

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГІПНОТЕРАПІЇ ЯК МЕТОД КОРЕКЦІЇ ОСОБИСТІСНИХ РОЗЛАДІВ

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

Анотація. Розглянуто теоретичні засади гіпнотерапії, гіпнозу та особистісних розладів, уточнено класифікацію особистісних розладів та розглянуто ефективність лікувальних заходів для деяких розладів особистості. Автор пропонує метод роботи з пацієнтами в серії індивідуальної гіпнотерапії.

Abstract. The theoretical bases of hypnotherapy, hypnosis and personality disorders. The classification and review of the effectiveness of remedial measures for some personality disorders. The author proposes a method of working with patients in a series of individual hypnotherapy.

Постановка проблеми. Сьогодні розладам особистості приділяється велика увага, оскільки даний вид психічної патології часто зустрічається у популяції. З іншого боку при розладах особистості людина як особистість функціонує на патологічному рівні, що суттєво знижує її творчий потенціал.

Кожна людина має свій власний індивідуальний характер. Більшості людей характер не заважає жити в суспільстві і дотримуватися її законів і правил. Але в деяких випадках маються настільки виражені та стійкі зміни характеру, що людина не може адаптуватися в суспільстві, але сам він цього не усвідомлює і оцінює свою поведінку, як єдино правильне. Такі зміни характеру в російській психіатрії традиційно називалися психопатіями, а в даний час їх називають відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКБ) розладами особистості.

Діагностика та правильне лікування особистісних розладів допоможе добудувати нашій країні зворове суспільство.

Зважаючи на розгалужену систему гіпнотичних практик в Україні, на сьогоднішній день актуалізуються проблеми дослідження теоретичних засад гіпнотерапії, розмежування завдань медичної та немедичної гіпнотерапії з урахуванням кваліфікаційних вимог до фахівців-гіпнологів, а також впровадження гіпнозу як методу особистісно-орієнтованої психотерапії в роботу практичного психолога.

Теоретичні основи.

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.

На сьогоднішній день гіпнотерапію розглядають переважно з її психологічною спрямованістю. У директивній та недирективній гіпнотерапії саме психологічний зміст комунікативної взаємодії терапевта з пацієнтом під час сеансу вважається детермінантою терапевтичного успіху [2, с. 206]. Особистісно-орієнтована модель гіпнотерапії передбачає, як правило, довготривалу психокорекцію, розвиток позитивних навичок, підтримуючу та реконструктивну психотерапевтичну мету.

На відміну від клінічної (медичної) гіпнотерапії, особистісно-орієнтовану здійснюють психологи. Однак відкритою залишається проблема валідності гіпнокорекційних методів в роботі фахівця з психологічною освітою [3].

Гіпнотерапії – це терапія за допомогою гіпнозу. Умовно можна розділити гіпнотерапії на два напрямки – медичний напрямок і психологічний.

Медична гіпнотерапія – вирішує завдання пов'язані з відновленням здоров'я людини, з лікуванням захворювань, лікуванням яких займається власне медицина.

Другий напрямок гіпнотерапії-психологічне. У цьому випадку гіпнотерпію можна визначити як психотерапію з використанням гіпнозу. У цих випадках гіпнотерапевт може використовувати весь арсенал технік психологічного консультування. Що робить психологічне консультування у багато разів результативніше.

Гіпноз називають королівською короною психотерапії. І це тому, що при ретельному аналізі з'ясовується, що ті моменти технік психологічного консультування які дійсно працюють викликають у клієнта гіпнотичний, трансовий 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 це трансовий стан дозволяє структурувати 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 або іншою людиною або як поміняти принципи взаємодії з іншими людьми, з світом в цілому.

Гіпнотерапії, знаючи механізм змін, безпосередньо звертається до трансових станів-підсилює його, розширює, розвиває і навчає людину використовувати унікальний природний механізм навчання-транс.

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.

