

# ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.857-036.22(477.52)

*Д.Д. Сотников*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

## ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ МИГРЕНЬЮ

Описаны характерологические особенности личности и психоэмоционального состояния больных мигренью и их взаимосвязь с клиническим течением заболевания. Выявлены высокие уровни депрессии и тревожности пациентов. На эмоциональное состояние в большей степени оказывают влияние длительность заболевания и продолжительность атак, причем с увеличением длительности болезни происходит усугубление социальной адаптации в сторону невротизации.

**Ключевые слова:** мигрень, депрессия, тревога.

Результаты эпидемиологических исследований убедительно доказывают преобладание в популяции первичных головных болей, одним из наиболее распространенных видов которых является мигрень [1]. Многие пациенты отмечают плохое самочувствие не только во время приступа мигрени, но и в межприступном периоде [2]. Самыми частыми коморбидными спутниками мигрени являются депрессия и тревожные расстройства [3]. При мигрени возникновение у пациента депрессивных или тревожно-депрессивных нарушений под действием эмоционального стресса может существенным образом влиять на течение головной боли, вызывая учащение мигренозных приступов, а в ряде случаев приводя к ее трансформации в хроническую ежедневную головную боль [4].

На протяжении более 50 лет многими учеными (А.М. Вейн, Alexander, Beck, Haas, Shafer, Wolff и др.) получены достаточно противоречивые данные о возможном существовании особого типа больного (*typus migraenicus*), формировании личностных особенностей больных мигренью [5]. Личностные аспекты больных мигренью продолжают изучаться, поскольку выявление психологических особенностей, вариантов дезадаптации личности, степени стрессоустойчивости, формирование способов «за-

щиты» могут иметь существенное значение при проведении соответствующей психотерапевтической коррекции и профилактики мигренозной атаки.

Цель данного исследования — изучение характерологических особенностей личности и психоэмоционального состояния больных мигренью и их взаимосвязи с клиническим течением заболевания.

**Материал и методы.** Под наблюдением находились 105 пациентов (94 женщины и 11 мужчин) в возрасте от 18 до 60 лет, в среднем —  $(35,1 \pm 9,9)$  года, страдающих мигренью, с течением заболевания, требующим превентивного лечения. В исследование включались пациенты, у которых приступы головной боли, соответствующие диагностическим критериям мигрени, возникали чаще 2 раз в месяц, при этом существенно ограничивали дееспособность больного и были рефрактерными к медикаментозному купированию атаки. Критерием исключения из данного исследования было наличие признаков органической природы головных болей или других видов первичных цефалгий.

Обследованные пациенты страдали мигренью в течение длительного срока — от 2 до 30 лет, в среднем —  $(14,2 \pm 7,8)$  года, что дает основания предполагать возможное влияние заболевания на психоэмоциональное состояние и формирование личностных

© Д.Д. Сотников, 2010

особенностей. Выраженность головной боли оценивали с помощью 10-балльного варианта визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), средняя интенсивность составила  $(7,6 \pm 1,3)$  балла [6]. Средняя частота атак в месяц —  $8,4 \pm 5,8$ . Продолжительность приступа в среднем составила  $(21,6 \pm 12,8)$  часа.

Психологическое обследование включало шкалу самооценки Спилбергера–Ханина, применяемую для оценки уровня реактивной и личностной тревожности, и шкалу Бека для выявления уровня депрессии [6].

Кроме того, из совокупности различных методов психологических исследований широкое распространение получил стандартизированный многофакторный метод исследования личности в модификации Л.Н. Собчик (2001), который позволил психометрически оценить актуальное психическое состояние и особенности личности больных. Профиль СМІЛ составляют 10 базисных шкал: 1-я — шкала невротического сверхконтроля — ипохондрии; 2-я — пессимистичности — депрессии; 3-я — истерии или эмоциональной лабильности; 4-я — импульсивности, психопатии; 5-я — шкала мужественности–женственности; 6-я — ригидности — паранойальности; 7-я — тревожности — психастении; 8-я — индивидуалистичности — шизоидности; 9-я — оптимистичности — гипомании; 0-я — социальной интроверсии. В СМІЛ имеются также три оценочных шкалы: 1-я — лжи (L); 2-я — достоверности (F); 3-я — коррекции (K). Результаты от 30 до 70 Т отграничивают зону нормативного разброса от показателей, отражающих нервно-психическую дезадаптацию [7].

