

Глава 26

Применение гипноза в лечении конверсионных и соматических расстройств

Фрэнни Си Моэн и Кэрин Ролофс

26.1. Проблемная область

Конверсионное расстройство (КР) сопровождается утратой произвольных моторных или сенсорных функций. Его симптомы вызываются неврологическими или другими органическими причинами, но, как полагают, они связаны с психологическими стрессорами (Американская психиатрическая ассоциация, 1994). Конверсионные и соматические симптомы были первоначально описаны в контексте истерии и всегда были предметом дискуссий и концептуальной путаницы.

Актуальность этой дискуссии выражается в том, как данное расстройство в настоящее время классифицируется в двух основных современных нозологиях: в DSM-IV (Американская психиатрическая ассоциация, 1994) КР является типом соматоформного расстройства; в МКБ-10 (Всемирная организация здравоохранения, 1992) это диссоциативное расстройство. Для удобства мы следуем критериям DSM-IV, хотя в нашем теоретическом обзоре мы приводим аргументы в пользу диссоциативной классификации.

Неврологические симптомы, для которых невозможно найти адекватное физиологическое объяснение, могут быть положены в основу не только диагноза КР, но также и диагноза соматического расстройства (СР). Помимо различий в количестве симптомов и хронических заболеваний, имеющиеся данные свидетельствуют о том, что мало что отличает КР от СР (Ron, 2001; Wade, 2001; Brown, 2004). Мы сфокусируемся на КР, полагая, что большинство описанных функций и моделей лечения применимы как к КР, так и к СР.

Проявления симптомов конверсии имитируют широкий спектр неврологических расстройств. Наиболее распространенными симптомами конверсии являются двигательные симптомы, такие, как паралич, раскоординация, атаксия и тремор. Второй наиболее распространенный кластер симптомов включает соматосенсорные симптомы, например, анестезию, слепоту и иногда глухоту. Другой кластер симптомов может включать припадочную активность.

Также возможны смешанные проявления, в которых наблюдаются двигательные, сенсорные и судорожные симптомы.

Согласно критериям DSM-IV, начало или обострение этих симптомов должно быть связано с психологическим стрессом или травмой. Сексуальное, физическое и эмоциональное насилие в детстве действительно связано с симптомами конверсии и соматизации (например, Morrison, 1989; Betts and Boden, 1992; Alper и др., 1993; Binzer and Eisemann, 1998; Куук и др., 1999, Litwin and Cardena, 2000; Roelofs и др. 2002a; Salmon и др., 2003; Brown и др., 2005)

Кроме того, симптомы конверсии нередко проявляются после воздействия острых стрессоров (Binzer и др., 1997; Roelofs и др., 2005). Тем не менее, несколько авторов поставили под сомнение необходимость идентификации психосоциальных поводов для постановки точного диагноза КР или СР. (например, Merskey, 1979; Ron., 1994). Несмотря на то, что часто встречаются четкие средовые прекурсоры, в некоторых случаях они могут отсутствовать (Ron., 1999; Roelofs и др., 2002a).

При КР весьма распространена сопутствующая психиатрическая заболеваемость. У 22-75 процентов пациентов наблюдаются заболевания из первой оси Axis-1 (DSM-IV),

главным образом депрессивные и тревожных расстройства (Mace and Trimble, 1996; Binzer и др., 1997; Crimlisk и др., 1998). У 37-59 процентов пациентов наблюдаются личностные нарушения (Binzer и др., 1997; Crimlisk и др., 1998; Moene et al., 2001; Roelofs и др. 2002b). В некоторых из этих исследований отмечались расстройства личности, но более распространены другие типы расстройств, такие, как, например, зависимое расстройство личности.

Заболеваемость сопутствующими заболеваниями при неврологических расстройствах во многом зависит от курсов лечения. В то время как приблизительно 50 процентов пациентов с неврологическими расстройствами страдают сопутствующими патологиями (Marsden, 1986; Factor и др., 1995), только у 3 процентов пациентов в психиатрических учреждениях были диагностированы сопутствующие неврологические расстройства (Roy, 1979).

Несмотря на трудности исключения неврологических заболеваний и симуляции, КР может быть диагностировано с достаточной степенью надежности при условии соблюдения стандартных диагностических протоколов (например, Crimlisk и др., 1998; Halligan и др., 2001). Недавно это мнение было подтверждено двумя нейрофизиологическими исследованиями, показывающими различные нейрофизиологические корреляции для КР и симуляции в случаях сенсорных (Lorenz и др., 1998) и моторных потерь (Spence и др., 2000) соответственно.

26.2. Теоретические модели

Несмотря на разнообразие проявлений симптомов конверсии, все они имеют одну особенность: проявления симптомов КР заметно изменяются под воздействием средовых и социальных факторов влияния, до тех пор, пока пациент не осознает этого. Похоже, что существует разрыв между сознательным опытом или знанием и имплицитным автоматическим или процессуальным знанием (Kihlstrom, 1992).

Например, у Bryant and McConkey (1989) было показано, что пациенты с конверсионной слепотой могут изменять свое поведение в ответ на визуальный сигнал, видение которого они отрицают. Тем не менее они остаются невосприимчивы к этой стратегии. Sackheim и др. (1979) предположили, что эти истерически слепые пациенты по-разному реагировали на визуальные раздражители в зависимости от того, обозначалось ли какое-то визуальное задание как тест на слепоту или нет. В клинических условиях мы наблюдали пациента, который утверждал, что не имеет визуального осознания своей непосредственной окружающей среды, но который был способен ходить по экзаменационной комнате, не сталкиваясь с мебелью.

В случае конверсионного паралича такой пациент не может намеренно перемещать одну или несколько частей тела. При менее контролируемых или специально созданных обстоятельствах, таких, как во время сна (Lauerma, 1993) или в гипнозе (Моене и др., 1998), пациент может, однако, показать некоторое движение парализованного участка. Ziv и др. (1998) ясно продемонстрировали это явление, проверив произвольное расширение парализованной ноги, когда пациент сознательно сгибал вторую (нормальную работающую) ногу против сопротивления.

По сравнению с контрольной группой и пациентами с неврологической слабостью, пациенты с конверсионным параличом показали значительно более произвольные, чем произвольные, сокращения парализованных конечностей. Эти расхождения между внешней (произвольной) и внутренней (непроизвольной) моторной функцией, а также сенсорными функциями вызвали много путаницы в клинической практике. Вопрос о том, что объясняет эти противоречивые явления, заинтриговал и занял философов, психиатров и неврологов на долгое время.

26.3. Пояснительные конструкции

В целях описания когнитивных и эмоциональных сдвигов, наблюдаемых у пациентов с КР, мы сосредоточимся на диссоциативных объяснениях. Основное предположение теории диссоциации состоит в том, что под воздействием психологического стресса может происходить диссоциация между открытой информацией более высокого уровня и последующей внутренней обработкой информации, в которой открытые информационные процессы терпят неудачу (Janet, 1907).

В соответствии с этой теорией, очевидные противоречия в проявлении симптомов в упомянутом выше примере конверсионной слепоты, где пациент смог передвигаться по комнате без столкновений с мебелью, могут быть объяснены предположением, что, хотя открытая сознательная обработка визуальной информации терпит неудачу, визуальные стимулы все еще обрабатываются на более низком, скрытом уровне (Kihlstrom, 1992). Теория диссоциации КР восходит к Пьеру Жане (1859-1947), который приписывал эту функциональную диссоциацию обработки информации более высокого и нижнего уровня сужению внимания в ответ на стресс и рассматривал ее как форму гипноза.

Жане (1925) утверждал, что существует взаимосвязь между детской травматизацией и диссоциативными симптомами, которая опосредована процессом, в котором травмированный индивидуум использует свои врожденные гипнотические способности, чтобы вызвать самогипноз как защитный ответ на подавляющие травматические события (Bliss, 1984; Putnam, 1989).

В соответствии с Жане, современные исследователи, такие как Hilgard (1977), Bliss (1984), Nehmia (1991), Kihlstrom (1992) and Oakley (1999a,b), также утверждали, что симптомы конверсии могут возникать в результате спонтанного самогипноза, связанного с диссоциацией сенсорных или моторных функций. Килстром (1992) внес внешние изменения модели диссоциации Жане.

Хотя обе теории используют много общих положений, Килстром, в отличие от Жане, рассматривает диссоциацию как непатологический «нормальный» психологический процесс. В его модели термин диссоциация используется дескриптивно, а не механистически, и травматический опыт больше не включается как причинный фактор в развитие диссоциативных симптомов. Ниже приводятся наиболее важные предположения и эмпирические доказательства современных моделей диссоциации, такие, как модель Килстрома.

Некоторые нейрофизиологические и нейропсихологические исследования подтверждают мнение о том, что при КР нарушаются высшие функции моторного и сенсорного контроля, а функции контроля нижнего уровня остаются сохранными. Например, при изучении двух случаев вызванных потенциалов была обнаружена ненарушенная ранняя сенсорная обработка, сопровождающаяся измененным P300 (потенциал, связанный с осознанием) у конверсионных пациентов с моторными (Lorenz и др., 1998) и сенсорными (Fukuda и др., 1996) симптомами, соответственно.

