

Когнитивно-поведенческая терапия в лечении пациентов с хронической мигренью и эмоциональными нарушениями: проспективное рандомизированное исследование с двухлетним периодом наблюдения

В.А. Головачева✉, А.А. Головачева

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

Обоснование. Среди пациентов с хронической мигренью (ХМ) распространены эмоциональные нарушения (тревога, депрессия), которые поддерживают хроническое течение мигрени и затрудняют лечение. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) перспективна в комплексном лечении пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями. Однако проведено малое количество рандомизированных исследований по оценке эффективности КПТ у данной категории пациентов.

Цель. Оценить эффективность междисциплинарной программы, включающей КПТ, в лечении пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (тревогой, депрессией).

Материалы и методы. В исследование включены 176 пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (55 мужчин и 121 женщина), средний возраст 36,2±8,7 года. Со всеми пациентами проводилась клиническая беседа, неврологический осмотр и тестирование с помощью клинико-психологических методик. Пациентов рандомизировали в две группы: группа 1 получала стандартное лечение (фармакотерапию профилактическую и для купирования мигрени, рекомендации по образу жизни, физической активности в течение дня, дезинтоксикационную терапию при наличии лекарственно-индуцированной головной боли – ГБ) и КПТ в форме 10 индивидуальных очных сессий, направленных на лечение боли, улучшение эмоционального состояния и повседневной активности; группа 2 получала только стандартное лечение. У всех пациентов оценивали клинико-психологические показатели до лечения и на 3, 6, 12 и 24-м месяце после начала лечения.

Результаты. Через 3 мес лечения в группе 1 наблюдалось статистически значимое ($p<0,05$) улучшение: снижение частоты ГБ, частоты и кратности приема обезболивающих препаратов, показателей по шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность, шкале катастрофизации боли, шкале личностной и ситуативной тревоги Спилбергера–Ханина, шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований. Через 6, 12 и 24 мес от начала лечения достигнутые улучшения сохранились. В группе 2 через 3 мес лечения отмечалось статистически значимое улучшение только четырех показателей на 3-м месяце наблюдения – частоты ГБ, частоты и кратности приема обезболивающих препаратов, показателя по шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность. Но через 6, 12 и 24 мес наблюдения в группе 2 достигнутые улучшения не сохранились. Через 3 мес лечения клинического эффекта по ХМ (уменьшение частоты ГБ на 50% и более) в группе 1 достигли 74% пациентов, что статистически значимо больше, чем в группе 2 – 44% ($p<0,001$). Через 24 мес наблюдения в группе 1 клинический эффект по ХМ имели 80% пациентов, в группе 2 – 31%.

Заключение. Междисциплинарная программа, включающая КПТ, достоверно эффективнее стандартного лечения при ХМ и эмоциональных нарушениях в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: хроническая мигрень, эмоциональные нарушения, тревога, депрессия, лекарственно-индуцированная головная боль, коморбидные нарушения, лечение, междисциплинарный подход, когнитивно-поведенческая терапия

Для цитирования: Головачева В.А., Головачева А.А. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении пациентов с хронической мигренью и эмоциональными нарушениями: проспективное рандомизированное исследование с двухлетним периодом наблюдения. Consilium Medicum. 2024;26(11):745–751. DOI: 10.26442/20751753.2024.11.203055

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

Введение

Хроническая мигрень (ХМ) – это тяжелое заболевание, которое значимо снижает трудоспособность пациентов, приводит к избыточному приему обезболивающих препаратов (ОП), к многочисленным обследованиям и консультациям у врачей, к неоднократным вызовам бригад скорой медицинской помощи из-за сильных приступов головной боли (ГБ), к госпитализациям [1–5]. ХМ диагностируют при наличии ГБ с частотой 15 и более дней в месяц более 3 мес, при этом не менее 8 дней в месяц ГБ соответствуют приступам мигрени [6]. Распространенность ХМ в России составляет 6,8% общей популяции [7]. ХМ встречается в

2 раза чаще у женщин, чем у мужчин, наблюдаются два возрастных пика заболеваемости – 18–29 и 40–49 лет [8]. ХМ занимает 6-е место среди ведущих причин нетрудоспособности взрослого населения и относится к ГБ с самыми высокими финансовыми затратами для системы здравоохранения, включающими прямые и не прямые расходы [9, 10].

Трансформация мигрени из эпизодической в хроническую форму ежегодно происходит у 2,5% пациентов [8]. К факторам риска хронизации мигрени относятся злоупотребление ОП, избыточное употребление кофе, дефицит сна, ожирение, стресс, эмоциональные нарушения,

Информация об авторах / Information about the authors

✉ **Головачева Вероника Александровна** – канд. мед. наук, доц. каф. нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: xoxo.veronica@gmail.com

Головачева Анжелика Александровна – ассистент, аспирант каф. нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

✉ **Veronika A. Golovacheva** – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: xoxo.veronica@gmail.com; ORCID: 0000-0002-2752-4109

Anzhelika A. Golovacheva – Assistant, Graduate Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-2845-7323

Cognitive-behavioral therapy in the treatment of patients with chronic migraine and emotional impairment: A prospective randomized trial with a two-year follow-up period

Veronika A. Golovacheva[✉], Anzhelika A. Golovacheva

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

Background. Among patients with chronic migraine (CM), emotional disorders (anxiety, depression) are common, promoting the chronic course of migraine and making treatment challenging. Cognitive behavioral therapy (CBT) is promising in the complex treatment of patients with CM and emotional disorders. However, few randomized studies have been conducted to assess the effectiveness of CBT in this category of patients.

Aim. To evaluate the effectiveness of an interdisciplinary program, including CBT, in the treatment of patients with CM and emotional disorders (anxiety, depression).

