

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

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 клиничко-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 - 8 женщин (возраст от 21 до 45 лет).

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. Необходимое условие участия в исследовании - отмена медикаментов-анальгетиков с невозможностью их употребления на протяжении исследования, а также выполнение релаксационных упражнений трижды в неделю (участников обучают релаксации по Джекобсону).

Оцениваются параметры головной боли (частота, длительность, интенсивность - данные берутся из дневника головной боли, который участники заполняют каждый день на протяжении всего исследования), эмоционально-личностные показатели, которые рассматриваются как факторы, возможно, влияющие на эффективность БОС-воздействия (наличие акцентуации характера по Миннесотскому многоаспектному личностному опроснику ММРІ, наличие тревожности как личностной черты по шкале личностной тревожности опросника Спилбергера), и как динамические факторы, возможно, изменяющиеся в ходе исследования (шкала депрессии Бека, ситуационная тревожность по опроснику Спилбергера). Психологические методики предоставляются в рамках четырёх психологических

обследований (перед началом исследования, в конце предварительной фазы, на смене фаз БОС/плацебо-БОС, в конце исследования).

Гипотезы исследования:

ожидается улучшение показателей головной боли более выраженное на этапе БОС по сравнению с динамикой на этапе плацебо-БОС; опосредующая роль профиля личности по ММРІ в эффективности БОС-воздействия для участниц; предполагается, что личностная тревожность может выступать как фактор, препятствующий положительному эффекту БОС-воздействия на ГБ, а для ситуационной тревожности ожидается позитивный эффект БОС-терапии; предполагается позитивный эффект БОС-терапии для уровня депрессии.

Результаты. В качестве динамического сдвига показателей использовалась его величина, превышающая среднюю ошибку при всех измерениях на разных фазах исследования. Для оценки уровня значимости показателей ГБ был использован U-критерий Манна-Уитни. В настоящий момент были проанализированы данные четырех участниц: Д., М., А., Ма.

Для участницы Д. БОС-воздействие не имело положительного эффекта для динамических психологических показателей, наблюдается небольшой положительный эффект для длительности ГБ (17% сдвига на этапе БОС к этапу плацебо, 10% сдвига к фоновому этапу, $p=0,0001$), наблюдается наличие высокой личностной тревожности, а также характерен сниженный фон настроения и склонность к ипохондрическому реагированию по ММРІ

Для участницы А. наблюдается улучшение показателей частоты ($p=0,009$), длительности ($p=0,007$), интенсивности ГБ ($p=0,003$) на этапе БОС, эффект не превышает эффект на этапе плацебо и не сохраняется на этапе катамнеза; наблюдается снижение депрессии на протяжении исследования, наблюдается умеренный уровень личностной тревожности (43 балла), реагирование по гистрионно-соматизированному типу на фоне аффективной ригидности и гипертимной личностной акцентуации (опросник ММРІ).

Для участницы Ма. наблюдается положительный эффект для частоты ГБ (на этапе катамнеза у Ма. головная боль пропала), БОС-воздействие не оказало отдельного положительного эффекта на уровень депрессии и ситуационной тревожности, но данные показатели улучшались на протяжении исследования; наблюдается высокий уровень тревожности (51 балл), не наблюдается психопатических и невротических проявлений по опроснику ММРІ.

Для участницы М. наблюдается значимое улучшение показателя частоты ($p=0,046$), однако эффект на этапе БОС не превышает эффект на этапе плацебо, колебания ситуационной тревожности и показателя депрессии не сопряжены с БОС-воздействием; наблюдается высокий показатель личностной тревожности (51 балл), реагирование по гистрионно-соматизированному типу (опросник ММРІ).

По результатам анализа четырех случаев были сделаны следующие выводы:

- при воздействии БОС по инфранизким частотам не наблюдается однородности эффектов: эффекты БОС-воздействия индивидуальны;

- личностный профиль, предположительно, опосредует эффекты БОС-воздействия: наиболее благоприятным для эффективности БОС-воздействия является профиль, в котором отсутствуют психопатические и невротические проявления.

Дальнейшее направление исследования предполагает статистическое подкрепление данных предположений.

Источники и литература

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

- 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) Пузин М.Н., Шубина О.С., Головная боль напряжения и биоуправление - Новосибирск, БИОУПРАВЛЕНИЕ-4: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА - 2002, с.270
- 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) Siegfried Othmer, Evidentiary Basis for Infra-Low Frequency Neurofeedback by Siegfried Othmer, Ph.D. - Chief Scientist, The EEG Institute September 12, 2018