

Мигунова Ю.М. Психологические факторы хронификации при головной боли



МИГУНОВА Ю.М. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХРОНИФИКАЦИИ ПРИ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

English version: [Migunova Y.M. Psychological factors of illness perpetuation in patients with headaches](#)

Клиническая больница No. 85, Москва, Россия

[Сведения об авторе](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Представлена систематизация исследований психологических факторов хронификации головной боли с позиций культурно-исторического подхода в психосоматике. Хронификация головной боли понимается как процесс, включающий не только медицинские критерии (закрепление симптома), но и психологическое неблагополучие, связанное с болезнью (снижение качества жизни и социального функционирования). Предложена рабочая модель, в соответствии с которой во внутренней картине болезни при головной боли можно выделить взаимосвязанные блоки (1) восприятия и чувствительности к боли, (2) эмоциональной и когнитивной оценки боли, (3) совладания с болью. Снижение качества жизни и функционирования у пациентов с головными болями связаны с определенными изменениями в рамках каждого из блоков. На основе обзора эмпирических исследований показано, что как снижение, так и повышение чувствительности к боли является фактором риска для хронификации боли. Изменение чувствительности связано с эмоциональным контекстом боли, убеждениями о боли, существующими в культуре, к которой относится пациент, а также личностными факторами. Нарушение эмоциональной и когнитивной оценки боли проявляется в чувствительности к тревоге о здоровье, страхе перед болью, а также внешнем локусе контроля в отношении лечения и потере чувства авторства и приводит к избегающему поведению и чувству беспомощности в сфере контроля заболевания. Эмоциональная и когнитивная оценка боли на практике происходят параллельно. Совладание с болезнью может нарушаться на уровне копинг-стратегий и мотивационных изменений. В частности, использование дезадаптивных копингов и ригидное следование определенным стратегиям связано с риском хронификации боли; в то же время сужение мотивационной сферы, использование симптома в рамках построения межличностных отношений и с манипулятивными целями являются показателями ипохондрического развития. На основе выделенных факторов хронификации головной боли обсуждаются мишени психотерапевтической работы с пациентами, диагностики и профилактики на ранних этапах развития болезни.

Ключевые слова: головные боли, психологические факторы хронификации, внутренняя картина болезни, психология здоровья

Головные боли являются распространенным симптомом как в психической, так и в соматической клинике. По данным ВОЗ за 2016 год [Информационный бюллетень No. 277, 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. Наиболее частыми диагнозами, связанными с головными болями, являются мигрени и головные боли напряжения (ГБН). По данным Р.Липтона и М.Бигэла, хронические формы головной боли чаще приводят к потере трудоспособности, чем эпизодические, а потеря трудоспособности для больных с мигренями напрямую связана с показателями удовлетворенности терапией [Lipton, Bigal, 2010]. Все это определяет актуальность изучения факторов, приводящих к хронификации головной боли.

В данной работе хронификация понимается как процесс, включающий не только медицинские критерии (закрепление симптома), но и психологическое неблагополучие, связанное с болезнью (снижение качества жизни и социального функционирования).

Основные психологические факторы хронификации боли с точки зрения культурно-исторического подхода

Культурно-исторический подход, и в частности психология телесности, представляются нам удачной моделью для рассмотрения ключевых феноменов, связанных с ухудшением качества жизни при головной боли, а также для понимания собственно психологических факторов хронификации боли. В качестве основных процессов, через которые удобно рассматривать процесс хронификации боли, можно выделить: восприятие боли, эмоциональную и когнитивную оценку боли и совладание с болью (см. рис. 1).

Восприятие и переживание болевых ощущений связано с чувствительностью к боли, которая определяется физиологическими факторами и социальным контекстом. Можно предположить два основных механизма хронификации ГБ, основанных на изменении чувствительности к боли: (1) повышенная чувствительность к ощущениям в области головы, на базе которой формируются страхи о серьезном заболевании; (2) сниженная чувствительность, которая ведет к пренебрежению собственным здоровьем и усугублению состояния.

Следующий фактор хронификации боли представлен двумя связанными между собой блоками: эмоциональной и когнитивной оценкой болезненных ощущений. Оценка ощущений связана с хронификацией опосредованно, через формирование определенного поведения (избегание). Как основной феномен эмоциональной оценки, связанный с хронификацией боли, мы выделили страх перед болью, а когнитивной оценки – чувствительность к тревоге и особенности локуса контроля в отношении болезни, здоровья и лечения.

