

A HIPNÓZIS ALKALMAZÁSÁNAK INDOKAI A DAGANATOS BETEGEK KOMPLEX TERÁPIÁJÁBAN

A rákdiagnózis hatása: a módosult tudatállapot

Jakubovits Edit

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Morfológiai és Fiziológiai Intézet, Budapest

A hagyományos rizikótényezők mellett Magyarországon ma a depresszió és a negatív életesemények jelentős, szignifikáns kockázati tényezőt jelentenek a daganatos megbetegedésekben. Az onkopszichológia ezért egyre fontosabb. Ez a cikk most a hipnózis lehetőségeit adja hozzá ehhez a témához. A daganat diagnózisának közlésekor, valamint az invazív diagnosztikai és terápiás eljárások során fellépő traumatizáló hatásokat a módosult tudatállapotok szemszögéből mutatja be. Az agy működése a stressz során és hipnózisban hasonló módon változik meg, ami a betegek viselkedésében, fiziológiai és agyi képalkotó leleteiben is megmutatkozik. A transzállapotban a betegek elszakadnak a realitástól, nem a megszokott, felnőtt módon kommunikálnak. Hipnózisban nemcsak testi és lelki, hanem fontos és sajátos társas interakciók is lejátszódnak. A hipnotikus hatások támogatják és szinkronizálják az erőforrásokat, segítik a poszttraumás növekedést, kihatással vannak a hormonális- és az immunrendszerre, valamint a lelki állapotra. A stressz által okozott spontán módosult tudatállapotban a szuggesztiók iránti fogékonyság növekszik, ezért nemcsak a formális hipnózis, hanem a mindennapi rutin során alkalmazott szuggesztív kommunikáció is hatékony eszköz. A transzállapot létezése, idegéletani folyamatainak ismerete, és az abban alkalmazott sajátos nyelvezet használata a megterhelő lelki helyzetben, időzavarral küzdő orvosok számára is megkönnyíti a megértést és segíti az orvos-beteg együttműködést. Magyar Onkológia 54:153–160, 2010

Kulcsszavak: daganat, stressz, hipnózis, spontán transz, hipnoszuggesztív kommunikáció, poszttraumás növekedés

Besides more conventional tumor risks, depression and negative life events are significant risk factors in cancer here in Hungary, therefore oncopsychology is increasingly important. We discuss traumatizing effects of the diagnosis and invasive diagnostic and therapeutic procedures from the viewpoint of altered state of consciousness. During stress and hypnosis brain functioning is altered in a similar way, which can be seen both in the patient's symptoms and his/her physiological and neuroimaging findings. In trance state patients part from reality, they no longer communicate conventionally or maturely. Hypnosis is characterized not only by physical and mental changes, but important unique social interactions as well. These interactions affect the endocrine and immune system and the mental state of the patient, they strengthen and synchronize resources and help posttraumatic growth. Since in the stress induced spontaneous altered state of consciousness the susceptibility to suggestions is increased, suggestive communication can be used effectively and it can even result in formal hypnosis induction. Under the strong time and mental pressure characterizing the work of the oncologic departments, it might help the staff to improve the cooperation with the patient if staff members, physicians and nurses as well, are aware of the nature and the neurophysiologic background of the spontaneous trance state induced by the life-threatening diagnosis of cancer. Jakubovits E. Role of hypnosis and hypno-suggestions methods in the complex therapy of tumor patients. Hungarian Oncology 54:153–160, 2010

Keywords: tumor, stress, hypnosis, spontaneous trans, hypno-suggestive communication, posttraumatic growth

Közlésre érkezett:
2010. január 18.

Elfogadva:
2010. április 16.

Levelezési cím:
Jakubovits Edit
Semmelweis Egyetem
Egészségtudományi Kar
Morfológiai és Fiziológiai
Intézet
1088 Budapest
Vas. u. 17.
Telefon: (06-30) 241-7321
Fax: (06-1) 486-4875
E-mail: jakedit@se-etk.hu

ELTE Pszichológiai
Doktori Iskola
Magartápszichológiai
PhD program
Iskolavezető:
Prof. Bányai Éva
Konzulens:
Varga Katalin PhD, habil.
doc., Budapest

BEVEZETÉS

A szakemberek közötti együttműködés eredményeként Magyarországon is már tanúi lehetünk az onkopszichológia folyamatos fejlődésének. 2002-ben megalakult a Magyar Pszichoonkológiai Társaság, 2006-ban pedig a Magyar Nemzeti Rákellenes Programban (28) elérendő célnak tűzték ki a betegek és hozzátartozóik számára a pszichológiai segítségnyújtás lehetőségét és a hospice ellátás országos lefedettségét. A 12 éve kidolgozott onkopszichológiai szakmai protokoll (32) és a 2006-ban megjelent "Onkopszichológia a gyakorlatban" c. könyv (18) is elsődleges fontosságúnak tartja, hogy a daganatos betegségek bio-pszichoszociális összetevői az onkológus társadalomban egyre elfogadottabbá váljanak. A szemléletváltozást kezdeményező alapvető munkák a szakmák közötti együttműködés elkötelezett hirdetői. Dégi L. Csaba és munkatársai a Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés adatait vizsgálva (N=12643) úgy találták, hogy a hagyományos rizikófaktorok mellett a depresszió és a negatív életesemények is jelentős, szignifikáns kockázati tényezőt jelentenek (11). Ugyanakkor a Nemzeti Rákellenes Programból az is ismert, hogy az onkológiával foglalkozó osztályok kevesebb, mint egyharmadában foglalkoztatnak pszichológust, és ez az arány a centrumok esetében sem haladja meg az 50%-ot (28). Dégi L. Csaba kutatásának eredménye alátámasztja ezt, mivel adatai alapján a hazai depressziós daganatos férfiak és nők több mint egyharmada nem részesül antidepresszív kezelésben (11). A kérdőíves felmérések mellett ma már az új vizsgálati technológiáknak köszönhetően közvetlenebb bizonyítékok is rendelkezésre állnak a depresszió és a stressz sejtszintű hatásaira. Gidron és munkatársai például 21 tanulmány átvizsgálásával szignifikáns összefüggést találtak a depresszió, a nehézségekkel való küzdelem és az oxidatív DNS-károsodás között (15). Irie és munkatársai pedig kimutatták, hogy a depresszió szignifikánsan megemelte a neutrofil granulociták számát és ezek szuperoxid (8-hidroxidezoxiguanozin) produkcióját nőkben. Ez a szabadgyök karcinogén tulajdonsággal rendelkezik (19, 20). Sastry és munkatársai 2007-ben a stresszben felszabaduló epinefrin olyan hatásáról számoltak be, amely a β -adrenerg receptoron keresztül akadályozza meg a daganatos sejtek apoptózisát a cAMP-dependens proteinkináz és a BAD foszforiláció aktivációja által (35). Mivel a közép-kelet-európai régióban a daganatos incidencia és mortalitás arányok Magyarországon a legnagyobbak, sőt a nemzetközi összehasonlításban is a legmagasabbak között szerepelnek, minden lehetőséget meg kell ragadni a helyzet javítása érdekében. Ezek az adatok és eredmények arra ösztönöznek, hogy az onkopszichológiában elfogadott terápiás lehetőségeket tovább fejlesszük. Ezért ez a cikk is célkitűzésében követi az elődöket és az eljárások palettáján most a hipnózis színterét kívánja felélnézni, új szempontokkal járulva hozzá ahhoz