Materials and methods. The study included 176 patients with CM and emotional disorders (55 males and 121 females), mean age 36.2 ± 8.7 years. All patients underwent clinical interviews, neurological examinations, and testing using clinical and psychological techniques. Patients were randomized into two groups: Group 1 received the standard of care (preventive and acute treatment pharmacotherapy, lifestyle recommendations, physical activity during the day, detoxification therapy in the presence of drug-induced headache – HA) and CBT in the form of 10 individual face-to-face sessions aimed at treating pain, improving emotional state and daily activity; Group 2 received only the standard of care. All patients were evaluated for clinical and psychological parameters before treatment and at 3, 6, 12, and 24 months after the start of treatment.

Results. After 3 months of treatment, a statistically significant ($p < 0.05$) improvement was observed in Group 1: a decrease in the HA frequency, the use frequency and daily doses of painkillers, points of the scale for assessing the effect of migraine on daily activity, the pain catastrophizing scale, the Spielberger-Khanin scale of personal and situational anxiety, the depression scale of the Center for Epidemiological Research. The improvements persisted after 6, 12, and 24 months from the start of treatment. After 3 months of treatment, Group 2 patients showed a statistically significant improvement in only four indicators at Month 3 of follow-up: the HA frequency, the use frequency and daily doses of painkillers, points of the scale for assessing the effect of migraine on daily activity. However, no improvements were observed after 6, 12, and 24 months of follow-up in Group 2. After 3 months of treatment, the clinical effect of CM (decrease in the HA frequency by 50% or more) in Group 1 was reported in 74% of patients vs 44% in Group 2, with a significant difference ($p < 0.001$). After 24 months of follow-up, 80% of patients in Group 1 had a clinical effect regarding CM, and 31% in Group 2.

Conclusion. An interdisciplinary program that includes CBT is significantly more effective than the standard of care for CM and emotional disorders in the short and long term.

Keywords: chronic migraine, emotional disorders, anxiety, depression, drug-induced headache, comorbid disorders, treatment, interdisciplinary approach, cognitive behavioral therapy

For citation: Golovacheva VA, Golovacheva AA. Cognitive-behavioral therapy in the treatment of patients with chronic migraine and emotional impairment: A prospective randomized trial with a two-year follow-up period. *Consilium Medicum*. 2024;26(11):745–751. DOI: 10.26442/20751753.2024.11.203055

особенности черт личности (перфекционизм, повышенная эмоциональная реактивность, нейротизм, сниженная стрессоустойчивость), инсомния, синдром апноэ во сне, скелетно-мышечные боли других локализаций [1, 8, 11]. Такие эмоциональные нарушения, как тревога и депрессия, одни из самых распространенных факторов хронизации мигрени. Наличие тревоги и депрессии не только провоцирует, но и поддерживает хроническое течение мигрени и усложняет процесс лечения пациентов. Единого терапевтического подхода для лечения пациентов с ХМ не разработано, а фармакотерапия, имеющая достоверную эффективность при ХМ, ограничивается тремя препаратами – моноклональными антителами к кальцитонин-ген-связанному пептиду и его рецепторам, ботулотоксинами типа А и топираматом [12–14]. Причем у пациентов с ХМ и коморбидными нарушениями данные препараты демонстрируют значимо меньшую эффективность [12].

Для лечения пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (тревогой, депрессией) перспективен междисциплинарный подход, включающий когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и стандартное лечение мигрени (фармакотерапию профилактическую и для купирования мигрени, рекомендации по образу жизни, физической активности в течение дня, дезинтоксикационную терапию при наличии лекарственно-индуцированной ГБ – ЛИГБ) [13]. В исследованиях зарубежных авторов и ранее опубликованных нами отмечен положительный эффект КПТ при ХМ, но нет данных о влиянии КПТ у пациентов с эмоциональными нарушениями, что и стало стимулом для настоящего исследования [13, 14].

Цель исследования – оценить эффективность междисциплинарной программы, включающей КПТ, в лечении па-

циентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (тревогой, депрессией).

Материалы и методы

Проспективное рандомизированное контролируемое исследование. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). В исследование включались пациенты, соответствующие критериям включения и не соответствующие критериям не включения. Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) пациент подписал информированное согласие на участие в исследовании;
- 2) возраст пациента от 18 до 65 лет включительно;
- 3) мужской или женский пол;
- 4) диагноз ХМ;
- 5) наличие симптомов депрессии (18 и более баллов) по шкале депрессии Центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ) и/или наличие тревоги (31 и более баллов) по шкале личностной (ЛТ) и ситуативной тревоги (СТ) Спилбергера–Ханина (ШЛСТ);

6) пациент проходит амбулаторное или стационарное лечение в Клинике нервных болезней ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет).

Критерии не включения пациентов в исследование:

- 1) беременность или кормление грудью;
- 2) наличие вторичной ГБ (кроме ЛИГБ);
- 3) наличие соматического, эндокринного или другого неврологического заболевания в стадии обострения или декомпенсации, которое превосходит по своей выраженности ХМ;
- 4) наличие тяжелого инфекционного заболевания;

5) наличие психического расстройства психотического регистра, требующего госпитализации в психиатрический стационар.

Критерии исключения пациентов из исследования:

- 1) беременность или кормление грудью;
- 2) обострение или дебют соматического, эндокринного, психического или другого неврологического заболевания, которое превосходит по своей выраженности ХМ;
- 3) нежелание пациента продолжать участие в исследовании.

