

«Внутренняя картина болезни» у пациентов с хронической мигренью: когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты

Головачева В.А.¹, Головачева А.А.¹, Фатеева Т.Г.¹, Володарская Е.А.²

¹Кафедра нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) Минздрава России, Москва;

²ФГБУН «Институт истории естествознания и техники им. С.И. Вавилова» РАН, Москва

¹Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2; ²Россия, 125315, Москва, ул. Балтийская, 14

У пациентов с хронической мигренью (ХМ) внутренняя картина болезни включает три основных аспекта: когнитивный (мысли, убеждения, установки о боли), эмоциональный (настроение) и поведенческий (стратегии преодоления боли). Внутренняя картина влияет на течение ХМ, прогноз и личность пациента, поэтому ее оценка, понимание и коррекция лежат в основе мультидисциплинарного подхода к лечению.

Цель исследования — оценить когнитивные, эмоциональные и поведенческие характеристики пациентов с ХМ.

Материал и методы. В исследование включено 200 пациентов с ХМ (63 мужчины и 137 женщин; средний возраст — 33,1±7,1 года). Со всеми пациентами проводилась беседа и тестирование, направленные на оценку их клинических, когнитивных, эмоциональных и поведенческих характеристик.

Результаты. Выявлены высокие уровни таких показателей, как катастрофизация симптомов (84%), автономные ощущения (89%), непереносимость телесных ощущений (71%), переоценка выраженности симптомов (91%), телесная слабость (68%). У всех пациентов отмечены неправильные представления о причинах головной боли, у большинства (80%; n=160) — ошибочные негативные представления о прогнозе. Почти у всех пациентов была высокая ситуативная (95%; n=190) и личностная (90%; n=180) тревожность, симптомы депрессии разной степени выраженности (95%; n=190). Преобладали неадаптивные стратегии совладания с болью: копинг-стиль, направленный на избегание (87%; n=174); эмоционально-ориентированный копинг (76%; n=152). На выборке из 20 пациентов выявлены значимые (p<0,05) связи катастрофизации симптомов, автономных ощущений, переоценки выраженности симптомов, тревоги и депрессии со стратегиями совладания.

Закключение. У большинства пациентов с ХМ внутренняя картина болезни включает негативные и ошибочные представления о головной боли, клинически выраженные симптомы тревоги и депрессии, неадаптивные стратегии совладания. Между когнитивными, эмоциональными и поведенческими характеристиками выявлены значимые связи, что подчеркивает обоснованность и перспективность использования когнитивно-поведенческой модели боли при лечении ХМ.

Ключевые слова: хроническая мигрень; внутренняя картина болезни; убеждения; установки; катастрофизация; тревога; депрессия; стратегии совладания; копинг-стратегии; когнитивно-поведенческая модель.

Контакты: Вероника Александровна Головачева; xoxo.veronica@gmail.com

Для ссылки: Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Володарская ЕА. «Внутренняя картина болезни» у пациентов с хронической мигренью: когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2023;15(1):28–35. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35

Illness perception in patients with chronic migraine: cognitive, emotional and behavioral aspects

Golovacheva V.A.¹, Golovacheva A.A.¹, Fateeva T.G.¹, Volodarskaya E.A.²

¹Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, N.V. Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of Russia, Moscow;

²S.I. Vavilov Institute for the History of Science and Technology, Russian Academy of Science, Moscow

¹8, Rossolimo St., Build. 2, Moscow 119991, Russia; ²14, Baltiyskaya St., Moscow 125315, Russia

In patients with chronic migraine (CM), the illness perception includes three main aspects: cognitive (thoughts, beliefs, attitude towards pain), emotional (mood) and behavioral (pain coping strategies). The patient's perception affects the course of CM, the prognosis and personality of the patient, so its assessment, understanding and correction underlie a multidisciplinary approach to treatment.

Objective: to evaluate the cognitive, emotional and behavioral characteristics of patients with CM.

Material and methods. The study included 200 patients with CM (63 men and 137 women), mean age 33.1±7.1 years. All patients were interviewed and tested to assess their clinical, cognitive, emotional and behavioral characteristics.

Results. High levels of indicators such as catastrophizing of symptoms (84%), autonomic sensations (89%), intolerance to bodily sensations (71%), overestimation of the severity of symptoms (91%), and bodily weakness (68%) were revealed. All patients had misconceptions about the

causes of headache, the majority (80%, $n=160$) had misconceived negative ideas about the prognosis. Almost all patients had high situational (95%, $n=190$) and personal (90%, $n=180$) anxiety, depressive symptoms of varying severity (95%, $n=190$). Non-adaptive pain coping strategies prevailed: avoidance coping style (87%, $n=174$); emotion-oriented coping (76%, $n=152$). In a group of 20 patients significant ($p<0.05$) associations were found between catastrophizing of symptoms, autonomic sensations, overestimating the severity of symptoms, anxiety and depression, and coping strategies.

