

Секция «Клиническая психология, психосоматика и психология телесности»

**Психологические факторы и феномены терапии с помощью биологической обратной связи при головной боли напряжения**

**Научный руководитель – Арина Галина Александровна**

***Швецова Елизавета Тимуровна***

*Студент (специалист)*

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

*E-mail: shvetliz@gmail.com*

**Научный руководитель - Арина Галина Александровна**

**Швецова Елизавета Тимуровна**

*Студент (специалист)*

*Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, факультет психологии, кафедра нейро- и патопсихологии, Москва, Россия*

*Email: shvetliz@gmail.com*

Головная боль напряжения (ГБН) - наиболее распространенный вид головной боли, с которым пациенты обращаются к врачам. [2]

Распространённость ГБН в течение жизни в общей популяции (по данным разных исследований) варьируется от 30 до 78%. Хроническая головная боль снижает качество жизни людей и может привести к инвалидизации. Психологические факторы играют значительную роль в хронизации ГБН, а также влияют на течения заболевания (частоту приступов, время возникновения ГБ, длительность приступов и интенсивность боли). [1]

Метод биологической обратной связи считается хорошо зарекомендовавшим себя методом лечения ГБН. [4] Однако для прогноза эффективности данного метода лечения необходимо комплексное изучение предикторов его эффективности, а также факторов, препятствующих положительным результатам. [3]

Дизайн исследования представляет собой рандомизированное плацебо-контролируемое исследование, анализ случая с использованием лонгитюдного метода. Цель исследования - изучение клинико-психологических эффектов лечения ГБН с помощью БОС по ЭЭГ. Объектом исследования являются клинические и психологические показатели ГБН, а также психологические параметры и эффекты, предметом - динамика параметров ГБН и психологических параметров в ходе исследования.

Материал и методы. Исследование проводится на базе Международного института психосоматического здоровья. Тип БОС, используемый для лечения - БОС по инфранизким частотам ЭЭГ (разработанной группой EEGInfo под руководством Siegfried и Sue Othmer). [5]

Участники исследования - 1 мужчина (43 г.), 6 женщин (возраст от 21 до 41 года).

На протяжении исследования участники проходят 10 тренингов БОС по инфранизким частотам ЭЭГ и 10 плацебо-тренингов БОС. Порядок фаз БОС и плацебо-БОС рандомизирован. Обе фазы длятся по 5 недель, в исследование также включены фазы предварительного и катамнестического наблюдения. Оцениваются параметры головной боли (частота, длительность, интенсивность - данные берутся из дневника головной боли, который участники заполняют каждый день на протяжении всего исследования), частота факторов, которые могут провоцировать ГБ (данные также берутся из дневника ГБ). Динамика ГБ также оценивается с помощью болевого опросника МакГилла (давался в начале, середине и конце исследования). Помимо показателей ГБ оценивались эмоционально-

личностные и психологические показатели: выраженность депрессии (опросник Бека), ситуативная и личностная тревожность (опросник Спилбергера), алекситимия (Торонтская шкала алекситимии TAS-20).

Гипотеза исследования - в фазе БОС ожидается улучшение показателей ГБ (снижение длительности, частоты и интенсивности) более выраженное по сравнению с динамикой показателей в фазе плацебо-БОС, а также ожидается улучшение психологического состояния (снижение тревоги, депрессии, показателей алекситимии).

Результаты. Динамика показателей головной боли и психологических показателей оценивалась в процентах сдвига (отношение разности средних значений в данную фазу и в фоновую фазу к среднему фоновому значению) показателя на разных этапах исследования. В настоящий момент один из семи участников прошёл все фазы исследования.

Наиболее выражен терапевтический эффект БОС для частоты ГБ (частота снижается на -38,5%, -40,9%, -61,5% на этапах БОС, плацебо и катамнеза соответственно). Для длительности отмечается снижение показателя на 30,6% на этапе катамнеза. Интенсивность повышается на фазе БОС (36,3%), незначительно снижается на этапе плацебо и на этапе катамнеза снижается на 66,7%. По результатам болевого опросника Мак-Гилла: на этапе БОС наблюдается значительное снижение общего количества дескрипторов боли (-77,8% для этапа БОС, -52,4% для этапа плацебо) и интенсивности (-200% на этапе БОС, -50% на этапе плацебо). Причём, количество дескрипторов уменьшилось за счет сенсорного компонента (количество аффективных дескрипторов наоборот увеличилось на 20% на этапе БОС, а количество сенсорных уменьшилось на 100%). Произошло «расширение» аффективного восприятия боли. Можно предположить, что сенсорный компонент более чувствителен к БОС-терапии. Наблюдается снижение показателя соматического компонента депрессии на этапе БОС и плацебо (сдвиг -25% на обоих этапах), а также небольшое снижение показателя личностной тревожности (-8,9% на этапе БОС, -5,2 на этапе плацебо). Показатели алекситимии (трудность идентификации чувств и трудность описания чувств) повышаются на этапе БОС и плацебо (трудность идентификации на 41,4 на этапе БОС, 39,3 на этапе плацебо, трудность описания на 18,2% на обоих этапах). Такой результат можно объяснить повышением рефлексии участника исследования по отношению к своим трудностям в идентификации и описании чувств.

Выводы:

- терапевтический эффект наиболее ярко выражен в снижении частоты ГБ на всех этапах исследования;
- сенсорные компоненты боли в большей мере, чем аффективные, подвержены терапевтическому эффекту БОС; использование БОС может привести к расширению аффективного восприятия боли;
- наблюдается терапевтический эффект для показателей тревожности и депрессии;
- ноцебо-эффект в отношении алекситимии может быть обусловлен повышением рефлексии участника в ходе исследования (осознание им своих трудностей).

При завершении прохождения исследования остальными участниками будет проведён анализ каждого из случаев в отдельности (с подтверждением или опровержением вышеприведённых выводов), а также количественный анализ данных по всей выборке, который позволит изучить психологические факторы-предикторы эффективности БОС-терапии.

### Источники и литература

- 1) 1. Осипова В.В. Головная боль напряжения: диагностика и терапия / Вестник семейной медицины, №2, 2010, стр. 26-30

- 2) 2. Осипова В. В., Табеева Г. Р., Тринитатский Ю. В., Шестель Е.А.: Первичные головные боли: клиника, диагностика, терапия. Информационное письмо (для неврологов, терапевтов, врачей общей практики) – г. Ростов-на-Дону «Антей» – 2011 – 46 с.
- 3) 3. Пузин М.Н., Шубина О.С., Головная боль напряжения и биоуправление - Новосибирск, БИОУПРАВЛЕНИЕ-4: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА - 2002, с.270
- 4) 4. Nestoriuc Y, Rief W, and Martin A: Meta-Analysis of Biofeedback for Tension-Type Headache: Efficacy, Specificity, and Treatment Moderators – Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008, Vol. 76, No. 3, 379 –396
- 5) 5. Siegfried Othmer, Evidentiary Basis for Infra-Low Frequency Neurofeedback by Siegfried Othmer, Ph.D. - Chief Scientist, The EEG Institute September 12, 2018