

© Степанченко К. А.

УДК 616.857-07-053.2

**Степанченко К. А.**

## **ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)**

**kosty0516@gmail.com**

Данная работа является фрагментом НИР «Головная боль напряжения у подростков: механизмы формирования, течение, терапия, прогноз», № государственной регистрации 0112U000037.

**Вступление.** Головная боль напряжения (ГБН) – является наиболее частой формой первичных цефалгий у детей и подростков [4-6]. Подростковый период является одним из наиболее сложных этапов в жизни ребенка. В этот период наряду с медико-биологическими факторами особую значимость приобретает воздействие социальных факторов [1]. Необходимость исследования ГБН у подростков, с одной стороны, определяется тем, что ГБН взрослых берет истоки в детском возрасте, а с другой – тем, что поведение ребенка и его реагирование на факторы социальной среды (семья, школа, общество) определяют природу ГБН у детей и подростков, а, следовательно, подбор методов профилактики и лечения [2]. Не смотря на то, что ГБН у детей и подростков считается индикатором наличия психовегетативных расстройств [2,4], эмоционально-аффективные нарушения при этой форме цефалгии, а также их роль в формировании ГБН в подростковом возрасте изучены недостаточно.

**Цель исследования.** Повышение эффективности диагностики и терапии ГБН на основе изучения психо-эмоционального статуса подростков с головной болью напряжения.

**Объект и методы исследования.** В настоящей работе за период с 2005 по 2015 годы проведены клинические наблюдения и специальные функциональные исследования 320 подростков в возрасте от 13 до 17 лет, из них 184 (57,5%) девочек и 136 (42,5%) мальчиков, страдающих ГБН. Средний возраст девочек составлял  $15,8 \pm 1,2$  года, мальчиков –  $16,1 \pm 1,3$  года. Группой контроля служили 50 клинически здоровых подростков (22 мальчика и 28 девочек), сопоставимых с лицами, страдающими ГБН, по полу и возрасту. Все подростки, участвовавшие в обследовании, являлись учениками общеобразовательных школ. Диагностика ГБН проводилась в соответствии с критериями классификации Международного общества по изучению головных болей (IHS – 2003) и критериями МКБ-10 (шифр G 44.2). Все подростки в зависимости от клинических данных были разделены на три группы: первая группа – пациенты с нечастой эпизодической головной болью напряжения (НЭГБН) – 141 чел., вторая группа – пациенты с частой эпизодической головной болью напряжения (ЧЭГБН) – 123 чел., третья

группа – пациенты с хронической головной болью напряжения (ХГБН) – 56 чел.

Исследование уровня реактивной и личностной тревожности проводили по шкале самооценки Ч. Д. Спилберга в модификации Ю. Л. Ханина; изучение уровня и характера тревожности, связанной со школой у подростков – по методике диагностики уровня школьной тревожности Филлипса; уровня депрессии – по методике В. А. Жмурова в авторской правке В. В. Бойко; для выявления акцентуаций характера использовали психологический опросник К. Леонгарда; диагностика родительно-детских отношений и взаимодействия подростков с родителями определялась по опроснику «Взаимодействие родитель-ребенок» И. М. Марковской [3].

Статистическая обработка проведена общепринятыми методами с вычислением процентов, средних значений и их ошибок с использованием компьютерных программ Microsoft Excel 2007 и «Statgraphics 5.0, Plus». При оценке достоверности различий выборку использовали критерий U Вилкоксона-Манна-Уитни.

**Результаты исследований и их обсуждение.** При анализе типов акцентуаций характера нами получены следующие результаты (**табл.**). У пациентов с ГБН меньше встречались проявления таких черт характера, как эмотивность и экзальтированность, в то же время, выше – признаки гипертимного, тревожного и циклотимического типов. Следует обратить особое внимание на то, что обычно гипертимические личности отличаются большей подвижностью, чрезмерной самостоятельностью, склонностью к озорству и недостатку чувства дистанции в отношении к старшим по возрасту. В том случае, если гипертимы терпят неудачи, получают запреты, встречают сильное противодействие, у них возникают вспышки гнева и раздражения, что подтверждает факт эмоциональной неустойчивости и наличие фона для развития ГБН. Во многом с ними схожи циклотимические личности, у которых совмещены гипертимическая и дистимическая акцентуации, при этом даже внешне неуловимый поворот в настроении может вызвать переход от радости к грусти и спровоцировать появление ГБН.

