

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М.В.ЛОМОНОСОВА

На правах рукописи

Мигунова Юлия Михайловна

**ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ
ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГОЛОВНЫХ БОЛЯХ
РАЗНОГО ГЕНЕЗА**

19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2019

Работа выполнена на кафедре нейро- и патопсихологии факультета психологии
Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения
высшего образования «Московский государственный университет имени
М.В.Ломоносова»

Научный руководитель: **Рассказова Елена Игоревна** – кандидат
психологических наук

Официальные оппоненты: **Соловьева Светлана Леонидовна** – доктор
психологических наук, профессор; профессор
кафедры психотерапии, медицинской психологии
и сексологии ФГБОУ ВО «Северо-Западный
государственный медицинский университет имени
И.И. Мечникова» Минздрава России;

Холмогорова Алла Борисовна – доктор
психологических наук, профессор; декан
факультета консультативной и клинической
психологии; заведующий кафедрой клинической
психологии и психотерапии ФГБОУ ВО
«Московский государственный психолого-
педагогический университет»;

Московченко Денис Владимирович – кандидат
психологических наук; доцент кафедры
клинической психологии факультета клинической
психологии ФГБОУ ВО «Московский
государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава
России

Защита диссертации состоится 27 декабря 2019 г. в 17.00 на заседании
диссертационного совета МГУ.19.01 в ФГБОУ ВО «Московский
государственный университет имени М.В.Ломоносова» по адресу: 125009, г.
Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 215.
e-mail: us@psy.msu.ru

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени
М.В.Ломоносова (г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 27); на сайте ИАС
«ИСТИНА» (<https://istina.msu.ru/dissertations/252048422/>); на сайте Научно-
консультативного совета РАО и РПО (<http://psy-science-council.ru/dissertations/>).

Автореферат разослан «___» _____ 2019 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета МГУ.19.01,
кандидат психологических наук

А.А. Кисельников

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. По данным ВОЗ (2016), от 50% до 75% людей в возрасте 18-65 лет в мире имели головную боль на протяжении последнего года, и более 30% из этих людей сообщали о мигрени. 1,7% – 4% взрослого населения мира страдает от хронической головной боли. Головные боли возникают у людей различного возраста и наиболее мучительный в период так называемого продуктивного возраста (от подросткового [12-15 лет] до 60 лет), что делает их предметом особого внимания с точки зрения общественного здравоохранения (ВОЗ, 2016).

Психологические факторы признаны одной из важнейших составляющих как в генезе головных болей разного вида (Вейн, 1994; Куцемелов, 2005), так и в хронификации болезни (Осипова, 2010; Lipton, 2008). В последнее время в психологии обсуждается возможность использования культурно-деятельностного подхода в качестве методологической основы клинико-психологической реабилитации (Варако и др., 2019; Kovyazina, Zinchenko, Varako, 2016; Varako, Kovyazina, Zinchenko et al., 2016), что особенно актуально в отношении пациентов с соматическими заболеваниями, этиология и патогенез которых связаны с психологическими факторами. Вместе с этим, в настоящее время не сформулированы клинические рекомендации по профилактике ухудшения субъективного благополучия и качества жизни для таких больных.

Хотя первичные головные боли при адекватном лечении не являются заболеванием, непосредственно угрожающим жизни пациента, хроническая форма может значительно снижать субъективное благополучие и качество жизни пациентов и приводить к ограничениям в работе и повседневном функционировании.

Понимание того, каким образом пациент воспринимает и описывает свою боль, помогает установить мишени для психологической помощи, а также позволяет уточнить диагноз, в частности, при дифференциальной диагностике пациентов с психогенными болями. Кроме того, исследование особенностей внутренней картины болезни на моделях, предложенных в рамках культурно-исторической психологии, позволяет расширить понимание механизмов работы регуляторной функции внутренней картины болезни. Особый интерес при этом представляет сопоставление пациентов с различными головными болями –

мигренями и головными болями напряжения, – которые существенно различаются по проявлению и течению.

Изучение внутренней картины болезни при различных формах головной боли важно как для общества, так и для системы здравоохранения. С точки зрения финансовых расходов для общества, головная боль является одной из основных причин снижения функционирования и невыхода на работу. С практической точки зрения, это делает актуальным вопрос о психологических факторах хронификации головной боли – как общих для головной боли в целом, так и типичных для головных болей разного генеза.

Под **хронификацией** в данной работе понимается не только приобретение болезнью затяжного течения, но и ухудшение субъективного благополучия и качества жизни в связи с симптомами (в первую очередь, речь идет о субъективном неблагополучии). Отмечается снижение качества жизни пациентов с головными болями (включая хронические формы) по сравнению со здоровыми респондентами и по сравнению с пациентами с эпизодическими головными болями (Осипова и др., 2011; Auzenberg et al., 2014); однако не до конца исследованы факторы, влияющие на эти изменения. Также существуют противоречивые данные о том, в какой степени и в каких сферах существует это снижение.

Среди медицинских работ большое внимание уделяется социодемографическим данным в рамках исследования predispositional факторов (Вейн, 1994; Куцемелов, 2005; Rasmussen, 1995; Lipton, 1997), а также исследованиям восстановительных методов (Алексеев, 2006; Кукушкин, 2007; Табеева, 2009). В рамках психологии изучаются отдельные аспекты внутренней картины болезни у пациентов с болевыми синдромами и хроническими заболеваниями и их связь с процессом хронификации: особенности восприятия болевых ощущений (Адашинская, 2003; Bezov et al., 2011; Ludäscher et al., 2015); когнитивные особенности (Greenberg, Burns, 2003; Asmundson, Norton, 2004; Ocañez et al., 2010); копинг-стратегии (Московченко, 2016; Siniatchkin et al., 1999; Valade et al., 2012; Wieser et al., 2012); локус контроля (Nicholson et al., 2007; Grinberg, Seng, 2017); мотивационные и личностные изменения (Личко, Иванов, 1980; Сапарова, 1989; Тхостов, Арина, 1990; Вассерман и др., 2002; Николаева, 2009; Demjen, Bakal, 1990). Работы, посвященные обобщению психологических

факторов хронификации при головной боли, как правило, проведены в рамках больших популяционных исследований, что затрудняет понимание системы субъективных смыслов, касающихся болезни, и процесса построения концепции болезни.

Актуальность исследования определяется тем, что на сегодняшний день существует потребность в построении интегративной модели внутренней картины болезни у пациентов с головными болями и выявлении факторов хронификации головной боли. Это позволит уточнить мишени работы психолога с такими пациентами; сформулировать клинические рекомендации для врачей, пациентов и родственников больных для профилактики снижения субъективного благополучия и хронификации различных форм головной боли.

Цель исследования: изучение связей внутренней картины болезни с субъективным благополучием у пациентов с головными болями разного генеза.

Объект исследования: внутренняя картина болезни при головных болях разного генеза.

Предмет исследования: связь особенностей восприятия боли, ее эмоциональной и когнитивной оценки и совладания с болью с интенсивностью жалоб и компонентами субъективного благополучия у пациентов с головными болями разного генеза.

В формулировке гипотез исследования мы опирались на положения культурно-исторического подхода в психосоматике (Николаева, 1995), согласно которому в структуре внутренней картины болезни можно выделить следующие уровни: сензитивный – оценка интенсивности и тяжести боли; когнитивный и эмоциональный – эмоциональная реакция на боль как симптом и приписывание значения боли в структуре болезни; мотивационный – личностный смысл боли и болезни в их связи с актуальными мотивами личности.

Гипотезы исследования

1. Сензитивный уровень внутренней картины болезни (в форме восприятия боли) выражается в том, что снижение субъективного благополучия у пациентов с головной болью связано с низкой дифференцированностью телесных ощущений.

2. Когнитивный и эмоциональный уровень внутренней картины болезни проявляются в том, что снижение субъективного благополучия у пациентов с

головной болью связано с выраженной эмоциональной реакцией на боль, ожиданием боли, а также субъективным переживанием недостаточного понимания природы и механизмов болезни и недостаточного личностного контроля в отношении боли.

3. Уровень личностного смысла внутренней картины болезни выражается в том, что снижение субъективного благополучия у пациентов с головной болью связано с субъективным представлением о том, что болезнь будет длиться неопределенно долго, иметь тяжелые последствия, ограничивать жизнь человека, а также с высокой уверенностью в том, что без постоянного приема лекарств течение болезни контролировать невозможно.

