

TEHNIKA MEDICINSKE HIPNOZE – INDIKACIJE IN KONTRAINDIKACIJE PRI OBRAVNAVI BOLNIKA PO POLITRAVMI V CELOSTNI REHABILITACIJI

MEDICAL HYPNOSIS – INDICATIONS AND CONTRAINDICATIONS FOR ITS USE WITH THE PATIENTS AFTER POLYTRAUMA IN THE COMPREHENSIVE REHABILITATION PROCESS

asist. dr. Katja Dular, univ. dipl. psih.

Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Ljubljana

Povzetek

Politravme so posledice nezgod v prometu, zastrupitev, padcev, požarov, utopitev, nasilja, vojn, samopoškodb in drugih vzrokov. Osebe s politravmo imajo poškodovana dva ali več organskih sistemov, od katerih ena ali več poškodb predstavlja nevarnost za življenje. Številne duševne posledice v procesu prilagajanja na posledice nezgode so: akutna stresna motnja, potravmatska stresna motnja, depresija, anksioznost, amnezija, čustvene težave, psihosomatske bolezni, odvisnosti in druge. Po doživetju poškodbi je pomembno preveriti stopnjo duševne ogroženosti, kar se odraža preko posameznikovih čustvenih potreb: avtonomnosti, povezanosti, kompetentnosti in orientiranosti. Medicinska hipnoza je v klinični praksi s svojo uspešnostjo prisotna že iz časov, ko so blažili bolečino med operacijami še pred razvojem kemične anestezije. Britansko in Ameriško psihološko združenje sta na podlagi večjega števila raziskav podali poročilo, da je bilo v zadnjih 30 letih narejeno zadostno število metaraziskav o učinkovitosti hipnoze (do leta 2012 vsaj 500 raziskav, od katerih je 125 metodološko izpopolnjenih in uporabljenih v metaraziskavah) (33), na podlagi katerih lahko zaključimo, da "je vključitev hipnotičnih postopkov lahko učinkovita metoda pri obravnavi širokega spektra težav, ki se pojavljajo v medicini, psihiatriji in psihoterapiji". Medicinska hipnoza je učinkovit terapevtski pristop v rehabilitaciji, s

Abstract

Polytrauma is a consequence of traffic accidents, poisonings, falls, fires, drowning, violence, war, self-inflicted injuries or other causes. Polytraumatised patients suffer damage in two or more organ systems, from which one or more injuries pose a risk to life. There are many psychological consequences in the process of adapting to the consequences of the injuries: acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, depression, anxiety, amnesia, emotional problems, psychosomatic disorders, addiction and others. After the polytrauma, it is important to check the level of psychological trauma reflected in the patient's emotional needs (autonomy, integration, competence and orientation). Medical hypnosis has been a part of clinical practice from the time when pain was reduced during operations before the development of chemical anaesthesia. A report of the British and American Psychological Association based on numerous studies states that "over the past 30 years, so much research has been done (500 studies, of which 125 are methodologically sufficient for meta-study) on the basis of which we can conclude that the inclusion of hypnotic procedures can be an effective method in the treatment of a wide range of problems that arise in medicine, psychiatry and psychotherapy" (33). Medical hypnosis is an effective therapeutic approach in rehabilitation that helps patients to coordinate cognitive, somatic, sensory, physiological, visceral and kinaesthetic

katerim bolnik uskladi kognitivne, somatske, zaznavne, fiziološke, visceralne in kinestetične spremembe, vezane na spremembo telesa in v povezavi s poškodbo. Ker so bolniki v rehabilitaciji tako različni po svojih telesnih, afektivnih, kognitivnih in senzornih sposobnostih, je vključitev medicinske hipnoze izziv za terapevta. Pomembna je ocena posameznikove osebnostne strukture in njegovih zmožnosti za uporabo medicinske hipnoze (indikacije, kontraindikacije) ter glede na cilje v rehabilitaciji tudi določitev vrste intervencij. Znotraj strukturiranega psihoterapevtskega zdravljenja poškodbe (psihični odziv, doživljanje ob ogrožajočem dogodku) lahko učinkovito uporabimo medicinsko hipnozo. S pomočjo medicinske hipnoze ima bolnik možnost, da ponovno pregleda travmatični dogodek in vključi zanj pomembne spremembe v takratno dogajanje in s tem spremeni eksplicitni in implicitni spomin o poškodbi. Pridobi občutek nadzora nad sabo, svojim telesom, občutki, ponovno se počuti varnega in uspešnega. Ker so poškodovane osebe zelo dovzetne za hipnozo (depersonalizacija, sugestibilnost), je učenje samohipnoze zelo uporabna metoda za učinkovito regulacijo simptomov v zadnji fazi zdravljenja. V rehabilitacijski proces bi bilo priporočljivo še pogosteje integrirati učinkovit, z raziskavami podprt pristop medicinske hipnoze. Posledično se izboljša bolnikova motiviranost, osredotočenost, misli, čustveni odzivi in zato zmorejo boljše prilagoditve ter na koncu učinkoviteje zaključijo rehabilitacijski proces.

