

Сероусова О.В., Карпова М.И., Долгушина А.И., Маркова В.В., Садырин А.В., Альтман Д.Ш.

Копинг-стратегии, стресс и алекситимия у больных мигренью

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск

Serousova O.V., Karpova M.I., Dolgushina A.I., Markova V.V., Sadirin A.V., Altman D.S.

Coping strategies, stress and alexithymia in patients with migraine

Резюме

Цель: исследование ассоциации между копинг-стратегиями, уровнем стресса, катастрофизацией, алекситимией и удовлетворенностью жизнью больных мигренью. **Методы.** Мы проанализировали данные 44 больных мигренью. Пациенты заполняли шкалу психологического стресса, катастрофизации, опросник о способах копинга, Торонтскую алекситимическую шкалу, лидский опросник зависимости, шкалу удовлетворенности жизни. **Результаты.** Более 90% больных исследуемой популяции использовали неэффективные копинги. Деадаптивные стратегии совладания связаны с высоким уровнем воспринимаемого стресса, катастрофизацией, зависимостью от анальгетиков, увеличением интенсивности головной боли и частоты мигренозных пароксизмов и обратно пропорционально - с удовлетворенностью жизнью. Высокая распространенность алекситимических черт личности больных мигренью не была связана с адаптивностью используемых копингов. **Заключение.** Выявление таких ассоциаций у больных мигренью может быть оправданным при формировании тактики ведения.

Ключевые слова: мигрень, копинг-стратегии, стресс, катастрофизация, удовлетворенность жизнью, алекситимия

Summary

Aim: to examine the association between coping strategies, stress levels, pain catastrophizing, alexithymia and satisfaction with life of patients with migraine. **Methods.** We analyzed data of 44 patients. They completed the scale of psychological stress, pain catastrophizing, questionnaire about ways of coping, Toronto Alexithymia Scale, Leeds dependence questionnaire, satisfaction with life scale. **Results.** More than 90% of patients used ineffective coping. Disadaptive coping strategies were associated with high levels of stress, pain catastrophizing, symptomatic medication overuse, increasing of intensity of headache and migraine paroxysms frequency and is inversely proportional with satisfaction with life. The high prevalence of alexithymia traits wasn't associated with the use of adaptive coping. **Conclusion.** Identification of such associations in patients with migraine may be appropriate in the formation of tactics.

Kew words: migraine, coping strategies, stress, pain catastrophizing, satisfaction with life, alexithymia

Введение

По оценкам Всемирной организации здравоохранения распространенность мигрени (М) в мире среди взрослого населения составляет более 10% [1]. В большинстве случаев М протекает в виде эпизодических пароксизмов, однако у 1,7 – 4% взрослого населения мира развиваются головные боли, продолжающиеся 15 или более дней ежемесячно. Несмотря на достигнутый значительный прорыв в понимании патогенеза этого первичного заболевания головного мозга, наличие на фармакологическом рынке разнообразных противомигренозных препаратов, используемых для острой и превентивной терапии, удовлетворенность больных лечением этого заболевания остается недостаточной. В Глобальном исследовании бремени болезней, результаты которого обновлены в 2004 году на М приходится 1,3% лет, утраченных в ре-

зультате дезадаптации. Известно, что М является лидером по представленности сосуществующих заболеваний, включая депрессию и тревогу [2,3], что повышает значимость заболевания, отрицательно сказываясь на ежедневном социально-бытовом функционировании больных [4]. Изучение соотношений с коморбидными расстройствами является важным для понимания патофизиологии причинно-следственных связей, для улучшения качества лечения больных М [5]. Поведенческие методы, основанные на биопсихосоциальной теории формирования М, предлагают подход к лечению, который может повысить эффективность терапии [4]. Представления пациентов о боли, страхе вреда, чувстве контроля боли, способах борьбы, ожидание эффективности лечения влияют на поведенческие ответы и являются ключевыми объектами психологического лечения [4,6]. Есть и ряд препятствий,

которые мешают людям с М эффективно управлять своей головной болью, в том числе определенные черты личности, такие как алекситимия, приводящие к нарушению эффективной коммуникации пациента и врача. Адаптационный потенциал больного М к настоящему времени не достаточно изучен. Мы провели комплексную оценку психологического профиля больных М с различными фенотипами этой цефалгии.