Задачи исследования

1. Теоретический анализ исследований внутренней картины болезни и ее регуляторной функции в ситуации хронической болезни, а также выделение процессов, через которые можно исследовать особенности внутренней картины болезни и их связь с субъективным благополучием у пациентов с болями.

2. Исследование особенностей внутренней картины болезни пациентов с болевыми синдромами (на примере головных болей и болей в спине).

3. Сравнение эмоционального и когнитивного уровней внутренней картины болезни при мигрени и головной боли напряженного типа.

4. Изучение связи внутренней картины болезни пациентов с головной болью (а именно, аспектов восприятия боли, когнитивной и эмоциональной оценки боли, личностного смысла и совладания с симптомом) с субъективным благополучием в сферах здоровья, эмоционального состояния, общения и активности в свободное время.

Теоретико-методологической основой исследования являются: системно-методологический подход в психологии (Л. фон Бергаланфи, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Ю.П. Зинченко); культурно-историческая концепция развития психики и теория деятельности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия) и ее применение в психологии реабилитации (Ю.П. Зинченко, А.Ш. Тхостов, М.С. Ковязина и др.); культурно-исторический подход в психосоматике и психология телесности (В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина); теория саморегуляции в отношении болезни и здоровья (Н. Leventhal) и модель

репрезентации лечения (R. Horne); модель когнитивных и бихевиоральных факторов соматизации и ипохондризации (W. Rief, A. Barsky).

Характеристика выборки

Поскольку исследование направлено на выявление как психологических факторов, общих для переживания боли, так и типичных для разных видов головной боли, в него включались пациенты с головными болями разного генеза (преимущественно мигрени и головные боли напряжения [ГБН]), а группу сравнения составляли пациенты с хроническими болями другой локализации (болью в спине).

Всего в исследовании приняло участие 112 взрослых больных, все они получали амбулаторное или стационарное лечение в первом неврологическом отделении клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова Первого МГМУ имени М.М. Сеченова. Возраст участников исследования от 18 до 65 лет (средний возраст – $48,4 \pm 13,5$ лет); из них мужчин 17 человек (15,2%), женщин – 95 человек (84,8%). Работающих в момент получения лечения – 16 человек (14,3%); безработных – 22 человека (19,6%); учащихся – 3 человека (2,7%); имеющих листок нетрудоспособности – 39 человек (34,8%); находящихся на пенсии – 32 человека (28,6%).

В связи с высоким разбросом в возрасте участников исследования, предварительно была проведена дополнительная процедура статистической проверки (коэффициент корреляции Пирсона). Не обнаружено значимых корреляций между возрастом пациентов и показателями субъективного благополучия, оценками интенсивности, частоты и длительности боли, что позволяет рассматривать пациентов в качестве условно-однородной группы для решения задач исследования.

Пациенты с головной болью (74 человека) имели диагнозы: 33 человека – мигрень без ауры (G43.0); 35 человек – головная боль напряженного типа (G44.1); 6 человек - другие расстройства вегетативной (автономной) нервной системы (G90.8).

Пациенты с болями в спине (38 человек) выступали в качестве группы сравнения с хроническими болями другой локализации и имели диагноз люмбаго с ишиасом (M54.4).

Исследование проводилось с соблюдением этического кодекса Российского психологического общества (2012), Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ (ред. от 31.12.2017) "О персональных данных" и Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 29.05.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", статьи 13 «Соблюдение врачебной тайны». Пациенты дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование носило конфиденциальный характер, протоколы с результатами не включали полные имена и фамилии пациентов. Исследование проводилось в период 2014-2017 гг.

Методы исследования

Обследование пациентов состояло из следующих этапов: *первая часть* обследования включала полуструктурированное интервью с целью получения субъективных описаний болезни и способов справляться с болью, а также для исключения из исследования пациентов с сопутствующими психическими нарушениями, достигающими клинического уровня, снижением когнитивного уровня и выраженной астенизацией. *Вторая часть* нацелена на диагностику особенностей внутренней картины болезни и субъективного благополучия. Использовались следующие методики:

Для диагностики частоты и тяжести боли:

- Оценка влияния мигрени на повседневную активность (Migraine Disability Assessment Test, MIDAS, Lipton, Stewart, 1999);
- Индекс НИТ-6 («Влияние головной боли на повседневную активность», Headache Impact Test-6, НИТ-6, Rendas-Baum et al., 2014).

Для оценки особенностей интрацепции:

- Модификация теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (Елшанский, Тхостов, 2008).

Для оценки восприятия тела, болезни и репрезентации лечения:

- Опросник восприятия болезни (The illness perception questionnaire, Weinman et al., 1996, Рассказова, 2016), который включает три блока: диагностики идентичности болезни (жалоб и их отношения к болезни), представлений о ней (шесть шкал: длительности, цикличности, последствий, понимания болезни, личного контроля за течением болезни и

контроля лечения заболевания, эмоциональных репрезентаций), представлений о причинах болезни;

- Опросник представлений о теле и здоровье (Cognition about Body and Health Questionnaire, САВАН, Rief et al., 1998, Рассказова и др., 2014). Шкалы включают катастрофизацию при интерпретации телесных симптомов, автономные ощущения, телесную слабость, непереносимость телесных симптомов, привычки, связанные со здоровьем, соматосенсорную амплификацию.
- Рисуночная методика оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС, Садалская и др., 2000);
- Шкала оценки поведения в болезни SAIB (Scale for the Assessment of Illness Behavior, Rief et al., 2003; Рассказова и др., 2014). Шкала включает 26 пунктов, которые образуют пять факторов: проверка диагноза, выражение жалоб, лечение, последствия болезни, сканирование тела на предмет симптомов;
- Шкала комплаентности Мориски-Грин (Morisky, Green, Levine, 1986);
- Опросник убеждений о лекарствах (The Beliefs about Medicines Questionnaire, ВМQ, Horne, Weinman, Hankins, 1997, Рассказова и др., 2014). Шкалы теста направлены на диагностику убеждений о необходимости приема лекарств, обеспокоенности о лекарствах, убеждений о том, что лекарства опасны и вызывают зависимость, убеждений о переоценке эффекта лекарств со стороны врачей.

Для диагностики качества жизни в различных сферах:

- Краткая версия опросника качества жизни и удовлетворенности Quality of Life and Enjoyment Questionnaire (Ritsner et al., 2005, Рассказова, 2012). Шкалы теста включают диагностику удовлетворенности здоровьем, эмоциональным состоянием, свободным временем и общением.

В соответствии с рабочей схемой, методики отбирались таким образом, чтобы оценивать преимущественно один из блоков – восприятия боли, когнитивной и эмоциональной оценки, личностного смысла и совладания с болью (табл. 1). Поскольку в действительности мы сталкиваемся уже с продуктом и первичного, и вторичного означения и осмысления, это деление в достаточной степени условно.

Таблица 1.

Тестовые и экспериментально-психологические методики исследования

Диагностический блок	Задачи диагностики	Методики
Блок восприятия боли	Оценка интенсивности и частоты боли	Интервью об особенностях боли и реакции на нее, тест влияния головной боли HIT-6, тест нарушений при мигрени MIDAS
	Оценка особенностей переживания боли	Метафора боли
	Оценка места боли среди других ощущений и жалоб	Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений
	Оценка отношения жалоб к болезни	Шкала идентичности болезни опросника восприятия болезни IPQ-R
Эмоциональная и когнитивная оценка боли	Представления о болезни и эмоциональных реакциях на нее	Интервью об отношении к боли и болезни, шкалы длительности, цикличности, понимания болезни, эмоциональных репрезентаций опросника восприятия болезни IPQ-R, Рисуночная методика МОБиС
	Субъективные представления о причинах боли и болезни	Интервью о причинах боли, блок причин опросника восприятия болезни IPQ-R
	Оценка представлений о теле и здоровье	Опросник представлений о теле и здоровье САВАН
Личностный смысл и совладание с болью	Оценка последствий болезни для жизни	Интервью о влиянии болезни на жизненные сферы и реакции окружающих, шкалы последствий болезни опросника восприятия болезни IPQ-R
	Оценка способов совладания с болью	Интервью о способах совладания с болью, шкала личного контроля опросника восприятия болезни IPQ-R
	Оценка субъективной комплаентности и репрезентации лечения	Шкала Мориски-Грин, опросник убеждений о лекарствах, шкала контроля лечения опросника восприятия болезни IPQ-R
	Оценка поведения в болезни	Шкала оценки поведения в болезни SAIB
Блок зависимых переменных: качество жизни и функционирование	Оценка качества жизни и функционирования	Интервью о влиянии боли и болезни на жизнь, опросник качества жизни и удовлетворенности

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета статистических программ Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 17 © SPSS Inc. (2009). В числе статистических процедур применялись: дескриптивный анализ – вычисление и описание средних значений, стандартных отклонений, анализ надежности (альфа Кронбаха); анализ значимости различий: вычисление и описание различий между исследуемыми группами по критерию U Манна-Уитни, t-Стьюдента, χ^2 Пирсона; кластерный анализ, корреляционный анализ по критерию R Спирмена; анализ модерации (описывались значения R^2 , коэффициенты регрессии β).

