

Эсциталопрам и психотерапия в лечении головной боли напряжения, ассоциированной с генерализованным тревожным и паническим расстройствами

Современная терапия психических расстройств. —
2026. — № 2. — С. 15–23.
DOI: 10.48612/psyph/p49r-bg9p-r4zv

П.П. Калинин, Д.И. Шепета, О.П. Бурлака, А.А. Павлова

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Владивосток, Россия

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Высокая коморбидность головной боли напряжения (ГБН) с тревожными расстройствами значительно утяжеляет течение заболевания. До настоящего времени недостаточно изучен вопрос о сравнительной эффективности фармакотерапии, психотерапии и комплексного применения медикаментозной и психотерапевтической коррекции при данном сочетанном синдроме.

Цель настоящей работы — провести сравнительный анализ эффективности монофармакотерапии эсциталопрамом, комбинированной терапии (эсциталопрам в сочетании с психотерапией) и монопсихотерапии у пациентов с ГБН, коморбидной с генерализованным тревожным и паническим расстройствами.

Материалы и методы. В проспективное рандомизированное сравнительное исследование включено 60 пациентов с эпизодически частой и хронической ГБН, коморбидной с генерализованным тревожным и паническим расстройствами. Пациенты распределены на три группы по 20 человек: группа 1 (комбинированная терапия: эсциталопрам 10 мг/сут + психотерапия); группа 2 (фармакотерапия: только эсциталопрам); группа 3 (психотерапия). Эффективность лечения оценивали с использованием визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина и опросника качества жизни (Short Form-36 Health Survey, SF-36) в четырех временных точках: исходно, через 14 дней, 1 месяц и 3 месяца от начала терапии.

Результаты. Комбинированная терапия продемонстрировала наилучшие результаты: полную приверженность к лечению, наиболее быстрый клинический эффект (к 14-му дню) и максимальную редукцию симптоматики к 3-му месяцу наблюдения. В группе монофармакотерапии клинический эффект возникал через месяц терапии, при этом 3 пациента (15 %) отказались от терапии в первые 2 недели в связи с нежелательными реакциями, а 4 пациента преждевременно прекратили терапию после улучшения состояния. В группе психотерапии зарегистрирована полная приверженность к терапии, однако регресс тревожно-депрессивной симптоматики достигался медленно, при этом количество панических атак практически не изменялось.

Заключение. Комбинированная терапия (эсциталопрам + психотерапия) является предпочтительным методом лечения пациентов с ГБН, ассоциированной с коморбидными тревожными расстройствами.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: головная боль напряжения, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, коморбидность, эсциталопрам, психотерапия

КОНТАКТЫ: Калинин Павел Павлович, kalinsky59@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5590-9700

Шепета Дмитрий Иванович, shepetadi@mail.ru, ORCID: 0009-0003-6456-6011

Бурлака Ольга Павловна, olgamed.76@mail.ru, ORCID: 0000-0003-2922-5468

Павлова Арина Александровна, arina.pavlova.2011@mail.ru, ORCID: 0009-0004-7611-7210

КАК ЦИТИРОВАТЬ ЭТУ СТАТЬЮ: Калинин П.П., Шепета Д.И., Бурлака О.П., Павлова А.А. Эсциталопрам и психотерапия в лечении головной боли напряжения, ассоциированной с генерализованным тревожным и паническим расстройствами // Современная терапия психических расстройств. — 2026. — № 2. — С. 15–23. — DOI: 10.48612/psyph/p49r-bg9p-r4zv

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИЙ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: авторы заявляют, что при создании настоящей статьи технологии искусственного интеллекта не использовались.

Escitalopram and Psychotherapy in the Treatment for Tension-Type Headache Associated with Generalized Anxiety and Panic Disorders

P.P. Kalinsky, D.I. Shepeta, O.P. Burlaka, A.A. Pavlova

Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Vladivostok, Russia

SUMMARY

Relevance. The high comorbidity of tension-type headache (TTH) with anxiety disorders significantly worsens the course of the disease. To date, the comparative effectiveness of pharmacotherapy, psychotherapy, and the combined use of medication and psychotherapy for this combined syndrome has been insufficiently studied.

