

# Психологический статус пациентов в течение хронической головной боли напряжения

И.Г. Подымова

ФППОВ ГОБУ ВПО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова, ФГБУ «Поликлиника №1» УД Президента РФ

В исследовании приняли участие 40 женщин с хронической головной болью напряжения и 20 женщин (контрольная группа) с эпизодической головной болью напряжения. Среди респондентов с хронической головной болью напряжения в отличие от эпизодической головной боли напряжения отмечались достоверно высокие баллы выраженности дезадаптивных установок по шкалам «необъяснимость боли» и «стабильность боли», высокие показатели по шкале катастрофизации боли. Курс лечения катадолоном (300 мг/сут) в течение 2 мес в основной группе привел к достоверному улучшению клинических характеристик боли, но дезадаптивные установки не изменились. Дезадаптивные установки являются ригидными когнитивными образованиями, их высокий уровень у больных с хронической головной болью напряжения может приводить к возобновлению первоначальной симптоматики.

**Ключевые слова:** дезадаптивные психологические установки, катастрофизация боли, хроническая головная боль напряжения.

40 women (studied group) with chronic tension-type headache and 20 women (control group) with episodic tension-type headache took part in the study. Patients from the studied group had reliably high scores (comparing to the controls) of desadaptation markedness by the following parameters: "unexplainable pain", "stability of pain", disasterization of pain. Catadolon (300mg/day) therapy for two months in the studied group has reliably improved clinical signs of pain; however, desadaptation parameters were not changed. The desadaptation parameters are rigid cognitive formations; their high level in patients with chronic tension-type headache may lead to the restoration of primary symptoms.

**Key words:** desadaptive psychological parameters, disasterization of pain, chronic tension-type headache

Проблема боли представляет собой сложное взаимодействие между физическими и психологическими переменными. К физическим составляющим относят локализацию, интенсивность, продолжительность, характер боли. Психологические переменные включают эмоциональные (тревога, депрессия, фобии) и когнитивные факторы (установки, копинг-стратегии) [1, 13]. По мере того как боль приобретает хронический характер, психологические составляющие все более выходят на первый план в поддержании болезненного поведения и страданий [7, 14].

На сегодняшний день проведены многочисленные исследования, отмечающие высокую распространенность эмоциональных нарушений, в первую очередь депрессии и тревоги, у пациентов с хронической болью. Показано, что депрессивное и тревожное расстройство по отношению к хроническому болевому синдрому всегда значительно ухудшает клиническую картину, усугубляет боль и снижает качество жизни пациента [2, 3]. В последнее время накопились данные о том, что когнитивные составляющие боли, в частности психологические установки пациентов, играют важную роль в хронизации болевого синдрома. Опубликованы работы, указывающие, что во многих случаях психологические установки являются ведущим фактором, влияющим на течение и исход заболевания [10]. Установки – это относительно неизменные представления человека о природе вещей [4]. Установки формируются в детстве на основании собственного накопленного опыта, а также могут неосознанно заимствоваться у окружающих людей, прежде всего у родителей.

Среди отечественных ученых фундаментально проблемой установки занимался грузинский психо-

лог Д.Н.Узнадзе, который дал следующее определение установки: «Установка субъекта – это неосознаваемая и обусловленная прошлым опытом детерминирующая тенденция, внутреннее состояние готовности человека определенным образом воспринимать, оценивать и действовать по отношению к явлениям и объектам действительности» [5]. Другими словами, установка – это неосознанная готовность к стереотипному восприятию, представлению или оценке событий, а также к стереотипному поведению в конкретной ситуации. Установки, связанные с болью (болевыe установки), – это представления человека о том, что такое боль и что она значит для него. В зависимости от того, насколько установки помогают приспособиться к определенной ситуации, их делят на адаптивные и дезадаптивные. Так, у одних пациентов имеются представления, что выраженность боли обязательно должна соответствовать степени повреждения, поэтому они, подчиняясь болевому ощущению, максимально ограничивают физическую активность, увеличивая тем самым инвалидизацию (дезадаптивные установки). Другие пациенты, даже имея значительные структурные нарушения, воспринимают боль как неопасную и не подчиняют ей свою активность (адаптивные установки) [6]. Считается, что дезадаптивные болевые установки являются одним из основных факторов риска перехода острой боли в хроническую [8].