Методы исследования пациентов. Диагностика ХМ и ЛИГБ проводилась на основании диагностических критериев Международной классификации ГБ 3-го пересмотра (МКГБ-3) и исключении вторичной ГБ [6]. До начала лечения со всеми пациентами, включенными в исследование, проводили клиническую беседу, тестирование с помощью клинико-психологических методик, неврологический осмотр. В клинической беседе определялись социально-демографические и клинико-психологические характеристики пациентов.

Для оценки интенсивности ГБ применялась Визуальная аналоговая шкала (ВАШ) [15]. Уровни ЛТ и СТ оценивались с помощью ШЛСТ [16], симптомы депрессии – с помощью ШДЦЭИ [17], представления пациентов о боли – с помощью шкалы катастрофизации боли (ШКБ) [18]. Влияние ХМ на повседневную активность оценивалось по Шкале оценки влияния мигрени на повседневную активность (ШОВМА) [19]. Всем пациентам предлагалось вести дневник ГБ в течение 24 мес.

Рандомизация и методы лечения пациентов. Все пациенты, включенные в исследование, рандомизированы с помощью метода случайных чисел в две терапевтические группы.

Пациенты группы 1 получали междисциплинарную программу лечения, включающую КПТ, стандартную терапию мигрени, стандартную терапию ЛИГБ (при наличии). Исследуемая междисциплинарная программа разработана на основании клинических рекомендаций по лечению мигрени, ЛИГБ, с учетом клинических рекомендаций по лечению тревожных и депрессивных расстройств, а также на основании результатов ранее опубликованных зарубежных клинических исследований по КПТ и междисциплинарным программам при мигрени, ХМ и собственного клинического опыта [13, 14, 20–35].

КПТ, направленная на лечение ХМ и цервикалгии, проходила в виде 10 индивидуальных сессий по 90 мин.

Структура программы по КПТ для лечения пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (тревогой, депрессией) включала:

- 1) информирование о ГБ, тревоге, депрессии, злоупотреблении ОП, факторах хронизации мигрени. Мотивирование пациента к предлагаемому лечению. Формулирование целей и этапов их достижения;
- 2) рекомендации по образу жизни, сну, активности, питанию. Рекомендации по приему ОП при ГБ и их отмене при злоупотреблении;
- 3) поведенческая активизация (повышение физической активности в течение дня, планирование социальной и профессиональной активности, обсуждение целей и преимуществ регулярных занятий по лечебной гимнастике, внесение их в график дня);
- 4) ведение дневников самонаблюдения и выполнение домашних заданий;
- 5) формирование представлений о взаимосвязи негативных, катастрофичных мыслей (например, «ГБ никогда не пройдет», «ГБ опасно терпеть»), негативных эмоций (например, тревога, страх, раздражительность, грусть, уныние), неприятных физических ощущений (например, ГБ, тошнота, головокружение) и дезадаптивного поведения (например, гиперкомпенсация – «прием ОП заранее, до раз-

вития ГБ», избегание – «замена занятия по лечебной гимнастике на просмотр сериала по интернету в телефоне»);

6) техники релаксации, упражнения по майндфулнесс;

7) когнитивная реструктуризация негативных автоматических мыслей о ГБ (изменение с помощью различных психологических техник негативных представлений о ГБ на альтернативные и более реалистичные представления о ГБ);

8) когнитивная реструктуризация негативных автоматических мыслей о теле и здоровье;

9) обучение навыкам по управлению такими модифицируемыми триггерами мигрени, как неблагоприятные режимы сна, неправильное питание, неадекватные двигательные режимы, избыточный прием ОП, эмоциональное перенапряжение, эмоциональная реактивность;

10) обучение способам преодоления стресса (поведенческие стратегии и функциональные способы мышления).

Пациенты группы 2 получали стандартное лечение, включающее стандартную терапию мигрени и ЛИГБ (при наличии), образовательную беседу о ГБ и цервикалгии. Стандартное лечение мигрени состояло из фармакотерапии профилактической и для купирования мигрени, рекомендаций по образу жизни. Лекарственная терапия мигрени назначалась с учетом клинических рекомендаций, предшествующего опыта лечения пациента, сопутствующих заболеваний, возможных побочных эффектов [13, 14]. Профилактическая фармакотерапия мигрени проводилась в течение 12 мес. Стандартное лечение боли дезинтоксикационной терапией включало следующие методы:

1) отмену ОП, принимаемых ранее пациентом в избыточном количестве;

2) терапию для облегчения симптомов отмены ОП (до 7 дней) – противорвотная терапия (метоклопрамид 10 мг 2–3 раза в день), терапия для ГБ «отмены» (альтернативный ненаркотический ОП, которым ранее пациент не злоупотреблял). При ЛИГБ, связанной с избыточным приемом рецептурных ОП или с приемом высоких доз ОП, в случаях рецидива ЛИГБ или опыта безуспешного отказа от избыточного приема ОП проводилась терапия дексаметазоном (8 мг на 250 мл физиологического раствора 1 раз в день в течение 5 дней) [32].

Оценка клинической эффективности лечения. Эффективность лечения оценивалась на 3, 6, 12 и 24-м месяце наблюдения по следующим параметрам: частота ГБ (количество дней с ГБ в месяц), влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМА, частота приема ОП (количество дней в месяц с ОП), кратность приема ОП (количество доз ОП в месяц), эмоциональное состояние по ШДЦЭИ и ШЛСТ, катастрофизация боли по ШКБ. Клинический эффект в лечении ХМ считался достигнутым, если частота ГБ уменьшалась на 50% и более.

В исследование включены 176 пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (55 мужчин и 121 женщина), средний возраст $36,2 \pm 8,7$ года. В группу 1 рандомизированы 88 пациентов (27 мужчин, 61 женщина, средний возраст $35,2 \pm 8,3$ года), в группу 2 – 88 пациентов (28 мужчин, 60 женщин, средний возраст $37,8 \pm 9,3$ года). Исходно, до лечения, группа 1 и группа 2 статистически значимо не различались по социально-демографическим и клинико-психологическим характеристикам (табл. 1).

