

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

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

Анотація

Медвін Юрій Олексійович, *Аналіз даних при використанні гіпнотерапії як основного методу корекції диссоціативних розладів, 2015*, Розглянуто теоретичні засади гіпнотерапії, гіпнозу та диссоціативних розладів. Повідомлено, яким чином аналізуються дані при гіпнотерапевтичних методах корекції диссоціативних розладів. Для того, щоб аналіз даних пацієнтів з диссоціативними розладами був можливий, пропонується з'ясувати інформацію про респондентів та розподілити їх на певні категорії. Проаналізована також частота незалежних змінних, розрахована значимість дисперсії для залежних і незалежних змінних. Була врахована інформація з історії хвороби респондентів з диссоціативним розладом. Аналіз даних був класифікований в таблицях, які детально показують картину розподілу, частоти і рівня значущості змінних зі статистичною ймовірністю.

Аннотация

Медвин Юрий Алексеевич, *Анализ данных при использовании гипнотерапии как основного метода коррекции диссоциативных расстройств, 2015*, Рассмотрены теоретические основы гипнотерапии, гипноза и диссоциативных расстройств. Мы рассмотрели, каким образом анализируются данные при гипнотерапевтических методах коррекции диссоциативных расстройств. Для того, чтобы анализ данных пациентов с диссоциативными расстройствами был возможен, необходимо выяснить информацию о респондентах на определенные категории. Частота независимых переменных так же анализируется, значимость дисперсии для зависимых и независимых переменных также было учтено. Информация по истории болезни респондентов с диссоциативными расстройствами также была учтена. Анализ данных был классифицирован в таблице, которые подробно показывают картину распределения, частоты и уровня значимости переменных со статистической вероятностью.

Abstract

Medvin Yuri Oleksiyovich, *Data analysis using hypnotherapy as the main method of correction dissociative disorders, 2015*. The theoretical bases of hypnotherapy, hypnosis and dissociative disorders. We examined how the data are analyzed at hypnotherapy correction method dissociative disorders. To analyze the data of patients with dissociative disorders it is necessary to find out information on certain categories of respondents. The frequency of independent variables analyzed in the same way, the importance of dispersion dependent and independent variables were also included. Information on history of dissociative disorders respondents also has been taken into account. Data analysis were classified in the table that detailed picture of the distribution, frequency and level of significance of variables with a statistical probability

Постановка проблеми. Психічне здоров'я та психосоціальне благополуччя належать до найважливіших проблем сьогодення. Психічні розлади входять до десяти основних причин інвалідності населення, а в останні десятиріччя ще й відмічається ріст частоти нервово-психічних захворювань у популяції. Тому в сучасній теоретичній та практичній медичній науці все більше уваги приділяють вивченню цих станів (Б. Д. Карвасарский, 1990; Ю. А. Александровский, 1992; І. Й. Влох, 1995; В. В. Кришталь, 1999; С. Є. Казакова, 2001; R. Jenkins, 1990 та ін.).

Ефективність лікування невротичних розладів визначається успішністю соціальної адаптації, а вона не можлива без аналізу виходу з даної патології. Відновлення якості життя пацієнтів з

неврастенією та диссоціативними невротичними порушеннями можливе лише на підставі комплексного розуміння їхнього захворювання, в тому числі вивчення їх виходу.

Актуальність досліджень у даному напрямі обумовлена тим, що в наш час збільшилась кількість людей з такими розладами. У той же час науковий спадок містить надто мало праць щодо вдосконалення підходів до діагностики та терапії диссоціативних розладів. Крім того, до сьогодні залишається ціла низка питань щодо методики лікування даних станів.

Теоретичні основи. Гіпноз здавна знаходить своє застосування при лікуванні неврозів. За І. П. Павловим (1951), гіпноз як перехідний стан від неспання до сну являє собою штучно викликане захисне гальмування. Н. А. Аладжалова, В. Є. Рож-

нов, С. Л. Каменецький (1976) бачать у цьому гальмуванні особливу форму перероблення інформації, відмінну від сну і неспання.