Целью настоящей работы являлось изучение влияния психологических установок на течение и прогноз хронической головной боли напряжения.

## Материалы и методы

Исследование включало 2 группы пациентов. Основную группу составили 40 женщин с диа-

Таблица 1

Клинико-демографическая характеристика групп

Параметры сравнения	ХГБН	ЭГБН
Число пациентов	40	20
Возраст, годы	47,4 ± 8,0	42,9 ± 11,75
Длительность головной боли, годы	7,0 ± 9,57	4,5 ± 2,29
Частота головной боли, дней в месяц	25,9 ± 4,97	6,3 ± 5,13*
Интенсивность боли, ВАШ	6,1 ± 1,75	5,6 ± 2,08
С вовлечением перекраниальных мышц : без вовлечения перекраниальных мышц, число пациентов	34 : 16	8 : 12
Болезненность перикраниальных мышц, балл	8,9 ± 6,43	2,7 ± 0,57*
Феномен wind-up, ВАШ	4,4 ± 1,99	1,6 ± 1,15*
Частота приема анальгетиков, дней в месяц	9,05 ± 5,57	1,8 ± 2,48*
Количество анальгетиков, таблеток в день	1,55 ± 1,35	0,6 ± 0,89

Примечание. Здесь и в табл. 2, 4: \*p<0,0).

гнозом: хроническая головная боль напряжения (ХГБН) в возрасте от 20 до 60 лет, с длительностью заболевания не менее 6 мес. Группу сравнения составили 20 женщин с эпизодической головной болью напряжения (ЭГБН), сопоставимых по возрасту. Диагноз устанавливался в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головной боли II пересмотра (МКГБ-II, 2003) [12]. Критериями исключения были тяжелая сопутствующая соматическая, неврологическая и психическая патология, в том числе высокий уровень депрессии (> 19 баллов по шкале Бека) и тревоги (более 44 баллов по шкале Спилберга–Ханина).

Клинико-неврологическое обследование включало тщательный сбор анамнеза заболевания, неврологический осмотр, детальную оценку характеристик головной боли (частота, локализация, продолжительность, интенсивность боли по 10-балльной визуальной аналоговой шкале – ВАШ) с определением болезненности перикраниальных мышц методом пальпации, а также определением феномена wind-up (феномен суммации боли) – показателя, отражающего заинтересованность механизмов центральной сенситизации в генезе болевого синдрома. Психометрическое обследование включало оценку дезадаптивных установок по опроснику «Болевые установки и восприятие боли» и оценку катастрофизации по «Шкале катастрофизации боли».

Опросник «Болевые установки и восприятие боли» [15] представляет собой перечень отдельных дезадаптивных установок пациентов по отношению к боли, которые сгруппированы по трем шкалам: самообвинение («Восприятие боли – это только мой собственный недостаток»), необъяснимость боли («Никто не в состоянии сказать мне, почему я ощущаю боль»), стабильность боли («Раньше я считал, что моя боль поддается лечению, но теперь я не уверен в этом»). Результаты оцениваются по 4-балльной шкале от -2 до +2. Балл -2 соответствует минимальному уровню, а +2 – максимальному уровню дезадаптивных установок.

«Шкала катастрофизации боли» [11] оценивает 3 показателя катастрофизации: постоянное размышление («Я не могу не думать о том, как сильна моя боль»), преувеличение («Мне кажется, что может случиться что-то страшное»), безнадежность («Нет ничего, что бы уменьшило мою боль»). Результаты оцениваются по 5-балльной шкале, где 0 – отсутствие катастрофизации, а 4 – максимальный ее уровень.

