

УДК 659.888.70

МЕТА АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТІ ГІПНОТЕРАПІЄЮ

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

Анотація.

Розглянуто теоретичні основи щодо лікування гіпнотерапією, досліджено метод гіпнозу, а також ефективність гіпнотерапії за допомогою показників мета аналізу.

Abstract.

The theoretical bases for the treatment of hypnotherapy, hypnosis method is investigated, and the effectiveness of hypnotherapy using objective performance analysis.

Постановка проблеми. Гіпнотерапія - альтернативна терапія, яка використовує гіпнотичний стан, коли відбувається «спілкування» свідомого і несвідомого з його «коригуванням», спрямованої на досягнення бажаного результату, дає можливість отримати хороший терапевтичний ефект. І іноді навіть у тих випадках, коли традиційна медицина безсила.

Незважаючи на досягнення сучасної анестезіології та методів хірургії, оперативне лікування раніше приносить певні неприємні тілесні і емоційні переживання. Фармакологічна підтримка значно полегшує період відновлення після операції, проте ці препарати далеко не завжди максимально ефективні і часто мають побічні ефекти. Це питання є актуальним сьогодні, тому використовують гіпноз чи гіпнотерапію [5].

Гіпноз по праву вважається багатообіцяючим фармакологічним методом супроводу оперативних втручань. У 2002 році американські автори Guy H. Montgomery, Daniel David, Gary Winkel, Jeffrey H. Silverstein, Dana H. Bovbjerg опублікували метааналіз досліджень щодо застосування гіпнозу в хірургії з метою оцінки його ефективності як додаткового засобу, який допомагає контролювати неприємні симптоми в після операційному періоді.

Були проаналізовані дослідження, знайдені в оглядах і в базах даних Medline і PsycLIT. Дослідження повинні були відповідати таким критеріям: 1) гіпнотерапія проводилася принаймні в

одній групі пацієнтів, яким належало оперативне лікування, і їм заздалегідь повідомляли про те, що їх будуть лікувати гіпнозом; 2) включення контрольної групи; 3) достатня кількість вихідних даних для обчислення величин ефектів. Оскільки слово «hypnosis» в літературі з анестезіології використовується для опису стану, викликаного лікарськими речовинами, було необхідно ретельно проаналізувати методи досліджень, щоб визначити, чи дійсно в дослідженні застосовувався гіпноз. У цих дослідженнях зазвичай гіпноз використовували у формі наведення розслабленням і навіювань, спрямованих на контроль побічних ефектів (наприклад, болю, нудоти і тривоги) [9].

Теоретичні основи. Використання гіпнотичного стану як власне лікарського засобу, залишає за пацієнтом можливість наповнити гіпнотичний стан своїм змістом або сприймати його як "чудо". Гіпнотерапія вирішальним чином пов'язана з поінформованістю про гіпноз і його лікувальним ефектом, вираженістю установки на лікування та внутрішньої картиною очікуваного ефекту.

На ефективність гіпнотерапії впливають багато факторів. Головними є віра самого лікаря в можливості гіпнотерапії, професійне вміння та відповідність його поведінки образу, створеному уявою хворого, його надії та вірі ввилікування. Недовіра і негативне ставлення до гіпнозу нерідко говорить про паранояльних і тривожно-недовірливих рисах характеру самого хворого, його

батьків і деяких фахівців. Іноді батьки вимагають використання тільки гіпнотерапії, яка очікується як "диво", здатне миттєво вилікувати дитину і змінити його характер в бажану для них сторону [1].

Подібний завищений рівень домагань батьків необхідно коригувати заздалегідь, підкресливши, що гіпнотерапія - це насамперед засіб зміцнення організму, підвищення тонуусу і захисних сил, що створює необхідні передумови для одужання. Деякі діти і дорослі бояться гіпнозу, який представляється як щось здатне змінити їх особу, трансформувати "я". У більш широкому плані це говорить про страх гетеровліяння, примусу, психологічного зараження, що має в своїй основі невротичний страх зміни "я". Як правило, особи, що бояться гіпнозу, погано засинають увечері, побоюючись кошмарних сновидінь, в яких вони безсилі перед обличчям нової небезпеки. Усім цим пояснюванням іноді зустрічаються труднощі входження в гіпнотичний стан, 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 протилежного і, головне, лікувального стану.

Гіпнотерапія неефективна не тільки при вираженому страху гіпнозу, але й при протопатичній тривозі, агресивності, невротичних, і патохарактерологічних розвитках. Вона протипоказана при наявності істеричних проєкцій і рентних установок, схильності до конфабуляції і гіпнагогічних галюцинацій [4].