Ključne besede:

politravma; potravmatska stresna motnja; medicinska hipnoza; rehabilitacija; zmanjšanje simptomatike

changes related to the changes after the trauma. Because rehabilitation clients are so diverse regarding physical, affective, cognitive and sensory abilities, utilising hypnosis can pose special challenges. The patient's abilities and disabilities must be assessed and integrated into the strategies to use medical hypnosis for trance induction, and the kind of intervention that might be best utilised must be determining. It is important to assess the client's personality structure and his/her suitability for the use of medical hypnosis (indications, contraindications), whereby the rehabilitation goals must be taken into account. Medical hypnosis can be effectively included within a structured psychotherapeutic treatment of trauma. With the help of medical hypnosis, the patient gets the opportunity to review the traumatic event, incorporate the important personal into the events and thus change the explicit and implicit memory of the trauma. In this way, the patient can regain a feeling of control over his/her own body and feelings, thereby feeling safe and effective again. Because the traumatised persons are highly susceptible to hypnosis (depersonalisation, suggestibility), it is very useful to learn self-hypnosis during the last phase of the treatment to gain effective control over the symptoms. It is advisable to integrate the effective and scientifically validated approach of medical hypnosis into the rehabilitation process more often. That would improve the patient's motivation, focus, thoughts and emotional responses, hence improving the patient's adaptation and making the completion of the rehabilitation process more effective.

Key words:

polytrauma; post-traumatic stress disorder; medical hypnosis; rehabilitation; symptom reduction

KLINIČNA SLIKA POTEKA POLITRAVM

V tradicionalni medicini se izraz travma uporablja za opis telesne poškodbe, povzročene z zunanjim vplivom. V 19. stoletju so ta pomen prevzeli v psihiatričnem in nevrološkem raziskovanju in sedaj z njim opisujemo telesno in duševno stanje, ki je povzročeno s hudim in nepričakovanim šokom, nesrečo (1). Izraz travma pomeni telesno poškodbo, hkrati pa ima v psihologiji in psihiatriji tudi pomen duševne ogroženosti, oškodovanosti v doživljanju in odzivanju, ki vključuje bolečino, strah, grozo, zaskrbljenost, napetost in nemoč (1). O politravmi govorimo, kadar ima poškodovanec poškodbe dveh ali več organskih sistemov, od katerih ena ali več poškodb predstavlja neposredno nevarnost za življenje (1). Cilj vseh, ki se ukvarjajo z reševanjem in zdravljenjem takšnih ponesrečencev, je zmanjšati smrtnost na najmanjšo mogočo mero in znižati odstotek in stopnjo oškodovanosti preživelih. Za uspešno oskrbo po-

škodovancev je danes potrebna enotna, terapevtska veriga, ki se prične z urgentno medicinsko pomočjo na kraju nesreče in se zaključuje z rehabilitacijo (1).

Vzroki in razširjenost

Najpogosteje so politravme posledice nezgod v prometu, zastrupitev, padcev, požarov, utopitev, nasilja, vojnih spopadov, samopoškodb in drugih vzrokov, a največji delež hudo poškodovanih je udeleženi v prometnih nesrečah (2). V Svetovnem poročilu (2) tako ugotavljajo, da vsako leto na svetu v prometnih nesrečah umre 1,24 milijonov ljudi in da je od 20 do 50 milijonov ranjenih. Po slovenskih podatkih za leto 2013 (3) je bilo v prometnih nesrečah udeleženi 34.481 oseb, od teh je bilo hudo telesno poškodovanih 708 oseb, z lažjimi poškodbami je bilo 8034 oseb, umrlo pa jih je 125. V primerjavi s kroničnimi boleznimi

se poškoduje nesorazmerno velik delež otrok in mlajših odraslih. Poškodbe so glavni vzrok umrljivosti otrok, mladostnikov in odraslih, mlajših od 45 let (4).