Патологічний стан особистості проявляється в її загальній дисгармонії. Дисгармонія призводить до порушення міжособистісного спілкування та соціальної адаптації майже у всіх сферах життя. Відбувається дисгармонія і в емоційно-вольовій сфері.

Розлади особистості прийнято називати одним терміном «психопатія». Психопатія – це така складова особистості від якої страждає сама людина чи суспільство. Таке визначення психопатії дав німецький психіатр К. Шнайдер.

До типових проявів психопатії варто віднести:

- невміння керувати емоціями (запальність, невиправданий оптимізм чи песимізм, підозрілість);
- слабкість волі (лінощі, нетерплячість, схильність до вживання алкоголю і наркотиків, гіперсексуальність, схильність асоціального впливу);
- небезпечні та недоцільні вчинки (агресія, втеча з дому, безглузде злодійство, насильство або надзвичайна замкнутість, відмова від контактів з людьми);
- неправильна самооцінка.

Психопатію не можна вважати хворобою, але вона являється запорукою виникнення таких хвороб, як неврози, алкоголізм, наркоманія, клінічна депресія, деякі види шизофренії та ін., а також може призвести до суїциду та злочинів. Детальне вивчення психопатій було описано в монографії П.Б. Ганнушкіна «Клініка психопатій: їх статистика, динаміка і систематика». В роботі досить яскраво описуються особливості основних типів патологічних характерів з елементами типології, що в подальшому були використані в роботах А.Е.Личко.

Використовується новий термін «специфічні розлади особистості» замість поняття «психопатія». Новий термін означає стійкі, вроджені та набуті розлади особистості при збереженні інтелекту, що призводять до порушень міжособистісних відносин та адаптації до навколишнього світу.

Особистісні розлади – це постійні моделі поведінки, які відрізняються не широким діапазоном реакцій на різні соціальні ситуації. Сама людина не відчуває дисгармонії особистості, для неї стан особистісних розладів являється прийнятним та не потребує спеціалізованого втручання. Саме тому пацієнтів з

особистісними розладами найчастіше приводять родичі. Пацієнту необхідно ще довести, що його стан вважається ненормальним.

П. Б. Ганнушкін запропонував наступну класифікацію:

- Група циклоїдів.
- Група астеніків.
- Група шизоїдів.
- Група параноїків.
- Група епілептоїдів.
- Група істеричних характерів.
- Група нестійких психопатів.
- Група антисоціальних психопатів.
- Група конституційно-нерозумних.

Загальновизнаної класифікації немає. Зазвичай виділяють:

- параноюну (схильність до надцінних ідей);
- шизоїдну (замкнутість),
- істеричну (демонстративність),
- нестійку (безвольність),
- збудливу (запальність),
- психастенію (тривожність і педантизм),
- астенічну (стомлюваність і залежність).

Класифікація за МКБ-10 виглядає дещо інакше:

- Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості
- Шизоїдний розлад особистості
- Параноїдний розлад особистості
- Емоційно-нестійкий розлад особистості
- Тривожний (відхилений) розлад особистості
- Перебільшення фізичних симптомів з психологічних причин
- Істеричний розлад особистості
- Симулятивний розлад
- Залежний розлад особистості
- Розлади звичок і потягів (патологічна схильність до азартних ігор, піроманія, kleptomанія, трихотиломанія)
- Розлади статевої ідентифікації
- Розлади сексуальної переваги

- Психологічні і поведінкові розлади, пов'язані з сексуальним розвитком і орієнтацією
- Диссоціальний розлад особистості
- Змішані розлади особистості
- Зміни особистості, які спричинюють занепокоєність
- Інші специфічні розлади особистості: ексцентричний, нестримний, інфантильний, пасивно-агресивний
- Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи
- Хронічна зміна особистості після психічної хвороби

Розглянемо класифікацію особистісних розладів.

