

УДК 659.871.90

АНАЛІЗ ДАНИХ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ГІПНОТЕРАПІЇ ЯК ОСНОВНОГО МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ.

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

Анотація.

Медвін Юрій Олексійович. *Аналіз даних при використанні гіпнотерапії як основного методу корекції розладів адаптації. 2015.* Розглянуто теоретичні засади гіпнотерапії, гіпнозу та адаптаційних розладів. Ми розглянули, яким чином аналізуються дані при гіпнотерапевтичних методах корекції адаптаційних розладів. Ми розглянули аналіз даних при використанні гіпнотерапевтичних методах корекції адаптаційних розладів. Для того, щоб діагностувати адаптаційні розлади необхідно розподілити інформацію про респондентів на певні категорії. Частота незалежних змінних так само аналізується, значущість дисперсії для залежних і незалежних змінних також була врахована. Статистична значущість впливу факторіальних змінних на результуючі виміри за допомогою коефіцієнта кореляції Пірсона. Інформація з історії хвороби респондентів також враховується.

Аннотация.

Медвин Юрий Алексеевич. *Анализ данных при использовании гипнотерапии как основного метода коррекции расстройств адаптации. 2015.* Рассмотрены теоретические основы гипнотерапии, гипноза и расстройств адаптации. Мы рассмотрели, каким образом анализируются данные при гипнотерапевтических методах коррекции расстройств адаптации. Мы рассмотрели анализ данных при использовании гипнотерапевтических методов коррекции адаптационных расстройств. Для того, чтобы диагностировать адаптационные расстройства необходимо распределить информацию о респондентах на определенные категории. Частота независимых переменных так же анализируется. Статистическая значимость влияния факториальных переменных на результирующие измерена при помощи коэффициента корреляции Пирсона. Информация по историям болезни респондентов также учитывается.

Abstract

Medvin Yuri Oleksiyovich *Data analysis as the result of using hypnotherapy as the main method of correction of adjustment disorder, 2015.* The theoretical bases of hypnotherapy, hypnosis and adaptive disorders. We examined the process of analyzing data collected from the results of hypnotherapy of adjustment disorder.

Were viewed data analysis when using the method of hypnotherapy. To diagnose adaptation disorders it is needed to process the information on certain categories of respondents. The frequency of independent variables analyzed in the same way, the significance of dispersion of the dependent and independent variables were also included. Information on case history of the respondents was also considered. Statistically significant effect on the resulting factorial variables measured using

Постановка проблеми. У сучасний період, особливо в умовах кризи у суспільстві, відзначається неухильне зростання непсихотичних форм психічної патології, в основному за рахунок збільшення захворюваності невротичними розладами (Ю. А. Александровський, 2000; О. К. Напрєєнко, 2001; Н. Г. Пшук, 2001; В. В. Кришталь, 2001; І. Й. Влох, 2002). Так, з початку теперішнього століття до нашого часу число хворих на невротичні розлади в 15-ти економічно найбільш розвинутих країнах світу зросло з 2,4 до 148,1 випадків на 1000 населення (збільшилось у 61,7 рази) (Л. К. Хохлов, А. А. Шипов, 2000). Причина цього зростання у поєднанні особливостей життя, характерних для країн розвинутого промислового та науково-технічного рівня з високими показниками інформаційного потоку індивідуально значимої інформації, прискоренні темпу життя, порушенні біологічних добових ритмів, міграції населення, лінгвістичній депривації, зниженні біологічної ак-

тивності та насамперед — рухової (М. М. Хананашвили, 1978, 1983), а також у зростанні числа міжособових конфліктах (сімейних, вікових, побутових, службових), негативних емоцій, що виникли на базі незадоволення біологічних потреб, зіткнення емоційно значущих особистісних стосунків, в життєво значимій ситуації (В. Н. Мясищев, 1960; К. Leonhard, 1971; J. R. Ewalf, 1979; D. Klein, 1981; М. А. Jenike, 1983; П. В. Симонов, 1984; R. E. Kendell, 1987; В. С. Підкоритов, 1989; Б. Д. Карвасарский, 1990; Н. О. Марута, 1995, 1997; F. Lolas, 1996; S. A. Montgomery, 1996; І. Д. Піріна, 2000; Т. Т. Сонник, 2001; І. О. Бабюк, 2001).