Duševne posledice politravm

Večina travmatskih dogodkov je nenadnih ali nepričakovanih in zato je njihov negativni vpliv na udeležence še intenzivnejši. Odvisno od poškodb (komatozna stanja, poškodbe glave), ki jih ponesrečenec doživi, se kažejo posledice v delovanju posameznikovih kognitivnih sposobnosti (pozornost, spomin, izvršitvene funkcije, jezikovno-govorne in vidno prostorske sposobnosti), čustvenih, vedenjskih in osebnostnih sprememb.

Kako hude bodo posameznikove duševne težave, je običajno odvisno od stvarne ogroženosti in od njegovih subjektivnih zaznav tragičnosti dogodka (5-8). Čustveno travmo pa posameznik doživi, ko se ob dogodku počuti ogroženega, izgubi kontrolo in se ob tem počuti nemočnega (9). Velika večina udeležencev po nesreči doživlja stresne reakcije, kar negativno vpliva na njihovo življenje. Med najpogostejše prve odzive na nezgodo sodita šok (ravnanje udeležencev je nepredvidljivo, nerazumno) in stres (pretresljivi pogledi na poškodovane), in sicer v različnih obsežnostih in intenzitetah. Ob doživetju duševni travmi so pri posamezniku ogrožene osnovne čustvene potrebe po samostojnosti, pripadnosti, zmožnosti, orientaciji. Ekstremni stres in čustvene „poškodbe“ vplivajo na odnos do sveta v psihofiziološkem in psihosocialnem smislu poškodovanca (9). Psihološke težave v prilagajanju na hudo poškodbo so naslednje: depresivni simptomi, fobije, anksiozne motnje, zloraba psihoaktivnih snovi in alkohola, redkeje obsesivne motnje, psihotične reakcije, konverzivni simptomi (8, 10, 11). Psihološke težave, ki sledijo nesreči (12-14), močno vplivajo na posameznikovo okrevanje po nezgodah in izrazito vplivajo na kakovost življenja v socialnem, poklicnem in tudi na drugih, za posameznika pomembnih življenjskih področjih (8, 11, 15).

Akutna stresna motnja

Delež oseb, ki se na nezgode v prometu odzove z akutno stresno motnjo, se giblje med 13 % (16) in 20 % (19). Za postavitev diagnoze morajo biti prisotni naslednji simptomi (17): disociativni simptomi (zamrznitev, depersonalizacija, delna ali popolna amnezija, omrtvelost), podoživljanje stresnega dogodka (prizori nezgode), izogibanje dražljajem, povezanih z dogodkom, simptomi anksioznosti, povečanega vzburjenja (motenj telesnega delovanja, motnje spanja). Po 4 tednih naj bi se stanje stabiliziralo, simptomov je vedno manj, pojavljajo se vedno redkeje in manj intenzivno (7, 14, 18,19).

Potravmatska stresna motnja

Prometne nezgode so na prvem mestu pri nastanku potravmatske stresne motnje (PTSM) v splošni populaciji (6).

Raziskovalci (6, 11, 16) ugotavljajo pojavnost PTSM pri 8 % do 46 % bolnikov z vsemi vrstami poškodb (prometne nezgode, stanja po večjih operacijah), nekateri celo do 70 % (18). PTSM je definirana v Diagnostičnem in statističnem priročniku duševnih motenj (DSM- IV) (17) kot sindrom s prisotnimi tremi skupinami simptomov po doživetju duševni travmi: ponovno doživljanje (spominski prebliski, nočne more, telesne senzacije), izogibanje vse- mu, kar je povezano s travmo (dražljajem, krajem, ljudem, otrplost, odrevenelost, zamrznjenost, izogiba se sodelovanju pri pomembnih dejavnostih, socialnim stikom, zmedi) in pretirana splošna vzburjenost (preobčutljivost, izbruhi jeze, razdražljivost, težave z osredotočanjem pozornosti, težave z nespečnostjo, pretirana previdnost, anksioznost) (7, 11, 14).