Aim — to conduct a comparative analysis of the effectiveness of escitalopram monotherapy, combination therapy (escitalopram in combination with psychotherapy) and psychotherapy in patients with TTH comorbid with generalized anxiety and panic disorders.

Materials and Methods. A prospective comparative randomized study included 60 patients with frequent episodic and chronic TTH comorbid with generalized anxiety and panic disorders. Patients were divided into three groups of 20 people: Group 1 (combination therapy: escitalopram 10 mg/day + psychotherapy); Group 2 (pharmacotherapy: only escitalopram); Group 3 (psychotherapy). The treatment efficacy was assessed using a visual analogue scale (VAS), the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Spielberger–Khanin Reactive and Trait Anxiety Scale, and the Short Form–36 Health Survey (SF–36) quality of life questionnaire at four time points: baseline, 14 days, 1 month, and 3 months after the start of therapy.

Results. Combination therapy demonstrated the best results: complete adherence to treatment, the most rapid clinical response (by day 14), and maximum symptom reduction by the third month of observation. In the monotherapy group, the clinical response occurred after one month of therapy, although three patients (15 %) discontinued therapy within the first two weeks due to adverse reactions, and four patients discontinued therapy prematurely after improvement. The psychotherapy group demonstrated complete adherence to treatment, but regression of anxiety and depressive symptoms was achieved slowly, while the number of panic attacks remained virtually unchanged.

Conclusion. Combination therapy (escitalopram + psychotherapy) is the preferred treatment for patients with TTH associated with comorbid anxiety disorders.

KEYWORDS: tension headache, generalized anxiety disorder, panic disorder, comorbidity, escitalopram, psychotherapy

CONTACTS: Kalinsky Pavel Pavlovich, kalinsky59@mail.ru, ORCID: 0000-0002-5590-9700

Shepeta Dmitry Ivanovich, shepetadi@mail.ru, ORCID: 0009-0003-6456-6011

Burlaka Olga Pavlovna, olgamed.76@mail.ru, ORCID: 0000-0003-2922-5468

Pavlova Arina Alexandrovna, arina.pavlova.2011@mail.ru, ORCID: 0009-0004-7611-7210

CITATION: Kalinsky P.P., Shepeta D.I., Burlaka O.P., Pavlova A.A. Escitalopram and psychotherapy in the treatment for tension-type headache associated with generalized anxiety and panic disorders // *Sovrem. ter. psih. rasstrojstv* [Current Therapy of Mental Disorders]. — 2026. — No. 2. — Pp. 15–23 — DOI: 10.48612/psyph/p49n-bg9p-r4zv [in Russian]

CONFLICT OF INTEREST: authors declare no conflict of interest.

STATEMENT ON THE USE OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE TECHNOLOGIES: authors declare that no artificial intelligence technologies were used in the creation of this article.

Введение

Головная боль напряжения (ГБН) представляет собой наиболее распространенную форму первичной цефалгии, демонстрируя парадоксальную эпидемиологическую картину: при практически повсеместной встречаемости в популяции она остается состоянием, значительно недооцененным в плане терапевтических подходов [1]. Согласно эпидемиологическим данным, эпизодическая ГБН встречается у 30–50 % взрослого населения, в то время как хроническая форма диагностируется у 2–5 % популяции [2]. Столь высокая распространенность сочетается со сложным, многофакторным патогенезом, который включает как периферические механизмы, так и центральную сенситизацию. Однако ключевая роль в хронификации болевого синдрома отводится психоэмоциональным факторам, формирующим устойчивый патологический паттерн [3].

Особого внимания заслуживает высокая коморбидность ГБН с тревожными расстройствами. Метаанализы показывают, что генерализованное тревожное расстройство (ГТР) диагностируется у значительной части таких пациентов, достигая 21,5 % в некоторых выборках, а частота панических атак варьируется от 10 до 17 % [4, 5]. Патогенетически эта связь не случайна: она обусловлена общими нейробиологическими механизмами, включая дисфункцию серотонинергической системы и гиперактивацию лимбической системы, что приводит к взаимному усилению симптомов [3–5].