Кроме того, исследование случая позитронной эмиссионной томографии (ПЭТ) в одном случае, проведенное Marshall и др. (1997), показало, что когда пациент с односторонним конверсионным параличом левой ноги пытался шевелить этой ногой, то правая первичная двигательная кора (M1) не активизировалась, но увеличилась активность в двух префронтальных тормозящих структурах, правой передней поясной коре (ACC) и орбитофронтальной коре (OFC). Авторы пришли к выводу, что ACC и OFC ингибировали префронтальные (волевые) эффекты на правом M1, когда пациент сознательно пытался переместить свою пораженную левую ногу.

Эти мозговые структуры были задействованы в одном из случаев симптоматики сенсорной конверсии (Tiihonen и др., 1995). Также недавние исследования моторных изображений и моторного прайминга (Roelofs и др., 2001, 2002c, 2003, 2006, De Lange и др., 2007) показали, что конверсионный паралич связан с нарушением моторного контроля более высокого уровня и относительно неповрежденным моторным контролем нижнего уровня. Вкратце, существуют достоверные свидетельства недавних

нейрофизиологических и нейропсихологических исследований, что КР связано с диссоциированными процессами более высокого уровня и более низкого уровня.

Как и Жане, современные авторы, такие, как Kihlstrom (1992) и Oakley (1999a, b), отмечают сходство симптомов КР и диссоциативных аспектов гипноза. Недавние исследования нейровизуализации в определенной мере подтверждают предполагаемые общие черты между гипнотически внушенными феноменами и конверсионными симптомами.

В одном случае ПЭТ-исследование показало, что гипнотически внушенный паралич (Halligan и др., 2000) задействовал те же лобные ингибирующие структуры (OFC и ACC), что и те, которые указаны в вышеупомянутом случае конверсионного паралича (Marshall и др., 1997). Кроме того, используя упражнения ментального вращения руки, Roelofs и др. (2002d) обнаружил, что гипнотический паралич приводит к нарушениям, аналогичным тем, которые наблюдались ранее у пациентов с конверсионным параличом (Roelofs и др., 2001).

Более того, параллель между конверсионными симптомами и гипнотическими явлениями подтверждается тем фактом, что многие конверсионные симптомы имеют гипнотические аналоги, а КР часто сопровождается повышенными уровнями гипнотической внушаемости (Janet, 1907; Ludwig, 1972; Bendefeldt и др., 1976, Bliss, 1984; Roelofs и др., 2002b). В клинической практике давно признан тот факт, что между симптомами КР и гипнотическими феноменами существует множество схожих черт. Среди них такие, как недостаточное внимание к симптомам, чувство несвободы, влияние мотивации и социальных факторов, а также проявления имплицитных процессов.

Oakley (1999a) говорит, что существует несколько общих характеристик конверсионных симптомов и гипнотических феноменов, и они явственно перекликаются с разницей между имплицитным и эксплицитным восприятием (т.е. осознанием) или знанием (т.е. сознанием). В своей модели самосознания и сознания Оукли различает систему самосознания высокого уровня и полуавтоматическую исполнительно-контрольную систему более низкого уровня (см. также Norman and Shallice, 1986).

Oakley утверждает, что большинство наших действий и мыслей обрабатываются в рамках контрольной системы нижнего уровня, без субъективного осознания. На эту исполнительную систему могут оказывать непосредственное влияние как внутренние факторы (например, самовнушение, конфликтная мотивация), так и внешние факторы (например, гетеровнушение, социальное или психологическое давление, ожидания) и, в свою очередь, может инициировать как гипнотические, так и конверсионные феномены. Это объясняет определенное безразличие КР-пациентов и дефицит внешней информации: пациенты имеют врожденное знание о том, как двигать ногами, но у них нет приобретенного знания об этом навыке, что также объясняет, почему они настолько безразлично относятся к своему тяжелому положению.

В своей модели Oakley рассматривает моторные конверсионные симптомы как результат торможения осознанного движения центральной исполнительской структурой. Совсем недавно Браун (Brown) разработал более интегрированную когнитивную модель, в которой больше внимания уделяется разработке и содержанию связанных с симптомами психических представлений, которые выбираются центральными исполнительскими механизмами контроля.

Следуя когнитивно-поведенческой традиции, Браун описывает предполагаемые неосознанные (предшествующие), умеренные (поддерживающие) и последовательные (усиливающие) факторы в КР и СР. В этой модели ауто- или гетеровнушения представляют собой только один из возможных неосознанных факторов, которые могут стать основой для связанных с симптомами когнитивных представлений.

Другими факторами являются сенсомоторный опыт, связанный с физическими заболеваниями и травматическими событиями, косвенным воздействием на физическое состояние и социокультурной передачей информации о здоровье и болезни. Что касается умеренных факторов в модели Брауна, то такие процессы внимания, как повторное перераспределение внимания центральной исполнительной контрольной системой на симптомы, являются основным патогенным фактором в развитии хронической симптоматики.

Важным примером является аутофокусированное внимание, которое может привести к повышению осознанности телесных ощущений и расширенном отклике о телесных симптомах. Другими примерами умеренных факторов являются беспокойство о болезни или поведенческие реакции, такие как стремление к успокоенности.

Резюмируя, можно заметить, что теория диссоциации недавно начала вписываться в более широкую когнитивно-поведенческую перспективу в рамках существующих иерархических когнитивных теорий (Oakley, 1999a; Brown, 2004). Хотя Оукли рассматривает КР, прежде всего, как аутовнушенное расстройство, Браун выдвигает больше факторов, которые могут повлиять на симптомы конверсии и соматизации. Следует также отметить, что пациенты с КР не показывают ожидаемых повышенных показателей диссоциации, в том числе по шкале диссоциативных ощущений (DES, Bernstein and Putnam, 1986; Roelofs et al., 2001).

Авторы, такие как Oakley (1999a, b) и Brown (2004), предполагают, что конструкция диссоциации не требует наличия значимой связи между симптомами конверсии и гипнотическими феноменами. Несмотря на эти пробелы теории диссоциации, мнение о том, что КР характеризуется диссоциацией процессов более низкого уровня и более высокого уровня, широко распространено и подкрепляется обширными эмпирическими данными.

26.4. Клинические применения

Учитывая много параллелей между гипнотическими и конверсионными явлениями, гипноз может обеспечить плодотворное содержание курса лечения КР.

26.4.1. Обзор научной литературы

КР было подробно описано в многочисленных отдельных тематических исследованиях и некоторых сериях (Janet, 1907; Wilkins and Field, 1968; Kroger and ezler, 1976; Spiegel and Spiegel, 1978; Sackheim et al 1979. Patterson, 1980; Conrad, 1985) , Oakley (2001) рассмотрел 12 отдельных исследований, в основном речевых нарушений и моторных симптомов, в которых для лечения КР были использованы гипнотические процедуры.

Интересно, что наряду с использованием гипнотических решений, в большинстве исследований использовалось несколько дополнительных методов и стратегий, таких как когнитивно-поведенческие методы, логопедическая терапия и стратегия сохранения достоинства. Действительно, большинство профессиональных обществ гипноза расценивают гипноз в качестве вспомогательного метода, который может использоваться для поддержки общих подходов к лечению, таких как когнитивно-поведенческая, психодинамическая и реабилитационная терапии.

Многие авторы рекомендуют комплексный, эклектичный или мультимодальный подход к лечению. В соответствии с этой идеей, Уэйд (Wade, 2001) использовал качественные критерии для оценки эффективности терапии в рамках нескольких тематических исследований пациентов с КР, а также более широкой области пациентов с соматическим расстройством (СР) и пришел к выводу, что наиболее успешным может быть мультидисциплинарный подход к реабилитации с несколькими одновременными интервенциями.

Этот вывод согласуется с современными видами когнитивных теорий, такими, как ранее упомянутая иерархическая когнитивная теория Оукли (1999k) и интегративной концептуальной модели необъяснимой болезни, основанной на когнитивных психологических принципах Брауна (2004).

Браун утверждает, что выбор лечения зависит от детальной оценки симптомов пациента, факторов, связанных с их возникновением и развитием. Далее он утверждает, что он может включать в курс лечения когнитивно-поведенческую терапию, суггестивную терапию с гипнозом или без него, психодинамическую дружественно-ориентированную терапию, а также трудотерапию или физиотерапию.

Два исследования Hoogduin и Van Dyck (1992) и Moenc и др. (1998) использовали такие формы эклектической терапии. В исследовании Hoogduin и Van Dyck восемь стационарных пациентов с КР прошли лечение на основе гипноза и физическую повторную аттестацию. При последующем наблюдении (6-72 месяца после лечения) три пациента полностью выздоровели, а у пятерых значительно улучшилось состояние (при одном из пяти случаев кратковременного рецидива). В Moene et al. (1998) авторы описывают экспериментальное исследование, включающее восемь пациентов с КР.