Статистический анализ данных. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12. Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали по критерию Холмогорова–Смирнова и по критерию χ^2 . Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для статистического анализа и сравнения социально-демографических и клинико-психологических параметров в двух группах использовался t-критерий Стьюдента для не-

Таблица 1. Динамика клинико-психологических характеристик пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (тревогой, депрессией) на фоне лечения										
Показатели	Группа 1					Группа 2				
	до лечения	месяц после лечения				до лечения	месяц после лечения			
		3-й	6-й	12-й	24-й		3-й	6-й	12-й	24-й
Частота ГБ (количество дней в месяц), M±SD	22,4±6,5	10,2±5,1 ^a	8,4±5,6 ^a	6,2±4,3 ^a	5,1±3,2 ^a	23,7±7,5	13,2±8,4 ^b	16,5±9,2	18,6±8,7	18,9±9,4
Интенсивность ГБ по ВАШ, M±SD	8,9±0,4	8,1±1,1	8,2±0,6	8,2±0,7	8,1±0,6	9,1±0,6	8,5±1,5	8,6±1,4	8,9±0,8	9,2±0,5
Частота приема ОП (количество дней в месяц), M±SD	18,6±8,3	7,3±3,2 ^a	6,3±3,1 ^a	5,4±3,5 ^a	5,2±2,2 ^a	19,4±7,5	9,2±7,2 ^b	14,5±9,2	16,7±8,6	18,3±8,5
Кратность приема ОП (количество доз в месяц), M±SD	68,7±11,2	15,2±10,5 ^a	11,5±9,7 ^a	9,3±8,2 ^a	8,6±8,4 ^a	70,9±9,4	25,7±19,8 ^b	36,4±19,5	43,7±27,4	52,4±29,2
Влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМА, M±SD	46,2±21,7	11,2±6,8 ^a	8,3±3,9 ^a	7,6±4,5 ^a	6,4±4,1 ^a	49,4±28,4	20,7±14,5 ^b	27,4±15,6	34,5±17,5	38,5±18,1
Катастрофизация боли по ШКБ, M±SD	22,1±10,7	7,2±5,14 ^a	5,2±3,8 ^a	4,6±2,4 ^a	4,2±2,5 ^a	24,2±11,7	13,6±8,7	16,4±10,8	18,7±11,5	20,1±12,1
Депрессия по ШДЦЭИ, M±SD	25,4±10,5	6,7±4,6 ^a	6,4±3,2 ^a	5,2±3,4 ^a	5,0±3,2 ^a	24,6±9,4	15,1±8,5	17,2±8,7	19,4±10,2	20,3±9,23
СТ по ШЛСТ, M±SD	52,8±10,5	23,1±8,5 ^a	20,4±8,6 ^a	19,1±7,2 ^a	20,4±7,1 ^a	50,7±12,8	32,7±12,6	38,7±14,58	40,2±15,7	43,5±15,2
ЛТ по ШЛСТ, M±SD	50,2±14,4	26,1±9,7 ^a	25,3±8,2 ^a	27,8±7,4 ^a	24,4±6,5 ^a	49,9±15,2	32,7±11,5	36,8±15,4	36,2±16,3	38,2±15,2
Пациенты с клиническим эффектом по ХМ, абс. (%)	–	65 (74) ¹	70 (80) ²	70 (80) ³	70 (80) ⁴	–	39 (44) ¹	35 (39) ²	32 (36) ³	27 (31) ⁴
Примечания. M – среднее, SD – стандартное отклонение; *1 доза = 1 терапевтическая доза ОП; ^a статистически значимое различие между параметром после лечения и параметром до лечения в группе 1 (p<0,05); ^b статистически значимое различие параметра после лечения и параметра до лечения в группе 2 (p<0,05); ¹ статистически значимое различие по числу пациентов, достигших данного клинического эффекта, между группами 1 и 2 на 3-м месяце наблюдения (p<0,001 при 95% ДИ); ² статистически значимое различие по числу пациентов, достигших данного клинического эффекта, между группами 1 и 2 на 6-м месяце наблюдения (p<0,001 при 95% ДИ); ³ статистически значимое различие по числу пациентов, достигших данного клинического эффекта, между группами 1 и 2 на 12-м месяце наблюдения (p<0,001 при 95% ДИ); ⁴ статистически значимое различие по числу пациентов, достигших данного клинического эффекта, между группами 1 и 2 на 24-м месяце наблюдения (p<0,001 при 95% ДИ).										

связанных и связанных выборок, логистическая регрессия, порядковая логистическая регрессия, тест Пирсона χ^2 , дисперсионный анализ (ANOVA). Достоверность различий между группами по небинарным признакам считалась при $p<0,05$. При сравнении двух групп по бинарным признакам рассчитывались отношение шансов и 95% доверительный интервал (ДИ) при $p<0,001$.

Результаты

Исходно, до лечения, у всех пациентов были неправильные представления о причинах, методах лечения и прогнозе ГБ. Все пациенты ошибочно считали, что боли связаны с органической патологией шейного отдела позвоночника (остеохондрозом, межпозвонковыми грыжами, сдавлением невралных структур), с недостаточным кровоснабжением головного мозга из-за патологии сосудов, с какими-либо невыявленными новообразованиями головного мозга или с перенесенным в детстве сотрясением головного мозга. У всех пациентов были негативные, катастрофичные представления о прогнозе боли, например такие как «боль никогда не пройдет», «боль приведет к инвалидности», «такая сильная боль приведет к инсульту, деменции или тяжелому психиатрическому заболеванию». Все пациенты считали, что для лечения ГБ необходима только фармакотерапия. Все пациенты принимали ОП не менее 10 дней в месяц. Никто из пациентов не знал о факторах хронизации ГБ, о негативной связи ХМ и избыточного приема ОП, эмоцио-

нальных нарушений. Никому из пациентов ранее не проводилась КПТ ГБ.