В российском контексте клинических рекомендаций пациенты с хронической ГБН нуждаются в скрининге с целью выявления тревожных расстройств, при которых симптомы ГТР проявляются в виде постоянного внутреннего напряжения, бессонницы и соматических болей, включая головные боли [6]. Панические атаки в этой группе пациентов часто маскируются под вегетативные кризы, усугубляя цефалгию за счет гипервентиляции и сосудистых изменений [3, 7]. Наличие ГТР и панического расстройства (ПР) не только утяжеляет течение цефалгии, но и способствует ее хронификации, формируя порочный круг «боль — тревога — мышечное напряжение — боль», где тревога проявляется не только эмоциональным напряжением, но и соматическими жалобами [3]. Коморбидная патология сопровождается более высокой интенсивностью болевого синдрома по визуально-аналоговой шкале, выраженной дезадаптацией и значительным снижением качества жизни пациентов, что подчеркивает необходимость комплексного междисциплинарного подхода к терапии [6].

Хорошо известно, что антидепрессанты обладают не только психотропным, но и выраженным противо-болевым действием при ГБН, которое проявляется быстрее, чем антидепрессивный эффект, часто уже в 1–2-ю недели терапии [8]. В качестве профилактической терапии пациентам с частой эпизодической и хронической ГБН для уменьшения частоты и интенсивности головной боли рекомендуется применять

амитриптилин, кломипрамин, венлафаксин и миртазапин [9]. Однако применение амитриптилина ограничивается холинолитическими побочными эффектами, седативным действием и необходимостью постепенного титрования дозы. Венлафаксин повышает риск развития гипертензии и может вызвать синдром отмены. Миртазапин вызывает седацию и увеличение массы тела, а кломипрамин приводит к возникновению холинолитических эффектов. Указанные выше побочные действия снижают приверженность к лечению [1, 10]. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) можно рассматривать в качестве альтернативы при непереносимости препаратов первого ряда — они обеспечивают устойчивый эффект в уменьшении интенсивности головной боли и улучшении показателей качества жизни по сравнению со стандартным неврологическим ведением [3, 11].

Применение эсциталопрама при ГБН обусловлено его фармакологическим профилем как высокоселективного ингибитора обратного захвата серотонина. Эсциталопрам обладает высоким сродством к первичному месту связывания транспортера серотонина, а также способностью к аллостерической модуляции, что обеспечивает более полное ингибирование обратного захвата нейромедиатора. Препарат особо показан при коморбидных тревожно-депрессивных расстройствах, эмоциональной лабильности или психогенных компонентах цефалгии, поскольку нормализует эмоциональный фон, уменьшает мышечное напряжение в перикраниальной зоне, разрывает порочный круг стресса и усиления болевого синдрома. В клинической практике эсциталопрам назначают в дозах 5–10 мг в сутки с возможным повышением до 20 мг и постепенным титрованием для минимизации начальных побочных эффектов. Терапевтический эффект в отношении цефалгии развивается немного позже, чем у пациентов, принимавших амитриптилин (через 2–4 недели регулярного приема), но при этом выраженность побочных эффектов значительно меньше [12, 13].

Хотя прямые крупные рандомизированные исследования монотерапии эсциталопрамом при ГБН ограничены, накопленные клинические данные указывают на возможность применения препарата в неврологической практике для профилактики хронической ГБН, особенно когда ведущим фактором служит психоэмоциональное напряжение [14]. Российские исследования показали эффективность комбинированной терапии эсциталопрамом с центральными анальгетиками у пациентов с частой эпизодической и хронической ГБН, где такая схема приводит к достоверному повышению порога болевой чувствительности, снижению частоты и интенсивности приступов, а также к улучшению качества жизни без значимых побочных реакций, типичных для трициклических антидепрессантов [15].