У всех пациентов был диагностирован КР на протяжении многих лет. Средняя продолжительность лечения в этом клиническом исследовании составляла 2 месяца для стационарного и 20 сеансов для амбулаторного пациента. Один пациент прервал лечение и семь завершили лечение исчезновением симптомов. У трех пациентов наблюдался рецидив.

Контролируемые исследования по лечению КР немногочисленны и до недавнего времени не было никакого контроля за естественными изменениями, которые могут произойти с пациентом без интервенций.

Контролируемые исследования единичных случаев показали, что когнитивно-поведенческие, оперантные, контрольные и ориентированные на симптом подходы являются перспективными (Agras et al., 1969; Hersen et al., 1972; Ohno et al., 1974; Kallman et al., 1975, Turner and Hersen, 1975). Тем не менее, контролируемые клинические испытания, в которых содержится контрольная информация об успешном лечении многолетних КР, очень мало (Munford and Paz, 1978; Montgomery and Espie, 1986; Kop et al., 1992). Насколько нам известно, существует только два рандомизированных контролируемых групповых исследования по лечению КР и СР. Они использовали эклектический подход, включающий гипнотические методы, который применялся как к стационарным больным (Moene и др., 2002) и амбулаторным больным с КР (Moene et al., 2003b).

В исследовании Моене и др. (2002) описывается лечение 45 взрослых пациентов с КР двигательного типа или СР с симптомами двигательной конверсии, используя комплексную двухмесячную программу лечения.

Все пациенты принимали участие в групповой терапии, направленной на увеличение возможностей пациентов по решению проблем с использованием поведенческих и когнитивных методов. В дополнение к групповой терапии пациенты выполняли индивидуальную программу, включающую физиотерапию, индивидуальные тренировки и постельный режим.

В общей сложности 24 пациента прошли дополнительное гипнотическое лечение с 8 еженедельными 1-часовыми сеансами, использующими симптомно-ориентированные и исследовательские методы. Контрольная группа из 21 пациента получила дополнительное лечение без специфических вмешательств в области конверсионных симптомов. Для пациентов, наблюдение за которыми завершилось, среднее время пребывания в стационаре составляло 2,9 месяца.

Для общей выборки были получены значительные результаты лечения по всем результатам, измеряющим уменьшение симптомов и снижение нарушений в областях физической активности, деятельности повседневной жизни и социальной активности. В

рамках 6-месячного контроля, улучшение было установлено и даже увеличилось во всех результатах. Использование гипноза, по-видимому, не принесло никакой дополнительной пользы.

Во втором рандомизированном контролируемом клиническом исследовании участвовало 44 амбулаторных пациента. Моене *et al.* (2003b) обнаружили, что состояние пациентов с симптомами конверсии, которые завершили 10-недельный протокол терапии на основе гипноза (методы, ориентированные на симптомы и исследовательские методы), значительно улучшилось относительно исходного уровня. Их улучшение превысило уровень состояния ожидания и поддерживалось на протяжении 6-месячного контроля. Двенадцать пациентов были направлены на последующие сеансы лечения после 10-недельного наблюдения после прохождения лечения со средним количеством 6,3 дополнительных сеансов.

Результаты этих исследований показывают, что вмешательства на основе гипноза являются эффективными для пациентов с симптомами конверсии. Тем не менее, гипнотические методы, судя по всему, существенно не влияют на эффективность эклектической стационарной программы лечения. Кроме того, в обоих исследованиях не было установлено, что гипнабельность вносит особый вклад в результат лечения. Однако размеры эффекта корреляции гипнабельности/исхода варьировались от 0,25 до 0,35. Это типичный размер эффекта для связи между переменными пациента и результатами психотерапии (Garfield, 1994).

В разделе презентаций кейсов в этой главе эклектический подход, используемый Моене *et al.* (2002, 2003b), будет описан и проиллюстрирован более подробно. Различные гипнотические методы, которые используются в рамках этого подхода, описаны ниже.

26.4.2. Гипнотические методы для КР

На данный момент не имеется исследований, в которых конкретно рассматривается эффективность различных гипнотических стратегий или методов лечения специфических категорий симптомов КР, таких, как паралич или афония. Тем не менее, в литературе описаны два вида гипнотических процедур: ориентированные на симптомы и исследовательские методы.

Стратегии, сфокусированные на симптомах, включают в себя вышеупомянутые преимущественно когнитивно-поведенческие, ориентированные на симптом подходы, а также прямое и косвенное воздействие на симптомы методами мыслительной концентрации и работой с речью. В этих стратегиях гипноз используется формально или в гипнотическом контексте.

Исследовательские методы, такие, как реактивация или возрастная регрессия, относятся к психоаналитическим методам, ориентированным на понимание и выражение. Они используются для изучения эмоций, связанных с симптомами или их возникновением.

Клиенту внушалось, что выражение сдерживаемых или диссоциированных эмоций и их проработка как во время гипноза, так и в состоянии бодрствования, положительно повлияет на симптомы. Как в симптоматическом, так и в исследовательском гипнотическом подходах, использовались прямые, косвенные и постгипнотические внушения по уменьшению симптоматики. Некоторые авторы подчеркивают важность изучения самогипноза. Действительно, есть некоторые свидетельства того, что домашняя практика гипнотической релаксации может быть терапевтически значимым аспектом стратегии сокращения симптомов (Spinhovcn, 1989).

26.5. Симптомно-ориентированные методы

В этом разделе будут описаны и проиллюстрированы некоторые симптомно-ориентированные методы для основных симптомных комплексов: моторные, сенсорные и

псевдоприпадки или судороги (псевдоэпилепсия, ПЭС) с последующим общим описанием методов исследования.

26.5.1. Моторные симптомы, такие как паралич, контрактуры и неконтролируемые движения

26.5.1.1. Использование текущего остаточного потенциала в лечении периферического паралича

В случаях паралича внушения направлены на то, чтобы пациент обратил внимание на любые кинетические реакции, которые он может испытывать в пораженной конечности (например, покалывание, боль, разность температур или крошечные мышечные спазмы в пораженной конечности. Эти ощущения усиливаются благодаря суггестивному подкреплению, такому как «чем дольше вы концентрируетесь на крошечных мышечных спазмах, тем сильнее они становятся». По мере того, как ощущения начинают усиливаться, мы переходим к внушениям о небольших движениях мышц, сопровождаемых большими движениями мышц. Важно подчеркивать и одобрять каждое проявление маленьких (спонтанных) движений.

26.5.1.2. Незатронутая конечность помогает пораженной

В этом вмешательстве (Hoogduin и др, 1993) пациента просят сосредоточиться на незатронутой конечности, чтобы он сосредоточился на ощущениях, которые присутствуют в конечности, назвать их и визуализировать. Затем терапевт делает внушение о том, что пораженная часть тела забыла или не умела ощущать сенсорное восприятие или физическое ощущение, и что незатронутая конечность собирается повторно обучить пострадавшую.

После этого следуют внушения, что определенные движения и моторные ощущения могут перетекать из здоровой области в пораженную часть тела, чтобы пациент мог испытать их там. (Для иллюстрации см. Раздел 26.9, случай 1.)

26.5.1.3. Расслабление и воображение

Также, в случае симптоматики сокращения руки, гипнотическое внушение может использоваться для воздействия на симптомы и увеличения субъективных ощущений контроля. Гипнотическое внушение включает в себя расслабление руки и ее мышц вместе с представлением образа лопающегося воздушного шарика, чтобы рука с сжатым кулаком открылась и закрылась сама собой (Hoogduin et al., 1993).

26.5.1.4. Воображение нормального функционирования в прошлом

С помощью этой техники, находясь под гипнозом, пациент возвращается к тому моменту, когда произвольное движение все еще функционирует. Моене и ROmke (2004) использовали эту технику с молодой женщиной, у которой был паралич руки.

Иллюстрация. После гипнотической индукции Джоан вернулась к мыслям о берегу озера в кемпингах, где она всегда чувствовала себя очень счастливой. Затем ей было внушено, чтобы ее пострадавшая рука взяла камни и отодвинула их. Наряду с этим было сделано внушение о том, что она также испытывает это со все более чувственным восприятием, а также что она должна ощущать точное усилие в ее мышцах рук, необходимое для сбора камней. После этого использовались другие образы, например, ощущение песка в руке и рисование песком в сочетании с внушениями о возрастании мышечной силы, чувственных ощущениях и восстановлении движений.

В исследовании Drost (1996) для пациентов с афонией он использовал сравнимый подход для диагностики и терапии в неформальном гипнотическом контексте, чтобы

продемонстрировать функциональный характер нарушений речи, позволив пациентам вернуться во время, когда речь по-прежнему была нормальной. В течение гипнотического сеанса терапевт внушает, что пациент начинает рассказывать о приятной ситуации, когда голос может «переучиваться» вновь говорить.

26.5.1.5. Использование факта, что во время сна симптомы отсутствуют

Этот метод в основном применяется для лечения тремора или псевдоатаксии. Здесь терапевт использует тот факт, что многие симптомы КР уменьшаются во время сна (Hoogduin и Van Dyck, 1990). Курс лечения строится поэтапно.