В начале исследования проводилось клинико-неврологическое и психометрическое обследование пациентов обеих групп. Затем пациенты основной группы получали лечение препаратом катадолон (флупиртин) в суточной дозе 300 мг в течение 2 мес. С целью уменьшения вероятности побочных

эффектов (слабость, нарушение сна) в первые дни осуществлялось титрование препарата:

1-й день – 100 мг на ночь, 2-й день – 100 мг в обед + 100 мг на ночь, с 3-го дня – 100 мг утром + 100 мг в обед + 100 мг на ночь. От каждого пациента было получено информированное согласие, в котором сообщалось о цели приема препарата и возможных побочных эффектах. После окончания лечения в основной группе проводилось повторное клинико-неврологическое и психометрическое обследование.

Статистический анализ и обработку материала проводили в программе Statistica 6.0. Различия считали статистически значимыми при значении p<0,05.

### Результаты и обсуждение

Длительность заболевания в группе ХГБН в среднем составила 7,0 + 9,57 года и колебалась от 6 мес до 20 лет. Средний возраст пациентов был 47,4 + 8,0 года. Средняя интенсивность боли составила 6,1 + 1,75 балла по ВАШ.

По демографическим и клиническим параметрам группа контроля была сопоставима с основной группой (табл. 1).

В группе ХГБН по сравнению с ЭГБН были выявлены достоверно более высокая болезненность перикраниальных мышц, значение феномена wind-up и частота приема анальгетиков, что в очередной раз подтвердило имеющиеся различия в клинической картине ЭГБН и ХГБН (см. табл. 1).

При сравнении установок в группе ХГБН отмечались достоверно более высокие баллы по шкалам «необъяснимость боли» и «стабильность боли» в отличие от группы ЭГБН (табл. 2).

**Таблица 2**  
Уровень установок и катастрофизации в группах

Болевые установки	ХГБН	ЭГБН
«Самообвинение»	-0,53 ± 0,81	-0,77 ± 0,74
«Необъяснимость боли»	0,46 ± 0,63	-0,47 ± 0,94*
«Стабильность боли»	-0,26 ± 0,63	-0,86 ± 0,76*
<b>Шкала катастрофизации боли</b>		
«Постоянное размышление»	2,25 ± 0,96	1,48 ± 0,88*
«Преувеличение»	2,0 ± 1,05	0,9 ± 0,56*
«Безнадежность»	1,81 ± 1,04	0,82 ± 0,92*

При сравнении показателей катастрофизации в группе ХГБН также отмечались достоверно более высокие баллы по всем шкалам по сравнению с контрольной группой (см. табл. 2).

В основной группе проводилась оценка изменчивости установок и катастрофизации путем сравнения соответствующих показателей до и после лечения (табл. 3). Достоверных различий в установках и катастрофизации до и после лечения по всем шкалам опросников не получено.

**Таблица 3**  
Уровень установок и катастрофизации до и после лечения

Болевые установки	До лечения	После лечения	<i>p</i>
«Самообвинение»	-0,53 ± 0,81	-0,73 ± 0,53	0,68
«Необъяснимость боли»	0,46 ± 0,63	0,5 ± 0,53	0,94
«Стабильность боли»	-0,26 ± 0,63	-0,34 ± 0,85	0,73
<b>Шкала катастрофизации боли</b>			
«Постоянное размышление»	2,25 ± 0,96	2,54 ± 0,61	0,85
«Преувеличение»	2,0 ± 1,05	2,35 ± 0,98	0,76
«Безнадежность»	1,81 ± 1,04	1,8 ± 1,07	0,95

**Таблица 4**  
Эффективность лечения ХГБН

Критерии эффективности	До лечения	После лечения
Частота головной боли, дней в месяц	25,9 ± 4,9	14,4 ± 6,7*
Интенсивность головной боли, ВАШ	7,2 ± 2,0	5,7 ± 1,5
Болезненность перикраниальных мышц, балл	10,9 ± 5,5	7,6 ± 4,5
Феномен wind-up, ВАШ	4,4 ± 1,9	2,5 ± 1,2*

