

## УДК 159

**Максименко Павел Алексеевич**

аспирант, медицинский психолог,  
Новосибирский государственный  
медицинский университет  
maks.pawel2011@yandex.ru

**Султанова Аклима Накиповна**

доктор медицинских наук, профессор,  
Новосибирский государственный  
медицинский университет  
sultanova.aklima@yandex.ru

**Вакнин Елена Евгеньевна**

профессор, Российский государственный педагогический  
университет им. А.И. Герцена, профессор,  
Санкт-Петербургский государственный  
педиатрический медицинский университет,  
старший научный сотрудник,  
Национальный медицинский исследовательский  
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева  
maks.pawel2011@yandex.ru

**Луговенко Вероника Алексеевна**

медицинский психолог,  
МЦ «Синеглазка»  
maks.pawel2011@yandex.ru

**Иоаниди Диана Константиновна**

преподаватель кафедры психиатрии, наркологии,  
психотерапии и клинической психологии,  
Новосибирский государственный медицинский университет  
dion48@mail.ru

**Станкевич Анна Сергеевна**

медицинский психолог,  
Успенский психоневрологический интернат  
[stankevichann97@mail.ru](mailto:stankevichann97@mail.ru)

**Pavel A. Maksimenko**

postgraduate student, medical psychologist  
Novosibirsk State Medical University  
maks.pawel2011@yandex.ru

**Aklima N. Sultanova**

Doctor of Medical Sciences, Professor,  
Novosibirsk State Medical University  
sultanova.aklima@yandex.ru

**Elena E. Vaknin**

Professor of the A. I. Herzen Russian State Pedagogical  
University, Professor of the St. Petersburg State Pediatric

Medical University, Senior Researcher, V. M. Bekhterev  
National Medical Research Center for Psychiatry and  
Neurology maks.pawel2011@yandex.ru

**Veronika A. Lugovenko**

medical psychologist,  
MC "Sineglazka  
" maks.pawel2011@yandex.ru

**Diana K. Ioanidi**

teacher of the Department of Psychiatry, Narcology,  
Psychotherapy and Clinical Psychology,  
Novosibirsk State Medical  
University dion48@mail.ru

**Anna S. Stankevich**

medical psychologist,  
Uspensky Psychoneurological Boarding School  
stankevichann97@mail.ru

## **ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОДРОСТКОВ С ГОЛОВНЫМИ БОЛЯМИ НАПРЯЖЕНИЯ**

## **PSYCHOSOCIAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH TENSION HEADACHES**

***Аннотаця.** В статье приведены результаты психосоциальных характеристик подростков с головными болями напряжения. Среди данных характеристик изучаются особенности сферы самосознания и самоотношения подростков, позиция и роль подростка в контексте школьного буллинга. Исследуются особенности когнитивных, эмоциональных и поведенческих аспектов представлений подростка в сфере отношений с родителями и в воспитании. В качестве методик исследования используются следующие методики: Многомерный опросник исследования самоотношения (МИС); Методика на выявление буллинг-структуры Норкиной Е.; Методика «Незаконченные предложения»; Опросник «Подростки о родителях» Л.И. Вассерман.*

***Ключевые слова:** психосоциальные характеристики, подростки, головные боли напряжения.*

***Annotation.** The article presents the results of psychosocial characteristics of adolescents with tension headaches. Among these characteristics, the features of the sphere of self-awareness and self-attitude of adolescents, the position and role of a teenager in the context of school bullying are studied. The article examines the peculiarities of the cognitive, emotional and behavioral aspects of the adolescent's perceptions in the sphere of relations with parents and in upbringing.*

*The following methods are used as research methods: Multidimensional Self-Attitude Research Questionnaire (MIS); Methodology for identifying the*

*bullying structure of Norkina E.; "Incomplete sentences" technique; Questionnaire "Teenagers about their parents" L.I. Wasserman.*