Одним з найважливіших критеріїв здоров'я є адаптаційні можливості організму, а найбільш частою моделлю перенапруження регуляторних механізмів і зниження адаптаційних можливостей – емоційний стрес. Систематичне невдоволення результатами соціальної діяльності, невпевненість і безвихідь у вирішенні постав-

лених завдань, брак часу, зумовлена соціальними нормами поведінка нерідко призводять до того, що сучасна людина відчуває відсутність душевного спокою й емоційної рівноваги.

Від адаптаційних ресурсів особистості залежить рівень реагування на стреси.

Правильно відібрана діагностика та правильний аналіз даних при використанні гіпнотерапії як основного методу корекції розладів адаптації є актуальним питанням у сучасній психологічній науці.

Теоретичні основи. Гіпнотерапія – це галузь клінічної та особистісно-орієнтованої психотерапії, яка має найдавнішу історію і являє собою надання психотерапевтичної допомоги пацієнту (клієнту) за допомогою гіпнозу. В основі гіпнозу лежать механізми навіювання (сугестії) та самонавіювання (аутосугестії). Гіпнотерапію часто називають сугестивною або гіпносугестивною психотерапією. Іноді поняття «гіпноз» тлумачать як особливий психічний стан, а не як метод гіпнотерапії [1].

У глибокому гіпнозі створюються необхідні передумови для усунення фобій, які важко відтворити. До них відносяться нав'язливі страхи очікування, нещастя, захворювання, смерті і т. д. У серії сеансів хворому навіюється образ впевненої в собі людини. Корисно додаткове навіювання нічних сновидінь, де хворий бачить себе вільним від страхів. Реалізація цих сновидінь є сприятливим прогностичним ознакою. Остаточне усунення страхів досягається при наступних обговореннях з хворим і перебудові його відносин.

Гіпноз створює сприятливі умови для тренування на певному етапі лікування деяких функціональних систем організму, наприклад для вироблення умовного рефлексу на чисту мову, довільної регуляції дихання при нападах бронхіальної астми і т. п. За допомогою гіпнотерапії усувається умовно-рефлекторна дія патологічних домінант, нормалізується сон, зменшуються прояви церебральної астенії і поліпшується вегетативна регуляція організму.

Загальносоматичні і нейровегетативний спектр дії гіпнотерапії пояснює її ефект при супутній неврозу невропатії. Можна навіть стверджувати, що чим більше психологічно детермінований невроз, тим менш виражений ефект гіпнотерапії, оскільки вона не усуває невротичний конфлікт і порушені відносини. Більш того, при вираженому конфлікті і спробах згладити гіпнотерапією

актуальні особистісні проблеми вона заздалегідь приречена на невдачу.

Транквілізатори, призначувані одночасно з гіпнотерапією, можуть покращувати входження в гіпнотичний стан, але сповільнюють вироблення умовних реакцій на навіювання, тому при наявності відповідних показань їх краще застосовувати до або після неї.

Обґрунтованість застосування гіпнотерапії є запорукою її успішності.

Особливий інтерес для психотерапії являє гіпнокатарсис — виявлення в стані гіпнозу раніше випробуваних і згодом амнезійованих переживань. Він корисний у тих випадках, коли не вдається розкрити характер психічної травми, частково відбивається в поведінці хворого, у змісті його сновидінь і фантазій. Етично продумане відтворення психічної травми в гіпнозі не супроводжується колишньої гостротою переживань зважаючи зорового характеру її сприйняття, природного «знос» в пам'яті, захисного реагування хворого та психотерапевтичної обстановки проведення сеансу. Ослаблений характер повторних переживань страху становить основу лікувального, десенсибілізуючого ефекту гіпнокатарсиса. Розтин базисного страху дозволяє більш направлено побудувати процес подальшої психотерапії і добитися в ній кращих результатів [5].