Недовіра і негативне ставлення до гіпнозу нерідко говорить про паранояльні і тривожно-недовірливі риси характеру самого хворого і деяких фахівців. Іноді родичі вимагають використання тільки гіпнотерапії, яка очікується як «диво», здатне миттєво вилікувати людину і змінити його характер в бажану для них сторону. Нерідко за подібним ставленням ховаються прагнення уникнути відповідальності за виникнення захворювання у близької людини, авторитарність або невротичний стан. Гіпнотерапія – це, насамперед, засіб зміцнення організму, підвищення тонуусу і захисних сил, що створює необхідні передумови для одужання. Не даються обіцянки вилікувати хворого до певного дня і сеансу, так як у нього може розвинути страх не виправдати очікувань і вимог лікаря, що само по собі здатне нейтралізувати ефект гіпнотерапії. Вказується на можливість проведення при необхідності ще кількох менш тривалих курсів гіпнотерапії, які дозволять не тільки закріпити досягнуті результати, а й розвинути їх, використавши зрослі потенції організму. Практика показує, що батьки, які вимагають гіпнозу для своїх дітей, часто мають потребу в ньому самі, тому їм надається необхідна медикamentозна та психотерапевтична допомога, включючи паралельний курс гіпнотерапії.

Деякі діти і дорослі бояться гіпнозу, який представляється як щось здатне змінити їх особу, трансформувати «я». У більш широкому плані це говорить про страх гетеровпливу, примусу, психологічного зараження, що має в своїй основі невротичний страх зміни «я». Звідси випливає і страх глибокого гіпнозу зі сноподібною зміною свідомості. Даний страх виражається в боязні заснути і не прокинутися, в чому відбивається не тільки страх смерті, але й страх втратити у сні «я», свою самостійність і свободу, тобто прокинутися і бути іншим, не таким, яким би хотілося бути. Як правило, особи, що бояться гіпнозу, погано засинають увечері, по-

боюючись кошмарних сновидінь, в яких вони безсилі перед обличчям нової небезпеки. Усім цим пояснюються труднощі входження в гіпнотичний стан, які іноді зустрічаються, але саме завдяки цим труднощам вдається зменшити страх зміни «я», оскільки десенсибілізуючим значенням володіє неодноразово відтворений «гіпнотичний досвід» пацієнта, який виступає як модель нового, але принципово зворотнього і, головне, лікувального стану.

Ускладнює гіпнотерапію занепокоєння хворого. Страх коригуються до гіпнотерапії. Перешкоджають гіпнотерапії загальмованість хворого, відсутність віри в себе і песимізм. Ці небажані явища повинні бути усунені в процесі попередньої індивідуальної психотерапії. Те ж відноситься і до зняття гостроти психомоторної збудливості і гіперактивності, тому що в протилежному випадку вимушене обмеження рухів під час сеансу створює напругу і перешкоджає засвоєнню навчання. У підлітків можливий опір лікуванню або пасивність, якщо гіпнотерапія застосовується занадто рано, замінюючи спілкування з лікарем і обговорення проблем.

Гіпнотерапія неефективна не тільки при вираженому страху гіпнозу, але і при протопатичній тривозі, агресивності, невротичних, і патохарактерологічних явищах. Вона протипоказана при наявності істеричних проєкцій і рентних установок, схильності до конфабуляції і гіпнагогічних галюцинацій[3].

Дехто з фахівців вважає, що диссоціативні розлади — це не «справжня» хвороба. Дослідження з даної проблеми говорять нам про протилежне. Даний вид розладів є хворобою, яка вимагає професійного лікування [5].

Нижче наводимо різновиди диссоціативних розладів:

- диссоціативна амнезія;
- диссоціативна fuga;
- диссоціативний ступор;
- транс і одержимість;
- диссоціативні рухові розлади;

- диссоціативна конвульсія;
- диссоціативна анестезія або втрата чуттєвого сприйняття.

Для виникнення згаданих вище розладів важливу роль відіграють такі чинники, як біологічні, психологічні та соціальні.

До біологічних чинників вчені відносять спадковість і конституціональні особливості особистості. Важливу роль віддають і перенесеним захворюванням, частіше ці розлади припадають на кризові періоди життєдіяльності людини, вік препубертату і пубертату, а також на клімактеричний період.

До психологічних чинників належать демонстративні риси в преморбіді, перенесені в дитинстві психічні травми і позбавлення, підвищена сугестивність і сексуальна дисгармонія в подружніх відносинах. Крім того, психологія диссоціативних розладів включає механізм умовної приємності і бажаності симптому — особистість отримує завдяки своїй хворобі якийсь вигравш. Таким чином, симптоми цієї хвороби можуть сприяти, наприклад, утриманню поруч об'єкта кохання.