Conclusion. In most patients with CM, the illness perception includes negative and misconceived ideas about headache, clinically expressed symptoms of anxiety and depression, and maladaptive coping strategies. Significant relationships were found between cognitive, emotional, and behavioral characteristics, which emphasizes the validity and positive perspective of using the cognitive-behavioral model of pain in CM treatment.

Keywords: chronic migraine; illness perception; beliefs; installations; catastrophizing of symptoms; anxiety; depression; coping strategies; coping strategies; cognitive-behavioral model.

Contact: Veronika Aleksandrovna Golovacheva; xoxo.veronica@gmail.com

For reference: Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Volodarskaya EA. Illness perception in patients with chronic migraine: cognitive, emotional and behavioral aspects. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):28–35. DOI: 10.14412/2074-2711-2023-1-28-35

Хроническая мигрень (ХМ) распространена в мире, в России и является самой частой причиной хронической ежедневной головной боли. В большинстве случаев назначение только стандартной лекарственной терапии не приносит пациентам с ХМ улучшения состояния [1, 2]. Психологические проблемы, психические расстройства признаются значимыми факторами для хронизации мигрени и поддержания ее хронического течения [3]. Поэтому особое внимание уделяется междисциплинарному подходу к лечению, включающему психологические методы [2]. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) — самый изученный и применяемый психологический метод в медицине хронической боли [4]. Для создания эффективных междисциплинарных программ при ХМ необходимо изучить не только «внешнюю картину болезни» (клинические характеристики мигрени), но и «внутреннюю картину болезни». В отечественную науку термин «внутренняя картина болезни» ввел профессор, врач-терапевт Роман Альбертович Лурья. Внутренняя картина болезни — это совокупность ощущений, представлений, эмоций, психологических переживаний и поведения пациента в связи с развитием заболевания [5]. В соответствии с современной терминологией и когнитивно-поведенческой моделью боли, внутренняя картина болезни включает когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты [4].

В связи с распространенностью ХМ среди населения и актуальностью изучения внутренней картины болезни было проведено настоящее исследование.

Цель исследования — оценить когнитивные, эмоциональные и поведенческие характеристики пациентов с ХМ.

Материал и методы. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета. В исследование включались пациенты, которые соответствовали критериям включения и не соответствовали критериям не включения.

Критерии включения пациентов в исследование: 1) наличие письменного информированного согласия пациента на участие в исследовании; 2) возраст от 18 до 65 лет включительно; 3) мужской или женский пол; 4) диагноз ХМ в сочетании с лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ) или без ЛИГБ; 5) пациент находится на амбулаторном или стационарном лечении в Клинике нервных болезней им. А.Я. Кожевникова.

Критерии не включения пациентов в исследование:

1) беременность или кормление грудью; 2) наличие соматического, неврологического или эндокринного заболевания, которое превосходит ХМ по своей выраженности; 3) наличие тяжелого инфекционного заболевания; 4) наличие тяжелого психического заболевания, требующего госпитализации или наблюдения в психоневрологическом диспансере.

Все пациенты были консультированы неврологом, клиническим психологом. Диагноз ХМ и ЛИГБ устанавливался на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) и исключения вторичной головной боли [2, 6]. Со всеми пациентами проводились беседа и тестирование.

В ходе беседы выяснялись социально-демографические и клиничко-психологические характеристики пациентов с ХМ. Для оценки интенсивности боли использовалась числовая рейтинговая шкала (ЧРШ) [7]. Когнитивные характеристики оценивались с помощью методики «Опросник убеждений в отношении тела и здоровья» [8], в ходе беседы выяснялись представления пациентов о причинах и прогнозе головной боли. Эмоциональные характеристики определялись по Шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина [9] и Шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований [10]. Поведенческие характеристики оценивались по методикам «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» [11], «Шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность» [12], в ходе беседы с пациентом оценивались количество принимаемых обезболивающих препаратов и предпочитаемые способы преодоления головной боли.

В исследование было включено 200 пациентов с ХМ (63 мужчины и 137 женщин; средний возраст — $33,1 \pm 7,1$ года). Социально-демографические характеристики пациентов с ХМ представлены в табл. 1. Преобладающее большинство пациентов (91,5%; $n=183$) не были одиноки и состояли в отношениях. У большинства пациентов (76,5%; $n=153$) материальное положение было не ниже среднего, и большинство пациентов (81%; $n=162$) имели высшее образование. Большинство пациентов (72%; $n=144$) продолжали работать или учиться с полной или неполной занятостью.

Средняя продолжительность мигрени (от дебюта до момента включения пациентов в исследование) составила

205,1±82,3 мес, средняя продолжительность ХМ (от дебюта по анамнезу до момента включения пациентов в исследование) — 18,9±7,3 мес, среднее количество дней с мигренью за месяц — 11,2±2,3. Среднее количество дней с головной болью за месяц было равно 28,4±2,1, средняя интенсивность головной боли по ЧРШ составила 9,1±0,6. Сочетанная ЛИГБ была диагностирована у 156 (78%) пациентов. Триптанами злоупотребляли 68 (34%) пациентов, безрецептурными комбинированными анальгетиками — 86 (43%), комбинацией из препаратов различных групп — 46 (23%).