Научная новизна

В работе впервые проведено исследование внутренней картины болезни пациентов с головными болями в сопоставлении с пациентами с болями в спине, а также регуляторной функции внутренней картины болезни в отношении субъективного благополучия пациентов в сферах здоровья, эмоционального состояния, общения, активности в свободное время. С помощью анализа модерации показано, что тяжесть боли у пациентов с головными болями не связана с удовлетворенностью жизнью напрямую: ряд особенностей ВКБ могут опосредовать эту связь при низкой и средней интенсивности боли. Выявлены различия в психологических факторах удовлетворенности у пациентов с мигренями и головной болью напряженного типа.

Показано, что при болях разной интенсивности (как головных болях, так и болях в спине) общими факторами низкого субъективного благополучия в структуре внутренней картины болезни являются выраженные эмоциональные реакции на болезнь, опасения последствий болезни и приема лекарств.

Впервые описано, что факторами низкого субъективного благополучия у пациентов с головной болью являются: на уровне восприятия — повышенное внимание к телесным ощущениям; на уровне когнитивной и эмоциональной оценки — повышение показателей автономных телесных ощущений, соматосенсорной амплификации (чрезмерного внимания к телесным ощущениям, провоцирующим возникновение телесных симптомов), катастрофизации, оценка болезни как имеющей психологические причины и продолжительной, непонимание болезни, эмоциональность в отношении симптомов; на уровне личностного смысла и совладания с болью — оценка

болезни как имеющей серьезные последствия, опасения этих последствий, развернутое поведение по предъявлению жалоб, но низкая комплаентность, убеждения в необходимости приема лекарств и опасения негативных последствий от лекарств. Таким образом, внутренняя картина болезни, связанная со снижением субъективного благополучия при головной боли, характеризуется страхами перед симптомами и наличием внутренних противоречий в оценке болезни, ее последствий и действия лекарств.

Установлено, что у пациентов с головной болью напряженного типа по сравнению с мигренями особенности внутренней картины болезни в большей степени связаны со снижением субъективного благополучия в сферах эмоций, общения и активности в свободное время. Так, вегетативные ощущения, катастрофизация, субъективное непонимание болезни, расширение объема жалоб в большей степени связаны со снижением субъективного благополучия в сфере эмоций; вегетативные ощущения, острая эмоциональная реакция, субъективное непонимание болезни в большей степени связаны со снижением субъективного благополучия в сфере свободного времени; острая эмоциональная реакция, убеждения в необходимости лекарств в большей степени связаны со снижением удовлетворенности общением.

На основе полученных данных выделены типы внутренней картины болезни, связанные со снижением субъективного благополучия в сферах удовлетворенности здоровьем, эмоциональным состоянием, свободным временем и общением у пациентов с разными видами головной боли (мигрени, головная боль напряженного типа) и у пациентов с болью в спине. Также сформулированы общие факторы снижения субъективного благополучия у пациентов с болями; и отмечены как общие, так и типичные для разных видов внутренней картины болезни особенности, с которыми необходимо работать в рамках психотерапии пациентов с болями.

Теоретическая значимость результатов работы выражается в уточнении положения культурно-исторического подхода в психосоматике о роли внутренней картины болезни в саморегуляции (Николаева, 1995); а именно – показано, что особенности внутренней картины болезни опосредуют связь клинических характеристик боли (интенсивность, частота, продолжительность) с субъективным благополучием в разных сферах. Расширяется понимание

содержания внутренней картины болезни на различных моделях – при головной боли и болях в спине; расширяются знания о психологических факторах снижения субъективного благополучия при хронических головных болях.

Практическая значимость. Подобранные методики и инструменты, предложенные и апробируемые в работе, могут применяться для диагностики психологических факторов хронификации головных болей.

Установлены мишени для психологической работы с пациентами с головными болями разных типов: чрезмерное внимание к боли и телесным симптомам, катастрофизация телесных ощущений, острая эмоциональная реакция на болезнь, убеждения в собственной телесной слабости и уязвимости, опасения усугубления и тяжести болезни и опасения последствий лекарств, убеждения в необходимости медикаментов для контроля заболевания, снижение комплаентности.

На основании полученных данных, при дальнейшем уточнении на моделях других болевых синдромов, может быть сформулирован ряд клинических рекомендаций по профилактике снижения субъективного благополучия для пациентов с болями. В рамках работы такие рекомендации сформулированы для пациентов головной болью напряженного типа и мигренью, а также для пациентов с болями в спине.

Результаты могут быть использованы в обосновании клинико-психологических рекомендаций по работе с пациентами с хроническими головными болями.

Достоверность результатов исследования обеспечена проведением глубокого теоретического анализа проблемы; подбором методик, адекватных поставленным целям и задачам; сочетанием количественного и качественного анализа данных; достаточным объемом выборки и введением клинических групп сравнения.

Положения, выносимые на защиту:

1. Субъективное благополучие пациентов с головными болями определяется такими особенностями внутренней картины болезни, как восприятие боли, ее когнитивная и эмоциональная оценка, а также личностный смысл, стратегии и ресурсы совладания с болью и болезнью.

2. При локализации боли в области головы по сравнению с болью иной локализации (в спине) отмечается более выраженная связь параметров внутренней картины болезни с субъективным благополучием, в особенности в сферах эмоций и общения, на фоне предпочтения пассивных стратегий совладания с болью.
3. У пациентов с головной болью выделяются следующие особенности внутренней картины болезни, связанные со снижением субъективного благополучия: на сензитивном уровне – усиление внимания к телесным ощущениям; на уровне эмоциональной и когнитивной оценки боли – представления об особой чувствительности своего тела, катастрофизация телесных ощущений, оценка болезни как более продолжительной при недостаточном субъективном понимании ее природы, острая эмоциональная реакция на болезнь; на уровне совладания с болью – оценка болезни как имеющей серьезные последствия, развернутое поведение по предъявлению жалоб при низкой комплаентности.

Апробация результатов исследования

Основные результаты исследования представлены на всероссийских и международных конференциях: Международном молодежном научном форуме «Ломоносов» (Москва, 2014, 2015); Международной научной конференции молодых ученых «Психология XXI века: академическое прошлое и будущее» (Санкт-Петербург, 2015); Международной конференции «Психология общения и доверия: теория и практика» (Москва, 2014); Ананьевских чтениях (Москва, 2016); XVIII Международном конгрессе по головной боли (Ванкувер, Канада, 2017); XXVI, XXVII Европейских психиатрических конгрессах (Ницца, Франция, 2018; Варшава, Польша, 2019).

Структура и объем диссертации

Содержание диссертации изложено на 205 страницах; работа содержит 3 приложения, 10 таблиц и 1 рисунок. Список литературы содержит 162 источника; из них 92 – на английском языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновывается актуальность проблемы; определяются цель, задачи и гипотезы исследования, научная новизна работы, теоретическая и практическая значимость; излагаются положения, выносимые на защиту.

В **главе 1 «Внутренняя картина болезни как «орган» саморегуляции в ситуации хронических заболеваний»** описаны различные взгляды на психологические факторы хронификации болезни. Делается вывод о том, что механизмы этих процессов при головной боли можно изучать с позиций культурно-исторического подхода в психосоматике и психологии телесности.

В **параграфе 1.1 «Проблема хронификации болезни в психосоматике»** представлены взгляды на проблему хронификации. Она рассматривается с точки зрения медицинского подхода (Вербицкий, 2013); предлагается расширенное понимание хронификации, основанное на современных положениях психологии здоровья (Никифоров, 2000), а также указывается на актуальность развития клинко-психологической реабилитации пациентов с хроническими головными болями (Varako, Kovyazina, Zinchenko et al., 2016). Рассматриваются клинические (коморбидные психические расстройства) (Горностаева Г.В. и др., 2007; Rasmussen, 1995; Lipton, 1997; Yalcin, 2014); когнитивные и поведенческие (Barsky, Wyshak, 1990; Rief et al. 1998); личностные (Смулевич, 2007; Волель, 2009; Лысова, 2016; Mongini et al., 2009;) и социокультурные (Zhou et al., 2011; Ma-Kellams et al., 2012) факторы хронификации. Хронификация в данной работе рассматривается как процесс, тесно связанный со снижением субъективного благополучия.