Наряду с фармакотерапией хронических болевых синдромов (в том числе и головных болей) изучаются и психотерапевтические подходы при терапии болевых синдромов с коморбидными психическими расстройствами [16, 17]. Многочисленные исследования подтверждают эффективность когнитивно-

поведенческой терапии (КПТ), релаксации и других психотерапевтических техник, снижающих число дней с головной болью [18, 19].

Таким образом, несмотря на доказанную эффективность как фармакотерапии СИОЗС, так и психотерапевтических вмешательств при ГБН и коморбидных тревожных расстройствах, вопрос о сравнительных преимуществах этих подходов остается недостаточно изученным. Особый интерес представляет анализ приверженности к лечению, частоты отказов (в том числе ранних, связанных с побочными эффектами, и поздних, обусловленных самостоятельным прекращением приема при улучшении), а также долгосрочной устойчивости достигнутых результатов.

Цель настоящей работы — сравнительный анализ эффективности монотерапии эсциталопрамом, комбинированной терапии (эсциталопрам в сочетании с психотерапией) и психотерапии у пациентов с ГБН, коморбидной с генерализованным тревожным и паническим расстройствами.

Материалы и методы

В проспективное рандомизированное сравнительное открытое исследование включено 60 человек, из них 18 мужчин и 42 женщины, средний возраст $35,7 \pm 5,9$ года. Все пациенты предъявляли жалобы на приступы головной боли, которые соответствовали критериям ГБН (Международная классификация головных болей 3-го пересмотра, МКГБ-3 [20]). У всех включенных в исследование диагностировано ГТР в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), а у 15 женщин наряду с ГТР диагностировано паническое расстройство (F41.0 по МКБ-10) с рекуррентными паническими атаками. Среди обследованных преобладали женщины, что было статистически значимо ($p < 0,05$). Критериями включения в исследование являлись возраст от 18 до 65 лет, верифицированный диагноз эпизодической частой или хронической головной боли напряжения согласно критериям МКГБ-3, диагноз ГТР и/или панического расстройства, а также добровольное информированное согласие. Критериями исключения служили другие формы первичных или вторичных цефалгий, тяжелые соматические или неврологические заболевания, психические расстройства психотического уровня, зависимость от психоактивных веществ, прием антидепрессантов, анксиолитиков или антипсихотиков в течение последних трех месяцев, беременность, лактация и индивидуальная непереносимость эсциталопрама. Пациентов распределяли по трем группам методом простой случайной рандомизации с использованием таблицы случайных чисел. Распределение проводил независимый исследователь, не участвовавший в лечении и оценке результатов. Были сформированы три группы по 20 человек. Первая группа — 20 человек (5 мужчин и 15 женщин), из них с диагнозом «эпизодическая частая ГБН» — 14, «хроническая ГБН» — 6 человек. 5 женщин из группы предъявляли дополнительно жалобы на эпизоды панических атак. Средний возраст $36,1 \pm 5,9$ года, продолжительность заболевания

5,9 ± 3,4 года, интенсивность головной боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 6,1 ± 0,9 балла. Все пациенты, включенные в первую группу, получали эсциталопрам утром по 10 мг (торговое название «Селектра», производитель Актавис лтд., Мальта) в сочетании с психотерапевтической коррекцией [12]. Вторая группа — 20 пациентов (7 мужчин и 13 женщин), из них с диагнозом «эпизодическая частая ГБН» — 16, «хроническая ГБН» — 4 человека. У четырех женщин диагностировались эпизоды панических атак. Средний возраст 35,2 ± 5,6 года, продолжительность заболевания 6,0 ± 3,3 года, интенсивность головной боли по ВАШ 5,9 ± 1,1 балла. Пациентам второй группы проводили монотерапию эсциталопрамом утром по 10 мг (торговое название «Селектра», производитель Актавис лтд., Мальта) [12]. Третья группа — 20 пациентов (6 мужчин и 14 женщин), диагноз «эпизодическая частая ГБН» — 17, «хроническая ГБН» — 3 человека. У пяти пациентов периодически возникали эпизоды панических атак. Средний возраст 35,7 ± 6,1 года, продолжительность заболевания 5,8 ± 3,8 года, интенсивность головной боли по ВАШ 5,9 ± 1,0 балла. Пациентам третьей группы проводили только психотерапевтическую коррекцию без медикаментозной терапии. Статистически значимых различий между группами по возрасту, полу, длительности заболевания, исходной интенсивности боли, показателям тревоги, депрессии, тревожности и качества жизни не выявлено.

