

Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли

В.А. Головачева[✉], <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoxo.veronica@gmail.com

Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1

Резюме

Описан клинический случай ведения пациентки с хронической мигренью (ХМ), лекарственно-индуцированной головной болью (ЛИГБ), генерализованным тревожным расстройством. Показано влияние генетических (наследственной предрасположенности к развитию зависимости, тревожного расстройства), биологических (приступы мигрени с подросткового возраста, избыточный прием обезболивающих), психологических (стрессы, развитие генерализованного тревожного расстройства, катастрофизация боли), социальных факторов (отсутствие рационально поддерживающей семейной среды) на формирование клинической картины ХМ. Продемонстрирован современный, научно обоснованный подход к составлению плана лечения пациента с ХМ и сочетанными ЛИГБ, генерализованным тревожным расстройством. Для лечения пациентки была разработана и успешно применена междисциплинарная программа, включающая отмену обезболивающих препаратов, из-за которых развилась ЛИГБ, симптоматическую фармакотерапию периода отмены, альтернативный препарат для купирования головной боли с ограниченным количеством доступных для пациентки доз и кратностей приема, профилактическую фармакотерапию ХМ, фармакотерапию сочетанного генерализованного тревожного расстройства, психологические методы – когнитивно-поведенческую терапию (КПТ) и майндфулнесс. В соответствии с данными последних исследований майндфулнесс помогает пациентам с ЛИГБ успешно преодолевать период отмены обезболивающих препаратов, эффективность майндфулнесса сопоставима с эффективностью профилактической фармакотерапии в период отмены обезболивающих препаратов. Терапия майндфулнесс была включена в структуру сессий по КПТ. С помощью КПТ удалось заменить неправильные представления пациентки о своем заболевании, дезадаптирующие формы поведения в отношении боли и тревоги на альтернативные, реалистичные представления о своем заболевании, адаптивные формы поведения в отношении боли и тревоги. В результате междисциплинарного лечения уже через 3 мес. произошла трансформация мигрени из хронической в эпизодическую, регрессировала ЛИГБ, значимо улучшилось эмоциональное состояние. Наблюдение за пациенткой проводилось в течение 12 мес. и показало стойкий положительный эффект.

Ключевые слова: хроническая мигрень, лекарственно-индуцированная головная боль, тревога, лечение, когнитивно-поведенческая терапия, майндфулнесс, психологические методы

Для цитирования: Головачева В.А. Междисциплинарное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию и майндфулнесс, при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли. *Медицинский совет.* 2023;17(10):80–88. <https://doi.org/10.21518/ms2023-216>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache

Veronika A. Golovacheva[✉], <https://orcid.org/0000-0002-2752-4109>, xoxo.veronica@gmail.com

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia

Abstract

The presented clinical case describes the management of a patient with chronic migraine (CM), drug-induced headache (LIH), and generalized anxiety disorder. It shows the influence of genetic factors (hereditary predisposition to the development of addiction, anxiety disorder), biological factors (migraine attacks from adolescence, overuse of painkillers), psychological factors (stress, development of generalized anxiety disorder, pain catastrophizing), social factors (lack of rational supportive family environment) on the clinical picture of CM.

A modern, evidence-based approach to the preparation of a treatment plan for a patient with CM and concomitant LIH and generalized anxiety disorder has been demonstrated. The interdisciplinary plan was developed and successfully applied for the treatment of the patient. It included withdrawal of painkillers, due to which LIH developed, symptomatic pharmacotherapy for the withdrawal period, an alternative drug for the relief of headache with a limited number of doses and dosage frequency allowed to the patient, prophylactic pharmacotherapy for CM, pharmacotherapy for the concomitant generalized anxiety disorder, and psychological methods such as cognitive behavioural therapy (CBT) and mindfulness. Recent studies showed that mindfulness helps patients with LIH successfully overcome the period of painkiller withdrawal, the effectiveness of mindfulness is comparable to the effectiveness of preventive pharmacotherapy during the period of pain killer withdrawal. Mindfulness therapy was included in the structure of the CBT sessions. The CBT helped to replace the patient's misperceptions of her disease and maladaptive behaviour towards pain and anxiety with alternative, realistic ideas about her disease, adaptive behaviour towards pain and anxiety. The interdisciplinary treatment resulted in the conversion from chronic to episodic migraine, regression of LIH, and significant improvement of her emotional state in just 3 months. At the 12-month follow-up the treatment showed a persistent positive effect.

Keywords: chronic migraine, drug-induced headache, anxiety, treatment, cognitive behavioral therapy, mindfulness, psychological methods

For citation: Golovacheva V.A. Interdisciplinary treatment including cognitive behavioral therapy and mindfulness for chronic migraine and drug-induced headache. *Meditinskiy Sovet*. 2023;17(10):80–88. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-216>.

Conflict of interest: the author declare no conflict of interest.

ВВЕДЕНИЕ

Хроническая мигрень (ХМ) – самая распространенная причина хронической ежедневной головной боли [1]. ХМ – заболевание, которое развивается из эпизодической формы мигрени и поражает людей преимущественно молодого и среднего возраста. Ежегодно у 3% пациентов эпизодическая мигрень трансформируется в ХМ под воздействием различных факторов [2]. Один из самых распространенных факторов хронизации мигрени – регулярный избыточный прием обезболивающих препаратов. В специализированных центрах по лечению головной боли 80% пациентов с ХМ принимают избыточное количество обезболивающих препаратов [1]. При длительном (более 3 мес.), регулярном (ежемесячно), избыточном (15 и более дней в месяц простых анальгетиков или 10 и более в месяц других анальгетиков) приеме обезболивающих препаратов на фоне какой-либо головной боли развивается лекарственно-индуцированная головная боль (ЛИГБ) [3]. ЛИГБ всегда развивается на фоне какой-либо исходно формы головной боли, чаще всего – на фоне мигрени и головной боли напряжения [4]. ХМ и ЛИГБ оказывают значимое негативное влияние на все сферы жизни пациента, несут существенное социально-экономическое бремя, инвалидизируют пациента [5].

