

Комплексное персонализированное лечение с использованием когнитивно-поведенческой терапии при хронической мигрени и депрессии: проспективное рандомизированное исследование

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); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Резюме

Введение. Комплексное персонализированное лечение, включающее когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), является перспективным подходом при хронической мигрени (ХМ) и коморбидном депрессивном синдроме.

Цель. Оценить эффективность добавления КПТ к комплексному персонализированному лечению пациентов с ХМ и коморбидным депрессивным синдромом.

Материалы и методы. В исследование включено 190 пациентов с ХМ и депрессивным синдромом (59 мужчин и 131 женщина). Средний возраст – $35,8 \pm 7,6$ года. Со всеми пациентами проводились клинические беседы, неврологический осмотр и тестирование. Пациенты были рандомизированы в две группы: 1-я группа получала комплексное лечение, включающее фармакотерапию мигрени, рекомендации по образу жизни, дезинтоксикационную терапию (при наличии лекарственно-индуцированной головной боли), лечебную гимнастику (при наличии скелетно-мышечной боли другой локализации), гигиену сна (при наличии инсомнии) и КПТ, 2-я группа – такое же лечение, но без КПТ. У всех пациентов оценивались клиничко-психологические показатели до лечения и на 3-м, 6-м, 12-м и 18-м мес. наблюдения.

Результаты. На 3-м мес. лечения в 1-й и 2-й группах наблюдались статистически значимые ($p < 0,05$) улучшения: снижение частоты головной боли (ГБ), приема анальгетиков, влияния мигрени на повседневную активность, а также уменьшение тревоги и депрессии. На 3-м мес. в 1-й группе клинический эффект (КЭ) по ХМ (уменьшение частоты ГБ на $\geq 50\%$) был достигнут у 74% пациентов, симптомы депрессии регрессировали у 54%; во 2-й группе КЭ по ХМ наблюдался у 41%, а отсутствие симптомов депрессии было отмечено у 31% пациентов. Показатели в 1-й группе были статистически значимо лучше, чем во 2-й. С 6-го по 18-й мес. наблюдения в 1-й группе показатели продолжали улучшаться, а во 2-й группе достигнутые положительные изменения не сохранились.

Заключение. КПТ повышает эффективность комплексного персонализированного лечения пациентов с ХМ и коморбидным депрессивным синдромом в краткосрочной и долгосрочной перспективе.

Ключевые слова: хроническая мигрень, коморбидные нарушения, депрессия, лечение, персонализированный подход, когнитивно-поведенческая терапия

Для цитирования: Головачева ВА. Комплексное персонализированное лечение с использованием когнитивно-поведенческой терапии при хронической мигрени и депрессии: проспективное рандомизированное исследование. *Медицинский совет.* 2025;19(13):95–99. <https://doi.org/10.21518/ms2025-319>.

Конфликт интересов: автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Personalized combination treatment including cognitive behavioural therapy in chronic migraine and depression: A prospective randomized trial

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

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia

Abstract

Introduction. Personalized combination treatment including cognitive behavioural therapy (CBT) is a promising approach for managing chronic migraine (CM) and comorbid depressive syndrome.

Aim. To evaluate the effectiveness of adding CBT to personalized combination treatment for patients with CM and comorbid depressive syndrome.

Materials and methods. A total of 190 patients with CM and depressive syndrome (59 men and 131 women) were enrolled in the study. The mean age of patients was 35.8 ± 7.6 years. All patients underwent clinical interviews, neurological examination and testing. Patients were randomized into two groups: Group 1 received combination treatment, including pharmacological management of migraine, lifestyle recommendations, detoxification therapy (in the presence of drug-induced headache), therapeutic gymnastics (in the presence of musculoskeletal pain in other locations), sleep hygiene (in the presence of insomnia).

and CBT, Group 2 received the same treatment, but without CBT. All patients had their clinical and psychological parameters assessed before treatment and at 3rd, 6th, 12th and 18th months of observation.