Психотерапевтическая коррекционная программа представляла собой интегративный 6-недельный курс, специально разработанный для терапии пациентов с ГБН с коморбидными тревожными расстройствами. Методика базировалась на современных представлениях о нейропластической природе хронической боли и сочетала компоненты КПТ и терапии переосмысления боли (Pain Reprocessing Therapy) [3, 21, 22]. Ключевой стратегией психотерапевтического курса являлось изменение отношения к боли с «врага и поломки» на «сигнал о хроническом напряжении» [23].

Программа включала шесть последовательных встреч, целью которых было:

1) формирование осознанности: обучение пациентов наблюдению за связью «ситуация → мысли → эмоции → мышечное напряжение → боль» с ведением дневника (соматическое отслеживание) [24];

2) когнитивная реструктуризация: выявление и оспаривание автоматических мыслей, запускающих тревогу, с формированием более адаптивных когнитивных паттернов [22];

3) контекстуальная переоценка боли (экзистенциально-поведенческий подход): снижение угрожающей значимости болевых ощущений через анализ их защитной функции. Данный компонент соответствует принципам экспозиционной терапии и снижения кинезиофобии [21];

4) телесно-ориентированные методы: обучение навыкам «сканирования-таяния» мышечного напряжения и диафрагмальному дыханию для прерывания вегетативного ответа на стресс. Рекомендации UCSF Pain Management Center по регуляции вегетативной нервной системы при хронической боли [21];

5) поведенческая активация: выявление и коррекция поведенческих паттернов, поддерживающих хроническое напряжение. Исследование Day и соавт. (2024) показало, что поведенческая активация, когнитивная терапия и медитация осознанности обеспечивают клинически значимые улучшения при хронической боли [25];

6) профилактика рецидивов: создание индивидуализированного «протокола безопасности» на трех уровнях (мысль, тело, поведение) для предотвращения будущих эпизодов ГБН [26].

Исследование и информационный листок одобрены локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (протокол № 7 от 15.03.2024). Все пациенты добровольно подписали информированное согласие.

Эффективность оценивали в четырех временных точках: исходно, через 14 дней, 1 месяц и 3 месяца от начала терапии. Использовали следующие шкалы: ВАШ (0–10 баллов) [27], госпитальная шкала тревоги и депрессии (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) (тревога и депрессия) [28], шкала тревожности Спилбергеа (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (реактивная и личностная тревожность) [29], опросник качества жизни SF-36 (Short Form-36 Health Survey) (психический и физический компоненты качества жизни) [30].

Первичным критерием эффективности было снижение интенсивности боли по ВАШ на 50 % и более от исходного уровня через 3 месяца. Вторичными критериями служили динамика показателей HADS, STAI, SF-36, доля пациентов с клинически значимым улучшением и приверженность лечению (завершение полного 3-месячного курса).

Статистический анализ выполнен с использованием *t*-критерия Стьюдента для независимых и парных выборок, однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA) с *post-hoc* тестом Тьюки для межгрупповых сравнений и критерия χ^2 для качественных переменных. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$. Нормальность распределения проверена критерием Шапиро — Уилка; все показатели (ВАШ, HADS, STAI, SF-36) распределены нормально ($p > 0,05$).

Результаты

Через 3 месяца терапии снижение интенсивности боли по ВАШ на 50 % и более от исходного уровня (первичный критерий эффективности) достигли 18 из 20 пациентов (90 %) в группе комбинированной терапии, 8 из 20 (40 %) в группе монофармакотерапии и 12 из 20 (60 %) в группе психотерапии. Размер эффекта (разность долей респондеров) составил: 50 % для сравнения первой и второй групп, 30 % для сравнения первой и третьей групп. Различия между группой комбинированной терапии и двумя другими группами статистически значимы ($p < 0,05$ для обоих сравнений, критерий χ^2).

