

МИГРЕНОЗНЫЕ ЦЕФАЛГИИ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

В. В. БАРЫШЕВСКАЯ

MIGRAINE CEPHALGIAS: MEDICAL-SOCIAL PROBLEMS

V. V. BARYSHEVSKAYA

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изучены некоторые психологические особенности больных разными формами мигрени и их реагирование на боль в зависимости от пола и длительности заболевания.

Ключевые слова: мигрень, Макгилловский болевой опросник, реагирование на боль.

Some psychological peculiarities of patients with different forms of migraine and their reaction to pain depending on the gender and disease duration were investigated.

Key words: migraine, McGill Pain Questionnaire, reaction to pain.

Многочисленными работами отечественных и зарубежных исследователей показано, что у больных мигренью имеет место нарушение психологической адаптации, на что указывают выраженная депрессия, реактивная и личностная тревожность, снижение качества жизни при наибольшем страдании профессиональной деятельности и социальной активности [1–5]. При проведении комплексного психологического обследования больных мигренью в период между приступами различные авторы выявляют характерные для психосоматических заболеваний изменения: высокий уровень тревоги, средний уровень депрессии, изменяющиеся к моменту приступа в сторону усиления, и падение уровня внимания [2, 6, 7]. Показано наличие определенной противоречивости черт характера пациентов [8, 9]. Для больных мигренью характерны высокие показатели тревожности [3, 10]. Ряд авторов приходят к выводу о наличии личностной тревоги как черты личности [3, 8, 9]. Некоторые исследователи отмечают у больных мигренью высокий уровень астении, т. е. истощаемости и утомляемости [2]. По данным различных авторов, существуют определенные особенности у пациентов, испытывающих болевые приступы в различное время суток. У больных, страдающих мигренью сна, более выражены астенические, демонстративные и депрессивные черты. У них чаще отмечаются амбивалентные чувства в отношениях с людьми, более выражены упрямство, консерватизм и агрессивность. У пациентов с мигренью бодрствования демонстративные и депрессивные черты представлены в меньшей степени [4, 11].

Основываясь на данных литературы для разработки лечебно-реабилитационных и профилактических мер в отношении больных мигренью, необходимо учитывать их психологические осо-

бенности. Целью нашей работы явилось исследование субъективного реагирования на боль больных мигренью с аурой и мигренью без ауры.

Общеизвестно, что объективная оценка боли — важная и сложная медико-психологическая проблема, имеющая существенное значение в создании адекватных, высокоэффективных лечебно-реабилитационных программ для различных категорий больных, испытывающих хроническую боль. До последнего времени в клинической и медико-психологической практике вопросы объективизации болевых ощущений оставались практически не разработанными. В настоящее время появился ряд психологических методов и техник, позволяющих с той или иной степенью точности решать эту сложную научно-прикладную проблему. Наиболее часто с целью объективизации болевых ощущений отечественные и зарубежные исследователи используют Макгилловский болевой опросник (McGill Pain Questionnaire — МРQ) [цит. по 11]. Опросник содержит набор вербальных дескрипторов, объединенных в 20 субшкал, которые в свою очередь образуют три основные шкалы (класса): 1) сенсорную, 2) аффективную, 3) эвалюативную. Сенсорная шкала отражает качественную структуру болевых ощущений и интенсивность, аффективная дает характеристику эмоциональных реакций, обусловленных болью, эвалюативная — обобщенную субъективную оценку боли.

Нами были обследованы 113 больных мигренью, которые были объединены в две группы: первая — больные мигренью с аурой, вторая — больные мигренью без ауры. Результаты исследования представлены в табл. 1.

Поскольку ранговый индекс боли отражает общую интенсивность болевого ощущения, то, как свидетельствуют приведенные в таблице данные, общая субъективная интенсивность болевых

Таблица 1

**Субъективное реагирование на боль
в зависимости от формы мигрени**

Показатели	Обследованные группы	
	первая, n = 34	вторая, n = 79
Ранговый индекс боли Σ PRI, баллы	24,4±2,0*	22,0±2,3*
Число выбранных слов Σ NWC	8	15
Интенсивность боли Σ PPI, баллы	4	2

Примечание.* – $p < 0,05$. То же в табл. 2–4.

