültek.

1997-ben Hao, Li és Yao bemutatták, hogy egy szuggesztiós terápiás módszerrel az első és második fázisú szülés lerövidíthető. Ebben a vizsgálatban szülésznők alkalmazták a szuggesztiós technikát. Eredményeik alapján azt szorgalmazzák, hogy az ápolónők számára oktatni kellene a pozitív kommunikáció és a szuggesztiók alkalmazását. Hangsúlyozták, hogy a szuggesztiók különösen hatékonyan alkalmazhatók a szülő nő a méhszáj tágulására vonatkozó kérdéseire való válaszoláskor.

A szülési folyamat felgyorsulását formális hipnózissal is demonstrálták. Harmon, Hynan és Tyre (1990) azt találták, hogy az első fázisú szülés átlagosan 2,8 órával rövidebb volt a magasan hipnábilis nőknél és 2,2 órával az alacsony hipnábilitású nőknél. Jenkins és Pritchard (1993) szintén sikeresen gyorsította fel a szülés első és második fázisát hipnózis segítségével. Martin, Schauble, Rai és Curry (2001) valamint Bobart és Brown (2002) szerint a kórházi tartózkodás is lerövidíthető hipnózissal. Ezzel szemben Brown és Hammond (2007) bemutatta, hogy a várandósság szükség esetén meghosszabbítható hipnózissal például olyan nőknél, akiknél fennáll a veszélye a koraszülésnek (összefoglalójukban számos esettanulmány és kutatás szerepel, valamint a saját pilot vizsgálatuk is megjelenik, hogy alátámasszák ezt az állítást).

A Hao, Li és Yao által alkalmazott technikában a „anyagtalán komfort” szuggesztió az egyik kulcselem. Mamdova, Zhakhmalova és Makashvili (2009) ugyanezt a szuggesztiós módszert alkalmazta 208 nő szülésre való felkészítésében. Ezzel a technikával képesek voltak csökkenteni a várandósság és szülés alatt fellépő komplikációk számát és a stressz hatásait a várandós nőre. Martin, Schauble, Rai és Curry (2001) megállapította, hogy a kutatásuk hipnózis csoportjában kevesebb volt szülés közbeni komplikáció a kontrollhoz képest, és Harmon, Hynan és Tyre (1990) eredményei szerint a hipnózis csoportban több volt a spontán vaginális szülés.

A legtöbb kutatás a hipnotikus szuggesztiók szülészetben való alkalmazásán belül a hipnózist, mint fájdalomcsillapító módszert vizsgálja.

Cyna, McAuliffe és Andrew (2004) 5 randomizált kontrollált vizsgálatot és 14 nem randomizált összehasonlítást részleteznek összefoglalójukban és meta-analízisükben a fájdalomcsillapító-használatra és a szubjektív fájdalom szintjére mint kimeneti változókra fókuszálva. Meta-analízisüket 3 randomizált vizsgálat adatainak összegzésével hajtották végre (N=142) és arra a következtetésre jutottak, hogy a hipnózis hatékony a gyógyszeres

fájdalomcsillapítás mennyiségének csökkentésében. Míg a kontroll csoportokban a 68 nőből 50 kért fájdalomcsillapítást, addig a hipnózis csoportok 76 résztvevőjéből csupán 28 kért hasonló beavatkozást szülés közben ($Z=2,13$ $P=0,03$).

MEGBESZÉLÉS

Összefoglaltuk az utóbbi években publikált kutatásokat, melyek a konvencionális kezeléseket kiegészítő szuggesztív módszerek hatékonyságát mérték fel a különböző gyógyászati területeken. Azt találtuk, hogy számtalan tanulmány foglalkozik a szuggesztiók fájdalom menedzsmeneteiben és kellemetlen orvosi beavatkozások megkönnyítésében betöltött szerepével. Szintén kiterjedt bizonyítékok állnak rendelkezésre a szuggesztiók műtét előtt és közben való hatékony alkalmazásáról. Ezen felül biztató adatokat találunk a pozitív szuggesztiók olyan egyéb klinikai szettingekben való alkalmazásairól is mint az intenzív osztály, a háziorvosi rendelés vagy éppen a gyermekszülés.

