

ГІПНОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ КОРЕКЦІЇ ДИССОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ

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

Анотація

Медвін Юрій Олександрович. Гіпнотерапевтичні методи корекції диссоціативних розладів. 2015. Виявлені та вивчені причини виникнення диссоціативних розладів, розглянуті методи їх лікування. Охарактеризовані основні види диссоціативних розладів та розглянуті гіпнотерапевтичні методи їх корекції.

Abstract

Medvin Yuri Oleksiyovich, Hypnotherapy correction methods of dissociative disorder. 2015. Discovered and studied the causes of dissociative disorders, the methods of treatment. We characterize the main types of dissociative disorders and considered hypnotherapeutic methods of correction.

Аннотация

Медвин Юрий Алексеевич. Гипнотерапевтические методы коррекции диссоциативных расстройств. 2015. Обнаружены и изучены причины возникновения диссоциативных расстройств, рассмотрены методы их лечения. Охарактеризованы основные виды диссоциативных расстройств и рассмотрены гипнотерапевтические методы их коррекции.

Постановка проблеми. Сучасні вчені та практики постійно сперечаються з приводу теоретичних засад гіпнотерапії, її ефективності та можливих протипоказань, а також приналежності до конкретної сфери професійної діяльності у галузі медичної психології. В наш час все частіше зустрічаються пацієнти з диссоціативними розладами. Проте, проблема диссоціативних розладів мало досліджувалася в нашій країні.

Зважаючи на сучасну тенденцію поширення і розгалуження гіпнотичних практик в Україні, 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. Першим, хто почав досліджувати диссоціативні розлади був Pierre Janet (1913). Він, також, є засновником концепції диссоціації.

Вагомий внесок у вивчення диссоціації зробили: В. James, М. Pprints, S. Freud, С. G. Jung та інші видатні психологи і психіатри кінця ХІХ — початку ХХ століття.

Ромасенко Л. В. в коментарях до розділу «Диссоціативні розлади» в посібнику з клінічної психіатрії авторів Г. І. Каплана і В. Sadock дає своє визначення поняття «диссоціація» «... це розведення, роз'єднання зв'язків, несвідомий процес, який розділяє мислення (або психічні процеси в цілому) на окремі складові, що веде до порушення звичайних взаємозв'язків ... »[1].

Bessel A. van der Kolk, Van Der Hart і Marmar відносять термін диссоціація, у найзагальнішому вигляді, до процесів оброблення інформації і визначають диссоціацію, як спосіб її організації. Так, однією із складових «нормальної» диссоціації J.L. Yates і W. Nashby (1993), вважають динамічний і гнучкий доступ до вмісту пам'яті. Рей відзначає, що з теоретичної та клінічної точок зору, концепція диссоціації відноситься до змінених станів свідомості, які тягнуть за собою зміни в процесах пам'яті.

Згідно Людвігу А.М., диссоціація є процесом, за допомогою якого певні психічні функції, які зазвичай інтегровані з іншими функціями, діють в тій чи іншій мірі відокремлено або автоматично і знаходяться поза сферою свідомого контролю індивіда і процесів відтворення пам'яті.

Ch. Raikford в «Критичному словнику психоаналізу» (Raikford Ch., 1995, с. 42) визначає диссоціацію як:

1. «такий стан, при якому два або більше психічних процесів співіснують, не будучи при цьому пов'язаними або інтегрованими.

2. захисний процес, що веде до стану 1»[6].

Отже, головною характеристикою диссоціативних розладів є порушення інтегрованих функцій свідомості, пам'яті, ідентифікації чи сприйняття зовнішнього середовища. Симптоми можуть розвиватися раптово або поступово, а також вони можуть стати хронічними [4].

Нами було виявлено, що у вивченні диссоціативних розладів існує кілька міфологічних уявлень, під впливом яких знаходяться багато фахівців, включаючи психіатрів. Найбільш популярними є такі міфи:

1) Симптоми диссоціативних розладів завжди свідчать про наявність серйозної патології, що може бути ознакою «божевілля». В дійсності, диссоціативні симптоми, як такі, можуть бути недостатніми для діагностики диссоціативних розладів ідентичності (ДРІ), оскільки являються природною реакцією на стрес або травму, яка швидко проходить.

2) Диссоціативні розлади зустрічаються надзвичайно рідко. Спеціальні дослідження спростовують цю думку. Steinberg і Schnall (2000) пише, що «30 мільйонів людей (США) або 14% загального населення переживають виникнення окремих диссоціативних симптомів». Автори стверджують, що диссоціативні розлади є хворобою сучасного суспільства. Виявлено, що ДРІ має місце у 1% загальної популяції.

3) Діагностика диссоціативних розладів є простою. Насправді ж, діагностика цього виду розладів і появи альтернативних станів вимагають спеціальних знань, досвіду та достатньої інформованості про цей розлад.