За критерии эффективности лечения были приняты: частота головной боли, интенсивность боли, болезненность перикраниальных мышц, величина феномена wind-up. После лечения отмечалось снижение показателей по всем критериям. Однако до-

стоверное уменьшение было получено по частоте ГБ и по феномену wind-up (табл. 4). При этом частота головной боли снизилась с 25,9+4,9 до 14,4+6,7 дня в месяц, что согласно диагностическим критериям МКГБ II (2003) соответствует эпизодической форме ГБН.

Полученный в нашем исследовании более высокий уровень дезадаптивных установок при ХГБН по сравнению с ЭГБН может свидетельствовать об их участии в формировании и/или поддержании ХГБН. Наибольшие различия между группами получены по шкале «необъяснимость боли» опросника «Болевые установки». Последнее может указывать на то, что восприятие боли как необъяснимой, отсутствие понимания причины испытываемой головной боли чаще ведут к ее хронизации.

В нашей работе мы оценивали катастрофизацию пациентами своей боли. Катастрофизация определяется как крайне преувеличенное негативное представление пациента о собственном состоянии [4, 6]. Катастрофизация, как и установки, относится к когнитивной составляющей боли. На наш взгляд, оценка этого феномена имеет важное значение, так как именно катастрофизация определяет степень адаптации пациента к боли [9]. Исследования по изучению этого показателя при боли в спине указывают на то, что излишняя катастрофизация отягощает течение болевого синдрома [6, 9]. В нашей работе уровень катастрофизации в группе ХГБН достоверно выше, чем в группе ЭГБН. Это может свидетельствовать о том, что более высокий уровень катастрофизации при ХГБН усугубляет клиническое течение заболевания, а следовательно, ухудшает прогноз.

Известно, что установки являются ригидными когнитивными образованиями, трудно поддающимися изменениям. Наше исследование подтвердило это положение и в отношении установок при головной боли напряжения. В результате проведенного лечения отмечалось достоверное улучшение клинических характеристик боли (уменьшение частоты головной боли и уменьшение феномена wind-up), в то время как достоверного изменения установок не наблюдалось.

Остается неясным вопрос о том, что первично: изначальные дезадаптивные установки, приводящие к хронизации заболевания, или длительное течение заболевания, меняющее установки пациента в сторону дезадаптации. В литературе большинство авторов склоняются к тому, что у пациентов, склонных к хроническим болевым синдромам, в преморбиде имеются определенные личностные психологические характеристики в виде дезадаптивных установок по отношению к боли [4].

В связи с этим можно говорить о том, что, несмотря на достигнутое в результате лечения клиническое улучшение, сохранившийся высокий уровень дезадаптивных установок в группе ХГБН мо-

жет приводить к возобновлению первоначальной симптоматики через определенное время, а следовательно, оказывать неблагоприятное влияние на прогноз заболевания.

Таким образом, в лечении хронической боли необходимо учитывать как физические, так и психологические параметры болевого синдрома. Диагностика дезадаптивных установок у пациентов с ХГБН и их последующая психологическая коррекция позволят оптимизировать лечение и добиться более длительной ремиссии в течении данного заболевания.

#### Литература

1. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике. — М.: МЕДпресс-информ, 2001.
2. Голубева В.Л. Болевые синдромы в неврологической практике. — М.: МЕДпресс-информ, 2010.
3. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. — М.: АММ ПРЕСС, 2012.
4. Сидоров П.И., Парняков А.В. Клиническая психология, серия «XXI век». Учебник для ВУЗов. М.: 2002.
5. Узнадзе Д.Н. Психологические исследования. Москва, 1966.