ЛИГБ диагностирована у 64% (n=56) участников из группы 1 и у 66% (n=58) из группы 2. В группе 1 по результатам ШДЦЭИ легкая депрессия определялась у 44% (n=39) пациентов, умеренная – у 35% (n=31), тяжелая депрессия – у 20% (n=18). По данным ШЛСТ умеренная СТ выявлена у 18% (n=16), высокая СТ – у 82% (n=72), умеренная ЛТ – у 27% (n=24), высокая ЛТ – у 73% (n=64) пациентов. В группе 2 по результатам ШДЦЭИ депрессия отсутствовала у 8% (n=7) пациентов, легкая депрессия определялась у 48% (n=42) пациентов, умеренная депрессия – у 25% (n=22), тяжелая – у 19% (n=17). По данным ШЛСТ умеренная СТ выявлена у 11% (n=10), высокая СТ – у 89% (n=78), умеренная ЛТ – у 33% (n=29), высокая ЛТ – у 67% (n=59) участников исследования. Ни у кого из пациентов из групп 1 и 2 не было низких СТ и ЛТ.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, на фоне проводимого лечения в группе 1 наблюдалось статистически значимое улучшение всех клинико-психологических показателей (кроме интенсивности ГБ по ВАШ) в течение всего периода наблюдения за пациентами. В группе 2 через 3 мес лечения отмечалось статистически значимое улучшение только четырех показателей – частоты ГБ, частоты и кратности приема ОП, показателя по ШОВМА. С 6-го месяца наблюдения в группе 2 все клинико-психологические показатели (кроме интенсивности ГБ по ВАШ) ухудши-

лись до значений, которые статистически значимо не отличались от исходных показателей до начала лечения. Число пациентов, достигших клинического эффекта по ХМ и цервикалгии, статистически значимо больше в группе 1, чем в группе 2 на 3, 6, 12 и 24-м месяце наблюдения.

В результате лечения правильные представления о причинах и прогнозе ГБ, боли в шее сформировались и стабильно сохранялись в течение 24 мес наблюдения у 95% ($n=84$) пациентов из группы 1, что достоверно больше ($p<0,001$), чем в группе 2 – 28% ($n=25$) больных. В группе 1 значимо большее число пациентов следовали рекомендациям по образу жизни и физической активности в течение дня, чем в группе 2 (89%, $n=79$ и 34%, $n=30$ соответственно; $p<0,001$). К 24-му месяцу наблюдения продолжали злоупотреблять ОП и имели диагноз ЛИГБ 10% ($n=9$) пациентов в группе 1, что достоверно меньше ($p<0,001$), чем в группе 2 – 50% ($n=44$).

Обсуждение

В исследовании показана эффективность междисциплинарной программы, включающей КПТ, в лечении пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (тревогой, депрессией). Клиническая эффективность в лечении ХМ и эмоциональных нарушений достигнута у большинства (74%) пациентов к 3-му месяцу наблюдения. Длительное наблюдение в течение 24 мес позволило показать не просто стойкое сохранение эффекта у этих пациентов, но и увеличение числа достигших клинической эффективности до 80%. У пациентов, получавших междисциплинарную программу лечения с КПТ, улучшилось эмоциональное состояние (значимо снизились показатели тревоги и депрессии) уже к 3-му месяцу лечения, а достигнутый эффект сохранился в течение всего периода наблюдения (24 мес). Продемонстрировано, что междисциплинарная программа, включающая КПТ, достоверно превосходит стандартное лечение ХМ и эмоциональных нарушений (тревоги, депрессии) как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

КПТ – это психологический метод, который широко применяется в зарубежных университетских центрах и клиниках боли и имеет доказанную высокую эффективность в лечении инсомнии, хронических болевых синдромов, депрессии, тревожных расстройств, зависимостей, расстройств личности [36]. Добавление КПТ к стандартному лечению перечисленных нарушений позволяет повысить качество оказания медицинской помощи, что и показано в проведенном исследовании на примере пациентов с ХМ. Но в нашей стране КПТ практически не используется в неврологической практике. Необходимо обучение соответствующих специалистов, широкое информирование врачей и пациентов о возможностях и эффективности КПТ, создание государственных университетских клиник для лечения боли с применением КПТ.

У большинства пациентов с ХМ встречаются эмоциональные нарушения (тревога, депрессия), которые оказывают негативное влияние на течение мигрени и усложняют лечение [1, 37]. ХМ, тревога и депрессия – это патофизиологически взаимосвязанные состояния, оказывающие негативное влияние друг на друга. Среди пациентов с мигренью тревога или депрессия встречаются в 3–5 раз чаще, чем в общей популяции [1, 38–40]. А сочетание тревоги и депрессии среди пациентов с мигренью встречается в 10 раз чаще, чем в общей популяции [40]. Тревога и депрессия могут выступать не только факторами хронизации, но и факторами риска дебюта мигрени как заболевания. Интересен тот факт, что и сама мигрень может выступать фактором риска дебюта тревожного или депрессивного расстройства [38, 40]. При ХМ тревожные расстройства и депрессия встречаются в 3–4 раза чаще, чем при эпизодической мигрени. По данным различных эпидемиологических исследований среди пациентов с ХМ распростра-

ненность депрессии и тревожных расстройств достигает 50–60% [38, 41, 42]. Данные нашего исследования согласуются с данными предшествующих исследований: у большинства пациентов выявлена высокая тревога и выраженная депрессия. В совокупности с исследованиями других авторов, проведенное нами исследование подчеркивает, что эмоциональные нарушения являются типичными характеристиками пациентов с ХМ. Становится очевидным, что улучшение эмоционального состояния играет важную роль в лечении пациентов с ХМ.