Сравнительная динамика показателей психометрических шкал по терапевтическим группам

в ключевые временные точки (исходно, 1 месяц, 3 месяца) представлена в табл. 1.

В группе комбинированной терапии уже через 14 дней показатели тревоги и депрессии по HADS достигли субклинического уровня ($8,7 \pm 1,5$ и $8,8 \pm 1,6$ балла соответственно), в группах монофармакотерапии и психотерапии субклинический уровень зафиксирован только к 3-му месяцу ($7,1 \pm 1,5$ и $6,7 \pm 1,4$ балла). Аналогичная тенденция отмечена для реактивной тревожности: в группе комбинированной терапии снижение до низкого уровня (< 30 баллов) произошло к 1-му месяцу ($25,5 \pm 2,7$), в других группах — только к 3-му месяцу ($26,5 \pm 3,0$ и $24,5 \pm 3,8$). Качество жизни (SF-36) в группе комбинированной терапии превысило популяционную норму (50 баллов) уже к 1-му месяцу ($51,3 \pm 3,9$ балла) и продолжало расти; в группе психотерапии норма была достигнута к 3-му месяцу ($50,1 \pm 4,3$ балла), в группе монофармакотерапии оставалась ниже нормы ($45,2 \pm 4,4$ балла).

По всем показателям на сроках 1 и 3 месяца выявлены статистически значимые различия между

группой комбинированной терапии и группой монофармакотерапии, а также между группой комбинированной терапии и группой психотерапии ($p < 0,05$) для всех сравнений, ANOVA с post-hoc тестом Тьюки). Различия между группой монофармакотерапии и группой психотерапии не достигли статистической значимости ($p > 0,05$). Внутри каждой группы динамика всех показателей от исходного уровня к 3-му месяцу была статистически значимой ($p < 0,01$, парный t -критерий).

В группах комбинированной терапии и психотерапии все 20 пациентов (100 %) завершили полный 3-месячный курс. В группе монофармакотерапии полный курс завершили 13 пациентов (65 %). Причинами преждевременного прекращения терапии чаще всего были ранние нежелательные явления в первые 7–14 дней (3 пациентки, 15 %) и самостоятельная отмена препарата после улучшения состояния на 3-м месяце (4 пациента, 23,5 % продолжавших терапию). После отмены препарата у всех пациентов наблюдался возврат симптоматики.

Таблица 1. Сравнительная динамика показателей в группах ($M \pm SD$)

Table 1. Comparative dynamics of indicators in groups ($M \pm SD$)

