



Techniki umysł-ciało

- Chantal Berna, PhD, Center for Integrative and complementary medicine, Division of anesthesiology, Lausanne University Hospital, Switzerland.
- Jordi Miró, PhD, Department of Psychology, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Spain.
- Pierre Rainville, PhD, Faculty of Dentistry of the Université de Montréal, Canada.

Czym są techniki umysł-ciało?

Techniki umysł-ciało (*mind-body*) to działania skupiające się na interakcjach pomiędzy mózgiem/umysłem, ciałem a zachowaniem, których celem jest poprawa dobrostanu oraz jakości życia, a które mogą przynosić korzyści dla zdrowia (Garland i wsp., 2019). Niektóre z tych technik obejmują ruch (np. techniki, takie jak pilates, tai chi, joga, terapia tańcem), kontrolę oddechu (np. hipnoza, medytacja, joga) i/lub dotyk terapeutyczny. Wspólną cechą tych technik jest praca ze zdolnościami mózgu oraz umysłu do modulowania funkcjonowania fizycznego lub percepcji ciała oraz dążenie do poprawy stanu zdrowia. Niektóre z tych technik obejmują doświadczanie odmiennych stanów świadomości (np. transu) (Timmermann i wsp., 2023), niezależnie od tego, czy stany te stanowią bezpośrednie narzędzie, stosowane w interwencji (np. hipnoza, medytacja) czy raczej są efektem ubocznym, który może, ale nie musi zostać wykorzystany przez terapeutę (np. w terapii przez sztukę, wizualizacji kierowanej, jodze). Techniki te są zazwyczaj stosowane lub nauczane przez wyszkolonych specjalistów, jednakże ze względu na fakt, że mogą one być wykorzystywane w celu poszerzenia repertuaru strategii radzenia sobie z objawami oraz dbania o siebie, pacjenci zachęcani są do samodzielnej praktyki. Co istotne, mimo że ogółem uznaje się, że potencjalne korzyści technik umysł-ciało wpływają na poprawę ogólnego dobrostanu, rekomendacje dotyczące ich wdrożenia do praktyki klinicznej muszą być oparte na udowodnionej skuteczności oraz, w idealnej sytuacji, na popartych empirycznie teoriach, dotyczących interakcji pomiędzy umysłem a ciałem. Niektóre z tych technik, stosowanych w celu poprawy fizycznego oraz psychologicznego funkcjonowania jednostki, są skupione bardziej na umyśle, tj. na poznaniu oraz emocjach (np. terapia behawioralno-poznawcza, *cognitive behavioral therapy*, CBT), a

na ciele (np. masaż) – techniki te omówiono w pozostałych broszurach informacyjnych.

Mechanizmy działania technik umysł-ciało

Istnieją dwie główne metody ustalania mechanizmów działania technik umysł-ciało w leczeniu bólu. Pierwsza metoda skupia się na badaniu procesów, zachodzących w trakcie samej interwencji umysł-ciało, a jej celem jest zapewnienie szerszych ram pojęciowych, umożliwiających wyjaśnienie, w jaki sposób interwencja może spowodować różnorodne skutki, włącznie ze zmniejszeniem bólu. Druga metoda koncentruje się na wynikach leczenia bólu, zapewniając dodatkowe pomiary, odpowiednie dla procesów leżących u podłoża bólu (np. fizjologicznej aktywności nocyceptywnej, nasilenia stanu zapalnego) oraz umożliwiające ocenę słuszności metody, wykraczającą poza deklarowanie przez pacjentów ulgi w bólu. Naukowe zrozumienie mechanizmów, leżących u podłoża działania technik umysł-ciało, jest wciąż w początkowym stadium, ale na kilku frontach poczyniono znaczące postępy. Biorąc pod uwagę różnorodność technik umysł-ciało, prawdopodobnie żadna pojedyncza, unifikująca teoria naukowa nie wyjaśni ich wszystkich możliwych skutków zdrowotnych. Wiele metod obejmuje skupianie uwagi na odczuciach lub ruchach ciała, w tym oddychaniu, zaangażowanie funkcji wykonawczych mózgu, leżących u podłoża samoświadomości składników umysłu, oraz doskonalenie postawy nieoceniającej, charakterystycznej dla metod opartych o uważność (*mindfulness*) lub innych praktyk kontemplacyjnych (Timmermann i wsp., 2023). Coraz więcej danych sugeruje, że tego typu techniki mogą wpływać na poprawę autonomicznej i hormonalnej odpowiedzi na stres, działania układu immunologicznego, odpowiedzi zapalnej, modulacji epigenetycznej oraz regulacji telomerazy,

