

ВОЗМОЖНОСТИ ГИПНО- И АРОМАТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Поспелова М.Л.¹, Ефимцев А.Ю.¹, Алексеева Т.М.¹, Иванова Н.Е.¹, Труфанов Г.Е.¹

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова, Минздрава России», Санкт-Петербург, e-mail: pospelovaml@mail.ru

Проведено исследование возможностей гипнотерапии (8–10 сеансов эриксоновского гипноза) в лечении 16 пациенток с паническими расстройствами. При этом во время второго сеанса проводили якорение ресурсного состояния ольфакторным стимулом (наносили на запястье комбинацию эфирных масел, которую в дальнейшем пациентки продолжали наносить самостоятельно ежедневно два раза в день). После лечения отмечено значимое уменьшение числа пациентов с развернутыми и малыми паническими атаками, при этом лечебный эффект сохранялся и усиливался через полгода после окончания лечения. Выявлено значимое улучшение у пациентов с вегетативными нарушениями в межприступный период. Подобное лечение позволило 6 из 8 пациенток отказаться от медикаментозного лечения. 6 пациенткам проведена функциональная МРТ до начала сеанса эриксоновского гипноза и в момент гипнотического состояния при добавлении ольфакторного стимула. Функциональная МРТ зарегистрировала значимые изменения функциональных связей медиальной префронтальной коры с другими зонами мозга при добавлении ольфакторного стимула в состоянии транса. Полученные результаты подтверждают эффективность применения эриксоновской гипнотерапии и якорения ресурсного состояния в лечении психосоматических расстройств и требуют более широких исследований.

Ключевые слова: панические атаки, эриксоновский гипноз, якорение, ольфакторный стимул, функциональная МРТ

POSSIBILITIES OF HYPNO- AND AROMATHERAPY IN THE TREATMENT OF PANIC DISORDERS

Pospelova M.L.¹, Ufimtsev A.Y.¹, Alekseeva T.M.¹, Ivanova N.E.¹, Trufanov G.E.¹

¹Almazov National Medical Research Centre, St. Petersburg, e-mail: pospelovaml@mail.ru

A study was conducted on the possibility of hypnotherapy (8-10 sessions of Erickson hypnosis) in the treatment of 16 patients with panic disorders. At the same time, during the second session, the anchoring of the resource state by the olfactory stimulus was carried out (therapeutic spirits consisting of a combination of essential oils were applied on the wrist), then the patient continued to apply healing perfumes on the wrist twice a day. After treatment, a significant decrease in the number of patients with deployed and small panic attacks was noted, while the therapeutic effect was maintained and intensified six months after the end of treatment. Revealed a significant improvement in patients with autonomic disorders between panic attacks. Such treatment allowed 6 out of 8 patients to refuse from drug treatment. 6 patients underwent functional MRI before the start of the session of Erickson hypnosis and at the time of the hypnotic state with the addition of the olfactory stimulus. Functional MRI recorded significant changes in the functional connections of the medial prefrontal cortex with other areas of the brain when the olfactory stimulus of the trance state was added. The results confirm the effectiveness of the use of Ericksonian hypnotherapy in the treatment of psychosomatic disorders and require more extensive research.

Keywords: Panic attacks, Erickson hypnosis, anchoring, olfactory stimulus, functional MRI

Психосоматические заболевания являются одними из самых распространенных в клинике нервных болезней и среди психических расстройств. В целом в популяции, по данным разных авторов, заболеваемость психосоматическими расстройствами достигает 66%. Одним из проявлений психосоматических нарушений являются панические атаки, встречающиеся в среднем у 5% населения [1]. В практике невролога панические расстройства лечатся медикаментозно – антидепрессантами, анксиолитиками, корректорами нарушения поведения, стресс-протекторами. Часто подобное лечение не приносит должного

облегчения больному. Поэтому в последнее время панические расстройства относят к междисциплинарной проблеме, лечением которой занимаются неврологи, психиатры и психотерапевты.

Гипноз относится к методам психотерапии и показан при лечении психосоматических заболеваний. Эриксоновская психотерапия – разновидность гипнотерапии. Особенностью данной методики является погружение в особое состояние, при котором пациент сохраняет способность сознательно отслеживать происходящее и взаимодействовать с терапевтом. Методика дает возможность избавиться от неактуальных привычных паттернов мышления, активизировать сознание, получить доступ к внутренним резервам психики. Применяется при кризисных состояниях, конфликтах, фобических расстройствах, паническом расстройстве, бессоннице, зависимостях, сексуальных нарушениях и психосоматических заболеваниях [2].