С помощью регрессионного анализа на выборке из 20 пациентов с ХМ изучались связи между когнитивными характеристиками (убеждениями), эмоциональными характеристиками (ситуативной тревожностью, личностной тревожностью, депрессией) и поведенческими характеристиками (различными стратегиями). Выборка из 20 пациентов значимо не отличалась от вышеописанных 200 пациентов по социально-демографическим и клинко-психологическим характеристикам.

Статистический анализ данных. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12 (StatSoft Inc., США). Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по критерию d Холмогорова–Смирнова и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению.

Для изучения связей между индивидуально-психологическими (когнитивными, эмоциональными) и поведенческими характеристиками проводился регрессионный анализ — множественная регрессия. Теснота связи между

переменными считалась статистически значимой при R (коэффициент множественной корреляции) $\geq 0,45$ и p (уровень значимости) $< 0,05$.

Результаты. По методике «Опросник убеждений в отношении тела и здоровья» было оценено несколько убеждений, касающихся восприятия своего тела и здоровья у пациентов с ХМ. Для каждого убеждения были рассчитаны средние показатели: катастрофизация (44,1±4,0), автономные ощущения (12,8±1,2), телесная слабость (17,7±2,1), непереносимость телесных ощущений (12,5±1,8), привычки по здоровью (5,9±1,7), переоценка выраженности симптомов (31,6±2,7). У пациентов с ХМ выше условной нормы были все перечисленные показатели, значимо выше — показатели катастрофизации и переоценки выраженности симптомов ($p < 0,05$). В настоящем исследовании условно было выделено три степени выраженности убеждений, при этом «средняя степень» соответствовала условной норме для пациентов с хроническими соматическими заболеваниями.

Полученные данные демонстрируют, что у большинства пациентов с ХМ убеждения в отношении тела и здоровья носят негативный характер (рис. 1). Так, 168 (84%) пациентов имеют высокий уровень катастрофизации при интерпретации телесных симптомов, 178 (89%) — высокий уровень автономных ощущений (чрезмерного внимания к ощущениям в теле), 136 (68%) пациентов — высокий уровень телесной слабости. Высокий уровень непереносимости телесных ощущений также выявлен у большинства (71%; $n=142$) пациентов. Практически все пациенты сообщили, что стараются вести здоровый образ жизни и выработать здоровые привычки. Так, 144 пациента (72%) имеют средний (в рамках условной нормы) уровень привычек, связанных со здоровьем, а 44 пациента (22%) — высокий уровень

Таблица 1. Социально-демографические характеристики пациентов с ХМ
Table 1. Socio-demographic characteristics of patients with CM

Параметры	Число пациентов, n (%)
Пол:	
мужской	63 (31,5)
женский	137 (68,5)
Семейное положение:	
холост и нет постоянного партнера	8 (4)
холост и есть постоянный партнер	68 (34)
в браке	72 (36)
разведен и есть постоянный партнер	43 (21,5)
разведен и нет постоянного партнера	9 (4,5)
Материальное положение:	
низкий экономический статус	47 (23,5)
экономический статус не ниже среднего	153 (76,5)
Уровень образования:	
среднее общее (школа)	7 (3,5)
среднее специальное	31 (15,5)
высшее	162 (81)
Социальный статус:	
работает или учится, полная занятость	82 (41)
работает или учится, неполная занятость	62 (31)
не работает и не учится	56 (28)



Рис. 1. Убеждения пациентов с ХМ в отношении их тела и здоровья по методике «Опросник убеждений в отношении тела и здоровья», %

Fig. 1. Beliefs of CM patients about their body and health using the "Body and Health Beliefs Questionnaire", %

привычек, связанных со здоровьем. Однако в ходе беседы выяснилось, что реально все пациенты не ведут здоровый образ жизни по питанию, сну и активности, так как им трудно дисциплинировать себя и у них есть неправильные представления о здоровом образе жизни. Почти у всех пациентов (91%; $n=182$) выявлен высокий уровень переоценки выраженности симптомов.

У всех пациентов с ХМ были неправильные представления о причинах головной боли (рис. 2). Так, 70 (35%) пациентов ошибочно полагали, что причина их головной боли — «недостаточность кровоснабжения головного мозга», а 60 (30%) пациентов ошибочно расценивали «остеохондроз и межпозвонковые грыжи на шейном уровне позвоночника» как причину головной боли. К неправильным представлениям о причинах головной боли также относились повышенное внутричерепное давление — у 40 (20%) пациентов, а также последствия сотрясения головного мозга — у 30 (15%) пациентов.

