

УДК 659.869.67

## ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ГІПНОТЕРАПІЇ ЯК МЕТОДУ КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

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

### Анотація.

Медвін Юрій Олексійович, Теоретичні основи гіпнотерапії як методу корекції розладів адаптації. 2015. Розглянуто теоретичні засади гіпнотерапії, гіпнозу та адаптації, уточнено можливі причини виникнення адаптаційних розладів та розглянуто методи їх лікування.

### Adstract.

Medvin Yuri Oleksiyovich, Theoretical Foundations of hypnotherapy as a method of correction adaptation, 2015. The theoretical bases of hypnotherapy, hypnosis and adaptation specified may reasons appearance adaptation disorders and their treatment methods considered.

### Аннотация

Медвин Юрий Алексеевич, Теоретические основы гипнотерапии как метода коррекции расстройств адаптации. 2015. Рассмотрены теоретические основы гипнотерапии, гипноза и адаптации, уточнено возможные причины возникновения адаптационных расстройств и рассмотрены методы их лечения.

**Постановка проблеми.** В наш час науковці не можуть прийти до єдиної думки щодо теоретичних засад та ефективності гіпнотерапії. Досі ведуться суперечки щодо приналежності гіпнотерапевтичних практик до конкретної професійної діяльності. Найбільш популярним в гіпнотерапії є гіпноаналіз (L. Volberg, Д.А. Каменецький, R. Lindner, М.Р. Гінзбург), імагогіка (I. Volpert), сугестопедія (G. Lozanov), гіпнопедія (О.Т. Губко, А.М. Свядощ, В.Л. Райков), аутогенний тренінг (G. Shults), абляційний гіпноз (G. Klumbis), емоційно-стресова гіпнотерапія (М.А. Рожнова), інтегративна гіпнотерапія (L. Boytler, D. Hammond), кодування (О.Р. Довженко) тощо. Велику увагу вчених привертає відносно новий напрям інтегративно-діалогова гіпнотерапія, в основу якої покладено трикомпонентну, інтеракційну, структурно-динамічну теорію психотерапії (Р.Д. Тукаєв).

Актуальність досліджень, спрямованих на вдосконалення підходів до діагностики та терапії адаптаційних розладів суттєво зростає, оскільки в наш час збільшилась кількість людей з такими розладами [3]. Крім того, до сьогодні залишається невирішеною ціла низка питань щодо методики їх лікування. За даними різних авторів, поширеність розладів адаптації істотно варіює - від 1 до 21% в

популяції. Ці розбіжності пояснюються складнощами діагностики, поліморфним характером даної нозографічної категорії, використанням різних методів діагностики та умов дослідження, а також обстеженням різних соціальних категорій населення [3].

Вивчення зазначеної проблеми є найбільш актуальним у період війни, коли не всі молоді люди здатні перенести відрив від рідного дому, вимоги військового середовища і специфічну атмосферу міжособистісних відносин.

**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].

Гіпнотерапія часто застосовується для зміни поведінки суб'єкта, для зміни його емоційного стану, а також для психокорекції широкого спектру дисфункціональних станів, таких як занепокоєння і підвищена тривожність.

Сьогодні вчені вважають, що гіпноз - це умовно-рефлекторний сон, викликаний навіюванням. Гіпноз - це частковий сон, або тимчасово змінений стан свідомості, для якого характерним є звуження обсягу і різке фокусування на змісті навіювання, яке пов'язано зі зміною функцій індивідуального контролю та самосвідомості [2]. Інакше, гіпнотичний стан - це стан коли звужується свідомість. Цей стан викликає своїми діями психотерапевт. 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 поширюється по корі великих півкуль мозку, як правило, за умови відсутності вогнищ збудження. А гіпнотичний стан - це сон, який повільно настає і обмежується спочатку невеликими ділянками мозку, а потім поширюється і доходить до підкорки, залишаючи активними лише зону раппорта і мозкові центри дихання, серцебиття і т.п. У гіпнотичному стані гальмування охоплені тільки певні частини кори великих півкуль мозку і саме цим цей стан відрізняється від часткового, парціального сну. Науковцями доведено, що гіпноз викликають слабкі, довгострокові подразники, він викликає втому коркових аналізаторів, внаслідок функціонування одного або кількох органів чуття, а саме: зору, слуху, дотику, температурних подразнень шкіри. В результаті відбувається 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 при виснаженні певної 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 максимальне заглиблення в цей стан призводить до повного засинання або до звичайного сну.