Материалы и методы

Было исследовано 44 больных М в возрасте от 18 до 60 лет, последовательно обратившихся на прием к неврологу с жалобами на головную боль. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании. Диагноз мигрени с аурой и без нее был выставлен в соответствие с диагностическими критериями The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version) [7]. При частоте мигренозных головных болей менее 15 дней в месяц устанавливалась эпизодическая мигрень (ЭМ). При продолжительности цефалгии не менее 3 последних месяцев с частотой болевых дней в месяц 15 и более, из которых 8 пароксизмов отвечали критериям мигренозной боли или имели положительный эффект от приема специфических противомигренозных препаратов, диагностировалась хроническая мигрень (ХМ). Критериями исключения из исследования были органические заболевания головного мозга, хронические соматические заболевания в стадии декомпенсации, острые инфекции, онкопатология, психиатрическая патология. Сочетание М и головной боли напряжения (ГБН) не являлось критерием исключения. Для оценки интенсивности болевого синдрома использовалась визуальная аналоговая шкала (ВАШ) с определением степени тяжести боли от 0 до 10. Для измерения стрессовых ощущений пациентов мы использовали Шкалу психологического стресса PSM. Для изучения степени адаптации человека к боли мы исследовали катастрофизацию [8, 9], с помощью соответствующей шкалы (Pain Catastrophizing Scale, Sullivan M. et al.) [10]. Изучение поведенческих реакций и стратегий совладания с тяжелыми жизненными событиями (ТЖС) и стрессом среди пациентов нашей выборки проводилось с использованием Опросника о способах coping («Way of Coping Questionnaire») Р. Лазаруса и С. Фолкмана (1988) [11]. Пятьдесят утверждений формируют восемь стилей поведения, напряженность которых определяет их эффективность к внешним стрессорам. Показатель выше 60 соответствует неэффективному или дезадаптивному использованию соответствующей стратегии. Мы также изучали наличие алекситимических черт личности среди испытуемых с помощью Торонтской алекситимической шкалы [12]. Для скрининга тревоги и депрессии использовалась шкала Бека (The Beck Anxiety Inventory) и шкала Цунга (Zung W. A self-rating depression scale) [12]. Все пациенты заполняли Лидский опросник зависимости от анальгетических препаратов. Кроме того, выполнялась оценка удовлетворенности жизнью (Satisfaction with Life Scale, Diener, Emmons, Larsen, Griffin, 1985) [13].

Анализ данных. Полученные результаты исследований обрабатывались с использованием лицензионного пакета прикладных статистических программ "Statistica for Windows", version 10. О достоверности различий показателей между группами судили по критериям Фишера (двусторонний вариант), Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение

Нами было включено в исследование 44 пациента с М, количество женщин преобладало - 36 (82%). Средний возраст составил 35,1 года. Первым этапом мы анализировали и сопоставляли психологический профиль пациентов с эпизодическим и хроническим течением цефалгии (таблица 1). ЭМ наблюдалась у 27 (61,4%) человек (соотношение женщин и мужчин составило 22 (81,5%) и 5 (18,5%) соответственно), средний возраст 33,5 года; ХМ была выявлена у 17 (38,6%) человек, из них женщин 14 (82,4%), средний возраст 37,7 года. Соотношение в этих группах по полу было статистически сопоставимо ($p=1,000$), группа больных хроническими головными болями была несколько старше ($p=0,2$). Не было достоверных различий в выделенных группах по уровню образования ($p=0,8$), и социальному статусу ($p=1,0$). Наблюдалась некоторая тенденция к увеличению числа безработных людей в группе ХМ ($p=0,1$). Распространенность тревоги и депрессии среди больных обеих групп была сопоставимой ($p=0,2$ и $p=0,3$ соответственно). Медиана тревоги в группе больных ЭМ составила 11, в группе ХМ - 10. Количество случаев с тревогой среди пациентов с ЭМ составило 17 человек (63%), при ХМ тревога наблюдалась у 12 (70,6%) человек. Медиана оценки по шкале Цунга при ЭМ была 35, при ХМ - 40. Наличие депрессии встречалось у 2 (7,4%) человек с ЭМ, и у 3 (17,6%) с ХМ. Медиана значения восприятия стресса в группе больных с эпизодическими цефалгиями составила 100 баллов, в состоянии психической дезадаптации находилось меньше половины пациентов ($n=12$, 44%). В группе пациентов с ХМ медиана балла стрессоустойчивости составила 110, при этом высокий уровень стресса наблюдался у 10 (58,9%) человек, однако различия были статистически не достоверными ($p=0,3$). При исследовании уровня катастрофизации как меры восприятия боли у больных М, мы обнаружили сходные высокие баллы среди пациентов обеих выделенных групп. Медиана у больных группы ЭМ составил 25, группы ХМ - 25 ($p=0,6$). По использованию стратегий совладания с ТЖС наблюдалась следующая зависимость: среди больных с эпизодическим течением, 3 (11,1%) человека использовали эффективные стратегии. Дезадаптивным являлось использование копингов самоконтроля (средняя напряженность 61,1), поиска социальной поддержки (напряженность 65,4) и планирования решения проблемы (напряженность 67,1). В группе больных хронической головной болью только 1 (5,8%) человек использовал копинги эффективно. Дезадаптивными были также найдены стратегии самоконтроля (61,1) и планирования решения проблемы (70,5), добавился копинг положительной переоценки (61) и принятия ответственности (напряженность 62,2). Поиск

Таблица 1. Психологические особенности больных с эпизодическим и хроническим течением мигрени

Показатели	Мигрень, эпизодическое течение (n=27)	Мигрень, хроническое течение (n=17)
Уровень тревоги, баллы	11 (3; 24)	10 (2; 36) $P_{MW}=0,8$
Уровень депрессии, баллы	35 (26; 51)	40 (29; 71) $P_{MW}=0,1$
Уровень алекситимии, баллы	61 (45; 84)	68 (45; 92) $P_{MW}=0,1$
Уровень восприятия стресса, баллы	100 (59; 138)	110 (37; 146) $P_{MW}=0,3$
Частота встречаемости неэффективных копингов среди больных	24 (88,9%)	16 (94,2%) $P_F=1,0$
Уровень катастрофизации, баллы	25 (9; 46)	25 (12; 38) $P_{MW}=0,6$
Уровень удовлетворенности жизнью, баллы	26 (11; 33)	16 (5; 34) $P_{MW}=0,04$

Примечание: для характеристики выборки приведены последовательно медиана, 5 и 95 процентиля; P – достоверность различий между показателями в группах больных эпизодической и хронической мигренью; F – использован Фишера (двусторонний вариант). MW – использован критерий Манна-Уитни.

социальной поддержки для этой группы больных не был характерен.

Дополнительно мы оценивали распространенность алекситимических черт у пациентов с М, как фактора, не позволяющего человеку адекватно реагировать в стрессовых ситуациях. В группе больных ЭМ медиана соответствовала пограничному значению, угрожаемому по развитию алекситимии, и составила 61 балл. В группе же больных ХМ медиана была 68, что соответствует истинной алекситимии. Алекситимический тип личности среди больных ЭМ был выявлен у 3 (11,1%) человек, пограничное значение получило 9 (33,3%) человек, среди больных ХМ 4 (23,5%) и 8 (47,1%) человек соответственно. Различия в обеих группах были статистически не достоверными, но тенденция к нарастанию выраженности этого патологического типа личности прослеживалась для группы пациентов с ХМ ($p=0,1$). Оценка удовлетворенности жизнью была достоверно выше в группе больных ЭМ (медиана составила 26, при ХМ - 16, $p=0,04$).