Results. At Month 3 of treatment, Groups 1 and 2 showed statistically significant ($p < 0.05$) improvements: decreased frequency of headache (HF), analgesics use, migraine impact on daily activities, as well as reduced anxiety and depression. At Month 3 of treatment, in Group 1 the clinical effect (CE) for CM (a $\geq 50\%$ reduction in HA frequency) was achieved in 74% of patients and depression symptoms regressed in 54% of patients; in Group 2, the CE for CM was observed in 41% of patients, and the absence of depression symptoms was noted in 31% of patients. The parameters were significantly better in Group 1 than in Group 2. From Month 6 to Month 18 of observation, Group 1 showed continuous improvement in parameters, while Group 2 experienced a reversal of positive changes they had previously achieved.

Conclusion. CBT increases the effectiveness of personalized combination treatment in patients with CM and comorbid depressive syndrome over the short- and long-term horizon.

Keywords: chronic migraine, comorbid disorders, depression, treatment, personalized approach, cognitive-behavioural therapy

For citation: Golovacheva VA. Personalized combination treatment including cognitive behavioural therapy in chronic migraine and depression: A prospective randomized trial. *Meditsinskiy Sovet.* 2025;19(13):95–99. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2025-319>.

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

ВВЕДЕНИЕ

Мигрень – распространенное неврологическое заболевание, которым страдают не менее 10% общей популяции во всех странах мира [1]. Среди пациентов с мигренью депрессия встречается в 2–4 раза чаще, чем среди людей без мигрени [2]. Наличие у пациента мигрени повышает риск развития депрессии. Кроме того, депрессия является фактором риска не только дебюта мигрени, но и ее трансформации из эпизодической в хроническую форму [3]. При хронической мигрени (ХМ) симптомы и диагностированные случаи депрессии встречаются достоверно чаще, чем при эпизодической мигрени [1]. Депрессия – одно из самых распространенных коморбидных нарушений при ХМ, которое отягощает течение, влияет на клиническую картину, затрудняет диагностику ХМ, а также осложняет лечение пациентов, снижая эффективность профилактической фармакотерапии мигрени [1–3]. Фундаментальные принципы лечения пациентов с ХМ и коморбидными нарушениями пока не разработаны и продолжают обсуждаться [4]. Согласно рекомендациям по лечению мигрени при ХМ, необходимо использовать комбинации лекарственных и нелекарственных методов, однако выбор конкретных терапевтических методов и оценка эффективности их комбинаций остаются предметом дискуссий. В ранее опубликованных нами исследованиях была продемонстрирована эффективность комплексного лечения, включающего лекарственные и нелекарственные методы, при ХМ и сочетанной лекарственно-индуцированной головной боли (ЛИГБ), коморбидной инсомнии, цервикалгии, показана значимая роль когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в лечении данной категории пациентов [5–7]. Целесообразна разработка комплексного персонализированного лечения, изучение его эффективности и роли КПТ при ХМ и коморбидной депрессии.

Цель исследования – оценить эффективность добавления КПТ к комплексному персонализированному лечению пациентов с ХМ и коморбидным депрессивным синдромом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено проспективное рандомизированное контролируемое исследование. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Сеченовского Университета. **Критериями включения** пациентов в исследование были: 1) подписанное информированное согласие на участие в исследовании; 2) возраст от 18 до 65 лет включительно; 3) мужской или женский пол; 4) диагноз ХМ; 5) амбулаторное или стационарное лечение в Клинике нервных болезней Сеченовского Университета; 6) наличие симптомов депрессии по результатам шкалы депрессии Центра эпидемиологических исследований (ШДЦЭИ). **Критерии невключения:** 1) беременность или кормление грудью; 2) наличие вторичной головной боли (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.

Диагностика ХМ проводилась на основании диагностических критериев Международной классификации головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3) после исключения вторичных причин ГБ [8]. До начала лечения со всеми пациентами, включенными в исследование, проводилась клиническая беседа, пациенты проходили тестирование с применением клинико-психологических методик и неврологический осмотр.