Метод ароматерапии известен много тысячелетий. Он используется для коррекции вегетативных нарушений, метеопатологических реакций, эмоциональных нарушений. Эфирные масла применяются для повышения работоспособности, памяти, внимания. Хорошо зарекомендовали себя в этой области масла лаванды, лимона, розмарина. Причем композиции эфирных масел влияют на умственную работоспособность в большей степени, чем отдельные эфирные масла [3].

В настоящее время зарубежными коллегами проводится ряд исследований, посвященных работе головного мозга в состоянии транса с использованием функциональной МРТ [4–6]. При этом влияние ольфакторных стимулов в сочетании с гипнотерапией на состояние функциональных связей в головном мозге не изучено.

Понимая трудность лечения панического расстройства как психосоматической патологии, мы разработали новый подход в тактике ведения пациентов с данной нозологией, совместив методы гипнотерапии и ароматерапии.

Целью нашей работы является изучение эффективности совместного применения методов гипнотерапии и якорения ресурсного состояния ольфакторным стимулом у пациентов с паническими расстройствами клиническими и нейровизуализационными (функциональная МРТ) методами.

Материалы и методы исследования

Было проведено открытое неконтролируемое исследование по оценке эффективности курса эриксоновского гипноза и ольфакторного якорения ресурсного состояния у пациенток с паническими расстройствами. Исследование было проведено в соответствии с принципами надлежащей клинической практики и Хельсинкской декларации. Под нашим наблюдением находились 16 пациентов (женщины в возрасте от 35 лет до 71 года) с паническими атаками

(паническими расстройствами). Диагноз был поставлен на основании анамнеза, жалоб пациентов. Всем больным выполнялась структурная МРТ с получением T1 и T2 взвешенных изображений и FLAIR (Fluid attenuated inversion-recovery – инверсия-восстановление с подавлением сигнала от «свободной» жидкости) для исключения новообразований головного мозга и других выраженных патологических морфологических изменений.

Все пациенты жаловались на внезапные приступы чувства страха, паники, чувство нехватки воздуха, ощущение «кома» в горле или удушья, одышку, затруднение дыхания, пульсацию, перебои или замирание сердца, учащенное сердцебиение, боли в области сердца. 12 из 16 больных отмечали потливость, прохождение по телу холодных или горячих волн, озноб, головокружение, парестезии. 11 из 16 пациентов отмечали ощущение дурноты в голове, нереальности предметов, впечатление приглушенности звуков. В конце приступа все больные отмечали полиурию. Подобные пароксизмы длились от 10 мин до нескольких часов (в среднем пароксизм продолжался около 15–20 мин). После перенесенного пароксизма женщины отмечали разбитость или опустошение. Все пациенты переносили однократно (5 человек) или многократно (11 человек) развернутые панические атаки (4 и более клинических симптомов). 15 из 16 пациентов переносили малые (абортивные) панические атаки (менее 4 клинических симптомов). Таким образом, у 15 из 16 больных развернутые и малые панические атаки чередовались. Развернутые атаки наблюдались от 1 в течение жизни до 1 раза в день. Малые атаки отмечались в данной группе пациентов от 1 раза в неделю до 2–3 раз в день. В межприступный период 9 пациентов чувствовали себя абсолютно здоровыми, т.е. вегетативная дисфункция была выражена минимально. Остальные 7 больных в межприступный период отмечали затруднение дыхания, одышку, чувство нехватки воздуха, боли в голове, области сердца и абдоминальные боли, периодические ознобы, головокружение, приливы. У этих пациентов психосоматические и вегетативные расстройства более интенсивные, они с затруднением разграничивали паническую атаку и межкризисовой период. 13 из 16 пациентов до начала лечения по предлагаемому способу проходили курсы медикаментозного лечения (антидепрессантами, анксиолитиками) без существенного улучшения состояния. 8 пациентов продолжали прием медикаментозной терапии на фоне курса гипно- и ароматерапии.