Világosan látszik, hogy a szuggesztiók számos különböző klinikai helyzetben és szomatikus betegség esetén használhatók a páciensek állapotának javítására.

Sőt, az is nyilvánvaló, hogy egyes esetekben nem szükséges hipnotikus indukció ahhoz, hogy klinikailag szignifikáns eredményeket érjünk el a pozitív szuggesztiókkal, hiszen a páciens módosult tudatállapotban lehet hipnózis használata nélkül is, különösen ha valamilyen betegségben szenvednek (Varga és Diószeghy, 2001).

Hogy alátámasszuk ezt az állítást ebben az összefoglalóban az olyan kutatásokra fókuszáltunk, melyekben nem használtak indukciót, csak terápiás szuggesztiókat, és sikerült nagyszámú ilyen publikációt azonosítanunk az irodalomban. Az ebben a fejezetben összefoglalt hasonló cikkek alapján láthatjuk, hogy a terápiás szuggesztiók kutatása még kezdeti fázisaiban van. Alig néhány egységes, standardizált szuggesztiós szöveg és kutatási protokoll létezik, mely lehetővé tenné a vizsgálatok és eredmények összehasonlítását és meta-analízisek készítését. Ennek ellenére már találhatunk néhány olyan kísérletet a területen, mely az egyes módszerek hatékonyságában mérhető különbségeket próbálja feltárni. Például Enqvist, von Konow L és Bystedt (1995) a pre- és perioperatív szuggesztiókat próbálta összehasonlítani, Jelacic, Bonke, és Millar (1993) az affirmatív és nem-affirmatív szuggesztiókat vizsgálta és Montgomery és kollégái (2002) az élőszóban elhangzott és felvételtől játszott szuggesztiók hatását mérték.

Szükség van a szomatikus orvoslásban használt terápiás szuggesztiók irodalmának szisztematikus összefoglalására. Hasznos lehet például az egyes betegségekre fókuszálni, melyek kapcsán a szuggesztiók bizonyítottan hatékonyak. Meta-analízisekre is szükség van, bár ebben a kutatóknak óvatosan kell eljárniuk a vizsgálatok metodológiai sokfélesége miatt. És persze nagy szükség van további megfelelő nagyságú mintán elvégzett jól megkonstruált randomizált kontrollált kutatásokra.

Azt is látnunk kell, hogy ugyanaz a sokféleség, amely a kutatók munkáját és az összehasonlításokat megnehezíti, valójában a szuggesztív technikák praktikus alkalmazhatóságának egyik előnye, hiszen nem annyira korlátozott az idő, szaktudás és általános körülmények által, mint a hipnózis. Nincs szükség egy néha hosszúra nyúló indukcióra vagy önhipnózis tréningre, nem szükséges, hogy a technika alkalmazója pszichológus vagy orvos legyen, és nem szükséges bejelentenie, hogy a beteggel hipnózist fog

használni és megszerezni annak beleegyezését ehhez, hiszen ez a módszer lényegében „csak” pozitív kommunikáció.

Sőt, mi mindannyian nap mint nap használjuk a szuggesztiókat. Nem tudunk elbújni előlük, így meg kell találnunk a módját, hogy a hasznunkra váljanak. Ehhez meg kell tanulnunk és kutatnunk kell a szuggesztiók alkalmazását és hatásait, hogy hatékony és könnyen elsajátítható módszereket biztosítsunk a gyógyászatban dolgozóknak, akik napjaikat a betegekkel való kommunikációval töltik.