az áldozatos, fontos és nehéz munkához, amit az onkológiában és az onkopszichológiában jártas szakemberek végeznek. A daganat diagnosztikájának közlésekor, valamint az invazív diagnosztikai és terápiás eljárások során fellépő traumatizáló lelki hatást a módosult tudatállapotok szemszögéből taglalja. Ez a cikk azokra a hasonló neurológiai folyamatokra mutat rá, amelyek alapján a hipnózis hatásos terápiás eljárásnak alkalmazható a stressz által okozott érzelmi és viselkedésszerű eltérések (stresszkogníció) során az onkológiában is. A hipnózis kedvező hatása az idegrendszerre, hormonrendszerre és az immunrendszerre fontos segítség lehet az onkológiában már a megelőzéstől kezdve a palliatív gondozásig. Mivel a stressz által okozott spontán módosult tudatállapotban a szuggesztiók iránti fogékonyság megnövekszik, nemcsak a formális hipnózis, hanem az orvosok számára a mindennapi rutin során alkalmazott hipnoszuggesztív kommunikáció is fontos stratégiai eszközként szolgálhat. A szuggesztiók és a hipnózis ilyen irányú lehetőségeit a legújabb kutatások eredményei is alátámasztják, amiről egy következő tanulmány szól.

MIT JELENT A MÓDOSULT TUDATÁLLAPOT?

Farthing szerint a módosult tudatállapot a szubjektív élménymintázatok olyan időleges megváltozása, amely elkülöníthető a normális éber tudatállapottól (12). Habár a változás során a szubjektív élmény az elsődleges, mégis viselkedéses és fiziológiai eltérések is megfigyelhetők. Ez az állapot felléphet spontán módon például alvás közben; ingerszegény környezetben: autópálya-hipnózis, súlyos mozgásképtelenség, hosszú őrségállás; vagy erős érzelmi hatásra, például természeti katasztrófa, zenei transz, szónok hallgatása, szülés során. Felléphet valamilyen külső inger hatására: például hipnózis, meditáció, drogok, alkohol, szertartások. A szubjektív élmények megváltozása közül a legfontosabb dimenziók a figyelem, az észlelés, a képzelet, a fantázia, a belső beszéd, az emlékezet, a magas szintű gondolkodási folyamatok, az élmény jelentése és jelentősége, az idő élménye, az érzelmek és benyomások, az arousal, az önkontroll, a szuggesztibilitás, a testkép és az identitás érzése. A normális tudatosság felé nincs éles határvonal, és bizonyos körülmények között egyetlen jelenség megléte is elégséges ahhoz, hogy kijelenthessük a speciális tudatállapot jelenlétét. Mivel a szubjektum nehezen vizsgálható, a kutatók bizonyos viselkedéseket (testtartás, mimika, hanghordozás, mozgás, tekintet, érintés), vagy fiziológiai jelenségeket (elektrofiziológiai jelek, vérnyomás, légzés, bőrellenállás), sőt újabb funkcionális képalkotó eljárásokat is igénybe vesznek a tudatállapotok azonosításához. Annál nagyobb biztonsággal állíthatjuk a módosult tudatállapot meglétét, minél több jelenség változik együttesen (5).

MIT JELENT A HIPNÓZIS?

A hipnózis egy olyan, sajátosan módosult tudatállapot, amelynek létét már nemcsak elektrofiziológiai módszerekkel, hanem modern képalkotó eljárásokkal is igazolták. Habár hagyományosan alvásszerű állapotnak tartják, egyetlen olyan tanulmány sincs, amelyik alvárra jellemző EEG-mintázatot mutatott volna. Sőt Bányai Éva 1976-ban olyan hipnózis-indukciós eljárást alakított ki, amelynek során erős fizikai aktivitás és éberség mellett jön létre a hipnotikus transz (5, 7). A hipnózis bevezetésekor általában először a döntően dopaminerg anterior figyelmi rendszer (a fókuszált figyelemért felelős bal frontális kéreg) működése erősödik. Az extrém traumatizáló helyzetekben fellépő változásokhoz hasonlóan anélkül aktiválódik az idegrendszer, hogy a külvilág felé éberebbé válnánk (3–5). Hasonló ez ahhoz a tudatállapothoz is, amikor a műtőben egy különlegesen nehéz helyzetben a sebész számára megszűnik a külvilág, de pontosan és a szokottnál is talán tisztábban érzékeli egy ideig a műtői területet, vagy hirtelen világossá válik számára, hogy mit is kell tennie. Rainville és Price (29) PET-vizsgálattal kimutatták, hogy hipnózisban frontolimbikus folyamatok hatnak az agytörzs és a talamusz vérátáramlására, ami megváltoztatja a talamokortikális neuronok ritmusát. A módosult tudatállapotokra általában is jellemző hippokampális eredetű téta-aktivitás is hozzájárul ahhoz, hogy a kéreg aktivitásának csökkenése által időlegesen elszakadjunk a környezet ingereitől (3, 5, 29). Rainville és Price (29) 2003-ban, majd Faymonville és munkatársai (13) 2006-ban az agy vérátáramlási viszonyainak PET-vizsgálata során megállapították, hogy az indukció után mély hipnózisban az átélt élményeknek megfelelő agykérgi területek aktiválódnak. Például amikor megváltozik az én észlelése, az alany úgy érzi, mintha megtörténnének vele a dolgok, és nem ő maga idézi elő azokat. Az önkéntelenség élménye mögött az anterior cinguláris kortex aktiválódását találták (3–5, 13, 21, 29). Ennek a területnek kitüntetett szerepe van a frontális és poszterior agyi területek szétválasztásában. Stresszben és hipnózis során leválasztja az érzelmet, a fájdalmat a testi folyamatokról. Skizofréniában tartós eltérést (22), a társas kirekesztettség szimulált helyzetében pedig a stressz mértékétől függő változását mérték (24).