**Key words:** *psychosocial characteristics, adolescents, tension headaches.*

### **Введение.**

Головная боль является одним из наиболее часто предъявляемых жалоб у детей и подростков. Во всем мире наблюдается тенденция к увеличению распространённости головных болей, что во многом негативно сказывается как на психологических, так и социальных аспектах. Головная боль напряжения составляет подавляющее большинство головных болей, что оказывает негативное влияние на функционирование ребенка в социуме, а также становится значительным фактором затрат, связанных со здоровьем. Распространённость головных болей напряжения в России по всей популяции оценивается как 30,9%[1].

Ранее природа головных болей напряжения рассматривалась как психогенная, стрессовая, связанная с внешними социально-психологическими факторами в окружении и жизни индивида. Также, одной из причин головных болей называли её мышечный характер, когда индивид длительное время находится в такой позе тела, при которой голова и шея находятся в постоянном напряжении. Однако по результатам современных исследований было показано, что головные боли напряжения имеют, ко всему вышеперечисленному, нейробиологическую природу[2].

Отмечается, что в подростковом возрасте преобладание головной боли напряжения достигает 73%. Впервые возникшая в младшем школьном возрасте, головная боль напряжения постепенно нарастает по частоте, и особенно выражена в пубертатном периоде жизни ребенка. Головная боль, приобретая регулярно-ремиттирующий или хронический характер, приводит к эмоциональным и поведенческим расстройствам, снижению школьной успеваемости, адаптивных процессов и соответственно ухудшению качества жизни подростка[4].

Важность изучения головных болей напряжения подростков состоит в том, что своевременная диагностика и психологическая помощь таким детям позволяет избежать неблагоприятных последствий в будущем во взрослом возрасте. Обнаружено, что подростки с головными болями подвергаются повышенному риску развития повторяющейся головной боли хронического характера во взрослом возрасте, а также развитие соматических патологий и психиатрических симптомов в виде депрессивных эпизодов, тревожно-фобических расстройств и нарушения адаптации[7].

**Цель исследования:** изучить психосоциальные характеристики подростков с головными болями напряжения.

### **Методы и выборка исследования.**

Основными методами исследования были клинико-психологический, экспериментально-психологический и метод математико-статистической обработки данных. При проведении исследования была сформирована группа из 50 человек, проходящих психотерапию с использованием техник арт-

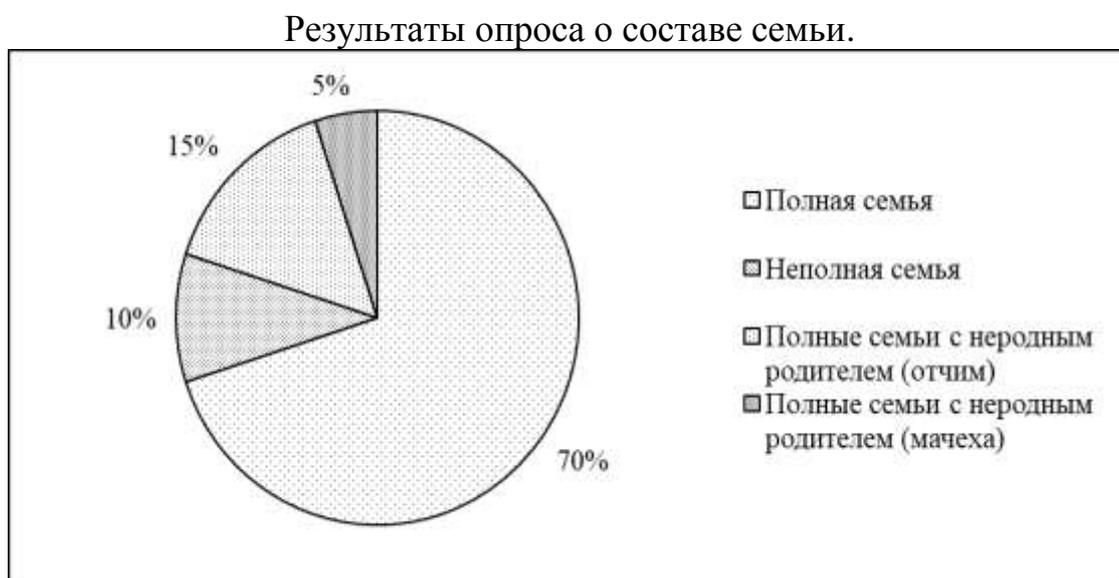
терапии. Первую группу составили пациенты детской больницы с диагнозом головная боль напряжения в общем количестве 117 человек, среди которых 54 мальчика и 63 девочки, средний возраст группы – 15,9 лет. Вторая группа – пациенты детской больницы прошедшие сеансы психотерапии, группа состоит из 17 пациентов мужского пола и 33 пациентов женского пола, средний возраст группы – 14,6 лет. Исследование проводилось на базе ГБУЗ НСО «Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи».