Лечение пациентов с ХМ и ЛИГБ продолжает обсуждаться [6, 7]. На сегодняшний день нет лекарственных препаратов, которые обладают достоверно высокой эффективностью в лечении ЛИГБ как самостоятельного заболевания [4]. Единственно эффективный метод лечения ЛИГБ как заболевания – это отмена обезболивающих препаратов, которые ранее принимались в избытке и привели к развитию данной головной боли [8]. При этом данный метод все равно остается дискуссионным: эксперты продолжают исследовать и обсуждать подходы к отмене обезболивающих препаратов. До сих пор неясно, нужно ли полностью отменять виновные обезболивающие препараты, или достаточно сократить их прием,

профилактическую фармакотерапию нужно назначать с первого дня отмены виновных обезболивающих препаратов или через 1 мес. после их отмены [7–12]. Среди пациентов с ЛИГБ выделяют тех, кто имеет психиатрические проблемы, соответствующие зависимости от обезболивающих препаратов и усложняющие лечение [13–16]. Опубликованы исследования, в которых у пациентов с ЛИГБ показана эффективность психологического метода – майндфулнесса в период отмены виновных обезболивающих препаратов, при этом эффективность данного метода сравнима с эффективностью профилактической фармакотерапии в период отмены [17–21].

При ХМ только три лекарственных средства (топирамат, моноклональные антитела, ингибирующие кальцитонин ген-родственный пептид (CGRP) и ботулотоксин типа А) показали свою достоверную эффективность при ХМ [4, 6, 22, 23]. Но данные препараты помогают только части пациентов с ХМ, само заболевание гетерогенно по патогенезу и в преобладающем большинстве случаев сочетается с коморбидными заболеваниями, отягощающими течение мигрени: болями других локализаций, фибромиалгическим синдромом, инсомнией, ЛИГБ, расстройствами личности, депрессией, тревожными расстройствами, синдромом раздраженного кишечника, бронхиальной астмой, атопическим дерматитом [24, 25]. В связи с этим ХМ рассматривается как биопсихосоциальная проблема, для решения которой целесообразно применение не только лекарственных, но и психологических методов. Результаты проведенных исследований демонстрируют клиническую эффективность когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в лечении пациентов с ХМ в сочетании и без ЛИГБ [26, 27].

Важно отметить, что российские исследования по психологическим методам при ХМ и ЛИГБ единичны, при этом показатели распространенности ХМ и ЛИГБ в российской популяции высоки [28]. Однако их использование может дать выраженный положительный эффект, что демонстрирует следующее клиническое наблюдение.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациентка Н. 34 лет обратилась в Клинику нервных болезней (КНБ) им. А.Я. Кожевникова с жалобой на ежедневную головную боль. В ходе беседы выяснилось, что ее беспокоят и другие симптомы: боли в шее, тревожность, раздражительность, плаксивость, сниженное настроение, эпизоды ощущения сердцебиения и подъемов артериального давления (АД) до 150/90 мм рт. ст., несистемного головокружения, утомляемость. Пациентка замужем, есть сын 4 лет.

Пациентка считает себя больной в течение последних трех лет, когда участились головные боли и ухудшилось эмоциональное состояние. Пациентка сообщила, что наблюдается у психиатра в течение последних 7 мес., поставлен диагноз «Генерализованное тревожное расстройство», проводился подбор терапии антидепрессантами, получает сертралин 50 мг утром в течение 5,5 мес. На фоне терапии сертралином пациентка отмечает улучшение эмоционального состояния, снижение выраженности психовегетативных симптомов, но болевой синдром остается без улучшений, в связи с чем психиатр рекомендовал пациентке обратиться к неврологу для решения вопроса о лечении головной боли.

Головные боли беспокоят пациентку с подросткового возраста. Ранее головная боль была эпизодической (от 1 до 4 дней в месяц). По клинической картине описанные головные боли соответствовали мигрени без ауры и головной боли напряжения, однако до обращения в КНБ диагноз мигрени пациентке никогда не ставился. Четыре года назад пациентка перенесла смерть близких людей (дедушки, тети), в течение нескольких лет регулярно возникают ссоры с мужем. В течение последних трех лет головные боли стали частыми, появились эпизоды ощущения сердцебиения, подъема АД и несистемного головокружения, ухудшилось эмоциональное состояние. С увеличением частоты головной боли увеличивалась частота приема обезболивающих препаратов (комбинированных анальгетиков, нестероидных противовоспалительных средств). За последний год головные боли стали ежедневными, при этом в одном месяце – 8–10 дней с мигренью без ауры, а остальные дни – с головной болью напряжения или «фоновой» тяжестью в голове. В течение последнего года пациентка принимает обезболивающие препараты более 10 дней в месяц, за последние 6 мес. принимает обезболивающие ежедневно до 40 доз в месяц, при этом эффективность обезболивающих препаратов снизилась. Пациентка признается, что принимает обезболивающие препараты даже при легкой головной боли или при ощущении тяжести в голове, т. к. боится наступления приступа интенсивной головной боли.

До обращения к психиатру и в КНБ пациентка прошла обследования у кардиолога, эндокринолога, консультировалась у других неврологов. Кардиологической и эндокринной патологии не выявлено. На МРТ головы – без патологии, на МРТ шейного отдела позвоночника – дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, протрузия С4–С5 межпозвонкового диска. Ранее

головную боль и головокружения ошибочно расценивали как проявления остеохондроза шейного отдела позвоночника, вертебробазиллярной недостаточности. Ранее пациентке назначались курсы сосудистых и ноотропных препаратов (без эффекта), гидроксизин на 1,5 мес. (с временным улучшением состояния), amitriptylin на 1,5 мес. (без существенного эффекта, но с развитием побочных эффектов – выраженная сухость во рту, запоры, повышение массы тела на 3 кг). В связи с неправильной и неэффективной тактикой ведения у пациентки сложились ошибочные представления о тяжести и неизлечимости заболевания.

Наследственный анамнез: мама пациентки тревожная, с паническими атаками в анамнезе, отец пациентки страдал алкоголизмом, а брат пациентки практически ежедневно употребляет пиво, увлекается видеоиграми (жена брата жалуется, что тот может потратить всю зарплату на покупку видеоигр). Гинекологический анамнез: без патологии, первая беременность, первые естественные роды.

При обследовании в соматическом статусе: без патологии. В неврологическом статусе: без очаговой неврологической симптоматики. В нейроортопедическом статусе: напряженность и болезненность перикраниальных мышц при пальпации. Выявлены высокая личностная тревога (58 баллов) и высокая ситуативная тревога (50 баллов) по шкале личностной и ситуативной тревоги Спилберга – Ханина, умеренные (18 баллов) симптомы депрессии по шкале депрессии Бека, умеренная (20 баллов) зависимость от обезболивающих препаратов по Лидскому опроснику зависимости, выраженное (22 балла) ограничение повседневной активности из-за головной боли по шкале MIDAS, высокая (37 баллов) катастрофизация боли по Шкале катастрофизации боли.