Таблица 2

**Результаты исследования субъективного
реагирования на боль в зависимости от частоты
приступов мигрени**

Показатели	Обследованные группы		
	Ia, n = 46	IIa, n = 40	IIIa, n = 27
Σ PRI, баллы	27,3±2,31*	24,1±2,02*	22,8±1,84*
Σ NWC	9	11	16
Σ PPI, баллы	4	3	2

переживаний была максимальной в первой группе больных. Меньших значений общая интенсивность болевых ощущений достигала у больных второй группы (в основном были отобраны дескрипторы из сенсорной шкалы).

Следующим этапом обработки и анализа полученных результатов был подсчет показателя числа выбранных дескрипторов (слов), которые отражают не только интенсивность болевого раздражения, но и его аффективный и эвалюативный компоненты. Максимальное значение этого показателя отмечалось в группе больных мигренью без ауры, а минимальные значения были выявлены у больных мигренью с аурой.

Эти данные свидетельствуют о наличии прямой связи между субъективными оценками общей интенсивности болевого синдрома и силой аффективных переживаний, связанных с наличием головной боли.

По-видимому, такое распределение объясняется не только эмоциональным восприятием боли, но и ее истинной выраженностью, так как число выбранных слов, отражающих не просто интенсивность, но и ее аффективный и эвалюативный компонент, выше у больных с цефалгиями без ауры, а актуальность болевого ощущения, наоборот, была выше у больных мигренью с аурой, о чем свидетельствовал показатель интенсивности боли. Интенсивность болевых ощущений в момент тестирования у пациентов обеих групп варьировала в широком диапазоне (от слабой до

очень сильной), однако подсчет суммарных показателей по группам статистически достоверных различий не выявил.

Вместе с тем в целом выраженность актуального болевого ощущения в первой группе пациентов (Σ PPI = 4 балла) была выше, чем у больных второй группы (Σ PPI = 2 балла) (различия статистически незначимые).

Кроме того, проводился анализ особенностей субъективного реагирования на боль у больных мигренью в зависимости от частоты приступов. Больные были разделены на три группы: группа Ia – больные с частотой приступов 2–3 в мес (46 человек), группа IIa – больные с частотой приступов 2–3 раз в нед (40), группа IIIa – больные с частотой приступов более 6 раз в мес (27).

Полученные данные приведены в табл. 2.

Минимальные значения общей интенсивности боли отмечены у больных с частыми приступами (группа IIIa), максимальная субъективная оценка болевого синдрома – у больных с редкими приступами (группа Ia). Максимальные значения показателя числа выбранных дескрипторов наблюдались у больных с частыми приступами (группа IIIa), промежуточное положение по общему числу выбранных дескрипторов занимала группа IIa пациентов с частотой приступов 4–6 раз в мес, минимальные значения были выявлены у больных с редкими приступами (группа Ia). Эти данные также свидетельствуют о наличии прямой взаимосвязи между субъективными оценками общей интенсивности боли и силой аффективных переживаний, связанных с учащением приступов боли. Выраженность актуального болевого ощущения была выше в группе пациентов с редкими приступами.

Полученные данные свидетельствуют о существовании взаимосвязи между субъективной оценкой общей интенсивности болевого синдрома и силой аффективных переживаний, связанных с частотой приступов боли, по-видимому, не зависящая от формы мигренозного пароксизма.

Следующим этапом обработки и анализа полученных результатов было исследование специфики субъективного переживания болевого синдрома у мужчин и женщин, а также в зависимости от длительности заболевания (табл. 3, 4).