В связи с этим мы проводили оптимизацию тактики ведения пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями. Рассмотрим механизмы терапевтического действия КПТ у таких пациентов. С помощью КПТ удастся корректировать факторы хронизации мигрени, что способствует ее обратной трансформации из хронической в эпизодическую форму. Подчеркнем, что у всех пациентов в проведенном исследовании были ошибочные представления о причинах, прогнозе и методах лечения ГБ. Пациенты считали, что ГБ является симптоматической (вторичной) и связана с какой-либо органической патологией, а прогноз заболевания неблагоприятен. Подобные ошибочные представления типичны для российских пациентов и продемонстрированы в ранее опубликованных исследованиях [20–25, 43]. Подобные представления приводят к развитию ошибочной негативной «внутренней картины болезни», которая способствует хронизации боли [43]. В КПТ ХМ выделяют два основных направления:

1) поведенческие методы, направленные на активизацию пациента, на нормализацию ночного сна и дневной активности, на индивидуальную профилактику приступов мигрени и умение справляться с ними;

2) когнитивные методы, с помощью которых работают с негативным мышлением в отношении болезни и жизненных перспектив пациента, с ошибочными представлениями о боли [20–25, 31, 44, 45].

В исследовании показано, что на фоне междисциплинарного лечения, включающего КПТ, статистически значимо снизились не только показатели по ГБ (ее частота, частота и кратность приема ОП, повседневная активность), но и показатели тревоги, депрессии, катастрофизации боли. На фоне стандартного лечения данные показатели статистически значимо не менялись. Удалось устойчиво сформировать правильные представления о причинах и прогнозе ХМ, приверженность рекомендациям по образу жизни и физической активности в течение дня у преобладающего большинства пациентов, получавших КПТ, и только у 1/3 пациентов со стандартным лечением. Вероятно, с устойчивой нормализацией представлений о ГБ и факторах хронизации, с формированием адаптивных поведенческих стратегий в отношении боли, повышением физической активности, улучшением эмоционального состояния на фоне КПТ связано длительное поддержание достигнутого клинического эффекта.

В соответствии с российским руководством по лечению мигрени КПТ рекомендуется пациентам с мигренью и сопутствующими тревожно-депрессивными расстройствами [14]. Данная рекомендация имеет уровень убедительности 1А, но относится к пациентам с эпизодической мигренью. Уровень убедительности для рекомендации КПТ при самой ХМ в сочетании или без сопутствующих психических нарушений пока не установлен.

Ранее проведенные зарубежные клинические исследования показали эффективность КПТ при ХМ в отношении уменьшения частоты ГБ и улучшения эмоционального состояния [26–31, 44, 45]. Однако все они имели те или иные ограничения: малое число включенных пациентов, короткий период наблюдения за ними, отсутствие рандомизации и контрольной группы, неоднородность групп по диагнозу (включали пациентов с разной частотой мигрени и/или с

другими ГБ) и/или отсутствие данных о числе пациентов, достигших клинического эффекта, т.е. уменьшения частоты ГБ в месяц на 50% и более, отсутствие данных о катастрофизации боли, о представлениях пациентов о причинах и прогнозе заболевания. В настоящем исследовании КПТ направлена не только на ГБ, но и на эмоциональные нарушения. В сравнении с большинством других ранее проведенных исследований по КПТ при ХМ, наше исследование включало больше сессий по КПТ (10 встреч), сессии длились дольше (90 мин), контакт с пациентами сохранялся в течение более долгого периода (24 мес). Вероятно, с этим связан более высокий уровень клинического улучшения пациентов с ХМ в сравнении с работами других авторов.

В связи с недостаточным количеством рандомизированных контролируемых исследований по КПТ при ХМ систематические обзоры и метаанализы по эффективности КПТ при ХМ отсутствуют, а опубликованные посвящены изучению эффективности психологических методов в целом при мигрени или мигрени и ГБ напряжения, КПТ при мигрени различной частоты или первичных ГБ в целом [26–30]. Данные публикации показывают эффективность психологических методов (в частности, КПТ) в сокращении частоты ГБ и ее влияния на повседневную активность, в уменьшении тревоги и депрессии у пациентов с мигренью, что подтверждено и нашим исследованием.

В России клиническое изучение эффективности КПТ при ХМ ограничено собственными исследованиями, так как нет других специализированных государственных университетских центров боли и подготовленных специалистов по КПТ при ХМ. Имеются публикации собственных клинических исследований и наблюдений [20–25]. Представленное исследование – это первое отечественное исследование по оценке эффективности междисциплинарного лечения, включающего КПТ, у пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями. Преимущества настоящего исследования: однородность включенных пациентов по диагнозу ХМ, достаточный объем выборки, наличие рандомизации и группы сравнения, длительный период наблюдения (24 мес), оценка числа пациентов, достигших клинического эффекта по ХМ в соответствии с общепринятыми критериями. К ограничениям исследования относятся его выполнение в одном центре и проведение КПТ одним специалистом, поэтому целесообразно выполнение многоцентрового исследования с проведением КПТ разными специалистами.