Совладание с болью представлено на нескольких уровнях: уровень копингов и уровень мотивационных изменений. Уязвимость к хроническим формам головной боли будет характерна для пациентов с (1) неадекватной репрезентацией болезни, что влечет выбор неэффективных копинг-стратегий; (2) нарушением процессов смыслопорождения и смыслотворчества в условиях болезни; (3) воспринимаемой угрозой прогрессирования и неуправляемости болезни.

Таким образом, возникшее ощущение сначала опознается как болезненное, затем получает оценку на уровне эмоционального и когнитивного ответа, а затем должно быть встроено в жизненную систему. Эта модель хорошо согласуется как с моделью житейского смысла Г.Левентала и др. [Leventhal et al., 1997], в которой репрезентация болезни происходит на двух уровнях – когнитивном и эмоциональном, и вызывает различные ответы, направленные на совладание, так и со взглядами на ВКБ в отечественной психологии телесности (моделью уровней ВКБ [Николаева, 1987] и моделью болезни как семиотической системы [Тхостов, Арина, 1990]).

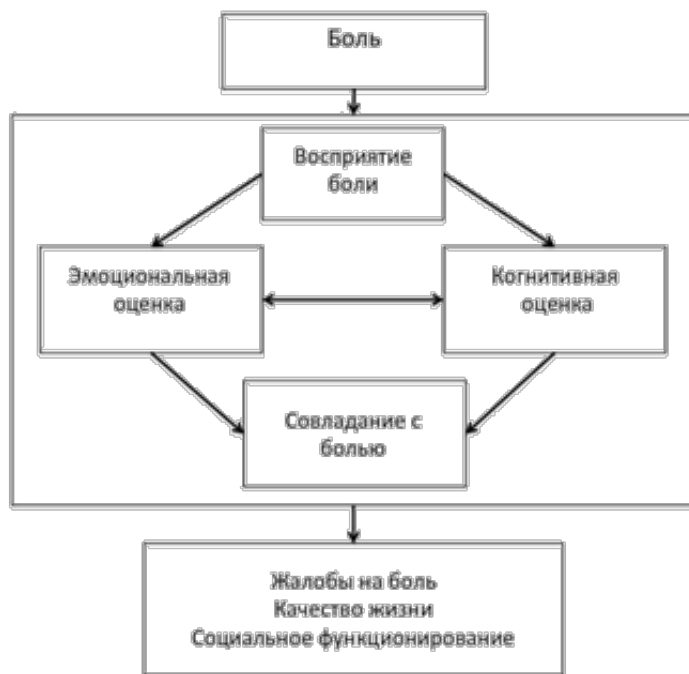


Рис. 1. Процессы в структуре ВКБ, опосредующие влияние боли на качество жизни, интенсивность жалоб и социальное функционирование при головной боли.

Целью данной работы является построение модели внутренней картины болезни (ВКБ) при головной боли с точки зрения выделения психологических факторов хронификации боли. Теоретический смысл работы заключается в уточнении и дифференциации различных компонентов ВКБ при головной боли и установления их влияния на трансформацию головной боли и на способы адаптации к болезни. Практический смысл работы заключается в выделении мишеней психотерапевтической работы с пациентами, а также в выделении особенностей пациентов, на которые необходимо обращать внимание в отношениях «врач-пациент» в целях формирования комплаентного поведения на ранних этапах заболевания и предупреждения инвалидизации.

Далее будут рассматриваться центральные феномены, связанные с учащением жалоб и снижением качества жизни в связи с социально-психологическими факторами, представленными в модели.

Психологические факторы восприятия и переживания боли: роль ситуативных и личностных факторов

Болевые ощущения по-разному переживаются людьми разных культур, мужчинами и женщинами, взрослыми и детьми. На восприятие боли влияет дискурс, в котором существует человек. Так, в семьях, обращающих и не обращающих внимание на болевые ощущения, может быть разная чувствительность к боли. По данным К.Лэша, в семьях иммигрантов оценка боли, как правило отличается от таковой у коренных жителей, но становится схожей во втором и третьем поколении иммигрирующих семей [Lasch, 2000].