В **параграфе 1.2 «Культурно-исторический подход в психосоматике: понятие внутренней картины болезни»** описаны основные концепции внутренней картины болезни (ВКБ) и исследования, проведенные по этой теме в рамках культурно-исторического подхода (Лурия, 1944; Николаева, 1987, 1995; Тхостов, Арина, 1990). Также проанализированы модели саморегуляции при хронических заболеваниях, предложенные в других психологических школах (Смирнов, Резникова, 1983; Вассерман, 2002; Leventhal, 1997). Приведены исследования смысловой сферы в ситуации болезни в отечественном подходе (Сапарова, 1989; Николаева, 1995; Тхостов, 2002), а также положения о влиянии межличностного общения на способы оформления и предъявления

жалоб на соматические симптомы (Тхостов, 2002; Нелюбина, 2009; Березина, 2011; Рассказова, Мигунова, 2014).

Параграф 1.3 «Внутренняя картина болезни и субъективное благополучие при хронических соматических заболеваниях» содержит определение более широкого «зонтичного» термина «качество жизни» и более узкого, чаще используемого в психосоматике – «субъективное благополучие».

Проанализирована связь между терминами «внутренняя картина болезни» и «субъективное благополучие». Глобальное понятие «качество жизни», несмотря на связь с процессами психической адаптации, может быть нерелевантным для описания того, что происходит в ситуации заболевания, тогда как понятие ВКБ как «органа» регуляции в ситуации болезни отражает психологическое содержание реакции личности на болезнь. Исследование особенностей ВКБ и их связи с оценкой субъективного благополучия в ситуации соматического заболевания позволяет прояснить вклад субъективных факторов в течение болезни и выздоровления.

Глава 2 «Внутренняя картина болезни и субъективное благополучие пациентов с хроническими головными болями» содержит подробный анализ исследований, посвященных болевым синдромам и особенностям ВКБ при головной боли.

Параграф 2.1 «Особенности саморегуляции при болевых синдромах» является вводным перед переходом непосредственно к теме ВКБ при головной боли и содержит краткий обзор исследований, посвященных влиянию знаково-символического опосредования на изменение болевых ощущений; проводится анализ стратегий контроля боли (активные, пассивные, стратегии отвлечения [Большакова, 1995]; стратегии контроля боли и стратегии принятия боли [Hayes et al., 1999; Vowles et al., 2007]). Подчеркивается важность внимания к личной истории отношений пациента с болью, поддержка авторской позиции больного в ситуации совладания с симптомом.

В параграфе 2.2 «Клинические особенности и субъективное благополучие при головных болях» приводятся данные о распространенности различных видов головной боли (ГБ), диагностические критерии мигрени и головной боли напряжения (ГБН); описание факторов, провоцирующих и усугубляющих течение головной боли.



Рисунок 1. Процессы в структуре ВКБ, опосредующие влияние боли на субъективное благополучие и качество жизни при головной боли.

Параграф 2.3 «Внутренняя картина болезни и субъективное благополучие при головных болях» посвящен анализу различных факторов хронификации ГБ, рассмотренных с точки зрения процессов: восприятия и переживания боли, эмоциональной и когнитивной оценки боли, совладания с болью и изменения мотивационно-личностной структуры (Мигунова, 2018). Формулируется проблема исследования, приводится схема, в соответствии с которой строится эмпирическое исследование (рис.1).

В главе 3 «Программа, методы и методики исследования» формулируются задачи эмпирического исследования, гипотезы исследования; описываются процедура и методы, а также дается характеристика выборки.

Глава 4 «Результаты» содержит результаты обработки данных с помощью статистических методов.

В параграфе 4.1 «Клинико-психологическая характеристика пациентов с головной болью и болью в спине» приводится анализ данных интервью о способах совладания с болью, особенностях описания боли и других телесных ощущений, а также особенностей ВКБ при хронической и эпизодической боли, а также у пациентов с различной локализацией боли (в голове и в спине).

Пункт 4.1.1 содержит анализ стратегий совладания с болью, полученных в ходе полуструктурированного интервью и разделенных на три группы: активные, пассивные и смешанные. К активным способам совладания относится увеличение поведенческой активности при возникновении симптомов, например: самомассаж, упражнения, которые позволяют снять боль, концентрация на работе для отвлечения от боли. К пассивным способам относится ограничение поведенческой активности, например: употребление лекарств, ограничение движения, общения или прекращение текущей деятельности. Смешанные стратегии подразумевают комбинацию активных и пассивных способов справляться с болью.

Пациенты с ГБ, по сравнению с пациентами с болями в спине, значительно чаще используют пассивные стратегии совладания с симптомами ($\chi^2 = 4,66$, $p < 0,05$; V Крамера = 0,21) и реже используют смешанные стратегии совладания ($\chi^2 = 7,82$, $p < 0,01$; V Крамера = 0,27). При этом наиболее часто пассивными стратегиями пользуются больные с мигренью (69% случаев).

В пункте 4.1.2 приведены результаты анализа метафор, используемых пациентами для описания боли, полученные в ходе полуструктурированного интервью, а также результаты анализа интрацептивных словарей больных (методика классификации дескрипторов соматических ощущений).

Для больных с мигренями, по сравнению с группой больных с ГБН и дорсалгиями (болями в спине), характерно более частое использование метафор разрушения целостности. Больные с ГБН чаще используют метафору воздействия, а также образы больших животных. Для пациентов с ГБ, по сравнению с группой пациентов с болями в спине, характерно восприятие боли как более разрушающей, повреждающей, вторгающейся в организм.

Пункт 4.1.3 содержит результаты анализа эмоциональных реакций на болезнь (полученные в ходе интервью) у пациентов с разными типами боли, а также сравнение особенностей ВКБ у пациентов с ГБ и болью в спине и пациентов с хронической и эпизодической ГБ.

Больные с ГБ, по сравнению с пациентами с болями в спине, испытывают схожие эмоциональные реакции на боль. Различия при сравнении эмоциональных реакций не достигают уровня статистической значимости; при

этом абсолютные значения частот сообщений об апатии, усталости и опустошении выше при ГБ.

При сравнении пациентов с ГБ и дорсалгиями выявлены такие особенности пациентов с ГБ, как более выраженное предъявление жалоб и опасения негативного влияния лекарств, большая убежденность в цикличности симптомов и психологических причинах болезни и меньшее субъективное понимание болезни (Kovyazina et al., 2018).

Пациенты с хронической болью по медицинским критериям (длительностью более 15 дней в месяц на протяжении 3 месяцев) ожидаемо отличаются от больных с эпизодическими формами ГБ по шкалам интенсивности боли (НПТ-6, длительность, частота боли); в сфере субъективного благополучия они имеют сниженные показатели удовлетворенности эмоциями и социальной сферой.

Со стороны *чувственного уровня ВКБ* у больных с хроническими формами отмечается более частое отнесение интрацептивных ощущений к ГБ, что свидетельствует о высоком внимании к телесным ощущениям, связанным с болью, и большая убежденность в том, что заболевание длительное. Со стороны *эмоционального и когнитивного уровня ВКБ* при хронической ГБ отмечается большее внимание к вегетативным телесным ощущениям. Со стороны *уровня личностного смысла и совладания с болезнью* у больных с хронической ГБ отмечается больше опасений о последствиях боли и болезни.

Для исследования особенностей сензитивного уровня использовались: методика Классификация дескрипторов интрацептивных ощущений; тест влияния головной боли НПТ-6; интервью об особенностях боли. Для исследования особенностей эмоционального и когнитивного уровней использовался опросник представлений о теле и здоровье САВАН. Для исследования особенностей уровня личностного смысла и совладания с болью и болезнью использовалась шкала оценки поведения в болезни SAIB и интервью о влиянии болезни на жизненные сферы и реакции окружающих. Для оценки субъективного благополучия использовался опросник качества жизни и удовлетворенности и интервью о влиянии боли и болезни на жизнь (Табл.1).

В параграфе 4.2 «ВКБ как модератор связи тяжести боли и субъективного благополучия у пациентов с головной болью» устанавливаются связи между особенностями ВКБ и субъективным благополучием пациентов с разной тяжестью ГБ, а также проводится сравнение полученных данных с группой больных с дорсалгиями; сравниваются группы с мигренью и ГБН.

