

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ЦЕФАЛГИЯМИ

И. Г. Измайлова

ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия»
Минздравсоцразвития

Распространенность головной боли (ГБ) у детей заметно увеличивается с возрастом и достигает к подростковому периоду 75% [7, 14]. ГБ тяжело переносится детьми, сказывается на их настроении, поведении, работоспособности, учебе и дальнейшей профессиональной ориентации [4]. Установлена коморбидная взаимосвязь тревоги, депрессии и ГБ, причем тревога наиболее высока при эпизодических формах, а депрессия является неизбежным спутником хронических цефалгий [2, 10]. Как при любой стойкой боли, эмоциональные нарушения при хронической цефалгии являются скорее вторичными, чем первичными. Тревожные мысли «вокруг» собственно боли и ее очага повышают болевую перцепцию. Кроме того, высокая тревожность больного отрицательно влияет на выбор им стратегий преодоления боли [11, 14]. Депрессия ухудшает переносимость боли, служит важнейшим predisposing фактором для трансформации эпизодической цефалгии в хроническую. Формируется порочный круг: боль вызывает тревожно-депрессивные расстройства, которые, в свою очередь, поддерживают боль [2].

Болевой опыт детей, объединяющий в себе переживание, оценку, отношение к боли является результатом взаимодействия ребенка и взрослого, однако взаимосвязь эмоциональных расстройств матери и ребенка, страдающего ГБ, недостаточно освещена в современной литературе [4, 15]. В детском возрасте наиболее эмоционально напряженным является подростковый период, изучение влияния эмоциональных нарушений подростков на течение ГБ и качество жизни (КЖ) актуально для понимания условий хронификации ГБ, повышения эффективности реабилитации больных.

Цель исследования: оценить частоту и выраженность тревожно-депрессивных нарушений у подростков с первичными формами ГБ в зависимости от частоты цефалгии, определить влияние эмоциональных нарушений на течение ГБ и КЖ пациентов.

Материал и методы исследования

1. ГБ напряжения (ГБН) – 214 подростков (средний возраст – 14,4 лет; 119 девочек и 95 мальчиков). Эпизодическая ГБ напряжения (ЭГБН) установлена у 125 больных: нечастая – у 40 (ГБ < 1 раза в мес.), частая – у 85 (ГБ 1–15 дней в мес.). Хроническая ГБН (ХГБН) диагностирована у 89 пациентов (ГБ > 15 дней в мес.).

2. Мигрень имели 113 подростков (средний возраст – 14,1 лет; 64 девочек, 49 мальчиков). Мигрень с редкими приступами диагностирована у 43 человек, с частыми – у 35, мигрень с коморбидной ХГБН – у 35 больных. При установлении клинического варианта ГБ основывались на диагностических критериях международной классификации ГБ 2003 года [9].

3. Контрольную группу составили 30 здоровых подростков, не страдающих ГБ (средний возраст – 14,5 лет; девочек – 18, мальчиков – 12).

Выраженность реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) подростков определяли по тесту Ч.Д.Спилбергера–Ю.Л.Ханина, уровень депрессии (УД) – по тесту А.Бека, выраженность вегетативной дисфункции – по опроснику А.М.Вейна, астении – по опроснику И.К.Шаца, нарушения сна – по анкете, разработанной в Центре сомнологических исследований Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова [1, 5, 6, 8]. Дополнительно исследовали уровень тревожно-депрессивных нарушений у матерей. С помощью опросника «КЖ», адаптированного к детскому возрасту, давали количественную оценку (от 0% до 100%) следующих показателей жизни: 1) физическая активность, 2) оценка текущей жизненной ситуации, 3) самооценка, 4) тревожность, самоконтроль, 5) отношение к будущему, 6) настроение, 7) взаимоотношения с родителями, 8) социальные контакты. Определяли суммарный показатель КЖ.

Статистическую обработку полученных результатов проводили методами описательной и сравнительной статистики с помощью программы Statistica 6,0 for Windows XP. Статистически значимыми различия считались при $p < 0,05$.