Заключение

В лечении пациентов с ХМ и эмоциональными нарушениями (тревогой, депрессией) междисциплинарная программа, включающая КПТ, достоверно превосходит стандартное лечение по клинической эффективности в краткосрочной и долгосрочной перспективе. С помощью междисциплинарной программы удается значимо улучшить эмоциональное состояние (снизить тревогу, симптомы депрессии), повседневную активность и представления о боли, частоту и кратность приема ОП у данных пациентов.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE cri-

teria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования одобрен локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), протокол №10-19 от 17.07.2019. Одобрение и процедуру проведения протокола получали по принципам Хельсинкской декларации.

Compliance with the principles of ethics. The study protocol was approved by the local ethics committee of Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (Minutes No. 10-19 dated 17.07.2019). Approval and protocol procedure was obtained according to the principles of the Declaration of Helsinki.

Литература/References

1. Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neurol Clin.* 2019;37(4):631-49. DOI:10.1016/j.ncl.2019.06.001
2. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. Headache-attributed burden and its impact on productivity and quality of life in Russia: structured health care for headache is urgently needed. *Eur J Neurol.* 2014;21(5):758-65. DOI:10.1111/ene.12380
3. Steiner TJ, Scher AI, Stewart WF, et al. The prevalence and disability burden of adult migraine in England and their relationships to age, gender and ethnicity. *Cephalalgia.* 2003;23:19-27. DOI:10.1046/j.1468-2982.2003.00568.x
4. Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Диагностика хронической мигрени и коморбидных неврологических расстройств в реальной клинической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(15):23-30 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Diagnosis of chronic migraine and comorbid neurological disorders in real-life clinical practice. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(15):23-30 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2024-15-23-30
5. Головачева ВА, Головачева АА, Таршилова АР, Осипова ВВ. Типичная практика лечения пациентов с хронической мигренью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(15):31-7 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Tarshilova AR, Osipova VV. Typical clinical practice of treating patients with chronic migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(15):31-7 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2024-15-31-37
6. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1-211. DOI:10.1177/0333102417738202
7. Ayzenberg I, Katsarava Z, Sborowski A, et al. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia.* 2012;32(5):373-81. DOI:10.1177/0333102412438977
8. Torres-Ferrús M, Ursitti F, Alpuente A, et al. From transformation to chronification of migraine: pathophysiological and clinical aspects. *J Headache Pain.* 2020;21(1):42. DOI:10.1186/s10194-020-01111-8
9. Steiner TJ, Birbeck GL, Jensen RH, et al. Headache disorders are third cause of disability worldwide. *J Headache Pain.* 2015;16:58. DOI:10.1186/s10194-015-0544-2
10. Linde M, Gustavsson A, Stovner LJ, et al. The cost of headache disorders in Europe: the Eurolight project. *Eur J Neurol.* 2012;19(5):703-11. DOI:10.1111/j.1468-1331.2011.03612.x
11. Buse DC, Greisman JD, Baigi K, Lipton RB. Migraine Progression: A Systematic Review. *Headache.* 2019;59(3):306-38. DOI:10.1111/head.13459
12. Frank F, Ulmer H, Sidoroff V, Broessner G. CGRP-antibodies, topiramate and botulinum toxin type A in episodic and chronic migraine: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia.* 2021;41(11-12):1222-39. DOI:10.1177/03331024211018137
13. Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р., и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2020;12(4):4-14 [Filatova EG, Osipova VV, Tabeeva GR, et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2020;12(4):4-14 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2020-4-4-14