Гіпноз називають королівською короною психотерапії. І це тому, що при ретельному аналізі з'ясовується, що ті моменти техніки психологічного консультування, які дійсно працюють, викликають у клієнта гіпнотичний трансний стан. Жодна з технік не обходиться без звернення клієнта до глибин власного внутрішнього досвіду, до спогадів або уявлень. У цей момент у людини спонтанно розвивається так званий повсякденний (або побутовий) транс, і саме цей трансний стан дозволяє переструктурувати психічний досвід, змінити сприйняття тих чи інших фактів, позбавитися від внутрішніх обмежень, вирішити внутрішні конфлікти, зрозуміти куди і як йти по життю, як взаємодіяти з тією чи іншою людиною або як поміняти принципи взаємодії з іншими людьми, зі Світом в цілому. Гіпнотерапія дає людині шанс, жити повноцінно щасливим життям, життям цілісної гармонійної особи.

Гіпнотерапія, знаючи механізм змін, безпосередньо звертається до трансного стану та підсилює його, розширює, розвиває і навчає людину використовувати унікальний природний механізм навчання у трансі.

Основне завдання терапевта в сесії гіпнотерапії – розкрити можливості людини, активізувати його ресурси, навчити його використовувати весь свій досвід, регулювати свій внутрішній стан і розвивати свій творчий потенціал. Саме тому люди, які пройшли курс гіпнотерапії, досягають не тільки тих результатів за якими приходили на консультацію (досягнення упевненості в собі, примирення з близькими людьми, регулювання емоційного стану, позбавлення від депресії і так далі), але і отримують додаткову активізацію творчого потенціалу, креативності, винахідливості та кмітливості.

За останні десятиліття саме поняття «адаптаційні розлади» набуло широкого поширення в психіатрії. Ця діагностична категорія була вперше введена в DSM-III, проте найбільше розроблення отримала в наступних класифікаціях хвороб [3]. У МКБ-10 порушення адаптації віднесені до розладів, пов'язаних зі стресом [3].

Для виникнення і розвитку розладів адаптації необхідна наявність емоційно-стресового впливу, причому стресова ситуація не обов'язково повинна носити надзвичайний для даної особистості характер чи загрожувати життю особистості, її фізичному та психічному благополуччю. Були зроблені спроби виділяти типові

стресові події, які можуть призводити до порушення процесів психічної адаптації. До них відносять зміни життєвого побуту, підвищені фізичні та емоційні навантаження, розрив значущих особистих відносин, розлучення з близькими, зміна соціального статусу, деякі види нозогенних реакцій у соматичних хворих [3].

Отже, ми можемо сказати, що головною рисою даних розладів є психологічна реакція на конкретний стрес-чинник чи групу стрес-чинників, що в свою чергу призводить до виникнення певних симптомів.

Математичний аналіз даних переконливо свідчить про наявність у гіпнотерапії не тільки суто психологічних, але і потужних біологічних терапевтичних механізмів, що мають характер інтегрованого патерну. Однак він не пояснює відмінностей ефективності гіпнотерапії, психотерапії неврозів.

