

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКОЙ МИГРЕНЬЮ, В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ИХ ЛИЧНОСТИ

Л.И. Баюшкина^{1, 2}

¹ Клиника головной боли и вегетативных расстройств имени академика Александра Вейна, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Обоснование. Хроническая мигрень — высокоинвалидизирующее неврологическое заболевание, которое трудно поддается лечению. Успех терапевтического ведения зависит, в частности, от психосоциальных и личностных факторов. **Цель исследования** — оценка клинических особенностей пациентов, страдающих хронической мигренью, в зависимости от преобладающей копинг-стратегии личности. **Методы.** Обследовано 104 человека с установленным диагнозом хронической мигрени; всем проведено клиничко-неврологическое обследование и анкетное тестирование. **Результаты.** В нашей группе пациентов преобладали активные поведенческие копинг-стратегии (стратегия разрешения проблемы и поиска социальной поддержки), намного реже выявлялся пассивный копинг. Пациенты с активными копинг-стратегиями имели наиболее низкий уровень коморбидных психоэмоциональных нарушений, пациенты с пассивными копинг-стратегиями — меньшую длительность анамнеза, наименьшую выраженность влияния мигрени, но были сопоставимы с пациентами с активными копинг-стратегиями по частоте головной боли и времени, потерянного из-за головной боли. **Заключение.** Пациенты с пассивными копинг-стратегиями наиболее трудны в лечении, так как имеют низкую приверженность к терапии, требуют при лечении особую настороженность в отношении наличия коморбидной депрессии и тревоги.

Ключевые слова: хроническая мигрень; копинг-стратегии личности; коморбидные психоэмоциональные нарушения; тревога; депрессия.

Для цитирования: Баюшкина Л.И. Клиническая характеристика пациентов, страдающих хронической мигренью, в зависимости от профиля их личности. *Клиническая практика*. 2021;12(4):In Press. doi: <https://doi.org/10.17816/clinpract81061>

Поступила 24.09.2021

Принята 16.12.2021

Опубликована 21.12.2021

ОБОСНОВАНИЕ

Хроническая мигрень (ХМ) — это высокоинвалидизирующее неврологическое заболевание, оказывающее серьезное влияние на качество жизни [1]. Успешное терапевтическое ведение данных пациентов является сложным процессом как для врачей общей практики и терапевтов, так и для неврологов, специализирующихся на лечении пациентов с хроническими болевыми синдромами. Различия в терапевтическом ответе на лечение могут быть связаны как с генетически детерминированными факторами, чувствительностью к фармакологическим агентам, так и психосоциальными и личностными факторами [2].

Клиническая практика врача основывается на его взаимодействии с пациентом, и во многом именно эффективность этого взаимодействия определяет успех терапии в целом [3]. Низкий комплаенс

является распространенной проблемой при хронической мигрени [4]. Одним из компонентов низкой приверженности к терапии являются личностные особенности пациентов. Часто изучаются и корректируются коморбидные хронической мигрени психоэмоциональные нарушения, а именно тревога и депрессия [5], однако личностным характеристикам пациента должного внимания не оказывается, в то время как доминирующие особенности личности могут, как показывает клиническая практика, влиять на комплаентность.

Для лучшего понимания особенностей терапевтического подхода к конкретному пациенту необходимо понимать его психологический профиль. Эти знания позволяют выбирать подходящую именно ему реабилитационную программу. Индивидуализированные схемы реабилитационного лечения пациентов, страдающих ХМ, могут влиять

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC MIGRAINE, DEPENDING ON THEIR PERSONALITY PROFILE

L.I. Baiushkina

¹ Alexander Vein Headache Clinic, Moscow, Russian Federation

² Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Background: Chronic migraine is a highly disabling neurological disease that is difficult to treat. The success of therapeutic management depends, in part, on psychosocial and personal factors. **Aims:** We have evaluated the clinical characteristics of patients suffering from chronic migraine, depending on the prevailing coping strategy of the individual. **Methods:** 104 people with an established diagnosis of chronic migraine were examined, all of them underwent clinical and neurological examination and questionnaire testing. **Results:** In our group of patients, active behavioral coping strategies (a strategy for solving the problem and seeking social support) prevailed, passive coping was much less common. Patients with active coping strategies had the lowest level of comorbid psychoemotional disorders. **Conclusion:** Patients with passive coping strategies had a shorter history, the least severity of the effect of migraine, but were comparable in frequency of headaches and time lost due to headaches with patients with active coping strategies.

