
Klinisk hypnose – en revitalisering av legekunsten

KRONIKK

HELENE HELGELAND

helene.helgeland@ous-hf.no

Helene Helgeland er ph.d. og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Oslo universitetssykehus. Hun leder Nasjonal kompetansetjeneste for komplekse psykosomatiske tilstander hos barn og unge. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er en av to ledere av et etterutdanningsprogram i klinisk hypnose og kommunikasjon for leger og psykologer som arbeider med barn og unge.

MAREN ØSTVOLD LINDHEIM

Maren Østvold Lindheim er psykologspesialist ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Hun er en av to ledere av et etterutdanningsprogram i klinisk hypnose og kommunikasjon for leger og psykologer som arbeider med barn og unge.

TROND H. DISETH

Trond H. Diseth er professor i barne- og ungdomspsykiatri ved Universitetet i Oslo og avdelingsoverlege ved Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Oslo universitetssykehus. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er bidragsyter til et etterutdanningsprogram i klinisk hypnose og kommunikasjon for leger og psykologer som arbeider med barn og unge.

PER A. BRODAL

Per A. Brodal er professor emeritus i medisin (anatomi) ved Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo, med spesialkompetanse innen nevrobiologi og medisinsk utdanning.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er bidragsyter til et etterutdanningsprogram i klinisk hypnose og kommunikasjon for leger og psykologer som arbeider med barn og unge.

Effekten av hypnose i behandling av flere tilstander er nå så godt dokumentert at hypnose bør inngå som en del av behandlingstilbudet til en rekke pasientgrupper – både voksne og barn. Implementering i klinisk praksis går imidlertid forbausende langsomt.



Illustrasjon: Audun Gjerdi

Vi har i dag økende evidens for at klinisk hypnose er trygg og effektiv behandling av blant annet akutte, langvarige og prosedyrrelaterte smerter, irritabel tarm-syndrom, angst, depresjon og søvnvansker (1–5). Hypnose ser også ut til å øke effekten av andre terapeutiske tilnærminger (6). Som ledd i en sammensatt intervensjon i behandling av for eksempel langvarige smerter kan hypnose være nyttig (6, 7). Videre er lydopptak av hypnoterapisesjoner til egenøvelse vist å være effektiv behandling (8). Det ser også ut til at pasienter som har lært seg hypnoseferdigheter, fortsetter å bruke selvhypnose som ledd i symptomhåndtering og livsmestring (9).

Manglende implementering

Etter vår mening har vi nå så god dokumentasjon på effekten av hypnose i behandling av flere medisinske og psykologiske tilstander at hypnose bør inngå som en del av et etablert behandlingstilbud til mange pasientgrupper i ulike alderssegmenter. Imidlertid går implementeringen i klinisk praksis tregt.

Forklaringen kan være sammensatt. For mange er fenomenet hypnose forbundet med noe mystisk og alternativt – forbeholdt kun få innvidde. Ikke minst har bruken av hypnose som spektakulær underholdning bidratt til misforståelser, som at hypnotisøren har full kontroll over den hypnotiserte, at personer kan hypnotiseres mot sin vilje, og at suggesjoner kan fremkalle handlinger som strider mot den hypnotiseres verdier og moral. Spesielt uheldig er det at nettopp det mystiske ved selve *hypnosetilstanden* blir fremhevet på bekostning av *suggesjon* – som er et gjenkjennelig fenomen for de fleste klinikere.

Videre er både helsepersonell og befolkningen fortsatt preget av den tradisjonelle biomedisinske sykdomsforståelsen som skiller skarpt mellom det fysiske og det psykiske. I et slikt utdatert virkelighetsbilde er det vanskelig å begripe fenomenet hypnose. I tillegg er undervisning om hypnose tilnærmet fraværende på medisin- og psykologistudiet ved norske universiteter, og etterutdanningstilbudet er lite. Konsekvensen er at det i dag mangler helsepersonell med oppdatert kunnskap og kompetanse på fagfeltet. Mange pasienter som kan ha nytte av hypnose, tilbys dermed ikke slik behandling.

Hva er klinisk hypnose?