Во-первых, в течение гипносеанса пациента просят лечь и попытаться уснуть. Затем терапевт дает внушения для отдыха и расслабления мышц. Наконец, пациенту, который находится в состоянии глубокого расслабления, предлагается представить себе, что он достиг психического состояния, сравнимого со сном, при котором симптомы будут уменьшаться. В течение курса соблюдается одна и та же последовательность, но с пациентом в вертикальном положении (в положении сидя). Следующие сессии могут включать внушения о том, что пациент засыпает с открытыми глазами, оставаясь расслабленным. Пациента обучают, как делать самогипноз, и инструктируют практиковать упражнения дома.

26.5.1.6. Индуцирование каталепсии

Этот метод (разработанный Sacerdote, 1970, и названный обратной левитацией руки) может быть использован, когда пациент не контролирует свои мускульные движения или при наличии тремора или псевдоатаксии (Erickson, 1980; Hoogduin and Van Dyck, 1990).

Метод заключается в следующем: пациент сидит в кресле с локтями, лежащими на подлокотниках. Терапевт берет его запястье большим и указательным пальцами и поднимает предплечье в вертикальное положение. Изменяя поддержку для руки и позволяя ей снова освобождаться, он постепенно внушает и поддерживает ситуацию каталепсии или твердости руки или восковой пластичности у пациента с КР. Каталепсия может тем же образом индуцироваться в разных конечностях или в туловище.

Полная каталепсия тела применяется к пациентам, у которых есть проблемы с неконтролируемыми движениями во всем теле. Пациент сначала практикуется с каталепсией конечности, и, когда достигает в этом успеха, ему внушается, что этот опыт (чувство и реальное восприятие жесткости) может распространиться на все тело. Другой метод - сделать противоположное движение попеременно с телом до тех пор, пока он не почувствует себя замороженным или жестким (для иллюстрации см. Раздел 26.10, случай 2).

В ряде случаев существует так называемый эффект отдачи, временное возвращение тремора или неконтролируемых движений после того, как каталепсия больше не практикуется.

Было бы разумным предугадать это явление в течение курса лечения, чтобы пациент не беспокоился или не унывал, когда это произошло. Опыт показывает, что с большей продолжительностью контроля над движениями эффект отдачи постепенно уменьшается. Чтобы повлиять на это, можно использовать постгипнотическое внушение, которое позволит укрепиться идее о том, что избавление от тремора будет все более и более продолжительным.

26.5.17. Отпускание

Другой применимый метод лечения дрожания и тремора - это отпускание. Многие пациенты пытаются противостоять неконтролируемым движениям, напрягая свои мышцы. Зачастую эта стратегия сопровождается усилением тремора, а не наоборот. Во многих

случаях решением проблемы может быть объяснение этого нежелательного эффекта в сочетании с предписанными периодами отдыха и устранением сопротивления

Прогрессирующее расслабление с гипнозом или без него может позволить пациенту отказаться от сопротивления и тем самым получить дополнительную степень контроля. Во время гипнотической релаксации пациенту может быть внушено не сопротивляться движениям, вытряхнуть их наружу и сделать тело тяжелым и вялым, в результате чего движения станут все более медленными и в конечном итоге прекратятся.

В сложных ситуациях упражнения по рассеиванию внимания могут выступать в качестве вспомогательной техники. Для многих пациентов с тремором почти невозможно сосредоточить внимание на упражнениях или на нормальном дыхании.

Иллюстрация: у г-на ван Зуида трясется нога. Пока в течение приблизительно 15 секунд вызывается местный стимул в его руке, он получает внушение полностью сосредоточить свое внимание на области, где вызывается стимул, и объединить это ощущение с глубоким дыханием в желудке, посредством чего он произносит слово «loose» («отпустить» - прим.пер.) при выдохе. Слово произносится по буквам в течение выдоха: стимул, вдох, выдох, отпустить... Следующий стимул дается только тогда, когда тремор снова увеличивается.

26.5.2. Соматосенсорные симптомы (например, анестезия, глухота, туннельное зрение или слепота)

Сенсорные расстройства часто сопровождают КР, но редко вытесняют его. С выздоровлением от расстройства обычно происходит восстановление ощущений.

Терапевт может предложить это внушение в качестве поддержки, а также внушение о том, что восприятие ощущений является началом выздоровления от расстройства. Систематическое повторное появление полной потери или изменения функции зрения или слуха в определенные периоды времени менее распространено, чем симптомы моторной конверсии.

26.5.2.1. Использование визуального и слухового воображения для лечения конверсионной слепоты или глухоты

Для поддержания мотивации пациента важно, чтобы терапевт начинал с приятных и знакомых изображений, звуков или объектов. Пациент получает внушение обращать на них свое внимание во время пребывания в глубоком расслабляющем состоянии в определенные периоды в течение дня.

После этого дается внушение, что «именно из этого позитивного и расслабленного состояния ума, в котором гораздо легче сознательно учиться видеть и слышать, постепенно начнет проявлять себя, сначала помалу, а потом все более ярко осознанное осмысление образов или звуков в течение долгого времени».

De Naan and Bergsma, 2002, описывают использование потенциала отдыха в лечении молодой женщины с конверсионной слепотой. Изначально она учится визуализировать. После индуцирования гипноза она должна смотреть на объект в комнате, а затем визуализировать его с закрытыми глазами. После этого она получает задание смотреть на объекты дома в течение определенных периодов в те часы, когда она видит, а затем визуализировать их в процессе гипнотических сеансов в то время, когда она слепа.

Кроме того, она получает внушение о том, что она должна ждать, пока ее зрение не окажется в ситуации, когда она уже не знает точно, визуализирует ли она или действительно видит объект. По нашему опыту, когда пациент начинает озвучивать такие сомнения, до восстановления функций уже недалеко.

Иллюстрация: Пол, 19 лет, частичная потеря зрения. Он видит различия в цвете, но не более того. Ситуация улучшается в определенное время дня, и он в некоторой степени становится способен воспринимать что-то более конкретное, хотя и смутно, то, как выглядит окружающая обстановка. Терапевт использует это для лечения симптомов. Пациент выполняет упражнения по визуализации с заданием играть с цветами, интенсифицировать и минимизировать их, а также увеличивать и уменьшать цветные области. Он должен выполнять это упражнение ежедневно и фиксировать результаты. Несмотря на добросовестную практику, пациент не прогрессирует.

Его состояние улучшилось примерно на 30%. С психологической точки зрения, прогресс продолжается. При этом очевидно, что условия для восстановления присутствуют в полной мере. Перед выпиской он обращается к своему офтальмологу, который сообщает, что его состояние удовлетворительно улучшается и выписывает ему витамин В. Терапевт понимает, что Пол хочет избавиться от своих симптомов без потери лица. Она дает Полу мощное внушение, что симптомы полностью исчезнут, потому что сейчас все идет хорошо. Она также упоминает, что офтальмолог оценивает ситуацию положительно. Три месяца спустя, сидя в приемной, Пол встречает терапевта и говорит, что она действительно выглядит так, как он себе представлял. Его зрение, похоже, полностью вернулось.

26.5.3. Судороги или конвульсии

26.5.3.1. Гипнотические процедуры самоконтроля

Kuvk et al. (1999) использовал гипноз для идентификации ПЭС и показал, что гипнотическое восстановление памяти о событиях, происходивших во время судорог, было возможно только в случае псевдо-судорог, а не реальных судорог. Этот метод называется гипнотическим воспоминанием, и его также можно использовать для изучения психического состояния пациента во время псевдо-судорог. Он также может помочь усилить контроль за стимулами, вызывающими симптомы, и самими псевдоэпилептическими атаками.

Пациенту говорят, что такие случаи являются результатом увеличения напряжения в организме от долговременной нагрузки, сильного стресса или угрозы без электрического импульса в мозге. Освобождение напряжения происходит на мышечном уровне. Обычно одновременно с этим происходит переход в другое состояние сознания. Затем пациенту рассказывают, что гипноз - это состояние ума, в которое можно войти в эту измененное состояние сознания, до или во время атаки (Moene, 1991; Moene et al., 2003a). Пациенту назначают гипнотическую процедуру, и просят подумать о начале последней атаки. Воскрешение в памяти этого опыта происходит настолько живо, насколько возможно, путем опроса и усиления чувственного, а также эмоционального опыта.

Когда становится ясно, на какие ситуации или события, влекущие напряжение, реагирует пациент, с другими атаками можно будет разобраться тем же способом. Таким образом, в этом случае пациент и терапевт формируют для себя образы ситуационных триггеров, которые непосредственно предшествуют атакам. Пациент может уменьшить растущее напряжение и научиться противостоять атакам, практикуя антагонистические реакции во время гипноза и в состоянии бодрствования. Примером такого метода является формирование условного рефлекса.

Иллюстрация: Миссис Джеймс и условный рефлекс. Первым предупреждением о том, что намечается атака, является чувство покалывания. В процессе гипноза миссис Джеймс учится быстро расслабляться. Когда она ощущает ощущение покалывания, она перестает делать все, чем бы она не занималась, и переходит в быстрый транс, думая о

своем кресле-качалке, которое является синонимом глубокой релаксации и отдыха; затем она глубоко вздыхает, удерживает воздух на несколько секунд, выдыхает и позволяет всему напряжению покинуть свое тело.