Показатели реактивной и личностной тревожности у подростков с первичными цефалгиями

Форма ГБ	Количество подростков с высоким показателем РТ (>46 баллов), n (%)	Среднее значение показателя РТ $M \pm m$	Количество подростков с высоким показателем ЛТ (>46 баллов), n (%)	Среднее значение показателя ЛТ $M \pm m$	Количество подростков с депрессивными нарушениями (>9 баллов), n (%)	Среднее значение показателя УД $M \pm m$
Нечастая ЭГБН	1 (2,5%)	39,64±0,55**	6 (15,5%)	40,13±0,65	3 (7,5%)	1,61±0,34
Частая ЭГБН	40 (47,1%)	44,42±0,41***##	71 (83,5%)	48,65±0,43***##	20 (23,5%)	6,11±0,47***##
ХГБН	49 (55,1%)	46,39±0,54****^	76 (85,4%)	50,79±0,53****^	83 (93,3%)	17,12±0,65****^
Нечастая мигрень	1 (2,3%)	39,09±0,62**	6 (13,9%)	42,45±0,83***	3 (6,9%)	2,32±0,45
Частая мигрень	18 (51,4%)	45,23±0,54***##	29 (82,9%)	49,47±0,59***##	21 (60,0%)	12,97±1,03***##
Мигрень с ГБН	26 (74,3%)	47,76±0,99****^	32 (91,4%)	51,03±0,74***	33 (94,3%)	17,73±0,91****^
Контроль	2 (6,7%)	36,9±0,40	3 (10,0%)	38,04±0,44	0	1,07±0,31

Примечания: *** – $p < 0,001$; ** – $p < 0,01$; * – $p < 0,05$ (отличие групп с ГБ от контроля); ## – $p < 0,001$; # – $p < 0,01$ (отличие частой ЭГБН от нечастой ЭГБН, частой мигрени от нечастой); ^ – $p < 0,05$; ^^ – $p < 0,01$; ^^ – $p < 0,001$ (отличие мигрени с ХГБН от частой мигрени, ХГБН от частой ЭГБН); " – $p < 0,001$ (отличие частой мигрени от частой ЭГБН).

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования реактивной и личностной тревожности у подростков с различными формами первичной цефалгии представлены в табл. 1. Высокие показатели РТ достоверно чаще имели место у пациентов с частыми и хроническими формами ГБ по сравнению с группой контроля и подростками с редкими цефалгиями. При увеличении частоты ГБ возрастало число больных с высокими показателями РТ, отмечалась тенденция к росту среднего значения РТ. Наиболее часто высокие показатели РТ выявлялись у детей при мигрени с коморбидной ХГБН.

Аналогичная закономерность увеличения распространенности выраженной тревожности при учащении ГБ прослеживалась при анализе показателей ЛТ. Средние значения ЛТ у подростков с нечастой ЭГБН практически не отличались от группы контроля, ЛТ > 46 баллов встречалась редко. При нечастой мигрени средний уровень ЛТ оказался достоверно выше контрольных цифр и показателей при нечастой ЭГБН, но оставался в пределах умеренной степени. В целом, распространенность высоких показателей ЛТ и среднее арифметическое ЛТ были выше по сравнению с аналогичными параметрами РТ у пациентов с частыми, хроническими или сочетанными формами ГБ.

Депрессия была ассоциирована с ХГБН и сочетанной формой мигрени с ХГБН: суммарную оценку от 9 до 19 баллов по тесту Бека имели соответственно 54,0% и 57,1% подростков; УД более 20 баллов – 39,3% и 37,2%. Тенденция к депрессивным нарушениям была характерна для частых эпизодических форм ГБН и мигрени по сравнению с редкими, для частой мигрени относительно частой ЭГБН. УД более 20 баллов был обнаружен у 17,1% подростков с частой мигренью и отсутствовал у пациентов с ЭГБН аналогичной частоты. Тревно-депрессивные проявления при частых и хронических формах ГБ были значимее у девочек

($p < 0,01$). При ГБ реже 1 раза в месяц подавленность настроения была не характерна, достоверных отличий суммарного показателя по тесту Бека от контрольной группы не выявлялось.

Различные коморбидные нарушения невротического круга среди подростков с выраженной тревожностью встречались достоверно чаще, чем при умеренном уровне (табл. 2). При ЭГБН у половины высоко тревожных детей имелись вегетативные нарушения, у 38,0% – астения. При частой мигрени вегетативная дисфункция и инсомния установлены у 65,5% больных, снижение настроения – у 62,0%, астения – у 58,6%. У всех тревожных детей с хроническими ГБ отмечалась подавленность настроения (тесная ассоциация тревожно-депрессивных нарушений типична для хронических форм) [12, 13]. Высокой была распространенность и других проявлений психосоматического неблагополучия (более 80%). S.Battistutta и соавт. [7] считают тревожно-депрессивные расстройства и агрессивность характерными коморбидными психопатологическими нарушениями у подростков с ХГБН.