До соціальних чинників належить диссоціативне виховання – це різні вимоги матері і батька до дитини, також прагнення особистості до рентної установки.

Виникає і закінчується диссоціативний стан раптово. Ці розлади рідко знаходяться під наглядом, за винятком спеціально розроблених способів взаємодії або процедур, таких як гіпноз. Зміна або зникнення диссоціативного стану може обмежувати тривалість цих процедур.

Всі типи диссоціативних розладів мають тенденцію до ремісії через кілька тижнів або місяців, особливо, якщо їх виникнення було пов'язане з травматичними життєвими подіями. Можуть розвиватися іноді більш поступово і хронічні розлади, особливо паралічі і анестезії, якщо початок був пов'язаний з нерозв'язними проблемами або розстроєними міжособистісними взаємозв'язками. Диссоціативні стани, які існували

у людини протягом 1-2 років до звернення до психіатра, часто резистентні до терапії.

Перед виконанням гіпнотерапевтичних методів корекції диссоціативних розладів аналізуються певні дані про стан клієнта, а саме: проводиться опитування при яких клієнт дає відповіді на відкриті питання опитувальника, для детального вивчення проблематики. Крім питань про здоров'я, клієнти відповідали на питання про вік, рівень освіти та на інші питання. Клієнти отримали повне і детальне пояснення про гіпнотерапію. Історії хвороби були проаналізовані відповідно до клінічного підходу та містили такі аспекти:

- Біо-дані.
- Основні скарги клієнта та його близького оточення.
- Тривалість та прогресивність симптомів.
- Історія хвороби сім'ї.
- Дані про попереднє лікування.
- Персональна історія (про звички, про сферу діяльності, роботу, про сімейний стан).
- Запропоновані процедури лікування.
- Результати лікування.
- Висновки.

Наводимо основні підходи до аналізу даних про пацієнтів з диссоціативними розладами. Для того, щоб аналіз даних пацієнтів з диссоціативними розладами був можливий, необхідно розподіляти відповідну інформацію про респондентів на певні категорії. Аналізується частота незалежних змінних. Повинна бути врахована значимість змін, які відбуваються в результаті гіпнотерапії. Повинна бути врахована інформація з історії хвороби респондентів з диссоціативними розладами.

Для розрахунку необхідного числа респондентів за одиницю спостереження була прийнята особа респондента, що була зарахована до вибіркової сукупності. Необхідну кількість респондентів у вибірковій сукупності для визначення зв'язків між факторіальними та результативними змінними ро-

зраховували за формулою, запропонованою Д. Септлієвим:

$$n = [(9-18'r^2 + 9'r^4)/D^2]$$

де r — коефіцієнт кореляції;

D — гранична похибка, яку вважаємо допустимою з урахуванням мети дослідження.

Гніздові попередні дослідження дозволили виявити, що коефіцієнт кореляції між окремими показниками визначався на рівні 0,215 і 0,440. Для рівня граничної похибки 0,05 і $r = 0,44$ шуканий показник становить 140 випадків, а для 0,01 і $r = 0,215$, відповідно, 200. При досягненні необхідної кількості спостережень подальше накопичення первинних матеріалів було припинено. Цими розрахунками була доведена достатня репрезентативність використаної вибірки.

За іншою методикою для розрахунку чисельності вибірки можна скористатися формулою:

$$n = (t^2 \cdot d^2 \cdot N) / (D^2 \cdot N + t^2 \cdot d^2)$$

де n — необхідне число спостережень;

t — показник кратності похибки, що пов'язаний з ймовірністю (приймається 1,96 або біля 2, для рівня $p = 0,05$ і 2,58 або 2,6 — для рівня $p = 0,01$);

d^2 — показник варіювання (дисперсія) — середній квадрат відхилень (за поточними даними коливань факторіальних та результуючих показників — $d^2 = 802 = 6400$);

D — допустимий розмір можливої похибки (враховуючи значну природну розбіжність даних, характерну для показників психічного стану, приймається 15);

N — число одиниць спостереження в обстежуваній групі (чисельність генеральної сукупності — у нашому дослідженні — 3500 респондентів).

$$n_1 = (1,96^2 \cdot 6400 \cdot 3500) / (15^2 \cdot 3500 + 1,96^2 \cdot 6400) = 106$$

$$n_2 = (2,58^2 \cdot 6400 \cdot 3500) / (15^2 \cdot 3500 + 2,58^2 \cdot 6400) = 180$$

Отже, для вивчення закономірностей на рівні $p = 0,05$ достатньо 106 одиниць спостереження, а для рівня $p = 0,01$, відповідно, 180 одиниць.