Следующим этапом мы сравнили группы пациентов с М, разделив их по использованию эффективных и неэффективных вариантов стратегий совладания с ТЖС (таблица 2). Из 44 случаев, использование адаптивных вариантов копинг-стратегий наблюдалось лишь у 4 человек (9%), из них 3 пациента имели ЭМ (75%), в 100% это были женщины, средний возраст составил 37,5 лет. Группа пациентов с дезадаптивными вариантами составила 91% исследуемой популяции ($n=40$, средний возраст 34,9 лет, эпизодическое течение цефалгии встречалось у 24 (60%) человек, ХМ у 16 (40%), женщин 32 (80%). Данные группы не имели статистически достоверных отличий в уровне образования, занятости и социальном статусе ($p=1,0$). Несмотря на небольшой размер группы больных с адаптивными стратегиями можно выделить следующие тенденции. Группа больных с дезадаптивными копингами имела более высокий уровень стресса (однако разница была не достоверна, $p=0,7$), значения которого находились в рамках психической дезадаптации у 50% больных. Среди пациентов, использующих адаптивные стратегии, медиана воспринимаемого стресса соответствовала состоянию психологической адаптированности к нагрузкам, хотя и оставался достаточно высоким (100 баллов

при норме до 100). Медиана оценки катастрофизации в этой группе составила 18 баллов, против 25,5 баллов в группе больных с дезадаптивными стратегиями совладания ($p=0,1$). Среди перечня дезадаптивного использования стратегий совладания, статистически значимыми оказались следующие копинги: самоконтроль ($p=0,001$), поиск социальной поддержки ($p=0,01$), принятие ответственности ($p=0,007$) и планирование решения проблемы ($p=0,006$). При этом медиана значения алекситимии оставалась высокой в обеих группах (в группах больных с адаптивным и дезадаптивным использованием стратегий соответственно 65,5 и 63 балла, $p=0,5$). Удовлетворенность жизнью в группе больных М, использующих адаптивные стратегии, составила 27 против 22 баллов в группе больных с неадаптивными копингами ($p=0,5$). По количеству больных с сопутствующей тревогой и депрессией в этих группах статистически достоверных различий получено не было ($p=0,6$ и $p=1,0$ соответственно). Однако медиана значения тревоги была значима: в группе больных с адаптивными стратегиями она составила 5,5 баллов против 11 в группе с дезадаптивными копингами ($p=0,04$).

При оценке фенотипов М в выделенных группах были получены следующие результаты: пациенты с дезадаптивными копингами имели более высокий балл интенсивности мигренозной головной боли (10 баллов против 7,5, $p=0,1$), большее количество болевых дней в месяц (17,5 против 7, $p=0,1$), наличие сопутствующей головной боли напряжения ($p=0,5$), выше балл зависимости от анальгетиков (9 против 4, $p=0,1$).

Обсуждение и выводы. Нами было исследовано 44 случая М. Анализ результатов проводился в два этапа. Первоначально мы сравнивали психологические профили больных М с различным течением. Группы эпизодической и хронической М были сопоставимы по полу, возрасту, уровню образования, занятости и социальному статусу, частоте коморбидной тревоги и депрессии. Распространенность алекситимических черт личности у больных обеих групп была высока, с некоторой тенденцией к нарастанию выраженности в группе больных ХМ. Подобные результаты были получены в исследовании I. Yalug [14]. Наиболее значимым провоцирующим факто-

Таблица 2. Клинико-психологические особенности больных мигренью с эффективными и неэффективными копингами