a w przypadku intensywnej lub długotrwałej praktyki obserwowano zmiany morfologii oraz funkcjonowania mózgu (Muehsam i wsp., 2017). Dostępne dane dostarczają przekonujących ram teoretycznych, które uzasadniają testowanie skuteczności technik umysł-ciało w leczeniu bólu. Jedną z metod, które zbadano dokładniej na przestrzeni kilku dziesięcioleci, jest hipnoza. Do leczenia bólu zaadaptowano specyficzne techniki hipnozy, poparte przez badania eksperymentalne, analizujące mechanizmy leżące u ich podłoża. Metaanaliza dostarczyła mocnych dowodów na to, że hipnoza zmniejsza odczucie ostrego bólu oraz odpowiedź fizjologiczną, wywołaną przez bodźce nocyceptywne (Thompson i wsp., 2019, Fernandez, Urwicz, Vuilleumier, i Berna, 2022). Funkcjonalne badania obrazowe wykazały, że hipnoza angażuje rejony mózgu stanowiące podstawę kontroli wykonawczej oraz może modulować odpowiedź mózgu na bodźce bólowe (Landry, Lifshitz, i Raz, 2017). W populacjach pacjentów z bólem przewlekłym przeprowadzono mniej badań mechanistycznych, ale dostępne dane ujawniają interesujące, modulujące efekty działania hipnozy w sieci korowo-limbicznej, układzie powiązanym z aspektami emocjonalnymi/motywacyjnymi bólu oraz przyczyniającym się do chronifikacji bólu (Bicego, Rousseaux, Faymonville, Nyssen, i Vanhaudenhuyse, 2022). Powyższe badania dostarczają wiarygodnych mechanistycznych dowodów na to, że techniki umysł-ciało, a w szczególności hipnoza, mogą pomóc w leczeniu bólu przewlekłego.

Dowody kliniczne przemawiające na korzyść technik umysł-ciało w bólu przewlekłym

Techniki umysł-ciało są w praktyce często stosowane w ramach prób samodzielnego radzenia sobie z bólem pomimo ograniczonych dowodów na temat ich korzyści (Lee, Crawford i Hickey, 2014). Należy jednak podkreślić istotną zmienność dostępnych danych, zależnych od konkretnej analizowanej metody terapeutycznej oraz rodzaju leczonego bólu, jak opisano to szczegółowo poniżej. W poniższych akapitach przedstawimy pokrótce kilka najlepiej przebadanych technik, mając na celu ilustrację dostępnych badań, a nie wyczerpanie tematu. Spośród technik umysł-ciało, stosowanych w leczeniu bólu przewlekłego, najsilniej poparte naukowo są hipnoza, medytacja oraz joga. Badania wykazują, że w porównaniu ze standardową opieką, hipnoza może przynieść znaczną ulgę w bólu zarówno u pacjentów dorosłych (Langlois i wsp., 2022; Milling, Valentine, LoStimolo, Nett, i McCarley, 2021; Pathak, Sharma, i Jensen, 2020), jak i pediatrycznych (Tome-Pires i Miro, 2012). Istnieją dowody wskazujące na umiarkowany wpływ na nasilenie bólu u oraz ograniczenie funkcjonowania związanego z bólem u pacjentów z nowotworem złośliwym (Sheinfeld Gorin i wsp., 2012) oraz na nasilenie bólu oraz funkcjonowanie u dorosłych pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawów kolanowych (Selfe i Innes, 2009).