Дані про пацієнтів з розладами адаптації заповнюються відповідно до їх розповіді про себе. У цій роботі аналізуються частотні характеристики незалежних змінних. Дані про пацієнта з розладами адаптації з його історії хвороби, також можуть бути взяті до уваги (Див. Табл. 1)

Таблиця 1
Розподіл респондентів відповідно зі шкалою розладів адаптації,
де N = 200 і n = 31

РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ					
	N=200	n=31			Загальний бал
Види розладів	Шкала				
	Не характерно для мене	Характерно для мене на низькому рівні	Характерно для мене на середньому рівні	Характерно для мене на високому рівні	
Розлади адаптації з тривогою	126	62	4	8	200
Розлади адаптації з пригніченим настроєм	105	78	7	10	200
Розлади адаптації з тривогою і з пригніченим настроєм	111	81	2	6	200
Розлади адаптації з порушеннями поведінки	107	90	0	3	200
Розлади адаптації зі змішаними порушеннями емоцій і поведінки	75	120	1	4	200

Як бачимо з таблиці 1, незначна кількість респондентів відповіла «Характерно для мене, на високому рівні».

Отже по цій шкалі: 8 респондентів з 200 відповіли в категорії «Розлади адаптації з тривогою»; 10 з 200 відповіли в категорії «Розлади адаптації з пригніченим настроєм»; 6 з 200 відповіли в категорії «Розлади

адаптації з тривогою і з пригніченим настроєм»; 3 з 200 відповіли в категорії «Розлади адаптації з порушеннями поведінки»; 4 з 200 відповіли в категорії «Розлади адаптації зі змішаними порушеннями емоцій і поведінки». Загалом 31 респондент із 200 опитуваних мали після діагностики розлади адаптації (Див. Табл. 2. і 3.).

Таблиця 2а

Зв'язок між факторіальними показниками та частотою розладів адаптивності у респондентів (кількість пар = 200)

Факторіальні показники	Види розладів адаптації		
	З тривогою	З подавленим настроєм	З тривогою та подавленим настроєм
	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
Вік	-0,195086*	-0,195086*	0,088268
Стать	-0,009684	-0,009684	-0,035372
Незаміжня, Неодружений	0,151707	0,151707	-0,123015
Одружені	-0,054228	-0,054228	0,105035
Вдовці	-0,115302	-0,115302	-0,013354
Розлучені	-0,006507	-0,006507	0,006847
Незакінчена середня освіта	0,142736	0,142736	0,013588
Незакінчена вища освіта	0,175125*	0,175125*	-0,125899
Вища освіта	-0,295786*	-0,295786*	0,112973
Без роботи	-0,042560	-0,042560	-0,076853
Стабільна зарплатня	-0,077678	-0,077678	0,083901
Приватне підприємство	0,011895	0,011895	-0,076843
Домогосподарки	-0,103002	-0,103002	0,096010
Пенсіонери	0,004702	0,004702	0,034269
Студенти	0,124625	0,124625	-0,083863
Дохід: <5000 гр	-0,104176	-0,104176	-0,154743
5000 -10000 гр	-0,044925	-0,044925	0,096690
10001- 15000 гр	-0,006194	-0,006194	0,081858
>15000 гр	-0,051768	-0,051768	0,039709
Середовище	0,481242*	0,481242*	-0,050578
Спадковість	0,238800*	0,238800*	-0,025098
Соціальні чинники	0,338567*	0,338567*	-0,035583
Сума балів	0,641552*	0,641552*	-0,067426

Як видно з таблиці 2а, зі збільшенням віку частота розладів адаптації з елементами тривоги, з подавленим настроєм та з порушенням поведінки окремо достовірно знижується. При цьому дані по розладах з подавленим

настроєм і в 1 повторюють дані, отримані по зв'язках між результуючими і факторіальними чинниками у осіб з розладом адаптації з елементами тривоги.

