

**EXPERIENCE OF HYPNOTHERAPY IN THE COMPLEX
TREATMENT OF CHRONIC PAIN SYNDROME IN THE
NEUROLOGICAL DEPARTMENT OF A HOSPITAL**

**Ganzha T.V.¹, Kolesnikova I.E.², Bogatyreva N.L.³
(Russian Federation)**

¹*Ganzha Tatiana Vitalievna - deputy Chief of Hospital;*

²*Kolesnikova Irina Evgenievna - Head of the neurological department,
Neurologist;*

³*Bogatyreva Nadezhda Leonidovna – Psychiatrist,*

**FEDERAL HEALTH CARE INSTITUTION
MEDICAL-SANITARY UNIT OF THE MINISTRY OF INTERNAL AFFAIRS OF
RUSSIA IN THE UDMURT REPUBLIC,
IZHEVSK**

Abstract: *a controlled study was conducted to evaluate the effectiveness of a short course of Erickson hypnosis in 64 patients with chronic pain syndrome who were hospitalized in the neurology department of the hospital. There were 87.5% cases of subjective improvement of the condition after inpatient treatment according to the criterion of pain intensity. A correlation was found between a decrease in the initial level of anxiety and depression on the HADS scale in the group receiving Erickson hypnosis and a decrease in the intensity of pain on the VAS scale, especially in chronic tension-type headaches, migraines and dorsopathies. The Erickson approach in the complex treatment of chronic pain promotes the integration of the patient into the process of active treatment, allows to use the acquired skills of self-regulation of mental functions and resource states independently indefinitely for the prevention or reduction of pain.*

Keywords: *chronic pain syndrome, chronic pain treatment, hypnosis, Erickson hypnosis, psychogenic pain*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ГИПНОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В
НЕВРОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ ГОСПИТАЛЯ**

**Ганжа Т.В.¹, Колесникова И.Е.², Богатырева Н.Л.³
(Российская Федерация)**

¹*Ганжа Татьяна Витальевна - заместитель начальника госпиталя;*

²*Колесникова Ирина Евгеньевна - заведующая неврологическим
отделением, врач-невролог;*

³*Богатырева Надежда Леонидовна - врач-психиатр,
Федеральное казенное учреждение здравоохранения*

Медико-санитарная часть МВД России по Удмуртской Республике,

г. Ижевск

Аннотация: проведено контролируемое исследование по оценке эффективности краткосрочного курса эриксоновского гипноза у 64 пациентов с хроническим болевым синдромом, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении госпиталя. Отмечено 87,5% случаев субъективного улучшения состояния по критерию интенсивности боли. Выявлена корреляция между снижением исходного уровня тревоги и депрессии по шкале HADS в группе, получавшей эриксоновский гипноз, и снижением интенсивности боли по шкале VAS, особенно – при хронической головной боли напряженного типа, при мигрени и дорсопатиях. Эриксоновский подход в комплексном лечении хронической боли способствует интеграции пациента в процесс активного лечения, позволяет использовать полученные навыки саморегуляции и ресурсные состояния самостоятельно неограниченное время для профилактики или уменьшения боли.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, лечение хронической боли, гипноз, эриксоновский гипноз, психогенная боль.

Введение. Хронический болевой синдром - стойкий, плохо поддающийся терапии болевой синдром длительностью более 3 месяцев. Наиболее распространены хронические боли в спине при дорсопатиях, нейропатическая боль и головная боль [7,с.961] По мнению ряда авторов, длительно существующий болевой синдром приводит к расстройствам аффективной сферы, которые усугубляют и видоизменяют, «хронизируют» боль, в ЦНС формируется очаг возбуждения или патологическая доминанта, оказывающая выраженное влияние на течение болезни и её эмоциональное восприятие, поэтому при хронических болевых синдромах чаще всего отмечается смешанный вариант боли с присутствием всех трех компонентов (ноцицептивный, нейропатический и психогенный) в различном сочетании [1,с.8] По данным Американской психиатрической ассоциации, депрессия в анамнезе отмечается у 27—54% пациентов с хронической болью. Лечение хронической боли должно быть комплексным и направленным на купирование не только болевого синдрома, но и психологических нарушений [6,с.389]. Опубликованные исследования психотерапии хронической боли, включая международные систематические обзоры, признают психотерапевтические методы (гипноз, КПТ, формирование БОС, межличностная терапия) надежными и безопасными в терапии болевых синдромов. [3,с.106] Некоторыми авторами предложена гибкая стратегия работы с острой и хронической болью различной этиологии на основе эриксоновского гипноза [2,4,5]

