

УДК 659.93.39

ГІПНОТЕРАПЕВТИЧНИЙ ПІДХОД У ЛІКУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ: ТЕОРІЯ ТА ПРАКТИКА

Ю. О МЕДВІН, доктор наук в галузі медичної психології, професор

Анотація.

Медвін Юрій Олександрович, *Теоретична орієнтація гіпнотерапевтичного підходу*, 2015, Розглянуто теоретичні основи щодо формування терапевтичного підходу. Досліджено метод гіпнозу, картасису і метод гіпноаналізу. Приведено теоретичний досвід практиків цієї методики. Підведено теоретичну базу для практики сучасної гіпнотерапії в Україні.

Аннотация.

Медвин Юрий Алексеевич, *Теоретическая ориентация гипнотерапевтического подхода*, 2015, Рассмотрены теоретические основы в формировании гипнотерапевтического подхода. Исследован метод классического гипноза, метод картасиса и метод гипноанализа. Приведен теоретический опыт практиков этих методик. Подведена теоретическую базу для практиков современной гипнотерапии в Украине.

Abstract.

Medvin Yuri Oleksiyovich, *Theoretical orientation hypnotic therapeutic approach*, 2015, Viewed the theoretical foundations in shaping of the hypnotherapeutic approach. Studied classical hypnosis method, the cathartic method and the method of hypnoanalysis. Analyzed the theoretical experience of practicing these techniques. Summed up the theoretical basis for the practice of modern hypnotherapy in our country.

Постановка проблеми. Схематично слід розрізняти терапію за допомогою гіпнозу і терапію під гіпнозом. Перша, у формі короткочасних або тривалих сеансів, ґрунтується на лікувальній ефективності гіпнотичного стану як такого. Існує також тенденція виявляти подібність між гіпнозом і сном не тільки у фізіологічному, але і в психологічному плані, зокрема у психоаналітиків. Бренман (1951 рік) слідом за Фрейдом вважає, що з психологічної точки зору гіпноз може бути в якійсь мірі уподібнений сну. Беллак (1955 рік) розглядає гіпноз як окремий випадок самовиключення функції «я», що має місце і у сні. У гіпнозі відбувається те, що виникає при автоматичному завданні, топологічна регресія в підсвідоме. При автоматичному завданні функція пізнання частково зберігається, а в гіпнозі вона спрямована на гіпнотизера [2].

Вирішення цієї проблеми є в наш час надзвичайно актуальним. Дослідження зміненого стану свідомості проводяться в рамках різних наукових напрямків - загальної та соціальної психології, психіатрії, педагогіки, антропології, тощо. У багатьох країнах світу ініційовані наукові програми з вивчення зміненого стану свідомості.

Серед них - глобальний проект "Міжнародне дослідження змінених станів свідомості" (ISASC), деякі розробки Інституту інтегрального розвитку Есален (США), тощо. Регулярно проходять конференції та симпозиуми, присвячені даній проблемі.

Механізм терапевтичного ефекту пояснюється по різному залежно від теоретичних поглядів різних шкіл. Представники Павловської школи заявляють, що мова йде про тривале гальмування, психоаналітики кажуть про регресію і інстинктивне відновлення (компенсацію, винагороду), тощо. П.Шильдер і О.Каудерс (1926) вважають, що психічне оброблення, якому людина піддається під час гіпнотичного сеансу, має більше значення, ніж фізична дія сну [4].

Теоретичні основи. Термін гіпнотерапія означає терапію, яка здійснюється за допомогою гіпнозу. Гіпноз є лише інструментом, який використовується для проведення різних видів терапії. Людина в стані гіпнозу усвідомлює все, що відбувається навколо неї, і зберігає повний контроль. Така терапія в значній мірі використовує пряме навіювання, спрямоване на зняття симптомів. Це терапія «покривала», що має своєю метою так

зване лікування перенесенням. Гіпнотерапія – це не тільки лікування з допомогою гіпнозу, це будь-яка форма психотерапії, у межах якої використовуються стан зміненої свідомості, або гіпнотичний транс. Гіпнотерапія включає ряд специфічних прийомів, що звичайно не використовуються, коли пацієнти знаходяться в цілком свідомому, негіпнотичному стані [1].