Klinisk hypnose – eller hypnoterapi – er en relasjonell prosess hvor hypnoseferdigheter benyttes i behandling av medisinske eller psykologiske tilstander (9, 10). Målet er å redusere symptomer og øke pasientens opplevelse av mestring og kontroll (9). Det er vesentlig at hypnosekunnskap og -ferdigheter *integreres* i klinisk praksis og ikke bare blir en instrumentell prosedyre (8, 11).

En hypnotisk tilstand, også kalt transe, defineres gjerne som en spontant oppstått eller indusert bevissthetstilstand med fokusert oppmerksomhet rettet mot noe viktig kombinert med redusert oppmerksomhet mot utenforliggende forhold, og der man samtidig har økt kapasitet for å respondere på suggesjon (9). Suggesjon, det du kommuniserer verbalt og ikke-verbalt til en pasient som er i transe, står sentralt i hypnotisk kommunikasjon og inviterer pasienten til å erfare seg selv eller verden på en ny måte. Suggesjon kan lede til endringer i pasientens sansning, persepsjon, følelser, tanker og atferd (7, 8). En person som responderer på hypnotisk suggesjon, betegnes ofte som hypnotiserbar (7, 9). For å øke personens mottagelighet for suggesjon kan terapeuten hjelpe

pasienten inn i transe ved bruk av spesifikke teknikker (induksjoner) som for eksempel øyefiksering, progressiv muskelrelaksasjon eller veiledede mentale forestillinger (guided imagery) (7).

«Bruken av hypnose som spektakulær underholdning har bidratt til misforståelser, som at hypnotisøren har full kontroll over den hypnotiserte»

Forskning på hypnose er i rask utvikling, og forståelsen av fenomenet utvikler seg parallelt (7, 12). Fremdeles er det mye som må belyses nærmere. Det er for eksempel uklart om effekten av suggesjon er avhengig av om man benytter induksjon og om pasienten er i transe eller ikke (7, 12). Forskere har rapportert sterk korrelasjon mellom personers respons på suggesjon i og utenfor transe, og det er også mulig at effekten av induksjon kan knyttes til økt motivasjon og forventning hos pasienten (12).

Lege–pasient-konsultasjonen

Det er økende oppmerksomhet rundt den terapeutiske effekten av god klinisk kommunikasjon der man bruker grunnleggende prinsipper for hypnose (8, 11). Mange kommer automatisk i en transelignende tilstand – med fokusert oppmerksomhet og økt mottagelighet for suggesjon – idet de kommer inn på legekontoret, innlegges i sykehus, opplever smerter, skal gjennomgå en smertefull medisinsk prosedyre eller behandling, eller får viktig informasjon om bekymringsfulle symptomer (11).

Hva legen, terapeuten, sykepleieren eller biokjemikeren sier til pasienten i det kliniske møtet, kan dermed ha avgjørende betydning for pasientens forventninger til det som skal skje, vurdering av fare, forventninger om kontroll og mestring og dermed også pasientens sykeatferd (8, 11, 13). Det ser for eksempel ut til at effekten av negative suggesjoner («Det er ikke farlig, ikke gråt!») gjør større skade enn positive («Dette går bra, du kan være rolig og trygg!») (11, 13). Å kommunisere manglende forståelse eller anerkjennelse av pasientens opplevelser har også uheldig virkning på forløp av sykdom og symptomer («Vi finner ingen forklaring på smertene dine – de må være psykiske») (13).

«Det er vesentlig at hypnosekunnskap og -ferdigheter integreres i klinisk praksis og ikke bare blir en instrumentell prosedyre»

Kanskje kan man si at det å *endre* pasientens forventninger om forløp av symptomer og sykdom eller opplevelse av kontroll i en gitt situasjon, er en viktig del av behandlingen (11, 14)? I så fall gir legekonsultasjonen en gyllen mulighet. Bevisst bruk av hypnotisk kommunikasjon i lege–pasient-konsultasjonen for å fremme helende krefter i pasienten er, slik vi ser det, et stort og uutnyttet potensial.