Эмоциональный контекст, который сопровождает болевые ощущения, влияет на ее оценку. Усиление и ослабление боли объясняется через гипотезу мотивационного прайминга П.Лэнга [Lang, 1995], где предполагается, что негативные эмоции активируют избегающее поведение, что усиливает чувствительность к боли, а положительные – поведение достижения, что делает человека более выносливым. Для больных с хроническими болями характерна совокупность эмоциональных (тревога, депрессия), когнитивных (катастрофизация) и болевых особенностей, которые могут получить свое объяснение с точки зрения защитной реакции личности. В таком случае можно предполагать больший уровень чувствительности к боли у людей с хроническими болями. Это

косвенно подтверждается данными исследований Д.Безова и соавт.: у людей с хроническими ГБН по сравнению с группой нормы и эпизодическими болями была обнаружена более низкая толерантность к боли [Bezov et al., 2011].

Некоторые личностные особенности также влияют на восприятие боли: при пограничном расстройстве личности (ПРЛ), по данным П.Лудашера и соавт., болевой порог выше по сравнению с группой нормы [Ludäscher et al., 2015]. Вероятно, болевые ощущения низкой интенсивности при ПРЛ могут интерпретироваться в рамках искажений телесной чувствительности (то, что в норме человек описывает как болевое ощущение, для пациента с ПРЛ может получить описание, относящееся к сенестопатиям). Л.МакВильямс и К.Хиггинс [McWilliams, Higgins, 2013]: выявлено, что среди пациентов с хроническими болями (в том числе головными, спинными болями, артритом), значительно выше количество признаков пограничного РЛ, чем в группах нормы и среди больных в ремиссии. Нечувствительность к ранним признакам боли может способствовать затягиванию обращения к врачу и провокации осложнений из-за несоблюдения рекомендаций.

Таким образом, высокая или низкая чувствительность к боли сама по себе не приводит к хронификации, но является фактором риска для групп с определенными убеждениями по поводу боли. При этом ориентация на чувствительность пациента может служить профилактикой формирования неблагоприятного поведения с точки зрения борьбы с симптомом. При низком пороге необходимо обучать пациента немедикаментозным способам управления симптомом. В случае высокого болевого порога, по-видимому, необходимо вырабатывать у пациента способы отмечать телесные ощущения, требующие обращения к врачу.

Фактор оценки болевых ощущений: искажение эмоциональной и когнитивной оценки ситуации болезни

Процессы когнитивной и эмоциональной оценки боли происходят параллельно и на практике зачастую невозможно говорить о том, искажение в эмоциональной или в когнитивной оценке было первичным. Можно лишь условно выделить искажения в эмоциональной оценке, приводящие к возникновению страха, тревоги, чувству субъективного неблагополучия в отношении своих действий по управлению болезнью; и искажения в когнитивной оценке проявляющиеся в дисфункциональных убеждениях о здоровье и болезни. В качестве основных феноменов нарушения эмоциональной и когнитивной оценки рассматриваются страх перед болью, чувствительность к тревоге и локус контроля в отношении болезни и лечения. Хронификация болезни при искажении оценки ощущений происходит вследствие избегающего поведения, а также пассивности в отношении болезни.

Страх перед болью и чувствительность к тревоге как предикторы избегающего поведения

Избегание активности, которая, по мнению пациентов, является провоцирующей для возникновения ГБ, ограничивает репертуар копинг-стратегий, приводит к сужению интересов человека, негативно влияет на качество жизни пациентов. При этом избегание некоторых форм активности, по данным Дж.Сер и Э.Сэнг, может вызывать и усиливать нейропсихологические нарушения [Suhr, Seng, 2012], что способствует формированию и подкреплению негативных представлений о себе и собственных возможностях у пациентов. Дж.Сер и Б.Спикард показали, что избегающее поведение характерно для пациентов, которые оценивают свою боль как опасную и труднопредсказуемую [Suhr, Spickard, 2012]. Для пациентов с головными болями страх перед болью оказался связан с более низкими показателями нейропсихологических тестов [Там же], в связи с чем предлагается термин «когнитофобия», то есть избегание некоторых форм умственной активности у пациентов с головными болями.