Таблиця 2б

Зв'язок між факторіальними показниками та частотою розладів адаптивності у респондентів (кількість пар = 200)

Факторіальні показники	Види розладів адаптації		
	З порушенням поведінки	Зі змішаними порушеннями емоцій	За сумою балів по 5 розладах адаптації
	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
Вік	-0,250685*	0,023168	-0,154015
Стать	-0,048775	-0,122753	-0,232313*
Незаміжня, Неодружений	0,274975*	0,106595	0,207759*
Одружені	-0,158348*	-0,140521	-0,183972*
Вдовці	-0,064011	0,105737	-0,025792

Розлучені	-0,057234	-0,015502	0,054137
Незакінчена середня освіта	0,156818*	0,030414	0,177106*
Незакінчена вища освіта	-0,024108	-0,144688	-0,083773
Вища освіта	-0,120251	0,096035	-0,078484
Без роботи	0,301920*	0,288356*	0,299399*
Стабільна зарплатня	-0,054842	-0,008741	-0,042558
Приватне підприємство	-0,102968	-0,027889	-0,157306*
Домогосподарки	-0,070561	-0,040047	0,068340
Пенсіонери	-0,038175	-0,006085	-0,048613
Студенти	0,269269*	0,100971	0,149165
Дохід: <5000 грн	0,143020	0,082507	0,036464
5000 -10000 грн	-0,069317	-0,053933	0,056626
10001- 15000 грн	-0,057415	-0,014534	-0,116123
>15000 грн	-0,066161	-0,038741	0,012545
Середовище	-0,031010	-0,049876	0,299875*
Спадковість	-0,015388	-0,024749	0,148803
Соціальні чинники	-0,021817	-0,035089	0,210969*
Сума балів	-0,041340	-0,066491	0,399768*

Основним контингентом, чутливим до даної патології є особи віком 20-39 років. Але розлади адаптації з елементами тривоги і подавленим настроєм у одній особі не виявились чутливими до чинника віку. Це свідчить про певну біомеханізменну неспорідність або конкурентність цих двох елементів психіки. Виявлена високо достовірна ($p < 0,001$) обернена залежність від віку частота розладів поведінки. Тобто з віком частота випадків даної патології падає. Показник розладів емоцій, за нашими даними не залежить від віку ($p > 0,05$). Залежність від віку у сумарної частоти усіх 5 різновидів розладів межує з достовірністю і може розглядатись як тенденція оберненого зв'язку ($p < 0,1$ але $> 0,05$). Кожен з п'яти розладів окремо недостовірно залежить від статі респондентів. Але сумарні дані свідчать, що всі вони частіше зустрічаються у жінок ніж у чоловіків ($p < 0,001$). Нашарування тривоги та подавленого настрою оволодівають особами з незакінченою середньою освітою (на рівні тенденції, $p < 0,1$ але $> 0,05$), але особливо з незакінченою вищою освітою ($p < 0,001$). Дуже цікаві дані отримані відносно осіб неодружених, у яких ризик розладів адаптації з порушеннями поведінки та по всіх 5 різновидах достовірно вищий за такий у одружених. Більше того, у одружених він суттєво падає. Отже, одруження можна розглядати як важливий профілактичний захід щодо ризику більшості розладів адаптації. Частота розладів адаптації не залежить від станів розлучення чи втрати близької людини (чоловіка чи дружини). Але трохи дивує вектор падіння частоти розладів у вдівців, якщо його приймати до уваги на фоні недостовірних відмінностей. Виявилось, що майже гарантією не захворіти на розлади адаптації з елементами тривоги та подавленого настрою є вища освіта ($p < 0,001$). Менш вираженим виявився (недостовірним) зв'язок між частотою розладів поведінки, розладів з порушеннями емоцій і перебуванням у категорії осіб з вищою освітою ($p > 0,05$). Надзвичайно високий ризик розладів поведінки та розладів емоцій спостерігається у групі дорослих осіб, що не мають роботи ($p < 0,001$). Отже забезпечення населення роботою є одним з вагомих чинників профілактики розвитку диссоціативних розладів поведінки та розладів емоцій. І дійсно, серед осіб, які мають стабільну заробітну платню ризик будь-якого розладу падає майже до нуля. Те ж саме спостерігається і