Таблица 2

Распространенность коморбидных расстройств невротического круга при высоких показателях тревожности у подростков с первичными цефалгиями

Коморбидные расстройства	Частая ЭГБН n=71	ХГБН n=76	Частая мигрень n=29	Мигрень с ГБН n=32
Астения и высокая тревожность, n (%)	27 (38,0%)	58 (76,3%)	17 (58,6%)	27 (84,4%)
Депрессивные нарушения и высокая тревожность, n (%)	16 (22,5%)	76 (100,0%)	18 (62,0%)	31 (96,9%)
Инсомния и высокая тревожность, n (%)	20 (28,2%)	63 (82,9%)	19 (65,5%)	26 (81,2%)
Вегетативная дисфункция и выраженная тревожность, n (%)	33 (46,5%)	65 (85,5%)	19 (65,5%)	30 (93,7%)

Развитие депрессивных нарушений у больных с ГБ особенно неблагоприятно сказывалось на их общем психосоматическом здоровье (табл. 3). При наличии пониженного настроения у большинства пациентов с частыми ЭГБН и мигренью выявлены вегетативные симптомы и выраженная тревожность, около 60% жаловались на быструю утомляемость, нарушения сна. Почти все подростки с хроническими цефалгиями, имеющие депрессивные расстройства, отличались яркими тревожными и астено-вегетативными проявлениями; диссомнией страдали около 80% больных.

Установлена значимая корреляционная связь показателей РТ и ЛТ ($r=0,72$); ЛТ и УД ($r=0,74$); УД с интенсивностью ГБ ($r=0,66$). Выраженные эмоциональные нарушения неблагоприятно влияли на повседневную активность (для РТ $r=0,51$; ЛТ – $r=0,56$; УД – $r=0,73$). Высокая тревожность и плохое настроение нарушали качество ночного сна (для показателя ЛТ – $r=0,52$; для УД – $r=0,63$), тревога в большей степени нарушала засыпание и влияла на глубину сна и активность сновидений, а депрессия – на продолжительность сна, сновидения и качество утреннего пробуждения. Аффективные расстройства коррелировали с выраженностью вегетативной дисфункции (ЛТ – $r=0,65$; УД – $r=0,63$).

Парное исследование уровня тревожно-депрессивных нарушений у матери и ребенка позволило установить значимые прямые корреляционные взаимосвязи их эмоционального состояния: чем выше

ситуационная и личностная тревожность у матери и хуже ее настроение, тем больше склонность к соответствующим аффективным нарушениям у ее ребенка (табл. 4). Показатель РТ у детей с ГБ в большей степени зависел от уровня РТ их матерей, на значения ЛТ ребенка влияли показатели РТ и ЛТ матери, при виде подавленной матери портилось настроение у ребенка. Помимо прямых, существовали и перекрестные взаимовлияния. При эпизодических формах ГБ у детей встречались диады «тревожная мать–тревожный ребенок» (36,7%), «тревожно-депрессивная мать–тревожный ребенок» (33,3%); при хронических – «тревожно-депрессивная мать–тревожно-депрессивный ребенок» (79,8%).

Хроническое течение ГБ, сопутствующие эмоциональные, астено-вегетативные и инсомнические расстройства неблагоприятно отражались на КЖ подростков. Неудовлетворенность текущей жизненной ситуацией по опроснику КЖ отметили 95,2% обследованных с хроническими формами ГБ; повышенную тревожность и подавленность – 91,1%; снижение физической активности – 62,9%; снижение самооценки – 54,8%; уменьшение социальных контактов – 36,3%; ухудшение отношений с родителями – 31,5%. Общий показатель КЖ подростков был снижен на 39,5% при ХГБН, на 38,3% – при мигрени с коморбидной ХГБН. КЖ пациентов с частыми ГБ было относительно лучше: при частой ЭГБН – снижено на 24,4% ($p<0,001$), при частой мигрени – на 33,2% ($p<0,01$). При редких эпизодических формах цефалгий КЖ не страдало, достоверно не отличалось от контрольной группы, было значимо лучше больных с частыми и хроническими формами цефалгии ($p<0,001$). Корреляционный анализ позволил установить достоверные значимые взаимовлияния показателей: УД и КЖ ($r=0,78$), диссомнии и КЖ ($r=0,69$), выраженной вегетативной дисфункции и КЖ ($r=0,67$), астении и КЖ ($r=0,64$), высокой ЛТ и КЖ ($r=0,64$).