HIVATKOZÁSOK

- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: Results of a national study. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1548-1553.
- Benedetti, F. (2009). *Placebo effects. Understanding the mechanisms in health and disease*. Oxford: Oxford University Press
- Blankfield, R. P., Zyzanski, S. J., Flocke, S. A., Alemagno, S., & Scheurman, K. (1995). Taped therapeutic suggestions and taped music as adjuncts in the care of coronary-artery-bypass patients. *Am J Clin Hypn*, 37(3), 32-42.
- Block, R. I., Ghoneim, M. M., Sum Ping, S. T., & Ali, M. A. (1991). Efficacy of therapeutic suggestions for improved postoperative recovery presented during general anesthesia. *Anesthesiology*, 75(5), 746-755.
- Brown, D. C., & Hammond, D. C., (2007). Evidence-based clinical hypnosis for obstetrics, labor and delivery, and preterm labor. *Int J Clin Exp Hypn*, 54(4), 416-431.
- Bobart, V., & Brown, D. C., (2002). Medical obstetrical hypnosis and APGAR scores and use of anesthesia during labor and delivery. *Hypnosis*, 29(3), 132-139.
- Bonke, B., Schmitz, P. I., Verhage, F., & Zwaveling, A. (1986). Clinical study of so-called unconscious perception during general anaesthesia. *Br J Anaesth*, 58(9), 957-964.
- Boeke, S., Bonke, B., Bouwhuis-Hoogerwerf, M. L., Bovill, J. G., & Zwaveling, A. (1988). Effects of sounds presented during general anaesthesia on postoperative course. *Br J Anaesth*, 60(6), 697-702.
- Butler, L. D., Symons, B. K., Henderson, S. L., Shortliffe, L. D., & Spiegel, D. (2005). Hypnosis reduces distress and duration of an invasive medical procedure for children. *Pediatrics*, 115(1), 77-85.
- Castel, A., Pérez, M., Sala, J., Padrol, A., & Rull, M. (2007). Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain*, 11(4), 463-468.
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., & Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *Br J Anaesth*, 93(4), 505-511.
- Dawson, P., Van Hamel, C., Wilkinson, D., Warwick, P., & O'Connor, M. (2001). Patient-controlled analgesia and intra-operative suggestion. *Anaesthesia*, 56(1), 65-69.
- Derbyshire, S. W., Whalley, M. G., & Oakley, D. A. (2009). Fibromyalgia pain and its modulation by hypnotic and non-hypnotic suggestion: an fMRI analysis. *Eur J Pain*, 13(5), 542-550.
- Diószeghy, Cs. (2004). *A lélegeztetett beteg pszichés vezetése*. In: I. Péntes & A. Lorx (Szerk.) *A lélegeztetés elmélete és gyakorlata*. (pp. 817-824.). Budapest: Medicina Kiadó,