На основании клинической картины заболевания, данных объективного осмотра, диагностических критериев МКГБ-3 [3], с учетом предшествующей консультации психиатра пациентке поставлен клинический диагноз «ХМ. ЛИГБ. Цервикалгия. Перикраниальный мышечно-тонический болевой синдром. Генерализованное тревожное расстройство».

Пациентке был предложен следующий план лечения: 1) продолжение приема сертралина в дозе 50 мг утром (длительностью до 12 мес.); 2) прием метопролола по 25 мг утром и вечером (длительностью до 12 мес.); 3) отмена обезболивающих препаратов, виновных в формировании ЛИГБ; 4) элетриптан 40 мг для купирования приступа мигрени с учетом ограничения частоты приема препарата до 8 дней в месяц (в целях профилактики развития нового вида ЛИГБ, ассоциированной с приемом триптанов); 5) симптоматическая фармакотерапия периода отмены: при выраженной тошноте в приступ мигрени – метоклопрамид 5–10 мг за 15–20 мин до приема триптана, а в период отмены обезболивающих препаратов при появлении симптомов отмены (при выраженной тошноте) – метоклопрамид по 5–10 мг два раза в день (до 5 дней); 6) КПТ в течение 10 нед. (одна индивидуальная сессия один раз в неделю); 7) майндфулнесс

по программе Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy (в переводе с англ. «Терапия для преодоления стресса на основе майндфулнесса») в течение 8 нед. (1 занятие один раз неделю в составе КПТ-сессий); 8) рекомендации по образу жизни (режим дня и отдыха, питание, физическая активность) и лечебная гимнастика (самостоятельное ежедневное выполнение по 15 мин два раза в день по инструкции специалиста).

Продолжительность каждой сессии КПТ составляла 1,5 ч и включала образовательные беседы с пациенткой о заболевании, определение ошибочных, негативных мыслей пациентки о заболевании и их замену на альтернативные, более реалистичные с помощью специальных КПТ-методик, выявление дезадаптивных форм поведения в отношении болезни и их замену на адаптивные, способствующие выздоровлению формы с помощью специальных КПТ-методик, обучение новым эффективным навыкам преодоления боли и стрессовых ситуаций. Восемь сессий КПТ включали информирование о майндфулнессе, обучение и выполнение специальных упражнений по майндфулнессу. Протоколы сессий по КПТ были разработаны на основании КПТ-программ, применяемых в зарубежных университетских клиниках для лечения ХМ [26, 27], с существенной модификацией, с учетом особенностей пациентов, обращающихся в специализированный университетский центр лечения боли (в КНБ) [29, 30]. Программа по майндфулнессу, включенная в сессии КПТ, была разработана на основании одной из самых известных и эффективных терапевтических программ по майндфулнессу – Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy (в переводе с англ. «Терапия для снижения стресса на основе майндфулнесса»). Структура сессий КПТ, проводимых пациентке Н., представлена на *рисунке*.

Клиническая эффективность лечения ХМ и ЛИГБ была отмечена уже через 3 мес. от начала лечения: частота головной боли уменьшилась с 30 до 10 болевых дней за месяц, которые были расценены как 4 приступа мигрени и 6 приступов головной боли напряжения. Все приступы мигрени пациентка купировала с помощью 40 мг элетриптана, а приступы головной боли напряжения – с помощью физических упражнений. При неврологическом осмотре наблюдалось значимое уменьшение напряжения перикраниальных мышц и безболезненность при пальпации. Соматические проявления тревоги регрессировали к 6-му мес.

Уменьшение дней с головной болью и количества принимаемых обезболивающих препаратов, улучшение эмоционального состояния, повседневной активности в течение дня, снижение зависимости от обезболивающих препаратов, уровня катастрофизации боли на фоне лечения и в течение 12 мес. наблюдения показаны в *таблице*.

В результате лечения у пациентки Н. ХМ трансформировалась в эпизодическую мигрень, ЛИГБ регрессировала, активность в течение дня существенно повысилась. Пациентку не беспокоят симптомы тревожного расстройства. Наблюдение за пациенткой в течение 12 мес. показало, что достигнутые клинические улучшения устойчивы во времени.

ОБСУЖДЕНИЕ

Клинический случай демонстрирует типичную историю болезни пациента с ХМ и ЛИГБ [30–35]. Головные боли начались с подросткового возраста, а под действием факторов хронизации произошло учащение головных болей и трансформация мигрени из эпизодической в хроническую. У пациентки Н. наблюдались следующие факторы хронизации мигрени: стрессовые события (смерть близких людей, конфликты с мужем в течение последних нескольких лет), психические заболевания (генерализованное тревожное расстройство по заключению психиатра), длительный избыточный прием обезболивающих препаратов (ежедневный прием обезболивающих препаратов на момент обращения в КНБ), катастрофизация боли (ошибочные негативные представления пациентки о своем заболевании). Перечисленные факторы типичны для пациентов с ХМ [36, 37].

Ранее пациентка обращалась в другие медицинские учреждения, но ее головная боль ошибочно расценивалась как вторичная, связанная с патологией шейного отдела позвоночника и кровообращения в вертебробазилярном бассейне, что способствовало катастрофизации боли в представлениях пациентки. Из-за неправильной диагностики назначалось неэффективное лечение, которое не только не облегчало состояние, но и формировало у пациентки ошибочное убеждение о неизлечимости заболевания. При этом ранее на неврологических приемах у пациентки никогда не оценивалось психологическое состояние, образ жизни, никогда не давались рекомендации об ограничении приема обезболивающих препаратов, не оценивались факторы хронизации мигрени, никогда не предлагались психологические или психотерапевтические методы лечения. Впервые диагноз «ХМ и ЛИГБ» был поставлен в КНБ. Подобные ситуации: неправильная диагностика, ошибочная тактика лечения, недооценка факторов хронизации боли, отсутствие рекомендаций ограничить прием обезболивающих – встречаются в анамнезе у преобладающего большинства пациентов с ХМ в российской медицинской практике [31, 32, 38].

Особенностью данного клинического случая является сочетание ХМ, генерализованного тревожного расстройства, ЛИГБ, паттернов зависимого поведения пациентки в отношении обезболивающих препаратов и отягощенного наследственного анамнеза по синдромам зависимости (алкоголизм у отца пациентки, избыточный прием алкоголя и игромания у брата). Данное сочетание патологических состояний формирует клиническую картину ХМ у пациентки Н. и демонстрирует сложность патогенеза ХМ. Рассмотрим клинический портрет пациентки более подробно и обсудим особенности ведения таких пациентов с ХМ.