Keywords: chronic migraine; coping strategies; comorbid disorders; anxiety; depression.

For citation: Baiushkina LI. Clinical Characteristics of Patients with Chronic Migraine, Depending on Their Personality Profile. *Journal of Clinical Practice*. 2021;12(4):In Press. doi: <https://doi.org/10.17816/clinpract81061>

Submitted 24.09.2021

Revised 16.12.2021

Published 21.12.2021

на клиническую результативность терапии, а именно на количество дней с головной болью, частоту, длительность и интенсивность приступов; снижать степень влияния головной боли на повседневную активность и этим повышать качество жизни.

Клиническая картина болезни пациента с болью зависит от использования им различных приемов совладения со стрессовой ситуацией — копинг-стратегий, которые описываются как попытка человека использовать когнитивные и поведенческие стратегии для управления эмоциями в ответ на стресс [6]. Стойкость к дезадаптивным стратегиям преодоления является фактором риска рецидивов ХМ [7]. Согласно литературным данным, выявлена связь между рецидивами эпизодов мигренозной головной боли и дезадаптивными копинг-стратегиями [8]. M.K. Gunel и F.Y. Akkaуа [9] сообщили, что пациенты с мигренью меньше обращаются к социальной поддержке, чем пациенты, не страдающие мигренью. D. D'Amico и соавт. [10] выявили умеренную взаимосвязь между уровнем инвалидизации и качества жизни и психологическими факторами у пациентов с ХМ и сопутствующей абюзусной головной болью.

Лучшее понимание связи между качеством жизни и личностным профилем пациентов может привести к повышению эффективности лечения ХМ. Более высокий уровень приверженности

к активным копинг-стратегиям пациентов, страдающих ХМ, связан с большим комплаенсом [11]. Пассивные копинг-стратегии являются прогностическим индикатором неблагоприятного исхода при лечении ХМ [11]. Ранее копинг-стратегии личности у пациентов с ХМ изучались в небольшом количестве исследований, однако этот психологический аспект является клинически важным для лечения головной боли [10–12].

До сих пор не сообщалось о клинических особенностях пациентов, страдающих ХМ, в зависимости от профиля их личности.

Цель исследования — оценить клинические особенности пациентов, страдающих ХМ, в зависимости от преобладающей копинг-стратегии личности.

МЕТОДЫ

Обследовано 104 человека с ХМ. Диагноз ХМ установлен в соответствии с критериями Международной классификации головной боли, 3-й версии (2018).

Исследование проводилось на базе Клиники головной боли и вегетативных расстройств имени академика Александра Вейна.

Всем пациентам были проведены клиническо-неврологическое обследование, анализ дневников головной боли и анкетное тестирование с помощью

следующих инструментов: MIDAS (Migraine Disability Assessment — опросник оценки влияния мигрени на повседневную активность пациента), HIT-6 (Headche Impact Test — индекс влияния головной боли на повседневную активность), HALT (Headche Attributed Lost Time — индекс времени, потерянного из-за головной боли), шкалы депрессии Бека (Beck Depression Inventory), шкалы Спилбергера по оценке тревожности (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), индикатор копинг-стратегий (Д. Амирхан) [13], и Гиссенский опросник соматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB).

Статистический анализ проводился при помощи программы Statistica 12 (StatSoft Inc.). Статистически значимыми считались различия $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Нами проведены анализ социодемографических показателей, частоты головной боли и оценка качества жизни, выраженности психоэмоциональных нарушений, степени выраженности соматических проявлений у пациентов, страдающих ХМ, с различными личностными копинг-стратегиями (табл. 1).