В ведомственном медучреждении врачи сталкиваются с дополнительными трудностями в лечении хронического болевого

синдрома: напряженные условия службы сотрудников ОВД с одной стороны могут являться фактором возникновения и фиксации боли (физические и стрессовые нагрузки, травмы, ранения) с другой стороны – служебная необходимость диктует требование к лечению сотрудников ОВД в ограниченные сроки, а недостаточная эффективность лечения может вести не только к сохранению боли, но и к серьезным социальным последствиям – ограничение годности к дальнейшей службе. В неврологическом отделении госпиталя пациентам с хроническим болевым синдромом оказывается комплекс лечебных мероприятий: медикаментозная терапия (противовоспалительные, антипароксизмальные препараты, вазоактивные, вегетостабилизирующие, седативные средства), физиотерапевтическое лечение, массаж, лечебная физкультура. В 2021г. в целях улучшения качества лечения в комплекс введена психотерапия - эриксоновский гипноз.

Цель работы. Исследование эффективности краткосрочного курса гипнотерапии в техниках эриксоновского гипноза в комплексном лечении хронического болевого синдрома на госпитальном этапе.

Материалы и методы. Проведено исследование по оценке эффективности краткосрочного курса гипнотерапии с использованием эриксоновского гипноза у пациентов с хроническим болевым синдромом, находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Удмуртской Республике» в 2021г. Исследование было проведено в соответствии с принципами надлежащей клинической практики и Хельсинкской декларации. Под наблюдением находились 64 пациента (сотрудники органов внутренних дел, далее-сотрудники ОВД) в возрасте от 25 до 47 лет с неврологическими заболеваниями, в структуру клинического диагноза которых входил хронический болевой синдром. Участники исследования были разделены на 2 равные группы по 32 человека по нозологическому принципу (Таб. 1)

Таблица 1. Хронический болевой синдром (ХБС) в структуре неврологической патологии и исследуемой группы

| Основной диагноз | МК Б-Х | Всего на лечении в отделении с данным диагнозом, кол-во чел | Из них с ХБС, кол-во чел | Частота выявления ХБС, в % к общему числу наблюдений с данным диагнозом | Рабочая группа, получавшая гипнотерапию, кол-во чел | Контрольная группа, кол-во чел |
|------------------|--------|---|--------------------------|---|---|--------------------------------|
| | | | | | | |

| | | | | М | | |
|--|-----------|-----|----|-------|----|----|
| Мигрень и головная боль напряженного типа | G43 - G44 | 12 | 6 | 50% | 3 | 3 |
| Поражения отдельных нервов и сплетений, полиневропатии | G50 - G64 | 7 | 3 | 43% | 2 | 1 |
| Дорсопатии с ХБС и мышечным тоническим синдромом | M50 - M54 | 242 | 55 | 23% | 27 | 28 |
| Всего | | 261 | 64 | 24,5% | 32 | 32 |

Пациенты контрольной группы, получали только стандартный объем лечения основного заболевания и хронического болевого синдрома, в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

Пациентам рабочей группы в дополнение к стандартным объемам лечения проводился курс эриксоновского гипноза из 4-5 сеансов в рамках сроков стационарного лечения пациента. Средняя продолжительность госпитализации составила 10,94 дней во всех группах.