Če simptomi trajajo vsaj en mesec po poškodbi ali drugem ogrožujočem dogodku, gre za akutno PTSM in če traja dlje kot tri mesece, velja za kronično (7, 17). Stresni dogodek se usidra v posameznikovo psihosomatsko strukturo, v njegov implicitni spomin in se postopno odraža prek simptomov. Gre za povečano vzburjenje v avtonomnem živčnem sistemu, ki je rezultat stresnega doživljanja v obliki hitrejšega bitja srca, potenja, hitrejšega in bolj plitvega dihanja, povečani vzburjenosti, pazljivosti, mravljinčavosti in v obliki motenj spanja, hranjenja, spolnih disfunkcij in težav s koncentracijo (6, 14, 19). Pri teh osebah so s pomočjo funkcionalne magnetne resonance (fMRI) zaznali vzorec aktivacije v frontalnem režnju in zmanjšano aktivacijo limbičnega predela kot odziv na travmatično doživljanje (20). Tudi za bolnike, ki doživljajo le del simptomov, značilnih za PTSM, je enako pomembno strukturirano izvajanje zdravljenja (21). Tudi v slovenski pilotni študiji (22) ugotavljajo, da so pri huje poškodovanih osebah v prometu prisotni simptomi PTSM 6 mesecev po nezgodi. Ugotavljajo, da sta brezvoljnost in podoživljanje stresne situacije verjetno najpogostejši negativni posledici pri huje poškodovanih osebah v prometu.

Ostali simptomi in čustvene motnje

Ostali simptomi, ki se pogosto pojavijo pri bolnikih po politravmah, so občutki krivde, anksioznost, depresija (27 % do 53,7 % poškodovanih (23, 24)), motnje spomina, amnezija, napadi panike, nezaupanje, agresivnost, sram, razosebljanje, spremembe sistema vrednot, spremembe v duhovnem življenju, psihosomatske bolezni, kompulzivno ponavljanje spomina na nezgodo in poškodbo (ponavljanje travmatskih skriptov), odvisnost od psihoaktivnih snovi, poslabšanje telesnega zdravja in socialnih odnosov itd. (5, 14, 15, 23). Po prometnih nezgodah več kot 36 % oseb trpi za mnogimi motnjami. Čustveno stisko navaja 40 % ponesrečencev, še posebno tisti s hujšimi poškodbami, ki ugotavljajo tudi izjemno povišano izraženost anksioznosti in depresij (25). Somatoformne motnje so spremljevalec ponesrečenih v prometnih in drugih nezgodah pri 1,5 % do 19,5 % (26) oseb, ki pa imajo najboljše napovedi za ozdravljenje z najnižimi stopnjami duševne prizadetosti (27).

Klinično psihološko ocenjevanje

Za oceno vrste in intenzivnosti simptomov PTSM, dodatnih težav in za oceno zdravljenja je pomembna uporaba ocenjevalnih lestvic ali samoocenjevalnih vprašalnikov. Najpogosteje uporabljana diagnostična sredstva so: strukturirani in dobro preverjeni klinično-psihološki intervjuji, Klinično regulirana PTSM lestvica (Clinician-Administered PTSD Scale - CAPS; Blake *et al*, 1995), PTSM lestvica - intervju (PTSD Symptom Scale - Interview version-PSS-I; Foa *et al*, 1993) (28). Zaradi velike pojavnosti težav ob nezgodah so razvite mnoge terapevtske metode, ki vključujejo različne psihoterapevtske pristope (vedenjsko-kognitivna terapija, terapija osredotočena na anksioznost, suportivna terapija, nedirektivno svetovanje, skupinske terapije, desenzibilizacija - EMDR), psihofarmakološka sredstva in njihove kombinacije (21).

KLINIČNA APLIKACIJA MEDICINSKE HIPNOZE

Definicija in značilnosti tehnike medicinske hipnoze

Medicinska hipnoza je najstarejši koncept psihoterapije v zahodnem svetu in se je uporabljala kot zdravniški pristop pri zdravljenju različnih travmatičnih izkušenj, bolečin in anksioznosti pred več kot 200 leti (20). Vsa resna medicinska, psihološka in psihoterapevtska združenja v ZDA in Evropi so v zadnjih desetletjih sprejela hipnozo v medicini, psihologiji in psihoterapiji kot sodobno in uporabno terapevtsko sredstvo ter jo tudi poučujejo na fakultetah (29). Medicinska hipnoza je tehnika ali metoda, ki lahko dopolnjuje različne terapevtske pristope. Hipnoterapija pa je terapevtska metoda, kjer se uporablja hipnotično stanje zavesti kot del psihoterapevtske intervencije, z namenom okrepanosti učinkovitost posameznikove sprejemljivosti za psihoterapijo (30).