26.5.3.2. Провоцирование атаки: назначение симптома как процедуры самоконтроля

Этот подход может применяться в случаях, когда атакам предшествует упреждающая тревога (Eloogduin и др., 1996). Пациенту разъясняется связь между тревожностью и атакой. Во время гипноза пациенту даются внушения, чтобы пережить одну из недавних атак и ярко описать предшествующую ситуацию. Затем, еще во время гипноза, специально провоцируется атака путем использования этих ситуационных триггеров с сопутствующим беспокойством.

По мере того, как симптомы в конечном итоге отступают, терапевт подчеркивает, что если пациент может «включить» атаки, испытав тревогу, он может научиться контролировать их, расслабляясь перед ситуационными триггерами. По мере повторения этого процесса выздоровления пациент учится тому, как выявить и прекратить атаку. Конечная цель состоит в том, что пациент учится избегать атак, более четко осознавая предшествующие события и / или прерывая беспокойство до того, как оно возрастет.

Иллюстрация: Во время гипноза Джон Кинг, 36-летний мужчина, возвращается во времени к моменту последней атаки. Терапевт просит его сосредоточиться на первых сигналах, и он усиливает их, повторяя их. Затем начинается атака, и терапевт описывает, что происходит: «Я вижу спазм ваших рук, ваше дыхание ускоряется, теперь начинают дрожать ноги. Все идет хорошо, и теперь я помогу вам выйти из атаки. Сначала вы, что ваше дыхание успокоится, а ваши руки станут тяжелее».

Терапевт комментирует все изменения в состоянии Джона и включает их во внушения о том, что он будет все больше расслабляться, и это будет означать, что он возвращается в нормальное состояние. После прекращения гипноза они обсуждают это упражнение.

Затем с ним обсуждается и практикуется краткая форма программы упражнений. Ядром этой программы является то, что пациент все глубже погружается в гипноз и целенаправленно воображает сигналы, предшествующие атаке. Затем, с самовнушениями о расслаблении, тяжести и спокойном дыхании, он противопоставляет сигналы.

26.6. Методы экспрессии

Методы экспрессии, сфокусированные на эмоциональном переживании травмы или конфликта, могут быть полезны для достижения клинического улучшения. Однако они должны применяться с большой осторожностью и никогда не должны фокусироваться на буквальном восстановлении потерянных воспоминаний, учитывая опасность для ятрогенного внушения во время терапии (Brewin, 2003; McNally, 2003). Подход, при котором экспрессивные методы используются для пациентов с травмой, необходимо интегрировать в терапевтический контекст, в котором тщательно обрабатываются проблемы с травмой. Это может быть особенно важно для пациентов с псевдоэпилептической атакой, поскольку несколько авторов подчеркивают роль сексуального насилия в этиологии FES (Betts and Boden, 1992; Bowman, 1993; Bowman and Markand, 1995).

26.6.1. Регенерация и/или возрастная регрессия

Эти методы могут использоваться в тех случаях, когда появление симптомов связано со специфическим дистрессовым переживанием. Пациент возвращается к мыслям

о соответствующих событиях или к начальному периоду КР, в то время как получает внушение, что способность выражать эмоции и переживания из прошлого положительно влияет на симптомы.

Иллюстрация. У Мэри, 41-летней женщины, на протяжении 4 лет наблюдался паралич и онемение в правой ноге. Она была участником инцеста, что подтверждалось третьей стороной. Симптоматически ориентированные методы не помогли восстановить движение к ноге, возможно, из-за отсутствия каких-либо ощущений. Затем были использованы исследовательские методы. Мэри сообщила о травмирующем опыте, в течение которого агрессор издевался над ней и так сильно ударил ее правую ногу о стену, что после того, как она изначально испытала сильную боль, она ощутила ногу как полностью онемевшую и несуществующую. Во время сеанса гипноза она вспоминает этот опыт, что вызывает у нее беспокойство.

Терапевт успокаивает ее и предлагает правдоподобное обоснование, которое он терапевтически использует, а именно, что ее нога, несомненно, была там и до сих пор там, но что она не чувствовала свою ногу, потому что она была подавлена в течение длительного времени. Кроме того, ее спрашивают, что она предпочла бы делать с этой ногой. Когда она обнаруживает, что она хотела бы пнуть насильника, терапевт решает использовать это желание, чтобы пробудить парализованную ногу своим первым движением. Мэри получает внушение нанести сильный удар непарализованной ногой и позволить символическому выражению сопротивления перейти на парализованную ногу, что поможет ей снова двигаться. Затем наблюдаются сокращения мелких и больших мышц в пораженной ноге.

Brady and Lind, 1987, описывают пример подобной техники в случае истерической слепоты. Молодой человек ослеплен после пожара в доме, где он вырос, где его сестра тяжело пострадала. Во время гипноза он обнаруживает, что он обвиняет себя в том, что он сначала подумал о себе и убежал из дома, вернувшись позже, чтобы спасти свою сестру, которая уже была спасена пожарной службой. Когда этот момент прояснился, было дано внушение о том, что этот внутренний конфликт можно проработать в психотерапии, и его зрение может восстановиться.

26.7. Осложнения, возникающие при лечении гипнозом

Весьма важно, чтобы терапевты знали о факте, что во время всех фаз гипнотерапевтического лечения КР могут возникнуть неожиданные феномены и реакции пациентов. Обычно эти реакции описываются как идиосинкратические отклики на гипнотические внушения (например, поднятие обеих рук, когда было дано внушение на левитацию одной руки).

В клинической практике укоренилось принятие того факта, что эти эффекты иногда происходят. Однако следует понимать, что, когда происходит «нечто странное», это часто можно интегрировать в лечение, чтобы поддержать курс на выздоровление. Моене and Hoogduin, 1999, предлагают подробные рекомендации относительно того, как адаптировать эти явления и использовать их в позитивном и творческом ключе. Они описывают пациента, у которого есть обобщенная реакция на левитацию руки. Их основное послание пациенту заключается в том, что, то, что, по-видимому, является первоначальным ухудшением или трансформированием симптомов с гипнозом, на самом деле является возможностью для пациента улучшить взаимодействие с проявлениями симптомов и улучшить их понимание.

Иллюстрация: Г-жа Д., с оценкой гипнотизируемости 4 из 5 [Стэнфордская гипнотическая клиническая шкала (SHCS) Морган и Хильгард, 1974] испытывает парез левой ноги. В ходе лечения ей даются внушения на левитацию руки, на которые она положительно откликается. Затем ей внушается, что, поскольку ее рука успешно и адекватно реагирует, гипноз может быть индикативным методом, чтобы научиться, как лучше контролировать движения тела. Вскоре после этого терапевт видит, что она спонтанно поднимает обе ноги. Терапевт решает использовать этот неожиданный отклик.

Она говорит миссис Д., что она, должно быть, очень одаренный гипнабельный субъект, и у нее есть возможность очень быстро использовать то, что она только что узнала, и также это может означать, что восстановление от пареза произойдет быстрее, чем ожидалось первоначально. После этого терапевт дает миссис Д. внушения о дальнейшем увеличении амплитуды движений. Затем ей настоятельно рекомендуется сосредоточиться на ощущениях в ее парализованной ноге и осознать эти ощущения, чтобы прорвать блокирование ощущений в этой ноге. Формальный гипноз заканчивается внушениями о тяжести. Дальнейшие гипнотерапевтические сеансы фокусируют внимание на ощущениях и мышечных сокращениях в парализованной ноге.

26.8. Структура иллюстраций кейсов

Гипнотические методы, описанные в предыдущих разделах, редко используются сами по себе при лечении КР и СР. На наш взгляд, гипнотическое вмешательство приобретает терапевтическое значение в той степени, в которой оно встроено в комплексную и хорошо проработанную терапевтическую структуру. Прежде чем подробно описать гипотетические стратегии, используемые с двумя пациентами с КР, мы вначале опишем стадию с кратким описанием терапевтического контекста, в котором эти стратегии использовались в психиатрической больнице Де Гроде Ривирен в Дордрехте (Нидерланды) (для более полного описания, см. Moene et al, 1998; Moene and Rlimke, 2004).

26.8.1. Модель лечения: краткая схема

Учитывая психосоматическую природу КР и СР, и фазы оценки, и лечения проводятся в тесном сотрудничестве психотерапевтов и физиологов. Это позволяет сочетать психологические вмешательства и физическую реабилитацию, что имеет особое значение в случае хронических двигательных симптомов.

26.8.1.1. Этап оценки

1. Соматический/неврологический скрининг в целях исключения органического расстройства.

2. Поведенческий анализ психотерапевта: выявление предрасполагающих, ускоряющих и поддерживающих факторов, запускающих возникновение симптомов (например, история физического заболевания, жизненные события); оценка психосоциальной сопутствующей заболеваемости и исследование соответствующих тем, таких, как собственные теории пациента относительно причины симптомов и участия в страховании или юридических процедурах.