В нашей группе из 104 пациентов, страдающих ХМ, наиболее распространенной копинг-стратегией личности, по опроснику Д. Амирхан, была

стратегия разрешения проблемы (47,1%), реже выявлялась стратегия поиска социальной поддержки (36,5%), наиболее редкой была стратегия избегания (16,3%).

Распределение по полу было представлено следующим образом: среди пациентов со стратегией разрешения проблемы женщин было 75,5%, мужчин — 24,5%; среди пациентов, имеющих стратегию поиска социальной поддержки, преобладали женщины — 86,8% против 13,2% мужчин. В группе пациентов со стратегией избегания выявлен достоверно ($p=0,025$) меньший процент женщин (52,9%) и больший — мужчин (47,1%).

По уровню образования достоверной разницы между пациентами с различными копинг-стратегиями не выявлено ($p=0,298$).

Пациенты со стратегией разрешения проблемы имели достоверно ($p < 0,001$) более низкий возраст (Me 37,0 лет; Q_1-Q_3 34,0–46,0) по сравнению с пациентами со стратегией поиска социальной поддержки (Me 49,5 лет; Q_1-Q_3 43,0–56,0) и пациентами группы стратегии избегания (Me 45,0 лет; Q_1-Q_3 42,0–56,0).

Пациенты со стратегией поиска социальной поддержки имели достоверно ($p < 0,001$) более высокую длительность анамнеза хронической мигрени (Me 11,0 лет; Q_1-Q_3 7,0–15,0) по сравнению

Таблица 1 / Table 1

Клинические показатели пациентов, страдающих хронической мигренью, в зависимости от копинг-стратегии личности / Clinical indicators of patients suffering from chronic migraine, depending on the coping strategy of the individual

Показатель	Категории									p
	Стратегия разрешения проблемы			Стратегия поиска социальной поддержки			Стратегия избегания			
	Me	Q1–Q3	n	Me	Q1–Q3	n	Me	Q1–Q3	n	
Возраст (полный лет)	37	34,0–46,0	49	49,5	43,0–56,0	38	45	42,0–51,0	17	<0,001*
Анамнез ХМ (лет)	5	3,0–7,0	49	11	7,0–15,0	38	4	3,0–17,0	17	<0,001*
Частота головной боли (день)	18	16,0–22,0	49	18	15,5–24,0	38	22	16,0–25,0	17	0,138
Опросник MIDAS (балл)	42	37,0–80,0	49	45	38,0–50,0	38	56	26,0–56,0	17	0,393
Индекс HIT-6 (балл)	63	60,0–67,0	49	63	60,0–65,0	38	50	30,0–54,0	17	<0,001*
Шкала депрессии Бека (балл)	12	6,0–18,0	49	18	16,0–22,0	38	25	9,0–32,0	17	<0,001*
Шкала Спилбергера (личностная) (балл)	54	49,0–59,0	49	55	55,0–63,0	38	63	51,0–63,0	17	0,005*
Гиссенский опросник (балл)	36	22,0–68,0	49	80	68,0–91,0	38	86	29,0–90,0	17	<0,001*

Примечание. * Различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

Note. * — differences are statistically significant ($p < 0.05$)

с пациентами со стратегией разрешения проблемы (Me 5,0 лет; Q_1 – Q_3 3,0–7,0) и пациентами группы стратегии избегания (Me 4,0 года; Q_1 – Q_3 3,0–17,0).

Частота головной боли ($p=0,138$) и степень влияния мигрени на повседневную активность по опроснику MIDAS ($p=0,393$) достоверно не различались у пациентов с различными личностными стратегиями.

Пациенты, имеющие стратегию разрешения проблемы (Me 63,0 балл; Q_1 – Q_3 60,0–67,0), и пациенты со стратегией поиска социальной поддержки (Me 63,0 балл; Q_1 – Q_3 60,0–65,0) имели значительно ($<0,001$) более высокий уровень влияния ГБ головной боли на повседневную активность по индексу HIT-6 в сравнении с пациентами, имеющими стратегию избегания (Me 50,0 балл; Q_1 – Q_3 30,0–54,0).