I et elegant forskningseksperiment ble det vist at smertens *mening* endret seg fra negativ til positiv hos friske forsøkspersoner gjennom positiv verbal informasjon (suggesjon) gitt før en smertefull prosedyre. Den eneste forskjellen i forskningsoppsettet mellom gruppene som ble sammenlignet, var bruk av positiv versus negativ verbal informasjon («Denne prosedyren er gunstig for musklene dine» versus «Denne prosedyren vil gi deg noe smerter»). Forskerne konkluderte med at «...når meningen med en smertefull erfaring blir endret fra negativ til positiv gjennom (positive) verbale suggesjoner, aktiveres samtidig personens opioid- og cannabinoidsystem, noe som igjen øker personens smertetoleranse» (14). Videre er en persons opplevelse av kontroll rapportert å redusere smerter og ubehag ved akutt oppstått smerte og er assosiert med bedre funksjon ved langvarige smertetilstander (15).

Nevrobiologisk grunnlag

Undersøkelser med funksjonell MR av personer i transe viser aktivitetsendringer i alle de tre kortikale nevralt hovednettverkene – utførelsesnettverket (central executive network), viktighetsnettverket (salience network) og introspeksjonsnettverket (default mode network). Disse er assosiert med henholdsvis eksekutivfunksjoner, viktighet og introspeksjon (16).

To mønstre går igjen blant studiene (16). Det ene gjelder aktivisering av frontale deler av eksekutiv- og viktighetsnettverkene, som er assosiert med oppmerksomhet, eksekutivkontroll og kognitiv overvåking. Det andre mønsteret gjelder deaktivering i fremre deler av introspeksjonsnettverket, som er assosiert med selvrelaterte tanker og intern oppmerksomhet. Grovt sett passer dette med karakteristika ved transe. For eksempel kan deaktivering i deler av introspeksjonsnettverket passe med redusert tankeflukt og automatiske tanker (for eksempel uheldige tankemønstre), mens aktivisering i viktighetsnettverket og deler av eksekutivnettverket kan passe med fokusert oppmerksomhet og redusert avledbarhet. Den mest spesifikke aktiveringen man ser ved hypnose, ser ut til å være begrenset til et lite område i gyrus lingualis, ikke så langt fra synsbarken (16). Dette området er assosiert med mentale forestillinger som utvilsomt er viktige ved hypnose. For øvrig viser undersøkelser av hjerneaktivisering i forbindelse med spesifikke suggesjoner endringer som man ville forvente ut fra suggesjonens art og innhold (16).

«Bevisst bruk av hypnotisk kommunikasjon i lege–pasient-konsultasjonen for å fremme helende krefter i pasienten er et stort og uutnyttet potensial»

Bedømt ut fra utbredelse av aktivitet i hjernenettverk er det ingenting som tilsier at det nevrobiologiske grunnlaget ved transetilstanden skiller seg grunnleggende fra andre mentale tilstander. Funnene fra hjerneskaning har likevel verdi ved å gi en mekanistisk forståelse av spesifikke kognitive prosesser – og derved styrking eller svekking av psykologiske forklaringsmodeller. I et perspektiv som går ut over biologiske mekanismer, sier funnene fra

hjerneskaning ikke så mye mer enn at transe – som alle andre mentale fenomener – har et korrelat i hjernen. Det burde ikke være overraskende. Vi vet fra før at korrelatet for tanker og handlinger er synkronisert oscillerende aktivitet i utbredte hjernenettverk. Likevel brukes funn fra hjerneskaning som «validering av deltageres subjektive respons på hypnose» (17). Her slår altså fremtredende forskere fast at personers opplevelser må valideres av hjerneforskning for å kunne aksepteres som virkelige. En reduksjonistisk tilnærming til komplekse menneskelige fenomener er tydeligvis fortsatt utbredt.

Utdanningstilbudet må bedres

Forfatterne av denne kronikken har alle en sentral rolle i et etterutdanningsprogram i klinisk hypnose og kommunikasjon for leger og psykologer som arbeider med barn og unge (18). Erfaringsmessig erkjenner programmets deltagere raskt at de – mer eller mindre ubevisst – allerede integrerer elementer av hypnose og hypnotisk kommunikasjon i egen klinisk praksis. Systematisk opplæring gir imidlertid økt kunnskap om og ferdigheter i hypnose, bedre forståelse av hvilke pasienter som har nytte av slik behandling samt erfaring med hvordan hypnose *bevisst* kan integreres i klinisk praksis for å fremme god og effektiv behandling til pasientens beste. Vi mener at hypnose gir muligheter til å revitalisere legekunsten.