Для оценки симптомов депрессии использовалась ШДЦЭИ [9], личностной тревоги (ЛТ) и ситуативной тревоги (СТ) – шкала личностной и ситуативной тревоги Спилбергер – Ханина (ШЛСТ) [10], влияния мигрени на повседневную активность – шкала оценки влияния

мигрени на повседневную активность (ШОВМА) [11]. Всем пациентам предлагалось вести дневник ГБ в течение 18 мес. наблюдения

Все включенные в исследование пациенты были рандомизированы с помощью метода случайных чисел в две терапевтические группы. Пациенты из 1-й группы получали комплексное персонализированное лечение, включающее КПТ, профилактическую фармакотерапию мигрени, фармакотерапию для купирования мигрени, рекомендации по изменению образа жизни, а также лечебную гимнастику и рекомендации по физической активности (при наличии скелетно-мышечной боли другой локализации), дезинтоксикационную терапию (при наличии ЛИГБ) и гигиену сна (при наличии инсомнии). Исследуемое комплексное персонализированное лечение было разработано на основании клинических рекомендаций по лечению мигрени, ЛИГБ, с учетом наличия коморбидных нарушений (повышенной тревоги, депрессии, инсомнии, скелетно-мышечных болей других локализаций), а также на основании результатов ранее опубликованных зарубежных клинических исследований по КПТ и междисциплинарным программам при мигрени, ХМ и собственного клинического опыта [4–7, 12, 13].

КПТ проводилась в виде 10 индивидуальных сессий по 90 мин и была направлена на лечение ХМ. При наличии ЛИГБ и коморбидных нарушений (повышенной тревоги, симптомов депрессии, инсомнии, скелетно-мышечных болей другой локализации) в ходе сессий КПТ проводилось обсуждение данных проблем с пациентами. КПТ включала информирование пациента о ХМ и факторах ее хронизации; рекомендации по коррекции образа жизни, включая сон, активность и питание; выявление ошибочных негативных представлений о заболевании и их реструктуризацию (методичную замену на альтернативные и более реалистичные представления); поведенческую активизацию – повышение физической, социальной и профессиональной активности; упражнения по релаксации и терапии осознанности (майндфулнесс). Между сессиями КПТ пациенты выполняли различные домашние задания, направленные на поддержание реалистичных представлений о заболевании и нормализацию образа жизни.

Пациенты, рандомизированные во 2-ю группу, получали комплексное персонализированное лечение, включающее все перечисленные методы терапии, кроме КПТ.

У всех пациентов оценивались клиничко-психологические показатели до лечения и на 3-м, 6-м, 12-м и 18-м мес. наблюдения. Клинический эффект (КЭ) в лечении ХМ считался достигнутым, если частота ГБ уменьшилась на 50% и более.

В исследование было включено 190 пациентов с ХМ и депрессивным синдромом (59 мужчин и 131 женщина), средний возраст которых составил $35,8 \pm 7,6$ года. В 1-ю группу было рандомизировано 95 пациентов (27 мужчин, 68 женщин, средний возраст – $36,1 \pm 8,1$ года), во 2-ю группу – 95 пациентов (32 мужчины, 63 женщины, средний возраст – $35,5 \pm 7,2$ года). Исходно, до лечения, 1-я и 2-я группы статистически значимо не отличались по социально-демографическим и клиничко-психологическим характеристикам (таблица).

Статистический анализ

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 12. Нормальность распределения пациентов в выборке по возрасту оценивали с помощью критерия Колмогорова – Смирнова (d-критерий) и критерия хи-квадрат (χ^2). Выборка пациентов, включенных в исследование, по возрасту соответствовала нормальному распределению. Для статистического анализа использовались t-критерий Стьюдента для несвязанных и связанных выборок, логистическая регрессия, порядковая логистическая регрессия, критерий χ^2 Пирсона, дисперсионный анализ (ANOVA). Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$. Для сравнения бинарных признаков между группами рассчитывали отношение шансов (OR) с 95%-ным доверительным интервалом (95% ДИ) при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как видно из данных, представленных в таблице, на 3-м мес. наблюдения в 1-й и 2-й группах отмечалось статистически значимое улучшение всех представленных клиничко-психологических показателей. С 6-го по 18-й мес. наблюдения в 1-й группе показатели продолжали улучшаться, а во 2-й группе достигнутые положительные изменения не сохранились. Количество пациентов, достигших КЭ по ХМ, было статистически значимо больше в 1-й группе, чем во 2-й, с 3-го по 18-й мес. наблюдения. Регрессия симптомов депрессии также наблюдалась чаще в 1-й группе, чем во 2-й группе, в период с 6-го по 18-й мес.

ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящем исследовании показано, что при ХМ и коморбидном депрессивном синдроме комплексное персонализированное лечение с использованием КПТ обладает высокой эффективностью и превосходит по терапевтическим результатам комплексное персонализированное лечение без КПТ как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. Так, на 3-м мес. наблюдения среди пациентов, получивших комплексное персонализированное лечение с КПТ, КЭ по ХМ был достигнут у большинства (74%), а симптомы депрессии регрессировали более чем у половины (54%). Во время 18-месячного наблюдения было отмечено не только устойчивое сохранение эффекта, но и увеличение количества пациентов, достигших КЭ по ХМ, до 76%, а также уменьшение симптомов депрессии у 83% пациентов.

Ввиду высокой распространенности коморбидных нарушений при ХМ ведение таких пациентов остается сложной задачей для практикующих врачей [14]. Депрессия – одно из самых распространенных коморбидных нарушений, которое влияет на клиническую картину ХМ и снижает эффективность профилактической фармакотерапии мигрени [1]. Для лечения ХМ эксперты в области ГБ рекомендуют комплексный подход, включающий лекарственные и нелекарственные методы [4]. Однако эффективные комбинации лекарственных и нелекарственных методов лечения ХМ остаются не до конца изученными. В данном исследовании

- **Таблица.** Динамика клинико-психологических характеристик пациентов с хронической мигренью и депрессивным синдромом на фоне лечения
- **Table.** Treatment-emergent changes in clinical and psychological characteristics of patients with chronic migraine and depressive syndrome

Показатели (M ± SD)	1-я группа					2-я группа				
	До лечения	Месяцы после лечения				До лечения	Месяцы после лечения			
		3-й	6-й	12-й	18-й		3-й	6-й	12-й	18-й
Частота ГБ (количество дней с ГБ в месяц)	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	12,2 ± 8,4 ^b	17,5 ± 9,2	18,6 ± 8,7	19,1 ± 9,4
Частота приема ОП (количество дней в месяц)	18,6 ± 8,3	7,3 ± 3,2 ^a	6,3 ± 3,1 ^a	5,4 ± 3,5 ^a *	5,2 ± 2,2 ^a *	18,1 ± 7,5	9,3 ± 7,2 ^b	12,5 ± 9,2	14,7 ± 8,6	15,3 ± 8,5
Влияние мигрени на повседневную активность по ШОВМА	53,2 ± 21,7	13,2 ± 6,8 ^a	9,3 ± 3,9 ^a	6,6 ± 4,5 ^a *	6,4 ± 4,1 ^a *	51,4 ± 28,4	24,7 ± 14,5 ^b	37,4 ± 15,6	41,5 ± 17,5	42,5 ± 18,1
Депрессия по ШДЦЭИ	25,4 ± 10,5	6,8 ± 4,1 ^a	6,4 ± 3,7 ^a	5,3 ± 3,4 ^a	5,2 ± 2,9 ^a	23,6 ± 9,4	11,1 ± 8,5 ^b	15,2 ± 8,7	16,4 ± 10,2	16,3 ± 9,23
СТ по ШЛСТ	52,8 ± 10,5	31,1 ± 8,5 ^a	23,4 ± 8,6 ^a	20,1 ± 7,2 ^a *	19,4 ± 7,1 ^a *	50,7 ± 12,8	34,7 ± 12,6 ^b	38,7 ± 14,58	40,2 ± 15,7	41,5 ± 15,2
ЛТ по ШЛСТ	50,2 ± 14,4	36,1 ± 9,7 ^a	27,3 ± 8,2 ^a	24,8 ± 7,4 ^a *	23,4 ± 6,5 ^a *	49,9 ± 15,2	39,7 ± 11,5 ^b	40,8 ± 15,4	41,2 ± 16,3	42,5 ± 15,2
Пациенты без симптомов депрессии по ШДЦЭИ (n, %)	–	51,54%	71,75% ²	79,83% ³	79,83% ⁴	–	29,31%	14,15% ²	14,15% ³	10,11% ⁴
Пациенты с КЭ по ХМ (n, %)	–	70,74% ¹	72,76% ²	72,76% ³	72,76 % ⁴	–	39,41% ¹	37,39% ²	33,35% ³	30,32% ⁴