Але, достатність обсягу досліджень підтверджується не стільки розрахунками його за певною, прийнятою в статистичних дослідженнях, формулою, а ймовірнісними показниками, отриманими в ході досліджень. Саме отримані статистично (математично) обґрунтовані результати і висловлені за ними відповідні висновки визначають самодостатність і цінність дослідження. Неприпустима лише втрата або не виявлення закономірностей у зв'язку з недостатньою кількістю спостережень. У нашому ж дослідженні, завдяки використанню кореляційного методу на не рангованих і незгрупованих даних, а первинних даних, на усіх отриманих при дослідженні і співставлюваних кореляційних парах вдалося отримати неабиякий запас точності, чутливості та достовірності виявлення явних і прихованих зв'язків і розкрити їх математичну вагу і функцію. Перевагу віддано загальновідомому непараметричному методу кореляції Пірсона. Критичні дані значень коефіцієнта кореляції розраховували за відповідною комп'ютерною програмою. Зокрема встановлено, що для 200 співставлюваних пар $r(0,05) = 0,157298$; $r(0,02) = 0,186592$; $r(0,01) = 0,186826$.

У деяких співставленнях кількість кореляційних пар склала 400 (до 200 випадків і 200 — після впливу). У цих умовах критичні значення коефіцієнта кореляції склали: $r(0,05) = 0,126704$; $r(0,02) = 0,137286$; $r(0,01) = 0,137626$.

Аналіз даних був представлений в таблицях, у яких показані причинно-наслідкові зв'язки між факторіальними чинниками та результуючими змінними за методами розрахунку статистичної значущості (Див. Табл. 1.).

Таблиця 1

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

Факторіальні показники	Види диссоціативних розладів		
	Амнезія	Фуга	Розлади особистості
	Коефіцієнт кореляції Пірсона		
Вік	0,133789	0,181615*	0,072043
Стать	0,053557	-0,130794	0,044653
Незаміжня, Неодружений	0,050664	-0,026029	-0,114022
Одружені	-0,107829	-0,017792	-0,095373
Вдовці	0,077182	0,086008	0,040367
Розлучені	0,040973	-0,020281	-0,047930
Незакінчена середня освіта	-0,001143	0,158760	0,096402
Незакінчена вища освіта	0,021011	-0,056712	-0,099290
Вища освіта	-0,026734	-0,089276	0,010687
Без роботи	-0,056549	0,008040	-0,087583
Стабільна зарплатня	0,182548*	0,056143	-0,041260
Приватне підприємство	-0,018276	-0,165964*	0,079988
Домогосподарки	-0,117872	0,116745	0,070062
Пенсіонери	0,083848	0,039081	-0,070956
Студенти	0,002468	-0,030046	-0,118010
Дохід: <5000 гр	0,001482	0,000000	-0,017379
5000 -10000 гр	0,029681	0,132755	0,005584
10001- 15000 гр	-0,006194	-0,093352	0,072640
>15000 гр	-0,044150	-0,101596	-0,011304
Середовище	0,208548*	0,190476*	0,045288
Спадковість	0,260280*	0,212664*	-0,028601
Соціальні чинники	0,369020*	0,301511*	-0,040551

*/ *Нотаток: 1. Рівень значущості залежності від $p < 0,05$ до $p < 0,001$*

2. *Потужність прояву розладу враховує 4 градаций, а саме:*

0 балів (відсутність характерних рис для диссоціативних розладів);

1 бал (присутність характеристик рис на мінімальному рівні),

2 бала (присутність характеристик рис на середньому рівні)

3 бала (присутність характеристик рис на високому рівні).

Як видно з інформації, представленої у таблиці 1, явища диссоціативної амнезії примножуються з віком, але помірно, поза межами достовірності, у той час як диссоціативна фуга з віком респондентів зустрічається достовірно частіше і її прояви стають більш вираженими. Диссоціативні розлади особистості практично не залежать від віку респондента. Стать практично не впливає на розвиток і глибину диссоціативних розладів. Лише як натяк, фуга частіше зустрічається серед жінок. Одружен-

ня, холостякування чи розлучення не позначились на частоті та глибині диссоціативних розладів. Але слід звернути увагу на те, що одруження змінює знак на від'ємний при амнезії по відношенню до неодружених. Як не дивно, але це факт, що на розвиток даної патології не справили показники освіти і, навіть, відсутність роботи. А от диссоціативні амнезії зустрічаються частіше у популяції осіб, що отримують стабільну зарплатню. Гадаємо, що це пов'язано з характерним харчовим раціоном, надмірно багатим на холестерин та його ефіри з щільними жирами. Але цю думку належить перевіряти окремо.