Успішність гіпнотерапії залежить не тільки від активності хворого в процесі лікування, психофізіологічних ресурсів його організму і професійного досвіду лікаря, але й від виконання останнім низки попередніх умов, найважливіша з них полягає в тому, щоб застосовувати гіпнотерапію тільки після зменшення гостроти неврозу, актуальності невротичного конфлікту і, наскільки це можливо, попереднього зміцнення ослаблених

сил організму. Тому вона є заключним етапом індивідуальної психотерапії.

Винятком з цього правила є гострі невротичні реакції, що виникають в результаті надсильних психогенних подразників, у тому числі психогенний мутизм, невротичне заїкання, респіраторні тики, вигуки, істеричні розлади у вигляді амавроза, анестезії, "грудки" в горлі, парезів і паралічів. При цих порушеннях доцільно якомога більш раннє застосування шокowego навіювання в стані релаксації або гіпнозу. У більшості випадків гіпнотерапія застосовується після курсу навіювання наяву. Якщо ефект від нього відсутній повністю, то гіпнотерапія може дати лише частковий ефект, так як загальним для обох методик є навіювання. Якщо ж навіювання наяву "розпушує" дію на невротичну симптоматику, то ефективність подальшої гіпнотерапії пояснюється кращою фіксацією навіювання завдяки зниженню в гіпнозі критичного сприйняття хворого, а також седативну і загальнозміцнюючу дію гіпнотичного стану [6].

Значно більш високий ефект, ніж від навіювання наяву, спостерігається від використання гіпнотерапії при астеноневротичних станах і розладах сну. Більш успішна гіпнотерапія при неврозах з вегетативними порушеннями і психосоматичних захворюваннях. При гіпнотерапії неврозів, незважаючи на відсутність спеціальних навіювань, нерідко полегшується перебіг деяких супутніх соматичних захворювань і рідше виникають простудні захворювання. Все це вказує також на соматотропний спектр дії гіпнотерапії, що підвищує реактивність організму. Вона доцільна і при деяких супутніх алергічних імунних порушеннях, коли використання ліків утруднено через ідіосинкразичні реакції. За допомогою навіювання в глибокому гіпнозі можна нейтралізувати травмуючий зміст деяких кошмарних сновидінь. Спочатку навіюється індіферентна, а потім емоційно позитивна тематика сновидінь. Досягнута модель бажаної поведінки

закріплюється в процесі подальших ігрових занять [3].

Успішність реалізації навіювання залежить від досвіду і мистецтва лікаря. У перших сеансах воно в основному спрямовано на отримання гіпноэффекту, на розвиток гіпнотичного стану. У наступних сеансах в міру збільшення глибини гіпнозу (в межах другого ступеня) поступово зменшується обсяг гіпноз-навіювань і збільшується обсяг терапевтичних навіювань. Терапевтичні навіювання більш дієві, коли вони відокремлені паузою від підкріплюють навіювань.

Ефективність терапевтичних навіювань зазвичай збільшується в міру поглиблення гіпнозу внаслідок їх кращої фіксації і ефекту постгіпнотического дії. Вони проводяться при максимальній глибині гіпнозу, не раніше 30-40 хвилин від початку гіпнотизації при тривалості сеансу 75-80 хвилин. Після виведення з гіпнотичного стану хворому необхідно дати можливість полежати кілька хвилин, що робить перехід до активного дня більш природним. При гіпнотерапії слід враховувати особливості динаміки лікувальних змін, що дозволяє уточнити патогенез деяких функціональних порушень при неврозах. Так, що відбувається під впливом гіпнотерапії ослаблення тика, заїкання, енурезу і енкопрезу супроводжується підвищенням збудливості, рухової активності і нерідко агресивності, загостренням впертості і негативізму по відношенню до інших. Це вказує на виявлення афективно-збудженого рівня невротичного реагування, розтин і відреагування внутрішнього конфлікту [5].

Мета аналіз виявив значний позитивний ефект від гіпнозу. Мета аналіз — науковий метод узагальнення (інтеграції) кількісних результатів однорідних досліджень, проведених у різний час різними авторами однієї й тієї ж медичної технології з метою одержання сумарних статистичних показників цих досліджень. Це особлива форма статистичного аналізу, в процесі якого об'єднуються результати багатьох клінічних,

фармакоепідеміологічних досліджень, що присвячені одному й тому ж питанню. Такий підхід забезпечує значно більшу статистичну потужність, ніж в окремому дослідженні, зменшення ймовірності випадкових і систематичних помилок і, як наслідок, — суттєво підвищує об'єктивність та достовірність отриманих результатів. Середня величина ефекту гіпнотичного впливу значно вище середнього. Пацієнти в групах гіпнозу повідомляли про значно більш високому рівні задоволення лікуванням [8].