4) Диссоціативні розлади — це не «справжня» хвороба. Дослідження з даної проблеми говорять нам

про протилежне. Даний вид розладів є розлад, що вимагає професійного лікування [5].

Розглянемо різновиди диссоціативних розладів:

- диссоціативна амнезія;
- диссоціативна fuga;
- диссоціативний ступор;
- транс і одержимість;
- диссоціативні рухові розлади;
- диссоціативна конвульсія;
- диссоціативна анестезія або втрата чуттєвого сприйняття.

(МКБ-10, Класс-V, F-44)

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 відносять і перенесеним захворюванням. Ці розлади частіше 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, які особистість отримує, як якийсь вииграш, завдяки своїй хворобі. Отже, симптоми цієї хвороби можуть сприяти, наприклад, утриманню біля 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 засобів 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 як хронічні розлади, наприклад, як паралічі і анестезії, якщо початок пов'язано з нерозв'язаними проблемами або розладами міжособистісних взаємозв'язків. Диссоціативні стани, які існували у людини протягом 1-2 років до звернення до психіатра, часто набувають стійкої резистентності до звичайної психотерапії.

Симптомами диссоціативних розладів є часткова або повна втрата пам'яті на нещодавні або важливі події, що супроводжується розгубленістю, втратою або різким зниженням довільних рухів, втратою відчуттів і чуттєвого сприйняття, втратою почуття особистісної ідентичності та усвідомлення навколишньої дійсності.

Для встановлення діагнозу «диссоціативний розлад» має бути:

- наявність клінічних ознак диссоціативних розладів. Відсутність іншого фізичного або неврологічного порушення, з яким могли б бути пов'язані виявлені симптоми;
- наявність психогенної обумовленості, стресу, проблеми.

При діагностиці диссоціативних розладів, їх необхідно відрізнити від багатьох соматичних захворювань, у яких є схожі симптоми. Іноді нерозпізнані соматичні захворювання можуть бути стимулом для розвитку диссоціативних розладів.

Лікування диссоціативних розладів повинно бути комплексним. Комплекс передбачає психотерапію та фармакотерапію. За значущістю психотерапія та фармакотерапія займають рівне місце в корекції розладів. Психофармакотерапія, на відміну від деяких видів психотерапії (когнітивної, поведінкової), передбачає використання переважно симптоматичних, частково патогенетичних, але не етіотропних засобів. Разом з тим, поліпшення стану пацієнта за допомогою ліків може перейти в стійку ремісію, за рахунок лікувальної впливу тимчасового чинника.

Фармакотерапія даних розладів включає всі класи психофармакологічних засобів, а саме: нейролептики, транквілізатори, антидепресанти, психостимулятори, ноотропи, тимолептики.

Найчастіше при лікуванні використовують транквілізатори та антидепресанти, які мають перше місце за значущістю серед класів психофармакологічних засобів в лікуванні диссоціативних розладів.

Що ж до гіпнотерапії, то її розглядають переважно з боку її психологічної спрямованості. У директивній та недирективній гіпнотерапії саме психологічний зміст комунікативної взаємодії терапевта з пацієнтом під час сеансу вважається детермінантою терапевтичного успіху [9, с. 206]. Особистісно-орієнтована модель гіпнотерапії передбачає, як правило, довготривалу психокорекцію, розвиток позитивних навичок, підтримуючу та реконструктивну психотерапевтичну мету. Однак відкритою залишається проблема валідності гіпнокорекційних методів в роботі психолога [13].

Гіпнотерапія — це використання суггестивно-трансвової методології для лікування психопатології. Гіпнотерапія часто застосовується для зміни поведінки суб'єкта, для зміни його емоційного стану. А також для зміни широкого спектру дисфункціональних станів, таких як неспокій і підвищений рівень тривоги, які пов'язані зі стресом захворювань, больового синдрому і проблем з адаптацією.

Гіпнотерапія поєднує симптоматичну та каузальну психотерапію психічних розладів і відхилень, а також має спеціалізовані напрями лікування психічних хвороб (медична модель) і особистісного розвитку (немедична модель). Метод гіпнозу здійснюється в суб'єкт-об'єктній та суб'єкт-суб'єктній формах психологічного впливу на особистість клієнта. Умовно розрізняють методи директивного та недирективного гіпнозу, а також еріксоніанський гіпноз як опосередковану сугестію. Здійснення гіпнотерапії передбачає монологічну, діалогічну та змішану форму комунікації гіпнолога з пацієнтом (клієнтом).

Сьогодні вчені вважають, що гіпноз — це умовно-рефлекторний сон, викликаний навіюванням, при якому через «сторожовий пункт» підтримується контакт з загіпнотизованою особою. Гіпноз — це частковий сон, або тимчасово змінений стан свідомості, для якого характерним є звуження обсягу і різке фокусування на зміст навіювання, яке пов'язано зі зміною функцій індивідуального контролю та самосвідомості [3].