Самый высокий уровень депрессии по шкале депрессии Бека ($p=0,004$) имели пациенты с преобладающей личностной стратегией избегания (Me 25,0 баллов; Q_1 – Q_3 9,0–32,0) в сравнении с пациентами со стратегией разрешения проблемы (Me 12,0 баллов; Q_1 – Q_3 6,0–18,0) и стратегией поиска социальной поддержки (Me 18,0 баллов; Q_1 – Q_3 16,0–22,00); рис. 1.

Самый высокий уровень личной тревоги по шкале личной тревожности Спилбергера был отмечен у пациентов со стратегией избегания (Me 63,0 балл; Q_1 – Q_3 51,0–63,0), однако эти отличия не были статистически значимы. У пациентов со стратегией поиска социальной поддержки уровень был достоверно ($p=0,004$) выше (Me 55,0 балл; Q_1 – Q_3 55,0–63,0),

чем у пациентов со стратегией разрешения проблемы (Me 54,0 балл; Q_1 – Q_3 49,0–59,0); рис. 2.

Пациенты со стратегией разрешения проблемы существенно отличались от пациентов со стратегией поиска социальной поддержки ($p < 0,001$) и пациентов со стратегией избегания ($p=0,049$) по уровню соматических жалоб по Гиссенскому тесту. Группа пациентов со стратегией разрешения проблемы имела достоверно меньший уровень соматических жалоб по Гиссенскому опроснику (Me 36,0 баллов; Q_1 – Q_3 22,0–68,0) в сравнении с пациентами со стратегией поиска социальной поддержки (Me 80,0 баллов; Q_1 – Q_3 68,0–91,0) и стратегией избегания (Me 86,0 баллов; Q_1 – Q_3 29,0–90,0).

ОБСУЖДЕНИЕ

У обследованных нами пациентов преобладали активные копинг-стратегии личности, намного реже выявлялись пассивные копинг-стратегии. Полученные результаты отличаются от данных исследования Т. Wieser и соавт. [14], которые сообщили, что у пациентов с головной болью часто используется дисфункциональный копинг, характеризующийся избеганием. В исследовании V. Donisi и соавт. [15] также сообщается о более широком использовании стратегий избегания у пациентов, страдающих ХМ. Отличие, вероятно, связано с тем, что наше исследование проводилось в условиях специализированной клиники по лечению головной боли, где пациенты имеют более высокий уровень комплаентности, чем в целом в популяции. Однако

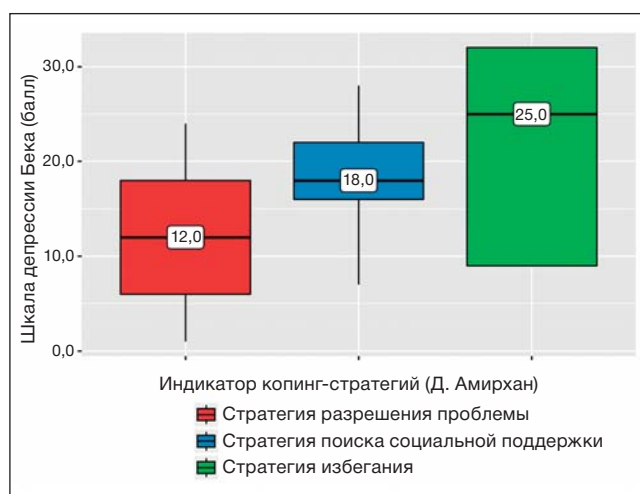


Рис. 1. Уровень депрессии по шкале депрессии Бека в зависимости от копинг-стратегий личности у пациентов, страдающих хронической мигренью.

Fig. 1. The level of depression on the Beck depression scale depending on the coping strategies of personality in patients suffering from chronic migraine.