В середньому 89% хірургічних пацієнтів випробували позитивний ефект від додаткового гіпнотичного супроводу в порівнянні з контрольними групами. Гіпноз допомагав більшості пацієнтів знизити такі небажані наслідки оперативних втручань як післяопераційні болі, тим самим знизивши потреба в знеболюючих, поліпшити фізіологічні параметри, полегшити і прискорити період відновлення і вкоротити перебування пацієнтів у стаціонарі. За даними дослідників, результати не залежали від методу гіпнотичного наведення або дизайну дослідження [1].

Безумовно, даний метааналіз має і деякі обмеження. Так, можна сперечатися про доцільність включення в аналіз нерандомізованих досліджень. У більшості досліджень гіпноз порівнювали зі стандартною терапією, хоча, можливо, варто було б порівнювати гіпноз з плацебо. Однак, варто зауважити, що мета аналіз не виявив значних відмінностей в ефективності гіпнозу при різних контрольних умовах. Також як обмеження можна розглядати невеликі розміри вибірок деяких досліджень. Крім того, перераховані дослідження розтягнуті за часом більш ніж на 40 років. Можливо, що зміни та досягнення в медицині, що відбулися за цей час, вплинули на ефекти гіпнотерапії. Але автори не виявили очевидного зв'язку між датою публікації і величиною ефекту.

Те, про що можна було тільки мріяти п'ять років тому, сьогодні стає реальністю. На

конференції Європейського товариства гіпнозу в м.Сан-Мало (Франція, 2009) Клод Віро (Claude Viro), президент Французької конфедерації гіпнозу і короткострокової терапії (CFHTB), захищав особливу точку зору: ні - медикаментів, так - психотерапії на основі гіпнозу. Люди спробували пом'якшити виступ Клода, щоб не образити ні психіатра, ні анестезіолога. На той момент у них не було документів, які могли б прояснити цю дискусію. Сьогодні є всі документи, і можна прийти до висновку про те, що Клод був правий. Перший з цих документів являє собою мета-аналіз Д. Хаммонда, який показує, що практика гіпнозу і особливо самогіпнозу є однією з найбільш ефективних у відношенні загальних тривожних розладів, пов'язаних з недостатнім зняттям стресу. (Expert Rev Neurother. 2010 Feb; 10 (2): 263-73. Hypnosis in the treatment of anxiety- and stress-related disorders. Hammond DC) [6].

Другий документ опублікований в американському тижневику Newsweek і був проаналізований Майклом Япко (Michael Yapko) в його останньому бюлетені. (The Depressing News About Antidepressants, Sharon Begley, Newsweek Feb 8, 2010). Стаття в Newsweek ставить під сумнів чесність деяких американських фармацевтичних груп при проведенні досліджень дії нових антидепресантів. Згідно з цією статтею, до уваги були прийняті тільки позитивні результати попередніх досліджень, а нейтральні або негативні не були враховані. Майкл Япко і автори статті, опублікованої в Newsweek, прийшли до висновку, що дія антидепресантів трохи вище, ніж плацебо, і значно менше, ніж психотерапія і гіпноз [1].

Таким чином, гіпноз є потужним терапевтичним інструментом для лікування тривожних розладів. Для підтвердження цієї ідеї необхідні клінічні дослідження. Команда Французької асоціації гіпнозу (AFHYP) та Інституту Клінічного Гіпнозу Російської психотерапевтичної Асоціації за підтримки ГУ СПб НІПНІ ім.В.М.Бехтерева починає клінічні дослідження, і

запрошує лікарів і медичних психологів взяти в них участь.

У 2003 році, мабуть, самий недавній мета-аналіз ефективності гіпнотерапії був опублікований двома дослідниками з університету Konstanze в Німеччині (Flammer і Бонгарц). У дослідженнях розглядалися дані про ефективність гіпнотерапії за такими напрямками, як: психосоматичні хвороби, підвищений рівень тривожності, залежність від нікотину, контроль больового синдрому під час ортодоксального медичного лікування. Більшість з опублікованих досліджень використовували методи традиційного класичного гіпнозу, тільки деякі з них (19%) використовували метод Еріксоніанський гіпнозу [7].