Дети с одинаковой формой ГБ при равной частоте и интенсивности боли, отличающиеся по наличию/отсутствию коморбидных нарушений, имели достоверно различное КЖ. Так, КЖ у подростков с частой ЭГБН, ассоциированной с другой психосоматической патологией (нарушениями сна, выраженными эмоциональными и вегетативными расстройствами, астенией), было значимо ниже, чем у подростков без коморбидной патологии ($28,9\pm0,63$ и $20,56\pm0,48$, $p<0,001$). КЖ при ХГБН с умеренными коморбидными расстройствами (не более 2-х) было достоверно выше КЖ при выраженной и полисимптомной сопутствующей патологии ($36,92\pm0,84$ и $43,78\pm1,13$, $p<0,001$). Аналогичная закономерность установлена и при мигрени.

Эмоциональные нарушения матери отрицательно сказывались на КЖ ребенка: показатель шкалы КЖ «Тревожность, самоконтроль» взаимосвязан с уровнем РТ ($r=0,43$) и ЛТ ($r=0,47$) матери; оценка по шкале «Настроение» – с показателями РТ

Таблица 3

Распространенность сочетания депрессивных нарушений с другими коморбидными расстройствами невротического круга у подростков с первичными цефалгиями

Коморбидные расстройства	Частая ЭГБН (n=20)	ХГБН (n=83)	Частая мигрень (n=21)	Мигрень с ГБН (n=33)
Астения и депрессивные нарушения, n (%)	15 (55,0%)	66 (79,5%)	13 (66,7%)	29 (87,9%)
Высокая тревожность и депрессивные нарушения, n (%)	16 (80,0%)	76 (91,6%)	18 (85,7%)	31 (93,9%)
Инсомния и депрессивные нарушения, n (%)	12 (45,0%)	65 (78,3%)	13 (61,9%)	28 (84,8%)
Выраженная вегетативная дисфункция и депрессивные нарушения, n (%)	20 (75,0%)	71 (85,5%)	17 (80,9%)	31 (93,9%)

Таблица 4

Корреляционная взаимосвязь показателей эмоциональных нарушений матери и ребенка

Показатели эмоциональных нарушений у ребенка	Показатели эмоциональных нарушений у матери		
	РТ матери	ЛТ матери	УД по тесту А.Бека матери
РТ ребенка	0,67	0,59	0,48
ЛТ ребенка	0,78	0,82	0,56
УД по тесту А.Бека ребенка	0,61	0,56	0,82

($r=0,55$) и УД ($r=0,59$); на суммарный показатель КЖ влияли ЛТ ($r=0,54$) и УД ($r=0,67$) матери. Также неблагоприятно аффективные расстройства родителей (прежде всего, матери) и ребенка отражались на взаимоотношениях (соответственно $r=0,53$, $r=0,59$).

Заключение

Известно, что высокая тревожность тесно связана с развитием эпизодического варианта ГБН, а депрессия, наряду с абюзусным фактором, являются важнейшими предикторами хронификации ГБ [14]. Облигатным признаком неблагоприятного течения первичных цефалгий с трансформацией редких эпизодических ГБ в частые, а тех, в свою очередь, в хронические формы, является наличие и прогрессирование выраженности эмоциональных расстройств – тревоги и депрессии [10, 13]. Результаты нашего исследования демонстрируют значительную распространенность эмоциональных нарушений у подростков с частыми и, особенно, хроническими формами первичных цефалгий. При неблагоприятном течении ГБ наблюдалась тенденция к усилению выраженности тревожно-депрессивных проявлений и их ассоциации с астено-вегетативными и инсомническими расстройствами.

Дети с нечастой ЭГБН и мигренью обычно имели умеренный уровень РТ и ЛТ; нарушения сна, настроения и работоспособности были не характерны; могли быть мягкие, нестойкие проявления вегетативной дисфункции.

Пациенты с частой ЭГБН и мигренью отличались высоким уровнем тревожности; умеренной перманентной вегетативной дисфункцией; постоянной диссомнией; отсутствием или легкими астеническими и депрессивными расстройствами, более характерными для частой мигрени.