У большинства (80%; $n=160$) пациентов с ХМ были негативные представления о прогнозе заболевания (рис. 3): «ежедневная головная боль на всю оставшуюся жизнь» (81%; $n=162$), «пожизненный прием лекарств против голов-

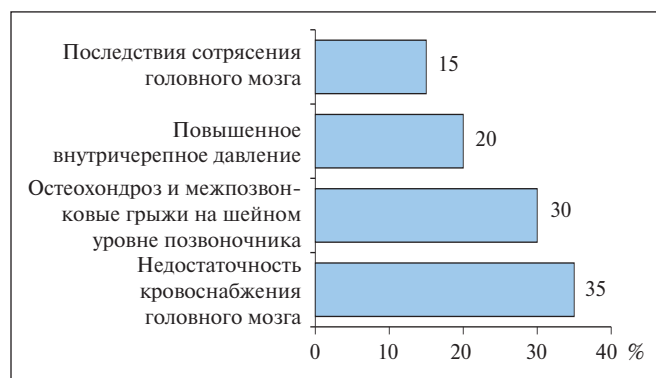


Рис. 2. Ошибочные представления о причинах головной боли у пациентов с ХМ, %

Fig. 2. Misconceptions about the causes of headache in patients with CM, %



Рис. 3. Негативные представления о прогнозе головной боли у пациентов с ХМ, %

Fig. 3. Negative ideas about the prognosis of headache in patients with CM, %

ной боли» (69%; $n=138$), «инсульт» (63%; $n=126$), «кровоизлияние» (38%; $n=76$), «слабоумие» (38%; $n=76$), «сумасшествие» (44%; $n=88$), «инвалидизация» (50%; $n=100$).

Результаты исследования по Шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера—Ханина, были следующие: почти у всех пациентов была высокая ситуативная тревожность (95%; $n=190$) и высокая личностная тревожность (90%; $n=180$), лишь у 5% ($n=10$) была умеренная ситуативная тревожность и лишь у 10% ($n=20$) — умеренная личностная тревожность, а низкой ситуативной или личностной тревожности ни у кого из пациентов не было выявлено. В соответствии с данными Шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований почти у половины — у 90 (45%) — определялась легкая депрессия, у 60 (30%) — умеренная депрессия, у 40 (20%) — тяжелая депрессия, и только у 10 (5%) депрессия отсутствовала (рис. 4).

С помощью методики «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» проводилась оценка стратегий, которые пациенты используют для совладания со стрессовой ситуацией (в частности, с неврологическим заболеванием — ХМ). У большинства пациентов определялся низкий уровень проблемно-ориентированного копинга (72%; $n=144$), высокий уровень эмоционально-ориентированного копинга (76%; $n=152$), высокий уровень копинга, ориентированного на избегание (87%; $n=174$), высокий уровень отвлечения (54%; $n=108$; табл. 2).

По данным Шкалы оценки влияния мигрени на повседневную активность, у всех пациентов наблюдалась IV (тяжелая) степень влияния мигрени на повседневную активность. При этом 96 (48%) пациентов испытывали сильное, а 104 (52%) — очень сильное снижение повседневной активности из-за мигрени.

Среди предпочитаемых способов для лечения головной боли преобладали пассивные методы, в которых актив-



Рис. 4. Оценка эмоционального состояния у пациентов с ХМ, %

Fig. 4. Evaluation of the emotional state of patients with CM, %

ность и ответственность самих пациентов была минимальна: прием лекарственных препаратов (у всех пациентов), массаж и мануальная терапия (67%; $n=134$), иглорефлексотерапия и физиотерапия (58%; $n=116$), избыточное время пребывания в постели (76%; $n=152$). Активные методы лечения головной боли предпочитало меньшинство пациентов: 38 (19%) пациентов ранее посещали сеансы психотерапии. Никто из пациентов не занимался кинезиотерапией, релаксацией или медитацией.

В табл. 3 представлены статистически значимые связи по данным регрессионного анализа 20 пациентов. Чем выше уровень ситуативной тревожности, личностной тревожности, депрессии, катастрофизации при интерпретации телесных симптомов, автономные ощущения (чрезмерное внимание к ощущениям в теле) или переоценка выраженности симптомов, тем в большей степени пациент использует эмоционально-ориентированный копинг ($R=0,67$, $p=0,0006$; $R=0,64$, $p=0,0003$; $R=0,57$, $p=0,007$; $R=0,67$, $p=0,004$; $R=0,72$, $p=0,0004$; $R=0,65$, $p=0,002$ соответственно). Чем выше уровень личностной тревожности, ситуативной тревожности или катастрофизации при интерпретации телесных симптомов, тем в большей степени пациент применяет копинг, ориентированный на избегание ($R=0,88$, $p=0,0001$; $R=0,77$, $p=0,001$; $R=0,56$, $p=0,02$ соответственно). Чем выше уровень депрессии, тем в меньшей степени пациент использует проблемно-ориентированный копинг ($R=0,69$, $p=0,007$).