Примечание. M ± SD – среднее значение и стандартное отклонение; ГБ – головная боль; ОП – обезболивающий препарат; ШОВМА – шкала оценки влияния мигрени на повседневную активность; ШДЦЭИ – шкала депрессии Центра эпидемиологических исследований; СТ – ситуативная тревога; ШЛСТ – шкала личностной и ситуативной тревоги Спилберга – Ханина; ЛТ – личностная тревога; КЭ – клинический эффект; ХМ – хроническая мигрень; ^a – статистически значимое различие между значениями параметра до и после лечения в 1-й группе, $p < 0,05$; ^b – статистически значимое различие между значениями параметра до и после лечения во 2-й группе, $p < 0,05$; * – статистически значимое отличие параметра от значения, измеренного на 3-м мес. наблюдения; ¹ – статистически значимое различие между 1-й и 2-й группами на 3-м мес. наблюдения, $p < 0,05$ при 95% ДИ; ² – статистически значимое различие между 1-й и 2-й группами на 6-м мес. наблюдения, $p < 0,05$ при 95% ДИ; ³ – статистически значимое различие между 1-й и 2-й группами на 12-м мес. наблюдения, $p < 0,05$ при 95% ДИ; ⁴ – статистически значимое различие между 1-й и 2-й группами на 18-м мес. наблюдения, $p < 0,05$ при 95% ДИ.

был разработан и успешно продемонстрирован принцип комплексного персонализированного подхода к лечению пациентов с ХМ и коморбидными нарушениями, в частности с депрессивным синдромом, показаны эффективные комбинации лекарственных и нелекарственных методов. Подтверждена клиническая значимость добавления КПТ к комплексному лечению пациентов с ХМ и депрессивным синдромом. КПТ, психологический метод с доказанной эффективностью лечения депрессии и различных болевых синдромов [15], продемонстрировала эффективность при ХМ в проводимых ранее зарубежных исследованиях, но уровень доказательной эффективности и рекомендаций пока неясен, т. к. необходимо проведение большего количества рандомизированных исследований [12, 16–19]. В нашей стране клиническое изучение эффективности КПТ у пациентов с ХМ ограничено только собственными исследованиями [5–7, 20]. Важно отметить, что в проведенном нами исследовании КПТ была направлена не только на ГБ, но и на депрессивный синдром. В отличие от большинства других ранее проведенных исследований по КПТ при ХМ, в настоящем исследовании учитывались и корректировались коморбидные нарушения, было больше сессий КПТ (10 встреч) с увеличенной продолжительностью (90 мин), дольше поддерживался контакт с пациентами (в течение 24 мес.). Предполагаем, что это объясняет более успешные

результаты лечения пациентов с ХМ по сравнению с результатами исследований других авторов.

Преимуществами настоящего исследования являются: однородность включенных пациентов по диагнозу ХМ, достаточный объем выборки, наличие рандомизации, длительный период наблюдения (18 мес.), учет коморбидных нарушений (депрессивного синдрома), оценка количества пациентов, у которых был достигнут КЭ по ХМ и отсутствовали симптомы депрессии. Ограничения исследования: данное исследование было выполнено в одном центре, КПТ проводилась одним специалистом. В связи с этим целесообразно проведение многоцентрового исследования с проведением КПТ разными специалистами. Также возможно проведение исследования в мультидисциплинарном формате, с участием не только невролога, но и психиатра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

КПТ повышает эффективность комплексного персонализированного лечения пациентов с ХМ и коморбидным депрессивным синдромом в краткосрочной и долгосрочной перспективе.



Поступила / Received 02.07.2025
Поступила после рецензирования / Revised 21.07.2025
Принята в печать / Accepted 25.07.2025