Искажение в оценке тревоги по поводу боли также приводит к формированию избегающего поведения. Для измерения этого фактора используется показатель «чувствительность к тревоге»

(ЧТ). По данным К.Оканиез и соавт., он тесно связан со страхом боли, но при этом не зависит от тревожности как личностной черты и болевых симптомов [Oscañez et al., 2010]. Т.Смитерман и соавт. пишут, что ЧТ определяется убеждениями о том, что тревога может привести к негативным последствиям трех видов: физическим нарушениям и усилению симптомов, когнитивным или социальным последствиям [Smitherman et al., 2015]. П.Нортон и Г.Асмундсон, Дж.Гринберг и Дж.Бернс, Э.Кеог и М.Кокрейн в своих исследованиях (как среди пациентов с ГБ, так и среди больных со скелетно-мышечными болями) подтверждают наличие связи между ЧТ и страхом перед болью [Asmundson, Norton, 2004; Greenberg, Burns, 2003], а также между ЧТ и усилением боли [Keogh, Cochrane, 2002].

Больные с повышенными показателями ЧТ, попадая в ситуацию возникновения боли, могут особенно остро реагировать на нее. В ситуации, когда пациент не может выделить факторы, влияющие на возникновение боли, или сталкивается с симптомом впервые, его переживания могут усиливаться. Тревога по поводу боли может усугубляться убеждениями о ее негативных последствиях, что приводит к формированию порочного круга: усугубление симптомов на фоне тревоги и тревога по поводу ухудшения состояния.

Роль локуса контроля в отношении болезни и лечения в снижении качества жизни пациентов

Когнитивная оценка симптома связана с выделением и осознанием причин болезни, оценкой симптома в медучреждениях, а анализом последствий болезни. Внимание к феноменологии и опыту больного может осуществляться с помощью ряда психотерапевтических техник. Так, в нарративном подходе [Уайт, 2010] используется идея возвращения человеку авторской позиции, что расширяет возможности пациента управлять своим состоянием. Подчеркивается, что у человека есть собственные ресурсы и опыт во взаимодействии с ситуацией, а также, что человек сам по себе не является источником возникновения проблемы.

Потеря чувства авторства связана с внешним локусом контроля и экстернальностью (приписыванием симптому внешних причин, постулированием невозможности собственного влияния на симптом). А.Гринберг и Э.Сэнг в исследованиях связи локуса контроля и качества жизни у больных с мигренями [Grinberg, Seng, 2017] сообщают о том, что интернальность в отношении болезни связана с более высокими оценками качества жизни, а экстернальность – с ухудшением качества жизни.

Таким образом, субъективная невозможность влиять на симптом, а также приписывание причин заболевания и действия лекарств случайности или судьбе может способствовать развитию чувства беспомощности и приводить к вторичным эмоциональным нарушениям.

Личностный смысл симптома и особенности копингов при хронической боли

Совладание с болью является наиболее развернутым во времени фактором, по сравнению с восприятием и оценкой боли. Оно требует от человека следования определенной линии поведения на протяжении какого-то периода. Процесс совладания с болью рассматривается с точки зрения анализа копингов, а также мотивации совладания.

Согласно Р.Лазарусу и С.Фолкман, копинг-стратегии представляют собой когнитивные или поведенческие способы справляться со стрессом; их делят на проблемно-ориентированные и эмоционально-ориентированные [Lazarus, Folkman, 1984]. В модели саморегуляции в отношении здоровья и болезни Г.Левенталя и соавт. копинги понимаются как стратегии, способы планирования своих действий в отношении ситуации болезни. Это позволяет избежать проблем, которые возникают при разделении копингов на эмоционально- и проблемно-ориентированные. Так, во-первых, эмоциональный ответ сам по себе может являться стратегией совладания, а во-вторых, любой ответ (эмоциональный или когнитивный), который сначала являлся следствием проблемы,

через какое-то время может стать причиной новых проблем, требующих решения [Leventhal et al., 1997]. Стратегии поведения в ситуации болезни невозможно рассматривать отдельно от личностных изменений пациента. В качестве основных феноменов, связанных с хронификацией, рассматриваются особенности копингов, влияние болезни на смысловую сферу личности и отношение к симптому.