### Результаты и их обсуждение.

На первом этапе исследования с испытуемыми подростками проводился опрос, который включал вопросы о составе семьи, об отношениях с родными, а также вопросы, касающиеся школьной ситуации – отношения в классе.

Итоги опроса о родительской семье представлены на рисунке 1. В общей выборке полную семью имеют 70% (83 человек) исследуемых, неполная семья – у 10% (11) респондентов. Так же на диаграмме показано, что 20% (23 человек) имеют полную семью с неродным родителем – с отчимом проживают 15% респондентов (17), с мачехой – 6 респондентов (5%).

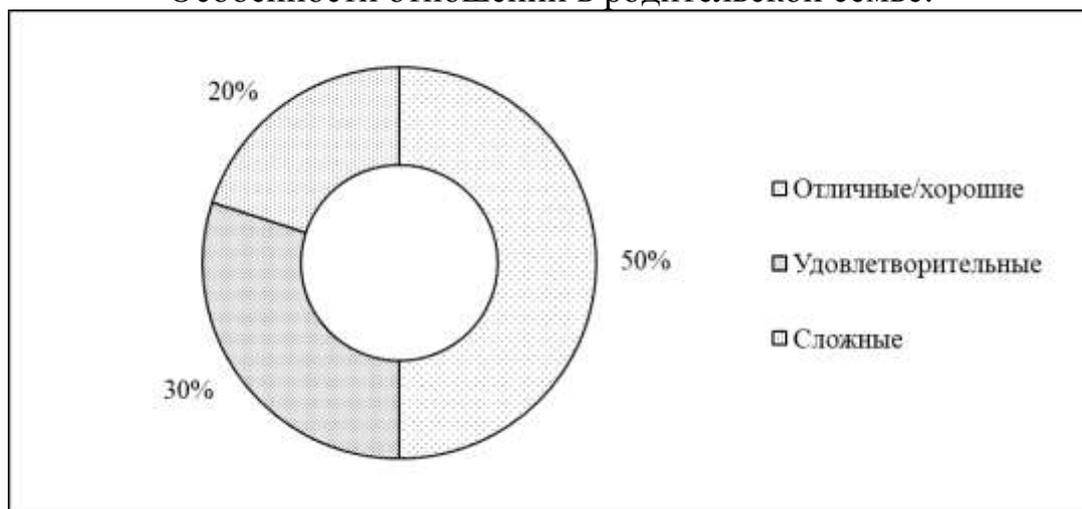
Рисунок 1



Подростки описали свои отношения с родителями как положительные, отличные или хорошие без ссор 50% респондентов (59 человек). В категорию удовлетворительных отношений входят подростки (30% – 35 респондентов), которые, описывая отношения с родителями, упоминали периодические ссоры в семье. Категория сложных отношений включает в себя ответы респондентов по типу «плохие отношения/постоянно ругаемся/частая агрессия», которые составили 20% (23 человека) от общей группы ответов. Результаты представлены на рисунке 2.