Таблиця 1
Класифікацію особистісних розладів

Група психопатій	Психопатії, коли переважають зміни в сфері мислення	Психопатію, коли переважають емоційні порушення
Е. Kraepelin (1904)	Диваки	Фантасти, брехуни і шахраї
Е. Kretschmer (1921)	Шизоїди	
К. Schneider (1923)		Шукаючі визнання
Ганнушкін П.Б. (1933)	Шизоїди (мрійники)	Істеричні (патологічні брехуни)
Т. Henderson (1947)	Неадекватні	Творчі
МКБ-10	Шизоїдні розлади особистості	Істеричні розлади особистості

Коли індивідуальні риси особистості не є пристосованими, вони не можуть адаптуватися і призводять до значного погіршення життя. Такі риси можна назвати розладами особистості:

1. Внутрішній досвід і поведінка людини значно відхиляються від вимог, накладених культурою, до якої належить особистість, і це проявляється у декількох сферах життя особистості:

a. Пізнавальній (тобто шлях осягнення, інтерпретації себе, інших людей або подій).

b. Афективній (ступінь, інтенсивність, лабільність і адекватність емоційних реакцій).

c. В особливостях внутрішнього функціонування особистості.

d. В контролі імпульсивності.

2. Патерни демонструють негнучкість і поширюються на широке коло особистих і соціальних ситуацій.

3. Патерни ведуть до серйозного клінічного дистресу або проблем майже у всіх сферах життя людини.

4. Патерни являються стабільними у часі, і їх можна простежити до ранньої юності або початку зрілості.

5. Патерни не являються наслідком іншого психічного розладу.

6. Патерни не є результатом безпосереднього впливу речовин або загального стану здоров'я, наприклад травми голови.

Особам молодше 18 років, які підходять під вище зазначені критерії, не можуть бути діагностовані особистісні розлади. Для того, щоб поставити такий діагноз симптоми повинні реєструватися протягом не менше одного року. Антисоціальний особистісний розлад взагалі не може бути діагностований до 18 років.

Класифікація за DSM-IV:

• *Кластер А (незвичайні, або ексцентричні розлади)*

• Параноїдні 301.0

• Шизоїдні 301.20

• Шизотипічні 301.22

• *Кластер В (театральні, емоційні, або розлади, що коливаються)*

• Антисоціальні 301.7

• Прикордонні 301.83

• Істеричні 301.50

• Нарцистичні 301.6

• *Кластер С (тривожні і панічні розлади)*

• Уникаючі 301.82

• Залежні 301.6

• Обсесивно-компульсивні 301.4

Класифікація розладів особистості за DSM-IV включає також діагноз розладів особистості без додаткового уточнення 301.9. Додаток «В» класифікації розладів особистості за DSM-IV включає типи. До цих форм розладів особистості відносяться: пасивно-агресивний і депресивний розлад. Оскільки ці розлади особистості не мають окремої кодування в DSM-IV, при використанні цієї класифікації, в якості альтернативи, використовується діагноз - розлад особистості без додаткового уточнення.

Розглянемо ефективність лікувальних заходів при деяких розладах особистості.

Таблиця 2
Ефективність лікувальних заходів при деяких розладах особистості.

Джерело: Tasman, Allan et al (2008). *Psychiatry. Third Edition*

Кластер	Наявність даних, що свідчать про мозкову дисфункції	Ефективність біологічної інтервенції	Ефективність психосоціальної інтервенції
А	Є дані, що свідчать про взаємозв'язок шизотипічних розладів (особистості) і шизофренії; інші дані відсутні.	Стан пацієнтів, які страждають шизотипічними розладом (особистості), може поліпшуватися після прийому відповідних препаратів; інші дані відсутні.	Низька. Необхідна підтримуюча психотерапія гіпнотерапія.
В	Отримано дані, що свідчать про те, що в осіб, які страждають дисоціальними і емоційно нестійкими розладами особистості, є мозкова дисфункція; інші дані відсутні.	Під час емоційно нестійких розладів особистості користь можуть принести антидепресанти та гіпнотерапія.	Низька у випадку з дисоціативних розладів особистості. Варіює при емоційно нестійкому, нарцистичному і істеричному розладах особистості.
С	Невідомо	Безпосередньою ефективності не відзначено. Медикаменти можуть принести користь при усуненні супутньої тривожності і депресії.	Найбільш часто застосовується форма терапії для розладів особистості даного кластера - гіпнотерапія. Показники ефективності варіюються.