Лікування хвороб за допомогою навіювань практикувалось протягом всієї історії людства. Однак першим сучасним гіпнотерапевтом прийнято вважати Антона Месмера. У сорокові роки ХІХ століття Джеймс Есдейл провів в Індії понад тисячі хірургічних операцій, використовуючи гіпноз як єдиний засіб знеболювання. Джон Елліотсон і Джеймс Бред в Англії використовували гіпноз в лікуванні різних захворювань. У Франції з'явилися експериментальні роботи про терапевтичні цінності гіпнозу, авторами яких були А. А. Льебо, Іполіт Бернгейм і Ж.М. Шарко. Їх ідеї надихнули Зігмунда Фрейда.

Під час Першої світової війни така терапія застосовувалася Георгом Зіммеlem в Німеччині і Дж. Хедфілдом в Англії для лікування військових неврозів, а під час Другої світової війни Джон Уоткінс просунув цей підхід далі в лікуванні бойового шоку. Мілтон Еріксон розробив комплексні підходи у використанні гіпнотичної сугестії для лікування різних розладів. Хірурги та анестезіологи часто знаходять його корисним для контролю больового синдрому, розслаблення тривожного хворого, зняття післяопераційної депресії і контролювання нудоти. Хворі в стані гіпнозу більш охоче переносять неприємні діагностичні процедури - бронхоскопію, гастроскопію і ректороманоскопію, тощо [2].

Терапевтичний ефект прямого гіпнотичного навіювання вчені визначають, як те, що терапевтична ефективність базується здебільшого на глибоких несвідомих потребах суб'єкта, які можуть бути активізовані в його відносинах з терапевтом в процесі гіпнозу. Гіпнотичні техніки застосовують у

власній практиці і психологи, і лікарі в груповій та індивідуальній формах психотерапії. При цьому медичний та психологічний підходи до гіпнотерапії мають спільні теоретичні засади, але різну методологію. Тривалий гіпнотичний сон протягом декількох днів і навіть декількох тижнів використовувався Жанет (1923) у Франції, Ветерштрантом (1899) у Швеції, Ван Рентергом (1907) в Голандії, Шильдером і Каудерсом (1926) в Австрії. Російські автори практикують сеанси, що тривають від 1 години до 18 годин на добу і супроводжуються терапевтичним навіюванням [6,7].

У багатьох клінічних роботах повідомляється про успіхи гіпнотерапії в лікуванні таких розладів, як енурез, кусання нігтів, заїкання, куріння, булімія і ожиріння. Комбінація гіпнозу з методами поведінкової терапії дає більш високий результат, ніж ізольоване застосування модифікації поведінки або сугестії. Такі розлади особистості, як соціопатія і наркотична або алкогольна залежності зазвичай вважаються такими, що не піддаються гіпнотичному лікуванню. Гіпноз особливо варто застосовувати при лікуванні амнезії і розладів множинної особистості. Однак, цей метод рідко використовується при лікуванні психозів, хоча деякі лікарі повідомляють про успіхи.

Мистецтво гіпнотерапевта полягає у вмінні формулювати навіювання у відповідності з мотиваційними потребами пацієнта (як свідомими, так і несвідомими). Навіювання можуть бути простими і прямими або носити складний характер. Крім того, вони можуть бути розраховані на негайний ефект або на поступове поліпшення у постгіпнотичному стані. Під гіпнозом пацієнти часто повідомляють про сновидіння. Крім того, вони дають більш деталізовані описи сновидінь, про які мало що можуть згадати у звичайному стані свідомості.