LITTERATUR

1. Thompson T, Terhune DB, Oram C et al. The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neurosci Biobehav Rev* 2019; 99: 298–310. [PubMed] [CrossRef]
2. Uman LS, Chambers CT, McGrath PJ et al. A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: an abbreviated cochrane review. *J Pediatr Psychol* 2008; 33: 842–54. [PubMed] [CrossRef]
3. Palsson OS. Hypnosis treatment of gastrointestinal disorders: A comprehensive review of the empirical evidence. *Am J Clin Hypn* 2015; 58: 134–58. [PubMed][CrossRef]
4. Shih M, Yang YH, Koo M. A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. *Int J Clin Exp Hypn* 2009; 57: 431–42. [PubMed][CrossRef]
5. Chamine I, Atchley R, Oken BS. Hypnosis intervention effects on sleep outcomes: A systematic review. *J Clin Sleep Med* 2018; 14: 271–83. [PubMed] [CrossRef]

6. Wren AA, Ross AC, D'Souza G et al. Multidisciplinary pain management for pediatric patients with acute and chronic pain: A foundational treatment approach when prescribing opioids. *Children (Basel)* 2019; 6: 33. [PubMed][CrossRef]
7. Jensen MP, Jamieson GA, Lutz A et al. New directions in hypnosis research: strategies for advancing the cognitive and clinical neuroscience of hypnosis. *Neurosci Conscious* 2017; 3: nix004. [PubMed][CrossRef]
8. Häuser W, Hagl M, Schmierer A et al. The efficacy, safety and applications of medical hypnosis: A systematic review of meta-analyses. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 289–96. [PubMed][CrossRef]
9. Kohen DP, Kaiser P. Clinical hypnosis with children and adolescents-What? Why? How?: Origins, applications, and efficacy. *Children (Basel)* 2014; 1: 74–98. [PubMed][CrossRef]
10. Linden JH. Relationship factors in the theater of the imagination: Hypnosis with children and adolescents. *Am J Clin Hypn* 2020; 62: 60–73. [PubMed][CrossRef]
11. Pendergrast RA. Incorporating hypnosis into pediatric clinical encounters. *Children (Basel)* 2017; 4: 18. [PubMed][CrossRef]
12. Lynn SJ, Laurence JR, Kirsch I. Hypnosis, suggestion, and suggestibility: an integrative model. *Am J Clin Hypn* 2015; 57: 314–29. [PubMed][CrossRef]
13. Greville-Harris M, Dieppe P. Bad is more powerful than good: the nocebo response in medical consultations. *Am J Med* 2015; 128: 126–9. [PubMed][CrossRef]
14. Benedetti F, Thoen W, Blanchard C et al. Pain as a reward: changing the meaning of pain from negative to positive co-activates opioid and cannabinoid systems. *Pain* 2013; 154: 361–7. [PubMed][CrossRef]
15. Bräscher AK, Becker S, Hoeppli ME et al. Different brain circuitries mediating controllable and uncontrollable pain. *J Neurosci* 2016; 36: 5013–25. [PubMed][CrossRef]
16. Landry M, Lifshitz M, Raz A. Brain correlates of hypnosis: A systematic review and meta-analytic exploration. *Neurosci Biobehav Rev* 2017; 81: 75–98. [PubMed][CrossRef]
17. Jensen MP, Adachi T, Tomé-Pires C et al. Mechanisms of hypnosis: toward the development of a biopsychosocial model. *Int J Clin Exp Hypn* 2015; 63: 34–75. [PubMed][CrossRef]
18. Lindheim MØ, Helgeland H. Hypnosis training and education: Experiences with a Norwegian one-year education course in clinical hypnosis for children and adolescents. *Am J Clin Hypn* 2017; 59: 282–91. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 30. april 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0098
Mottatt 4.2.2021, første revisjon innsendt 15.2.2021, godkjent 23.2.2021.
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.