

ПРИМЕНЕНИЕ КПТ ДЛЯ УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Трифонова О.И.

Магистрант 2 курса Академии гуманитарных технологий

ЧОУ ВО ЮУ (ИУБиП)

e-mail: tr.olga21@ya.ru

Научный руководитель – Бюндюгова Т. В.,

к.псих.н., доцент кафедры «Психология и управление персоналом»,

ЧОУ ВО ЮУ (ИУБиП)

e-mail: tach_29@mail.ru

Аннотация: В статье раскрыты актуальные вопросы применения когнитивно-поведенческой терапии в коррекции хронической боли у взрослых и приведено описание результатов применения КПТ в исследованиях. Внимание автора было обращено к зарубежным исследованиям эффективности когнитивно-поведенческой терапии. Согласно результатам приведенных исследований когнитивно-поведенческая терапия является эффективным методом лечения хронической боли у взрослых.

Ключевые слова: когнитивно-поведенческая терапия, хроническая боль, страх, когнитивная схема, функциональная магнитно-резонансная томография, фибромиалгия, мигрень, смешанная боль, экспериментальная боль.

THE USE OF CBT FOR THE MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN

Trifonova O.I.

Abstract: The article reveals topical issues of the use of cognitive behavioral therapy in the correction of chronic pain for adults and describes the results of the use of CBT in research. The author's attention was drawn to foreign studies of the effectiveness of cognitive behavioral therapy. According to the results of these studies, cognitive behavioral therapy is an effective method of treating chronic pain in adults.

Keywords: cognitive behavioral therapy, chronic pain, fear, cognitive schema, functional magnetic resonance imaging, fibromyalgia, migraine, mixed pain, experimental pain.

Распространенность хронической боли в современном обществе составляет по разным оценкам, от 15 до 70 % [1]. По статистике она поражает женщин чаще, чем мужчин, и на хроническую боль расходуется огромное количество финансовых ресурсов здравоохранения по всему миру. Учитывая возрастающее количество публикаций и исследований, посвященных хроническому болевому синдрому – тема актуальна.

Когнитивно-поведенческая терапия считается «золотым стандартом» психологического лечения для людей с болевыми синдромами. Ее можно использовать отдельно или в сочетании с медицинским лечением. Хроническая боль является наиболее распространенным состоянием, которое лечится с помощью КПТ. Причина этого заключается в том, что хроническая боль — это многофакторная проблема, в основе которой лежат биологические, психологические и социальные факторы. Следовательно, лечение таких пациентов оптимально осуществлять, воздействуя не только на биологические причины хронической боли, но и на ее психологические и социальные составляющие.

С течением времени у пациента с хронической болью может развиваться катастрофизация (преувеличение угрозы), а также избегающее поведение (избегание активности из-за страха усиления боли). Когда боль сохраняется после медикаментозного лечения, проблема становится еще более очевидной. Человек, испытывающий боль, как правило, избегает делать то, что провоцирует его болевые симптомы, и такое поведение приводит к вторичной скованности, в перспективе вызывая ухудшение симптомов, которых человек пытался избежать. Неспособность полноценно функционировать может привести к потере пациентом своего социального статуса в результате накопления других проблем в финансовой сфере и межличностных отношениях.

КПТ является краткосрочным лечением, ориентированным на сочетание поведенческих и когнитивных вмешательств, основанных на научных принципах. В основе КПТ лежат когнитивная теория, предложенная А. Беком и модель рационально-эмоциональной психотерапии (РЭП) А. Эллиса. Согласно А. Беку, закономерности мышления во многом зависят от «когнитивных схем», - основных способов переработки информации, сформированных в детстве. В процессе такой обработки информации возможны ошибки – когнитивные искажения. Когнитивные искажения в

свою очередь приводят к неадекватным эмоциональным и поведенческим реакциям.

Главную идею РЭП задолго до А. Эллиса сформулировал Эпиктет в 1 в., - «людей расстраивают не события, а то, как они их воспринимают». Склонность к жестким шаблонам, ожиданиям и стереотипам мешает анализировать и учитывать особенности реальной ситуации и способствует развитию неадекватных эмоциональных реакций.

Целью КПТ является изменение представлений, которые вызывают негативные эмоции человека и затрудняют решение его жизненных задач. Пациента приучают к самонаблюдению и осознанию автоматических мыслей. Обучают отличать гипотезы от фактов и помогают расширить привычные паттерны поведения.

В КПТ не существует единого протокола для лечения хронической боли. Он варьируется в зависимости от количества сеансов и конкретных методов. В большинстве программ КПТ присутствуют следующие компоненты: образование пациента для понимания природы боли и приобретение новых навыков (коррекция негативных мыслей), техники релаксации, постановка целей в повседневной деятельности, социальная поддержка, разработка комплекса физических упражнений. По сути, когнитивно-поведенческий подход направлен на улучшение того, как человек управляет своей болью и справляется с ней, а не на поиск биологического решения предполагаемого заболевания.

За период с 2019 по 2021 г в большом количестве зарубежных клинических исследований когнитивно-поведенческая терапия использовалась в качестве способа контроля различных видов боли. Исследования структурных изменений головного мозга пациентов с хронической болью указывали на наличие нейропластичности в областях, связанных с переживанием и ожиданием боли. Исследования проводились с помощью механизма нейровизуализации (МРТ).