Warto zauważyć, że istnieją wstępne dowody na to, że format grupowy może stanowić skuteczny sposób nauczania hipnozy jako metody postępowania z bólem przewlekłym (McKernan i wsp., 2022). Istnieją także mocne dowody przemawiające za krótkoterminową skutecznością oraz umiarkowane dowody przemawiające za długoterminową skutecznością jogi w przewlekłym bólu krzyża (Anheyer, Haller, Lauche, Dobos, i Cramer, 2022), a także za wpływem jogi na częstość oraz nasilenie napięciowych bólów głowy (Anheyer, Klose, Lauche, Saha, i Cramer, 2020). Dostępne są niskiej jakości dowody przemawiające za tym, że medytacja uważności wiąże się z niewielkim zmniejszeniem nasilenia bólu (Hilton i wsp., 2017), co, przynajmniej w przypadku bólu krzyża, jest krótkotrwałe (Schmidt i Pilat, 2023). Systematyczna praca przeglądowa i meta-analiza technik umysł-ciało stosowanych u pacjentów z bólem przewlekłym leczonych opioidami wykazała umiarkowaną do dużej wielkość efektu zmniejszenia bólu w przypadku medytacji oraz hipnozy (Garland i wsp., 2019). Niedawna systematyczna praca przeglądowa, analizująca badania dotyczące technik umysł-ciało w leczeniu fibromialgii, wykazała pewne niskiej jakości dowody przemawiające za korzystnym wpływem tych technik na odczuwanie bólu, w porównaniu ze standardową opieką (Theadom, Cropley, Smith, Feigin, i McPherson, 2015). Wyniki badań wykazały bardzo niskiej jakości dowody przemawiające za stosowaniem *biofeedbacku*, terapii opartych na relaksacji oraz terapii ruchem, oraz brak korzyści stosowania technik opartych na uważności w porównaniu z odpowiednio dobranymi grupami kontrolnymi, objętymi standardową opieką. Ogółem wielkość efektu dla zmniejszenia bólu mieści się w najlepszym wypadku w umiarkowanym zakresie (Theadom i wsp., 2015). Należy zwrócić uwagę na ważne zastrzeżenia, do których należą wyzwania metodologiczne oraz optymalizacja (patrz *Broszura Informacyjna: Generowanie oraz Ocena Dowodów w Integracyjnym Podejściu do Leczenia Bólu*). Jakość metodologiczna badań może być problematyczna (np. mała liczebność próby) lub opisywana jako taka (np. wymagania całkowitego zaślepienia lub kontroli placebo, jak w badaniach farmakologicznych, chociaż może nie być to w pełni adekwatne [Hohenschurz-Schmidt i wsp., 2023]). Aby określić skuteczność oraz możliwość uogólnienia wniosków w różnych populacjach pacjentów z bólem przewlekłym w przypadku wielu technik umysł-ciało nadal potrzebne są wysokiej jakości dane kliniczne. Należy jednak pamiętać, że brak dowodu skuteczności w odniesieniu do określonego kryterium (np. nasilenia bólu) nie jest dowodem nieskuteczności w ujęciu bardziej globalnym. Na podstawie powyższych danych można zalecić różne techniki umysł-ciało w leczeniu bólu.

Kim są osoby praktykujące techniki umysł-ciało?

Różne osoby mogą być wyszkolone w stosowaniu technik umysł-ciało.

W większości krajów tytuły określające specjalistów w stosowaniu technik umysł-ciało nie są zastrzeżone (tj. każda osoba może określać się jako „hipnoterapeuta” lub „trener uważności”). Dochodzi do stopniowego rozwoju standardów praktyki, nauczania uniwersyteckiego i towarzystw zawodowych, ustalających ścisłe kryteria praktyki. Zalecenia etyczne towarzystw, zrzeszających specjalistów medycznych, rekomendują, żeby nie wykraczali oni poza zakres uzyskanego wykształcenia oraz specjalności (np. kodeks etyczny Międzynarodowego Towarzystwa Hipnozy). W związku z tym jedynie specjaliści dysponujący wiedzą na temat bólu przewlekłego powinni leczyć takich pacjentów za pomocą technik umysł-ciało. Wyznacza to wysokie standardy, ponieważ znalezienie przykładowo terapeuty stosującego jogę, mającego wiedzę dotyczącą bólu przewlekłego, może być trudne w zależności od rejonu. Niemniej celem opieki integracyjnej jest praca na takim poziomie wspólnej wiedzy specjalistycznej lub stopniowe budowanie tej wiedzy poprzez dyskusje skoncentrowane na pacjencie. Powinno się edukować pacjentów, uwzględniając różne poziomy zrozumienia ich stanu zdrowia, oraz wspierać ich w podejmowaniu decyzji, gdy dostępni są różni specjaliści. Na zakończenie, mimo że techniki umysł-ciało uznaje się ogółem za bezpieczne, gdy są wykonywane przez odpowiednio przeszkolonych specjalistów medycznych, istnieje pewne potencjalne ryzyko urazu w przypadku technik wymagających fizycznie (np. postawy w jodze). W ostatnich latach omawiano także zagrożenia dla zdrowia psychicznego, związane z interwencjami opartymi na uważności (Britton, Lindahl, Cooper, Canby, i Palitsky, 2021), chociaż nie w konkretnym kontekście leczenia bólu.