Пациенткам проводили курс эриксоновского гипноза из 8–10 сеансов, один раз в 7–10 дней. На первом сеансе устанавливали раппорт с пациентом, проводили семантический анализ речи, поиск ключевых слов, оценку репрезентативных систем для того, чтобы в трансной работе подобрать более актуальные метафоры и образы. В трансной работе использовали сопровождение в приятное воспоминание, метафоры изменений, роста. Давали непрямыe внушения на здоровье, спокойствие, гармонию, комфорт, отличное настроение,

здоровый сон. Во время второго сеанса проводили якорение ресурсного состояния ольфакторным стимулом (наносили на запястье комбинацию эфирных масел). Каждый раз по окончании сеанса эриксоновского гипноза пациентке предлагали домашнее задание в виде постгипнотического внушения, а именно – нарисовать образ, который пришел во время сеанса, провести сеанс самогипноза, вызывая сформировавшиеся во время сеанса ощущения здоровья, спокойствия, гармонии, комфорта, отличного настроения, здорового сна. При этом ежедневно два раза в день пациентки самостоятельно наносили ольфакторный стимул на запястье (как якорь на ресурсное состояние).

Группе из 6 пациенток было выполнено функциональное МРТ исследование. Были собраны данные импульсной последовательности T1-взвешенного градиентного эха (MP-RAGE – Magnetization Prepared Rapid Acquired Gradient Echoes – градиентное эхо с подготовкой магнетизации и быстрым сбором) для совмещения данных фМРТ с анатомическими структурами головного мозга. ФМРТ исследование включало сбор данных в состоянии транса и при добавлении ольфакторного стимула. Также была выполнена фМРТ в покое.

Для статистического анализа использовался непараметрический критерий Вилкоксона для зависимых выборок (в связи с малым объемом выборки). Статистическая обработка и оценка результатов нейровизуализационных исследований как каждого пациента в отдельности, так и их групповой совокупности (данных фМРТ покоя) осуществлялись с помощью программного пакета CONN v.18 (Functional connectivity toolbox), предназначенного для определения взаимосвязей между различными отделами головного мозга, в том числе в динамическом режиме, статистического картирования зон активации, определения структуры различных сетей покоя и рабочих функциональных сетей головного мозга.

Результаты исследования и их обсуждение

Сразу после проведенного курса лечения или уже во время лечения по заявляемому способу 6 из 16 пациентов отметили исчезновение ранее беспокоивших их панических атак, при этом этот эффект сохранялся и усиливался через полгода после окончания лечения. Только у 2 больных сохранялись жалобы на беспокоящие их панические атаки, что составило 87,5% улучшения. Отмечено, что у пациентов, ежедневно переносящих панические атаки, положительный эффект обычно наступал уже после первой процедуры и длился 1–2 дня. С каждым последующим сеансом эффект удлинялся, и к середине лечения его могло хватать на неделю – до следующего сеанса эриксоновского гипноза. К концу лечения у большинства пациентов удалось достичь стойкой ремиссии до полугода. Этот эффект отмечался как в отношении развернутых панических атак, так и для малых панических атак. Так, через

полгода после лечения только одна пациентка жаловалась на малые атаки из исходно 16 больных, процент улучшения составил 93,3%. У 7 пациентов с вегетативными нарушениями в межприступный период улучшение наступало медленнее, к концу лечения 2 из 7 пациентов отметили отсутствие вегетативных проявлений в межприступный период, но лечебный эффект продолжался и усиливался. Так, через полгода после окончания лечения уже 4 из 7 отмечали отсутствие каких-либо вегетативных нарушений в межприступный период, у оставшихся пациентов имело место уменьшение количества дней с вегетативными проявлениями, в целом через полгода лечения процент улучшения составил 57,1%.

Надо отметить, что большинство пациентов обращались за помощью после неэффективного медикаментозного лечения. Из 13 больных, ранее лечившихся медикаментозно, 5 самостоятельно отменили лекарственные препараты в разные сроки до начала лечения по предлагаемому способу. 8 больных продолжали медикаментозное лечение. После окончания курса лечения одна пациентка самостоятельно отменила назначенный ей ранее препарат, а через полгода только 2 из 8 пациентов продолжали медикаментозную терапию; процент улучшения составил 75%.

Результаты курса гипнотерапии и ольфакторного якорения ресурсного состояния представлены в таблице.