Показатели	Больные с эффективными копингами, n=4	Больные с неэффективными копингами, n=40
Интенсивность болевого синдрома по ВАШ, баллы	7,5 (6; 10)	10 (6; 10) $P_{MW}=0,1$
Частота болевых дней в месяц	7 (3; 30)	17,5 (3; 30) $P_{MW}=0,1$
Количество больных с сопутствующей ГБН	0 (0%)	14 (35%) $P_F=0,5$
Уровень тревоги, баллы	5,5 (4; 14)	11 (2; 28,5) $P_{MW}=0,04$
Уровень депрессии, баллы	38 (30; 48)	37 (27; 54,5) $P_{MW}=0,9$
Уровень алекситимии, баллы	65,5 (54; 84)	63 (45; 80,5) $P_{MW}=0,5$
Уровень стресса, баллы	95 (62; 118)	100 (58; 142) $P_{MW}=0,7$
Уровень катастрофизации, баллы	18 (9; 27)	25,5 (12; 45,5) $P_{MW}=0,1$
Уровень удовлетворенности жизнью, баллы	27 (8; 28)	22 (6; 33,5) $P_{MW}=0,5$
Напряженность самоконтроля, % копинга	40,4 (9,5; 43)	66,7 (42,9; 83,5) $P_{MW}=0,001$
Напряженность копинга поиска социальной поддержки, %	41,4 (28; 44,4)	66,7 (35,6; 91,6) $P_{MW}=0,01$
Напряженность копинга принятия ответственности, %	33,1 (16,6; 50)	58,3 (29,1; 91,3) $P_{MW}=0,007$
Напряженность копинга принятия решения проблемы, %	44,4 (28; 61)	72 (41,6; 97,2) $P_{MW}=0,006$
Зависимость от анальгетиков, баллы	4 (0; 12)	9 (1; 20) $P_{MW}=0,1$

Примечание: для характеристики выборки приведены последовательно медиана, 5 и 95 процентиля; P – достоверность различий между показателями в группах больных с эффективными и неэффективными копингами; F – использован Фишера (двусторонний вариант), MW – использован критерий Манна-Уитни.

ром формирования симптома боли считается стресс [15, 6, 9], что, вероятно, объясняет обнаруженный высокий уровень катастрофизации и психической дезадаптации к стрессовым событиям у больных М, с некоторой тенденцией нарастания в группе пациентов с ХМ. Использование неэффективных стратегий в группе больных М независимо от течения заболевания было значительным и наблюдалось у 91 % больных. Подобные закономерности были описаны Т. Wieser в 2012 году [16]. В нашей выборке, общими неэффективными копингами, одинаково выраженными среди пациентов обеих групп, были стратегия самоконтроля и планирования решения проблемы. Данные копинги свидетельствуют о чрезмерной требовательности к себе и стремлению к сверхконтролю своих действий, недостаточной эмоциональности и спонтанности в поведении [11]. Перечисленные стратегии соотносятся с высоким уровнем алекситимии у этих пациентов. Среди больных ЭМ, кроме этого, была распространена стратегия поиска социальной поддержки, которая формировала возможность зависимой позиции или чрезмерных ожиданий по отношению к окружающим. Больным ХМ соответствовали стратегии принятия ответственности и положительной переоценки, предполагающие признание субъектом своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение, переживанию чувства вины и неудовлетворенности собой с недооценкой личностных возможностей. Удовлетворенность жизнью больных эпилептическими цефалгиями достоверно была выше.

При изучении фенотипа М, а также психосоциальных характеристик больных, использующих эффектив-

ные и неэффективные копинги, мы пришли к выводу, что использование эффективных стратегий связано с более низким уровнем восприятия стресса и катастрофизации, тревоги и способствует повышению удовлетворенности жизнью. Сходные данные были получены в ряде других исследований [9,13,15]. В нашем исследовании, пациенты с адаптивными стратегиями совладания с ТЖС испытывали менее интенсивные головные боли, имели более низкую частоту развития цефалгий, и были менее подвержены развитию абзусных головных болей, а значит, и вероятности хронизации процесса как неблагоприятного течения М. В 2014 году опубликованы результаты исследования В. Biagianti et al., изучавших личностные черты больных ХМ с рецидивирующими абзусными головными болями. По их данным, сохранение неадекватных стратегий борьбы увеличивает риск повторных рецидивов, против которого фармакологические мероприятия эффективны лишь частично [17]. Исследования, связанные напрямую с коррекцией дезадаптивных поведенческих стратегий у больных М не многочисленны, но показывают хорошие результаты [4,6]. Эксперты полагают, что ранняя диагностика М и подобное лечение, наряду с модификацией болезни, могут свести к минимуму долгосрочные последствия и улучшить качество жизни людей с М [4,6, 9, 16].