Список литературы / References

- Burch RC, Buse DC, Lipton RB. Migraine: Epidemiology, Burden, and Comorbidity. *Neural Clin.* 2019;37(4):631–649. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.06.001>.
- Viudez-Martínez A, Torregrosa AB, Navarrete F, García-Gutiérrez MS. Understanding the Biological Relationship between Migraine and Depression. *Biomolecules.* 2024;14(2):163. <https://doi.org/10.3390/biom14020163>.
- Ashina S, Serrano D, Lipton RB, Maizels M, Manack AN, Turkel CC et al. Depression and risk of transformation of episodic to chronic migraine. *J Headache Pain.* 2012;13(8):615–624. <https://doi.org/10.1007/s10194-012-0479-9>.
- Филатова ЕГ, Осипова ВВ, Табеева ГР, Парфенов ВА, Екушева ЕВ, Азимова ЮЭ 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 EG, Osipova VV, Tabeeva GR, Parfenov VA, Ekusheva EV, Azimova YuE 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>.
- Головачева ВА, Головачева АА. Эффективность когнитивно-поведенческой терапии при хронической мигрени и лекарственно-индуцированной головной боли: проспективное рандомизированное исследование. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2024;16(6):21–27. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-6-21-27>.
- Golovacheva VA, Golovacheva AA. Efficacy of cognitive behavioral therapy in chronic migraine and medication overuse headache: a prospective randomized trial. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics.* 2024;16(6):21–27. (In Russ.) <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-6-21-27>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Фатеева ТГ, Парфенов ВА. Когнитивно-поведенческая терапия при хронической мигрени и сочетанной хронической инсомнии: проспективное рандомизированное исследование. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2024;124(5-2):110–117. <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124052110>.
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. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova.* 2024;124(5-2):110–117. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro2024124052110>.
- Головачева ВА, Головачева АА, Парфенов ВА. Оптимизация ведения пациентов с хронической мигренью и цервикалгией с использованием когнитивно-поведенческой терапии: проспективное двухлетнее рандомизированное исследование. *Российский неврологический журнал.* 2024;29(6):35–43. <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2024-29-6-35-43>.
Golovacheva VA, Golovacheva AA, Parfenov VA. Optimizing the management of patients with chronic migraine and neck pain: a prospective randomized trial with long-term follow-up. *Russian Neurological Journal.* 2024;29(6):35–43. (In Russ.) <https://doi.org/10.30629/2658-7947-2024-29-6-35-43>.
- 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>.
- 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;234:270–275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.071>.
- 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.* 2011;63(S11):S467–S472. <https://doi.org/10.1002/acr.20561>.
- 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–S28. https://doi.org/10.1212/wnl.56.suppl_1.s20.
- Onur OS, Ertem DH, 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>.
- Treadwell JR, Tsou AY, Rouse B, Ivlev I, Fricke J, Buse DC et al. Behavioral interventions for migraine prevention: A systematic review and meta-analysis. *Headache.* 2025;65(4):668–694. <https://doi.org/10.1111/head.14914>.
- Kung D, Rodriguez G, Evans R. Chronic Migraine: Diagnosis and Management. *Neural Clin.* 2023;41(1):141–159. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2022.05.005>.
- Beck AT. A 60-Year Evolution of Cognitive Theory and Therapy. *Perspect Psychol Sci.* 2019;14(1):16–20. <https://doi.org/10.1177/1745691618804187>.
- Bae JY, Sung HK, Kwon NY, Go HY, Kim TJ, Shin SM, Lee S. Cognitive Behavioral Therapy for Migraine Headache: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina.* 2021;58(1):44. <https://doi.org/10.3390/medicina58010044>.
- Crawford MR, Luik AI, Espie CA, Taylor HL, Burgess HJ, Jones AL, Ong JC. Digital Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in Women With Chronic Migraines. *Headache.* 2020;60(5):902–915. <https://doi.org/10.1111/head.13777>.
- Smitherman TA, Kuka AJ, Calhoun AH, Walters ABP, Davis-Martin RE, Ambrose CE 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>.
- Calhoun AH, Ford S. Behavioral sleep modification may revert transformed migraine to episodic migraine. *Headache.* 2007;47(8):1178–1183. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2007.00780.x>.
- Головачева В.А. Лечение хронической мигрени и инсомнии с помощью когнитивно-поведенческой терапии. *Медицинский совет.* 2023;17(3):68–76. <https://doi.org/10.21518/ms2023-080>.
Golovacheva VA. Treatment of chronic migraine and insomnia with cognitive behavioral therapy. *Meditsinskiy Sovet.* 2023;17(3):68–76. (In Russ.) <https://doi.org/10.21518/ms2023-080>.

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); 119991, Россия, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; xoho.veronica@gmail.com

Information about the author:

Veronika A. Golovacheva, Cand. Sci. (Med.), Associate Professor of the Department of Nervous Diseases and Neurosurgery, Sklifosovsky Institute of Clinical Medicine, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); 8, Bldg. 2, Trubetskaya St., Moscow, 119991, Russia; xoho.veronica@gmail.com