Рисунок 2

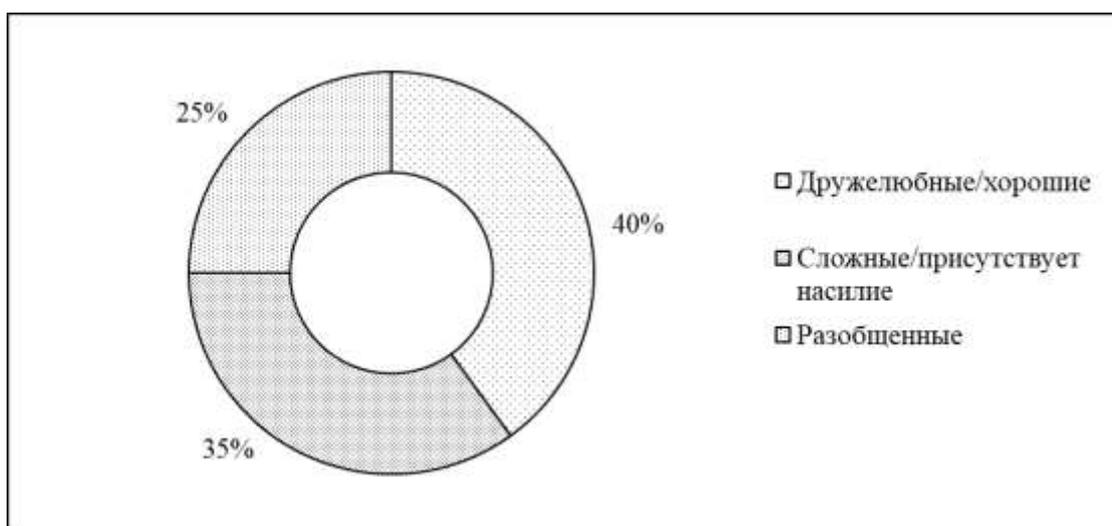
### Особенности отношений в родительской семье.



При описании ситуации в классе были использованы различные ответы, результаты представлены на рисунке 3. Из группы подростков с головными болями напряжения 47 человек (40%) описали отношения с одноклассниками как дружелюбные и хорошие, без издевательств. Противоположные ответы занимают 35% от группы (41 человек), которые описывали школьные отношения как сложные, нет друзей и общения в классе, а также говорили о прямом насилии и агрессии со стороны одноклассников. Промежуточный вариант ответов занимает 25% – 29 человек отметили в классе групповой фаворитизм и разобщенность.

Рисунок 3

### Результаты опроса о школьных отношениях.



Следующий этап исследования включал изучение психосоциальных характеристик подростков. Для этого было проведено исследование двух групп подростков: подростки с головными болями напряжения до психотерапии и после психотерапии. Для изучения особенностей самооотношения была использована методика «Многомерный опросник исследования самооотношения» С.Р. Панталева. Результаты проведенного исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние значения показателей самооотношения.

Шкалы	Группа подростков с ГБН		Группа подростков с ГБН после психотерапии	
	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение (M)	Стандартное отклонение (SD)
Открытость	6,3	1,9	6,4	1,6
Самоуверенность	5,91	2,02	6,89	2,15
Саморуководство	6,82	2,43	6,11	1,45
Зеркальное Я	5,8	1,7	6,3	1,6
Самоценность	6,91	2,42	7,22	1,92
Самопринятие	5,55	2,39	5,56	1,67
Самопривязанность	6,18	1,86	7	1,32
Внутренняя конфликтность	4,82	1,83	5,11	1,54
Самообвинение	5	1,7	4,7	2,4