Для подростков с НЭГБН был характерен профиль акцентуации с наибольшей выраженностью гипертимного, тревожного и циклотимического и с наименьшей выраженностью эмотивного, педантичного, демонстративного и экзальтированного типов. Такие подростки часто имеют повышенный фон настроения в сочетании с жадной деятельно-

Таблица.  
**Распределение акцентуаций  
 характерологических черт у подростков  
 с разными формами ГБН**

Показатели	НЭГБН (n = 141)	ЧЭГБН (n = 123)	ХГБН (n = 56)
Гипертимый	17,4 ± 2,2	17,6 ± 4,7	16,8 ± 2,2
Возбудимый	11,6 ± 2,1●	15,9 ± 2,7■	11,7 ± 1,9
Эмотивный	10,8 ± 1,9	13,1 ± 2,3	12,0 ± 2,3
Педантичный	10,2 ± 2,7	10,1 ± 4,1■	13,9 ± 2,2◇
Тревожный	16,3 ± 2,4	16,4 ± 1,7	15,8 ± 1,7
Циклотимический	16,1 ± 4,8	15,6 ± 3,2	15,1 ± 2,5
Демонстративный	10,8 ± 3,0●	16,0 ± 2,3■	13,8 ± 2,3◇
Застревающий	13,8 ± 5,8●	16,3 ± 5,4■	12,5 ± 4,7
Дистимический	11,6 ± 3,1	10,3 ± 3,2■	15,3 ± 4,4◇
Экзальтированный	9,6 ± 4,3	12,9 ± 6,1	10,2 ± 4,8

**Примечание.** Достоверность различий по критерию U Вилкоксона-Манна-Уитни: ● –  $p < 0,05$  при сопоставлении показателей больных с НЭГБН и ЧЭГБН; ◇ –  $p < 0,05$  при сопоставлении показателей больных с НЭГБН и ХГБН; ■ –  $p < 0,05$  при сопоставлении показателей больных со ЧЭГБН и ХГБН.

сти, высокой активностью, предприимчивостью, однако склонны к страхам, повышенной робости и пугливости, часто отмечают смену гипертимических и дистимических фаз.

У подростков со ЧЭГБН чаще, по сравнению с остальными формами ГБН, отмечались возбудимый, демонстративный и застревающий типы акцентуации характера. Таким пациентам свойственна повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями, повышенная способность к вытеснению, демонстративность поведения, чрезмерная стойкость аффекта со склонностью к формированию сверхценных идей.

Для подростков с ХГБН в профиле акцентуации достоверно чаще отмечались, по сравнению с НЭГБН и ЧЭГБН, дистимический и педантичный типы, что проявлялось у них сниженным настроением, фиксацией на мрачных сторонах жизни, идеомоторной заторможенностью, ригидностью, инертностью психических процессов, долгим переживанием травмирующих событий.

У подростков основной и контрольной групп также проводилось исследование уровня депрессии. У всех 80 подростков контрольной группы и большинства – 82% (328 из 400) подростков с ГБН было зафиксировано состояние без депрессии. Однако у подростков с ГБН средний балл (19,8 ± 7,1) по шкале депрессии был достоверно выше, чем в контрольной группе (8,2 ± 3,2) ( $p < 0,05$ ). При этом уровень депрессии повышался с нарастанием частоты эпизодов ГБН. Наиболее высокий балл отмечался у подростков с ХГБН – 24,5 ± 8,8 балла, пациенты с ЧЭГБН имели 20,4 ± 9,8 балла, подростки с НЭГБН – 17,6 ± 6,2 балла. 52 из 400 пациентов с ГБН (13%) набрали 25-44 баллов, что соответствует легкой депрессии ситуативного или невротического характера.

Проведенное исследование уровня реактивной и личностной тревожности показало, что суммарное количество подростков с ГБН, с повышенным уровнем тревожности составило 383 человека (95,8%). При проведении психологического исследования в контрольной группе повышение уровня тревожности выше нормативных показателей было выявлено у 15 подростков (18,8%).