Наличие стрессовой ситуации в жизни, после которой началось учащение мигрени – анамнестический фактор, который встречается у большинства пациентов с ХМ [36, 37, 39]. У представленной пациентки также произошла стрессовая ситуация, после чего ее эмоциональное и физическое состояние стало ухудшаться. Но важно

- **Рисунок.** План 10 сессий когнитивно-поведенческой терапии, которые включали майндфулнесс и проводились в течение 10 нед.
- **Figure.** A 10-session cognitive behavioural therapy and mindfulness plan that was conducted over 10 weeks

Первая неделя

Информирование пациентки о причинах головной боли, факторах хронизации головной боли, о роли стресса, тревоги, избыточного приема обезболивающих в ее болезненном состоянии. Обсуждение роли каждого выбранного терапевтического метода (сертралин, метопролол, отмена обезболивающих препаратов, элтриптан, когнитивно-поведенческая терапия, релаксация, майндфулнесс, лечебная гимнастика) в лечении пациентки. Домашнее задание для пациентки: 1) написать резюме по проведенной сессии, в котором нужно описать свои последние представления о причинах заболевания и методах лечения этого заболевания; 2) ведение дневника головной боли

Вторая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Проверка домашнего задания. Обсуждение трудностей, возникших при выполнении домашнего задания. Обсуждение с пациенткой влияния физической активности и эмоционального состояния на головную боль. Обучение рациональному режиму активности в течение дня. Обсуждение с пациенткой того, как в ее реальной повседневной жизни применять навыки осознанности, полученные в практиках майндфулнесса. Знакомство с принципами терапии майндфулнесс. Домашнее задание для пациентки: 1) продолжать вести дневник по головной боли; 2) ведение дневника психической вовлеченности в текущие повседневные дела (пациентка отмечает, насколько процентов ее внимание сосредоточено на том, что она делает в текущий момент, как часто она отвлекается на различные мысли)

Третья неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Обсуждение трудностей, возникших при выполнении домашнего задания. Выяснение отношения пациентки к обезболивающим препаратам на сегодняшний день, выявление страхов и неправильных представлений в отношении ограничения приема новых анальгетиков и отмены прежних анальгетиков. Обучение технике из майндфулнесса – осознанному дыханию. Домашнее задание: 1) ведение дневника головной боли; 2) ежедневно выполнять практику майндфулнесса – осознанное дыхание

Четвертая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Обсуждение трудностей, возникших при выполнении домашнего задания. Информирование пациентки о взаимосвязи между мыслями, эмоциями и физическими ощущениями в теле (боль, соматические проявления тревожного расстройства), знакомство с КПП-моделью «ABC» (А – активирующее событие, ситуация, В – мысли, С – реакции эмоциональные, физические и поведенческие). Обучение технике из майндфулнесса – изюмной медитации. Домашнее задание: 1) ведение дневника головной боли; 2) ежедневно выполнять практику майндфулнесса – изюмную медитацию; 3) записать три эмоционально значимые для пациентки ситуации по модели «ABC»

Пятая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Обсуждение трудностей, возникших при выполнении домашнего задания. Выявление негативных автоматических мыслей пациентки из трех записанных ранее ситуаций. Определение наиболее беспокоящей, негативной мысли пациентки о своем состоянии, работа с данной мыслью с помощью специальных КПП-методик. Обучение технике из майндфулнесса – сканированию тела. Домашнее задание: 1) ведение дневника головной боли; 2) ежедневно выполнять практику майндфулнесса – сканирование тела; 3) продолжение работы с негативной автоматической мыслью по изученной КПП-методике

Шестая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Обсуждение трудностей, возникших при выполнении домашнего задания. Информирование пациентки о когнитивных искажениях («вредных привычках мышления»). Выявление когнитивных искажений у пациентки на примере трех ситуаций, записанных ранее, и новых ситуаций. Обучение технике из майндфулнесса – медитации дружелюбия. Домашнее задание: 1) ведение дневника головной боли; 2) ежедневно выполнять практику майндфулнесса – сканирование тела; 3) выявление когнитивных искажений на примере различных жизненных ситуаций пациентки

Седьмая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Обсуждение трудностей, возникших при выполнении домашнего задания. Обучение пациентки новым, альтернативным, более реалистичным подходам к анализу и оценке ситуаций, в которых пациентка испытывала негативные эмоции. Обучение технике из майндфулнесса – наблюдению за звуками и мыслями. Домашнее задание: 1) ведение дневника головной боли; 2) ежедневно выполнять практику майндфулнесса – наблюдение за звуками и мыслями; 3) формулирование альтернативных, более реалистичных мыслей о своем состоянии взамен прежним негативным и катастрофичным мыслям

Восьмая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Обсуждение трудностей, возникших при выполнении домашнего задания. Обучение технике декатастрофизации. Работа с одной из беспокоящих мыслей по технике декатастрофизации. Обучение технике из майндфулнесса – исследованию сложной ситуации. Домашнее задание: 1) ведение дневника головной боли; 2) ежедневно выполнять практику майндфулнесса – исследование сложной ситуации

Девятая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Составление копинг-карточек, которые помогут пациентке преодолевать стрессовые ситуации и эффективно справляться с головной болью. Обучение технике майндфулнесса – песочным часам. Домашнее задание: 1) ведение дневника головной боли; 2) отработка навыков осознанности в реальной жизни; 3) создание копинг-карточек, которые обсуждались на данной сессии

Десятая неделя

Оценка жалоб, физического и эмоционального состояния. Оценка проводимой лекарственной терапии, данных по дневнику головной боли. Проверка домашнего задания. Подведение итогов по проводимой терапии. Обсуждение дальнейшего лечения пациентки, методов профилактики рецидивов хронической головной боли и тревожного расстройства в дальнейшем. Определение дат повторных посещений для оценки динамики состояния пациентки в течение 12 мес.