Показник роботи респондента у приватному підприємстві не позначився на частоті амнезії та розладів особистості. В той же час цей статус призвів до зменшення частоти і глибини проявів фуги.

Приналежність респондентів до категорії пенсіонерів чи студентів ніяк не відбилась на частоті диссоціативних розладів. Не зреагували вони також і на показник отримання стабільної зарплатні. Частота розладів особистості не змінилась у залежності від наявності шкідливих умов зовнішнього середовища, ознак спадковості та соціальних негараздів. У той же час ці змінні виявились надзвичайно вагомими для частоти диссоціативних амнезії та фуги. В усіх випадках шкідливі чинники зовнішнього середовища, спадковості, а, особливо, соціальні негаразди призвели до статистично значимого збільшення частоти і глибини цих двох станів. Це говорить про етіологічну однорідність диссоціативних амнезії і фуги, на відміну від розладів особистості.

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.
- В основі гіпнозу лежать механізми навіювання (сугестії) та самонавіювання (аутосугестії).
- Досі ведуться суперечки щодо приналежності гіпнотерапевтичних практик до конкретної професійної діяльності.

- Диссоціативні розлади — це не «справжня» хвороба. Дослідження з даної проблеми говорять нам про протилежне. Даний вид розладів є хворобою, що вимагає професійного лікування.
- Нами було розглянуто, яким чином аналізуються дані при гіпнотерапевтичних методах корекції диссоціативних розладів. Для того, щоб аналіз даних пацієнтів з диссоціативними розладами був можливий, необхідно розподіляти відповідну інформацію про респондентів на певні категорії. Частота незалежних змінних так само аналізується, статистична значущість дисперсії для залежних і незалежних змінних була врахована.
- Інформація з історії хвороби респондентів з диссоціативним розладами також була врахована.
- Аналіз даних був представлений в таблицях, які детально показують картину розподілу, частоти і рівня значущості змінних зі статистичною ймовірністю.
- Михайлишин П. М., Венгер О. П. Деякі аспекти психологічного захисту при невротичних станах, або захисні механізми релігійності // Український вісник психоневрології. — 2001.- том 9, вип.1 (26), С 85-88. (Венгер О.П. проведено клініко-патопсихологічне обстеження хворих на неврастенію, диссоціативні та тривожно-фобічні розлади- М. Ю.).
- Автор??? «Психиатрия и психофармакотерапия» журнал им. П.Б.Ганнушкина — рецензируемый научно-практический журнал — 2012. — № 6, Т. 14. — С. 18-23.
- Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Рашит Джаудатович Тукаев. — М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. — 448 с.
- Чабан О.С., Венгер О.П. Преморбідні особливості особистості у хворих з диссоціативними розладами сучасності // Український вісник психоневрології. — 2001. — Т 9, вип. 4(29), С. 88-91. (Венгер О.П. проведено клініко-патопсихологічне обстеження хворих на диссоціативні розлади та статистичне оброблення результатів — М. Ю.).
- Чабан О. С., Харченко Е. М., Венгер О. П., Гнатюк Р. М. Деякі особливості сучасних невротичних розладів // Архів психіатрії. — 2002.- №3(30). — С. 65-69. (Венгер О.П. проведено клініко-патопсихологічне обстеження хворих з тривожно-фобічними та диссоціативними розладами М. Ю.).

Література:

- Венгер О.П., Мазур С.Ф. Психологічний феномен віри в структурі невротичних розладів // Міжобласна науково-практична конференція “Нові методи діагностики та лікування психічних та неврологічних розладів”. — Тернопіль. — 1999. — С. 18. (Венгер О. П. проведено клініко- та патопсихологічне обстеження хворих з неврастенією та диссоціативними розладами — М. Ю.).
- Гончаров Г. А. Суггестия: теория и практика / Г. А. Гончаров. — М. : «КСП», 1995. — 320 с.
- Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. — СПб.: СОЮЗ, 2000. — 336 с.