3. Исследование физиотерапевта (включая оценки ЭМГ), в котором фиксируются признаки и последующие физические ограничения. Оцениваются двигательные навыки и ограничения, физическая нагрузка и необходимая помощь в повседневной жизни.

26.8.1.2. Консультация

Пациенту и его семье предлагается разумное объяснение симптомов и предлагаемой модели лечения. Важно, чтобы обоснование соотносилось с субъективными переживаниями пациента и его системой убеждений, и чтобы лечение воспринималось пациентом как логичное.

26.8.1.3. Фазы лечения

1. Психотерапия (индивидуальная и/или системная), ориентированная на возникновение, развитие и последующие факторы расстройства. Когнитивно-поведенческие вмешательства также непосредственно ориентированы на симптомы.

2. Гипноз, который является ориентированным на симптомы и/или их проявление. Чтобы успешно использовать гипноз, пациент должен быть замотивированным, гипнабельным и быть способным сосредоточиться на чувственном, а также на моторном опыте. Мотивация также необходима. Важно объяснить использование гипноза и обсудить все сопутствующие вопросы. Для этого используются ранее упомянутые факты о взаимосвязи между гипнозом и КР.

3. Индивидуальная физиотерапия для тренировки потерянных, уменьшенных или измененных физических функций и противодействия возможным вторичным физиологическим последствиям длительного КР, таких, как мышечная атрофия, боль или плохое кровообращение.

4. Групповая терапия, направленная на совершенствование методов решения проблем пациента и обучения навыкам социальных навыков для подготовки пациентов к возвращению к нормальному социальному взаимодействию без симптомов.

26.9. Кейс 1. Симптоматический подход с использованием гипнотического воображения и бихевиористских методов

Миссис Джонс, 46-летняя замужняя женщина с тремя детьми в возрасте 21, 19 и 15 лет, испытывает паралич обеих ног и левой руки, диагностированные как симптомы конверсии в контексте соматического расстройства. Для передвижения она использует электрическое кресло-коляску. С юности миссис Джонс испытывала множество физических проблем, таких как хроническая усталость, потеря мышечной силы, неустойчивая ходьба, парез левой руки, афония и двойное зрение, которым не представляется возможным найти причины в процессе медицинской диагностики. Она сообщает, что в течение многих лет она подвергалась физическим угрозам и взрывоопасным вспышкам гнева со стороны своего отца и что он однажды изнасиловал ее. Это подтверждают третьи лица.

У миссис Джонс появились двое детей вскоре после женитьбы. Она была недовольна этим, потому что ей было необходимо работать в семейном бизнесе. На протяжении многих лет миссис Джонс консультировалась со многими врачами и специалистами по поводу ее физических жалоб. Она получила много версий объяснения своих проблем. Она говорит, что это заставило ее чувствовать себя очень неуверенно. Когда ей было 33 года, у нее начались двигательные проблемы. Во-первых, наблюдалась потеря силы левой руки, а затем паралич той же руки и обеих ног. Она была потрясена и во время осмотра глаз с облегчением услышала диагноз рассеянного склероза. С другой стороны, она также сомневалась в диагнозе, потому что ее симптомы не соответствовали симптомам рассеянного склероза. Ее дети и муж готовились к тому, их мать и жена станут инвалидом. Они распределили между собой домашние задачи и обратились за помощью от служб помощи по дому.

Некоторые предшествующие и последующие факторы идентифицируются как имеющие отношение к лечению. По оценке SHCS (Morgan and Hilgard, 1974; Oyen and

Spinhoven, 1983), миссис Джонс была очень гипнабельной (оценка 5 по SHCS). Кроме того, она оказалась физиологически отзывчивой к внушениям относительно того, что у нее был рассеянный склероз и домогательства со стороны ее отца в прошлом (см. также Brown, 2004). Другими заслуживающими внимания факторами были ее убеждение в том, что симптомы были связаны с рассеянным склерозом; ее страх стигмы, если ее соседи узнают о ее психиатрическом лечении; и поведение ее семьи, усиливающие ее болезнь.

Экспертная группа (психотерапевт, физиотерапевт и, в данном случае, невролог) посоветовала паре следующие рекомендации: (1) у пациента нет рассеянного склероза; и (2) больница специализируется на типе расстройства, которое у нее есть. Затем пациенту сказали, что у нее диагностировано КР - расстройство, которое поддается лечению. Пациенту сказали, что если она почувствует, что ей нужно сказать соседям что-то о ее лечении, она может сказать: «было обнаружено дисфункциональное расстройство мышц, но, к счастью, его можно вылечить с помощью интенсивных упражнений».

Если пациент убежден, что мышцы и нервные пути безвозвратно повреждены, то надежду будет довольно трудно мобилизовать. Соответственно, физиотерапевт и психотерапевт подробно объясняют разницу между разрушением мышц и нервов в результате органического повреждения и патологии, связанной с КР. Кроме того, миссис Джонс объяснили, что люди с симптомами двигательной конверсии забыли или разучились сохранять сознательный контроль над движениями тела, но это процедурное знание существует на бессознательном уровне. Тот факт, что пациенты больше не могут сознательно выполнять свои движения, связан с механизмом, который называется диссоциацией. Это происходит, когда люди подвергаются большому стрессу в течение длительного времени, истощены или испытывают сильные или травматические переживания. Из-за этого сознательное и бессознательное (автоматическое) функционирование нашего движения расщепилось.

Нервная система повреждается, и пациент теряет сознательный контроль над своими произвольными движениями. В некотором смысле это немного похоже на работу компьютера. Все оборудование может быть в наличии и установлено корректно, но если нет хорошо функционирующего программного обеспечения, оно бесполезно. Причина, по которой мы используем гипноз, заключается в том, что для некоторых пациентов это может помочь связать их со знаниями о моторике, которые они не получили из-за стресса. Как только это соединение будет установлено, пациент может обновить свои двигательные паттерны с помощью физиотерапии.

Объяснение сопровождается рисунками и схематическими представлениями тела и психологических процессов, которые испытывал пациент. Терапевт использует примеры из истории болезни и симптомов пациента. Наконец, терапевт упоминает, что в случае, если стрессовые или травматические события являются факторами, вызвавшими нарушения, их будут изучать и лечить.

26.9.1. Фазы гипнотической стратегии

Первым приоритетом лечения миссис Джонс является паралич левой руки и наличие того факта, что ее правая рука все еще функционирует нормально. Гипнотическая стратегия состоит из нескольких фаз:

1. Введение гипноза и предварительных упражнений.
2. Использование техники, в которой незатронутая конечность помогает пораженной.
3. Разработка других движений парализованной руки и руки.
4. Использование движений в нормальной повседневной жизни.
5. Воображение нормального функционирования парализованных ног в прошлом.

26.9.1.1. Введение гипноза и предварительных упражнений

Миссис Джонс учится расслаблять свое тело, используя сочетание наводящих и расслабляющих визуализаций. Чтобы создать позитивный и устойчивый терапевтический климат, во время гипноза миссис Джонс получает внушение, что теперь она будет изучать новую форму контроля над своими движениями, но не путем волевого усилия, поскольку пациенты с КР знают, что, когда они пытаются двигаться, они не могут осуществлять такой волевой и сознательный контроль над своими движениями тела. Ей объясняют, что есть другой вид контроля, бессознательный, автоматический контроль, который она в гипнозе научится применять.

И когда она начнет двигать своей пораженной конечностью в процессе гипноза, она сможет применять этот навык в нормальном состоянии бодрствования. Затем физиотерапевт предоставит ей учебную программу, которая поможет ей укрепить свои мышцы и научиться координировать свои движения, чтобы она снова могла ходить и двигаться. Это гипнотическое упражнение записывается на аудиокассету, и, так же, как и в отношении всех последующих упражнений, миссис Джонс рекомендуется практиковать его дважды в день, слушая инструкции, записанные на кассету, и отмечать, насколько глубоко она вовлекается и расслабляется, когда выполняет упражнение (низкий, средний или высокий уровень).

26.9.1.2. Методика «От незатронутой конечности к пораженной»

Терапевт использует возможности обычных движений правой кисти и руки. Здесь используются различные вариации гипнотической техники, которая называется «незатронутая конечность помогает пораженной». Сначала индуцируется левитация незатронутой правой рукой. Во время гипноза миссис Джонс просят открыть глаза, посмотреть на ее руку и удивить себя тем, что она ее поднять. После этого она концентрируется на сенсорном и моторном ощущениях, которые она чувствует в незатронутой руке. Она вербализирует и визуализирует их. Затем она получает сильное внушение о том, что ощущение движения правой руки и напряжение мышц будет передаваться от здоровой руки к пораженной левой руке, заставляя ее также подниматься.

Ей дается внушение, что она испытает это, когда сконцентрируется на образе пораженной руки, делающей такое же движение. Кроме того, в рамках оживления нервной и мышечной активности внушаются, стимулируются и внедряются все возможные физические ощущения в парализованной руке. Важно, чтобы терапевт использовал для запуска первого движения все ощущения, о которых сообщает миссис Джонс, например, различия в температуре, покалывания, подрагивания и движения мышц, включая самые незначительные.