Medicinska hipnoza je definirana kot zapleten mentalni fenomen, kot posebno psihološko stanje spremenjene zavesti z določenimi fiziološkimi lastnostmi, za katerega je značilna povečana osredotočena koncentracija in povečana sposobnost za sprejemanje sugestij druge osebe. Rossi (31) je opisal učinkovanje medicinske hipnoze kot koncept „soodvisnega“ (*angl.* state-dependent) spomina, učenja in vedenja“, kjer se informacije, zakodirane v limbično-hipotalamičnem delu možganov, odzivajo kot prenašalci informacij med mislijo in telesom.

Terapevtski proces uporabe medicinske hipnoze pri rehabilitaciji po politravmah

V klinični praksi ugotavljajo, da je potrebno k zdravljenju simptomov akutne stresne motnje in PTSM pristopiti mul-

timodalno: farmakološko, s psihološkimi intervencijami, predelavo interpersonalnega, intrapersonalnega in družinskega sveta posameznika ter ostalih komorbidnih motenj. Ugotovili so, da je lahko pri zdravljenju PTSM hipnoterapija najbolj učinkovita, če se jo uporabi kot del omenjenega multimodalnega pristopa (21,32, 33).

Prav v začetnem obdobju rehabilitacije, ko se bolniki znajdejo v novem okolju, lahko s hipnotskimi intervencijami uspešno vplivamo na proces rehabilitacije (33, 34): krepitev funkcionalne zmožnosti, zmanjšanje senzornih in afektivnih komponent bolečine, povečanje sposobnosti regulacije čustvenih odzivov (anksioznost, strah) zaradi boleznin ali nezmožnosti, krepitev motivacije, izboljšati vzorec spanja.

Osnovni pristopi za uporabo medicinske hipnoze pri zdravljenju PTSM vključujejo: 1. kontrolirano lažji dostop do spomina na poškodbo in čustveno doživljanje in odzivanje; 2. vzpostavitev kontrole nad intenzivnimi občutki in preplavljajočimi fiziološkimi odzivi ob spominjanju na travmo; 3. predelava spominov in njihovega pomena. Pomembno je, da po vsakem zaključenem srečanju terapevt z bolnikom pregleda zaznane spomine, občutke in da skupaj ovrednotita napredek, spremembe, nove poglede. Nato se terapevtsko delo nadaljuje s samohipnozo, ko se osebi krepí občutek nadzora nad travmatičnimi spomini, novo organizacijo zaznav in predvsem v občutku moči in samozavesti za soočanje z novimi situacijami (20, 21).

S pomočjo hipnotične osredotočenosti bolnik predeluje različne detajle travmatične izkušnje in nato glede na novo perspektivo, s katero je med hipnozo doživel in se spominjal dogajanja med travmo, naredi kognitivno prestrukturiranje spominov (20). Hipnotična indukcija in modulacija usklajenega spoznanja ponudi dramatičen dokaz travmirani osebi, da zmora sama regulirati in spremeniti lastne moteče občutke in izkušnje (32).

V rehabilitacijski praksi se medicinska hipnoza uporablja v treh različnih pogojih: 1.) izboljšanje in krepitev motivacije in vztrajanje pri sledenju rehabilitacijskih ciljev; 2.) omogočanje čustvenih in kognitivnih prilagoditev in sprejemanje zmanjšanih zmožnosti zaradi oškodovanosti; 3.) zdravljenje preteklih psiholoških težav, ki se ob travmatičnem dogodku in zmanjšanih zmožnostih še povečajo (34).

Ugotovitve metaraziskav o učinkovitosti medicinske hipnoze v rehabilitaciji

Do leta 2012 je bilo opravljenih najmanj 500 raziskav o učinkovitosti hipnoze, od katerih je 125 dovolj dobro uporabilo metaanalize (33, 44). Učinkovitost hipnoterapije je dokazana (20, 21, 32, 40 - 43) pri blaženju in odpravi akutnih in kroničnih bolečin, stresa, nelagodja pri medicinskih posegih (rak, amputacije, opekline, poškodbe hrbtenjače), porodu, zniževanju generalizirane anksioznosti, napetosti in stresa, sproščanju mišične napetosti, odpravi nespečnosti, spopadanju z odvisnostmi, obvladovanju psihosomatskih težav in pri zdravljenju PTSM.