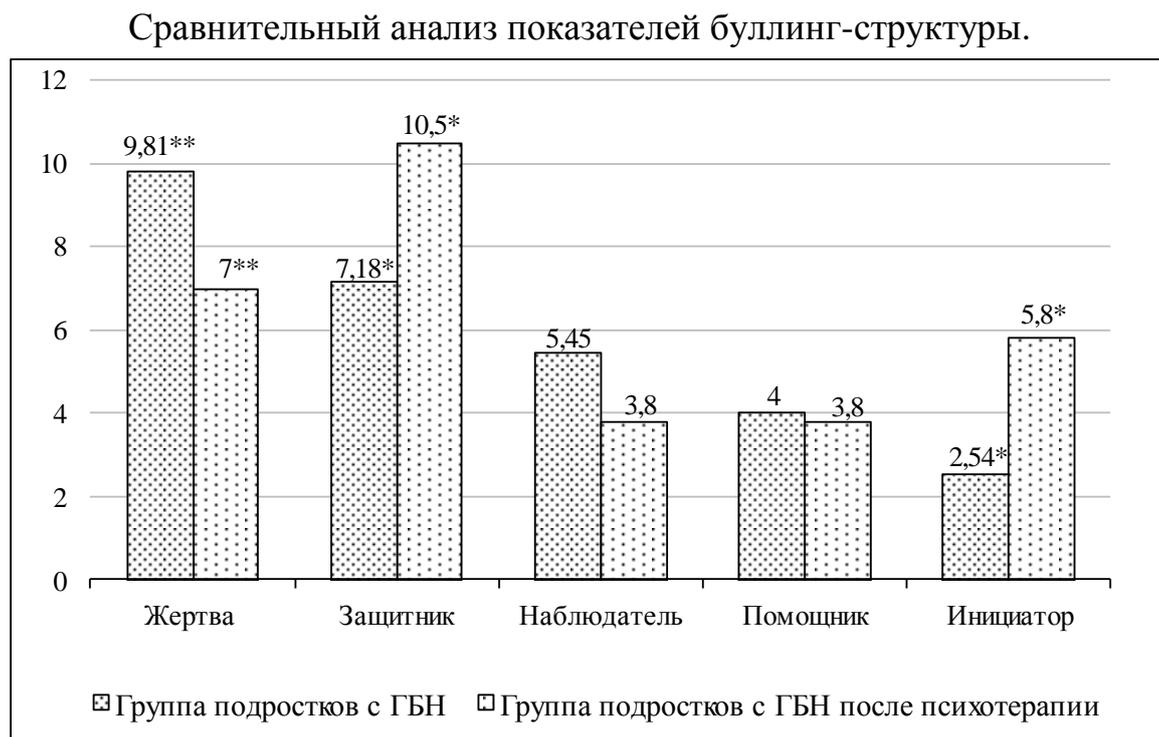
Как видно из таблицы 1, преобладающее большинство испытуемых по средним значениям шкал находятся в психологической норме, которая определяется по автору методики от 3 до 7 Т-баллов.

По шкале «самоуверенность» в группе подростков с ГБН после психотерапии средние значения близки к нормативной границе ( $6,89 \pm 2,15$ ), на основании чего можно предположить больший уровень уверенности в себе, более сформированный волевой компонент деятельности, чем в группе подростков с головными болями напряжения ( $5,91 \pm 2,02$ ). Средние значения по шкале «самоценность» несколько превышают нормативные значения в группе подростков с головными болями напряжения после психотерапии ( $7,22 \pm 1,92$ ), но в некритичном диапазоне. Из этого следует, что подростки данной группы положительны в эмоциональной оценке своего «Я» и ожидают подобной оценки от других, однако, уровень критичности к некоторым чертам личности снижен, что может стимулировать недостаточное принятие со стороны окружающих. По шкале

«самопривязанность» группа подростков с головной болью напряжения после психотерапии по средним значениям находится на границе нормативных баллов ( $7 \pm 1,32$ ), что может свидетельствовать о начале процесса ригидности Я-концепции, что может расцениваться как защитный механизм самосознания.