A hipnózis során bekövetkező lateralitásváltozás is több szempontból fontos. Bányai Éva 2008-ban megjelent összefoglalójában (5) leírta, hogy a hipnózis bevezetésekor a bal, majd az indukció végére a jobb féltekei aktivitás volt jellemző. A jobb agyfélteke jellegzetessége az érzelmek és a zsigeri információk észlelése, valamint a külső és belső világ közötti kommunikáció feldolgozása (5, 25). A bal félteke a logikus gondolkodás és a beszéd mellett többek között a sejtes immunitás serkentésében is szerepet játszik (25, 39). Laidlaw és munkatársainak EEG-vizsgálata tünetmentes HIV-fertőzötteken azt mutatta, hogy a bal féltekei nyugalmi túlsúllyal rendelkező betegekben magasabb volt a CD4+ T-sejtek

száma (26). A bal frontoparietális kéreg állatkísérletes léziója és az embereken mért fokozott jobb frontális EEG-aktivitás összefügg a csökkent NK-aktivitással (25, 39). Field és Diego csecsemőkön végzett, EEG-vel mért lateralitásvizsgálatai 2008-ban azt mutatták, hogy depressziós anyák gyermekeinél erősen jobb féltekei (ezáltal gyengébb bal féltekei) működés észlelhető, ami összefügg a gyermekek viselkedésbeli problémáival, és szorongásos, depressziós tüneteivel (14).

A hipnotizőr és az alanya között kialakuló kapcsolatban korrigálódhatnak azok az érzelmi és fiziológiai mintázatok, amelyek az alany legfontosabb társas viszonyaira, például az anya-gyermek interakciókra voltak jellemzőek. A hipnózis a bal oldalra tolódó teljesítményével lehetőséget teremt arra, hogy egyrészt könnyebben tudatosíthatóvá, kimondhatóvá váljanak a jobb félteke főleg érzelmekben, zsigeri szinten megélt eseményei (4, 5), másrészt a bal féltekei aktivitással akár az NK-sejtek száma és funkciója is fokozódhat, ahogy erre Bakke és Gruzelier munkacsoportjainak egészségeseken és betegeken végzett vizsgálatai utalnak (1, 17).

Bányai Éva és munkatársai már a 80-as évektől kezdve felfigyeltek arra, hogy szigorúan ellenőrzött laboratóriumi körülmények között, nem terápiás célból végzett hipnózisok után váratlan fizikai javulások jelentkeztek (3, 5). Például láz, torokfájás, krónikus derékfájdalom szűnt meg tartósan. A jelenség hátterét kutatva azt találták, hogy az ülés során ilyenkor a hipnotizőr és az alany fiziológiai ritmusa (légzés, szívfrekvencia, bőrellenállás, izomfeszülés) az átlagosnál többször hangolódott össze, és többször mutatkozott ún. tükrötartás is. Ez azt jelenti, hogy pl. az alany és a hipnotizőr testtartása tükrözi egymást, vagy egyszerre emelik a kezüket, vagy a hipnotizált testrészenek adott ritmusában mozog a hipnotizőr is (3, 5). A jelenséget a szakirodalomban interakciós szinkronitás néven először az ő munkacsoportjuk írta le (3, 5). Ezekben a pillanatokban a szubjektív élmény mind a két résztvevő (hipnotizőr és alany) számára elmélyültté vált, és az ilyenkor fellépő spontán gyógyulások ráirányították a figyelmet arra, hogy a hipnózist önálló pszichológiai eszközként is figyelembe vehetjük, nemcsak mint kiegészítő, gyorsító eljárást a többi pszichoterápiás módszer mellett (3). A hipnózisnak ez a lehetősége még további bizonyítékokat igényel.

Kulcsár Zsuzsanna 1991-es cikkében leírja, hogy a szervezet átlag 90 percenként olyan speciális állapotba kerül, amelyben egy biológiailag ősbibb, regresszívebb szabályozási mechanizmus érvényesül (25). Ilyenkor a módosult tudatállapotokra jellemző módon megváltozik a gondolkodás és a vegetatív szabályozás. A kéreg és a limbikus rendszer közötti kapcsolatok megerősödnek, az élményeket érzelmi szinten elemizzük, összekapcsoljuk a külső és belső információkat, összehasonlítjuk a régebbi emlékekkel és raktározzuk. Azt figyelték meg, hogy ezekben a periódusokban a féltekei aktivitás túlsúlya is jobb oldalra tolódik. A másik 90 percen pedig a bal félteke veszi át az "irányítást".

A cirkadián ritmus megtalálható a vegetatívumban (pl. szívfrekvencia-variabilitás), hormonálisan (pl. kortizol), és az immunrendszer vonatkozásában is. Liu és munkatársai 2006-ban azt is kimutatták, hogy a ritmus háttérben feltételezett circadian clock period 2 gén károsításával egerekben az NK-sejtek aktivációja csökkent a kontrollhoz képest (27). Kulcsár szerint továbbá (25) az erőfeszítést igénylő helyzetek – akár külső, pl. folyamatos stresszállapot, akár belső, pl. daganat – olyan mechanizmusokat mozgósítanak, amelyek felerősítik az oszcillációt. Ezt a szervezet az alkalmazkodási tartalékai és a rugalmassága szerint vagy elviseli, vagy nem. Ha a stresszhatás túl nagy, vagy az adaptációs mechanizmusok gyengék, akkor előbb-utóbb az ingadozás beszűkül, a rendszer merevvé válik, és a féltekék működése is tartósan eltolódik az egyik oldalra. Ezt támasztja alá, hogy pszichoszomatikus betegekben jobb féltekéi túlsúlyra utaló jelenségeket találtak, ugyanakkor képtelenek a bal féltekéjüket aktiválva az érzelmeikről beszélni (alexitímia) (25). Sephton és munkatársai 2000-ben 104 áttétes emlőrákos betegnél vizsgálták a nyál kortizolszintjét, 3 egymást követő napon 4–5 óránként (36). Párhuzamosan mérték az NK-sejtek számát és aktivitását, és figyelték a túlélési mutatókat is. A megszokott ritmusú betegekhez képest az ellapult kortizol-görbével rendelkezők átlagosan 1 évvel hamarabb haltak meg. A kilapult kortizol-görbe korrelált az NK-sejtek alacsony számával és aktivitásával is. Az NK-sejtek változása a kortizol-érték után a második legfontosabb túlélésre vonatkozó predikciós mutató volt.