V Sloveniji se v rehabilitaciji medicinska hipnoza in hi-

pnotične strategije uporabljajo že več kot 30 let (33-39) in uspešno prispevajo k izboljšanju ciljev rehabilitacije, k boljšemu prilagajanju na zmanjšane telesne zmožnosti in z njimi povezane težave. Na podlagi poglobljenega raziskovanja EMG dejavnosti in grobe mišične sile je v Univerzitetnem rehabilitacijskem inštitutu v Soči Pajntar s sodelavci (35, 36, 37) ugotovil, da se z uporabo različnih sugestij v hipnozi lahko spremeni velikost spontane in električno izzvane kontrakcije različnih mišic, da se lahko izzove pozabljen motorični odgovor, okrepi nevromišični odgovor pri električni in spontano izzvani kontrakciji do te mere, da je bila v procesu rehabilitacije vzpostavljena tudi kompletna funkcija uda z okvarami. S sugestijo v hipnozi so do 37-krat povečali mišično moč uda z okvaro (37, 38) in prispevali, da je bila rehabilitacija bolnikov z lumboishialgijo pod vplivom različnih sugestij v hipnozi veliko krajša.

Indikacije in koristi pri uporabi medicinske hipnoze

Pred uporabo medicinske hipnoze je pomembna ocenitev posameznikove osebnostne strukture in simptomatike, s katero se sooča. Glede na skupno postavljene cilje v rehabilitaciji se nato določi vrsta intervencij. Bolniki, ki razvijejo PTSM, so zelo dobri kandidati za hipnozo, saj so z raziskavami ugotovili, da so bolj hipnotizabilni (20, 40) in sugestibilni ter da so zmožni doseči bolj žive, jasne notranje vizualne predstave (21) (simptomi PTSM: disociacija, spominski prebliski, nočne more). Bolniki, ki so pred travmatičnim dogodkom imeli stabilno, urejeno življenje (šolanje, odnosi zaposlitev ...), so pogosto primerni kandidati za hitro zdravljenje (3 enourna terapevtska srečanja). Če te stabilnosti primanjkuje, je v prvi vrsti potrebno terapevtske intervencije usmeriti v ureditev socialnih okoliščin (stabilni vsakdan, širitev socialne mreže) (34). Potrebna je določitev trajanja posameznih terapevtskih ur glede na bolnikove omejitve (telesne omejitve, bolečine, zmanjšan obseg pozornosti). Glavni cilj pri uporabi hipnoze je opolnomočiti bolnika, da doseže nove načine mišljenja in vedenja. Hipnotske intervencije uspešno spreminjajo tudi posameznikove negativne samouresničevalne prerokbe, ki so povezane z napredovanjem v rehabilitaciji (strah pred padcem in bolečino, prepričanje o neuspehu pri razgibanju kolena ...) (21).

Kontraindikacije

Pred poglobljenim terapevtskim procesom je nujno, da terapevt bolnika pouči o možnih pojavih, spremembah, doživljanjih med hipnozo, saj s tem zmanjša anksioznost in napačno razlago doživetega. Pomembno je, da terapevt bolnika opozori na pojav lažnih spominov (21). V primeru, da so bolniki preplavljeni s somatskimi in fiziološkimi odzivi ob spominjanju na travmo in so depresivni, suicidalni ali psihotični, lahko ob terapevtovem nezadostnem poznavanju zakonitosti zdravljenja travme bolnik postane pre-

žet s ponovnim podoživljanjem. Če so spominski prebliski pogosti in pretresljivi, je potrebna velika previdnost in se je bolje izogniti hipnotični indukciji ter uporabiti progresivno mišično relaksacijo (21). Prav tako je ob nezadostni podporni mreži in prenehanju terapevtske obravnave oseba preveč ranljiva zaradi ponovno prebujenih težkih občutij. Terapevti opozarjajo, da lahko hipnoza vpliva na prebuditev spolnih in telesnih zlorab ter sproži pojav določenih tipov disociativnih osebnostnih stanj (45). Ob nestrokovnem vodenju se lahko zgodi, da postanejo bolj sugestibilne osebe zmedene zaradi hipnotičnih navodil ali konfabulirajo spomine, ki jih je sugestiral terapevt (46).