В целом, по выборке пациентов с болями установлено, что пациенты, использующие в метафоре образ себя (по сравнению с пациентами, не использующими данную метафору), оценивают субъективное благополучие в сфере здоровья как более высокое (баллы, полученные по краткой версии опросника качества жизни и удовлетворенности: $10,2 \pm 3,1$, против $8,1 \pm 2,7$; $T=3,24$, $p<0,01$). Использование метафоры разрушения связано с более низкой оценкой субъективного благополучия в сфере общения ($16,6 \pm 3,7$, против $19,5 \pm 3,9$; $T=-2,61$, $p<0,05$). Обращение к анатомическим структурам в метафоре связано с более высокой оценкой субъективного благополучия в сфере здоровья ($10,7 \pm 3,3$, против $8,6 \pm 2,9$; $T=2,67$, $p<0,01$). По-видимому, использование образа себя и образов анатомических структур отражает активность пациента в освоении особенностей своей болезни и может быть связано с субъективным чувством управляемости болезни.

Проведен анализ модераций (Chaplin, 2007) для выявления опосредующего влияния особенностей ВКБ на субъективное благополучие при разной интенсивности ГБ и боли в спине. Предварительно сформирована общая переменная, описывающая интенсивность боли, в которую вошли показатели следующих субшкал: MIDAS, НIT-6, хронификация боли, количество дней боли за последние 3 месяца; длительность, частота, сила боли, насколько мешает боль (альфа Кронбаха = 0,82, что означает высокую согласованность выбранных субшкал и позволяет объединить их в общую переменную). Установлены корреляционные связи между различными особенностями ВКБ и субъективным благополучием пациентов с ГБ. Здесь и далее для оценки особенностей ВКБ использовались шкалы опросника восприятия болезни (IPQ-R), опросника представлений о теле и здоровье (САВАН), рисуночной методики оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС), шкала оценки поведения в болезни (SAIB), классификатор дескрипторов соматических ощущений (КДСО), шкала

комплаентности Мориски-Грин, опросник убеждений о лекарствах (BMQ). Подробное соотнесение шкал методик с уровнями ВКБ представлено в табл. 1.

Зависимыми переменными в регрессионном анализе выступали показатели субъективного благополучия в сферах здоровья, эмоций, общения и активности в свободное время (использовалась краткая версия опросника качества жизни и удовлетворенности [Ritsner et al., 2005] в апробации Е.И. Рассказовой [2012]).

На первом шаге иерархического регрессионного анализа в качестве независимой вводилась переменная, описывающая интенсивность боли. Этот шаг позволил характеризовать связь выраженности боли и субъективного благополучия в разных сферах при ГБ. На втором шаге к переменной интенсивности боли добавлялись особенности ВКБ, показавшие по предварительным данным корреляции с субъективным благополучием. При этом оценивалось изменение процента объясняемой дисперсии (R^2) – изменение, достигающее хотя бы уровня тенденции ($p < 0,1$), рассматривалось на этом шаге как возможное свидетельство важности ВКБ в отношении субъективного благополучия пациентов с разной тяжестью и интенсивностью боли. На третьем шаге добавлялась переменная-модератор, характеризующая взаимодействие особенностей ВКБ с интенсивностью боли. Улучшение предсказательной силы модели на третьем шаге означает, что связь ВКБ с субъективным благополучием зависит от тяжести и интенсивности ГБ.

Снижение удовлетворенности в сфере здоровья

В рамках **эмоционального и когнитивного уровня ВКБ**, снижение субъективного благополучия в сфере здоровья связано с острой эмоциональной реакцией на болезнь и соматосенсорной амплификацией. В рамках **уровня личностного смысла и совладания с болью**, снижение субъективного благополучия в сфере здоровья связано с опасениями последствий болезни и, на уровне тенденции, с опасениями о лекарствах.

Снижение удовлетворенности в сфере эмоций

В рамках **эмоционального и когнитивного уровня ВКБ**, снижение субъективного благополучия в сфере эмоционального состояния связано с выраженной эмоциональной реакцией на боль, катастрофизацией боли, субъективным чувством непонимания болезни, вниманием к вегетативным

ощущениям, соматосенсорной амплификацией и, на уровне тенденции, – с убеждениями в психологических причинах симптомов. В рамках уровня **личностного смысла и совладания с болью**, снижение субъективного благополучия в сфере эмоционального состояния связано с убежденностью в тяжелых последствиях болезни и их ожиданием, увеличением объема жалоб, снижением комплаентности, опасениями по поводу приема лекарств и убежденностью, что без постоянного приема лекарств течение болезни невозможно контролировать.

Снижение удовлетворенности в сфере активности в свободное время

В рамках **эмоционального и когнитивного уровня ВКБ**, снижение субъективного благополучия в сфере активности в свободное время связано с выраженной эмоциональной реакцией на боль, катастрофизацией боли, вниманием к вегетативным ощущениям и, на уровне тенденции, – с субъективным чувством непонимания болезни и субъективной близости боли к «Я». В рамках уровня **личностного смысла и совладания с болью**, снижение субъективного благополучия в сфере активности в свободное время связано с убежденностью в тяжелых последствиях болезни и их ожиданием, увеличением объема жалоб, убежденностью в том, что без постоянного приема лекарств течение болезни невозможно контролировать.

Снижение удовлетворенности в сфере общения

В рамках **эмоционального и когнитивного уровня ВКБ**, снижение субъективного благополучия в сфере общения связано с выраженной эмоциональной реакцией на боль, катастрофизацией боли, убежденностью в длительном характере болезни и, на уровне тенденции, – с субъективной близостью боли к «Я». В рамках уровня **личностного смысла и совладания с болью**, снижение субъективного благополучия в сфере общения связано с убежденностью в тяжелых последствиях болезни и их ожиданием, снижением комплаентности, опасениями побочных эффектов лекарств и при этом – убежденностью в том, что без постоянного приема лекарств течение болезни невозможно контролировать.

Снижение субъективного благополучия у пациентов с ГБ связано со взаимодействием факторов ВКБ и интенсивности боли в следующих случаях:

- при боли низкой интенсивности высокие показатели автономных ощущений, эмоциональной реакции на болезнь и опасений по поводу лекарств сопряжены с неудовлетворенностью здоровьем; повышения по шкалам частоты телесных ощущений и соматосенсорной амплификации сопряжены с неудовлетворенностью эмоциями;

- при боли средней и низкой интенсивности высокие показатели соматосенсорной амплификации связаны с неудовлетворенностью эмоциями, а убежденность в психологических причинах болезни – с неудовлетворенностью общением.

Общими чертами ВКБ, связанными со снижением субъективного благополучия в сфере эмоций для пациентов с ГБ и болью в спине, являются высокие показатели эмоциональных репрезентаций, опасений последствий болезни и лекарств. При этом пациенты с ГБ используют стратегию усиления внимания к телесным симптомам; в то время как при болях в спине тревога о боли скорее подавляется, что косвенно подтверждается отдалением боли от «Я» и уменьшением жалоб при снижении качества жизни. Это может приводить к снижению внимания к телесным сигналам, перенапряжению и, вследствие этого, развитию приступов боли.

По сравнению с пациентами с ГБ, у которых катастрофизация связана со снижением удовлетворенности свободным временем, для пациентов с дорсалгиями высокие показатели катастрофизации, а также амплификации и опасений лекарств (при сильной боли), связаны с большей удовлетворенностью в сфере свободного времени (Kovyazina et al., 2019a). Высокая комплаентность также связана со снижением удовлетворенности свободным временем.

В отличие от пациентов с ГБ, у больных с дорсалгиями показатели автономных ощущений, эмоциональных репрезентаций, понимания болезни и опасений последствий болезни не влияют на субъективное благополучие в сфере активности в свободное время. Эти результаты говорят о том, что при ГБ ведущим механизмом снижения субъективного благополучия в сфере свободного времени, предположительно, является ипохондризация.

Особенности ВКБ, связанные с субъективным благополучием в сфере общения при ГБ (восприятие болезни как длительной, имеющей серьезные

последствия, катастрофизация и др.), не связаны с удовлетворенностью общением для пациентов с дорсалгиями.

Таким образом, удовлетворенность общением для больных с головной болью в большей степени уязвима вследствие более тесных связей с особенностями ВКБ. Для пациентов с дорсалгиями характерны элементы анозогнозии в отношении своей болезни, что проявляется в стремлении игнорировать серьезность болезни и ее влияния на жизнь и при этом – сокращении общения.