Питаннями адаптації та її розладами останнім часом цікавилися дослідники Andreassen N. Hoenk., (1982); Eliot C., Eisdofor C., (1982); Garnezy N., Rutter M., (1983); Олександрівський Ю. А., (1993, 2000) ; Бал Г. А., (1988); Березін Ф. Б., (1988); Бодров В. А., (1995); Воробйов В. М., (1993); Празднова В. А., (2000); Сандомирський М. Є., (2000); Косік В. В., (2001); Ісаєва Є. Р.,(2010); Вертячих Н. Н. (2010); Циганкова П. В. (2012), Олександрівський Ю. А. (1994) і Ушаков Г. К. (1978) [3].

Вони відзначають, що дослідженню адаптивного і дезадаптивного компонентів у клініці психогенних розладів приділяється вкрай недостатньо уваги.

За останні десятиліття саме поняття «адаптаційні розлади» набуло широкого розповсюдження в психіатрії. Ця діагностична категорія була вперше введена в DSM-III, проте найбільшу розробку отримала в наступних класифікаціях хвороб [3]. У МКБ-10 порушення адаптації віднесені до розладів, пов'язаних зі стресом (F-43.2 Клас V) [3].

Розлад адаптації виникає після сильного стресового впливу і характеризується порушеннями соціального функціонування та продуктивності адаптації до значних змін у житті. Стресовий чинник (втрата близьких, переживання розлучення, міграція, стан біженця) уражає інтегральність соціальної сфери хворого і широку систему соціальної підтримки та соціальних цінностей. Важливішу роль у ризику виникнення і формування проявів адаптаційних розладів відіграє індивідуальна схильність чи уразливість, але вважається, що стан не міг би виникнути без стресового чинника. Прояви різні й охоплюють депресивний настрій, тривогу, занепокоєння, почуття нездатності дати собі раду, пла-

нувати певні дії чи продовжувати залишатися в даній ситуації, а також деякий ступінь зниження продуктивності виконання щоденних справ. Індивідуум може демонструвати схильність до драматичної поведінки і спалахів агресивності. Адаптаційні розлади виявляються протягом місяця після стресової події чи зміни життя, тривалість симптоматики зазвичай не перевищує шести місяців.

У DSM-IV дані розлади виділені в окрему рубрику, де вони описуються як психічні розлади, для яких стрес має важливе значення [3]. При цьому має місце певна «плутанина» в поняттях і термінах розладів адаптації: під терміном «стрес» розглядається стресова подія, а не універсальна фізіологічна реакція, що є загальним адаптаційним синдромом (за G. Selie) [3].

Для виникнення і розвитку розладів адаптації необхідна наявність емоційно-стресового впливу, причому стресова ситуація не обов'язково повинна носити надзвичайний для даної особини характер чи загрожувати її життю, фізичному та психічному благополуччю. Були зроблені спроби виділяти типові стресові події, які можуть призводити до порушення процесів психічної адаптації. До них відносять зміну життєвого побуту, підвищені фізичні та емоційні навантаження, розрив значущих особистих відносин, розлуку 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 відповідних симптомів.

Симптоматика може проявитися після трьох місяців від початку дії стрес-чинника. Якщо стрес-чинник припиняє свою дію, то симптоми розладу адаптації припиняються (DSM-IV, 519)

Класифікують такі види адаптаційних розладів:

1. Розлади адаптації з ознаками тривоги.

2. Розлади адаптації з депресивним настроєм.

3. Розлади адаптації з тривогою та депресивним настроєм.

4. Розлади адаптації з порушеннями в поведінці.

5. Розлади адаптації з емоційними порушеннями в поведінці.

Розлад адаптації є короткостроковою реакцією на непристосування до зовнішнього подразника. В свою чергу пацієнт такий стан переживає як особисте нещастя або постійну ворожість. Він вважає, що оточуючий світ не приймає його («всі проти мене», «я всіх ненавиджу»). Психіатр може назвати такий розлад психосоціальним стресом.

Розлад адаптації припиняється з припиненням дії стреса на пацієнта, але якщо стресовий чинник продовжує свій вплив, досягається новий рівень адаптації. Реакція на стресовий стимул стає гіпертрофованою, і пацієнт, як правило, починає проявляти неадекватні форми поведінки (наприклад, емоційні реакції, нервові зриви і т.п.).