ZAKLJUČEK

Pri celostni rehabilitaciji bolnikov po politravmi je skupen namen izboljšati njihove telesne in psihosocialne zmožnosti. Gre za biopsihosocialni pristop in zato je potrebno tudi zaradi raznolikosti bolnikov in njihovih odzivov na izgube uporabljati različne terapevtske pristope. Primarni prispevek medicinske hipnoze v rehabilitacijo je njen potencial za učinkovito dosego sprememb in pospešeno učenje. Terapevtsko je pomembno, da bolnik zmore kognitivno obvladovati tudi čustvene stiske ob zmanjšanih telesnih zmožnostih; v tem primeru lahko terapevt uspešno uporabi medicinsko hipnozo. Ko v rehabilitaciji bolniki ob različnih intervencijah, npr. ob kognitivno-vedenjskem terapevtskem pristopu, izvajajo tudi samo-hipnozo, pogosto zaznajo sebe kot bolj kompetentne in sposobne. Ob vseh znanstveno potrjenih učinkih uporabe medicinske hipnoze na področju rehabilitacije in ob pozitivnih odzivih s strani bolnikov v rehabilitaciji bi bila njena uporaba priporočljiva pri več terapevtskih praksah psihologov in zdravnikov ter kot integracija z ostalimi terapevtskimi pristopi.

Literatura

1. Frontera WR, Silver JK, Rizzo TD, eds. Essentials of physical medicine and rehabilitation: musculoskeletal disorders, pain, and rehabilitation. 2nd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008.
2. Global status report on road safety 2013: supporting a decade of action. Geneva: World Health Organization; 2013. Dostopno na http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2013/en/ (citirano 19. 1. 2015).
3. Poročilo o delu policije za 2013. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve Republike Slovenije, Policija; 2014. Dostopno na <http://www.policija.si/images/stories/Statistika/LetnaPorocila/PDF/LetnoPorocilo2013.pdf> (citirano 19. 1. 2015).
4. Komadina R, Rok-Simon M. Desetletje gibal 2000–2010 pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije. Zdrav Vestn 2001; 70: 493–5.

5. Mikuš Kos A, Slodnjak V. Nesreče, travmatski dogodki in šola: pomoč v stiski. Ljubljana: DZS; 2000.
6. Blanchard EB, Hickling EJ, Freidenberg BM, Malta LS, Kuhn E, Sykes MA. Two studies of psychiatric morbidity among motor vehicle accident survivors 1 year after the crash. *Behav Res Ther* 2004; 42: 569–83.
7. Cvetek R. Bolečina preteklosti: travma, medosebni odnosi, družina, terapija. Celje: Celjska Mohorjeva družba; 2009.
8. Rakovec- Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja. Maribor: Pivec; 2009.
9. Mende M. Basic emotional needs: a key concept in the assessment and treatment of trauma. *Contemp Hypn* 2010; 27: 95–102.
10. Fitzharris M, Fildes B, Charlton J, Kossmann T. General health status and functional disability following injury in traffic crashes. *Traffic Inj Prev* 2007; 8: 309–20.
11. Chossegros L, Hours M, Charnay P, Bernard M, Fort E, Boisson D, et al. Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder 6 months after a road traffic accident. *Accid Anal Prev* 2011; 43: 471–7.
12. Galovski TE, Veazey C. Surviving the crash: stress reactions of motor vehicle accident victims. 2003. Dostopno na <http://www.giftfromwithin.org/pdf/crash.pdf> (citirano 19. 1. 2015).
13. Kupchik M, Strous RD, Erez R, Gonen N, Weizman A, Spivak B. Demographic and clinical characteristics of motor vehicle accident victims in the community general health outpatient clinic: a comparison of PTSD and non-PTSD subjects. *Depress Anxiety* 2007; 24: 244–50.
14. Ryb GE, Dischinger PC, Read KM, Kufera JA. PTSD after severe vehicular crashes. *Ann Adv Automot Med* 2009; 53: 177–93.
15. Mayou RA, Black J, Bryant B. Unconsciousness, amnesia and psychiatric symptoms following road traffic accident injury. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 540–5.
16. Harvey AG, Brayant RA. The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66: 507–12.
17. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
18. Murray J, Ehlers A, Mayou RA. Dissociation and post-traumatic stress disorder: two prospective studies of road traffic accident survivors. *Br J Psychiatry* 2002; 180: 363–8.
19. Hetzel-Riggin MD, Roby RP. Trauma type and gender effects on PTSD, general distress, and peritraumatic dissociation. *J Loss Trauma* 2013; 18: 41–53.
20. Spiegel, D. Transformations: hypnosis in brain and body. *Depress Anxiety* 2013; 30: 342–52.
21. Ibbotson G. Post-traumatic stress disorder. In: Brann L, Owens J, Williamson A, eds. *Handbook for contemporary clinical hypnosis*. West Sussex: Wiley-Blackwell; 2012. p. 389–412.
22. Areh I, Kepic B. Pogostost in teža duševnih posledic prometnih nesreč. V: Pavšič Mrevlje T, ur. 13. slovenski dnevi varstvoslovja: zbornik prispevkov, Portorož, 7.-8. junij 2012. Dostopno na http://www.fvv.uni-mb.si/DV2012/zbornik/splosna_sekcija/Kepic_Areh.pdf (citirano 19. 1. 2015).
23. McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Early treatment of survivors with clinical symptoms of posttraumatic stress. *Psychol Sci Public Interest* 2003; 4: 69–72.
24. Friebel V, Puhl W. Depresije: prepoznavanje, preprečevanje, zdravljenje. Ljubljana: Slovenska knjiga; 2000.
25. Mayou R, Bryant B. Outcome in consecutive emergency department attenders following a road traffic accident. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 528–34.
26. Delahanty DL, Raimonde AJ, Spoonster E. Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 940–7.
27. Dickov A, Martinović-Mitrović S, Vucković N, Siladji-Mladenović D, Mitrović D, Jovičević M, et al. Psychiatric consequences of stress after a vehicle accident. *Psychiatr Danub* 2009; 21: 483–9.
28. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3: CD003388.
29. Yapko MD. *Trancework*. 4th ed. New York: Routledge; 2012.
30. Writh E, Writh BA. *Clinical practice of hypnotherapy*. New York: The Guilford; 1987.
31. Rossi EL, Rossi KL. *The new neuroscience of psychotherapy, therapeutic hypnosis & rehabilitation: a creative dialogue with our genes*. Los Osos: Rossi&Rossi; 2008.
32. Assen A. *Cognitive hypnotherapy: an integrated approach to the treatment of emotional disorders*. West Sussex: John Wiley; 2008.
33. Pajntar M, Areh I, Možina M. Ali je hipnoza učinkovita pri zdravljenju telesnih in duševnih težav? *Kairos* 2013; 7: 19–31.
34. Appel PR. Clinical hypnosis. In: Wainapel SF, Fast A, eds. *Alternative medicine and rehabilitation: a guide for practitioners*. New York: Demos; 2003. p. 213–44.