Адаптивные копинг-стратегии как фактор профилактики осложнения головной боли

Исследования Б.Хоффмана, Л.МакКракена и Д.Терка в рамках оценки эффективности КБТ приводят согласованные данные о снижении показателей интенсивности боли, большей дееспособности и более редкому обращению за медицинской помощью при использовании адаптивных копинг-стратегий [Hoffman et al., 2007; McCracken, Turk, 2002]. В исследовании копингов, проведенном М.Синячкиным и соавт. у больных с различными видами головных болей [Siniatchkin et al., 1999], было выявлено, что пациенты с хроническими формами ГБН и мигрени по сравнению с эпизодическими формами отличаются повышенными уровнями депрессии, тревоги, снижением качества жизни и чаще используют негативные эмоциональные и поведенческие копинг-стратегии. При этом особенности копингов нельзя рассматривать как предикторы изменения структуры головных болей. В исследованиях Д.Валейда и др., а также Т.Визера и др. [Valade et al., 2012; Wieser et al., 2012] сообщается, что пациенты с хроническими и эпизодическими ГБ часто используют одинаковые, в том числе дисфункциональные, стратегии, а значит, нельзя установить однозначную связь между отдельными формами дисфункциональных копингов и хронической болью.

Следующий шаг в исследовании копинг-стратегий связан с предположением о том, что важно не столько наличие адаптивных копингов, сколько их гибкость. В японском исследовании Т.Като [Kato, 2015] предлагается гипотеза гибких копингов, где гибкость определяется как способность эффективно модифицировать копинг-стратегии с учетом различной природы стрессовых ситуаций. Исследование на выборке больных с хроническими и эпизодическими ГБ показывает, что гибкость копинг-стратегий связана с уменьшением вероятности возникновения депрессии в дальнейшем [Там же]. Гибкость копингов оценивается с помощью опросника, измеряющего готовность изменить стратегию борьбы со стрессом, когда она не работает.

Таким образом, выбор способа поведения в связи с симптомом, а также способность к его гибкому изменению может служить профилактикой возникновения хронических состояний. Однако сами по себе отдельные копинг-стратегии не приводят к хронификации боли. По-видимому, важным компонентом в хронификации является не сам способ поведения, а то, что стоит за ним на ценностно-смысловом уровне. Можно предполагать, что именно поэтому ригидность копинг-стратегий может усугублять симптомы: она является показателем негибкости ценностной структуры.

Изменение структуры мотивов в условиях болезни

В отечественной психологии личностные особенности больных с соматическими заболеваниями подробно рассматриваются В.В.Николаевой [1987], А.Ш.Тхостовым, Г.А.Ариной [1990]. Успешность преодоления личностного кризиса в ситуации болезни связана с возможностью смысловой регуляции как особой формы внутренней активности личности [Соколова, Николаева, 1995]. Адаптация к болезни требует перестройки структуры мотивов, введения дополнительных форм заботы о собственном здоровье, профилактики.

Ценностно-смысловой уровень саморегуляции личности в ситуации болезни подвергается значительной нагрузке, происходит поиск новых смыслов, которые будут регулировать жизнь человека, в отдельных сферах жизни появляются ограничения. Одним из механизмов возникновения и закрепления ипохондрических состояний является нарушение ценностно-

смыслового уровня ВКБ, описанное в диссертационной работе И.А.Сапаровой [1989]: (1) заострение этически-волевой стороны ценностного – негибкость ценностной структуры, своеобразные отношения с другими людьми: жертвенность, самоотречение; (2) наличие бессознательной мотивации эгоцентрического спектра – мотивация самоутверждения, манипулятивный характер отношений с другими людьми; (3) нарушение процесса смыслопорождения и смыслотворчества.

В зарубежных исследованиях смысловых факторов высказываются идеи, близкие развиваемым в психологии телесности. В исследованиях С.Демжина и соавт. предполагается, что тяжесть боли усиливается в результате когнитивного сдвига в восприятии болезни: головная боль приобретает статус самостоятельного стрессового фактора [Demjen et al., 1990]. Длительность ГБ оказалась связанной с тенденцией к отрицанию влияния стресса и тревог на возникновение головной боли, а также с изменением пропорции между относящимся к ГБ (headache-related distress) и ситуационным дистрессом (situation-related distress) в большую сторону. Механизм хронификации при этом соотносится с описанным в психологии телесности сдвигом «цели на мотив».

В целях профилактики хронификации боли необходимо диагностировать личностные изменения в ситуации болезни и реакции на болезнь как психотерапевтические мишени, поддерживать собственную активность пациента по поиску новых жизненных целей, предупреждать переход в позицию жертвы или манипулятора.