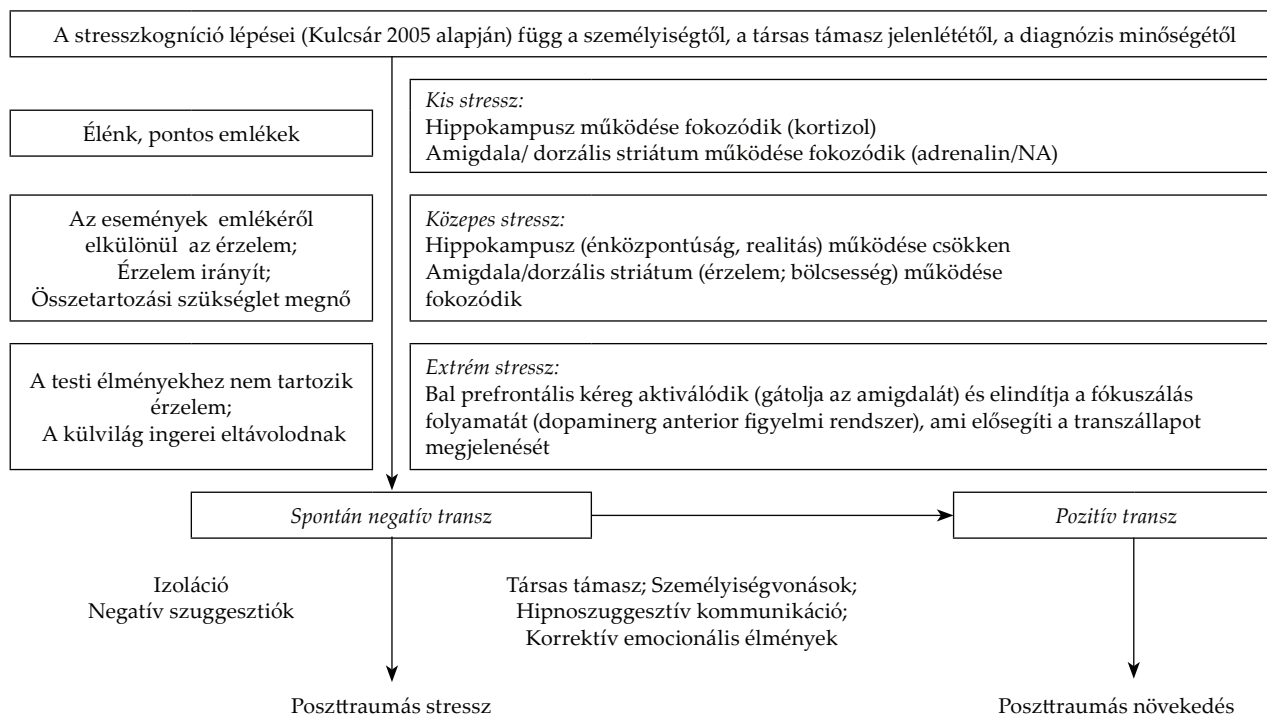
A többi módosult tudatállapottól eltérően a hipnózisban alapvető a társas kapcsolat. A hipnózis a Bányai Éva által kidolgozott integratív szociál-pszichobiológiai szemléletű modern modellben két személy behatárolt ideig tartó, gyógyító célú, védett környezetben zajló intenzív egymásra hangolódását is jelenti (3–5). A terapeuta feltétlen elfogadó figyelme és szaktudása által a transzállapotban lévő beteg biztonságos támaszt, keretet kap az érzelmei átéléséhez. Ez lehet örömteli, erővel töltő élmény, és lehet olyan fájdalmas emlék is, ami átdolgozásra vár. A modern hipnoterápia célja az egészséges, adaptív én-funkciók hangsúlyozása, amelynek középpontjában a beteg egyénisége áll, ahogy erre Bányai Éva és Császár Noémi utal rák betegekkel való hipnotikus munkájuk során (6, 10). A 90-es évek végéig a hipnózist nem tekintették önálló terápiás entitásnak, hanem más terápiákat facilitáló technikának. Például Kirsch és munkatársai 18 tanulmány áttekintésével megállapították, hogy egy átlagos kliens gyógyultabban távozott, ha hipnózissal kiegészített kognitív viselkedésterápiában részesült, mint azoknak a 80%-a, akik ugyanezt a kezelést hipnózis nélkül kapták (23).

A STRESSZ HATÁSA A TUDATÁLLAPOTRA

A hipnózisban leírt frontolimbikus változások nagyban hasonlítanak a stressz által létrehozott ideglettani folyamatokhoz. Más megközelítésben a súlyos stressz

módosult tudatállapotot idéz elő, amely egyfajta spontán hipnózisként értelmezhető. A daganat diagnózisának közlésekor, és az azt követő procedúrák során fellépő stressz által okozott tudatállapot-változások ideglettani háttérének ismertetéséhez Kulcsár Zsuzsanna összefoglalóját vettem alapul (24). A stressz elsősorban a hippokampusz, az amigdala, a prefrontális kéreg és a dorzális striátum területén okoz változásokat. A hippokampusz az emlékezeti működésen kívül a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg tengely legmagasabb centruma is. Glükokortikoid-receptorokban gazdag. Funkciói közé tartozik az önéletrajzi (deklaratív) memória, amelynek feltétele az emlékek tér-idői kapcsolatainak és sorrendiségének rögzítése. A traumatikus élményben fellépő hormonális változások hatására csökken a hippokampusz működése, és felerősödik az érzelmi emlékek (nondeklaratív memória) tárolásában elsőrendű szereppel bíró, adrenalin-noradrenalin alapú amigdala és a dorzális striátum működése. Ezeknek a rendszereknek az együttműködését és stresszhatásra bekövetkező változását Spiegel és Cardena (37) alapján négylépcsős folyamatban lehet szemléltetni:

1. A hétköznapi élmények az önéletrajzi memóriában rögzülnek, ahol a környezet, az idő és az érzelmek együttesen vannak jelen.
2. Közepes stressz hatására különlegesen élénken és pontosan rögzülnek az élmények, mert a glükokortikoid a hippokampuszt, az adrenalin-noradrenalin az amigdalát serkenti.
3. Traumatikus stresszben a hippokampusz működése gátlódik, az amigdala-komplexus működése felerősödik, így az emocionális információ válik elsődlegessé, és ezzel párhuzamosan fokozódik a szociális összetartozási igény, valamint megnövekszik a kikereshetőségre való fokozott érzékenység is. Spiegel és Cardena (37) rámutatnak arra, hogy súlyos stressz alatt a figyelem fókuszusa a hipnózishoz hasonlóan szűkül be, ami spontán hipnotikus típusú információ-feldolgozási módhoz vezet. Ennek során fogékonyabbá válunk mások érzelmeit, akár félelmet és fájdalmát is jobban átélni. Ez egybecseng a szinkronicitás hipnózisbeli jelenségével. A figyelemnek egy olyan intenzív állapota alakul ki, amiben a figyelem tárgya és az én egyé válik.
4. A traumatikus élmény legintenzívebb fokán, életveszélyes helyzetekben sokan emocionális bűnültságot élnek át, átmenetileg elidegenednek a valóságtól és a saját énjüktől. Ez az érzelemmentesség már a baloldali prefrontális kéregnek az amigdalára gyakorolt gátló hatása révén valósul meg. Ennek evolucionáris háttérében az állhat, hogy életveszély esetén társas támasz hiányában létszükségletté válik az emóciók kikapcsolásával együtt járó fokozott éberség. Például egy erdőben eltévedt ember, akinek eltört a lába, úgy tudott eljutni az első faluba, hogy nem érzékelte sem a félelmet, sem a fájdalmat. Ez a szétkapcsolás azonban egyrészt az örömeztetést is lekapcsolja a testi működésekről, másrészt energiát igényel. Ha az élmények



1. ábra. A stresszkogníció lépései Kulcsár alapján (24). A stressz különböző fokozataiban megjelenő neurológiai folyamatok miatt megváltozik a valóság észlése. A módosult tudatállapotot felhasználó terápiás beavatkozások képesek a folyamatot kedvező irányba terelni, és támogatni a stressz hatására bekövetkező személyiségfejlődést, az ún. poszttraumás növekedést

érzelmi része a későbbiekben nem kapcsolódik vissza az eseményhez, akkor depresszió, fáradtság lehet a következménye. Ezt a jelenséget ismerhetjük fel a poszttraumás stressz szindrómában, és használhatjuk ki a hipnózisban, mert a módszer, ami felidéz az állapotot, lehetőséget ad annak kijavítására is (25). Másik oldalról viszont az amigdala, a dorzális striátum és a prefrontális struktúrák területén éppen a velünk született, rejtett, intuíción alapuló tudást is őrizzük (24). Ezeknek az aktiválódása tehát kedvező feltételek esetén éppen a daganat által okozott trauma személyiségfejlesztő hatásának, az úgynevezett poszttraumás növekedésnek vagy a hipnoterápia eredményének az alapja is lehet. Bányai Éva szerint (4) a hipnózisindukció során a hippokampuszból eredő, erősen szinkronizált téta-aktivitásfokozódás azt jelzi, hogy ilyenkor a szervezet, Grastyán Endre (16) kifejezésével élve, „hipotézismagatartásba” kezdhet, a „tanult viselkedés automatizmusából keresőmódba” vált át. A kínáló lehetőségek szisztematikus kipróbálása révén felderítjük a környezet ismeretlen tényezőit, új elemekkel gazdagítva viselkedés-repertoárunkat. A regresszióról, mint öngyógyítási kísérletről már Bálint Mihály is írt, mint egy olyan lehetőségről, amiben az alapszintre visszatérve újraszerveződés jöhet létre (2).

Cordova és mtsai a személyiség trauma utáni növekedésének kimutatására önminősítő kérdőívekkel felmérést készítettek 70 emlőrákos (5 évvel a diagnózis után) és 70 egészséges kontroll személy körében. Ugyanazon időtartam alatt az emlőrákot átélt résztvevők fejlődést éltek meg a kontrollhoz képest a másokhoz való viszonyu-

lásban, az élet tiszteletében és a spiritualitás terén. Az emlőrákos résztvevőknél a több beszélgetés és a nagyobb stressz bizonyult erősebb poszttraumás növekedést jósoló tényezőnek (9). A beszéd központja a bal féltekében van. A beszélgetés során a jobb féltekében felhalmozódott feszültség a bal féltekei aktivitással levezetődhet. A nagyobb stressz pedig, amint láttuk, azokat a struktúrákat mozgatja meg, ahol elszakadhatunk a mindennapi megszokott élményeinktől, hogy megfelelő körülmények között újrendezhessük életünk nehéz pillanatait. A mi feladatunk, hogy biztonságos módon elérhetőek legyenek az új lehetőségek a betegek számára.

Kulcsár alapján (24) az 1. ábrán ábrázoltam a stresszkogníció lépéseit. A stressz különböző fokozataiban megjelenő neurológiai folyamatok tudati változásokat idéznek elő. A módosult tudatállapot iránya és mértéke függ a társas támasz jelenlététől, a személyiség vonásaitól és a stresszor mértékétől. Vagy negatív marad, vagy spontán is kedvező irányba fordulhat. A terápiás beavatkozások képesek a negatív transzállapotot pozitívba fordítani. Az ideglettani folyamatok hasonlósága miatt erre a hipnózis és a hipnoszuggesztív módszerek különösen alkalmasak.