Jak można włączyć techniki umysł-ciało w zintegrowaną opiekę nad pacjentem?

Decyzję o włączeniu technik umysł-ciało do zintegrowanej opieki w leczeniu bólu przewlekłego powinno się oprzeć na dokładnym rozważeniu ryzyka oraz korzyści, w tym potrzeb i preferencji pacjenta (związanych z jego przekonaniami i postawami dotyczącymi bólu przewlekłego i jego leczenia). Przekonywanie pacjentów i/lub rodziny do włączenia tych praktyk lub do ich niewłączenia bez poinformowania ich o ryzyku oraz korzyściach może narazić na szwank relację oraz wyniki leczenia. Dlatego też ważne jest, aby pacjent stanowił część zespołu, który decyduje, jaki wybór jest najlepszy. Ponadto kluczowe jest zaangażowanie pacjenta w podejmowanie decyzji oraz zachęcenie go do raportowania efektów leczenia (pozytywnych i negatywnych), aby można było podjąć nowe, lepsze decyzje oraz by pomóc pacjentowi osiągnąć cele. Mimo że techniki umysł-ciało są powszechnie stosowane w opiece zdrowotnej od dziesięcioleci, ich pełne zintegrowanie w leczeniu bólu, szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, jest dalekie od urzeczywistnie-

nia. Konieczna jest dalsza edukacja oraz szkolenie specjalistów medycznych, aby mogli oni pracować komfortowo oraz bazować na sieci powiązań oraz dialogu pomiędzy zawodami medycznymi. Również wprowadzenie systematycznych zmian, mających na celu zmniejszenie presji związanej z czasem przeznaczonym dla pacjenta oraz ułatwienie zasad refundacji, mogłoby pomóc zminimalizować bariery oraz ułatwić włączenie sprawdzonych technik umysł-ciało do opieki zdrowotnej. Placówki podstawowej opieki zdrowotnej lub kliniki leczenia bólu, stosujące podejście integracyjne, w których w konkretnych, popartych przez EBM wskazaniach w leczeniu bólu oferuje się techniki umysł-ciało, takie jak hipnoza, grupowe praktykowanie uważności lub klasy *qigong*, mogłyby również ułatwić integrację, a także dostępność do tych technik i specjalistów.