Все подростки контрольной группы имели низкую реактивную тревожность (< 30 баллов), в то время как в основной группе такой показатель зафиксирован лишь у 10% обследованных, 62% пациентов имели умеренную реактивную тревожность ( $p < 0,05$ ), у 28% подростков была зафиксирована высокая реактивная тревожность (> 46 баллов).

При распределении подростков по уровню личностной тревожности, выявлено что 268 из 400 подростков с ГБН (67%) имели высокую личностную тревожность, что значительно превышает показатели контрольной группы – 3 школьника (3,8%) ( $p < 0,001$ ).

Средний уровень реактивной тревожности у подростков с ГБН составил 40,9 ± 9,1 балла; средний уровень личностной тревожности – 44,6 ± 9,5 балла. У здоровых подростков средний уровень реактивной тревожности составил 28,6 ± 5,3, показатель личностной тревожности составил 32,3 ± 6,7. Таким образом, уровень тревожности в контрольной группе оказался достоверно ниже, чем в группе пациентов с ГБН ( $p < 0,05$ ).

При сравнении показателей тревожности между группами с разными формами ГБН достоверно выше этот показатель отмечался у подростков с НЭГБН (реактивная тревожность – 41,7 ± 6,3, личностная тревожность – 44,1 ± 7,4 балла) и ЧЭГБН (реактивная тревожность – 42,9 ± 7,4, личностная тревожность – 47,4 ± 7,3 балла), по сравнению со школьниками с ХГБН (реактивная тревожность – 37,3 ± 6,3, личностная тревожность – 42,2 ± 6,7 балла), ( $p < 0,05$ ).

Изучение уровня и характера тревожности подростков, связанной со школой, по методике диагностики уровня школьной тревожности Филлипса, показал, что у всех подростков с ГБН, по сравнению с контрольной группой, была достоверно повышена фрустрация потребности в достижении успеха ( $p < 0,05$ ), когда неблагоприятный психический фон, не позволял школьнику развивать свои потребности в успехе, достижении высокого результата (чаще определялся у подростков с ЧЭГБН), а также проблемы и страхи в отношениях с учителями, при которых общий негативный эмоциональный фон отношений с взрослыми в школе снижал успеваемость школьника. У больных всех исследуемых групп отмечалась низкая физиологическая сопротивляемость стрессу с наибольшей выраженностью у подростков с ХГБН, снижающая приспособляемость школьника к ситуациям стрессогенного характера, повышающая вероятность неадекватного, деструктивного реагирования на тревожный фактор среды.

Надо отметить, что у подростков с НЭГБН и ЧЭГБН отмечались повышенные и высокие показатели по шкалам страх ситуации проверки знаний, страх не соответствовать ожиданиям окружающих

и общая тревожность в школе. Такие пациенты отмечали негативное отношение и переживание тревоги в ситуациях проверки знаний (особенно публичной), ориентировались на значимость других в оценке своих результатов, поступков и мыслей, имели тревогу по поводу оценок, даваемых окружающими, ожидали от них негативных отзывов, имели тревожное состояние, связанное с различными формами включения их в жизнь школы.

У пациентов с ХГБН отмечен повышенный, а у подростков с НЭГБН – высокий уровень переживаний социального стресса, связанный со сложностями установления социальных контактов, прежде всего, со сверстниками. У пациентов с ГБН не отмечено достоверного отличия от группы здоровых сверстников показателей по шкале страх самовыражения.

Одним из условий, влияющих на проявление тревожности у подростков, является психологический микроклимат семьи. Будучи её членом, подросток вступает в определённые отношения с родителями, которые могут оказывать на него как положительное, так и негативное влияние. Достоверное различие в родительском отношении в группах подростков с ГБН, по сравнению с контрольной группой, было выявлено только по шкалам нетребовательность-требовательность ( $15,5 \pm 2,3\%$  и  $13,3 \pm 1,9\%$  – соответственно) и мягкость-строгость матери по отношению к подростку ( $13,8 \pm 2,5\%$  и  $10,2 \pm 2,3\%$  – соответственно), ( $p < 0,05$ ). Данные первой шкалы показывают на высокую требовательность мамы по отношению к подростку, ожидание ею более высокого уровня ответственности от ребенка. По результатам второй шкалы можно судить о повышенной суровости и строгости мер, применяемых к ребенку, о жесткости правил, устанавливаемых во взаимоотношениях между мамой и подростком, о степени принуждения подростка к чему-либо.