A DAGANATOS BETEGEK NEGATÍV TRANSZÁLLAPOTA A DIAGNÓZISKÖZLÉS UTÁN

A rákos betegség diagnózisának közlése olyan erőteljes érzelmi hatás, ami sajátosan változtatja meg a páciensek tudatállapotát. Habár a változás mértéke több

1. táblázat. A módosult tudatállapotok szubjektív dimenzióinak megjelenése a daganatközlés és a beavatkozások traumája által okozott változásokban

A módosult tudatállapot jellemzői (46)	A daganatközlés és a beavatkozások traumája által okozott változások
a figyelem: fókuszálódik, beszűkül	„A betegek gyakori reakciói a diagnózis megismerésekor: tudati beszűkülés” (32); „gátlás a figyelem ... területén” (33); halálfélelem
az élmény jelentése és jelentősége megváltozik	„kiszolgáltatott és rémült állapotba kerül” (41)
a magas szintű gondolkodási folyamatok háttérbe szorúlnak	„gátlás... a logikus gondolkodás területén” (33); „intellektuális gátlás” (32)
az észlelés megváltozik (negatív és pozitív hallucinációk)	„ugyan hallják, amit mondanak nekik, de ... nem értik meg a mondatokat” (41); „Éjszaka nem mert a kórteremben maradni, mert úgy vélte, furcsa, veszélyes tárgy került az ágya alá” (31)
az idő és tér élményének változása	„az időben és térben való tájékozódás problémái” (33)
az érzelmek könnyen mobilizálódnak	„pszichaszténiás reakciók, fokozott szenzitivitás, lelki regresszió, kétségbeesés, düh” (32)
nehéz az érzelmek megfogalmazhatósága	„Ebben az időszakban a betegek általában hátrítják és/vagy nehezebben fejezik ki mélyebb érzéseiket és gondolataikat...” (33); „szinte képtelen ... bármit is mondani” (41)
az önkéntelenség élménye megnő	„szinte képtelen felelősen cselekedni” (41); a problémák „nehezítik ... a döntési folyamatokat” (33)
az identitás érzése változik: eggyéolvasás-élmény: a figyelem tárgya és az ön összeolvadása; a saját és a másik elkülönítésének nehézsége; az énhatárok és a testhatárok felbomlása; interakciós szinkronitás	„kiszolgáltatott ... állapotba kerül” (41); „közömbösség (elszemélytelenedés)” (34); „a személyzet – akaratlanul is – érzékenyebb és ‘vövövé’ válik a daganatos betegek folytonos ‘kisugárzásaira’” (31)

tényezőtől is függ, pl. a daganat minőségétől, a beteg társas támogatottságától, egyéni karaktervonásaitól, megküzdési képességeitől, a diagnózisközlés traumája mégis mindenkit megérint, és most ezt az általános, bár nem egyforma mélységű negatív változást elemezzük. A stresszkogníció során felvázolt ideglettani folyamatok hatására megjelenő módosult tudatállapot jellemzőit jól illusztrálják azok az onkopszichológiai írásokban megjelent idézetek, amelyeket az 1. táblázatban foglaltam össze. Ezek a jelenségek az orvosok és a pszichológusok számára egyaránt ismertek a betegek megváltozott viselkedéséről, sajátos lelkiállapotáról, tudati beszűküléséről, érzékelési, emlékezeti folyamatainak torzulásáról, kiszolgáltatott és rémült állapotáról, cselekvőképtelenségig ható lelki regressziójáról, intellektuális gátlásáról, felfokozott és nehezen verbalizálható negatív érzelmeiről, lelki közömbösségről szólnak (31–33, 41). A haláltól, a fájdalomtól, a szenvedéstől, a betegség visszatérésétől való félelem, a beavatkozások által okozott fájdalom, hányinger, hányás és testi elváltozások (műtét, hajhullás) a figyelem fókuszát tovább szűkítve mélyíthetik ezt a különleges állapotot, amit „negatív transznak” hívunk (8, 37, 42–46). A csoportosan átélt módosult tudatállapot az „együttesség”, a szociális kohézió alapja, erősítője (sorstársközösség). A szuggesztiókra való fogékonyság megnövekedik (42–46).

Amikor a rendelésben néhány esetben elcsodálkoznak a fegyelmezett beteg kiborulásán, hogy „olyan remekül állta eddig a sarat, most miért sír”, vagy másokat úgy biztatnak, hogy „gondolkodjanak már felnőt módjára, ne hagyják el, szedjék össze magukat, gondoljanak a családra”, akkor inkább felnőt, érett viselkedést vár-

nak el egy olyan helyzetben, amire a beteg átmenetileg a transzállapot jellegzetességei, az idegrendszeri folyamatok megváltozása miatt képtelen (42–45).

Mit lehet tenni? A transzállapot ismerete és tiszteletben tartása az alapja a fokozott szociális érzékenység kielégítésének, így társas támaszt nyújtva önmagában is segítheti a betegeket, hogy az idegrendszerük spontán rátaláljon a szükséges „javításokra”. De ha ehhez még a mindennapi beszédbe beépített tudatos gyógyító szuggesztív technikákat is alkalmazni tudjuk, akkor képessé válhatunk a folyamat során a betegeket hatékonyabban támogatni. A figyelem fókuszát a negatív érzésekről a lehetőségek felé fordítva a helyzetet optimálisan kihasználva, jobb együttműködést, kedvezőbb testi hatásokat, sőt poszttraumás növekedést (8, 24, 46) lehet elindítani. Bejenke szerint (8) a stresszt okozó beavatkozásokra való felkészítés legfontosabb három eleme az információ, az instrukció és a szuggesztió. Az amnézia miatt érdemes többször is az alapvető időbeli és térbeli információkat elmondani, vagy leírni a betegnek. A tudatos kontroll feladása miatt a terápiás instrukciók a betegek számára kapaszkodót jelentenek. Ezeket a valós klinikai környezetben folyamatosan együtt kell használni a pozitív szuggesztiókkal a legnagyobb hatékonyság érdekében (8, 40, 42–46).

A HIPNOSZUGGESZTÍV TECHNIKÁK

A daganatos megbetegedés olyan erős érzelmi stresszt jelent, hogy a beteg spontán kerül a hipnózishoz hasonló tudatállapotba (37). Ilyenkor a mindennapi orvos-beteg találkozások során a formális hipnózis nélkül is

„hipnotizálunk”. Az az orvos, aki képes úgy beszélni és viselkedni, mint egy hipnotizőr, sok időt és energiát spórolhat meg. Aki nem találja meg a megfelelő nyelvezetet, nem érti az intrapszichikus működéseket, és a mögötte meghúzódó ideglettani jelenségeket, az önkéntelen módon azt sugallhatja a betegnek: „nem értem, mit akar mondani”. Ilyenkor elmarad az interakciós szinkronitás gyógyító hatása, helyette mindkét félben a stressz okozta diszharmonia erősödik, a jobb félteke tovább aktiválódik, csökkentve a bal félteke működését, és vele a sejtes immunitást (24, 25, 39), pont úgy, mint a depressziós anyák gyermekeinél (14).