Розлад адаптації є одним з найбільш поширених психіатричних діагнозів у пацієнтів, які госпіталізовані з медичною та хірургічною патологією. За даними дослідження (Бохонкова Ю.О.) 5% госпіталізованих за трирічний термін мали адаптаційні розлади [2]. Розлади найчастіше діагностувалися у підлітків, але вони можуть виникати в будь-якому віці.

Дослідження пацієнтів Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1 виявили близько 10 % осіб, схильних до розладів адаптації. Співвідношення жінок та чоловіків становило 2 : 1. Було встановлено, що самотні жінки більш схильні до таких розладів. Серед підлітків обох статей, в якості стресових чинників, домінували шкільні проблеми, відмова батьків, батьківські розлучення та вживання наркотичних речовин. У дорослих до стресових чинників можна віднести сімейні проблеми, розлучення, переїзд до нового місця проживан-

ня, важкі умови праці та фінансові проблеми (Andersen N, Wasek P 1980).

Andersen і Wasek (1980) стверджують, що у 5% пацієнтів, що знаходяться на стаціонарному та амбулаторному лікуванні були помічені адаптаційні розлади. Fabrega та інші (1987) відмітили, що 2,3% пацієнтів клініки відповідали критеріям - розлад адаптації без інших діагнозів по осі I або осі II; 20% мали діагноз розлад адаптації, коли пацієнти з іншими діагнозами осі I також були включені (Porkin in 1990). Шафер (квітень 1990) зазначив, що до 70% дітей, прийнятих в психіатричну клініку, можуть мати діагноз «розлад адаптації». Грінберг та інші (1995) стверджують, що токсикоманії у дорослих пов'язані з діагнозом адаптаційний розлад.

Адаптаційні розлади можуть виникати через чинники стресу (один або декілька). Не завжди можливо асоціювати високий ступінь тяжкості розладу адаптації з високим ступенем інтенсивності стрес-чинника. Високий рівень стресу залежить від ступеня, кількості, тривалості, оборотності, довкілля та особистого контексту. Наприклад, втрата одного з батьків створює різний рівень стресу для особин віком 10 і 40 років.

Стрес-чинник може бути один, наприклад, розлучення або втрата роботи, або їх може бути декілька, наприклад, смерть рідної людини, яка відбувається в той же час, коли відбувається загострення хвороби і відбувається втрата роботи. Стрес-чинник може бути повторюваним, наприклад, у сезонних робітників, та безперервним, таким як хронічна хвороба або життя у бідності. Постійні сімейні проблеми можуть призвести до розладу адаптації всіх членів сім'ї. Стрес-чинник може спочатку впливати на одного члена сім'ї (коли він або вона стає жертвою злочину), а потім поширитися на інших. Іноді розлад адаптації відбувається з кількома членами певної групи (наприклад, робочий колектив), коли стрес-чинник впливає на кілька людей одночасно.

Також відомі особливо вразливі періоди життєвого циклу людини, такі як вступ до школи,

перехід з однієї школи в іншу, іспити, перше побачення, випуск зі школи, вступ до вищого навчального закладу, перша робота, зміна робочого місця, посадове підвищення, створення сім'ї, народження першої дитини, хвороба дитини і т. п.

Як ми бачимо з переліку ситуаційних і поведінкових стрес-чинників, причин для стресової реакції дуже багато. Деякі люди адаптуються під стресові умови легше і швидше ніж інші. Здатність до адаптації сильно залежить від якості роботи опіюйдних механізмів і природно цей процес протікає у кожній людини по своєму.

У поданій нижче залежності ми можемо спостерігати відношення величин одна до одної:

Ка - Коефіцієнт адаптації

Sф - Стрес-чинник

Dv - Ступінь уразливості

Ea - Ефективність адаптації

$Ка = Sф (Dv) / Ea$

Коефіцієнт адаптації є показником відхилення адаптації від ідеальної (збалансованої) реакції нервової системи на зовнішній подразник. Відхилення від ідеального рівня можуть бути обумовлені різними біохімічними та фізичними причинами - недолік у виробництві Бета-ендорфінів і серотоніна, надмірне фізичне або психічне навантаження, недосинання, сенсорна депривація та ін.