Нужно отметить, что подростки с НЭГБН достоверно чаще, по сравнению со здоровыми сверстниками ( $17,9 \pm 2,4\%$  и  $15,1 \pm 2,2\%$  – соответственно), отмечали более выраженное контролирующее поведение матери по отношению к ним, которое чаще всего проявлялось в мелочной опеке, навязчивости, ограниченности.

Подростки с ХГБН, в отличие от других групп обследуемых, чаще отмечали эмоциональную дистанцию ( $11,5 \pm 2,5\%$ ), отсутствие сотрудничества ( $11,6 \pm 2,0\%$ ), низкую степень удовлетворенности отношениями как с матерью ( $17,0 \pm 3,1\%$ ), так и с отцом ( $14,0 \pm 3,0\%$ ), что свидетельствовало о нарушениях в структуре родительско-подростковых отношений, возможных конфликтах или об обеспокоенности ребенка сложившейся семейной ситуацией.

### Выводы

Для пациентов с ГБН характерно наличие признаков гипертимного, тревожного и циклотимического типов акцентуаций характера. Для подростков с ХГБН в профиле акцентуации преобладали дистимический и педантичный типы. С нарастанием частоты эпизодов ГБН уменьшались показатели реактивной и личностной тревожности, уровень школьной тревожности, но повышался уровень депрессии на фоне снижения физиологической сопротивляемости стрессу, а также отмечалось нарастание уровня психосоциального стресса, свидетельствующего о нарушениях в структуре родительско-подростковых отношений.

### Перспективы дальнейших исследований.

Не только своевременная диагностика, но и разработка адекватной медико-психологической помощи в значительной мере позволит снизить степень эмоционального дискомфорта, улучшить социальные возможности подростка в плане обучения и психологического контакта.

## Литература

1. Аверкина Н. А. Психологические факторы при хронической боли / Н. А. Аверкина, Е. Г. Филатова // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – № 12. – С. 21–27.
2. Маневич Т. А. Хронические головные боли напряжения у детей и подростков: психосоматический подход к диагностике и лечению / Т. А. Маневич, Е. Д. Соколова, Н. Н. Яхно // Боль. – 2004. – Т. 1–2. – С. 13–16.
3. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И. М. Марковская. – СПб.: ООО Издательство «Речь», 2000. – 150 с.
4. Юдельсон Я. Б. Клинико-психологическая характеристика головной боли у детей и подростков / Я. Б. Юдельсон, А. П. Рачин // Неврол. журн. – 2003. – № 5. – С. 32–35.
5. Casucci G. Headache in school age / G. Casucci, R. Terlizzi, S. Cevoli // Neurol Sci. – 2014. – Vol. 35, Suppl 1. – P. 31–35.
6. Straube A. Headache in school children: prevalence and risk factors / A. Straube, F. Heinen, F. Ebinger [et al.] // Dtsch Arztebl Int. – 2013. – Vol. 29. – № 110 (48). – P. 811–818.

УДК 616.857-07-053.2

### ПСИХО-ЕМОЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПІДЛІТКІВ З ГОЛОВНИМ БОЛЕМ НАПРУГИ

Степанченко К. А.

**Резюме.** Проведено дослідження психо-емоційного статусу підлітків з головним болем напруги. Виявлено, що для пацієнтів з головним болем напруги характерна наявність ознак гіпертимного, тривожного і циклотимічного типів акцентуацій характеру. Для підлітків з хронічним головним болем напруги в профілі акцентуації переважали дистимічний і педантичний типи. З наростанням частоти епізодів головного болю зменшувалися показники реактивної та особистісної тривожності, рівень шкільної тривожності, але підвищувався рівень депресії на тлі зниження фізіологічної опірності стресу, а також визначалося наростання рівня психосоціального стресу, що свідчить про порушення в структурі батьківсько-підліткових відносин.