● **Таблица.** Динамика состояния пациентки на фоне лечения (12 мес. наблюдения)

● **Table.** Changes in patient's health state during treatment (12-month follow-up)

Характеристики	До лечения	Через 3 мес. от начала лечения	Через 6 мес. от начала лечения	Через 12 мес. от начала лечения
Количество дней с ГБ в месяц	30	10	2	2
Количество дней с обезболивающими препаратами в месяц	30	4	2	2
Количество доз обезболивающих препаратов в месяц	40	4	2	2
Симптомы депрессии по ШДБ	18 баллов	5 баллов	2 балла	2 балла
ЛТ по шкале ЛТ и СТ Спилберга – Ханина	58 баллов	38 баллов	36 баллов	31 балл
СТ по шкале ЛТ и СТ Спилберга – Ханина	50 баллов	34 балла	30 баллов	28 баллов
Ограничение повседневной активности из-за ГБ по MIDAS	22 балла	8 баллов	4 балла	3 балла
Зависимость от обезболивающих препаратов по ЛОЗ	20 баллов	4 балла	2 балла	2 балла
Катастрофизация боли по ШКБ	37 баллов	8 баллов	0 баллов	0 баллов

Примечание. ГБ – головная боль, ШДБ – шкала депрессии Бека, ЛТ – личностная тревожность, СТ – ситуативная тревожность, ЛОЗ – Лидский опросник зависимости, MIDAS – Migraine Disability Scale (Шкала снижения трудоспособности из-за мигрени).

отметить, что ежегодно только у 3% пациентов происходит трансформация мигрени из эпизодической в хроническую, а стрессовые события возникают у большего количества пациентов с эпизодической мигренью [2]. И в таком случае возникает вопрос: почему после стрессового события у одних пациентов с эпизодической мигренью происходит хронизация мигрени, а у других – нет? Этот вопрос весьма дискуссионен, и многие факторы могут влиять на прогноз мигрени после стрессового события, в частности развитие или ухудшение течения психического расстройства [36, 37]. В представленном клиническом случае обращает на себя внимание тот факт, что после стрессовых событий у пациентки началось не только учащение мигрени, но и ухудшение эмоционального состояния вплоть до развития невротического расстройства. Психические расстройства невротического спектра (депрессия, тревога) выявляются у большинства пациентов с ХМ, при этом данные психические расстройства встречаются чаще при ХМ, чем при эпизодической [40]. Это может свидетельствовать о том, что у пациентов с ХМ есть индивидуально-психологические особенности, которые мешают пациентам адаптивно преодолевать стрессовые события и конфликты в межличностных отношениях. Данные положения подтверждены кли-

ническими исследованиями, в которых продемонстрировано преобладание неадаптивных стратегий преодоления стресса над адаптивными у пациентов с ХМ [29, 36]. У описанной пациентки была генетическая предрасположенность к развитию психических расстройств (генетические факторы), низкие адаптивные способности к преодолению стресса, дезадаптивные навыки преодоления боли, катастрофизация боли (психологические факторы), неподдерживающее семейное окружение (социальные факторы). Представленный клинический случай наглядно демонстрирует, что ХМ – это не просто частые приступы мигрени, это сложная междисциплинарная нозология, в которой тесно переплетены биологические, генетические, психологические и социальные факторы. Вероятно, именно поэтому для эффективного лечения пациентов с ХМ необходим междисциплинарный подход, учитывающий все перечисленные факторы и включающий психологические, психиатрические аспекты терапии.

У пациентки Н. ЛИГБ развилась из-за того, что учащались приступы мигрени, требовалось большее количество обезболивающих препаратов, и в итоге более года пациентка принимала обезболивающие препараты в избыточном количестве. В представленном клиническом случае лечение ЛИГБ было прогностически сложным и с высоким риском рецидива, т. к. присутствовали несколько отягощающих анамнестических данных [9, 13–16]. Во-первых, ЛИГБ была ассоциирована с приемом комбинации обезболивающих препаратов (НПВС и безрецептурных комбинированных анальгетиков), что, по данным клинических исследований, является более тяжелым, чем ЛИГБ, ассоциированная с избыточным приемом триптанов. Во-вторых, у пациентки наблюдались паттерны зависимого поведения – прием обезболивающих препаратов даже при отсутствии явного болевого синдрома. В-третьих, наблюдались высокие значения зависимости по Лидскому опроснику зависимости, что коррелирует с высоким риском неэффективного лечения ЛИГБ. В-четвертых, у пациентки присутствовали наследственные факторы по синдромам зависимости. Среди пациентов с ЛИГБ выделяют тех, кто принимает обезболивающие препараты только для того, чтобы купировать боль, и тех, кто принимает обезболивающие препараты из-за того, что испытывает потребность в их приеме в независимости от наличия и реальной выраженности боли [13–16]. Высокие показатели по Лидскому опроснику зависимости, потребность пациентки принимать обезболивающие препараты даже при отсутствии явно выраженной боли и для снижения уровня тревоги о возможной боли, наследственная отягощенность по зависимостям свидетельствуют о сложном патогенезе ЛИГБ с формированием компонента зависимости у пациентки Н.

Ведение пациентки в КНБ было междисциплинарным и учитывало все индивидуальные особенности клинического случая. Информирование о роли избыточного приема обезболивающих препаратов в хронизации головной боли и отмена обезболивающих препаратов, виновных в формировании ЛИГБ, – это первый этап, который применялся в лечении ЛИГБ у пациентки. На сегодняшний день

рассматриваются различные тактики лечения ЛИГБ. Предлагается несколько вариантов лечения ЛИГБ: 1) полностью отменить или частично ограничить виновные обезболивающие препараты и одновременно начать прием профилактической фармакотерапии для исходной головной боли; 2) отменить виновные обезболивающие препараты, лечить симптомы отмены (с помощью антигистаминных препаратов или атипичных нейролептиков, противорвотных препаратов, альтернативных обезболивающих) и только через 1 мес. после отмены начать прием профилактической фармакотерапии для исходной головной боли; 3) отменить виновные обезболивающие препараты, лечить симптомы отмены (с помощью антигистаминных препаратов или атипичных нейролептиков, противорвотных препаратов, альтернативных обезболивающих) и не назначать профилактическую фармакотерапию; 4) не отменять виновные обезболивающие препараты, сразу назначать профилактическую фармакотерапию для исходной головной боли (данный вариант лечения стал обсуждаться с момента появления препаратов моноклональных антител для лечения мигрени) [4, 7–12, 41, 42]. В случаях тяжелой формы ЛИГБ (избыточный прием кодеин-, барбитуратсодержащих препаратов, рецидивы ЛИГБ, ежедневный прием обезболивающих препаратов в высоких дозах) пациентам назначается курсовая терапия глюкокортикоидами (перорально или внутривенно капельно, от 5 до 10 дней). Несмотря на то что такой подход существует в мировой медицине, особенно широко используется в российской практике, эффективность данного подхода остается дискуссионной [4, 7]. В соответствии с результатами новых исследований при ЛИГБ в период отмены виновных обезболивающих препаратов эффективно проведение терапии майндфулнесс, при этом данная терапия имеет схожую эффективность с назначением профилактической терапии в период отмены [17–21]. Для лечения ЛИГБ у пациентки Н. был использован наиболее популярный вариант лечения, который рекомендуют большинство экспертов: отмена виновных обезболивающих препаратов, лечение симптомов отмены, одновременное назначение профилактической фармакотерапии [4, 7]. В дополнение к данному варианту лечения с пациенткой проводилась терапия майндфулнесс в рамках КПТ-сессий. Фармакотерапия, применяемая в лечении пациентки Н., включала антидепрессант для лечения генерализованного тревожного расстройства и метопролол для лечения мигрени [43, 44].