6. Яхно Н.Н. Боль: руководство для врачей и студентов. — М.: МЕДпресс-информ, 2009.
7. Flor H. & Turk D. C. // *Journal of Behavioral Medicine*. — 1988. — Vol. 11. — P. 251–265.
8. Gatchel R.J. & Ecker J. // *Psychosocial factors in pain: Critical perspectives*. New York: Guilford Press. — 1999. — P. 412–434.
9. Geisser M.E., Robinson M.E., Keefe F.J., Weiner M.L. // *Pain*. — 1994. — Vol. 59. — P. 79–83.
10. Shutty M.S., DeGood D. E., Tuttle D.H. // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. — 1990. — Vol. 71. — P. 128–132.
11. Sullivan M.J.L., Bishop S., Pivik J. // *Psychological Assessment*. — 1995. — Vol. 7. — P. 524–532.
12. *The International classification of headache disorders, 2-nd Edition // Cephalgia*. — 2004. — Vol. 24. — Suppl. 1.
13. Turk, D.C., Rudy, T.E. // *Journal of Occupational Rehabilitation*. — 1991. — Vol. 1. — P. 159–179.
14. Waddell G., Main C. J. // *Spine*. — 1984. — Vol. 9. — P. 204–208.
15. Williams D.A. & Thorn B.E. // *Pain*. — 1989. — Vol. 36. — P. 351–358.

## Причины возникновения и диагностика патологических функциональных блоков в шейном отделе позвоночника

Е.З. Дементьев<sup>1</sup>, А.М. Жарнов<sup>2</sup>, В.В. Жарнова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Больница с поликлиникой» УД Президента РФ,

<sup>2</sup>Гродненский государственный университет им. Я. Купалы, Беларусь

Анализируется наличие функциональных блоков сегментов шейного отдела позвоночника, не выявляемых при визуальной оценке рентгенограмм, с помощью собственной компьютерной программы планиметрических исследований ФРСГ. Предлагаемая методика дает возможность уточнять различные характеристики выявляемых патологических функциональных блоков, определять изменения групп мышц, ответственных за выявляемые блоки, проводить динамическое наблюдение за результатами лечения пациентов. Показано, что в сегментах верхнешейного отдела позвоночника частота возникновения функциональных блоков достаточно высока, в ПДС C<sub>1</sub>–C<sub>2</sub> — сопоставима с частотой возникновения блоков наиболее часто поражаемого позвонково-двигательного сегмента C<sub>5</sub>–C<sub>6</sub>. Доказано, что частота возникновения патологических функциональных блоков не коррелирует с выраженностью дистрофических изменений МПД ШОП. Определено, что существует зависимость между наличием ПФБ и подвижностью соответствующего ПДС.

**Ключевые слова:** функциональный блок, шейный отдел позвоночника, функциональная рентгенограмма.

It is analyzed presence of functional blocks of segments of a cervical part of a spine, roentgenograms of which is not revealed at a visual estimation, by means of own computer program mathematical researches of the functional roentgenograms. The offered technique enables to specify various characteristics of revealed pathological functional blocks, to define changes of groups muscles, responsible for revealed blocks, to spend dynamic supervision over results of treatment of this patients. It is shown, that in segments of an upper-cervical part of a spine, frequency of occurrence of functional blocks are high enough, in vertebra-movement segment C<sub>1</sub>–C<sub>2</sub> — it is comparable to frequency of occurrence of blocks most often amazed vertebra-movement segment C<sub>5</sub>–C<sub>6</sub>. It is proved, that frequency of occurrence of pathological functional blocks does not correlate with expressiveness of dystrophic changes intervertebral disk. It is certain, that there is a dependence between presence of a pathological functional blocks and mobility corresponding part of a cervical part of a spine.

**Key words:** the functional block, a cervical part of a spine, the functional roentgenogram.

Одним из частых проявлений функциональных изменений шейного отдела позвоночника (ШОП) является наличие патологического функ-

ционального блока (ПФБ) — нарушение подвижности позвонково-двигательного сегмента (ПДС) [3]. ПФБ является следствием дисфункции мышц,