Миссис Джонс успешно поднимает левую руку на несколько сантиметров. Теперь, когда миссис Джонс сама увидела это, терапевт дает постгипнотическое внушение, что она может переучиться всем другим движениям, которые необходимы для того, чтобы вернуть ей контроль над рукой. После прекращения гипноза миссис Джонс смотрит видеозапись сессии и видит свои успехи. Как и за все последующие шаги, ее энергично хвалят. Затем миссис Джонс показывает видео своей семье. На следующих сеансах терапевт внушает как поднимать руку (внушения о том, что она становится легче), так и опускать руку (внушения о том, что она становится тяжелее.)

26.9.1.3. Формирование других движений руки и руки

Теперь миссис Джонс учится сгибать пальцы в кулак, а затем разжимать. Для этого она должна поместить две руки рядом друг с другом на поднос для инвалидных колясок. Во время гипноза терапевт просит ее сжать кулак своей здоровой рукой, сосредоточиться на ощущениях ее руки и мышцах, необходимых для того, чтобы сжать кулак. Затем ей дают внушения, связанные с первым упражнением о перетекании ощущений, связанных с движениями, в парализованную руку. После нескольких попыток и со вдохновением от

терапевта ей удастся сжать кулак парализованной рукой. В течение нескольких следующих сеансов другие движения разрабатываются в следующем порядке: перемещение рук в сторону, как будто она дирижирует оркестром; складывание рук, как в молитве; движения пальцами, как будто она играет на пианино; и, наконец, обычные ежедневные движения. Движения идут в порядке сложности.

26.9.1.4. Дальнейшие движения в течении недели

Когда миссис Джонс овладевает движениями в гипнозе, ей дают постгипнотическое внушение: «После занятия вы выходите из транса, но рука будет оставаться в трансе в течение более длительного времени, чтобы движения можно было поддерживать в «нормальном» сознании ... каждый раз все более и более легко и долго... и что постепенно только смотреть на руку и воображать, что она функционирует нормально, будет достаточно, чтобы она могла двигаться ... и, наконец, движения этой руки будут ощущаться так же нормально, как и здоровой руки...»

26.9.1.5. Воображение нормального функционирования парализованных ног в прошлом

На втором этапе лечения основное внимание уделялось параличу обеих ног. В этом случае трудно использовать тот же метод, что и паралич левой руки, поскольку обе ноги парализованы. Сначала пациент должен заметить движения мышц. Для этого физиотерапевт использует электротехнический аппарат, ЭМГ (электромиограмму), с помощью которой пробуждаются мышечные сокращения миссис Джонс. Физиотерапевт применяет местный, мягкий и безвредный электрический стимул, при котором мышечные сокращения индуцируются на одной из парализованных ног. Когда пациент испытывает мышечные сокращения и видит их в виде интенсивного графика на дисплее устройства ЭМГ, она убеждается, что ее мышцы и нервные пути функционируют достаточно хорошо, чтобы она могла восстановить контроль над ними. Также можно вызвать мышечные сокращения вручную. Когда физиотерапевт меняет скорость, с которой он перемещает парализованную ногу пациента, могут возникнуть рефлексивные движения.

Когда ей удастся самостоятельно вызывать сокращения, упражнения нацеливаются на их развитие. С этого момента она ежедневно тренируется с напряжением, а количество раз, которое ей удается напрягать мышцы, фиксируется на графике.

Гипноз теперь используется в качестве дополнения к физиотерапевтическому лечению. Миссис Джонс сказала, что она может использовать свои знания о ее предыдущем опыте с гипнозом, чтобы «войти в контакт с ногами» и попытаться позволить всем физическим ощущениям, которые она знает из ее рук, теперь перейти в ее ноги. Кроме того, предполагается, что ей станет легче, когда она воображает, что ее ноги двигаются. Терапевт использует технику возрастной регрессии, чтобы вернуться к моменту, когда ее ноги функционировали нормально. Затем она должна выбрать приятный опыт из прошлого, в котором она стояла и ходила. Внушается следующий сценарий: «когда вы видите, что делаете это, вы можете приближаться к себе, как камера с увеличением, ... и все больше и больше осознавать ... ощущения, которые вам дают движения ... и затем, в определенный момент ... вы станете тем, кто может стоять и ходить.»

Эти упражнения хорошо воздействуют, но затем возникает осложнение. В физической программе реабилитации возникает застой. Похоже, миссис Джонс тренируется слишком интенсивно, потому что она боится, что ее семья может подумать, что она недостаточно усердно участвует в своей терапии и что ей не разрешат вернуться домой, а вместо этого направят в реабилитационную клинику. Это вызывает большую тревогу, которая, в свою очередь, тормозит теоретический прогресс.

Это обсуждается с ней, чтобы подчеркнуть связь, существующее между событиями, вызывающими тревогу, и ухудшением ее состояния. После семейного сеанса с

психотерапевтом и физиотерапевтом миссис Джонс успокаивается и продолжает лечение. Постепенно программа реабилитации расширяется от одиночных сокращений ног и ступней до завершенных моторных паттернов, которые затем обобщаются и поэтапно синхронизируются с нормальным повседневным функционированием. Эта последняя фаза начинается только тогда, когда она полностью контролирует все группы мышц ног.

26.9.2. Психотерапия: обсуждение соматизации и травмы

Путем записи жалоб и отслеживания результатов ее лечебной терапии миссис Джонс учится лучше видеть взаимосвязь между ситуациями, вызывающими напряженность, в домашней обстановке или во время лечения, а также ее физическую реакцию на напряжение, которая включает в себя ухудшение ее текущего состояния или появление новых симптомов. Этот реактивный паттерн обсуждается в свете фактора соматизации в ее истории болезни. Чувствительность, физическая уязвимость и прошлые травматические переживания - это ключи, которые определяют объяснение ее соматизации. Во время этой экспрессивной работы миссис Джонс в присутствии своего мужа отпускает свой гнев из своего прошлого, сжигая макет дома ее детства, который она построила в рамках творческой терапии.

26.9.3. Возвращение к нормальной деятельности без симптомов

Несколько семейных сессий посвящены оказанию помощи миссис Джонс в том, чтобы она вновь заняла свое место в доме. Члены семьи открыто говорят об их амбивалентных чувствах относительно болезни их матери и о последствиях, которые она имела для них. Сам факт того, что миссис Джонс стало лучше, побуждает членов семьи менять бытовые отношения.

26.9.4. Результат

После 4 месяцев лечения миссис Джонс не нуждается в стационарной помощи. Ей назначают амбулаторное лечение длительностью два года. Во время амбулаторного лечения в ответ на напряженность со своей младшей дочерью у нее развивается психогенная афония. Она решает использовать методы самогипноза, чтобы восстановить свою способность четко говорить. Она достигает успеха. В течение 2-летнего наблюдения миссис Джонс регулярно ходит, иногда с тростью, а иногда и без нее.

26.10. Кейс 2. Комбинирование симптоматического подхода с использованием катаlepsии и интенсивного воздействия и инсайт-ориентированного подхода, с использованием регенерации

26.10.1. Этап оценки

Миссис Аллен - разведенная 48-летняя медсестра, у которой на протяжении трех лет наблюдается спонтанный тремор и вращение головы и правой руки. Она сообщает, что эти движения находятся вне ее контроля.

Кроме того, она ходит согнувшись, что связывает с болью в спине и шее. Миссис Аллен легко теряет равновесие, и падает ежедневно. Кроме того, у нее заметное речевое расстройство и она изъясняется нечленораздельно. Миссис Аллен либо находится в инвалидном кресле, либо ходит с помощью ходунков. Она больше не может работать и получила инвалидность.

За два года до появления жалоб миссис Аллен узнала, что ее мужа был длительный роман на стороне, в котором у него растет 15-летний ребенок. После этого открытия отношения миссис Аллен с мужем ухудшились. В течение долгого времени в ее браке она подвергалась жестокому насилию. Ее муж бил ее по голове и плечам. Миссис Аллен была стыдно за свои симптомы и постепенно она свела социальные контакты к минимуму, общаясь только с братом, который поддерживал ее, насколько мог.

Анализ показал, что г-жа Аллен была хорошим гипнабельным субъектом (SHCS = 4). Она гипотетически была чувствительна к автоматической активации когнитивных и соматосенсорных представлений, связанных с травматическими событиями, например, физическим насилием со стороны ее бывшего мужа и его словесным угрозам. Другими поддерживающими факторами были ее социально-фобные жалобы и социальная изоляция.

26.10.2. Консультация

Во время консультации г-жа Аллен получает следующее гипотетическое, но правдоподобное обоснование своих жалоб: «К счастью, тесты показывают, что ваши мышцы и нервные пути в хорошем состоянии, но ваша моторика нарушена. Кажется, что у ваших физические движения живут сами по себе. У вас больше нет полного контроля над движениями, и вы не можете успокоить свое тело, когда захотите. Мы знаем, что ваши жалобы были вызваны в течение длительного периода, когда вы подвергались сильному давлению, потому что в ваших отношениях с бывшим мужем было много травматических переживаний. Тогда вам было необходимо физически защитить себя от него. Вы сознательно отреагировали на свое злоупотребление этим паттерном защиты. Вы нагибались и защищали свою голову правой рукой. Поскольку эта модель движения повторялась снова и снова в контексте страха, это движение имело для вас жизненно важное значение.