КПТ и майндфулнесс – это психологические методы, широко применяемые в зарубежных университетских междисциплинарных клиниках лечения боли и показавшие свою эффективность в терапии различных хронических болевых синдромов [45, 46]. Эффективность КПТ при ХМ продемонстрирована в клинических исследованиях, но требуется проведение большего количества исследований для систематического анализа и оценки. Российских оригинальных исследований по КПТ при ХМ ранее не проводилось. В представленном клиническом случае с пациенткой проводилось 10 индивидуальных

сессий КПТ в течение 10 нед. Применение КПТ и майндфулнесса было показано пациентке Н., т. к. учащение мигрени произошло после стрессовых событий, на фоне ухудшения эмоционального состояния и развития тревожного расстройства, а также на фоне катастрофизации боли и дезадаптирующего поведения. Психологические методы позволяют воздействовать на все перечисленные факторы.

В КПТ ХМ сочетают когнитивные и поведенческие приемы: работают с негативными, катастрофическими мыслями пациента о его заболевании и методично заменяют их на альтернативные, более реалистичные и позитивные мысли, обучают пациента навыкам физического и эмоционального расслабления, помогают корректировать образ жизни и рационально планировать деятельность в течение дня [45]. Изменение мышления приводит к изменению эмоций, физических ощущений и поведения. В свою очередь, нормальное, адаптивное поведение закрепляет у пациента реалистичное и более позитивное мышление, положительные эмоции. Майндфулнесс (осознанность, просветление, безоценочное осознание) – психологический метод, основанный на упражнениях по медитации [46]. Несмотря на то что метод получил свое развитие из буддизма, он лишен какого-либо религиозного аспекта.

Применение майндфулнесса в медицине и психологии научно обосновано. В лечении пациентки Н. применялась одна из самых известных терапевтических программ майндфулнесса – «Терапия для снижения стресса на основе майндфулнесса» (Mindfulness-Based Stress Reduction) [47]. Основная идея терапевтической техники майндфулнесс заключается в полном перенесении внимания на настоящий момент, без какой-либо оценки себя и окружающей действительности. С помощью майндфулнесса пациент обучается тому, как быть «здесь и сейчас», как останавливать навязчивые, беспокоящие мысли, контролировать эмоции, повысить эмоциональную устойчивость к стрессу и получать удовольствие от жизни.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, междисциплинарный персонализированный подход, включающий лекарственные и нелекарственные методы лечения, эффективен в лечении пациента с ХМ и сочетанными расстройствами – ЛИГБ, тревожным расстройством. КПТ и майндфулнесс – психологические методы, которые позволяют эффективно воздействовать на факторы хронизации мигрени. Но в российской практике междисциплинарный подход, включающий КПТ и майндфулнесс, редко используется при ведении пациентов с ХМ. Перспективны популяризация данного подхода для лечения пациентов с ХМ и коморбидными расстройствами в отечественной практике, информирование врачей и подготовка специалистов по данному направлению.



Поступила / Received 23.05.2023
Поступила после рецензирования / Revised 16.06.2023
Принята в печать / Accepted 21.06.2023