Сравнение особенностей ВКБ при мигрени и ГБН показало, что при ГБН такие особенности ВКБ, как чрезмерно эмоциональная реакция на болезнь, непонимание болезни, внимание к вегетативным ощущениям, чаще и более тесно связаны с низким субъективным благополучием в различных сферах. При ГБН пациенты чаще убеждены в собственной неспособности переносить телесные симптомы; считают, что хуже понимают болезнь; на уровне совладания такие пациенты чаще прибегают к мониторингу неприятных и потенциально опасных телесных ощущений (Migunova et al., 2017a).

В главе 5 «Общее обсуждение результатов» представлен подробный анализ и интерпретация полученных эмпирических данных.

В параграфе 5.1 «Особенности ВКБ при различных болевых синдромах» содержится интерпретация результатов исследования переживания боли при различных болевых синдромах, интрацептивных словарей, а также эмоциональных реакций на боль, когнитивной оценки боли и представлений о теле и болезни.

При ГБ пациенты обращают больше внимания на телесные ощущения и чаще их выражают, а при боли в спине пациенты чаще считают ощущения болезненными и склонны к их катастрофизации. С нашей точки зрения, эти результаты соответствуют клиническим особенностям головной и спинной боли: интенсивные приступы головной боли, особенно при мигренях, трудно игнорировать, пациенты следят за ними и ждут их. Напротив, пациенты с дорсалгиями в момент боли могут стараться преодолеть себя, отвлечься от боли, но думают о том, чем могут грозить эти боли в дальнейшем.

Пациенты с ГБ концентрируются на болевых ощущениях, круг которых сужается до тех, которые характерны для острой головной боли, и ожидании этих ощущений; список болевых ощущений «выхолащивается», исключая все, что не относится к приступу боли. Внимание пациентов с дорсалгиями концентрируется больше на смысле симптомов в структуре «мифа» болезни: на первый план выходят катастрофизация, опасения и мониторинг симптомов, а круг болезненных ощущений, напротив, расширяется. Иными словами, данные свидетельствуют в пользу различного фокуса внимания пациентов с разной локализацией боли, объясняющегося клиническими особенностями и возможностями преодоления, отвлечения от боли, а также доступной пациентам медицинской информацией об их болезни.

Качественный анализ интрацептивных словарей показывает, что их семантическая организация также согласуется с клиническими особенностями пациентов. При ГБ симптом связан с более эмоционально окрашенными, драматичными описаниями интрацептивных ощущений («истощение», «страдание», «мучительно»). Такая тенденция подтверждается и при анализе метафор боли у пациентов: *для больных с головной болью характерно восприятие образа боли как более разрушающей, повреждающей, вторгающейся в организм*. Больные чаще употребляют анатомические метафоры (например, «боль, как очаги в сером веществе мозга»); а также используют метафоры, связанные с разрушением (например, «как будто голова лопается»). Употребление анатомических образов может быть связано с большей тревогой в отношении повреждения мозга и психических функций, или являться следствием того, что голова – более означенная часть тела, чем спина; образы головы и мозговых структур в культуре распространены больше, нежели знания о строении спинного мозга и позвоночника. Исследование используемых метафор болезни может помочь диагностировать искажения ВКБ и ожиданий от лечения (Нелюбина, 2009).

Для больных с ГБН характерны метафоры воздействия, а также снижение процента компонентов «граница» и «форма» при подборе образа для боли. Это отражает такие особенности их состояния, как постепенное нарастание боли и отсутствие ясного понимания причин ее развития.

На эмоциональном уровне для больных с ГБ характерны депрессивные и дисфорические переживания, которые связаны с большей интенсивностью боли, а также более частые, по сравнению с пациентами с болью в спине, проявления апатии и истощения. При этом не отмечается связи между апатией и интенсивностью боли. По-видимому, апатия и истощение для пациентов с ГБ становятся более частой реакцией вследствие использования большего количества пассивных совладающих стратегий в отношении боли. Мы предполагаем, что пассивные стратегии для таких пациентов (а также независимое от этого нарастание апатии) могут быть связаны с меньшей способностью повлиять на боль другими способами (например, упражнениями, как это возможно при дорсалгиях), а также с возможными убеждениями больных с ГБ в необходимости уменьшения активности в целях предотвращения развития боли (ограничительное поведение). Для пациентов с ГБ ограничительное поведение хорошо помогает справиться с острым приступом боли; в другие же периоды – отказ от более активных стратегий приводит к *снижению субъективного благополучия*. Снижение активности может отражаться на эмоциональных реакциях в отношении боли: повышении чувства безнадежности и усталости при снижении тревоги.

Когнитивная оценка симптомов у пациентов с головной болью по сравнению с больными с дорсалгиями характеризуется непониманием болезни, приписыванием ей психологических причин, убеждениями в цикличности болезни, большими опасениями в связи с приемом препаратов. В отличие от пациентов с дорсалгиями, пациенты с ГБ чаще считают свое тело слабым и уязвимым, испытывают больше вегетативных ощущений, но менее склонны к катастрофизации телесных ощущений. Можно предполагать, что представления о болезни у пациентов с хроническими головными болями детерминируются их чрезмерными эмоциональными реакциями на боль как плохо предсказуемую, опасную и свидетельствующую о повышенной уязвимости. Непонимание болезни в большей степени характерно для пациентов с ГБН, нежели для больных с другими видами ГБ. Представления о собственной телесной уязвимости у группы пациентов с ГБН нередко доходят до уровня убеждений в непереносимости симптомов в целом; а опасения последствий лекарств – до

представлений об их вреде. Частично, эта особенность может объясняться тем, что диагноз ГБН сопряжен с большей неопределенностью и недостатком медицинской информации о механизмах развития боли. Кроме того, представления о непереносимости телесных симптомов у этих пациентов согласуются с типичной для них семантической организацией интрацептивного опыта, включающей характеристики перенапряжения.

Параграф 5.2 «Опосредующая роль ВКБ в оценке влияния боли на субъективное благополучие в различных сферах» содержит гипотезы относительно полученных результатов анализа модераций. Также выделяются общие и типичные для боли различной локализации особенности ВКБ, связанные со снижением субъективного благополучия.

Снижение удовлетворенности своим здоровьем при ГБ связано с опасениями последствий лекарств и болезни и эмоциональным отношением к своим симптомам, также у пациентов с низкой интенсивностью боли оно связано с большим количеством ощущений в теле. Можно предполагать, что снижение субъективного благополучия обусловлено такими особенностями ВКБ *в рамках механизма порочного круга тревоги* по типу «переживания о тяжести своего состояния и опасности лечения – неудовлетворенность здоровьем».

Субъективное благополучие в сфере эмоций у пациентов с ГБ негативно связано с такими особенностями ВКБ, как убеждения в высокой чувствительности и явления амплификации (для больных с низкой и умеренной интенсивностью боли), эмоциональное отношение к болезни, опасения последствий болезни, катастрофизация симптомов. Кроме того, важными факторами оказываются убеждения в психологических причинах, непонимание болезни, убеждения в необходимости лекарств наряду с опасениями их последствий, низкая комплаентность и развернутое поведение по предъявлению жалоб.

Такие особенности могут снижать удовлетворенность в эмоциональной сфере, так как являются следствием высокой тревоги в отношении своих действий, которые могут провоцировать симптомы. Так, существуют внутренние противоречия, которые могут усиливать тревогу: убежденность в

том, что лекарства помогут и опасения их последствий, большое количество жалоб и нежелание следовать рекомендациям врачей.

Можно предполагать, что *разрозненные представления о болезни, доминирование эмоциональных реакций и тревожного ожидания симптомов при недостаточности целостных представлений о природе заболевания, прогнозе и лечении при хронической головной боли приводят к восприятию заболевания как более угрожающего*. Все это может приводить к представлению о том, что причины возникновения боли должны контролироваться больным через снижение активности и общения, что способствует неудовлетворенности в этих сферах.

Кроме того, пациент сталкивается с неопределенностью собственного статуса (психологические причины возникновения соматической болезни). Больные могут испытывать страх столкнуться со стигматизацией и при этом часто сами замечают связь эмоционального состояния и провокации симптомов. Такой внутренний конфликт провоцирует непоследовательность в поведении больных: они могут отрицать эмоциональные проблемы и подчеркивать соматическую сторону своих страданий в общении с врачом; при этом, они испытывают сильные эмоциональные переживания и предъявляют их при более подробном расспросе или в ситуации общения на эмоционально значимые темы.