35. Pajntar M, Jeglič A, Štefančič M, Vodovnik L. Improvements of motor response by means of hypnosis in patients with peripheral nerve lesions. *Int J Clin Exp Hypn* 1980; 28: 16–26.
36. Pajntar M, Štefančič M, Jeglič A, Vodovnik L, Roškar E, Zajec J, Drugovič M, Vidic A. Hipnoza v rehabilitaciji lokomotornega sistema: hipnoza pri pacientih s perifernimi živčnimi lezijami. [Raziskovalna naloga]. Ljubljana: Zavod za rehabilitacijo invalidov; 1979.
37. Pajntar M, Zajec J, Štefančič M, Drugovič M, Hrovatin B, Vidic A. Hipnoza v rehabilitaciji lokomotornega sistema: hipnoza pri pacientih z bolečino v križu. [Raziskovalna naloga]. Ljubljana: Zavod za rehabilitacijo invalidov; 1979.
38. Pajntar M, Roškar E, Vodovnik L. Some neuromuscular phenomena in hypnosis. In: Waxman D, Misra PC, Gibsom M, Basker MA, eds. *Modern trends in hypnosis*. New York: Plenum; 1982. p. 181–206.
39. Pajntar M. Hipnoterapija danes. *Isis* 2008; 17: 73–6.
40. Bryant RA, Guthrie RM, Moulds ML, Nixon RD, Felmingham K. Hypnotizability and posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Int J Clin Exp Hypn* 2003; 51: 382–9.
41. The nature of hypnosis: a report prepared by a Working Party at the request of The Professional Affairs Board of The British Psychological Society. Leicester: The British Psychological Society; 2001.
42. Flammer E, Bongartz W. On the efficacy of hypnosis: a meta-analytic study. *Contemp Hypn* 2003; 20: 179–97.
43. Jensen M, Patterson DR. Hypnotic treatment of chronic pain. *J Behav Med* 2006; 29: 95–124.
44. American Psychological Association. *Hypnosis today: looking beyond the media portrayal*. Washington: APA; 2012. Dostopno na <http://www.apa.org/topics/hypnosis/media.aspx> (citirano 19. 1. 2015).
45. Oldham JM, Skodol AE, Bender DS. *The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders*. Washington: American Psychiatric Publication; 2007.
46. Malodonado JR, Spiegel D. Trauma, dissociation and hypnotizability. In: Bremner JD, Marmar CR, eds. *Trauma, memory, and dissociation*. Washington: American Psychiatric Press; 2005. p. 57–106.