Результаты курса гипнотерапии и ольфакторного якорения ресурсного состояния 16 пациентов с паническими атаками (количество больных/ количество дней – для межприступного периода) (описательная статистика)

Показатель	Среднее	Ошибка среднего	Минимальное значение	Максимальное значение	Медиана	Q25	Q75
Развернутые панические атаки. До лечения	4,81	0,81	1,00	11,00	4,50	2,00	7,50
Развернутые панические атаки. После лечения	1,81	0,45	0,00	5,00	2,00	0,00	3,00
Развернутые панические атаки Через 6 месяцев после лечения	0,19	0,14	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
Малые панические атаки До лечения	8,50	1,84	0,00	30,00	6,00	4,00	13,00
Малые панические атаки После лечения	2,44	0,99	0,00	14,00	0,00	0,00	4,50
Малые панические атаки Через 6 месяцев после лечения	0,25	0,25	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00
Межприступный период До лечения за 2 месяца	6,75	2,31	0,00	30,00	0,00	0,00	12,50

(количество дней)							
Межприступный период В течение лечения и сразу после его окончания	2,13	0,90	0,00	10,00	0,00	0,00	4,50
Межприступный период Через 6 месяцев после лечения	0,50	0,29	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00
Медикаментозное лечение До лечения (количество препаратов)	0,63	0,18	0,00	2,00	0,50	0,00	1,00
Медикаментозное лечение После лечения	0,44	0,13	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00
Медикаментозное лечение Через 6 месяцев после лечения	0,13	0,09	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00

Значимые отличия медианного значения и межквартильного размаха количества «развернутых панических атак» до лечения – 4,5(2,0;7,5) через 2 месяца – 2,0(0,0;3,0) ($p=0,00018$), через 6 месяцев – 0,0(0,0;0,0) ($p=0,00044$). Значимые отличия медианного значения и межквартильного размаха количества «малых панических атак» до лечения – 6,0(4,0;13,0), через 2 месяца – 0,0(0,0;4,5) ($p=0,00066$), через 6 месяцев – 0,0(0,0;0,0) ($p=0,00066$). Значимые отличия медианного значения и межквартильного размаха «межприступный период (количество дней)» до лечения – 0,0(0,0;12,5), через 2 месяца – 0,0(0,0;4,5) ($p=0,018$), через 6 месяцев – 0,0(0,0;0,0) ($p=0,018$). Значимые отличия медианного значения и межквартильного размаха «медикаментозное лечение (количество препаратов)» до лечения – 0,5 (0,0;1,0), через 6 месяцев – 0,0(0,0;0,0) ($p=0,018$).

При выполнении функциональной МРТ определено значительное усиление эффекта положительных функциональных связей медиальной префронтальной коры с правой нижней лобной извилиной (оперкулярной и фронтоорбитальной корой) и значительное усиление отрицательных функциональных связей с задними отделами поясной извилины во время добавления ольфакторного стимула. Данные изменения активности функциональных связей можно предварительно трактовать тем, что в момент транса при добавлении ольфакторного стимула снижалась контролирующая роль медиальной префронтальной коры, происходили выбор и мысленное проживание тех или иных событий, при этом пациенты слышали речь врача-гипнотерапевта (мелодичную, богатую метафорами и сказочными образами) и ощущали запах.

Клинический пример. Больная В, 37 лет, обратилась с жалобами на практически ежедневные внезапные приступы чувства страха, паники, чувства нехватки воздуха, удушья, одышки, сердцебиения, озноба, длящиеся 20–30 минут. После них отмечала усиленное

мочеиспускание и чувство слабости, разбитости. Больная перестала ездить на работу, появился страх выхода на улицу. Подобные состояния беспокоили ее около 2 лет после перенесенного стресса (развода с мужем). Постепенно приступы паники стали учащаться до практически ежедневных. Ранее проходила курсы медикаментозного лечения (гидроксизин, тофизолам) без существенного улучшения. Эмоционально неустойчива, раздражительна, плаксива, тревожна. Отмечает повышенную утомляемость. При осмотре: сухожильные рефлексы повышены с двух сторон в руках и ногах, дистальный гипергидроз кистей. МРТ головного мозга – патологических образований не выявлено. Диагноз: Паническое расстройство.