A mindennapi gyakorlatban a növekvő beteglétszám egyre nagyobb terhet ró a kezelő személyzetre, akik teljesíteni szeretnék, hogy kellő időt szánhassanak a szakmai protokollban is előírt folyamatos és őszinte beszélgetésekre (32). A transzállapot és az abban alkalmazott sajátos nyelvezet ismerete megkönnyíti a megértést és segíti az együttműködés kialakítását. Az orvosok és a nővérek által is megtanulható hipnoszuggestív nyelvezet azokban a periódusokban a legfontosabb, amikor a figyelem a testi folyamatokra fókuszálódik. Különösen igaz ez az első 6–8 hétben, amikor az intenzív testi élményekkel együttjáró helyzetekben a betegeknek kevésbé van lehetőségük és igényük a feltáró pszichológiai beavatkozásokra (34). Mégis ebben az időszakban alapozódik meg az onkológiai terápia későbbi sorsa. A különleges élethelyzetben a személyre jellemző alapvonások még tartósan módosult élethelyzetek esetén is viszonylag rövid idő (6–8 hét) alatt helyreállnak (24), ekkor jöhetnek szóba az indokolt esetekben szükségessé váló formális, szupportív vagy akár feltáró onkopszichológiai kezelések (34), ahol a hipnoterápiát ötvözhetjük a többi pszichoterápiás módszerrel vagy akár önállóan is használhatjuk (3). A megfelelően megalapozott orvos-beteg viszony elősegítheti ennek elfogadását.

A daganatos megbetegedések számának növekedésével a betegek az ideálisnál kevesebb időt tudnak az orvosok fordítani. Éppen ezért is fontos, hogy hatékony, rövid, intenzív interakciókra legyenek képesek, amelyben ki tudják használni a betegek érzékeny befogadó tudatállapotát. Az onkológiai orvos-beteg kommunikációs készség fejlesztésének fontosságát hangsúlyozták a 2009-ben szervezett európai konszenzus-találkozón. Az ott született javaslatok szerint rövid, kislétszámú posztgraduális tréningek tűnnek a leghatékonyabbnak (38), ami a szuggestív kommunikáció terén ma már Magyarországon is elérhető (40, 43, 44). A módszer elsajátítására szánt idő többszörösen visszatérül. Egyfelől a rövidebb kezelési idő által (8, 46), másrészt úgy is, hogy pozitív, tudatosan irányított, intenzív egymásra hangolódást tesz lehetővé. A hipnózishoz hasonlóan ez a helyzet Bányai szavaival élve „a folyamat mindkét résztvevője számára olyan feszültség- és ingerbemenet-szabályozó funkciót tölthet be, ... amelynek központi szerepe van a szervezet jó közérzetének és optimális arousal szintjének fenntartásában” (4), ezért a kiégés el-

len is védhet. Kíváncsi vagyok, vajon melyik onkológiai kommunikációs konszenzus-találkozón tudunk beszámolni a kedvező magyar tapasztalatokról?

ÖSSZEFOGLALÁS

A formális hipnózis az onkopszichológia területén ma már egy elfogadott módszer (32), habár bizonyított lehetőségeihez képest kevésbé ismert és használt. Az onkológia most kezdi az előnyeit felfedezni. A hipnózisnak nemcsak kognitív/magatartás-terápiás vonatkozásai vannak (31), hanem ezzel vagy más eljárásokkal, például analízissel integrálva, sőt akár önálló módon, mind a prevenció, mind az onkológiai ellátás, a rehabilitáció vagy a palliáció folyamatában támogathatja az onkopszichológusok egyre növekvő munkáját. A terapeutával való mély, archaikus szinten történő specifikus egymásra hangolódás lehetővé teszi a tudatlan tartalmak intenzívebb feldolgozását, tudatosítását vagy szimbolikus átdolgozását. Ez pszichológiai szakismereteket igényel, ellentétben a team minden tagja által már a diagnózisközlés pillanatától alkalmazható hipnoszuggestív nyelvezettel.

A jelen cikkben a hipnózis és a szuggestív kommunikációs technika onkológiában való felhasználhatóságának elméleti háttérét tekintetem át a Magatartápszichológiai PhD program hallgatójaként. Riskó Ágnes biztatására ismertettem ezt a szemléletmódot és a hozzá tartozó gyakorlati lehetőséget: „A jövőben valószínűleg más módszerspecifikus képzettséggel rendelkező szakemberek is összegyűjtik és közzéteszik megszerzett ismeretanyagukat.” (30). Szeretném, hogy azokat az előnyöket, amelyeket aneszteziológusként és hipnoterapeutaként ezekkel az eljárásokkal a műtőben, a kemoterápiás kezelőben és a pszichoterápiás gyakorlatomban megtapasztaltam, az onkológus kollégák is hasznosíthassák mind a betegek, mind saját maguk számára. Ez egy tumorokkal foglalkozó sebész feleségeként is egyre fontosabbá válik a számomra. A következő tanulmányban a szuggestíók és a hipnózis különféle területeken elért azon gyakorlati eredményeit szeretném bemutatni, amelyek az onkológiában is hasznosíthatóak.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretnék köszönetet mondani tanárainknak, elsősorban Bányai Éva professzorasszonynak és Dr. Varga Katalin témavezetőmnek.

IRODALOM

1. Bakke AC, Purtzer MZ, Newton P. The effect of hypnotic-guided imagery on psychological well-being and immune function in patients with prior breast cancer. *J Psychosom Res* 53:1131–1137, 2002