Заключение

Исследование психосоциальных особенностей пациентов с М будет способствовать выбору рациональной стратегии ведения этих больных с дополнительным

использованием методов когнитивной поведенческой терапии для повышения эффективности лечения, удовлетворенности жизнью, и как следствие, снижать бремя заболевания. ■

Сероусова Ольга Вазиховна, ассистент кафедры нервных болезней ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Карпова Мария Ильинична, д.м.н., заведующий кафедрой нервных болезней ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Далзушина Анастасия Ильинична, д.м.н., заведующий кафедрой гостеприимной

терапии ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Маркова Виктория Валерьевна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Садырин А.В., к.м.н., доцент кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Альтман Давид Шурович, д.м.н., профессор кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, г. Челябинск; Автор, ответственный за переписку: Сероусова Ольга Вазиховна - ассистент кафедры нервных болезней ГОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России. Адрес: 454047, г. Челябинск, ул. Мира, д. 4, кв. 67, +79080780278 olga_serousova@mail.ru

Литература:

1. Всемирная организация здравоохранения. Информационный бюллетень N°277; 2012.
2. Табеева Г.Р., Яхно Н.Н. Митрень. – М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
3. Каракулова Ю.В. Современные аспекты клиники и диагностики мигрени Сборник научных трудов 7 съезда неврологов Пермской области «Неврология Прикамья на рубеже тысячелетий» Пермь; 2000.
4. Bromberg J., Wood M. E., Black R. A. et al. Randomized Trial of a Web-Based Intervention to Improve Migraine Self-Management and Coping. *Headache* 2012; 52:244-261.
5. Лебедева Е.Р., Гурарий Н.М., Сакович В.П., Олесен Е. Повышенная встречаемость мигреней у больных с интракраниальными аневризмами. *Уральский медицинский журнал* 2013; 1 (106): 5-14.
6. Martin P. R., Mackenzie S., Bandarian-Balooch S. et al. Enhancing cognitive-behavioural therapy for recurrent headache: design of a randomised controlled trial. *BMC Neurology* 2014, 14:233.
7. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*, 2013; 33(9): 629–808.
8. Данилов А. Б., Данилов Ал. Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. – М.: «АММ ПРЕСС»; 2014.
9. Radat F., Mekies C., Gйraud G. et al. Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalalgia* 2008; 28:1115–1125.
10. Боль (практическое руководство для врачей) / Под редакцией Н.Н. Яхно, М.Л. Кукушкина. М.: Издательство РАМН; 2013.
11. Вассерман Л.И., Шелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. – СПб.: Филологический факультет СПбГУ; М.: Издательский центр «Академия»; 2004.
12. Захаров В.В. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / В. В. Захаров, Т. Г. Вознесенская. – М.: МЕДпресс-информ; 2013.
13. Eskin M., Akyol A., Yilmaz E., Elik C., Gьltekin B. K. Social problem-solving, perceived stress, depression and life-satisfaction in patients suffering from tension type and migraine headaches. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2013, 54: 337–343.
14. Yalug L., Seleker M., Erdogan A., Kutlu A., Dundar G., Ankaralı H., Aker T. Correlations between alexithymia and pain severity, depression, and anxiety among patients with chronic and episodic migraine. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2010; 64: 231–238.
15. Chiros C., O'Brien W. H. Acceptance, appraisals, and coping in relation to migraine headache: an evaluation of interrelationships using daily diary methods. *J Behav Med* 2011; 34:307–320.
16. Wieser T., Walliser U., Womastek H., Kress G. Dysfunctional coping in headache: Avoidance and endurance is not associated with chronic forms of headache. *Eur J Pain* 2012; 16: 268–277.
17. Biagiante B., Grazi L., Usai S., Gambini O. Dependency-like behaviors and pain coping styles in subjects with chronic migraine and medication overuse: results from a 1-year follow-up study. *BMC Neurology* 2014; 14:181.