Неудовлетворенность в сфере свободного времени при ГБ связана с высоким вниманием к телесной сфере, эмоциональным отношением к симптомам, выдвиганием болезни «на первый план» по сравнению с остальными сферами жизни, убеждениями в необходимости лекарств и непониманием болезни.

Такая картина позволяет предполагать, что *ипохондризация у пациентов с ГБ связана с ограничением активности в свободное время*. Сужение мотивационной сферы отмечается и в субъективном повышении значения болезни в методике МОБиС: болезнь у таких пациентов приближена к «Я», что отражает ее особый статус в жизни человека. Болезнь остается пугающей и малопонятной, что, по-видимому, приводит к активности, связанной с выявлением все новых жалоб, мониторингу телесных ощущений и охранительному поведению.

Субъективное благополучие в сфере общения также оказалось негативно связано с чрезмерным вниманием к телесным ощущениям, эмоциональностью в отношении симптомов, убеждениями в негативных последствиях заболевания и восприятием симптомов как опасных и пугающих (катастрофизацией). Кроме этого, основными факторами неудовлетворенности общением являются убеждения в необходимости лекарств, но также – связанные с ними опасения и низкая комплаентность, а также убеждения в психологических основаниях болезни (для боли низкой и умеренной интенсивности) и оценка болезни как длительной.

С нашей точки зрения, за связью ипохондризации и неудовлетворенности общением стоят уже описанные выше мотивационно-смысловые механизмы. Можно предполагать, что, у больных *формируется ощущение обреченности и беспомощности в процессе борьбы с болезнью*; они убеждаются в тяжести, последствиях и длительности заболевания, что открывает перспективу нарастающей инвалидизации и сужения круга общения. Негативный образ будущего может препятствовать построению теплых межличностных отношений и в целом негативно сказываться на желании вступать в общение. Кроме того, для больных с низкой по интенсивности болью характерны убеждения в психологических причинах симптомов, что может приводить к опасениям о наличии психического расстройства и тревоге в общении с другими людьми, а также может способствовать ограничению общения как фактора-провокатора боли.

При головной боли высокой интенсивности субъективное благополучие (особенно в сфере здоровья), по-видимому, в большей степени зависит от самой боли, нежели от особенностей ВКБ пациента. Это может происходить из-за того, что при сильной боли пациенты сталкиваются с очень ограниченным репертуаром способов воздействия на симптом; ВКБ в этом случае частично теряет регулирующую функцию у этих больных.

Для пациентов с разным типом боли общими особенностями ВКБ, связанными со снижением субъективного благополучия, являются черты более острой эмоциональной реакции на болезнь, опасения развития последствий болезни и лекарств. Все это может приводить к тревоге в отношении боли,

чрезмерно развернутому поведению по поиску и предъявлению жалоб. Для разных пациентов факторы, провоцирующие появление таких особенностей, могут быть различными: для больных с ГБ это может быть непонимание болезни, излишнее внимание к своим ощущениям, страхи в отношении обязательности приема лекарств; для больных с дорсалгиями – невнимание к телесным сигналам, перспектива снижения активности и инвалидизации.

Стратегии психотерапевтической работы в таком случае для больных с ГБ будут направлены на ослабление пристального внимания к своим симптомам, страха перед ними, разъяснение структуры болезни, развитие толерантности к факту наличия болевых эпизодов и поддержка комплаентного поведения. Для больных с болью в спине профилактикой снижения субъективного благополучия будет выявление возможных циклов заболевания и также развития более терпимого отношения к факту наличия у себя болезни.

Таким образом, первая гипотеза подтвердилась следующим образом: на уровне восприятия боли, снижение субъективного благополучия у пациентов с головной болью связано с низкой дифференцированностью телесных ощущений, выражающейся в усилении внимания к ощущениям, связанным с болезнью, сужении внимания к телесной сфере до мониторинга неприятных или потенциально опасных ощущений. Вторая гипотеза подтвердилась: на уровне когнитивной и эмоциональной оценки, снижение субъективного благополучия у пациентов с головной болью связано с чрезмерной эмоциональностью в отношении симптома, субъективным чувством непонимания и отсутствия контроля болезни. Третья гипотеза также полностью подтвердилась: на уровне личностного смысла и совладания с болью и болезнью, снижение субъективного благополучия у пациентов с головной болью связано с репрезентацией болезни как особенно продолжительной и тяжелой, опасениями серьезных последствий болезни и высокой убежденностью в необходимости лекарств.

При сравнении особенностей ВКБ и субъективного благополучия у пациентов с мигренями и ГБН выявлено, что восприятие боли и, частично, эмоциональная реакция на боль становятся основными факторами для субъективного благополучия пациентов с мигренями. Для пациентов с ГБН определяющими факторами для снижения субъективного благополучия

являются когнитивные представления, в том числе и характерные для соматоформных расстройств: убеждения в повышенной чувствительности, субъективное непонимание болезни, катастрофизация, опасения последствий болезни.

Для больных с ГБН и мигренями разные компоненты ВКБ связаны со снижением субъективного благополучия. Для больных с ГБН субъективное непонимание болезни и большое количество факторов, провоцирующих симптом, могут определять большую связь именно когнитивных представлений о болезни с субъективным благополучием. ВКБ, формирующаяся аналогично познавательной деятельности (Тхостов, 2002), при ГБН строится с учетом дефицита понимания болезни и с гиперкомпенсацией недостатка знаний о болезни, которая проявляется в стремлении прислушиваться к телесным ощущениям, чрезмерной эмоциональной реакции на них, предъявлении большого количества жалоб и страха по поводу действия лекарств. При мигрени системообразующим фактором, влияющим на структуру ВКБ пациентов, является внезапность, болезненность, цикличность приступов, а также потеря трудоспособности во время приступа. Данные особенности проявляются в стремлении отмечать начальные, предшествующие развитию приступа признаки, а также в эмоциональной оценке боли как разрушающей и апатии в связи с невозможностью влияния на боль, что соответствует искажениям уровней восприятия и эмоциональной реакции на боль.

В **Заключении** подводятся основные итоги работы, обобщаются полученные результаты, обозначаются перспективные направления дальнейших исследований поведения в болезни в психологии здоровья и клинической психологии.

Выводы

1. Внутренняя картина болезни при головной боли и боли в спине связана с клиническими проявлениями болезни и определяется основными симптомами заболевания и особенностями болевого синдрома.

- а. У пациентов с головными болями, в отличие от пациентов с болями в спине, *восприятие и понимание боли* характеризуется большим фокусом внимания на самих ощущениях, использованием драматических образов при их

описании. В частности, при мигренях семантика интроцептивных ощущений определяется переживаниями вторжения и разрушения; к ощущениям, характерным для мигренозного приступа, «примыкает» широкий круг слов, описывающих эмоциональные реакции. При головной боли напряжения семантические характеристики ощущений включают описания, присущие перенапряжению, а в образе боли присутствуют указания на непонятность, воздействие и давление. При болях в спине центральными являются слова, связанные с ограничением подвижности и физическим, а не эмоциональным, дискомфортом.

- б. Эмоциональная сфера пациентов с головными болями, в отличие от пациентов с болями в спине, характеризуется фиксацией на эмоциональных переживаниях по поводу симптомов, увеличением доли апатических реакций в отношении симптома. Когнитивная сфера пациентов с головными болями по сравнению с пациентами с болями в спине характеризуется худшим пониманием болезни (особенно у пациентов с головной болью напряжения), убеждениями в собственной телесной слабости и уязвимости, наличии психологических или иммунных причин болезни, убеждениями в цикличности болезни и большими опасениями в связи с приемом препаратов.
- в. На уровне способов совладания с болезнью, для пациентов с головными болями характерно обеднение способов влиять на симптом и снижение активности в отношении немедикаментозных способов лечения. Это в большей степени характерно для пациентов с мигренями, нежели для больных с головной болью напряжения, что объясняется невозможностью отвлечения на другие виды активности во время мигренозного приступа.

2. Снижение субъективного благополучия связано с повышенным вниманием к телесным ощущениям, катастрофизацией и ложной интерпретацией этих ощущений как вызванных заболеванием, восприятием болезни как особенно продолжительной, непониманием болезни, эмоциональной нагруженностью, оценкой болезни как имеющей серьезные последствия, опасением этих последствий, увеличением объема жалоб, низкой комплаентностью, убеждениями в необходимости приема лекарств, опасениями негативных последствий лекарств. Полученные связи особенностей внутренней картины

болезни и субъективного благополучия характерны для групп с различным типом головной боли, тяжестью и характером боли (хроническая / эпизодическая), то есть, не могут объясняться исключительно клиническими характеристиками пациентов.