14. Мигрень. Клинические рекомендации Минздрава России. 2021. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/295_2. Ссылка активна на 24.09.2024 [Migren'. Klinicheskie rekomendatsii Minzdrava Rossii. 2021. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/295_2. Accessed: 24.09.2024 (in Russian)].
15. Modarresi S, Lukacs MJ, Ghodrati M, et al; CATWAD Consortium Group. A Systematic Review and Synthesis of Psychometric Properties of the Numeric Pain Rating Scale and the Visual Analog Scale for Use in People With Neck Pain. *Clin J Pain*. 2021;38(2):132-48. DOI:10.1097/AJP.0000000000000999
16. Julian LJ. Measures of anxiety: State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Beck Anxiety Inventory (BAI), and Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety (HADS-A). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(Suppl. 11(0 11)):S467-72. DOI:10.1002/acr.20561
17. Henry SK, Grant MM, Cropsey KL. Determining the optimal clinical cutoff on the CES-D for depression in a community corrections sample. *J Affect Disord*. 2018;234:270-5. DOI:10.1016/j.jad.2018.02.071
18. Ikemoto T, Hayashi K, Shiro Y, et al. A systematic review of cross-cultural validation of the pain catastrophizing scale. *Eur J Pain*. 2020;24(7):1228-41. DOI:10.1002/ejp.1587
19. Stewart WF, Lipton RB, Dowson AJ, Sawyer J. Development and testing of the Migraine Disability Assessment (MIDAS) Questionnaire to assess headache-related disability. *Neurology*. 2001;56(6 Suppl. 1):S20-8. DOI:10.1212/wnl.56.suppl.1.s20
20. Головачева В.А., Головачева А.А. Лечение хронической мигрени и боли в шее с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Клинический случай. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7 [Golovacheva VA, Golovacheva AA. Treatment of chronic migraine and neck pain with cognitive-behavioral therapy. Case report. *Consilium Medicum*. 2021;23(11):852-7 (in Russian)]. DOI: 10.26442/20751753.2021.11.201137
21. Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А., и др. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(1):74-80 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA, et al. Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(1):74-80 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2021-1-74-80
22. Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив*. 2021;93(12):1528-32 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. *Terapevticheskii Arkhiv (Ter. Arkh.)*. 2021;93(12):1528-32 (in Russian)]. DOI:10.26442/00403660.2021.12.201247
23. Головачева В.А., Головачева А.А., Фатеева Т.Г., Парфенов В.А. Когнитивно-поведенческая терапия при хронической мигрени и сочетанной хронической инсомнии: проспективное рандомизированное исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2024;124(5 Вып. 2):110-7 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Parfenov VA. Cognitive behavioral therapy in the treatment of patients with chronic migraine and concomitant chronic insomnia: a prospective, randomized trial. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2024;124(5 Вып. 2):110-7 (in Russian)]. DOI:10.17116/jnevro2024124052110
24. Головачева В.А. Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. *Медицинский Совет*. 2023;3(3):68-76 [Golovacheva VA. Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy. *Medical Council*. 2023;3(3):68-76 (in Russian)]. DOI:10.21518/ms2023-080
25. Головачева В.А. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский Совет*. 2023;10(8):80-8 [Golovacheva VA. Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache. *Medical Council*. 2023;10(8):80-8 (in Russian)]. DOI:10.21518/ms2023-216
26. Bae JY, Sung HK, Kwon NY, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina (Kaunas)*. 2021;58(1):44. DOI:10.3390/medicina58010044
27. Harris P, Loveman E, Clegg A, et al. Systematic review of cognitive behavioural therapy for the management of headaches and migraines in adults. *Br. J. Pain*. 2015;9(4):213-24.
28. Probyn K, Bowers H, Mistry D, et al. Non-pharmacological self-management for people living with migraine or tension-type headache: a systematic review including analysis of intervention components. *BMJ Open*. 2017;7(8):e016670. DOI:10.1136/bmjopen-2017-016670
29. Lee HJ, Lee JH, Cho EY, et al. Efficacy of psychological treatment for headache disorder: a systematic review and meta-analysis. *J Headache Pain*. 2019;20(1):17. DOI:10.1186/s10194-019-0965-4
30. Sharpe L, Dudeney J, Williams ACC, et al. Psychological therapies for the prevention of migraine in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;7(7):CD012295. DOI:10.1002/14651858.CD012295.pub2
31. Onur OS, Ertem DH, Karsidag C, et al. An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. *Cogn Neurodyn*. 2019;13(2):183-9. DOI:10.1007/s11571-019-09519-y
32. Табеева Г.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г., и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(1):4-13 [Tabeeva GR, Osipova VV, Filatova EG, et al. Evaluation and treatment of medication-overuse headache: Russian experts' guidelines. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(1):4-13 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2022-1-4-13
33. Депрессивный эпизод. Рекуррентное депрессивное расстройство. Клинические рекомендации Минздрава России. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/301_3. Ссылка активна на 24.09.2024 [Depressivnyi epizod, Rekurrentnoe depressivnoe rasstroistvo. Klinicheskie rekomendatsii Minzdrava Rossii. 2024. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/301_3. Accessed: 24.09.2024 (in Russian)].
34. Тревожно-фобические расстройства. Клинические рекомендации Минздрава России. 2024. Режим доступа: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/455_3. Ссылка активна на 24.09.2024 [Trevozhno-fobicheskie rasstroistva. Klinicheskie rekomendatsii Minzdrava Rossii. 2024. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/455_3. Accessed: 24.09.2024 (in Russian)].
35. Генерализованное тревожное расстройство. Клинические рекомендации Минздрава России. 2024. Доступно по ссылке: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/457_3. Ссылка активна на 24.09.2024 [Generalizovannoe trevozhnoe rasstroistvo. Klinicheskie rekomendatsii Minzdrava Rossii. 2024. Available at: https://cr.minzdrav.gov.ru/recommend/457_3. Accessed: 24.09.2024 (in Russian)].
36. Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14(1):16-20. DOI:10.1177/1745691618804187
37. Torelli P, D'Amico D. An updated review of migraine and co-morbid psychiatric disorders. *Neurol Sci*. 2004;25(Suppl. 3):S234-5. DOI:10.1007/s10072-004-0294-4
38. Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, et al. Headache and major depression: is the association specific to migraine? *Neurology*. 2000;54(2):308-13. DOI:10.1212/wnl.54.2.308
39. Minen MT, Begasse De Dhaem O, Kroon Van Diest A, et al. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016;87(7):741-9. DOI:10.1136/jnnp-2015-312233
40. Peres MFP, Mercante JPP, Tobo PR, et al. Anxiety and depression symptoms and migraine: a symptom-based approach research. *J Headache Pain*. 2017;18(1):37. DOI:10.1186/s10194-017-0742-1
41. Merikangas KR, Angst J, Isler H. Migraine and psychopathology. Results of the Zurich cohort study of young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47(9):849-53. DOI:10.1001/archpsyc.1990.01810210057008
42. Buse DC, Silberstein SD, Manack AN, et al. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013;260(8):1960-9. DOI:10.1007/s00415-012-6725-x
43. Головачева В.А., Головачева А.А., Фатеева Т.Г., Володарская Е.А. «Внутренняя картина болезни» у пациентов с хронической мигренью: когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(1):28-35 [Golovacheva VA, Golovacheva AA, Fateeva TG, Volodarskaya EA. Illness perception in patients with chronic migraine: cognitive, emotional and behavioral aspects. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(1):28-35 (in Russian)]. DOI:10.14412/2074-2711-2023-1-28-35
44. Smitherman TA, Walters AB, Davis RE, et al. Randomized Controlled Pilot Trial of Behavioral Insomnia Treatment for Chronic Migraine With Comorbid Insomnia. *Headache*. 2016;56(2):276-91. DOI:10.1111/head.12760
45. Knapp TW. Treating migraine by training in temporal artery vasoconstriction and/or cognitive behavioral coping: a one-year follow-up. *J Psychosom Res*. 1982;26(5):551-7. DOI:10.1016/0022-3999(82)90096-4

Статья поступила в редакцию / The article received: 01.10.2024

Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.11.2024



OMNIDOCTOR.RU