**Ключові слова:** психо-емоційний статус, головний біль напруги, підлітки.

УДК 616.857-07-053.2

### ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Степанченко К. А.

**Резюме.** Проведено исследование психо-эмоционального статуса подростков с головной болью напряжения. Выявлено, что для пациентов с головной болью напряжения характерно наличие признаков гипертимного, тревожного и циклотимического типов акцентуаций характера. Для подростков с хронической головной болью напряжения в профиле акцентуации преобладали дистимический и педантичный типы. С нарастанием частоты эпизодов головной боли уменьшались показатели реактивной и личностной тревожности, уровень школьной тревожности, но повышался уровень депрессии на фоне снижения физиологической сопротивляемости стрессу, а также отмечалось нарастание уровня психосоциального стресса, свидетельствующего о нарушениях в структуре родительно-подростковых отношений.

**Ключевые слова:** психо-эмоциональный статус, головная боль напряжения, подростки.

UDC 616.857-07-053.2

### PSYCHO-EMOTIONAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH TENSION-TYPE HEADACHE

Stepanchenko K. A.

**Abstract.** Introduction. Despite the fact that tension-type headache (TTH) in children and adolescents is considered an indicator of the presence of psycho-vegetative disorders, emotional and affective disorders and their role in the formation of TTH in adolescence are not well understood.

Purpose of the study. Improving the efficiency of diagnosis and treatment of TTH based on the study of the psycho-emotional status of adolescents with different forms of TTH.

Subjects and methods. 320 adolescent girls and boys who suffer from TTH and 50 healthy adolescents (control group) were examined. Three groups: the first group – patients with infrequent episodic tension-type headache (IETTH) – 141 persons; the second group – patients with frequent episodic tension-type headache (FETTH) – 123 persons; the third group – patients with chronic tension-type headache (CTTH) – 56 people were isolated. The study of the psycho-emotional status of adolescents was carried out using a battery of neuropsychological techniques.

Results and discussion. For adolescents with IETTH were the most indicative hyperthymic, anxious and cyclothymic accentuations of character; in adolescents with FETTH – excitable, getting stuck and demonstrative accentuations of character; in adolescents with CTTH – pedantic and dysthymic accentuations of character.

In adolescents with TTH the average score ( $19,8 \pm 7,1$ ) on a scale of depression was significantly higher than in the control group ( $8,2 \pm 3,2$ ) ( $p < 0,05$ ). The highest score was observed in adolescents with CTTH –  $24,5 \pm 8,8$  points, patients with FETTH had  $20,4 \pm 9,8$  points, adolescents with IETTH –  $17,6 \pm 6,2$  points.

In comparing of anxiety between groups with different forms of TTH we observed significantly higher rate in adolescents with IETTH (reactive anxiety –  $41,7 \pm 6,3$ , personal anxiety –  $44,1 \pm 7,4$  points) and FETTH (reactive anxiety –  $42,9 \pm 7,4$ , personal anxiety –  $47,4 \pm 7,3$  points), than in adolescents with CTTH (reactive anxiety –  $37,3 \pm 6,3$ , personal anxiety –  $42,2 \pm 6,7$  points) ( $p < 0,05$ ).

All adolescents with TTH had higher indicators of frustration of needs to succeed, compared with the control group ( $p < 0,05$ ). Adolescents with ETTH had enhanced and high indicators on scales of fear of examination, fear not meet the expectations of others and general anxiety in school. Patients with CTTH had enhanced level and adolescents with IETTH – a high level of experience of social stress.

A significant difference in parental relations in groups of adolescents with TTH, compared with the control group, was found only on the scales of mother's undemanding-demanding ( $15,5 \pm 2,3\%$  and  $13,3 \pm 1,9\%$  – respectively) and softness-strictness ( $13,8 \pm 2,5\%$  and  $10,2 \pm 2,3\%$  – respectively) ( $p < 0,05$ ).

Conclusions. The patients with TTH had more likely hyperthymic, cyclothymic and anxious accentuations of character. Adolescents with CTTH had more likely pedantic and dysthymic accentuations of character. With the increase in the frequency of episodes of TTH we observed a decrease in indicators of reactive and personal anxiety, the level of school anxiety, but increased levels of depression due to lower physiological stress resistance and increased level of psychosocial stress, which pointed to irregularities in the structure of the parent-adolescent relationship.

**Keywords:** psycho-emotional status, tension-type headache, adolescents

*Рецензент – проф. Дубенко О. Є.  
Стаття надійшла 30.10.2015 року*