Больные с хроническими формами ГБ страдали выраженными тревожными и вегетативными, умеренными депрессивными, диссомническими, астеническими расстройствами, часто ассоциированными между собой. Клинической особенностью депрессии у большинства подростков с хроническими ГБ являлось сочетание подавленности настроения с тревогой, вегетативной дисфункцией и ипохондричностью.

Таким образом, хронизация первичных ГБ сопровождается формированием тревожно-депрес-

сивных, астено-вегетативных расстройств, нарушений сна. Патология сна (нарушение функции психологической защиты) и эмоциональные расстройства тесно взаимосвязаны и усиливают проявления друг друга, способствуют закреплению болевого стереотипа. Хроническая ГБ развивается на фоне дисфункции лимбико-ретикулярного комплекса с дизрегуляцией ноцицептивных и антиноцицептивных систем (со снижением влияния последней), снижения толерантности к воздействию дистресса [2]. Патогенетической основой коморбидности хронических алгических, инсомнических и депрессивных проявлений признаны нарушения моноаминергических систем при доминирующей роли недостаточности серотонинергических механизмов [2]. Это положение подтверждается положительным влиянием антидепрессантов при лечении хронических цефалгий. Высокая частота и сходные клинические проявления эмоциональных нарушений у ближайших родственников позволяют обсуждать наличие общих патофизиологических, наследственно детерминированных механизмов реагирования на дистресс [15].

Своевременная диагностика и компенсация эмоциональных, астено-вегетативных и инсомнических нарушений, ассоциированных с первичными ГБ в детском возрасте, является важным звеном комплексной медико-социальной реабилитации. Показано назначение анксиолитиков, антидепрессантов, вегетотропных и антиастенических средств с учетом выраженности симптомов и возраста пациентов. Помимо медикаментозной терапии рекомендованы физио-, рефлексотерапия, водолечение, обучение дыхательно-релаксационному тренингу [1, 2]. Приоритетной частью реабилитации детей с частыми и хроническими ГБ должна быть психотерапия эмоциональных расстройств, препятствующих излечению ребенка. С этой целью можно использовать когнитивно-поведенческие методики: психологическую релаксацию, биологическую обратную связь, упражнения с воображаемыми образами и другие [3]. Раннее выявление и психотерапевтическая коррекция эмоциональных нарушений у подростков с ГБ и их близких (матерей) позволит оптимизировать реабилитацию, улучшить социальную адаптацию и качество жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства: Клиника, лечение, диагностика / Под ред. А.М.Вейна. М.: Медицинское информационное агентство, 1998. 752 с.
2. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Данилов А.Б. и соавт. Болевые синдромы в неврологической практике. М.: МедПресс, 1999. 372 с.
3. Психотерапия детей и подростков. Пер. с нем. / Под ред. Х.Ремшмидта. М.: Мир, 2000. 656 с.
4. Рачин А.П. Закономерности формирования хронической головной боли (клинико-психофизиологические и социальные факторы), оптимизация терапии, прогноз и профилактика: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 2007. 48 с.
5. Спилбергера-Ханина тест: Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера / Под ред. Ю.Л.Ханина. Л., 1976. 15 с.

6. Шац И.К. Диагностика астении у детей: Методические рекомендации. Л., 1987. 10 с.
7. Battistutta S., Aliverti R., Montico M. et al. Chronic tension-type headache in adolescents. Clinical and psychological characteristics analyzed through self- and parent-report questionnaires // J. Pediatr. Psychol. 2009. Vol. 34, N 7. P. 697–706.
8. Beck A.T. The core problem in depression: The cognitive triad in depression. Theories and Therapies / J. Masserman (Ed.). New York, 1970. P. 47–55.
9. Classification and diagnosis criteria for headache disorders, cranial neuralgia and facial pain: Headache classification committee of the International Headache Society. Second edition // Cefalalgia. 2004. Vol. 24, N 1. P. 1–96.
10. Guidetti V., Galli F., Fabrizi P. et al. Headache and psychiatric co-

morbidity; clinical aspects and outcome in a 8-year follow-up study // Cephalalgia. 1998. Vol. 18. P. 455–462.

11. Hechler T., Kosfelder J., Denecke H. et al. Pain-related coping strategies in children and adolescents with chronic pain. Validation of a German version of the Paediatric Pain Coping Inventory (PPCI revise) // Schmerz. 2008. Vol. 22, N 4. P. 442–457.