Проведен курс эриксоновского гипноза (8 сеансов, один раз в 10 дней). До начала первого сеанса, в предварительной беседе (во время сбора анамнеза и расспроса жалоб) проанализирован семантический анализ речи, определены ключевые слова (речь пациентки быстрая, эмоциональная, избыливающая негативными прилагательными – «больна», «нелюбима», «толстая», «безработная»). Ключевые слова (которые она постоянно повторяет) – «не нужна никому», «без работы», «болезни». При оценке репрезентативных систем – пациентка с преобладанием визуальной модальности: в речи постоянно употребляет: «вижу», «смотрю», «цветной», «глаза»... После подстройки к языку и образу мышления и учитывая особенности пациентки (практически ежедневные малые или развернутые панические атаки, тревогу, раздражительность, плаксивость, плохо контролируемые перепады настроения) в каждом трансе подбирались метафора, описывающая преодоление этих симптомов, с преобладанием различных визуальных образов. Например: «плавное и свободное течение реки, огибающей все препятствия»; «уютное и удобное кресло, в котором можно расслабиться и посмотреть со стороны на трудности»; «дорога в лесу, ведущая к источнику здоровья и комфорта» и т.д. Главное – создание ресурсного состояния и принятие установок на выздоровление, так как в трансом состоянии снимается контроль сознания, происходит актуализация произвольных процессов. В момент второго сеанса наносили ольфакторный стимул как элемент ароматерапии (улучшение настроения, снижение эмоционального напряжения, тревожности и страха) и как якорь на ресурсное состояние. В дальнейшем эту композицию эфирных масел пациентка самостоятельно наносила на кожу запястья два раза в день ежедневно в течение 2 месяцев.

После лечения пациентка отметила значительное улучшение самочувствия. Исчезли развернутые панические атаки, пропало чувство страха при выходе на улицу и поездке на работу. В межприступный период появилось ощущение «светлой, легкой» головы. Уменьшилась тревожность. Стала выходить на работу. Эмоционально стала более уравновешенной. При повторном осмотре: сохраняется повышение сухожильных рефлексов

на верхних и нижних конечностях, дистальный гипергидроз значительно меньше. Через 6 месяцев после курса лечения по предлагаемому способу отмечает исчезновение всех вегетативных симптомов, считает себя здоровой. Работает. Продолжает ежедневно наносить композицию эфирных масел 1–2 раза в день. Достигнут положительный результат как в лечении панического расстройства, так и в улучшении эмоционального состояния пациентки.

Заключение

Применение комплексного метода лечения панических расстройств, включающего курс эриксоновской гипнотерапии и якорение ресурсного состояния ольфакторным стимулом, значительно улучшает состояние пациентов с этим психосоматическим заболеванием. Отмечено уменьшение количества развернутых и малых панических атак у больных после курса лечения, при этом лечебный эффект сохранялся и усиливался через полгода после окончания лечения. Выявлено значимое улучшение у пациентов с вегетативными нарушениями в межприступный период. Подобное лечение позволило 6 из 8 пациенток отказаться от медикаментозного лечения. Функциональная МРТ зарегистрировала значимые изменения функциональных связей медиальной префронтальной коры с другими зонами мозга при добавлении ольфакторного стимула в состоянии транса. Полученные результаты подтверждают положительное влияние данного комплексного подхода в лечении психосоматических расстройств и требуют более широких исследований.

Список литературы

1. Кузукова А.А., Рачин А.П. Панические атаки в неврологической практике // Российский Медицинский Журнал. Неврология. 2017. № 3. С. 986-991.
2. Tsui P.P., Deptula A.P., Yuan D.Y. Conversion Disorder, Functional Neurological Symptom Disorder, and Chronic Pain: Comorbidity, Assessment, and Treatment. *Current pain headache reports*. 2017. Vol. 21(6). P. 29. DOI: 10.1007/s11916-017-0627-7.
3. Тихомиров А.А., Ярош А.М. Особенности использования эфирных масел в лечебно-профилактических целях - Часопис // Фитотерапия. 2008. № 1. С. 18-21.
4. Demertzi A., Soddu A., Faymonville M.E., Bahri M.A., Gosseries O., Vanhaudenhuyse A., Phillips C., Maquet P., Noirhomme Q., Luxen A., Laureys S. Hypnotic modulation of resting state fMRI default mode and extrinsic network connectivity. *Progress in brain research*. 2011. Vol. 193. P. 309-22. DOI: 10.1016/B978-0-444-53839-0.00020-X.
5. Jiang H., White M.P., Greicius M.D., Waelde L.C., Spiegel D. Brain Activity and Functional Connectivity Associated with Hypnosis. *Cerebral cortex*. 2017. Vol. 27 (8). P. 4083-

4093. DOI: 10.1093/220.

6. Faymonville M.E., Boly M., Laureys S. Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of physiology*. 2006. Vol. 99 (4-6). P. 463-469.