Отношение к симптому как показатель разных вариантов адаптации к болезни

Можно выделить три варианта места симптома в жизни пациента, которые будут приводить к различиям в системе адаптации к болезни: (1) я управляю симптомом; (2) симптом управляет мной; (3) я слит с симптомом.

В первом случае пациент с хроническим симптомом будет направлять свои усилия на контроль симптома, но система его мотивов не будет изменяться в сторону ипохондрического развития. В противоположном случае (симптом управляет личностью) пациенты сообщают о значительных ограничениях, которые возникли в жизни из-за болезни, декомпенсации. Основные усилия направлены на «обслуживание» симптома. Наконец, симптом может выступать как «инструмент» для построения особых отношений с другими людьми, он получает определенные функции в общении. Статус больного может предоставлять бонусы с точки зрения выражения некоторых эмоций: страха, печали, требования поддержки и помощи, выражение агрессии. Например, С.Полат и соавт. в своем исследовании показали, что пациенты с мигренью по сравнению с нормой имеют более высокие показатели по шкалам «Выражение гнева» [Polat et al., 2015].

В ситуации хронических головных болей пациенты могут быть склонны к определенному типу отношений с симптомом. Психологическая адаптация к хроническим заболеваниям (на примере онкозаболеваний) рассматривается в работе Д.В.Московченко [2016] как происходящая через формирование когнитивной оценки вероятности прогрессирования заболевания. Выделяется два противоположных варианта когнитивной оценки вероятности прогрессирования заболевания: оценка контролируемости и оценка угрозы прогрессирования заболевания. Последняя связана с тревогой по поводу болезни и охранительным поведением. Несмотря на то что адаптация к ситуации хронических головных болей отличается от онкологических заболеваний, конструкт когнитивной оценки прогрессирования заболевания может быть важным для разведения различных типов адаптации к болезни.

Болезнь выносится вовне из тела человека, попадая в плоскость межличностного взаимодействия. Если проследить метафоры, связанные с болью, то можно заметить, что человек начинает относиться к ней не только как к объекту или состоянию, но и как к субъекту, с которым возможны «отношения». Так, в обыденной речи используются метафоры «построения отношений»

с болезнью, «борьбы», можно быть «знакомым» с симптомом или «ждать прихода» симптома, «встречаться» и «прощаться». Таким образом, наблюдается переход к рассмотрению болезни (особенно хронической болезни) как спутника личности. В этом контексте особенно важна способность окружения больного и медицинского персонала, с которым человек осуществляет коммуникацию по поводу болезни, поддерживать и обеспечивать ресурс чувства авторства.

Заключение

Специфические изменения ВКБ при хронических заболеваниях могут возникать на ранних этапах развития болезни и служить предикторами снижения адаптации. В целях профилактики и преодоления хронификации боли особенно важно обращать внимание на следующие характеристики боли и поведения, связанного с болью.

- Искажения чувствительности к боли. Социокультурный контекст, а также наличие некоторых личностных расстройств (ПРЛ) может влиять на восприятие боли. Необходима оценка субъективной чувствительности к боли и при необходимости обучение пациента стратегиям выделения болевых ощущений, требующих обращения за медицинской помощью.
- Страх перед болью и убеждения об особенно деструктивной роли тревоги могут приводить к хронификации боли через избегающее поведение. Важно предупредить образование порочного круга тревоги, довести до осознания пациента механизмы запуска и последствия избегающего поведения.
- Внешний локус контроля в отношении лечения. Убеждения в неспособности самостоятельно справиться с симптомом или контролировать свое состояние связаны со снижением качеством жизни. Важно подчеркивать собственные успехи пациента по контролю за болью, а также делать видимой логическую связь между систематическими усилиями пациента по воздействию на симптом, лечением и ослаблением симптомов.
- Использование дезадаптивных копинг-стратегий и, что наиболее важно, ригидное следование определенным стратегиям. Дезадаптивные копинг-стратегии являются фактором риска для хронификации симптома, необходимо обучать пациента различным способам справиться с болью, а также стимулировать к поиску новых стратегий, гибкому использованию копингов.
- Концентрация на боли, обеднение остальных сфер жизни. Особенно важными в диагностике изменения личности по ипохондрическому типу являются потеря чувства управления собственной жизнью, подчинение всей жизни строгим правилам в связи с возникающей болью, отказ или значительное ограничение прежней активности, а также слияние с симптомом, использование его как способ выстраивать межличностные отношения.