Автори розглянули в цілому 444 досліджень з гіпнотерапії, опублікованих до 2002 року. Вибравши самі відповідні дослідницькі проекти для мета аналізу, вони звузилися діапазон уваги до 57 контрольованих випробувань. Вони показали, що в середньому досягнуто, принаймні, 64% успіху в експериментальних групах у порівнянні з поліпшенням 73% серед необроблених контрольних груп. (Виходячи з результатів по біномінальної ефекту або BESD).

Згідно коментування авторів, однак, цей результат був навмисно недооцінений. Їх метою було з'ясувати можливість докази ефективності гіпнотерапії навіть при самих скептично оцінюються результати. Коли автори знайшли всі 133 дослідження придатними під всі критерії, надаючи дані для більш ніж 6000 пацієнтів, результати показали середній рівень поліпшення в 27% в контрольній групі нелікованих пацієнтів протягом терміну досліджень в порівнянні з рівнем успіху 74% в експериментальній групі серед тих пацієнтів, хто отримував лікування методом гіпнотерапії. Це високий показник, враховуючи той факт, що в багато з цих досліджень входило лікування залежності від наркотичних речовин, включаючи алкоголь [4].

Висновки та перспективи подальших досліджень. Поняття психотерапія значно ширше ніж поняття гіпнотичне лікування, що становить лише невелику частину його. Але зате гіпнотизм дав ключ до психотерапії, розкривши всю колосальну міць психічного впливу на людину і вказавши, що багато навіювання здійсненні і без гіпнозу. Ретроспективно озираючись на історію психотерапії, можна сказати ясно і виразно, що лікування навіюванням взагалі виросло з гіпнотизму і що надзвичайно ретельна в останні десятиліття наукова та практична розробка гіпнотизму, психоаналізу, навіювання наяву, методу переконання і деяких інших прилеглих сюди методів - все це створило новітню психотерапію.

Для цього використовують мета аналіз. Мета аналіз – встановлення ефективності та безпеки тієї чи іншої медичної технології, з'ясування причинно-наслідкових зв'язків між фактором ризику і розвитком захворювання, встановлення та пояснення відмінностей (унаслідок наявності статистичної неоднорідності або гетерогенності показників) у результатах досліджень. Наприклад проведення результатів багатоцентричних клінічних досліджень з приводу впливу куріння на здоров'я показав, що табакокуріння є важливим чинником ризику розвитку захворювань органів дихання та щорічно призводить до 85 тис. смертей від хронічної обструктивної хвороби легень і пневмонії. При включенні в мета аналіз результатів клінічних досліджень особливу увагу слід надавати організації дослідження й представленню даних, а вже потім їх обробленню, оскільки саме це визначає якість і повноту отриманих даних. Найбільш обґрунтовані результати можуть бути отримані при проведенні рандомізованих контрольованих досліджень лікувальних і профілактичних медичних технологій, оскільки в таких випадках організація (тобто структура) і проведення дослідження найбільш

близькі до експерименту в загальнонауковому розумінні цього терміна.

Література:

1. Бохонкова Ю. Можливості корекції особистісних чинників соціально-психологічної адаптації // Соціальна психологія. - 2005. - № 2 (10). - С.45-54
2. Гончаров Г. А. Суггестия: теория и практика / Гончаров Геннадий Аркадьевич. – М. : «КСП», 2005. – С. 121-124.
3. Зозуля Т.В. «Основи соціальної і клінічної психіатріїВ». – М: Москва, 2001. – С. 124-126.
4. Карвасарський Б. Д. Психотерапевтична енциклопедія. - С.-Пб.: Пітер, 2001. – С. 146-153.
5. Началджян А. А. Социально-психологическая адаптация личности.– Ереван: АН Арм. ССР, 2003. – С.126-128.
6. Поляков Г. Ю. История валидации гипно-коррекционных методов в работе психолога / Г. Ю. Поляков // Молодой ученый. – 2011. – № 9. – С. 186 – 189.
7. Тукаев Р. Д. Гипноз. Механизмы и методы клинической гипнотерапии / Рашит Джаудатович Тукаев. – М. : 000 «Медицинское информационное агентство», 2006. – С.101-103.
8. Davey Smith G., Egger M., Phillips A. Meta-analysis: principles and procedures // BMJ. — 2007. – p.142-144.
9. Cook D.J., Mulrow C.D., Haynes K.B. Systematic reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions // Ibid. – 2009. – p.95-97.