Таблица 2. Стратегии, которые пациенты с ХМ используют для совладания со стрессовой ситуацией (в частности, с неврологическим заболеванием)

Table 2. Strategies that patients with CM use to cope with a stressful situation (in particular, with a neurological disease)

Параметры и их уровень	Число пациентов, n (%)
Проблемно-ориентированный копинг:	
низкий	144 (72)
средний	40 (20)
высокий	16 (8)
Эмоционально-ориентированный копинг:	
низкий	0
средний	48 (24)
высокий	152 (76)
Копинг, ориентированный на избегание:	
низкий	0
средний	26 (13)
высокий	174 (87)
Отвлечение (как копинг-стиль):	
низкий	29 (14,5)
средний	63 (31,5)
высокий	108 (54)
Социальное отвлечение (как копинг-стиль):	
низкий	31 (15,5)
средний	76 (38)
высокий	93 (46,5)

Обсуждение. Клинические характеристики пациентов, включенных в исследование, являются типичными для ХМ: практически ежедневные головные боли умеренной или высокой интенсивности у пациентов молодого трудоспособного возраста, при этом большинство из них злоупотребляли обезболивающими препаратами и имели второй диагноз — ЛИГБ. Перечисленные параметры составляют внешнюю картину болезни и согласуются с характеристиками выборок пациентов с ХМ из других, ранее опубликованных российских и зарубежных исследований [13–15]. Данное положение позволяет сказать, что представленная в исследовании внутренняя картина болезни описана на типичных пациентах с ХМ.

В настоящем исследовании все пациенты имели неправильные представления о головной боли. Все пациенты ошибочно считали, что головная боль связана с органической патологией головного мозга, сосудов головы и шеи или с патологией шейного отдела позвоночника. Большинство пациентов полагали, что у головной боли неблагоприятный прогноз. В мышлении пациентов преобладали такие негативные установки, как катастрофизация при интерпретации телесных симптомов, переоценка выраженности симптомов, непереносимость телесных ощущений, автономные ощущения (чрезмерное внимание к ощущениям в теле). Негативные ошибочные мысли и иррациональные установки в отношении заболевания составляли когнитивные компоненты внутренней картины болезни у пациентов с ХМ.

Таблица 3. Связь между индивидуально-психологическими характеристиками и стратегиями совладания у пациентов с ХМ

Table 3. Relationship between individual psychological characteristics and coping strategies in patients with CM

Стратегии совладания	Тип связи	R; p	ЭХ
Конфронтативный копинг	+	0,66; 0,002	СТ
	+	0,67; 0,01	ЛТ
Проблемно-ориентированный копинг	—	0,69; 0,007	Депрессия
Эмоционально-ориентированный копинг	+	0,67; 0,0006	СТ
	+	0,64; 0,0003	ЛТ
	+	0,57; 0,007	Депрессия
	+	0,67; 0,004	КИТ
	+	0,72; 0,0004	АО
	+	0,65; 0,002	ПВС
Копинг, ориентированный на избегание	+	0,77; 0,001	СТ
	+	0,88; 0,0001	ЛТ
	+	0,56; 0,02	КИТ
Социальное отвлечение	—	0,50; 0,03	Депрессия

Примечания. R — коэффициент множественной корреляции в регрессионном анализе данных (при $R \geq 0,45$ корреляция значимая); p — критерий значимости (при $p < 0,05$ связь значима); ЭХ — эмоциональные характеристики; «+» — связь между переменными положительная; «—» — связь между переменными отрицательная; СТ — ситуативная тревожность; ЛТ — личностная тревожность; АО — автономные ощущения; КИТ — катастрофизация при интерпретации телесных симптомов; ПВС — переоценка выраженности симптомов.

Выявленные негативные мысли и иррациональные установки у пациентов с ХМ неслучайны и имеют свою историю развития. На формирование мыслей и установок пациентов в отношении боли влияют различные факторы: уровень образования пациента, предшествующий опыт преодоления заболеваний, ятрогенные причины, отношение к здоровью и к заболеваниям в семье пациента, социокультурные и религиозные аспекты, психологические особенности личности пациента, психические нарушения [5, 13, 16]. В отечественной практике распространены ятрогенные факторы — ошибочная диагностика и неправильное, неэффективное лечение, которое приводит к формированию у пациентов негативного опыта преодоления болезни и укрепляет представление о головной боли как о тяжелом заболевании с неблагоприятным прогнозом [13, 15, 17, 18].

Индивидуально-психологические особенности пациентов с мигренью влияют на восприятие информации о болезни, а следовательно, и на формирование мыслей и установок в отношении головной боли и жизни с ней. К психологическим особенностям личности пациентов с мигренью относят перфекционизм, завышенные требования к себе и к окружающим, нейротизм (эмоциональную неустойчивость), ипохондричность, высокую личностную тревожность, склонность к чрезмерным эмоциональным реакциям. Авторы предшествующих исследований обнаружили, что перечисленные психологические характеристики значимо чаще встречаются среди пациентов с мигренью, чем в общей популяции [19]. Также было показано, что люди с мигренью сильнее реагируют на стресс, тяжелее переживают негативные жизненные события, чем люди без мигрени [20]. Некоторые перечисленные индивидуально-психологические особенности пациентов с мигренью были отражены и в настоящем исследовании: практически у всех пациентов определялись высокие уровни личностной и ситуативной тревожности, симптомы депрессии различной степени выраженности.