Список литературы / References

- Murinova N., Krashin D. Chronic daily headache. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2015;26(2):375–389. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2015.01.001>.
- Grazzi L., D'Amico D. Chronic migraine and medication overuse: which strategy for a complex scenario. *Neurol Sci.* 2019;40(Suppl. 1):175–176. <https://doi.org/10.1007/s10072-019-03829-z>.
- Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd ed. *Cephalalgia.* 2018;38(1):1–211. <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>.
- Табеева Г.Р., Осипова В.В., Филатова Е.Г., Азимова Ю.Э., Амелин А.В., Артеменко А.Р. и др. Диагностика и лечение лекарственно-индуцированной головной боли: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2022;14(1):4–13. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-4-13>.
Tabeeva G.R., Osipova V.V., Filatova E.G., Azimova Yu.E., Amelin A.V., Artyomenko A.R. et al. Evaluation and treatment of medication-overuse headache: Russian experts' guidelines. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2022;14(1):4–13. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-1-4-13>.
- Vos T., Lim S.S., Abbafati C., Abbas K.M., Abbasi M., Abbasifard M. et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet.* 2020;396(10258):1204–1222. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9).
- Agostoni E.C., Barbanti P., Calabresi P., Colombo B., Cortelli P., Frediani F. et al.; Italian chronic migraine group. Current and emerging evidence-based treatment options in chronic migraine: a narrative review. *J Headache Pain.* 2019;20(1):92. <https://doi.org/10.1186/s10194-019-1038-4>.
- Carlsen L.N., Munksgaard S.B., Nielsen M., Engelstoft I.M.S., Westergaard M.L., Bendtsen L., Jensen R.H. Comparison of 3 Treatment Strategies for Medication Overuse Headache: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Neurol.* 2020;77(9):1069–1078. <https://doi.org/10.1001/jamaneurol.2020.1179>.
- Diener H.C., Kropp P., Dresler T., Evers S., Förderreuther S., Gaul C. et al. Management of medication overuse (MO) and medication overuse headache (MOH) S1 guideline. *Neurol Res Pract.* 2022;4(1):37. <https://doi.org/10.1186/s42466-022-00200-0>.
- Vandenbussche N., Paemeleire K., Katsarava Z. The Many Faces of Medication-Overuse Headache in Clinical Practice. *Headache.* 2020;60(5):1021–1036. <https://doi.org/10.1111/head.13785>.
- AlQuliti K.W., Alhujeli R.M. Medication-overuse headache: clinical profile and management strategies. *Neurosciences (Riyadh).* 2023;28(1):13–18. <https://doi.org/10.17712/nsj.2023.1.20220115>.
- Kaltseis K., Hamann T., Gaul C., Broessner G. Is prednisone still a reasonable option in the treatment of withdrawal headache in patients with chronic migraine and medication overuse headache in the age of CGRP antibodies? A narrative review. *Headache.* 2022;62(10):1264–1271. <https://doi.org/10.1111/head.14415>.
- Schwedt T.J., Hentz J.G., Sahai-Srivastava S., Murinova N., Spare N.M., Treppendahl C. et al.; MOTS Investigators. Patient-Centered Treatment of Chronic Migraine With Medication Overuse: A Prospective, Randomized, Pragmatic Clinical Trial. *Neurology.* 2022;98(14):e1409–e1421. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000000200117>.
- Takahashi T.T., Ornello R., Quatrosi G., Torrente A., Albanese M., Vigneri S. et al.; European Headache Federation School of Advanced Studies (EHF-SAS). Medication overuse and drug addiction: a narrative review from addiction perspective. *J Headache Pain.* 2021;22(1):32. <https://doi.org/10.1186/s10194-021-01224-8>.
- Radat F., Creac'h C., Guegan-Massardier E., Mick G., Guy N., Fabre N. et al. Behavioral dependence in patients with medication overuse headache: a cross-sectional study in consulting patients using the DSM-IV criteria. *Headache.* 2008;48(7):1026–1036. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00999.x>.
- Lundqvist C., Gossop M., Russell M.B., Straand J., Kristoffersen E.S. Severity of Analgesic Dependence and Medication-overuse Headache. *J Addict Med.* 2019;13(5):346–353. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000504>.
- Radat F., Lanteri-Minet M. What is the role of dependence-related behavior in medication-overuse headache? *Headache.* 2010;50(10):1597–1611. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2010.01755.x>.
- Sansone E., Grazzi L., Raggi A., Leonardi M., D'Amico D. Mindfulness as an add-on treatment for patients with chronic migraine and medication overuse: a preliminary analysis. *Neurol Sci.* 2020;41(Suppl. 2):469–471. <https://doi.org/10.1007/s10072-020-04662-5>.
- Grazzi L., Raggi A., Guastafierro E., Passavanti M., Marcassoli A., Montisano D.A., D'Amico D. A Preliminary Analysis on the Feasibility and Short-Term Efficacy of a Phase-III RCT on Mindfulness Added to Treatment as Usual for Patients with Chronic Migraine and Medication Overuse Headache. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(21):14116. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114116>.
- Wells R.E., O'Connell N., Pierce C.R., Estave P., Penzien D.B., Loder E. et al. Effectiveness of Mindfulness Meditation vs Headache Education for Adults With Migraine: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2021;181(3):317–328. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.7090>.
- Grazzi L., Raggi A., D'Amico D., Sansone E., Leonardi M., Andrasik F. et al. A prospective pilot study of the effect on catecholamines of mindfulness training vs pharmacological prophylaxis in patients with chronic migraine and medication overuse headache. *Cephalalgia.* 2019;39(5):655–664. <https://doi.org/10.1177/0333102418801584>.
- Grazzi L., Sansone E., Raggi A., D'Amico D., De Giorgio A., Leonardi M. et al. Mindfulness and pharmacological prophylaxis after withdrawal from medication overuse in patients with Chronic Migraine: an effectiveness trial with a one-year follow-up. *J Headache Pain.* 2017;18(1):15. <https://doi.org/10.1186/s10194-017-0728-z>.
- Ailani J., Burch R.C., Robbins M.S.; Board of Directors of the American Headache Society. The American Headache Society Consensus Statement: Update on integrating new migraine treatments into clinical practice. *Headache.* 2021;61(7):1021–1039. <https://doi.org/10.1111/head.14153>.
- Hovaguimian A., Roth J. Management of chronic migraine. *BMJ.* 2022;379:e067670. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067670>.
- Gribbin C.L., Dani K.A., Tyagi A. Chronic Migraine: An Update on Diagnosis and Management. *Neurol India.* 2021;69(Suppl.):67–75. <https://doi.org/10.4103/0028-3886.315972>.
- Minen M.T., Begasse De Dhaem O., Kroon Van Diest A., Powers S., Schwedt T.J., Lipton R., Silbersweig D. Migraine and its psychiatric comorbidities. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2016;87(7):741–749. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2015-312233>.
- Onur O.S., Ertem D.H., Karsidag C., Uluduz D., Ozge A., Siva A., Guru M. An open/pilot trial of cognitive behavioral therapy in Turkish patients with refractory chronic migraine. *Cogn Neurodyn.* 2019;13(2):183–189. <https://doi.org/10.1007/s11571-019-09519-y>.
- Smitherman T.A., Kuka A.J., Calhoun A.H., Walters A.B.P., Davis-Martin R.E., Ambrose C.E. et al. Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia to Reduce Chronic Migraine: A Sequential Bayesian Analysis. *Headache.* 2018;58(7):1052–1059. <https://doi.org/10.1111/head.13313>.
- Ayzenberg I., Katsarava Z., Sborowski A., Chernysh M., Osipova V., Tabeeva G. et al.; Lifting the Burden. The prevalence of primary headache disorders in Russia: a countrywide survey. *Cephalalgia.* 2012;32(5):373–381. <https://doi.org/10.1177/0333102412438977>.
- 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. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-1-28-35>.
- Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Fateeva T.G., Volodarskaya E.A. Illness perception in patients with chronic migraine: cognitive, emotional and behavioral aspects. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2023;15(1):28–35. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-1-28-35>.
- Головачева В.А., Головачева А.А., Володарская Е.А., Бахтадзе М.А. Клинико-психологические характеристики пациентов с мигренью. *Медицинский совет.* 2022;21(78–87). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87>.
- Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Volodarskaya E.A., Bakhtadze M.A. Clinical and psychological characteristics of migraine patients. *Meditsinskiy Sovet.* 2022;21(78–87). (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-21-78-87>.
- Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А. Терапия при хронической мигрени: междисциплинарный подход. Клиническое наблюдение. *Терапевтический архив.* 2021;93(12):1528–1532. Режим доступа: https://omnidoc.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/terapevticheskiy-arkhiv/t2021/t2021_12_vario/terapiya-pri-khronicheskoy-migreni-mezhdistsiplinarnyy-podkhod-klinicheskoe-nablyudenie.
- Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Parfenov V.A. Chronic migraine treatment: multidisciplinary approach. Case report. *Terapevticheskiy Arkhiv.* 2021;93(12):1528–1532. (In Russ.) Available at: https://omnidoc.ru/library/izdaniya-dlya-vrachey/terapevticheskiy-arkhiv/t2021/t2021_12_vario/terapiya-pri-khronicheskoy-migreni-mezhdistsiplinarnyy-podkhod-klinicheskoe-nablyudenie.
- Головачева В.А., Головачева А.А., Парфенов В.А., Табеева Г.Р., Романов Д.В., Осипова В.В., Кацарава З. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической мигрени: описание клинического случая. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2021;13(1):74–80. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-1-74-80>.
- Golovacheva V.A., Golovacheva A.A., Parfenov V.A., Tabeeva G.R., Romanov D.V., Osipova V.V., Katsarava Z. Cognitive behavioral therapy in the treatment of chronic migraine: a clinical case report. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2021;13(1):74–80. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-1-74-80>.