Возможно, что он стал автоматическим укоренившимся откликом и проявляет себя как своего рода рефлекс всякий раз, когда напряжение увеличивается. Это происходит независимо от того, что сейчас в вашей жизни нет прямой физической опасности. Мы понимаем, что вы не осознаёте, почему у вас симптомы. Мы наблюдали эти реакции в животном мире. Известным примером этого является феномен отвода головы. Когда животное регулярно били в прошлом, оно всегда уклоняется даже в безопасных ситуациях, когда кто-то быстро подходит к ним с поднятой рукой.

Все, что с вами произошло, повлекло для вас не только физические, но и психологические последствия. Вот почему вы чувствуете больше беспокойства и меньше уверены в себе, и не осмеливаетесь покидать дом. Вы избегаете социальных ситуаций и оказываетесь в порочном кругу, благодаря которому ваш мир становится все меньше и меньше. В вашем лечении мы будем уделять этим аспектам. Вы узнаете эти вещи в себе?»

План лечения содержит следующие мероприятия: получить представление о том, как возникли эти движения и обсудить важные события из ее истории (гипноз/психотерапия); программу упражнений для обучения тому, как восстановить контроль над движениями (гипноз/психотерапия); и участие в программе групповой терапии для повышения ее восприимчивости и развития социальных контактов и активности.

26.10.3. Гипноз и психотерапия

Во-первых, миссис Аллен знакомится с гипнозом и аутогипнозом (индукция, дедукция, углубление). Она также практикуется с помощью записанных на аудио упражнений по усилению эго, а в гипнозе она создает символическое «безопасное место» для себя, куда может удалиться, когда ей это потребуется. После этого используется возрастная регрессия для изучения эмоций, связанных с симптомами. Чтобы помочь миссис Аллен привыкнуть к размышлениям о прошлом в гипнозе, терапевт предлагает ей вернуться к приятным и позитивным событиям в ее жизни. Во время гипноза она размышляет о случаях физического насилия со стороны своего бывшего мужа. Она вспоминает спор о его романе. Ее бывший муж несколько раз ударил ее по голове. Находясь в гипнозе, миссис Аллен рассказывает, что очень беспокоится; она пытается защититься, прижимая руки к голове и отворачивая ее. Она начинает реагировать с теми же движениями, которые ее обременяют. Терапевт решает использовать ситуацию

терапевтически и описывает то, что он видит, и он перефразирует ее поведение в положительном смысле: «Вы отворачиваете голову и пытаетесь защитить себя от ударов, которые вы получаете. Это был единственный способ защитить себя от физического превосходства вашего бывшего мужа, но в то же время вы сопротивляетесь всеми своими силами. Тяжесть ваших движений показывает, насколько велики ваши силы и сопротивление против негативного отношения вашего бывшего мужа.»

Терапевт призывает миссис Аллен выразить свои эмоции и сказать своему бывшему мужу, что она думает о нем. Затем дается внушение, что ее мышцы могут расслабиться после этого, и это спокойствие может войти в ее тело. В конце концов движения замедляются и, наконец, прекращаются. Затем терапевт дает трехкомпонентное постгипнотическое внушение: (1) она теперь знает, что представляют собой движения; (2) она теперь испытала, насколько она решительна и сильна; и (3) программа упражнений может научить ее, как восстановить контроль над движениями ее мышц.

Программа упражнений включает обучение каталепсии. Сначала терапевт учит миссис Аллен каталепсии руки. Когда у нее получается, он хвалит ее, и ее просят обратить внимание на то, как ощущается это чувство каталепсии, и как сохранить эту информацию в ее памяти, чтобы она могла обращаться к этим переживаниям в гипнозе (например, для формирования условного рефлекса для быстрой процедуры). После этого, каталепсию прекращают, встряхивая руку. Это упражнение повторяется несколько раз, пока г-же Аллен не удастся вызвать каталепсию за очень короткое время. Затем она упражняется с левой рукой и обеими руками.

Затем г-жа Аллен практикует этот метод, когда ее симптомы проявляются в данный момент, сначала вместе с терапевтом, а затем самостоятельно. Когда она может сидеть достаточно спокойно в течение достаточно долгого времени, отрабатывается процедура самоконтроля, так называемая техника 1-2-3. Эта техника обращается к тому, что она ранее применяла, а именно к формированию условного рефлекса для быстрой процедуры. Терапевт практикует с миссис Аллен, пока оба стоят. Он поддерживает ее трясущую руку и запястье и вытягивает руку, пока она не примет горизонтальное положение. Затем он предлагает миссис Аллен войти в гипноз и сконцентрироваться на ощущениях каталепсии со следующими внушениями: (1) сосредоточиться на своем плече и на ощущении каталепсии: спокойствие, покой, контроль; (2) позвольте этому ощущению войти в локоть: спокойствие, покой, контроль; и (3) пусть это чувство перетекает в вашу руку: спокойствие, покой, контроль. Затем терапевт опускает руку вниз, пока она не висит, и процедура снова повторяется. Процедура повторяется каждый раз, когда кисть или рука дрожат, пока они не успокоятся. Благодаря этому, г-жа Аллен также получает больший контроль в нормальных ежедневных движениях. Постепенно развивается позиция самоэффективности, в которой у миссис Аллен возрастает уверенность в том, что она может справиться с симптомами.

В завершение миссис Аллен практикует небольшие ролевые игры, чтобы сохранить каталепсию в более сложных ситуациях, например, с открытыми глазами, во время разговора с терапевтом, в домашней обстановке и в общественных местах. Техника 1-2-3 повторяется каждый раз, когда она начинает дрожать. Таким образом, она учится контролировать свои симптомы везде, где она бывает, и вмешиваться настолько рано, как только возникает проблеск проблемы.

Во время сеансов терапии терапевт посчитал важным отследить дыхание миссис Аллен. У нее часто случается гипервентиляция или поверхностное дыхание, связанное с двигательными симптомами. Внушения о том, чтобы дышать глубоко и позволить дыханию исходить из живота, становятся эффективными, когда миссис Аллен овладевает методом, который она практикует дома. С поддержкой и с постепенной практикой в социальных ситуациях г-же Аллен удастся снова выходить на улицу и общаться с людьми.

26.10.4. Результат

В конце 3-месячного стационарного лечения и перехода в амбулаторную терапию, миссис Аллен постепенно возвращается к обычной жизни, все больше и больше проводит время дома. Она продолжает активно заниматься гипнозом дома. Она аккуратно проявляет бдительность в трудных ситуациях, которые могут вызвать симптомы. Она пока не вышла на работу, но в течение недели она работает на добровольной основе по полдня в течение нескольких дней. Это дает ей свободу, в которой она нуждается. Ее невнятная речь улучшилась на 75 процентов, хотя этому никакого особого внимания при лечении не уделялось. Интервалы между ее назначениями после выписки непрерывно увеличивались и завершились через 6 месяцев. Наблюдение продолжалось в течение одного года.

26.11. Обсуждение и выводы

Основная цель этой главы состояла в том, чтобы обсудить комплексный протокол лечения КР и СД, включая использование гипнотических методов. Несколько теоретических моделей и нейрофизиологических исследований, подчеркивающих параллель между гипнотическими и переходными явлениями, подкрепляют использование гипноза в лечение КР. Групповые исследования, а также клинические исследования показывают, что гипноз может быть полезен для некоторых пациентов, страдающих от КР. Гипнотические приемы, как представляется, помогают этим пациентам восстановить моторный контроль через косвенные и прямые внушения.

Хотя гипноз не был является необходимым фактором в модели лечения, описанной в этой главе, комплексная программа лечения в целом оказалась очень эффективной. Эти результаты согласуются с выводами обзора Wade (2001), свидетельствующими о том, что многопрофильный подход к реабилитации с несколькими одновременными интервенциями может быть наиболее успешным. Такой эклектичный подход согласуется с тем, что КР и СР представляют собой гетерогенную группу с различными этиологическими основаниями.

Аргумент о том, что к КР следует подходить как к симптому, а не первичному диагнозу, представляется вполне обоснованным. Хотя основное внимание во всех стратегиях лечения должно быть уделено сокращению симптомов, конкретный выбор лечения или комбинации стратегий лечения необходимо определять с учетом сопутствующих заболеваний. Например, пациентов с КР с длительной историей симптомов конверсии в сочетании с болью необходимо лечить иначе, чем пациентов с СР, которые в прошлом подвергались сексуальному и/или физическому насилию.

Другим осложняющим фактором при лечении КР является то, что связь между симптомами конверсии и психологическими триггерами часто выглядит очевидной. В этом случае, выход по умолчанию состоит в том, чтобы сосредоточиться на физиологических, социальных и психологических последствиях симптомов. Физиотерапевтическое лечение играет ведущую роль, и психотерапевтические вмешательства в основном направлены на преодоление социальных и психологических барьеров, которые поддерживают симптомы.