2. Bálint M. Az orvos, a betege és a betegség. Animula, Budapest 1990, pp. 188
3. Bányai É. A hipnoterápia, mint önálló pszichoterápiás modalitás. In: A hipnózis és hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény. Szerk. Bányai É, Benczúr L. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2008, pp. 543–558
4. Bányai É. A hipnózis a kognitív és affektív idegtudomány fényében. In: Hipnózis – Hipnoterápia. Szerk. Vértes G. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2006, pp. 31–62
5. Bányai É. A hipnózis szociál-pszichobiológiai modellje. In: A hipnózis és hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény. Szerk. Bányai É, Benczúr L. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2008, pp. 379–445
6. Bányai É. Hipnózis és módosult tudatállapotok rákbetegek gyógyulásában és gyógyításában. Műhely, 17. magyar Hipnózis találkozó, Budapest-Csillaghegy, 2006
7. Bányai ÉL, Hilgard ER. A comparison of active-alert hypnotic induction and traditional relaxation induction. *J Abnormal Psychology* 85:218–224, 1976
8. Bejenke CJ. Painful medical procedures. In: Hypnosis and suggestion in the treatment of pain. Ed. Barber J. W.W. Norton and Company, New York, London 1996, pp. 209–265
9. Cordova MJ, Cunningham LL, Carlson CR, et al. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study. *Health Psychol* 20:176–185, 2001
10. Császár N, Ganju A, Mircsics ZS, et al. Psychosocial issues in the cancer patient. *Spine* 15(22 Suppl):26–30, 2009
11. Dégi LCs. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a dagantos megbetegedésekben. In: Magyar lelkiállapot 2008. Szerk. Kopp M. Semmelweis Kiadó, Budapest 2008, pp. 557–568
12. Farthing GW. Altered states of consciousness. In: The psychology of consciousness. Ed. Farthing GW. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ 1992, pp. 202–219
13. Faymonville ME, Boly M, Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *J Physiology, Paris* 99:463–469, 2006
14. Field T, Diego M. Maternal depression effects on infant frontal EEG asymmetry. *Int J Neurosci* 118:1081–1108, 2008
15. Gidron Y, Russ K, Tissarchondou H, et al. The relation between psychological factors and DNA-damage: a critical review. *Biol Psychol* 72:291–304, 2006
16. Grastyán E. A játék neurobiológiája. Akadémiai Kiadó, Budapest 1983
17. Gruzelier J, Burgess A, Baldeweg T, et al. Prospective associations between lateralised brain function and immune status in HIV infection: analysis of EEG, cognition and mood over 30 months. *Int J Psychophysiol* 23:215–224, 1996
18. Onkopszichológia a gyakorlatban Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina, Budapest 2006
19. Irie M, Asami S, Ikeda M, et al. Depressive state relates to female oxidative DNA damage via neutrophil activation. *Biochem Biophys Res Commun* 311:1014–1018, 2003
20. Irie M, Miyata M, Kasai H. Depression and possible cancer risk due to oxidative DNA damage. *J Psychiatr Res* 39:553–560, 2005
21. Katona Gy, Bányai É. Önkéntelenség hipnózisban. In: A hipnózis és hipnoterápia alapjai. Szöveggyűjtemény. Szerk. Bányai É, Benczúr L. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest 2008, pp. 247–265
22. Kéri Sz, Janka Z. A szkizofréria diszkonnekciós elméletei. In: Kognitív idegtudomány. Szerk. Pléh Cs, Kovács Gy, Gulyás B. Osiris, Budapest 2003, pp. 724–737
23. Kirsch I. Cognitive-behavioral hypnotherapy. In: Handbook of hypnosis. Eds. Rhue J, Lynn SJ, Kirsch I. American Psychological Association, Washington, DC 1993, pp. 151–171
24. Kulcsár Zs. A társas interakciók pszichológiai hatásai és agyi mechanizmusai. Egy hipotézis körvonalai. Társas támogatás. In: Teher alatt... Pozitív traumafeldolgozás és poszttraumás személyiségfejlődés. Szerk. Kulcsár Zs. Trefort Kiadó, Budapest 2005, pp. 318–394
25. Kulcsár Zs. Pszichoszomatikus sérülékenység. *Magyar Pszichológiai Szemle* 47: 512–539, 1991
26. Laidlaw TM, Kerstein R, Bennett BM, et al. Hypnotizability and immunological response to psychological intervention in HIV. *Contemporary Hypnosis* 21:126–135, 2004
27. Liu J, Malkani G, Shi X, et al. The circadian clock period 2 gene regulates gamma interferon production of NK cells in host response to lipopolysaccharide-induced endotoxic shock. *Infect Immun* 74:4750–4756, 2006
28. Nemzeti Rákellenes Program. Szerk. Rácz J. (felelős kiadó) Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest 2006
29. Rainville P, Price DD. Hypnosis phenomenology and the neurobiology of consciousness. *Int J Clin Exp Hypn* 51:105–129, 2003
30. Riskó Á, Tari A. Egyéni pszichoterápia. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina, Budapest 2006, p. 267
31. Riskó Á. A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopszichológiába. Animula, Budapest 1999, pp. 15–16, 34
32. Riskó Á. Az onkopszichológia szakmai irányelvei. Egy szakmai protokoll tervezete. *Psychiatr Hung* 13:455–468, 1998
33. Riskó Á. Az onkológiai betegek lelki rehabilitációja. *Rehabilitáció* 17:34–39, 2007
34. Riskó Á. Az onkopszichológia alapvonalai. In: A belgyógyászat alapjai I–II. Szerk. Tulassay Zs. Medicina, Budapest 2007, pp. 1675–1678
35. Sastry KS, Karpova Y, Prokopovich S, et al. Epinephrine protects cancer cells from apoptosis via activation of cAMP-dependent protein kinase and BAD phosphorylation. *J Biol Chem* 282:14094–14100, 2007
36. Sephton SE, Sapolsky RM, Kraemer HC, et al. Diurnal cortisol rhythm as a predictor of breast cancer survival. *J Natl Cancer Inst* 92:994–1000, 2000
37. Spiegel D, Cardena E. Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *J Abnorm Psychol* 100:366–378, 1991
38. Stiefel F, Barth J, Bensing J, et al. A participants communication skills training in oncology: a position paper based on a consensus meeting among European experts in 2009. *Ann Oncol* 21:204–207, 2010
39. Szendi G. Pszichoneuro-endokrinológia-onkopszichológiai vonatkozások. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina, Budapest 2006, pp. 54–69
40. Szuggesztíók alkalmazása a szomatikus orvoslásban. Akkreditált képzés. <http://www.sas-ok.hu>
41. Tari A. Pszichoedukáció. In: Onkopszichológia a gyakorlatban. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina, Budapest 2006, pp. 261–265
42. Varga K, Diószeghy Cs. Az orvos üzenetei. Szuggesztíók az orvosi gyakorlatban. In: Rezidensképzés. Szerk. Pilling J. Semmelweis Kiadó, Budapest 2004, pp. 175–195
43. Varga K, Diószeghy Cs. A szuggesztíók jelentősége az orvos-beteg kommunikációban. In: Rezidensképzés. Szerk. Pilling J. Semmelweis Kiadó, Budapest 2004, pp. 227–245
44. Varga K. Szuggesztív hatások az orvosi gyakorlatban, különös tekintettel a perioperatív időszakra. *Psychiatr Hung* 13:529–540, 1998
45. Varga K, Diószeghy Cs. Hűtésbefizetés. Pólya Kiadó, Budapest 2001
46. Varga K. Szuggesztíók módosult tudatállapotban. In: Hipnózis – Hipnoterápia. Szerk. Vértes G. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 2006, pp. 63–84