Следующим критерием для изучения психосоциальных характеристик подростков была буллинг-структура, которая исследовалась по методике Е.Г. Норкиной «Буллинг-структура». Результаты сравнительного анализа полученных данных представлены на рисунке 4.

Рисунок 4



Примечание: \* - значимость различий показателя  $p < 0,01$   
 \*\* - значимость различий показателя  $p < 0,05$

На рисунке 4 представлены результаты статистической обработки позиций буллинг-структуры в двух группах с помощью критерия Манна-Уитни. Как видно из графика, достоверные различия были выявлены в трёх позициях – жертва, защитник и инициатор. Можно предположить, что полученные различия связаны с особенностью уровня возможной активности подростков в двух группах. Позиция защитника и инициатора требует проявления активных действий по отношению к жертве насилия, на что у подростков с головной болью напряжения может не хватать психической и/или физической энергии, а также чем чаще подросток является жертвой насилия в ситуации классного коллектива, тем чаще происходят эпизоды головной боли [10].

При изучении эмоционального, когнитивного и поведенческого аспекта представлений подростков о насилии была использована проективная методика «Незаконченные предложения», обработка результатов данной

методики проводилось с помощью контент-анализа. Результаты представлены на рисунке 5.

Рисунок 5



Как видно из рисунка 5, в эмоциональном компоненте представления о насилии в группе подростков с головными болями напряжения ( $19,9 \pm 2,3$ ) средние значения практически достигают порогового числа в 20 баллов, тогда как в группе подростков с головной болью напряжения после психотерапии полученные значения ( $18,4 \pm 4,7$ ) остаются в среднем пределе.

Исходя из полученных данных и особенностей формулировки ответов в методике, можно сказать о том, что дети с головным болями напряжения чаще выделяют своим страхом экзистенции (например, «боюсь смерти/стать изгоем/злиться»), тогда как в другой группе подростков преобладают предметные страхи («боюсь пауков/темноты»). Эмоционально-личностные страхи относительно домашней ситуации также преобладают в группе подростков с головной болью напряжения («Боюсь идти домой, когда что-то натворила/сделала что-то плохое/папа пьяный»), в группе подростков с головными болями напряжения после психотерапии чаще выделяются предметные страхи домашней ситуации («Боюсь идти домой, когда получила двойку/на улице темно»). Подростки двух групп берут на себя вину и ответственность за родительскую агрессию («Родители кричат на детей, когда ребенок провинился/напакостил») [9].

Поведенческий компонент представления о насилии, средние значения по которому в двух группах находятся в нормативном пределе, но имеют различия. В группе подростков с головной болью напряжения среднее значение по компоненту равно  $16,4 \pm 2,3$ , что несколько выше значений группы подростков с головными болями напряжения после психотерапии ( $14,9 \pm 1,5$ ). Из представленной разницы и специфики вопросов можно сделать

вывод о том, что обе группы подростков категорично против применения физической силы к более слабому, но бить другого можно, когда речь идет о самозащите в группе подростков с головной болью напряжения после психотерапии. Группа подростков с головными болями напряжения полностью отрицают возможность нанести физическую боль другому. Стремление к одиночеству и необходимость побыть наедине чаще наблюдается после ссоры с близкими людьми в двух группах подростков с головными болями напряжения [8].

На завершающем этапе исследования психосоциальных характеристик подростков с головными болями напряжения были изучены установки, поведение и методы воспитания родителей так, как видят их дети в подростковом возрасте с помощью опросника «Подростки о родителях» Л.И. Вассерман. Результаты проведенного исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2

Средние значения шкал родительского отношения.