3. Снижение субъективного благополучия при боли разной локализации (как головной, так и боли в спине) определяется острой эмоциональной реакцией на болезнь и высокими опасениями по поводу последствий заболевания и приема лекарств.

4. Снижение субъективного благополучия при головных болях (но не болях в спине) связано с высоким уровнем катастрофизации, учащением жалоб на боль, жалоб на вегетативные ощущения, более низким уровнем субъективного понимания своей болезни, акцентом на ее психологических причинах, а также низким уровнем комплаенса в отношении лечения в целом при убеждении в необходимости лекарств для контроля боли.

5. При слабой и средней интенсивности головной боли в отличие от боли высокой интенсивности снижение субъективного благополучия связано с такими особенностями внутренней картины болезни, как гипертрофированное внимание к телесным ощущениям, чрезмерная эмоциональная реакция на болезнь, вегетативные ощущения, убежденность в психологических причинах болезни. У пациентов с болью в спине эта связь обнаруживается преимущественно при боли высокой интенсивности.

6. Связь субъективного благополучия с особенностями внутренней картины болезни у пациентов с хроническими головными болями зависит от варианта синдрома: у пациентов с мигренями субъективное благополучие связано с интенсивностью сопровождающих боль вегетативных ощущений, эмоциональной реакцией на симптомы и предпочтением пассивных стратегий совладания; тогда как у пациентов с головной болью напряжения – с представлениями о своем здоровье и болезни (представлением, что они не могут переносить небольшие неприятные ощущения, субъективным ощущением непонимания природы болезни, стратегией постоянного сканирования тела на предмет предвестников боли).

Публикации по теме диссертации

Основное содержание диссертации отражено в 17 публикациях (общий объем 5,1 п.л.; авторский вклад 2,84 п.л.).

Публикации в рецензируемых научных изданиях, индексируемых в Web of Science, Scopus, RSCI, а также в изданиях из перечня утвержденных Ученым советом МГУ для защиты в диссертационном совете МГУ имени М.В. Ломоносова по специальности 19.00.04 – Медицинская психология (психологические науки):

1. Мигунова, Ю.М. Функции соматических симптомов в межличностном общении: культурно-исторический подход в психосоматике / Е.И. Рассказова, Ю.М. Мигунова // Культурно-историческая психология. — 2014. — № 1. — С. 79–87. (1,2 п.л./0,6 п.л.). RSCI, ИФ РИНЦ – 0,854
2. Migunova, Y. Cognitive beliefs about health and body and illness behavior in patients with chronic headaches / Y. Migunova, E. Parfenova, E. Rasskazova, A. Andrushenko // Cephalalgia: an international journal of headache. — 2017. — Vol. 36. — no. 1S. — P. 50–51. (0,09 п.л./0,04 п.л.). IF WoS – 5,59.
3. Migunova, Y. The role of subjective meaning and cognitive beliefs about sensations in the provocation of sensations in head and neck / Y. Migunova, E. Rasskazova, A. Tkhostov // Cephalalgia: an international journal of headache. — 2017. — Vol. 37. — no. 1S. — P. 50–51. (0,08 п.л./0,04 п.л.). IF WoS – 5,59.
4. Migunova, Y. Illness representation in chronic insomnia: exploratory study of social and cultural beliefs in Russia / E. Rasskazova, Y. Migunova, A. Tkhostov // Sleep Medicine. — 2017. — Vol. 40. S1. — P. E223. (0,08 п.л./0,02 п.л.). IF WoS – 3,93.
5. Migunova, Y. Introceptive perception and sleep quality in chronic insomnia / E. Rasskazova, Y. Migunova, A. Tkhostov // Sleep Medicine. — 2017. — Vol. 40. S1. — P. E222. (0,08 п.л./0,02 п.л.). IF WoS – 3,93.
6. Migunova, Y. Illness representation as a moderator of the relationship between headache severity and quality of life in patients with migraines and tension-type headaches / Y. Migunova, E. Rasskazova, A. Andrushenko, A. Spivakovskaja // Cephalalgia: an international journal of headache. — 2017. — Vol. 37. — no. 1S. — P. 167–168. (0,08 п.л./0,04 п.л.). IF WoS – 5,59.
7. Мигунова, Ю.М. Позитивный и негативный прайминг как фактор возникновения телесных ощущений в норме (на примере ощущений в области шеи и головы) / Е.И. Рассказова, Ю.М. Мигунова // Экспериментальная психология. — 2018. — Т. 11. — № 3. — С. 94–107. (1,05 п.л./0,6 п.л.). RSCI, WoS, ИФ РИНЦ – 0,750.
8. Мигунова, Ю.М. Чувствительность к обратной связи и соматизация: провокация телесных ощущений при истинной и ложной биологической обратной связи / Е.И. Рассказова, Ю.М. Мигунова, Г.А. Азиатская // Теоретическая и экспериментальная психология. — 2018. — Т. 11. — № 1. — С. 18–27. (1,1 п.л./0,35 п.л.). ИФ РИНЦ – 0,343

9. Мигунова, Ю.М. Психологические факторы хронификации при головной боли / Ю.М. Мигунова // Психологические исследования. - 2018. - Т. 11. — № 57. — С. 12. URL: <http://psystudy.ru> ИФ РИНЦ – 1,261
10. Migunova, J. Illness treatment representation in patients with primary headache and headache secondary to psychiatric disorders / M. Kovyazina, J. Migunova, E. Rasskazova et al. // European Psychiatry. — 2018. — Vol. 48. — no. S. — P. 278–278. (0,05 п.л./0,02 п.л.). IF WoS – 4,27.
11. Migunova, J. Beliefs about body and illness in patients with chronic pain: comparing headaches and dorsalgia / M. Kovyazina, E. Rasskazova, J. Migunova, A. Tkhostov // European Psychiatry. — 2019. — no. 56S. — P. S635–S635. (0,05 п.л./0,02 п.л.). IF WoS – 4,27.
12. Migunova, J. Cognitive factors of bodily sensations: priming in provocation of sensations in healthy subjects / M. Kovyazina, T. Rasskazova, J. Migunova, N. Varako // European Psychiatry. — 2019. — no. 56S. — P. S452–S452. (0,05 п.л./0,02 п.л.). IF WoS – 4,27.
13. Migunova, J. Psychological factors of provoking somatic sensations in the real and false biofeedback experiment / V. Kovyazina, E. Rasskazova, J. Migunova, N. Varako // European Psychiatry. — 2019. — no. 56S. — P. S 451–S 451. (0,05 п.л./0,02 п.л.). IF WoS – 4,27.

Публикации в других изданиях

14. Мигунова, Ю.М. Функции соматических жалоб в межличностном общении / Ю.М. Мигунова, Н.И. Рассказова // Психология общения и доверия: Теория и практика: Сборник материалов Международной конференции УРАО, ПИ РАО, МГУ / Под ред. Т.П. Скрипкиной. — Университет РАО, Москва, 2014. — С. 429-431. (0,08 п.л./0,05 п.л.).
15. Мигунова, Ю.М. Личностный смысл телесных ощущений и вероятность их провокации при ложной биологической обратной связи [Электронный ресурс] // Материалы Международного молодёжного научного форума «ЛОМОНОСОВ-2015» / Отв. ред. А.И. Андреев, А.В. Андриянов, Е.А. Антипов. – М.: МАКС Пресс, 2015. – 1 электрон. опт. диск (DVD-ROM). (0,07 п.л./0,07 п.л.).
16. Мигунова, Ю.М., Влияние субъективного смысла на возникновение телесных ощущений / Ю.М. Мигунова, Н.И. Рассказова // Психология XXI века: академическое прошлое и будущее: Материалы международной научной конференции молодых ученых, 20–23 апреля 2015 г. — СПб.: Скифия-принт, 2015. — С.125-126. (0,08 п.л./0,05 п.л.).
17. Мигунова, Ю.М. Представления о болезни и качество жизни у пациентов с головными болями / Ю.М. Мигунова, Н.И. Рассказова // Ананьевские чтения-2016: Психология: вчера, сегодня, завтра: материалы международной научной конференции, 25-29 октября 2016 г., в 2-х томах. Том 1. / отв. ред. А.В. Шаболтас, Н.В. Гришина, С.В. Медников, Д.Н. Волков. – СПб.: ИД «ФАРМиндекс», 2016. – Т. 1. — С. 111-112. (0,08 п.л./0,05 п.л.).