- Disbrow, E. A., Bennett, H. L., & Owings, J. T. (1993). Effect of preoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility. *West J Med*, 158(5), 488-492.
- Eberhart, L. H., Doring, H. J., Holzrichter, P., Roscher, R., & Seeling, W. (1998). Therapeutic suggestions given during neurolept-anaesthesia decrease post-operative nausea and vomiting. *European Journal of Anaesthesiology*, 15, 446-452.
- Eccles, R. (2007). The power of the placebo. *Curr Allergy Asthma Rep.* 7(2), 100-104.
- Edelson, J., & Fitzpatrick, J. L. (1989). A comparison of cognitive-behavioral and Hypnotic treatments of chronic pain. *Journal of Clinical Psychology*, 45, 316-323.
- Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn.*, 55(3), 275-287.
- Elman, D. (1964). Hypnotherapy. Glendale, California: Westwood Publishing Co.
- Enqvist, B., von Konow, L., & Bystedt, H. (1995). Pre- and perioperative suggestion in maxillofacial surgery: effects on blood loss and recovery. *Int J Clin Exp Hypn*, 43(3), 284-294.
- Evans, C., & Richardson, P. H. (1988). Improved recovery and reduced postoperative stay after therapeutic suggestions during general anaesthesia. *Lancet*, 2(8609), 491-493.
- Evans, S., Tsao, J. C., & Zeltzer, L. K. (2008). Complementary and alternative medicine for acute procedural pain in children. *Altern Ther Health Med*, 14(5), 52-56.
- Flory, N., Salazar, G. M., & Lang, E. V. (2007). Hypnosis for acute distress management during medical procedures. *Int. J. Clin. Exp. Hypn*, 55 (3), 303-317.
- Harmon, T. M., Hynan, M. T., & Tyre, T. E., (1990). Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education. *J Consult Clin Psychol*, 58, 525-530.
- Hao, T. Y., Li, Y. H., & Yao, S. F., (1997). Clinical study on shortening the birth process using psychological suggestion therapy. *Zhonghua Hu Li Za Zhi*, 32(10), 568-70.
- Hawkins, R. M. F. (2001). A systematic meta-review of hypnosis as an empirically supported treatment for pain. *Pain Reviews*, 8, 47-73.
- Jayaraman, L., Sharma, S., Sethi, N., Sood, J., & Kumra, V. P. (2006). Does Intraoperative Music Therapy or Positive Therapeutic Suggestions During General Anaesthesia Affect The Postoperative Outcome? - A Double Blind Randomised Controlled Trial. *Indian J. Anaesth*, 50(4), 258 - 261.
- Jelicic, M., Bonke, B., & Millar, K. (1993). Effect of different therapeutic suggestions presented during anaesthesia on post-operative course. *Eur J Anaesthesiol*, 10(5), 343-347.
- Jenkins, M. W., & Pritchard, M. H., (1993). Hypnosis: practical applications and theoretical considerations in normal labour. *Br J Obstet Gynaecol*, 100, 221-226.
- K. Szilágyi, Á., Diószeghy, Cs., Benczúr, L., & Varga, K. (2007). Suggestive Communication With The Ventilated Patient. *European Journal of Mental Health*, 2, 149-170.
- Kanji, N., White, A. R., & Ernst, E. (2006). Autogenic training for tension type headaches: a systematic review of controlled trials. *Complement Ther Med*, 14(2), 144-150.
- Lang, E. V., & Berbaum, K. S. (1997). Educating interventional radiology personnel in nonpharmacologic analgesia: effect on patients' pain perception. *Acad Radiol*, 4(11), 753-757.
- Lang, E. V., Berbaum, K. S., Faintuch, S., Hatsiopoulou, O., Halsey, N., Li, X., Berbaum, M. L., Laser, E., & Baum, J. (2006). Adjunctive self-hypnotic relaxation for outpatient medical procedures: a prospective randomized trial with women undergoing large core breast biopsy. *Pain*, 126(1-3), 155-164.

- Lang, E. V., Hatsiopoulou, O., Koch, T., Berbaum, K., Lutgendorf, S., Kettenmann, E., Logan, H., & Kaptchuk, T. J. (2005). Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. *Pain, 114*(1-2), 303-309.
- Lang E. V., & Rosen, M. P. (2002). Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures. *Radiology, 222*(2), 375-382.
- Lambert, S. A. (1996). The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *J Dev Behav Pediatr, 17*(5), 307-310.
- Lebovits, A. H., Twersky, R., & McEwan, B. (1999). Intraoperative therapeutic suggestions in day-case surgery: are there benefits for postoperative outcome? *Br J Anaesth, 82*(6), 861-866.
- Liu, W. H., Standen, P. J., & Aitkenhead, A. R. (2001). Therapeutic suggestions during general anaesthesia in patients undergoing hysterectomy. *Br J Anaesth, 68*(3), 277-281.
- Lutgendorf, S. K., Lang, E. V., Berbaum, K. S., Russell, D., Berbaum, M. L., Logan, H., Benotsch, E. G., Schulz-Stubner, S., Turesky, D., & Spiegel, D. (2007). Effects of age on responsiveness to adjunct hypnotic analgesia during invasive medical procedures. *Psychosom Med, 69*(2), 191-199.
- Mamdova, G. M., Zhakhmalova, I. A., & Makashvili, L. G. (2009). The effectiveness of complex psychological preparation for delivery of pregnant women. *Georgian Med News, (166)*, 17-21.
- Marc, I., Rainville, P., Masse, B., Verreault, R., Vaillancourt, L., Vallée, E., & Dodin, S. (2008). Hypnotic analgesia intervention during first-trimester pregnancy termination: an open randomized trial. *Am J Obstet Gynecol, 199*(5), 469.e1-9.
- Margo, C. E. (1999). The placebo effect. *Surv Ophthalmol, 44*(1), 31-44.
- Martin, A. A., & Schauble, P. G., (2001). The effects of hypnosis on the labour process and birth outcomes of pregnant adolescents. *The Journal of Family Practice, 50*(5), 441-443.
- McLintock, T. T., Aitken, H., Downie, C.F., & Kenny, G. N. (1990). Postoperative analgesic requirements in patients exposed to positive intraoperative suggestions. *BMJ, 301* (6755), 788-790.
- Melzack, R., Germain, M., Belanger, E., Fuchs, P. N., & Swick, R. (1996). Positive intrasurgical suggestion fails to affect postsurgical pain. *J Pain Symptom Manage, 11*(2), 103-107.
- Millar, K. (1993). Efficacy of therapeutic suggestions presented during anaesthesia: re-analysis of conflicting results. *Br J Anaesth, 71*(4), 597-601.
- Montgomery, G. H., David, D., Winkel, G., Silverstein, J. H., & Bovbjerg, D. H. (2002). The effectiveness of adjunctive hypnosis with surgical patients: a meta-analysis. *Anesth Analg, 94*(6), 1639-1645.
- Néron, S., & Stephenson, R. (2007). Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *Int J Clin Exp Hypn, 55*(3), 336-354.
- Nilsson, U., Rawal, N., Uneståhl, L. E., Zetterberg, C., & Unosson, M. (2001). Improved recovery after music and therapeutic suggestions during general anaesthesia: a double-blind randomised controlled trial. *Acta Anaesthesiol Scand, 45*(7), 812-817.
- Nilsson, U., Rawal, N., Enqvist, B., & Unosson, M. (2003). Analgesia following music and therapeutic suggestions in the PACU in ambulatory surgery; a randomized controlled trial. *Acta Anaesthesiol Scand, 47*(3), 278-283.