Выражение признательности

Автор благодарит за помощь в подготовке статьи научного руководителя, доцента факультета психологии МГУ имени М.В.Ломоносова Елену Игоревну Рассказову.

Приложение

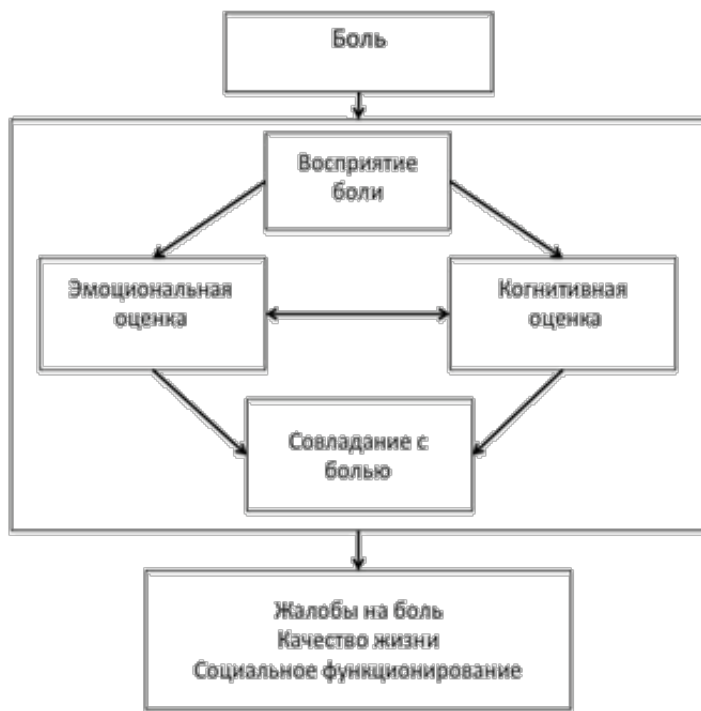


Рис. 2. Процессы в структуре ВКБ, опосредующие влияние боли на качество жизни, интенсивность жалоб и социальное функционирование при головной боли.

Литература

Всемирная организация здравоохранения. Головные боли. Информационный бюллетень, No. 277, 2016.

Московченко Д.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы: дис. ... канд. психол. наук. МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, 2016.

Николаева В.В., Арина Г.А. От традиционной психосоматики к психологии телесности. Вестник Московского университета. Серия 14, Психология, 1996, No. 2, 8–17.

Сапарова И.А. Особенности смысловой регуляции деятельности при ипохондрических состояниях разного генеза: дис. ... канд. психол. наук. МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва, 1989.

Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.

Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: сб. науч. тр. Л.: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1990. С. 32–38.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.

Уайт М. [White M.] Карты нарративной практики. Введение в нарративную терапию. М.: Генезис, 2010.

Bezov D., Ashina S., Jensen R., Bendtsen L. Pain perception studies in tension-type headache. Headache, 2011, 51(2), 262–271. doi:10.1111/j.1526-4610.2010.01768.x