Гіпнотерапія завдяки своїй здатності надавати силу спонукань, створювати або анулювати дисоціації, ініціювати фантазії, стимулювати спогади і викликати повторне

переживання минулого досвіду, дає можливість проявити більше гнучкості у досягненні цілей лікування. Часто також використовують еріксонівський гіпноз. Еріксонівський гіпноз - особливий «недирективний» підхід до індукції гіпнотичного трансу і його терапевтичного використання. Він, як правило, здійснюється в рамках короткотермінової стратегічної (орієнтованої на конкретну мету) психотерапії, розробленої М. Еріксоном. При цьому використовується модель наведення трансу, заснована на взаємодії і співробітництві між пацієнтом і гіпнотерапевтом. Застосовуються гнучкі, адаптивні стратегії досягнення стану зміненої свідомості: психотерапевт спочатку слідує за поточною поведінкою пацієнта, а потім, непомітно, все більше починає ним керувати, поступово вводячи в гіпнотичний транс [7].

На стадії індукції трансу і в ході терапевтичної утилізації трансових станів широко використовуються непрямі сугестії: послідовність прийняття, ілюзія вибору, складні складові і негативні парадоксальні навіювання, пресупозиції, трюїзми, алузії, контекстуальні навіювання, метафори та інше.

Еріксонівський підхід суттєво підвищує сприйнятливості пацієнтів до гіпнозу, дозволяє уникнути або витончено обійти опір, який нерідко виникає у суб'єкта при використанні директивних, традиційно-одноманітних методів гіпнотизації, а також прямих імперативних навіювань, орієнтованих на зняття хворобливого симптому або зміну поведінки. Е.Россі і М. Еріксон описали «мікродинаміку» трансу, що складається з п'яти послідовних стадій, які на практиці часто переплітаються між собою [8].

1. Фіксація уваги, коли гіпнотерапевт фіксує і утримує свідомо увагу пацієнта (на якому-небудь предметі, звуках, тілесних відчуттях чи уявних картинах).

2. «Депотенціалізація» свідомих прогнів, тобто зміна психічного функціонування в бік

гіпнотичного. Наприклад, на цій стадії використовують прийоми, що викликають замішання (конфузію), шляхом порушення звичного ходу думок пацієнта, що викликає розгубленість і здивування, відволікає і плутає свідомість.

3. Запуск безсвідомого пошуку - важливий момент, що передує власне терапевтичній роботі в трансі. Для цієї мети гіпнотерапевт використовує особливу дисоціативну мову, що дозволяє розділити свідомі і несвідомі процеси.

4. Терапевтичні інтервенції, засновані на непрямих сугестіях, активізують неприємність пацієнта, яка є для нього найважливішим джерелом ресурсів у вирішенні емоційних і поведінкових проблем. При цьому відбувається реорганізація у психіці пацієнта.

5. На цій стадії психотерапевт, поряд з продовженням терапевтичного впливу, відстежує будь-які зміни, що відбуваються у пацієнта, підтверджуючи їх і даючи зрозуміти, що все йде так, як і повинно йти. Ратифікація дозволяє підтримувати необхідну для успішної роботи глибину трансу. Після завершення терапевтичної інтервенції гіпнотерапевт здійснює реорієнтацію пацієнта і виведення його з гіпнотичного стану [6].

З метою визначення ефективності гіпнотерапевтичного впливу за методикою, запропонованою нами, була проведена кореляція змінних, отриманих після гіпнотерапії з такими до гіпнотерапії. Результати цього дослідження представлені у наступній таблиці (Див. Табл. 1.).