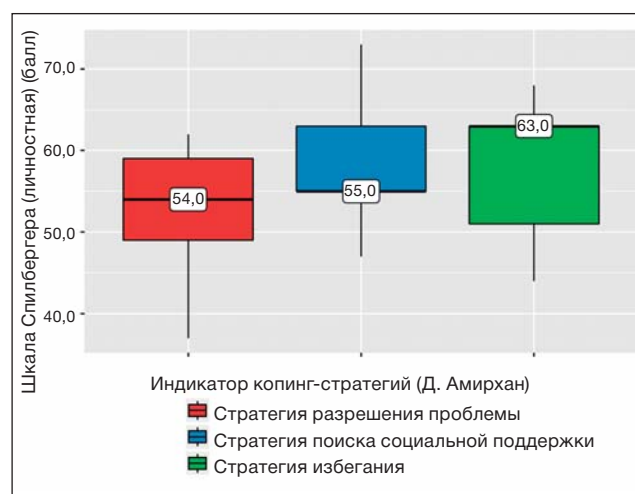


Рис. 2. Уровень личной тревоги по шкале Спилбергера в зависимости от копинг-стратегий личности у пациентов с хронической мигренью.

Fig. 2. The level of personal anxiety on the Spielberger scale depending on the coping strategies of personality in patients with chronic migraine.

в исследовании М. Gandolfi и соавт. [3] было показано, что копинг-стратегии, используемые пациентами с ХМ, сопоставимы с общей популяцией.

В нашем исследовании пациенты со стратегией избегания имели наименьшую длительность анамнеза заболевания, наименьшую выраженность влияния мигрени на повседневную активность, но были сопоставимы по частоте головной боли и времени, потерянного из-за головной боли, с пациентами с активными копинг-стратегиями. У пациентов с дисфункциональным копингом, включенных в нашу работу, выявлялся наиболее высокий уровень психоэмоциональных коморбидных нарушений. Подобных литературных данных в доступных нам источниках не выявлено.

Наиболее благоприятной для курации является группа пациентов с активными копинг-стратегиями, так как они имеют наиболее высокий уровень комплаентности. Нами впервые получены данные, что пациенты, страдающие ХМ, с активными поведенческими копинг-стратегиями имеют более низкий уровень коморбидных психоэмоциональных нарушений.

Пациенты с копинг-стратегией избегания наиболее трудны в лечении, так как имеют низкую приверженность к терапии. Они требуют при лечении особую осторожность в отношении наличия коморбидной депрессии и тревоги. Наивысших результатов в лечении данной группы пациентов возможно добиться только при мультидисциплинарном подходе к терапии. Необходимо привлечение к терапии клинических психологов и психотерапевтов для улучшения функционирования копинг-стратегий у пациентов с ХМ. Обоснованным является назначение комплексных профилактических методов лечения, которые сочетают в себе фармакологическую и нефармакологическую терапию с элементами психотерапии, что было подтверждено в работе G. Castelnuovo и соавт. [16]. Психотерапевтические методы имеют различия, но все они положительно влияют на дезадаптивные копинг-стратегии и образ мышления пациентов с ХМ [16–18].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Понимание особенностей личности пациентов, страдающих ХМ, позволяет использовать индивидуализированный подход к их реабилитационному лечению. Врачи-неврологи при выявлении пассивных копинг-стратегий должны быть ориентированы на активное выявление коморбидных психоэмоциональных нарушений у данной категории паци-

ентов. В этой ситуации клиницисты сталкиваются с пациентами с потенциально низким уровнем терапевтического ответа и комплаентности. В их реабилитационном лечении уместно сочетанное использование фармакологических и психотерапевтических методов, которые позволяют производить коррекцию копинг-стратегий и тем самым повышать результативность терапии в целом.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Исследование и публикации статьи осуществлены на личные средства автора.

Funding source. The study had no sponsorship.