12. Kaczynski K.J., Claar R.L., Logan D.E. Testing gender as a moderator of associations between psychosocial variables and functional disability in children and adolescents with chronic pain // J. Pediatr. Psychol. 2009. Vol. 34, N 7. P. 738–748.

13. Oelkers-Ax R., Resch F. Headache in children: also a problem for child and adolescent psychiatry? Pathogenesis, comorbidity, therapy // Z. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother. 2002. Vol. 30, N 4. P. 281–293.

14. Pakalnis A., Butz C., Splaingard D. et al. Emotional problems and prevalence of medication overuse in pediatric chronic daily headache // J. Child Neurol. 2007. Vol. 22, N 12. P. 1356–1359.

15. Saunders K., Korff M.V., Leresche L. et al. Relationship of common pain conditions in mothers and children // Clin. J. Pain. 2007. Vol. 23, N 3. P. 204–213.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ЦЕФАЛГИЯМИ

И. Г. Измайлова

Проведено исследование распространенности и выраженности тревожно-депрессивных нарушений у подростков с первичными цефалгиями (214 больных – с головной болью напряжения, 113 – с мигренью), в зависимости от частоты головной боли (ГБ) и оценка влияния эмоциональных нарушений на качество жизни (КЖ) пациентов. Дети с нечастой эпизодической ГБН (ЭГБН) и мигренью обычно имели умеренные показатели реактивной и личностной тревожности; нарушения сна, настроения и работоспособности были не характерны; могли быть мягкие, нестойкие проявления вегетативной дисфункции. Пациенты с частой ЭГБН и мигренью отличались высоким уровнем тревожности; умеренной перманентной вегетативной дисфункцией; непостоянной диссомнией; отсутствием или легкими астеническими и депрессивными расстройствами. Больные с хроническими формами цефалгии страдали выраженными тревож-

ными и вегетативными, умеренными депрессивными, диссомническими, астеническими расстройствами, часто ассоциированными между собой. Клинической особенностью депрессии у большинства подростков с хронической ГБ являлось сочетание подавленности настроения с тревогой, вегетативной дисфункцией и ипохондричностью. Установлены значимые взаимовлияния показателей тревожно-депрессивных нарушений между собой, с интенсивностью ГБ, уровнем работоспособности, степенью нарушения ночного сна, КЖ подростков с хроническими цефалгиями. Раннее выявление и психотерапевтическая коррекция эмоциональных нарушений у подростков с ГБ и их близких (матерей) позволит оптимизировать реабилитацию, улучшить социальную адаптацию и КЖ больных.

Ключевые слова: тревога, депрессия, головная боль, качество жизни, подростки.

EMOTIONAL DISTURBANCES IN ADOLESCENTS WITH PRIMARY CEPHALALGIA

I. G. Izmaylova

The article reports the results of investigation on prevalence and severity of anxious and depressive disturbances in adolescents with primary cephalalgia (214 patients with tension headaches (THA), 113 with migraines), with special regard for frequency of headaches and influence of emotional disturbances on patients' quality of life. Children with infrequent episodic THA and migraine usually showed moderate values of reactive and personality anxiousness, free from sleep and mood disorders and decreased functioning though they could have slight and unstable manifestations of vegetative dysfunction. Children with frequent episodic THA and migraine showed high levels of anxiousness and moderate permanent vegetative dysfunction, episodes of sleep disorder, none or mild asthenic and depressive disorders. Patients with chronic forms of cephalalgia suffered from pronounced anxious and vegetative

disorders, moderate depressive disorders, sleep disorders, asthenic disorders, which frequently were associated with each other. In majority of adolescents with chronic headaches, the clinical feature of depression was a combination of depressed mood with anxiety, vegetative dysfunction and hypochondria. The author reports significant interrelation between anxious and depressive disturbances, intensity of headaches, level of functioning, degree of sleep disorders and quality of life of adolescents with chronic cephalalgia. Early detection and psychotherapeutic correction of emotional problems in adolescents and their mothers will contribute to their better rehabilitation, social adjustment and improved quality of life.

Key words: anxiety, depression, headache, quality of life, adolescents.

Измайлова Инна Геннадиевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры нервных болезней ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития; e-mail: inna-izmaylova@yandex.ru