Тобто, гіпнотичний стан — це стан коли звужується свідомість, цей процес викликає своїми діями терапевт. Для цього стану характерним є навіювання та керованість. Гіпноз у людини і тварин викликається і розвивається в таких же умовах і за такими ж законами, що й нормальний сон. Гіпноз і сон мають одну природу, а саме гальмування кори великих півкуль головного мозку. Варто відмітити, що сон — це іррадіювальне гальмування, яке розвивається по корі великих півкуль мозку, як правило,

без наявності вогнищ збудження. А гіпнотичний стан — це сон, який повільно наступає і обмежується спочатку невеликими ділянками мозку, а потім розширюється і доходить до підкірки, залишаючи активними лише зону рапорта і мозкові центри дихання, серцебиття і т.д. У гіпнотичному стані гальмування охоплені тільки частини кори великих півкуль мозку і саме цим цей стан відрізняється від часткового, парціального сну. Доведено, що гіпноз викликають слабкі, довготермінові подразники. Він викликає втому у коркових аналізаторів, внаслідок одного або кілька органів чуття: зір, слух, дотик, температурні рецептори шкіри. В результаті виходить розлитий гальмівний процес в корі головного мозку. Найсильнішу гіпногенну (гальмівну) дію мають шкірно-температурні подразники. Також встановлено, що гіпнотичний стан може розвиватися як при загальному стомленні мозку, так і від виснаження якої-небудь ділянки кори під час тривалого впливу сигналів від підконтрольного подразника.

Отже, гіпнотичний стан можна розглядати, як умовний сонний рефлекс, при якому діяльність довільної іннервації вимкнена. У гіпнотичному стані,

як і уві сні, сповільнюється ритм дихання, зменшується частота серцебиття, сповільнюється обмін речовин, зменшується секреція гормонів.

Дослідження біоелектричної активності мозку показало, що гіпнотичний стан — це проміжний стан між сном і неспанням, тому заглиблення в цей стан призводить до звичайного сну.

При корекції диссоціативних розладів гіпнотерапевтичними методами слід враховувати такі рекомендації:

1. Лікування диссоціативної амнезії. Це розлад пов'язаний з розладами пам'яті. Є кілька видів амнезії, такі як ретроградна амнезія, ретроспективна амнезія та ін.

Короткострокова дія барбітуратів, таких як тіопентал (пентотал), натрію амобарбітал внутрішньовенно і бензодіазепін можуть бути використані для того, щоб пацієнти змогли достатньо розслабитися і відновити свої забуті спогади.

Гіпнотерапевтичні методи можуть бути використані в першу чергу як засіб відновлення репресивної події або інформації про ті чи інші факти, що мали етіологічне значення у виникненні диссоціативної амнезії [Maldonaldo J. R., Батлер L. D., Spiegel D. 1997].

2. Лікування диссоціативної фуґи. Цей розлад пов'язано з втратою як пам'яті, так і орієнтації в просторі. Наприклад, коли пацієнт залишає свою домівку і миттєво забуває звідки він прийшов, куди йде, своє ім'я, особисті деталі, важливі аспекти своєї ідентичності, сім'ю, рід занять і т. д. Деякі хворі придумують нову ідентичність, новий вид діяльності, нову сім'ю і т. п. При більш детальному опитуванні таких хворих з'ясовується відсутність важливих деталей. Часто спостерігаються серйозні невідповідності.

Лікування диссоціативної фуґи схоже на лікування амнезії. Різниця полягає в тому, що гіпнотерапевтичні протоколи застосовуються для відновлення істинної характеристики особистості і деталей її життєдіяльності. Можуть застосовуватися техніки регресії.

сивного гіпнозу, при яких свідомість клієнта переноситься на ті часові періоди, в яких можливо встановити істинний хід його життєвих подій [Spiegel D та ін 1978 і 1987].

3. Лікування диссоціативного розладу ідентичності (роздвоєння особистості). Одна з головних характеристик цього розладу полягає в тому, що хворий має дві або більше різних особистостей, кожна з яких визначає поведінку і ставлення до зовнішнього середовища протягом того періоду, коли вона є домінуючою. Інша особистість (або ж сам хворий) не пам'ятає тих подій, які відбувалися з першою особистістю. Ситуація може значно ускладнитися, коли існують кілька різних особистостей.