- Peretz, B., & Bimstein, E. (2000). The use of imagery suggestions during administration of local anesthetic in pediatric dental patients. *ASDC J Dent Child*, 67(4), 263-267, 231.
- Rucco, V., Feruglio, C., Genco, F., & Mosanghini, R. (1995). Autogenic training versus Erickson's analogical technique in treatment of fibromyalgia syndrome. *Riv Eur Sci Med Farmacol*, 17(1), 41-50.
- Sargent, J., Solbach, P., Coyne, L., Spohn, H., & Segerson, J. (1986). Results of a controlled, experimental, outcome study of nondrug treatments for the control of migraine headaches. *J Behav Med*, 9(3), 291-323.
- Stetter, F., & Kupper, S. (2002). Autogenic training: a meta-analysis of clinical outcome studies. *Appl Psychophysiol Biofeedback*, 27(1), 45-98.
- Stewart, J. H. (2005). Hypnosis in contemporary medicine. *Mayo Clin Proc*, 80(4), 511-524.
- Sletvold, H., Jensen, G. M., & Götestam, K. G. (1986). Blood pressure responses to hypnotic and nonhypnotic suggestions in normotensive subjects. *Pavlov J Biol Sci*, 21(1), 32-35.
- Thomas K. B. (1987). General practice consultations: is there any point in being positive? *Br Med J*, 294(6581), 1200-1202.
- Varga, K. (2006). Placebó és szuggesztió - a gyógyítás szolgálatában. Magyar Pszichológiai Szemle, 597-616.
- Varga, K., & Diószeghy, Cs. (2001). *Hűtésbefizetés, avagy a szuggesztiók szerepe a mindennapi orvosi gyakorlatban*. Budapest.: Pólya Kiadó
- Williams, A. R., Hind, M., Sweeney, B. P., & Fisher, R. (1994). The incidence and severity of postoperative nausea and vomiting in patients exposed to positive intra-operative suggestions. *Anaesthesia*, 49(4), 340-342.
- Wobst, A. H. K. (2007). Hypnosis and surgery: past, present, and future. *Anesth Analg*, 104(5), 1199-1208.
- van der Laan, W. H., van Leeuwen, B. L., Sebel, P. S., Winograd, E., Baumann, P., & Bonke, B. (1996). Therapeutic suggestion has not effect on postoperative morphine requirements. *Anesth Analg*, 82(1), 148-152.
- Zsombok, T., Juhász, G., Budavari, A., Vitrai, J., & Bagdy, G. (2003). Effect of autogenic training on drug consumption in patients with primary headache: an 8-month follow-up study. *Headache*, 43(3), 251-257.