

А.А. Якупова, М.Ф. Исмаилов, Р.А. Якупов, М.А. Панченко

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ НАПРЯЖЕНИЯ

*Казанский государственный медицинский университет,  
Казанская государственная медицинская академия*

При головной боли напряжения (ГБН) с высокой частотой (до 90%) выявляются психоэмоциональные нарушения в виде повышенной возбудимости, тревоги, страха, депрессии. На современном этапе изучения проблемы особенно подчеркивается роль депрессии. С одной стороны, депрессия первично связана с нейромедиаторными сдвигами в ЦНС, в частности с недостаточностью серотонинергических систем мозга, обуславливающих как дисфункцию антиноцицептивной системы, так и развитие депрессивных расстройств. С другой стороны, хроническая боль ограничивает возможности человека, нарушает его жизненные планы и т.д. Подобное снижение качества жизни может породить вторичную депрессию. Необходимо подчеркнуть, что развитие эмоционально-аффективных расстройств, их тяжесть, курабельность, склонность к рецидивам во многом зависят от личностных характеристик индивидуума, которые определяются конституциональными особенностями реактивности ЦНС.

Целью настоящей работы было изучение личностных особенностей больных с эпизодической и хронической ГБН, их влияния на непосредственные и отдаленные результаты терапии.

Всего обследован 231 больной (165 женщин и 66 мужчин), из них 164 человека (116 женщин и 48 мужчин, средний возраст —  $37,74 \pm 0,71$  года) страдали эпизодической ГБН с количеством эпизодов более 5 в месяц, а 67 человек (49 женщин и 18 мужчин, средний возраст —  $37,92 \pm 0,67$  года) — хронической ГБН. Диагноз был установлен на основании критериев Международной классификации головной боли. В контрольную вошли 50 здоровых добровольцев.

Помимо клинического неврологического обследования проводилось исследование с использованием визуально-аналоговой шкалы боли, шкалы депрессии Гамильтона, Миннесотского многопрофильного личностного

теста (ММРП), характерологического теста Шмишека. Статистическую обработку производили непараметрическими методами.

В лечении больных были применены рефлексотерапия, постизометрическая релаксация, массаж скальпа и шейно-воротниковой области. При значительной выраженности психоэмоциональных расстройств дифференцированно назначали транквилизаторы и антидепрессанты.

При эпизодической ГБН на высоте болевых ощущений определялись умеренное повышение уровня тревоги (подъем по шкале «2» ММРП до уровня 75—85 баллов) и тенденция к развитию депрессивной реакции (снижение по шкале «9» ММРП до уровня 45—55 баллов), однако среднее значение по шкале Гамильтона, хотя и было достоверно повышено ( $4,3 \pm 0,5$  балла) по сравнению с контролем ( $1,8 \pm 0,3$  балла), однако не соответствовало уровню даже легкой депрессии (7—16 баллов). Вне эпизода головной боли обычно сохранялся некоторый уровень тревоги (подъем по шкале «2» ММРП до уровня 70—75 баллов), тогда как проявления депрессивной реакции купировались (нормализация по шкале «9» ММРП).

Среди больных с эпизодической ГБН в 48,2% случаев выявлялся тревожный тип личности, в 9,2% — демонстративный и в 6,1% — паранойяльный. Другие акцентуации были представлены единичными наблюдениями.

При хронической ГБН выявлялась актуальная депрессивная реакция (подъем по шкале «2» ММРП выше 75 баллов, снижение по шкале «9» ММРП ниже 45). Среднее значение по шкале Гамильтона для данной группы составляло  $10,4 \pm 0,7$  балла, что соответствовало клинически актуальной депрессии. Для хронической ГБН были характерны стойкие изменения профиля ММРП по «2» и «9» шкалам. Даже в случае относительно успешной терапии его полной нормализации не наблюдалось.

У больных хронической ГБН также преобладал тревожный тип личности (у 28,5%), однако по

сравнению с больными эпизодической ГБН его удельный вес был ниже ( $p < 0,01$ ), а частота выявления других типов выше. Демонстративный тип личности определялся в 17,9% наблюдений, паранойяльный — в 10,4%, дистимический — в 7,5%, эмотивный — в 5,9%, экзальтированный — в 4,5%.

Непосредственные результаты терапии при акцентуациях личности по тревожному типу у больных с эпизодической и даже с хронической ГБН были хорошими. Полное купирование болевого синдрома или значительное уменьшение его интенсивности было достигнуто соответственно в 88,6% и 63,2% наблюдений. Вероятность рецидива головной боли прямо коррелировала с тяжестью эмоционально-личностных расстройств. При эпизодической ГБН рецидивы болевого синдрома в течение 12 месяцев после окончания основного курса лечения имели место у 22,8% больных, а при хронической ГБН — у 66,6%.

При акцентуациях личности по демонстративному типу непосредственные результаты лечения были невысокими. Уменьшение болевого синдрома при эпизодической ГБН получено в 53,3% наблюдений, при хронической ГБН — только в 33,3%. Рецидивы болевого синдрома имели место соответственно у 62,5% и 100% больных.

При акцентуациях личности по паранойяльному типу купирование и уменьшение интенсивности болевого синдрома при

эпизодической ГБН были достигнуты в 70% случаев, при хронической ГБН — в 42,8%. Рецидивы болевого синдрома были отмечены соответственно у 57,1% и 100% больных.

Таким образом, характеристика психоэмоциональной сферы больных, страдающих различными клиническими вариантами ГБН, несмотря на общие тенденции, имеет и вполне определенные различия. Для эпизодической ГБН характерно преобладание тревоги, тогда как при хронической ГБН, как правило, выявляется клинически актуальная депрессия. Личностные акцентуации при эпизодическом варианте либо не выявляются вовсе, либо представлены преимущественно тревожным типом, тогда как при хронической ГБН закономерно возрастает частота демонстративных, паранойяльных и других акцентуаций, характеризующих глубокие изменения эмоционально-личностной реактивности.

В практическом плане особый интерес представляет возможность использования результатов психологического тестирования для подбора терапии ГБН и оценки прогноза успешности терапии.

Поступила 22.11.03.