Диссоціативні розлади особистості вкрай рідко зустрічаються у пацієнтів. Це пов'язано з тим, що більшість диссоціативних розладів особистості є не виявленими та не продіагностованими. Відомо, що від 0,5 до 5% від загальної кількості пацієнтів в психіатричних клініках мають всі симптоми диссоціативного розладу ідентичності. Пацієнти, яким поставлено діагноз диссоціативного розладу ідентичності, в переважній більшості є жінками. Тим не менше, багато лікарів та дослідників вважають, що чоловіки також можуть мати симптоми цього діагнозу. Але частина їх виходить з поля зору офіційного обліку тому, що багато з тих чоловіків, які скоїли злочин, мають справу з кримінальною системою, а не з психіатричною клінікою.

Даний розлад є найбільш поширеним у віковому діапазоні від пізнього підліткового віку до 30 років, хоча пацієнти, як правило, мали виражені симптоми до цього діагнозу у віці від 5 до 10 років. Відомо, що цей розлад часто зустрічається у біологічних родичів пацієнта. Особистість часто співіснує з іншими психічними розладами, у тому числі тривожними розладами, афективними розладами, сексуальними дисфункціями, порушеннями сну і посттравматичними стресовими розладами [Bun S, Drajer N, 1993].

Varma та інші (1981) припускають, що велика поширеність даного розладу на Заході може бути

пов'язана з соціальним схваленням (або не схваленням) рольових ігор. Цей розлад набув поширення в Індії, його виникнення може бути пов'язане з релігійними віруваннями в багатобожжя та реінкарнацію.

Найбільш ефективні підходи до дослідження даної патології включають клієнтоорієнтовану психотерапію, часто в поєднанні з гіпнотерапією. Можлива, також, психологічна консультація з інтеграцією психотерапевтичних методів.

Гіпнотерапевтична методологія є основним засобом для отримання основних даних про пацієнта з подальшим придушенням маргінальних рис особистості.

Гіпнотерапія показала свою ефективність при виявленні раніше не виявлених рис особистості пацієнта, що в свою чергу дає можливість працювати з ними. Адже деякі з цих особистостей з невиявленими диссоціативними розладами можуть бути схильні до самогубства або до агресії.

В деяких випадках може бути необхідна госпіталізація [Putnam F.W., Levenshtein R.J. (1993), Braun (1984), Kluff (1982), Maldonado та ін. (1997), Smith (1993), Spiegel і Spiegel (1978/1987)].

Висновки та перспективи подальших досліджень

- Диссоціативні розлади — це порушення інтегрованих функцій свідомості, пам'яті, ідентифікації або сприйняття зовнішнього середовища. Даний вид розладів є хворобою, що вимагає професійного лікування.
- Існують різновиди диссоціативних розладів, а саме диссоціативна амнезія, диссоціативна fuga, диссоціативний ступор, транс і одержимість, диссоціативні рухові розлади, диссоціативна конвульсії, диссоціативна анестезія або втрата чуттєвого сприйняття.
- Лікування диссоціативних розладів може бути психотерапевтичним або медикаментозним, можлива комбінація цих підходів.
- Корекція диссоціативних розладів може проводитися гіпнотерапевтичними методами.

Гіпнотерапевтичні методи можуть бути використані в першу чергу як засіб відновлення репресивної подієвості або фактичної інформації. Можуть застосовуватися техніки регресивного гіпнозу, при яких свідомість пацієнта переноситься на ті часові періоди, в яких можливо встановити істинну його життєдіяльності.

- Гіпнотерапевтична методологія є важливим і ефективним засобом для отримання даних про особистість пацієнта, з подальшим придушенням маргі-нальних рис особистості.
- Також гіпнотерапія довела свою ефективність при виявленні раніше не виявлених особистостей, це дає змогу психотерапевту працювати з ними.

Література:

- Дремов С. В., Семин И. Р. "Измененные состояния сознания: психологическая и философская проблема в психиатрии". — Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2000. — с.
- James T. Гипноз. Полное руководство. Создание феномена глубокого транса / Т. James, L. Flores, D. Shober. — М.: «КСП+», 2003, 224 с.
- Каліна Н. Ф. Психотерапія: підручник / Н. Ф. Каліна. — К. : Академвидав, 2010. — 288 с.
- Кучеренко Є. В. Інтегративні методи психосинтезу особистості: [навчальний посібник] / Є. В. Кучеренко, Ю. О. Медвін. — К. : ФОП Бреза А.Е., 2013. — 120 с.
- Поляков Г. Ю. История валидации гипно-коррекционных методов в работе психолога / Г. Ю. Поляков // Молодой ученый. — 2011. — № 9. — С. 186 — 189.
- Приходько Ю.О. Психологічний словник-довідник [навчальний посібник] / Ю. О. Приходько, В. І. Юрченко. — К.: Каравела, 2012. — 328 с.
- Романин А.Н. Основы психотерапии. — М.: Издательский центр «Академия», 2009. — 208с.
- Тукаев Р.Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Р.Д. Тукаев. — М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. — 448 с.