Оскільки розлад особистості є «важким порушенням характерологічної конституції», тобто фактично даний розлад являється особливою структурою особистості. Терапія повинна бути спрямована не на її зміну особистості, а на пом'якшення негативних проявів, адаптацію людини до суспільства, зниження рівня тривожності. Вище зазначений розлад залежать від виду розладу особистості. Вважається, що найбільш ефективним методом корекції є гіпнотерапія.

У психоаналітичній літературі є різноманітні теорії тоговинекнення і протікання такого симптому. Існують припущення, що це результат фундаментального розладу у відносинах між матір'ю та дитиною на дуже ранніх стадіях, а саме на стадії коли у дитина формуються поняття особистісної ідентифікації, але вона все ще сильно залежить від матері емоційно.

Для того щоб дослідити вплив на вище згадані розлади необхідно розглянути такі діагностичні критерії:

- 1.Зусилля які робилися згаряча для уникнення реальної або вигаданої покинутості.
- 2.Патерн нестабільних і інтенсивних міжособистісних відносин, що характеризується чергуванням яскравих ідеалізацій і знецінення.
- 3.Розлад ідентичності: помітний і безперервний нестабільний образ себе, відчуття себе.
- 4.Імпульсивність в принаймні двох сферах життя, які являються самознищенням(наприклад, секс, зловживання різними речовинами, безрозсудне водіння, переїдання і т.д.).
- 5.Періодична суїцидальна поведінка.
- 6.Афективна нестабільність через помітну реактивність настрою (наприклад, інтенсивні епізоди дисфорії, дратівливості й тривоги, зазвичай тривають кілька годин або рідко кілька днів).
- 7.Хронічне відчуття порожнечі.
- 8.Неприйнятна, сильна лють і труднощі в її контролі (наприклад, часта демонстрація настрою, постійна злість).
9. Важкі дисоціативні симптоми.

Витяги з доповідей Американської психіатричної асоціації (1994, стр.654)

З урахуванням перерахованих вище критеріїв, клієнт-терапевт повинен домогтися наступних результатів:

1. Може дозволити собі відчувати емоційний досвід для подальшого розвитку, усвідомлювати його разом з фізичної релаксацією, яка все це супроводжує.
2. Дає можливість людині усвідомити, ким вона є:
 - а) автором свого досвіду
 - б) зв'язною істотою яка
 - с) відчуває емоції як
 - д) людина і в той же час істота.
3. Дозволяє людині ділитися досвідом, коли вона цього хоче.
4. Дає можливість надавати сенс тому, що можна прожити за допомогою слів.

Пацієнти, що страждають особистісними розладами, часто скаржаться на хронічне відчуття нудьги та порожнечі. Коли вони пригнічені, стривожені або роздратовані, ці емоції переживаються дуже яскраво. У пацієнтів складається враження, що вони знаходяться під нападом зовнішніх ворогів і натякають на те, що вони нікчемні, злі або, що їм загрожує смертельна небезпека. Теж стосується і їх так званих імпульсів щодо піклування про себе. Пацієнти хронічно перебувають у стані пригніченості, люті і сильно бояться своїх «імпульсів», нападають на інших і на себе, і це загрожує їх особистісній ідентифікації.

Перед тим, як приступити до лікування розладу необхідно розібратися як виник розлад.