Piśmiennictwo

- Anheyder, D., Haller, H., Lauche, R., Dobos, G., & Cramer, H. (2022). Yoga for treating low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 163(4), e504–e517. doi:10.1097/j.pain.00000000000002416
- Anheyder, D., Klose, P., Lauche, R., Saha, F. J., & Cramer, H. (2020). Yoga for Treating Headaches: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Gen Intern Med*, 35(3), 846–854. doi:10.1007/s11606-019-05413-9
- Bicego, A., Rousseaux, F., Faymonville, M. E., Nyssen, A. S., & Vanhaudenhuyse, A. (2022). Neurophysiology of hypnosis in chronic pain: A review of recent literature. *Am J Clin Hypn*, 64(1), 62–80. doi:10.1080/00029157.202.01869517
- Britton, W. B., Lindahl, J. R., Cooper, D. J., Canby, N. K., & Palitsky, R. (2021). Defining and measuring meditation-related adverse effects in mindfulness-based programs. *Clin Psychol Sci*, 9(6), 1185–1204. doi:10.1177/2167702621996340
- Fernandez, A., Urwicz, L., Vuilleumier, P., & Bena, C. (2022). Impact of hypnosis on psychophysiological measures: A scoping literature review. *Am J Clin Hypn*, 64(1), 36–52. doi:10.1080/00029157.2021.1873099
- Garland, E. L., Brintz, C. E., Hanley, A. W., Roosen, E. J., Atchley, R. M., Gaylord, S. A., ... Keefe, F. J. (2019). MindBody Therapies for Opioid-Treated Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2019.4917
- Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., ... Maglione, M. A. (2017). Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 51(2), 199–213. doi:10.1007/s12160-016-9844-2
- Hohenschurz-Schmidt, D., & al. (2023). Recommendations for the Development, Implementation, and Reporting of Control Interventions in Efficacy and Mechanistic Trials of Physical, Psychological, and Self-Management Therapies - The CoPPS Statement. *Br Med J*.
- Landry, M., Lifshitz, M., & Raz, A. (2017). Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neurosci Biobehav Rev*. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.02.020
- Langlois, P., Perrochon, A., David, R., Rainville, P., Wood, C., Vanhaudenhuyse, A., ... Billot, M. (2022). Hypnosis to manage musculoskeletal and neuropathic chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*, 135, 104591. doi:10.1016/j.neubiorev.2022.104591
- Lee, C., Crawford, C., & Hickey, A. (2014). Mind-body therapies for the self-management of chronic pain symptoms. *Pain Med*, 15 Suppl 1, S21–39. doi:10.1111/pme.12383
- McKernan, L. C., Finn, M. T. M., Crofford, L. J., Kelly, A. G., Patterson, D. R., & Jensen, M. P. (2022). Delivery of a Group Hypnosis Protocol for Managing Chronic Pain in Outpatient Integrative Medicine. *Int J Clin Exp Hypn*, 70(3), 227–250. doi:10.1080/00207144.2022.2096455
- Milling, L. S., Valentine, K. E., LoStimolo, L. M., Nett, A. M., & McCarley, H. S. (2021). Hypnosis and the Alleviation of Clinical Pain: A Comprehensive Meta-Analysis. *Int J Clin Exp Hypn*, 69(3), 297–322. doi:10.1080/00207144.202.11920330
- Muehsam, D., Lutgendorf, S., Mills, P. J., Rickhi, B., Chevalier, G., Bat, N., ... Gurfein, B. (2017). The embodied mind: A review on functional genomic and neurological correlates of mind-body therapies. *Neurosci Biobehav Rev*, 73, 165–181. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.12.027
- Pathak, A., Sharma, S., & Jensen, M. (2020). Hypnosis for clinical pain management: A scoping review of systematic reviews. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 5(1), 1–18.
- Schmidt, H., & Pilat, C. (2023). Effects of meditation on pain intensity, physical function, quality of life and depression in adults with low back pain - A systematic review with meta-analysis. *Complement Ther Med*, 72, 102924. doi:10.1016/j.ctim.2023.102924
- Selle, T. K., & Innes, K. E. (2009). Mind-Body Therapies and Osteoarthritis of the Knee. *Curr Rheumatol Rev*, 5(4), 204–211. doi:10.2174/157339709790192512
- Sheinfeld Gorin, S., Krebs, D. B., Badr, H., Janke, E. A., Jim, H. S., Spring, B., ... Jacobsen, P. B. (2012). Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J Clin Oncol*, 30(5), 539–547. doi:10.1200/JCO.2011.370437
- Theadorn, A., Cropley, M., Smith, H. E., Feigin, V. L., & McPherson, K. (2015). Mind and body therapy for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(4), Cd001980. doi:10.1002/14651858.CD001980.pub3
- Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangpani, J., Rouf, R., Solmi, M., ... Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci Biobehav Rev*, 99, 298–310. doi:10.1016/j.neubiorev.2019.02.013
- Timmermann, C., Bauer, P. R., Gosses, O., Vanhaudenhuyse, A., Vollenweider, F., Laureys, S., ... Lutz, A. (2023). A neurophenomenological approach to non-ordinary states of consciousness: hypnosis, meditation, and psychedelics. *Trends Cogn Sci*, 27(2), 139–159. doi:https://doi.org/10.1016/j.tics.2022.11.006
- Torne-Pires, C., & Miró, J. (2012). Hypnosis for the management of chronic and cancer procedure-related pain in children. *Int J Clin Exp Hypn*, 60(4), 432–457. doi:10.1080/00207144.2012.701092
- Wolko, P. M., Eisenberg, D. M., Davis, R. B., & Phillips, R. S. (2004). Use of mind-body medical therapies. *J Gen Intern Med*, 19(1), 43–50. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.21019.x