Показатель	Временная точка	Группа 1 (комбинированная терапия)	Группа 2 (эсциталопрам)	Группа 3 (психотерапия)
ВАШ, баллы	Исходно	$6,1 \pm 1,1$	$5,9 \pm 1,2$	$6,0 \pm 1,1$
	1 месяц	$2,9 \pm 0,7$	$3,5 \pm 1,0$	$3,6 \pm 1,1$
	3 месяца	$1,6 \pm 0,8$	$2,4 \pm 0,9^*$	$2,7 \pm 0,8^*$
HADS — тревога	Исходно	$11,1 \pm 0,8$	$11,2 \pm 1,0$	$11,5 \pm 1,2$
	1 месяц	$5,9 \pm 1,2$	$7,8 \pm 1,6^*$	$7,8 \pm 1,4^*$
	3 месяца	$4,8 \pm 1,1$	$7,1 \pm 1,5^*$	$7,0 \pm 1,3^*$
HADS — депрессия	Исходно	$11,7 \pm 0,9$	$11,4 \pm 0,9$	$11,3 \pm 1,3$
	1 месяц	$5,4 \pm 1,3$	$7,3 \pm 1,7^*$	$7,5 \pm 1,5^*$
	3 месяца	$4,3 \pm 1,2$	$6,8 \pm 1,6^*$	$6,7 \pm 1,4^*$
STAI — реактивный	Исходно	$38,6 \pm 4,2$	$39,1 \pm 4,5$	$38,9 \pm 4,3$
	1 месяц	$25,5 \pm 2,7$	$31,2 \pm 3,9^*$	$31,1 \pm 3,7^*$
	3 месяца	$23,5 \pm 3,1$	$26,5 \pm 3,0^*$	$24,5 \pm 3,8$
STAI — личностный	Исходно	$42,1 \pm 3,5$	$42,8 \pm 3,9$	$41,5 \pm 3,7$
	1 месяц	$26,7 \pm 3,8$	$36,5 \pm 3,8^{**}$	$33,2 \pm 3,6^*$
	3 месяца	$22,9 \pm 1,8$	$28,2 \pm 1,7^{**}$	$29,8 \pm 3,5^{**}$
SF-36 (психологический компонент), баллы	Исходно	$38,2 \pm 4,5$	$37,5 \pm 4,8$	$38,8 \pm 4,6$
	1 месяц	$51,3 \pm 3,9$	$43,8 \pm 4,3^{**}$	$47,5 \pm 4,2^*$
	3 месяца	$55,8 \pm 4,1$	$45,2 \pm 4,4^{**}$	$50,1 \pm 4,3^{**}$

Примечания. ВАШ — визуально-аналоговая шкала (0–10 баллов); HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии (0–21 балл); STAI — шкала тревожности Спилбергера — Ханина (20–80 баллов); SF-36 — опросник качества жизни (0–100 баллов, выше — лучше). Данные представлены как среднее (M) $\pm$ стандартное отклонение (SD).

* $p < 0,05$ по сравнению с первой группой; ** $p < 0,01$ по сравнению с первой группой (ANOVA с post-hoc тестом Тьюки). Различия между второй и третьей группами не достигли статистической значимости ($p > 0,05$).

Подробная динамика показателей для каждой группы по всем визитам (исходно, 14 дней, 1 месяц, 3 месяца) представлена в табл. 2–4.

Notes. VAS — visual analogue scale (0–10 points); HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale (0–21 points); STAI — Spielberger–Hanin Anxiety Inventory (20–80 points); SF-36 — quality of life questionnaire (0–100 points, higher is better). Data are presented as mean (M) $\pm$ standard deviation (SD).

* $p < 0.05$ compared to Group 1; ** $p < 0.01$ compared to Group 1 (ANOVA with post-hoc Tukey test). Differences between Group 2 and Group 3 did not reach statistical significance ($p > 0.05$).

Detailed dynamics of indicators for each group across all visits (baseline, 14 days, 1 month, 3 months) are presented in tables 2–4.

Таблица 2. Результаты психометрического обследования первой группы**Table 2.** Results of the psychometric examination of the first group

Показатель	Исходный	14-й день	1 месяц	3 месяца
ВАШ	6,1 ± 1,1	3,8 ± 1,2	2,9 ± 0,7	1,6 ± 0,8
STAI — реактивный	38,6 ± 4,2	29,6 ± 3,8	25,5 ± 2,7	23,5 ± 3,1
STAI — личностный	42,1 ± 3,5	33,5 ± 4,3	26,7 ± 3,8	22,9 ± 1,8
HADS — тревога	11,1 ± 0,8	8,7 ± 1,5	5,9 ± 1,2	4,8 ± 1,1
HADS — депрессия	11,7 ± 0,9	8,8 ± 1,6	5,4 ± 1,3	4,3 ± 1,2
SF-36 (психологический компонент)	38,2 ± 4,5	45,6 ± 4,2	51,3 ± 3,9	55,8 ± 4,1

Примечания. ВАШ — визуально-аналоговая шкала (0–10 баллов); STAI — шкала тревожности Спилберга — Ханина (реактивная и личностная тревожность, 20–80 баллов); HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии (0–21 балл); SF-36 — опросник качества жизни (психологический компонент, 0–100 баллов, выше — лучше). Данные представлены как среднее (*M*) ± стандартное отклонение (*SD*). Статистически значимые различия между группами (с указанием $p < 0,05$) и сравнительная динамика приведены в сводной таблице основного текста.