Статистическую обработку полученных результатов проводили параметрическими (средние величины) и непараметрическими методами (R-коэффициент Спирмена). Результаты считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** У обследованных больных был выявлен высокий уровень депрессии, средний балл составил  $20,7 \pm 8,5$ , у 62,8 % — средний уровень (9–16 баллов), лишь у 14,4 % признаков депрессии не было. Средние значения реактивной и личностной тревоги по Спилбергеру составили  $(44,1 \pm 11,1)$  и  $(47,3 \pm 10,3)$  балла. При этом у 54,2 % определялась выраженная реактивная тревожность (более 45 баллов), у 59,0 % — выраженная личностная тревожность (более 55 баллов). Только у 9,5 % пациентов не было признаков ни реактивной, ни личностной тревожности.

Тест СМІЛ прошли 98 обследуемых, из них у 15 человек отмечались высокие показатели по шкалам L, F или K, что свидетельствует о сознательной установке на искажение результата, стремление показать «нормальный» ответ, отрицание в своем поведении слабостей. В итоге из 83 достоверных тестов лишь у 6 % обследуемых регистрировался «линейный» тип профиля, при котором показатели всех шкал распределились в пределах 45–55 Т-баллов, что характеризует гармоничность личности. У большинства пациентов средние значения личностного психологического профиля были выше 55 Т-баллов, формировался «пикообразный» тип профиля с повышением показателя по одной или нескольким шкалам. Это рассматривается рядом авторов как психологическое изменение личности и характеризует тип реагирования на болезнь. Было установлено, что у больных мигренью наиболее высокие средние показатели Т-баллов составили по шкалам психопатии —  $(66,6 \pm 8,8)$  балла, ипохондрии —  $(66,5 \pm 21,4)$  балла, депрессии —  $(65,4 \pm 11,4)$  балла, истерии —  $(63,0 \pm 8,4)$  балла и психастении —  $(64,6 \pm 8,5)$  балла.

Наиболее часто (25,3 %) встречались «пики» по 4-й шкале, что характеризует активную личностную позицию, высокую поисковую активность, амбициозность, уверенность и быстроту в принятии решений, зачастую нетерпеливость, завышенный уровень притязаний. У 47,6 % пациентов этого типа регистрировались значения выше 75 Т-баллов, что выявляет психопатические черты возбудимого типа, выраженную импульсивность, конфликтность, подчеркнутую независимость, низкую подчиняемость.

С большой частотой (21,6 %) регистрировались «пики» по 2-й шкале, что проявляется преобладанием пассивной личностной позиции. Для пациентов данного типа характерна неудовлетворенность, пессимизм, выраженная глубина переживаний, скептицизм, неуверенность в себе. В 72,2 % пиковые значения по этой шкале превышали 75 Т-баллов, что выявляет акцентуацию по гипотимному типу, депрессивное состояние.

Пики по 7-й шкале отмечались в 15,6 % случаев, что характеризуется тревожно-мнительным (психастеническим) вариантом личности, неуверенностью в себе, тщательной перепроверкой своих действий, излишней самокритичностью. Значения 7-й шкалы превышали 75 Т-баллов у 53,8 % па-

циентов этой группы, что характеризует повышенную тревожность.

Приблизительно на этом же уровне (14,4 %) встречались пики по 3-й шкале, что отличает их яркостью эмоциональных проявлений, известной демонстративностью, артистичностью, неустойчивостью самооценки, на которую значительное влияние оказывает окружающее. У 25 % больных с ведущей 3-й шкалой показатель превышал 75 Т-баллов, что выявляет акцентуацию личности по истероидному типу.

У 10,8 % больных оказалась максимальной 1-я шкала, что у лиц данной группы находит отражение в гиперсоциальной направленности интересов, сверхответственности, контроле над эмоциями, высокой требовательности к себе и окружающим. Значения 1-й шкалы выше 65 Т-баллов (66,6 %) определяют акцентуацию характера по сенситивно-тревожному типу, ипохондрическую симптоматику.