На первом сеансе психотерапевт устанавливал раппорт с пациентом, выяснял наличие осознаваемых психологических проблем и особенности клинических проявлений болевого синдрома, проводил семантический анализ речи и оценку ведущих репрезентативных систем для подбора более актуальных метафор и образов, которые можно использовать в гипнотическом трансе; производил поиск и укрепление ресурса - психологического состояния, качества, которое помогает справиться с проблемой боли, или иной проблемой. Наведение транса производилось с использованием метода диссоциации «сопровождение в приятное путешествие» с переключением внимания пациента на воспоминание, оживляя его детали и максимально активизируя все сенсорные модальности для обеспечения диссоциации с болью, с полным погружением в прошлый позитивный опыт, а также для демонстрации безопасности эриксоновского подхода и достижения комплаенса. На 2-3 сеансах проводился эриксоновский гипноз с терапевтической метафорой изменений, косвенным внушением, с обязательным постгипнотическим внушением на закрепление приятных безболезненных ощущений в теле и

на возможность самостоятельного обезболивания гипнотическими приемами («техника светового потока», «техника овеществления боли»). В заключительном сеансе – метафора изменения на формирование нового образа «Я», обучение самогипнозу с учетом индивидуальных особенностей пациента.

Статистическая обработка и оценка эффективности работы проводилась по результатам стандартного психометрического теста госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (The hospital Anxiety and Depression Scale Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) и визуально-аналоговой шкалы — ВАШ (Visual Analog Scale, VAS) для определения субъективного ощущения интенсивности боли пациентом, проведенных в день поступления и в день выписки из стационара.

Результаты исследования и их обсуждение. В день выписки после проведенного стационарного лечения с курсом гипнотерапии 14 пациентов отметили полное исчезновение боли. У 13 пациентов болевые ощущения стали значительно менее интенсивными (учитывались изменения по шкале ВАШ более 3 баллов в сторону 0). Это составило 87,5% случаев субъективного улучшения состояния после стационарного лечения по критерию интенсивности боли.

В контрольной группе полное прекращение боли к дню выписки отметили 9 пациентов, субъективное улучшение состояния после стационарного лечения по критерию интенсивности боли зарегистрировано в 71,9% случаев. (Табл.2)

Таблица 2. Оценка динамики стационарного лечения с курсом гипнотерапии

| Диагноз | МК Б- Х | Результаты тестирования | | | | | | |
|--------------------|--------------------|--|------------------------------|--------------------|---|------------------------------|---------------------|-----------|
| | | ВАШ, макс.балл, среднее значение в нозологической группе | | | HADS , в сред. баллах, Тревога/ Депрессия | | | |
| | | В день поступления | В день выписки из стационара | | В день поступления | В день выписки из стационара | | |
| рабочая группа | контрольная группа | | рабочая группа | контрольная группа | | р | | |
| Мигрень и головная | G4 3- | 8,7 | 2,0 | 2,6 | 5,1±0,6/ 6,9±0,8 | 3,1±0,8/ 2,0±1,1 | 4,5±0.7/ 4,6±1,2 | <0, 05 |

| | | | | | | | | |
|--|---------|-----|-----|-----|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------|
| боль напряженного типа | G44 | | | | | | | |
| Поражения отдельных нервов и сплетений | G50-G64 | 9,3 | 3,0 | 3,5 | 7,0 \pm 0,8/ 6,5 \pm 1,2 | 4,6 \pm 1,0/ 4,6 \pm 1,1 | 5,5 \pm 0,8/ 6,2 \pm 1,1 | <0,05 |
| Дорсопатии с ХБС | M50-M54 | 7,5 | 1,7 | 4,2 | 7,4 \pm 0,7/ 8,2 \pm 1,4 | 4,1 \pm 0,9/ 4,2 \pm 1,1 | 5,9 \pm 0,5/ 7,8 \pm 1,1 | <0,05 |
| Всего (средний балл в группе) | | 8,5 | 2,3 | 3,8 | 6,5 / 7,8 | 3,9 / 3,6 | 5,3 / 6,2 | <0,05 |

Выявлена корреляция между снижением исходного уровня тревоги и депрессии в группе, получавшей эриксоновский гипноз, и снижением интенсивности боли во всех случаях, однако наиболее точно ($p < 0,05$) – при хронической головной боли напряженного типа и при мигрени (G43-44) и при дорсопатиях с хроническим болевым и мышечно-тоническим синдромами (M50-M54). Так у пациентов с дорсопатиями, от исходной субклинически выраженной тревоги и депрессии (7,4 \pm 0,7/ 8,2 \pm 1,4 по шкале HADS) показатели снизились до нормы (4,1 \pm 0,9/ 4,2 \pm 1,1), тогда как в контрольной группе отмечено незначительное снижение уровня тревоги и сохранялись показатели уровня депрессии, близкие к субклиническому.