И настоящее, и предшествующие исследования показывают, что у большинства пациентов с хронической болью, в частности с хронической первичной головной болью, преобладают негативные, нереалистичные, ошибочные представления о причинах, методах лечения и прогнозе боли. Так, в исследовании Ю.М. Мигуновой практически все 112 включенных пациентов с хронической первичной головной болью или хронической скелетно-мышечной болью в спине ошибочно считали, что имеют тяжелое органическое заболевание, боль будет прогрессировать и приведет к инвалидности, тяжелым физическим мучениям или смерти [21]. В ранее проведенном нами исследовании было отмечено, что из 90 пациентов с хронической ежедневной головной болью 90% имели ошибочные негативные представления о причинах и прогнозе головной боли [13]. Практически у всех пациентов была ярко выражена такая иррациональная установка, как катастрофизация. В настоящем исследовании получены сходные результаты.

Известно, что неправильные представления и катастрофизация боли — это факторы, которые способствуют хронизации боли и поддерживают ее хроническое течение [13, 14]. Именно поэтому информирование пациентов об их хронической боли — это первый и важный этап в лечении данной категории пациентов [22]. Информирование о головной боли проводится на понятном пациенту языке, в на-

учно-популярном стиле, в формате школ для пациентов, групповых или индивидуальных образовательных бесед. К сожалению, в большинстве случаев информирование о заболевании оказывается недостаточным для того, чтобы пациенты с хронической болью изменили свои представления и установки, касающиеся заболевания [13, 22]. В связи с этим в междисциплинарных центрах и клиниках боли пациентам с хронической болью рекомендуется пройти курс КПТ — психотерапии, направленной на изменение ошибочных негативных представлений о боли и дисфункционального поведения на альтернативные, научно обоснованные и более реалистичные представления о боли и функциональное поведение [22].

Эмоциональное состояние пациентов с ХМ составляет эмоциональный аспект «внутренней картины болезни». В настоящем исследовании у большинства пациентов с ХМ были обнаружены симптомы депрессии и высокие уровни личностной и ситуативной тревожности. Данные результаты согласуются с результатами предшествующих исследований. Так, авторы крупного метаанализа показали, что при мигрени повышенный уровень тревожности встречается в 3 раза чаще [3]. Распространенность депрессии среди пациентов с мигренью в 3,5 раза выше, чем в общей популяции [23]. Важно отметить, что в нашем исследовании у 50% пациентов симптомы депрессии были умеренные или тяжелые, что говорит о необходимости консультации психиатра для исключения или подтверждения диагноза депрессии. Взаимосвязь негативного эмоционального состояния и мигрени интересна и неоднозначна. Выяснено, что тревога и депрессия — это факторы, которые способствуют хронизации состояния и поддерживают хроническое течение мигрени. Депрессия или тревожные расстройства могут способствовать не только хронизации, но и дебюту мигрени [24]. Все вышеперечисленные взаимосвязи между мигренью, депрессией и тревогой подтверждают необходимость оценки эмоционального состояния у всех пациентов с ХМ.

Поведение пациентов, страдающих ХМ, — еще один важный компонент «внутренней картины болезни», который изучался в настоящем исследовании с помощью беседы и специальных опросников. ХМ оказывала тяжелое влияние на качество жизни, все пациенты значимо снижали повседневную активность из-за болезни. При этом среди пациентов, включенных в исследование, только 28% вообще не работали и не учились и лишь 8,5% не состояли в отношениях. Это подчеркивает профессиональную и социальную активность, которую пациенты стараются поддерживать. Активная жизненная позиция рассматривается как одна из психологических особенностей личностей с мигренью. Есть публикации, в которых обсуждается взаимосвязь мигрени, талантливости и известности, так как многие известные деятели в области политики, науки и культуры страдали мигренями [19].

В представленном исследовании изучались стратегии совладания у пациентов с ХМ. Копинг-стратегии, или стратегии совладания, — это формы поведения, действия, с помощью которых человек стремится справиться с трудной жизненной (стрессовой) ситуацией, в частности с болезнью [16]. Различают адаптивные и неадаптивные стратегии совладания со стрессовой ситуацией (с болезнью). Адаптивные стратегии совладания помогают сохранить психологическое благополучие и поддерживать нормальный уро-

вень функционирования в повседневной жизни. Неадаптивные стратегии совладания приносят лишь временное облегчение, вообще не приносят облегчения или ухудшают состояние. У большинства пациентов, включенных в исследование, преобладали неадаптивные стратегии — копинг, ориентированный на избегание, и эмоционально-ориентированный копинг. При этом у большинства пациентов был низкий уровень такой адаптивной стратегии, как проблемно-ориентированный копинг. Преобладание неадаптивных стратегий над адаптивными у пациентов с различными формами хронической боли было продемонстрировано и в ранее опубликованных исследованиях [13, 19, 21]. Многие терапевтические протоколы направлены на поведенческую активизацию и изменение образа жизни у пациентов с хронической болью, что перспективно и для пациентов с ХМ.