При целостном подходе к интерпретации с учетом соотношения характеристик

*Корреляции клинических характеристик с эмоционально-личностными особенностями*

шкал, значимости их в профиле у 38 обследованных (45,7 %) отмечалось повышение личностного психологического профиля по шкалам «невротической триады» (1, 2, 3), что является признаком невротического варианта дезадаптации личности, влияния повышенной тревожности и психореактивности на течение основного заболевания. У 15 пациентов (18,0 %) регистрировался психотический наклон профиля (подъем 4, 6, 8 и 9-й шкал), при котором в эмоционально-динамическом паттерне личности преобладают возбудимые черты, суетливость, эмоциональная импульсивность и несдержанность. Важно отметить, что невротический наклон профиля встречался в 76,3 % случаев при длительности заболевания 20 лет и более, а психотический вариант дезадаптации — у 80 % больных при длительности заболевания менее 20 лет.

Для оценки влияния особенностей клинического течения мигрени на эмоционально-личностную сферу был проведен корреляционный анализ (таблица).

Шкала	Длительность заболевания	Частота приступов	Продолжительность приступа	Интенсивность боли
Шкала депрессии	R=0,7 p=0,00001	R=0,36 p=0,0001	R=0,6 p=0,00001	R=-0,29 p=0,001
Реактивная тревожность	R=0,71 p=0,00001	R=0,35 p=0,0001	R=0,58 p=0,00001	R=-0,22 p=0,02
Личностная тревожность	R=0,73 p=0,00001	R=0,31 p=0,0009	R=0,57 p=0,00001	R=-0,23 p=0,02
Шкалы СМИЛ				
1-я — ипохондрии	R=0,3 p=0,07	R=0,17 p=0,3	R=0,035 p=0,8	R=-0,24 p=0,15
2-я — депрессии	R=0,69 p=0,00003	R=0,43 p=0,02	R=0,59 p=0,0009	R=-0,25 p=0,18
3-я — истерии	R=0,33 p=0,08	R=0,21 p=0,27	R=0,46 p=0,01	R=-0,009 p=0,99
4-я — импульсивности	R=0,22 p=0,24	R=0,36 p=0,05	R=-0,04 p=0,81	R=-0,09 p=0,62
5-я — мужественности-женственности	R=0,34 p=0,06	R=0,25 p=0,18	R=0,06 p=0,72	R=-0,05 p=0,7
6-я — паранойяльности	R=-0,09 p=0,6	R=0,02 p=0,89	R=-0,31 p=0,09	R=0,33 p=0,07
7-я — психастении	R=0,32 p=0,09	R=0,06 p=0,7	R=0,14 p=0,45	R=0,01 p=0,9
8-я — шизоидности	R=0,07 p=0,71	R=0,13 p=0,5	R=0,02 p=0,87	R=0,28 p=0,14
9-я — оптимистичности	R=0,39 p=0,07	R=0,32 p=0,09	R=0,23 p=0,22	R=0,02 p=0,88
0-я — социальной интроверсии	R=0,16 p=0,41	R=0,08 p=0,66	R=-0,08 p=0,67	R=0,21 p=0,27

В данном исследовании выявлена наибольшая взаимосвязь длительности заболевания с уровнем депрессии ( $R=0,7$ ;  $p=0,00001$ ), реактивной ( $R=0,71$ ;  $p=0,00001$ ) и личностной тревожностью ( $R=0,73$ ;  $p=0,00001$ ), а также, соответственно, со шкалой депрессии профиля СМИЛ ( $R=0,69$ ;  $p=0,0003$ ). Кроме того, продемонстрирована умеренная корреляция продолжительности приступа мигрени с уровнями депрессии ( $R=0,6$ ;  $p=0,0001$ ), реактивной ( $R=0,58$ ;  $p=0,0001$ ) и личностной тревожности ( $R=0,57$ ;  $p=0,0001$ ). Значимая взаимосвязь определялась между длительностью заболевания и частотой приступов ( $R=0,39$ ;  $p=0,0001$ ), следовательно, отмечалась и корреляция частоты с уровнем депрессии ( $R=0,36$ ;  $p=0,0001$ ) и тревоги ( $R=0,35$ ;  $p=0,0001$ ). Также была установлена корреляционная связь частоты атак со шкалой импульсивности ( $R=0,36$ ;  $p=0,05$ ), что может отражать у лиц с психопатическими возбудимыми чертами более высокую вероятность эмоционального фактора как триггера мигрени. При этом корреляция интенсивности головной боли с психоэмоциональным состоянием не была значимой.