Как свидетельствуют данные табл. 3, женщины характеризовались в целом более высокими оценками интенсивности переживаний болевых ощущений в сочетании с более интенсивными аффективными реакциями на них, чем мужчины, т. е. были склонны оценивать общую интенсивность болевых ощущений как более острую и более эмоционально на них реагировать на фоне более низкого уровня оценивания актуального болевого ощущения. Мужчины же, наоборот, характеризовались более острой реакцией на актуальные болевые ощущения и менее выраженными субъективными реакциями на общую интенсив-

Таблица 3

Результаты исследования субъективного реагирования на боль в зависимости от пола больных

Пол обследованных	Ранговый индекс боли Σ РР1, баллы	Число выбранных слов Σ NWC	Интенсивность боли Σ РР1, баллы
Мужчины, n = 20	19,6±1,83*	11	4
Женщины, n = 93	25,3±2,15*	16	2

Таблица 4

Результаты исследования субъективного реагирования на боль в зависимости от длительности заболевания

Приступы в течение	Ранговый индекс боли Σ РР1, баллы	Число выбранных слов Σ NWC	Интенсивность боли Σ РР1, баллы
10—16 лет, n = 61	29,3±1,12*	17	4
1 года, n = 30	18,7±3,74*	10	3
нескольких лет, n = 22	18,4±2,13*	10	3

ность боли и эмоциональными реакциями на нее. Сходные результаты были получены многими исследователями [2, 8] при изучении характеристики болевых ощущений у пациентов с болевыми синдромами различного генеза.

Данные табл. 4 говорят о высоком уровне оценки интенсивности переживаний болевых ощущений в сочетании с интенсивными аффективными реакциями на них у больных с длительным анамнезом [1, 2, 9].

Итак, у женщин обнаружен ряд особенностей субъективного реагирования на боль в отличие от мужчин: они оценивали в целом боль как более интенсивное ощущение и более эмоционально на нее реагировали, однако переживание актуального болевого синдрома было менее острым. Существуют определенные различия в характере субъективных реакций на боль и в зависимости от личностных особенностей больных: эмоционально лабильные пациенты характеризовались более интенсивной субъективной реакцией на боль, чем эмоционально устойчивые.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить особенности субъективного реагирования на боль в зависимости от формы мигрени, пола больных и длительности заболевания. В то же время оно показало необходимость дальнейших исследований психологического статуса больных с данной патологией.

Литература

- Шварева И. С., Алексеев В. В. Некоторые факторы хронизации головных болей // Современные подходы к диагностике и лечению нервных и психических заболеваний: Матер. науч.-практ. конф., посв. 140-летию кафедры душевных и нервных болезней Воен.-мед. академии.— СПб., 2000.— С. 481–482.
- Pietrobon D., Striessnig J. Neurobiology of migraine // Nature.— 2003.— Vol. 4.— P. 386–398.
- Феоктистов А. П. Клинико-психофизиологический анализ абзусной головной боли: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— М., 2001.— 28 с.
- Mathew N. T. Transformed migraine // Cephalalgia.— 1993.— Suppl. 12.— P. 78–83.
- Mathew N. T., Kurman R., Perez F. Drug induced refractory headache, clinical features and management // Headache.— 1990.— Vol. 30.— P. 634–638.
- Вейн А. М. Болевые синдромы в неврологической практике. Психологические аспекты боли.— М.: МЕДпресс, 1999.— 372 с.
- Merikangas K., Angst J. Migraine and psychopathology // Arch. Gen. Psychiat.— 1990.— Vol. 47.— P. 849–853.
- Яхно Н. Н., Парфенов В. А., Алексеев В. В. Головная боль.— М.: Ремедиум, 2000.— 150 с.
- Migraine diagnosis and treatment: results from the American migraine study II / R. B. Lipton, S. D. Diamond, M. Reed et al. // Headache.— 2001.— Vol. 41.— P. 638–645.
- Депрессии в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев, Г. М. Дюкова.— М.: МИА, 1998.— 128 с.
- Кузьменко В. В., Фокин В. А., Соков Е. Л. Психологические методы количественной оценки боли // Психол. журн.— 1998.— № 7.— С. 44–48.

Поступила 24.10.2008