в групі осіб, які працюють у приватних підприємствах, а за сумою балів по всіх 5 видах розладів, навіть, спостерігається достовірна протидія їх виникненню ($p > 0,05$). Домогосподарки та пенсіонери не виявили жодних переваг за частотою виникнення диссоціативних розладів. А от студенти виявились високо достовірною групою ризику щодо виникнення розладів поведінки. Дохід жодним чином не вплинув на частоту всіх 5 розладів і на їх суму. Але найближче (на рівні слабкої тенденції) підійшла до ефекту збільшення частоти розладів група осіб з розладами поведінки з доходом нижче 5000 грн/міс. Серед усіх факторіальних чинників найпотужнішими щодо збільшення ризику розладів з елементами тривоги, подавленого настрою та за сумою усіх розладів виявились шкідливі чинники зовнішнього середовища, спадковість та соціальні негаразди ($p < 0,001$) та їх сумарна дія ($p < 0,0001$). Розлади з порушенням поведінки та емоцій виявились нечутливими до цієї групи чинників ($p > 0,05$).

Схема лікування адаптаційних розладів — три цикли по 10 сеансів в кожному з місяцем перерви для простеження динаміки. Загальна кількість сеансів — 30. На додаток можна сказати про те, що ті респонденти, які не мали бажання піддати себе гіпнотерапевтичним методам лікування, не зазнали значного поліпшення в своєму стані, хоча якісь зміни були зафіксовані, очевидно, за рахунок витoku часу.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Гіпнотерапія – це галузь клінічної та особистісно-орієнтованої психотерапії, яка має найдавнішу історію і являє собою надання психотерапевтичної допомоги пацієнту (клієнту) за допомогою гіпнозу.

Питання терапії та діагностики розлади адаптації, безумовно, вимагають подальшого вивчення та дослідження. Необхідні клінічні дослідження, спрямовані на розробку ефективних методів терапії даних розладів. З урахуванням можливості несприятливого перебігу цих розладів їх своєчасна і адекватна терапія є перепорою для розвитку більш важкої психічної патології. Головним завданням гіпнотерапії в лікуванні розладів адаптації є виявлення причин цих розладів.

Ми розглянули аналіз даних при використанні гіпнотерапевтичних методах корекції адаптаційних розладів. Для того, щоб діагностувати адаптаційні розлади необхідно розподілити інформацію про респондентів на певні категорії. Частота незалежних змінних так само аналізується, значимість дисперсії для залежних і незалежних змінних також була врахована. Інформація з історії хвороби респондентів також враховується.

Дані були класифіковані в таблиці, щовідображають картину розподілу, частоти і рівня значущості змінних зі статистичною ймовірністю.

Література:

1. Балл Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологи личности
// Вопросы психологии .- 1989. — №1. — С. 92 – 100.
1. Бохонкова Ю. Можливості корекції особистісних чинників соціально-психологічної адаптації // Соціальна психологія. — 2005. — № 2(10). — С.45-54
2. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. Санкт-Петербург – Москва – Харьков – Минск: „Питер”, 1999. – 528 с.
3. Гончаров Г. А. Суггестия: теория и практика / Г. А. Гончаров– М. : «КСП», 1995. – 320 с.
4. Захаров А. И. Неврозы у детей и их психотерапия. – СПб.: СОЮЗ, 2000. – 336 с.
5. Началджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности.–Ереван: АН Арм. ССР, 1988. — 262 с.
6. Морозов П.В. «Психиатрия и психофармакотерапия» журнал им. П. Б. Ганнушкина — рецензируемый научно-практический журнал – 2012. – № 6, Т. 14. – С. 18-23.
7. Поляков Г. Ю. История валидизации гипнокоррекционных методов в работе психолога / Г. Ю. Поляков // Молодой ученый. – 2011. – № 9. – С. 186 – 189.
8. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Рашит Джаудатович Тукаев. – М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.
9. Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – № 6, Т. 14. – С. 18-23.