Як видно з даних таблиці № 1, гіпнотерапія за даною методикою з великою статистичною значущістю ($p < 0,001$) виявилась ефективною у подоланні пацієнтами таких диссоціативних розладів як амнезія, fuga та інші розлади особистості. При цьому найвища ефективність спостерігалась по відношенню до диссоціативної амнезії і далі за убиванням до fugи і до розладів особистості. При сумарній гіпнотерапевтичного ефекту по відношенню до всіх диссоціативних розладів було отримано найвищий рівень доведення позитивного впливу гіпно-

терапії ($r = -0,395796$ при достатньому для достовірності рівні $r = -0,126704$). Була досліджена також ефективність авторського комплексу гіпнотерапевтичних заходів по відношенню до розладів адаптації. Виявилось, що найвища ефективність цих заходів спостерігалась по відношенню до розладів адаптації з елементами тривожності. Менш виражений ефект зафіксовано по відношенню до розладів адаптації з елементами подавленого настрою. Сума згаданих розладів була подолана з ефективністю на межі достовірності. Розлад адаптації з елементами поведінки не піддався дії гіпнотерапії на статистично значущому рівні. У той же час гіпнотерапія виявилась високоефективною щодо розладів адаптації з порушенням емоцій. Оцінка ефективності гіпнотерапії по відношенню до усієї групи розладів адаптації продемонструвала надзвичайно високий рівень позитивного впливу ($r = -0,565312$ у порівнянні з достатнім рівнем $r = -0,126704$). Поставлено також завдання оцінити статистичну значущість впливу гіпнотерапії по відношенню до групи соматичних хворобливих станів. Встановлено, що гіпнотерапія несуттєво, але завжди позитивно впливає на такі хвороби: гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, ожиріння, ревматоїдний артрит, цукровий діабет, порушення менструального циклу та хронічні болі. Нажаль, оцінити дію гіпнотерапії на симптоми менопаузи та проблеми з імунітетом не вдалось, оскільки у відповідях респондентів були лише нулі (яка жінка визнає у себе наявність симптомів менопаузи, тим більше чоловіку гіпнологу?). Що ж до проблем імунітету, то вони не надто очевидні, щоб їх могла розрізнити не підготовлена спеціально людина. У той же час, загальний позитивний для здоров'я вплив на всю названу групу соматичних захворювань виявився високо статистично значущим ($r = -0,257709$; $p < 0,001$). Перед дослідженням було поставлено завдання оцінити контингент респондентів, які побажали пройти гіпнотерапію, а також тих, які такої згоди не дали. Такі дані дозволяють прогнозувати дії та їх мотиви у респондентів щодо даного виду лікування (оздоровлення). Ре-

зультати цих досліджень представлені у наступній таблиці (Див. Табл. 2.). Аналіз даних щодо контингенту респондентів, які відмовились від проходження сеансів гіпнотерапії виявив наступне. Таблиця демонструє, що чим більший вік респондента, тим менше імовірності отримати відмову від гіпнотерапії, хоча статистично це підтверджується слабо. Стать також не є важливим чинником для вирішення цього питання. Але обидва названі критерії мають негативне числове вираження, яке сприяє позитивному відношенню респондента до гіпнотерапії. Особливо суттєве, навіть полярне, значення має критерій одруженості респондента. Не одружені респонденти проявляють на високому рівні статистичної значущості негативне відношення до гіпнотерапії, в той час, як одружені, так само достовірно, але зацікавлені у такому лікуванні. Особливо негативно сприймають пропозицію пройти гіпнотерапію особи, що не мають роботи, ті, що мають незакінчену середню освіту, особи, що мають середньомісячний дохід нижчий за 5000 грн та студенти. Отже на перший план у незгоді виступає недоотримання достойного освітнього статусу та низький матеріальний статус респондентів. Серед критеріїв спадковості та навколишнього середовища, найбільш вагомим виявився саме критерій спадковості, як і сума останніх 3-х критеріїв, справив найнегативнішу дію щодо сприйняття респондентами гіпнотерапії, як ефективного і корисного методу оздоровлення. Цікаво, що при оцінці характеристик тих респондентів, які позитивно віднеслись до ідеї гіпнотерапії, виявилось, що особи, заробітна платня яких нижча за 5000 грн або вища за 15000 грн однаково негативно сприймають гіпнотерапію, у той час як особи з доходом від 5000 до 10000 грн/міс достовірно позитивно відповіли на цю пропозицію. Позитивне відношення до гіпнотерапії продемонстрували на хорошому статистичному рівні домогосподарки. На позитивнее рішення респондентів не вплинули ні шкідливі чинники зовнішнього середовища, ні спадковість, ні соціальні негаразди, а також сума балів по цих трьох показниках.