	Шкалы									
	Материнское отношение					Отцовское отношение				
	POZ	DIR	HOS	AUT	NED	POZ	DIR	HOS	AUT	NED
Среднее значение (M)	2,75	2,75	3	3,25	3,5	2,66	3	2,83	2,83	3,33
Стандартное отклонение (SD)	1,16	0,71	1,19	0,92	0,53	1,5	1,26	1,16	0,98	0,81

При оценке отношений ребенка с матерью наибольшую выраженность показали шкалы враждебность – 29 ребенка (25%), автономность – 29 ребенка (25%) и непоследовательность – 40 ребенка (34%). Средний балл по шкалам составил  $3 \pm 1,19$ ,  $3,25 \pm 0,92$  и  $3,5 \pm 0,53$  соответственно (выраженность качества определяется авторами 4-5 баллов). При оценке отношений ребенка с отцом наибольшая выраженность выявлена по шкале непоследовательность – 33 ребенка (28%). Средний балл по шкале  $3,33 \pm 0,81$ .

Согласно полученным данным можно сделать вывод, что у подростков с головной болью напряжения родители прибегают к такому типу поведения, как непоследовательность. Данное понятие подразумевает, что родители не могут выбрать систему принципов и правил в воспитании ребенка. Они действуют в одних и тех же ситуациях по-разному - то наказывая, то поощряя. Такой тип поведения родителей может вызывать проблемы в психическом развитии ребенка, что может способствовать развитию головной боли напряжения [5].

#### **Обсуждение результатов и выводы.**

1. Портрет подростка с головными болями напряжения - средний ребенок из полной семьи со средней степенью удовлетворенности отношениями с родителями, периодически сталкивающийся с неприятием или агрессией в школьной ситуации.

2. При оценке отношений ребенка с матерью наибольшую выраженность показали шкалы враждебность, автономность и непоследовательность. При оценке отношений ребенка с отцом наибольшая выраженность выявлена по шкале непоследовательность.

3. У подростков с головными болями напряжения наиболее выражена позиция жертвы, позиция защитника является второй по представленности в группе подростков с головной болью напряжения, третьей по представленности в группах являются разнонаправленные позиции.

4. Подростки с головной болью напряжения в большей мере воспринимает свое «Я» как организующий компонент его деятельности и поведения, положительно относятся к собственной личности и ощущают её ценность в совокупности с развитой рефлексивностью и самокритикой. Для подростков с головной болью напряжения не характерно наличие внутренних конфликтов, переживания интенсивного чувства вины и стыда за собственную личность, а также для них не характерно отрицание проблем и закрытости от других.

### **Заключение.**

В основу научного исследования легло предположение о том, что подростки с головными болями напряжения подвергаются буллингу, занимая позицию жертвы в классных отношениях, а также, предполагалось, что существует взаимосвязь между наличием насильственных действий разного характера в семейной ситуации и самоотношением подростка с головными болями напряжения. В ходе исследования было доказано, что подростки с головными болями напряжения подвержены травле в школе, занимая позицию жертвы по отношению к агрессору. Также, что отсутствие насилия в семейной ситуации и преобладание отношений любви и принятия способствует более гармоничному развитию представлений и отношения к себе у подростка с головными болями напряжения [3].

Головные боли напряжения как разновидность первичных цефалгий имеет распространённый характер по представленности в общей популяции. Также, она затрагивает и подростков, оказывая своё влияние на повседневную деятельность ребенка. Особенно важной частью является помощь подростку в нелегкое для него время становления взрослой личности. Изучение психологических особенностей подростков с головными болями напряжения позволит разрабатывать индивидуальные программы психологической помощи, а также создать базу научных материалов по данной теме для создания усредненных для групп пациентов психокоррекционных занятий[6].

### **Литература:**

1. Кобзева Н.Р., Лебедева Е.Р., Олесен Е. Распространенность мигрени и головных болей напряжения в мире // Уральский медицинский журнал. – 2016. – №4. – С. 69-75.

2. Наприенко М.В., Филатова Е.Г., Смекалкина Л.В., Макаров С.А. Головная боль напряжения // Consilium Medicum. – 2019. – №21. – С. 79-85.