33. Ковальчук Н.А., Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Приверженность терапии пациентов с мигренью (по данным интернет-опроса). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):81–87. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-81-87>.
- Kovalchuk N.A., Kiryanova E.A., Tabeeva G.R. Medication adherence in migraine patients (data of an online survey). *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(4):81–87. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-81-87>.
34. Кирьянова Е.А., Табеева Г.Р. Особенности менструального цикла и гинекологической патологии при менструально-ассоциированной мигрени. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(4):12–17. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-12-17>.
- Kiryanova E.A., Tabeeva G.R. Menstrual cycle and gynecologic pathology in menstrual-related migraine. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(4):12–17. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-4-12-17>.
35. Табеева Г.Р., Кацарова З., Амелин А.В., Сергеев А.В., Скоробогатых К.В., Ефименко И.В., Хоросhevskiy V.F. Новое в осознании бремени мигрени: семантический анализ голоса российских пациентов – пользователей Web 2.0. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(6):73–84. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-73-84>.
- Tabeeva G.R., Katsarova Z., Amelin A.V., Sergeev A.V., Skorobogatykh K.V., Efimenko I.V., Khoroshevskiy V.F. New in understanding the burden of migraine: semantic analysis of the voice of Russian patients – users of Web 2.0. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(6):73–84. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-6-73-84>.
36. Amiri P., Kazeminasab S., Nejadghaderi S.A., Mohammadinasab R., Pourfathi H., Araj-Khodaei M. et al. Migraine: A Review on Its History, Global Epidemiology, Risk Factors, and Comorbidities. *Front Neurol*. 2022;12:800605. <https://doi.org/10.3389/fneur.2021.800605>.
37. May A., Schulte L.H. Chronic migraine: risk factors, mechanisms and treatment. *Nat Rev Neurol*. 2016;12(8):455–464. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2016.93>.
38. Головачева В.А., Парфенов В.А., Табеева Г.Р., Осипова В.В., Смелевич А.Б., Андрущенко А.В., Головачева А.А. Оптимизация ведения пациентов с хронической ежедневной головной болью. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2017;117(2):4–9. <https://doi.org/10.17116/jnevro2017117214-9>.
- Golovacheva V.A., Parfenov V.A., Tabeeva G.R., Osipova V.V., Smulevich A.B., Andryushchenko A.V., Golovacheva A.A. The optimization of management of chronic daily headache patients. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(2):4–9. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2017117214-9>.
39. Hedborg K., Anderberg U.M., Muhr C. Stress in migraine: personality-dependent vulnerability, life events, and gender are of significance. *Ups J Med Sci*. 2011;116(3):187–199. <https://doi.org/10.3109/03009734.2011.573883>.
40. Buse D.C., Silberstein S.D., Manack A.N., Papapetropoulos S., Lipton R.B. Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *J Neurol*. 2013;260(8):1960–1969. <https://doi.org/10.1007/s00415-012-6725-x>.
41. Шагбазян А.Э., Ковальчук Н.А., Табеева Г.Р. Роль образовательных программ в ведении пациентов с медикаментозно-индуцированной головной болью. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2021;13(3):27–33. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-27-33>.
- Shagbazyan A.E., Kovalchuk N.A., Tabeeva G.R. Role of educational programs in management of patients with medication-overuse headache. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2021;13(3):27–33. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-3-27-33>.
42. Сергеев А.В., Табеева Г.Р., Филатова Е.Г., Амелин А.В., Ахмадеева Л.Р., Лебедева Е.Р. и др. Применение новой биологической патогенетической терапии мигрени в клинической практике: консенсус экспертов Российского общества по изучению головной боли. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2022;14(5):109–116. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-5-109-116>.
- Sergeev A.V., Tabeeva G.R., Filatova E.G., Amelin A.V., Akhmadeeva L.R., Lebedeva E.R. et al. Application of a new biological pathogenetic therapy of migraine in clinical practice: expert consensus of the Russian Headache Research Society. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2022;14(5):109–116. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-5-109-116>.
43. Парфенов В.А. Применение антидепрессантов в неврологической практике. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2023;15(2):4–9. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-2-4-9>.
- Parfenov V.A. The use of antidepressants in neurological practice. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2023;15(2):4–9. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2023-2-4-9>.
44. Филатова Е.Г., Осипова В.В., Табеева Г.Р., Парфенов В.А., Екушева Е.В., Азимова Ю.Э. и др. Диагностика и лечение мигрени: рекомендации российских экспертов. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2020;12(4):4–14. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-4-14>.
- Filatova E.G., Osipova V.V., Tabeeva G.R., Parfenov V.A., Ekusheva E.V., Azimova Yu.E. et al. Diagnosis and treatment of migraine: Russian experts' recommendations. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2020;12(4):4–14. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2020-4-4-14>.
45. Knoerl R., Lavoie Smith E.M., Weisberg J. Chronic Pain and Cognitive Behavioral Therapy: An Integrative Review. *West J Nurs Res*. 2016;38(5):596–628. <https://doi.org/10.1177/0193945915615869>.
46. Hilton L., Hempel S., Ewing B.A., Apaydin E., Xenakis L., Newberry S. et al. Mindfulness Meditation for Chronic Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2017;51(2):199–213. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9844-2>.
47. Merkes M. Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Aust J Prim Health*. 2010;16(3):200–210. <https://doi.org/10.1071/py09063>.

Информация об авторе:

Головачева Вероника Александровна, к.м.н., доцент кафедры нервных болезней и нейрохирургии Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский Университет); 119021, Россия, Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 1; xoho.veronica@gmail.com

Information about author:

Veronika A. Golovacheva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of Department of Nervous System Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 11, Bldg. 1, Rossolimo St., Moscow, 119021, Russia; xoho.veronica@gmail.com