Таблиця 1.
Ефективність гіпнотерапевтичного впливу при дисоціативних розладах та соматичних хворобах (число пар = 400***; респондентів = 200**)

Факторіальні показники	Види дисоціативних розладів			
	Амнезія	Фуга	Розлади особистості	Сума балів по 3 розладах
	Коефіцієнт кореляції Пірсона			
Гіпнотерапія	-0,357815*	-0,331792*	-0,258295*	-0,395796*
	Розлади адаптації з елементами:			
	тривож-ності	подавленого настрою	тривож-ності і подавленого настрою	порушення поведінки
Гіпнотерапія	-0,311276*	-0,196324*	-0,123371*	-0,086572
	Розлади адаптації з елементами:			
	порушення емоцій		за сумою балів по 5 видах порушень	
Гіпнотерапія	-0,219077*		-0,565312*	
	Гіпертонія		Бронхіальна астма	
Гіпнотерапія	-0,075149		-0,051074	
	Ожиріння		Анорексії	
Гіпнотерапія	-0,098018		-0,145743*	
	Ревматичний артрит		Мігрень	
Гіпнотерапія	-0,001418		-0,120783*	
	Головний біль від стресу		Цукровий діабет	
Гіпнотерапія	-0,175050*		-0,079815	
	Порушен. менструацій		Симптоми менопаузи	
Гіпнотерапія	-0,038996		Усі «0»	
	Ідіопатична аменорея		Хронічні болі	
Гіпнотерапія	-0,030954		-0,059988	
	Проблеми імунітету		Сума балів	
Гіпнотерапія	Усі «0»		-0,257709*	

*/ Коефіцієнти кореляції, які підтверджують достатню статистичну значимість зв'язку ($p < 0,05$)

**/ Критичні значення коефіцієнта кореляції при 200 парах: $r(0,05) = 0,167298$; $r(0,02) = 0,186592$; $r(0,01) = 0,186826$.

***/ Критичні значення коефіцієнта кореляції при 400 парах: $r(0,05) = 0,126704$; $r(0,02) = 0,137286$; $r(0,01) = 0,137626$.

Таблиця 2.
Зв'язок між частотою респондентів, які відмовились від гіпнотерапії та характеристиками респондентів (респондентів = 200)

Коефіцієнт кореляції Пірсона (200 пар)		
Респонденти, які відмовились від гіпнотерапії (відмова = 1; згода = 0)		
Вік респондента	Стать	Не одружені
-0,131648	-0,097308	0,274975*
Одружені	Вдівці	Розлучені
-0,209844*	0,024893	-0,057234
Незакінч. сер. освіта	Незакінч. вища освіта	Вища освіта
0,290393*	-0,152344	-0,120251
Не мають роботи	Стабільна зарплатня	Приватне підприємство
0,418266*	0,046718	-0,102968
Домогосподарки	Пенсіонери	Студенти
-0,169942*	0,103214	0,269269
Дохід < 5000 грн/міс	5000 – 10000 грн/міс	10001 – 15000 грн/міс
0,191501*	-0,095279	-0,091189
> 15000 грн/міс	Шкідливе середовище	Спадковість
-0,066161	0,141269	0,326564*
Соціальні негаразди	Сума 3-х останніх чинників	
-0,021817	0,221138*	