Конфликт интересов. Автор подтвердил отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Competing interests. The authors declare that they have no competing interests.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. May A, Schulte LH. Chronic migraine: Risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(8):455–464. doi: 10.1038/nrneurol.2016.93
2. Pomes LM, Guglielmetti M, Bertamino E, et al. Optimising migraine treatment: from drug interactions to personalized medicine. *J Headache Pain*. 2019;20(1):56. doi: 10.1186/s10194-019-1010
3. Gandolfi M, Donisi V, Marchioretto F, et al. Prospective observational cohort study on pharmacological habitus, headache-related disability and psychological profile in patients with chronic migraine undergoing onabotulinumtoxinA prophylactic treatment. *Toxins (Basel)*. 2019;11(9):504. doi: 10.3390/toxins11090504
4. Наприенко М.В., Смекалкина Л.В. Стратегии повышения эффективности терапии хронической мигрени // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115, № 12. С. 70–73. [Naprienko MV, Smekalkina LV. Strategies for improving the effectiveness of therapy for chronic migraine. *Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*. 2015;115(12):70–73. (In Russ.)] doi: 10.17116/jnevro201511511270-73
5. Lipton RB, Seng EK, Chu MK, et al. The effect of psychiatric comorbidities on headache-related disability in migraine: results from the chronic migraine epidemiology and outcomes (CaMEO) study. *Headache*. 2020;60(8):1683–1696. doi: 10.1111/head.13914
6. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, et al. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986;50(5):992–1003. doi: 10.1037/0022-3514.50.5.992
7. Biagianti B, Grazzi 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(1):181. doi: 10.1186/s12883-014-0181-4
8. Russo A, Santangelo G, Tessitore A, et al. Coping strategies in migraine without aura: a cross-sectional study. *Behav Neurol*. 2019;5:5808610. doi: 10.1155/2019/5808610
9. Gunel MK, Akkaya FY. Are migraineur women really more vulnerable to stress and less able to cope? *BMC Health Serv Res*. 2008;8:211. doi: 10.1186/1472-6963-8-211
10. D'Amico D, Grazzi L, Bussone G, et al. Are depressive symptomatology, self-efficacy, and perceived social support related to disability and quality of life in patients with chronic migraine

associated to medication overuse? Data from a cross-sectional study. *Headache*. 2015;55(5):636–645. doi: 10.1111/head.12534

11. Matsuzawa Y, Lee YS, Fraser F, et al. Barriers to behavioral treatment adherence for headache: an examination of attitudes, beliefs, and psychiatric factors. *Headache*. 2019;59(1):19–31. doi: 10.1111/head.13429

12. French DJ, Holroyd KA, Pinell C, et al. Perceived self-efficacy and headache-related disability. *Headache*. 2000;40(8):647–656. doi: 10.1046/j.1526-4610.2000.040008647.x

13. Amirkhan JH. A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. *J Personal Soc Psychology*. 1990; 59(5):1066–1074. doi: 10.1037/0022-3514.59.5.1066

14. Wieser T, Walliser U, Womastek I, Kress HG. Dysfunctional coping in headache: Avoidance and endurance is not associated with chronic forms of headache. *Eur J Pain*. 2012;16(2):268–277. doi: 10.1016/j.ejpain.2011.06.011

15. Donisi V, Mazzi MA, Gandolfi M, et al. Exploring emotional distress, psychological traits and attitudes in patients with chronic migraine undergoing Onabotulinumtoxin A prophylaxis versus withdrawal treatment. *Toxins*. 2020;12(9):577. doi: 10.3390/toxins12090577

16. Castelnuovo G, Giusti EM, Manzoni GM, et al. psychological treatments and psychotherapies in the neurorehabilitation of pain: evidences and recommendations from the Italian consensus conference on pain in neurorehabilitation. *Front Psychol*. 2016;7:115. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00115

17. Raggi A, Grignani E, Leonardi M, et al. Behavioral approaches for primary headaches: recent advances. *Headache*. 2018;58(6):913–925. doi: 10.1111/head.13337

18. Sullivan A, Cousins S, Ridsdale L. Psychological interventions for migraine: a systematic review. *J Neurol*. 2016;263(12): 2369–2377. doi: 10.1038/s41598-019-42785-8

ОБ АВТОРЕ

Баюшкина Людмила Игоревна, врач-невролог;
адрес: Российская Федерация, 125130, Москва,
Старопетровский проезд, д. 10Б;
е-mail: BaiushkinaLI@mail.ru; eLibrary SPIN: 4571-3010;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3741-5528>

AUTHOR'S INFO

Liudmila I. Baiushkina, MD;
address: 10B, Staropetrovsky passage,
125130 Moscow, Russia;
е-mail: BaiushkinaLI@mail.ru; eLibrary SPIN: 4571-3010;
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3741-5528>