- Demjen S., Bakal D.A., Dunn B.E. Cognitive correlates of headache intensity and duration. *Headache*, 1990, 30(7), 423–427.
- Greenberg J., Burns J.W. Pain anxiety among chronic pain patients: specific phobia or manifestation of anxiety sensitivity? *Behaviour Research and Therapy*, 2003, 41(2), 223.
- Grinberg A.S., Seng E.K. Headache-Specific Locus of Control and Migraine-Related Quality of Life: Understanding the Role of Anxiety. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 2017, 24(1), 136–143. doi:10.1007/s12529-016-9587-2
- Hoffman B.M., Papas R.K., Chatkoff D.K., Kerns R.D. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association*, 2007, 26(1), 1–9.
- Kato T. Effects of Flexibility in Coping with Chronic Headaches on Depressive Symptoms. *International Journal Of Behavioral Medicine*, 2015, 22(4), 506–511. doi:10.1007/s12529-014-9443-1
- Keogh E., Cochrane M. Anxiety sensitivity, cognitive biases, and the experience of pain. *The Journal Of Pain: Official Journal Of The American Pain Society*, 2002, 3(4), 320–329.
- Lang P.J. The emotion probe. Studies of motivation and attention. *The American Psychologist*, 1995, 50(5), 372–385.
- Lasch K.E. Culture, pain, and culturally sensitive pain care. *Pain Management Nursing*, 2000, 1(3), 16–22. doi:10.1053/jpmn.2000.976
- Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer, 1984.
- Leventhal H., Benyamini Y., Brownlee S., Diefenbach M., Leventhal E.A., Patrick-Miller L., Robitaille C. Illness representations: Theoretical foundations. In: J.A. Weinman, J.A. Weinman (Eds.), *Perceptions of health and illness: Current research and applications*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1977. pp. 19–45.
- Lipton R.B., Bigal M.E. The social impact and burden of headache. *Handbook Of Clinical Neurology*, 2010, Vol. 97, 23–32. doi:10.1016/S0072-9752(10)97002-4
- Ludäscher P., von Kalckreuth C., Parzer P., Kaess M., Resch F., Bohus M., Brunner R. Pain perception in female adolescents with borderline personality disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, 24(3), 351–357. doi:10.1007/s00787-014-0585-0
- McCracken L.M., Turk D.C. Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process. *Spine*, 2002, 27(22), 2564–2573.
- McWilliams L.A., Higgins K.S. Associations between pain conditions and borderline personality disorder symptoms: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *The Clinical Journal Of Pain*, 2013, 29(6), 527–532. doi:10.1097/AJP.0b013e31826ab5d0
- Norton P.J., Asmundson G.G. Anxiety sensitivity, fear, and avoidance behavior in headache pain. *Pain*, 2004, 111(1–2), 218–223.
- Ocañez K.S., McHugh R.K., Otto M.W. A meta-analytic review of the association between anxiety sensitivity and pain. *Depression and Anxiety*, 2010, 27(8), 760–767. doi:10.1002/da.20681
- Polat S., Hocaoglu C., Kirbas S., Tufekci A. Anxiety sensitivity, alexithymia, and anger among patients

complaining of migraine-type headache. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 2015, 25(1), 149.

Siniatchkin M., Riabus M., Hasenbring M. Coping styles of headache sufferers. *Cephalalgia: An International Journal Of Headache*, 1999, 19(3), 165–173.

Smitherman T.A., Davis R.E., Walters A.B., Young J., Houle T.T. Anxiety sensitivity and headache: Diagnostic differences, impact, and relations with perceived headache triggers. *Cephalalgia*, 2015, 35(8), 710–721. doi:10.1177/0333102414557840

Suhr J.A., Seng E.K. Neuropsychological functioning in migraine: clinical and research implications. *Cephalalgia: An International Journal Of Headache*, 2012, 32(1), 39–54. doi:10.1177/0333102411430265

Suhr J., Spickard B. Pain-related fear is associated with cognitive task avoidance: Exploration of the cogniphobia construct in a recurrent headache sample. *The Clinical Neuropsychologist*, 2012, 26(7), 1128–1141. doi:10.1080/13854046.2012.713121

Valade D., Fontenelle F., Roos C., Rousseau-Salvador C., Ducros A., Rusinek S. Emotional Status, Perceived Control of Pain, and Pain Coping Strategies in Episodic and Chronic Cluster Headache. *Europe's Journal Of Psychology*, 2012, 8(3), 461–474. doi:10.5964/ejop.v8i3.308

Wieser T., Walliser U., Womastek I., Kress H.G. Dysfunctional coping in headache: Avoidance and endurance is not associated with chronic forms of headache. *European Journal Of Pain*, 2012, 16(2), 268–277. doi:10.1016/j.ejpain.2011.06.011

Поступила в редакцию 7 ноября 2017 г. Дата публикации: 24 февраля 2018 г.

[Сведения об авторе](#)

Мигунова Юлия Михайловна. Психолог-консультант, медицинский психолог, клиническая больница No. 85, ФМБА России, ул. Москворечье, д. 16, 115409 Москва, Россия.
E-mail: migunova.y@yandex.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Мигунова Ю.М. Психологические факторы хронификации при головной боли. *Психологические исследования*, 2018, 11(57), 12. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Мигунова Ю.М. Психологические факторы хронификации при головной боли // *Психологические исследования*. 2018. Т. 11, № 57. С. 12. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).
[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2018v11n57/1533-migunova57.html>

[К началу страницы >>](#)