Результат подтверждает распространенность и выраженность психогенного компонента боли в структуре хронического болевого синдрома, имеющего в основе несомненные неврологические причины, установленные обследованием на догоспитальном этапе. Однако у части пациентов с показателями тревоги и депрессии по шкале HADS > 8 баллов, хроническая боль может быть связана и с другими психологическими причинами или расстройством психики, так называемая психогенная боль.

Выводы и заключение. Применение комплекса лечения с курсом гипнотерапии, улучшает состояние пациентов с хроническим болевым синдромом, особенно связанным с дорсопатиями, мигренью и головной болью напряженного типа, и может повышать эффективность стационарного лечения.

Эриксоновский подход в гипнотерапии хронической боли способствует интеграции пациента в процесс активного лечения, позволяет использовать полученные навыки саморегуляции и ресурсные состояния самостоятельно неограниченное время для профилактики или уменьшения боли.

Необходима оценка психического статуса пациентов с хроническим болевым синдромом для выявления коморбидных психических расстройств.

Список литературы / References

1. Андреева Г.О., Емельянов А.Ю., Евдокимов В.И. Хронический болевой синдром при заболеваниях периферической нервной системы (клиника, психопатологические нарушения, лечение, прогноз): монография. СПб.: Политехника сервис, 2014. 96 с.
2. Гинзбург М.Р., Яковлева Е.Л. Эриксоновский гипноз: систематический курс.-М.: Незав.фирма «Класс», 2015. 264 с.
3. Данилов А.Б., Исагулян Э.Д., Макашова Е.С. Психогенная боль // Журнал неврологии и психиатрии, 2018. № 11. С. 103-108.
4. Доморацкий В.А. Психотерапия психосоматических расстройств // Психотерапия, 2014. № 10(142). С. 18-23
5. Доморацкий В.А. Стратегия работы с острой и хронической болью в гипнозе // Материалы международного конгресса. М.: «Психотерапевтическая лига», 2018. С. 25-30.
6. Кукушкин М.Л. Боль в спине: принципы патогенетической терапии // Русский медицинский журнал, 2006. № 5. С. 389.
7. Bjork M., Sand T. Quantitative EEG power and asymmetry increase 36 h before a migraine attack // Cephalalgia, 2008.Vol. 28. N 9. P. 960–968.
8. Andreeva G.O., Emelyanov A.Yu., Evdokimov V.I. Hronicheskiy bolevoj sindrom pri zabolevaniyah perifericheskoy nervnoj sistemy [Chronic pain syndrome in diseases of the peripheral nervous system]: monograph. St. Petersburg: Polytechnic Service, 2014. 96 p. [in Russian].
9. Ginzburg M.R., Yakovleva E.L. Jeriksonovskij gipnoz: sistematičeskij kurs [Eriksonian hypnosis: a systematic course]. M.: Nezav. firma "Class", 2015. 264 p. [in Russian].
10. Danilov A.B., Isagulyan E.D., Makashova E.S. Psihogennaja bol' [Psychogenic pain] // Journal of Neurology and Psychiatry, 2018. No. 11. P.103-108 [in Russian].
11. Domoratsky V.A. Psihoterapija psihosomatičeskix rasstrojstv [Psychotherapy of psychosomatic disorders] // Psychotherapy, 2014. No. 10(142). P.18-23[in Russian].
12. Domoratsky V.A. Strategija raboty s ostroj i hroničeskoy bol'ju v gipnoze [Strategy of working with acute and chronic pain in hypnosis] // Materials of the International Congress -Moscow: "Psychotherapeutic League", 2018. P. 25-30 [in Russian].
13. Kukushkin M.L. Bol' v spine: principy patogenetičeskoy terapii [Back pain: principles of pathogenetic therapy] // Russian Medical Journal, 2006. No. 5. P. 389 [in Russian].

14. *Bjork M., Sand T.* Quantitative EEG power and asymmetry increase 36 h before a migraine attack // *Cephalalgia*, 2008. Vol. 28. N 9. P. 960–968.