Частота встречаемости депрессивных проявлений по шкале Бека и тревожности по тесту Спилбергера достоверно взаимосвязаны со шкалами депрессии и психастении профиля СМИЛ. Между ними была выявлена высокая прямая взаимосвязь ( $R=0,9$ ;  $p=0,00001$ ;  $R=0,39$ ;  $p=0,03$ , соответственно), что объективизирует диагностику депрессивных и тревожных нарушений.

#### Список литературы

1. Bigal M. E. The epidemiology, burden, and comorbidities of migraine / M. E. Bigal, R. B. Lipton // *Neurol. Clin.* — 2009. — V. 27 (2). — P. 321–334.
2. Lipton R. B. Epidemiology, impact, and comorbidities of migraine headaches in the United States / R. B. Lipton, L. C. Newman // *Neurology.* — 2003. — V. 60. — P. 3–8.
3. Radat F. Psychiatric comorbidity in the evolution from migraine to medication overuse headache / F. Radat, J. D. Swendsen, M. Lafittau // *Cephalalgia.* — 2005. — V. 25 (7). — P. 519–522.
4. Осипова В. В. Коморбидность мигрени: обзор литературы и подходы к изучению / В. В. Осипова, Т. Г. Вознесенская // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. Корсакова.* — 2007. — Т. 107, № 3. — С. 64–73.
5. Мигрень / [Вейн А. М., Колосова О. А., Яковлев Н. А., Слюсарь Т. А.]. — М., 1995. — 180 с.
6. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / [Белова А. Н., Буйлова Т. В., Булюбаш И. Д. и др.]; под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шепетовой. — М.: Антидор, 2002. — 440 с.
7. Собчик Л. Н. СМИЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности / Л. Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2009. — 224 с.

*Д.Д. Сотніков*

#### ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА МІГРЕНЬ

Описані характерологічні особливості особистості й психоемоційного стану хворих на мігрень і їхній взаємозв'язок із клінічним перебігом захворювання. Виявлені високі рівні депресії і тривожності хворих. На емоційний стан більшою мірою впливають тривалість захворювання й атак,

#### Выводы

1. Проведенный анализ группы больных, нуждающихся в профилактическом лечении мигрени, позволил охарактеризовать особенности клинического течения (большая частота приступов в месяц), психоэмоциональной сферы (высокий уровень депрессии, реактивной и личностной тревожности) и формирования качеств личности (повышение средних значений, «пиков» по шкалам импульсивности, депрессии, психастении, эмоциональной лабильности и ипохондрии).

2. При проведении корреляционного анализа доказано, что на эмоционально-личностную сферу больных мигренью в основном оказывают влияние длительность заболевания и продолжительность приступа, в меньшей степени — частота атак. Значимой корреляции между степенью выраженности головной боли и уровнем депрессии или тревожности не установлено. Частота приступов мигрени была прямо взаимосвязана с длительностью заболевания.

3. Установлено, что при негативном (невротическом) наклоне профиля стандартизированного многофакторного метода исследования личности в 76,3 % случаев длительность заболевания мигренью составляла более 20 лет. Таким образом, при увеличении длительности болезни и тяжести симптомов происходит усугубление социальной адаптации и личностной напряженности в сторону невротизации.

---

причому зі збільшенням тривалості хвороби відбувається посилення соціальної дезадаптації у бік невротизації.

*Ключові слова:* мігрень, депресія, тривога.

**D.D. Sotnikov**

**EMOTIONAL-PERSONAL FEATURES OF THE MIGRAINE SICK PATIENTS**

The characterologic features of the person and psychoemotional conditions of migraine sick patients and their interrelation with a clinical disease course were described. The high levels of depression and anxiety of the patients were detected. The emotional condition is influenced in a greater degree by prescription of disease and duration of attacks, and the more the illness duration — the more we observe enforcing of social dysadaptation aside neurotisation.

*Key words:* migraine, depression, anxiety.

*Поступила 07.10.10*