Также в представленном исследовании было выяснено, что большинство пациентов использовали пассивные методы лечения головной боли. Авторы предшествующих исследований показали, что при хронической дисфункциональной боли у пациентов, предпочитающих пассивные методы лечения, прогноз по выздоровлению хуже, чем у пациентов, предпочитающих активные методы [25]. В соответствии с когнитивно-поведенческой моделью, когниции (мысли и убеждения) и эмоции (тревога, депрессия) влияют на поведение пациентов с хронической болью. Данное положение продемонстрировано в настоящем исследовании: установлены значимые связи между катастрофизацией, автономными ощущениями, переоценкой выраженности симптомов, тревогой, депрессией и различными стратегия-

ми совладания. Представленные связи могут быть изучены в дальнейших исследованиях и учтены при составлении междисциплинарного плана лечения пациентов с ХМ.

Заключение. Проведенное исследование демонстрирует типичную для отечественной практики «внутреннюю картину болезни» у пациентов с ХМ. Для данной категории пациентов характерны негативные и ошибочные представления о причинах и прогнозе головной боли. У большинства пациентов ярко выражены такие когнитивные убеждения и установки, как катастрофизация при интерпретации телесных симптомов, переоценка выраженности симптомов, непереносимость телесных ощущений, автономные ощущения (чрезмерное внимание к ощущениям в теле), телесная слабость. Характерно наличие высокого уровня ситуативной и личностной тревожности, симптомов депрессии различной степени выраженности. Для преодоления стрессовых ситуаций, в частности мигрени, пациенты активно используют неадаптивные стратегии совладания — копинг, ориентированный на избегание, эмоционально-ориентированный копинг. Для пациентов с ХМ характерна недостаточность такой адаптивной стратегии, как проблемно-ориентированный копинг. Выявлены значимые связи катастрофизации в интерпретации телесных симптомов, чрезмерно внимания к ощущениям в теле (автономным ощущениям), переоценки выраженности симптомов, тревоги и депрессии со стратегиями совладающего поведения у пациентов с мигренью. Данные связи имеют терапевтическое значение, могут быть изучены в дальнейших более крупных исследованиях и могут учитываться при разработке междисциплинарного плана лечения ХМ, включающего КПТ.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al; Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalgia*. 2012 Apr;32(5):373-81. doi: 10.1177/0333102412438977. Epub 2012 Mar 6.
2. Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psichosomatika*. 2020;12(4):4-14. doi: 10.14412/2074-2711-2020-4-4-14 (In Russ.)].
3. Buse DC, Reed ML, Fanning KM, et al. Comorbid and co-occurring conditions in migraine and associated risk of increasing headache pain intensity and headache frequency: results of the migraine in America symptoms and treatment (MAST) study. *J Headache Pain*. 2020 Mar 2;21(1):23. doi: 10.1186/s10194-020-1084-y
4. Knoerl R, Lavoie Smith EM, Weisberg J. Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. *West J Nurs Res*. 2016 May;38(5):596-628. doi: 10.1177/0193945915615869. Epub 2015 Nov 24.
5. Лурия РА. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. 4-е изд. Москва: Медицина; 1977. 96 с. [Luria RA. *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennyye zabolevaniya* [Internal picture of the disease and iatrogenic diseases]. 4th ed. Moscow: Medicine; 1977. 96 p. (In Russ.)].
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202
7. Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, et al; CATWAD Consortium Group. A Systematic Review and Synthesis of Psychometric Properties of the Numeric Pain Rating Scale and the Visual Analog Scale for Use in People With Neck Pain. *Clin J Pain*. 2021 Oct 26;38(2):132-48. doi: 10.1097/AJP.0000000000000999
8. Рассказова ЕИ, Тхостов АШ, Гульдман ВВ. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий. *Психологические исследования*. 2016;9(50):4-8. doi: 10.54359/ps.v9i50.419
9. [Rasskazova EI, Tkhostov AS, Gul'dan VV. Ways to care for the health and physical symptoms: the role of beliefs and actions. *Psikhologicheskiye issledovaniya*. 2016;9(50):4-8. doi: 10.54359/ps.v9i50.419 (In Russ.)].
9. Bados A, Gomez-Benito J, Balaguer G. The state-trait anxiety inventory, trait version: does it really measure anxiety? *J Pers Assess*. 2010 Nov;92(6):560-7. doi: 10.1080/00223891.2010.513295
10. Henry SK, Grant MM, Cropsey KL. Determining the optimal clinical cutoff on the CES-D for depression in a community corrections sample. *J Affect Disord*. 2018 Jul;234:270-5. doi: 10.1016/j.jad.2018.02.071. Epub 2018 Mar 6.
11. Van Horn JE, Wilpert J. Full and Short Versions of the Coping Inventory for Stressful Situations and Social Problem-Solving Inventory-Revised: Examining Their Factor Structure in a Dutch Outpatient Sex Offender Sample. *Psychol Rep*. 2017 Aug;120(4):739-59. doi: 10.1177/0033294117702362. Epub 2017 Apr 10.
12. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl 1):S20-8. doi: 10.1212/wnl.56.suppl_1.s20