Незважаючи на різні пояснення причин виникнення особистісних розладів, є загальна думка про те, чого повинна досягти терапія при лікуванні таких розладів. Ми підтримуємо вчення Кернберга, коли він описує основну мету терапії так:

«Терапія повинна підвищувати вміння прикордонних пацієнтів проживати те, що стосується їх та інших, будучи інтегрованими і усвідомленими особистостями. У теж час вона

повинна знижуватися потреба у звертанні до захисних механізмів, які послаблює структуру Его, обмежуючи число способів можливих реакцій. Тому людина може прийняти те, що пацієнт покращує своє вміння тримати імпульси під контролем, обходитися з тривогою, регулювати афекти, сублімувати драйви і в теж час розвивати стабільні і задовольняють міжособистісні відносини, відчувати інтимність і любов» (1989,1993 стор.17).

Шляхи, якими йдуть психоаналітики і клієнт-психотерапевти для досягнення цих цілей різні. Далі ми хочемо описати той шлях, який ми обрали. Наш метод заснований на нашій роботі з пацієнтами в серії індивідуальної гіпнотерапії, велика частина якої відбувалася після консультаційної психотерапії (форма екофасилітації). Вся гіпнотерапія має часовий ліміт: три цикли по 10 сеансів у кожному. Між циклами - один місяць перерва для перевірки динаміки змін. Для підтримки нового стану терапевт рекомендує пацієнтові одне-годинний візит на тиждень під час між-циклового періоду. Під час суггестивно-трансого впливу головним являється створення безумовне позитивне прийняття свого цілісного «Я», емпатичне розуміння характеру своєї поведінки по відношенню до соціуму і максимально доступну конгруентність, говорячи про відносини із зовнішнім середовищем.

Висновки та перспективи подальших досліджень. На сьогоднішній день гіпнотерапію розглядають переважно з її психологічною спрямованістю. У директивній та недирективній гіпнотерапії саме психологічний зміст комунікативної взаємодії терапевта з пацієнтом під час сеансу вважається детермінантою терапевтичного успіху [2, с. 206]. Особистісно-орієнтована модель гіпнотерапії передбачає, як правило, довготривалу психокорекцію, розвиток позитивних навичок, підтримуючу та реконструктивну психотерапевтичну мету.

На відміну від клінічної (медичної) гіпнотерапії, особистісно-орієнтовану здійснюють

психологи. Однак відкритою залишається проблема валідності гіпнокорекційних методів в роботі фахівця з психологічною освітою [3].

Гіпнотерапія – це терапія за допомогою гіпнозу.

Особистісні розлади – це постійні моделі поведінки, які відрізняються не широким діапазоном реакцій на різні соціальні ситуації. Ми розглянули класифікацію особистісних розладів та ефективність лікувальних заходів для деяких розладів особистості.

Також, ми описали метод роботи з пацієнтами в серії індивідуальної гіпнотерапії.

Література:

1. Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М. Словарь-справочник по психодиагностике. Санкт-Петербург – Москва – Харьков – Минск: „Питер”, 1999. – 528 с.
 2. Гончаров Г. А. Суггестия: теория и практика / Гончаров Геннадий Аркадьевич. – М. : «КСП», 1995. – 320 с.
 3. Кернберг Отто Ф. Важкі особистісні розлади. - М.: Клас, 2001.
 4. Кернберг Отто Ф. Агресія при розладах особистості і перверсії. - М.: Клас, 2001.
 5. Поляков Г. Ю. История валидации гипно-коррекционных методов в работе психолога / Г. Ю. Поляков // Молодой ученый. – 2011. – № 9. – С. 186 – 189.
 6. Столярченко Л.Д. Основи психології. - Ростов-на-Дону: Фенікс, 2005.
 7. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Рашит Джаудатович Тукаев. – М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.
 8. «Психиатрия и психофармакотерапия» журнал им. П.Б.Ганнушкина - рецензируемый научно-практический журнал – 2012. – № 6, Т. 14. – С. 18-23.
- 9.