Респонденти, які не відмовились від гіпнотерапії		
Вік респондента	Стать	Не одружені
0,063057	-0,196672*	-0,006594
Одружені	Вдівці	Розлучені
-0,110423	0,021788	0,196093*
Незакінч. сер. освіти	Незакінч. вища освіта	Вища освіта
-0,055649	0,057465	0,003479
Не мають роботи	Стабільна зарплатня	Приватне підприємство
-0,053970	-0,003556	-0,241071
Домогосподарки	Пенсіонери	Студенти
0,242681	-0,002474	0,038549
Дохід < 5000 грн/міс	5000 – 10000 грн/міс	10001 – 15000 грн/міс
-0,118812	0,194960	-0,153712
> 15000 грн/міс	Шкідливе середовище	Спадковість
0,046174	0,048251	-0,050879
Соціальні негаразди	Сума 3-х останніх чинників	
0,140028	0,093041	

Висновки та перспективи подальших досліджень. Гіпноз - це метод, що відкриває доступ до безмежних ресурсів глибинного несвідомого, потенціал якого можна застосувати для поповнення ресурсів фізичної сили і здоров'я, емоційних режимів саморегуляції, зміни мотивації поведінки, тощо. Гіпнотерапія дозволяє коригувати багато сфер свідомості людини та активізувати ресурси, що дозволяють перемогти стреси і хвороби, відкрити творчий потенціал і активізувати приховані можливості розуму. Гіпноз являє собою процес одночасної концентрації і розслаблення, близький до стану сну, при якому, все ж таки, зберігається можливість підтримки контакту з гіпнотерапевтом. В основі гіпнотерапії лежить звуження свідомості, послаблення активності певних функцій людського організму при збереженні звичного функціонування інших.

Гіпнотерапевтичний підхід потребує подальшого дослідження та вдосконалення методів його реалізації. Під час симптоматичної психотерапії гіпноз може використовуватися у групі. При виборі треба враховувати потенцію ефекта групи, як цільного, і установки кожного пацієнта групи. Можливі індивідуальні навіювання в умовах групи. Метод розроблений М. Еріксоном і полягає в особливій техніці недирективної гіпнотизації, що використовує мову образів у системі широкого кола лінгвістичних, невербальних і режисерських прийомів. Сама концепція гіпнозу як

передачі образів і широко розповсюдженого у повсякденному житті явища принципово відрізняється від класичних концепцій гіпнозу. М. Еріксон та його послідовники використовували цей метод в найширшому діапазоні показників та віку. Останнім часом цей метод отримує все більш широке поширення. Еріксоніанський гіпноз - один з небагатьох методів дійсно інтегральної психотерапії, що використовує всі теоретичні підходи і об'єднуючу медичну і психологічну моделі. Досвід М. Еріксона став однією з основних баз для розробки нейролінгвістичного програмування.

Література:

1. Бохонкова Ю. Можливості корекції особистісних чинників соціально-психологічної адаптації // Соціальна психологія. - 2005. - № 2 (10). - С.45-54
2. Гончаров Г. А. Суггестия: теория и практика / Гончаров Геннадий Аркадьевич. – М. : «КСП», 2005. – 320 с.
3. Зозуля Т.В. «Основи соціальної і клінічної психіатрії». – М: Москва, 2001. – 224с.
4. Карвасарський Б. Д. Психотерапевтична енциклопедія. - С.-Пб.: Пітер, 2001. – С. 146-153.
5. Началджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности.– Ереван: АН Арм. ССР, 2003. - 262 с.

6. Поляков Г. Ю. История валидизации гипно-коррекционных методов в работе психолога / Г. Ю. Поляков // Молодой ученый. – 2011. – № 9. – С. 186 – 189.
7. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Рашит Джаудатович Тукаев. – М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.
8. Шерток Л. Гипноз: Пер. с франц. — М: Медицина, 2002. – С. 188-191.