13. Головачева ВА, Парфенов ВА, Табеева ГР и др. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 [Golovacheva VA, Parfenov VA, Tabeeva GR, et al. The optimization of management of chronic daily headache patients. *Zhurnal Nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4-9. doi: 10.17116/jnevro2017117214-9 (In Russ.)].
14. Katsarava Z, Buse DC, Manack AN, Lipton RB. Defining the differences between episodic migraine and chronic migraine. *Curr Pain Headache Rep*. 2012 Feb;16(1):86-92. doi: 10.1007/s11916-011-0233-z
15. Амелин АВ, Богданова ЮН, Корешкина МИ и др. Диагностика первичных и симптоматических форм хронической ежедневной головной боли. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111(1):86-88. Доступно по ссылке: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341> [Amelin AV, Bogdanova YuN, Koreshkina MI, et al. Diagnosis of primary and symptomatic forms of chronic daily headache. *Zhurnal Nevrologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2011;111(1):86-88. Available from: <https://elibrary.ru/item.asp?id=16597341> (In Russ.)].
16. Lundqvist LO, Ahlström G. Psychometric evaluation of the Ways of Coping Questionnaire as applied to clinical and nonclinical groups. *J Psychosom Res*. 2006 May;60(5):485-93. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.08.019
17. Лебедева ЕР, Кобзева НР, Гилев ДВ, Оlesen E. Анализ качества диагностики и лечения первичной головной боли в разных социальных группах Уральского региона. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2015;7(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26 [Lebedeva ER, Kobzeva NR, Gilev DV, Olesen E. Analysis of the quality of diagnosis and treatment of primary headache in different social groups of the Ural Region. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika* = *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2015;(1):19-26. doi: 10.14412/2074-2711-2015-1-19-26 (In Russ.)].
18. Осипова ВВ, Азимова ЮЭ, Табеева ГР и др. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012;6(2):16-21. Доступно по ссылке: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU [Osipova VV, Azimova YuE, Tabeeva GR, et al. Diagnostics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution. *Annaly klinicheskoy i eksperimental'noy nevrologii* = *Annals of Clinical and Experimental Neurology*. 2012;6(2):16-21. Available from: https://annaly-nevrologii.com/journal/pathID/article/view/275/171/ru_RU (In Russ.)].
19. Amiri P, Kazeminasab S, Nejadghaderi SA, et al. Migraine: A Review on Its History, Global Epidemiology, Risk Factors, and Comorbidities. *Front Neurol*. 2022 Feb23;12:800605. doi: 10.3389/fneur.2021.800605
20. Hedborg K, Anderberg UM, Muhr C. Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. *Ups J Med Sci*. 2011 Aug;116(3):187-99. doi: 10.3109/03009734.2011.573883. Epub 2011 Jun 14.
21. Мигунова ЮМ. Внутренняя картина болезни при хронических головных болях разного генеза: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва; 2019. 35 с. [Migunova YuM. *Vnutrennyaya kartina bolezni pri khronicheskikh glavnykh bolyakh raznogo geneza: Avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk* [Internal picture of the disease in chronic headaches of various origins: Abstract of the thesis. dis. ... cand. psychol. sci.]. Moscow; 2019. 35 p. (In Russ.)].
22. Sahai-Srivastava S, Sigman E, Uyeshiro Simon A, et al. Multidisciplinary Team Treatment Approaches to Chronic Daily Headaches. *Headache*. 2017 Oct;57(9):1482-91. doi: 10.1111/head.13118. Epub 2017 Jul 25.
23. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, et al. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology*. 2000 Jan 25;54(2):308-13. doi: 10.1212/wnl.54.2.308
24. Peres MFP, Mercante JPP, Tobo PR, et al. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *J Headache Pain*. 2017 Dec;18(1):37. doi: 10.1186/s10194-017-0742-1. Epub 2017 Mar 21.
25. Cohen SP, Vase L, Hooten WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*. 2021 May 29;397(10289):2082-97. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00393-7

Поступила/отрецензирована/принята к печати

Received/Reviewed/Accepted

11.10.2022/17.12.2022/20.12.2022

Заявление о конфликте интересов/Conflict of Interest Statement

Исследование не имело спонсорской поддержки. Конфликт интересов отсутствует. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

The investigation has not been sponsored. There are no conflicts of interest. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the authors.

Головачева В.А. <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>

Головачева А.А. <https://orcid.org/0000-0002-2845-7323>

Фатеева Т.Г. <https://orcid.org/0000-0001-5502-9757>

Володарская Е.А. <https://orcid.org/0000-0001-9879-0036>