Показниками уразливості пацієнта та його адаптації до умов зовнішнього середовища є ступінь уразливості в порядковій шкалі оцінок (приклад ступенів: дуже високий, високий, середній, нижче середнього, низький) або ймовірність успішної адаптації за шкалою ймовірності. Зворотним показником по відношенню до показника уразливості є показник ефективності адаптації (Ea) - ступінь адаптації або ймовірність відсутності нервової реакції на зовнішній подразник (Cohen, 1981, Brezinka in, 1994).

Розлад адаптації кодується на основі підтипу, який вибирають залежно від симптомів, що переважають.

Конкретний стресор (и) може бути вказаний на осі IV:

- 309.0 - з пригніченим настроєм,
- 309.24 - з тривогою,
- 309.28 - зі змішаним тривожним і депресивним настроєм,
- 309.3 - з порушеннями поведінки,
- 309.4 - зі змішаним порушенням емоцій і поведінки,
- 309.5 - невизначена симптоматика.

Лікування розладів адаптації може бути зроблене за допомогою:

- гіпнотерапії;
- фармакології.

Гіпнотерапія. Гіпнотерапевтичні методи лікування розладів адаптації можуть бути ефективними, оскільки стрес-чинник не може бути чітко визначений, консультативна (свідома) психотерапія не є показаним видом терапії. Оскільки, консультативна (свідома) психотерапія не враховує, що люди, схильні під одним і тим же стрес-чинником розуміти різні симптоми. Гіпнотерапія може допомогти людині адаптуватися до стрес-чинників і може послужити в якості профілактичного втручання, якщо дія стрес-чинника не припиняється.

Крім того, методи гіпнотерапії дозволяють виявити під час дії якого саме стрес-чинника відбувається найсильніша реакція. Виявлення такого чинника дозволить лікувати симптоматику, знижуючи рівень реагування на цей стрес-чинник.

Фармакотерапія. Правильне використання препаратів може допомогти пацієнтам з розладом адаптації, але препарати повинні бути приписані людині на короткий час. Пацієнт з подібним розладом може відреагувати на будь-який антидепресант. Хворі з високим ступенем тривоги, що межує з маніакальним станом, можуть відчутти значне полегшення від невеликих доз антипсихотичних препаратів (Uhlenhuth in, 1995).

**Висновки та перспективи подальших досліджень.**

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

2. В основі гіпнозу лежать механізми навіювання (сугестії) та самонавіювання (аутосугестії). Досі ведуться суперечки щодо приналежності гіпнотерапевтичних практик до конкретної професійної діяльності. Найбільш популярним в гіпнотерапії є гіпноаналіз (L. Volberg, Д.А. Каменецький, R. Lindner, М.Р. Гінзбург), сугестопедія (G. Lozanov), гіпнопедія (О.Т. Губко, А.М. Свядош, В.Л. Райков), аутогенний тренінг (G. Shults), абляційний гіпноз (G. Klumbis), емоційно-стресова гіпнотерапія (М.А. Рожнова), інтегративна гіпнотерапія (L. Boytler, D. Hammond), кодування (О.Р. Довженко) тощо.

Питання терапії та діагностики розлади адаптації, вимагають подальшого вивчення та дослідження. Необхідні клінічні дослідження, спрямовані на розроблення ефективних методів терапії даних розладів.

3. З урахуванням можливості несприятливого перебігу цих розладів їх своєчасна і адекватна терапія є перепорою для розвитку більш важкої психічної патології.

4. Головним завданням гіпнотерапії в лікуванні розладів адаптації є виявлення причин цих розладів.

Література:

1. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности // Вопросы психологии .- 1989. - №1. - С. 92 – 100.
2. Бохонкова Ю.О. Возможности коррекции личностных факторов социально-психологической адаптации // Социальная психология. - 2005. - № 2(10). - С.45-54
3. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. Санкт-Петербург – Москва – Харьков – Минск: „Питер”, 1999. – 528 с.

4. Гончаров Г.А. Суггестия: теория и практика / Гончаров Геннадий Аркадьевич. – М. : «КСП», 1995. – 320 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 гипно-коррекционных методов в работе психолога / Г.Ю. Поляков // Молодой ученый. – 2011. – № 9. – С. 186 – 189.
8. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Р.Д. Тукаев. – М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. – 448 с.