3. Нарова Е. М. Проблема буллинга в подростковой среде // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум»*. – 2019. – №10.

4. Тонконоженко Н.Л., Клиточенко Л.В., Малюжинская Н.В. Головная боль напряжения у подростков: Основные аспекты проблемы // *Российский педиатрический журнал*. – 2016. – №1. – С. 18-23.

5. Carasco M., Kröner-Herwig B. Psychological predictors of headache remission in children and adolescents // *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*. – 2016. – №7. – P. 59-66.

6. Diaz-Insa S. The myth of tension-type headache // *Revista de Neurología*. – 2014. – №2. – P. 27-31.

7. Fearon P., Hotopf M. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study // *BMJ*. – 2017. – №12. – P. 322.

8. Genizi J., Khourieh Matar A., Schertz M., Zelnik N., Srugo I. Pediatric mixed headache. The relationship between migraine, tension-type headache and learning disabilities in a clinic-based sample // *Journal of Headache Pain*. – 2016. – №17. – P.42.

9. Kong X., Chen J., Jiang H., Li Q., Huang Y., Wu J., Zhang L., Tang M., Jiang X., Chen L., Chen M., Zhou Z., Xiong L., Liu J., Zhou H., Wang R., Xue W., Lu G., Zhou J. Testing of diagnosis criteria of tension-type headache: A multicenter clinical study // *Cephalalgia*. – 2018. – №38(12). – P. 1833-1840.

10. Straube A., Heinen F., Ebinger F., von Kries R. Headache in school children: prevalence and risk factors // *Deutsches Ärzteblatt international*. – 2013. Vol.48. – P. 811-818.

#### **Literature:**

1. Kobzeva N. R., Lebedeva E. R., Olesen E. Prevalence of migraine and tension headaches in the world // *Ural Medical Journal*. - 2016. - No. 4. - pp. 69-75.

2. Naprienko M. V., Filatova E. G., Smekalkina L. V., Makarov S. A. Tension headache // *consilium polyclinic "Medicum"*. – 2019. – No. 21. - pp. 79-85.

3. Narova E. M. The problem of bullying in the adolescent environment // *Materials of the All-Russian Scientific and practical conference "Science and Society"*. – 2019. – №10.

4. Tonkonozhenko N. L., Klitochenko L. V., Malyuzhinskaya N. V. Tension headache in adolescents: Main aspects of the problem. - 2016. - No. 1. - p. 18-23.

5. Karasko M., Krener-Herwig B. Psychological predictors of headache remission in children and adolescents // *Adolescent health, medicine and therapy*. - 2016. - No. 7. - pp. 59-66.

6. Diaz-Insa S. The myth of tension-type headache // *Revista de Neurología*. - 2014. - No. 2. - pp. 27-31.

7. Firon P., Hotopf M. the Relationship between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national cohort study of birth // *BMJ*. – 2017. – No. 12. – P. 322.

8. Genise J., Matar, A. Khoury, M. SCHERTZ, Zelnik N., Srugo I. *Children's combined headache. The relationship between migraine, tension-type headache, and learning disability in a clinical sample // Journal of Headache.*-2016. - No. 17 -- p. 42.

9. Kong X., Chen J., Jiang H., Li Q., Huang Y., Wu J., Zhang L., Tang M., Jiang X., Chen L., Chen M., Zhou Z., Xiong L., Liu J., Zhou H., Wang R., Xue W., Lu G., Zhou J. *Testing criteria for the diagnosis of tension-type headache: a multicenter clinical study // Cephalgia.* – 2018. – №38(12). – R. 1833-1840.

10. Straube A., Heinen F., Ebinger F., von Chris R. *Headache in schoolchildren: prevalence and risk factors // Deutsches Ärzteblatt international.* - 2013. Vol. 48. - pp. 811-818.