Приведенные исследования можно разделить на 3 группы в соответствии с типом изучаемой боли: боль смешанного типа, боль с определенным диагнозом и экспериментальную боль (вызванную в условиях эксперимента).

Боль смешанного типа предусматривает сочетание различных механизмов формирования хронической боли у одного пациента. Несколько исследований показали корреляцию между уменьшением объема серого вещества в некоторых областях и продолжительностью или интенсивностью боли [2,3].

Д. А. Семинович, М. Шпанер, М. Л. Кизерет провели исследование [4], в котором приняли участие 26 пациентов. Пациенты получали 11 групповых сеансов КПТ по 90 минут в неделю и дважды сканировались с помощью МРТ до и после этих сеансов. После сеансов КПТ результаты показали, что объем серого вещества в дорсолатеральной префронтальной коре, задней теменной коре и некоторых других областях увеличился. Эти результаты показали, что после когнитивно-поведенческой терапии мозг имеет более сильный нисходящий контроль над болью. В качестве примера боли при определенном диагнозе, я рассмотрела фибромиалгию. Исследование К. Б. Йенсена [5]: в рандомизированном 12-недельном клиническом испытании приняли участие 43 женщины с синдромом фибромиалгии. ФМРТ во время боли, вызванной давлением, оценивали дважды до и после 12-недельной когнитивно-поведенческой терапии. Анализ показал активацию в вентролатеральной префронтальной и орбитофронтальной коре, что было связано с когнитивным контролем. Значимое уменьшение тревожности было связано с активацией вентролатеральной префронтальной коры. Кроме того, исследователи обнаружили, что усилилась связь между вентролатеральной префронтальной корой и таламусом. В результате исследования было высказано предположение, что КПТ может также влиять на таламус и другие нижние структуры мозга.

А. Кучи с группой исследователей для своего эксперимента [6] набрали 30 здоровых участников для анализа боли, вызванной тепловым воздействием (экспериментальная боль). Анализ ФМРТ показал вызванные болью деактивации в областях сети пассивного режима работы мозга. Статистически значимых различий между группами до вмешательства не было, но после него дезактивация была значительно ниже в контрольной группе по сравнению с группой КПТ. Это означает, что повторное воздействие боли устраняло дезактивацию сети пассивного режима работы мозга у тех, кто не подвергался вмешательству, но КПТ обращала этот эффект вспять.

Вышеупомянутые исследования показали, что когнитивно-поведенческая терапия может облегчить смешанную хроническую боль, фибромиалгию и экспериментальную боль, вызванную теплом, вызывая структурные или функциональные изменения в нескольких областях мозга.

Результаты исследований показали, что многие области мозга, ответственные за познание и эмоции, были вовлечены в механизм КПТ. Ключевые задействованные области головного мозга (области Бродмана), которые неоднократно наблюдались в приведенных исследованиях: дорсолатеральная префронтальная кора, орбитофронтальная кора, вентролатеральная префронтальная кора, задняя поясная кора и миндалевидное тело. После когнитивно-поведенческой терапии мозг продемонстрировал более сильный нисходящий контроль над болью, когнитивную переоценку, и измененное восприятие сигналов стимула (хроническая боль и повторяющаяся острая боль).

В последние годы накоплено значительное количество исследований, продемонстрировавших ценность применения КПТ при хронической боли. Таким образом, КПТ – эффективный нелекарственный метод лечения хронического болевого синдрома который способствует эффективной реабилитации пациентов и улучшению качества их жизни.

Библиографический список

1. Кукушкин М.Л. Хроническая боль и опиоиды. Состояние проблемы / М.Л. Кукушкин // Мед. Вести – 2007. – № 7 (392).
2. A.V. Apkarian, Y. Sosa, S. Sonty et al., Chronic back pain is associated with decreased prefrontal and thalamic gray matter density // Journal of Neuroscience, vol. 24, no. 46, 2004.
3. J. H. Kim, S. I. Suh, H. Y. Seol et al., Regional grey matter changes in patients with migraine: a voxel-based morphometry study // Cephalalgia, vol. 28, no. 6, pp. 598–604, 2008.
4. D. A. Seminowicz, M. Shpaner, M. L. Keaser et al., Cognitive-behavioral therapy increases prefrontal cortex gray matter in patients with chronic pain // The Journal of Pain, vol. 14, no. 12, pp. 1573–1584, 2013.
5. K. B. Jensen, E. Kosek, R. Wicksell et al., Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia // Pain, vol. 153, no. 7, pp. 1495–1503, 2012.
6. A. Kucyi, T. V. Salomons, and K. D. Davis, Cognitive behavioral training reverses the effect of pain exposure on brain network activity // Pain, vol. 157, no. 9, pp. 1895–1904, 2016.
7. Головина Ю.С. Актуальные вопросы подготовки клинических психологов (методологический аспект) [Электронный ресурс] // Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию. – 2021. – № 1. – С. 115-118. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46220743> (дата обращения: 15.01.2023).
8. Семibrатова Т.А. Основные аспекты тревожных расстройств [Электронный ресурс] // Интеллектуальные ресурсы – региональному развитию. – 2021. – № 1. – С. 209-215. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46220765> (дата обращения: 15.01.2023).