Notes. VAS — visual analogue scale (0–10 points); STAI — Spielberger–Hanin Anxiety Inventory (reactive and trait anxiety, 20–80 points); HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale (0–21 points); SF-36 — quality of life questionnaire (psychological component, 0–100 points, higher is better). Data are presented as mean (*M*) ± standard deviation (*SD*). Statistically significant differences between groups (indicated by $p < 0.05$) and comparative dynamics are presented in the summary table of the main text.

Таблица 3. Результаты психометрического обследования второй группы**Table 3.** Results of the psychometric examination of the second group

Показатель	Исходный	14-й день	1 месяц	3 месяца
ВАШ	5,9 ± 1,2	4,7 ± 1,1	3,5 ± 1,0	2,4 ± 0,9
STAI — реактивный	39,1 ± 4,5	35,8 ± 4,2	31,2 ± 3,9	26,5 ± 3,0
STAI — личностный	42,8 ± 3,9	40,1 ± 4,0	36,5 ± 3,8	28,2 ± 1,7
HADS — тревога	11,2 ± 1,0	10,2 ± 0,9	7,8 ± 1,6	7,1 ± 1,5
HADS — депрессия	11,4 ± 0,9	10,4 ± 0,8	7,3 ± 1,7	6,8 ± 1,6
SF-36 (психологический компонент)	37,5 ± 4,8	40,2 ± 4,5	43,8 ± 4,3	45,2 ± 4,4

Таблица 4. Результаты психометрического обследования третьей группы**Table 4.** Results of the psychometric examination of the third group

Показатель	Исходный	14-й день	1 месяц	3 месяца
ВАШ	6,0 ± 1,1	4,3 ± 1,2	3,6 ± 1,1	2,7 ± 0,8
STAI — реактивный	38,9 ± 4,3	33,2 ± 4,0	31,1 ± 3,7	24,5 ± 3,8
STAI — личностный	41,5 ± 3,7	37,8 ± 3,9	33,2 ± 3,6	29,8 ± 3,5
HADS — тревога	11,5 ± 1,2	10,4 ± 1,3	7,8 ± 1,4	7,0 ± 1,3
HADS — депрессия	11,3 ± 1,3	10,2 ± 1,2	7,5 ± 1,5	6,7 ± 1,4
SF-36 (психологический компонент)	38,8 ± 4,6	43,1 ± 4,4	47,5 ± 4,2	50,1 ± 4,3

Обсуждение

Проведенное сравнительное рандомизированное исследование позволило выявить существенные различия в эффективности терапии и приверженности лечению при разных терапевтических стратегиях у пациентов с ГБН, коморбидной с тревожными расстройствами.

В группе комбинированной терапии отмечались наилучшие результаты: 100%-ная приверженность

лечению, наиболее быстрый клинический эффект (уже к 14-му дню) и максимальная редукция симптоматики к 3-му месяцу наблюдения. Полученные данные подчеркивают синергический эффект сочетания фармакотерапии и психотерапии [3]. Психотерапевтический компонент, включающий когнитивную реструктуризацию и элементы PRT, обеспечивает немедленную эмоциональную поддержку, помогает преодолеть адаптационный период к СИОЗС и формирует устойчивые навыки саморегуляции

[21, 22]. Это согласуется с выводами о преимуществах сочетания психотерапии и медикаментозной коррекции [32, 33]. Особенно важно, что комбинированная терапия показала высокую эффективность у пациентов с паническими атаками, а психотерапия при таких состояниях оказалась недостаточно эффективной.

При проведении монотерапии эсциталопрамом мы столкнулись с ожидаемыми проблемами: ранние отказы (15 %) из-за побочных эффектов адаптационного периода соответствуют известным данным о переносимости СИОЗС [12, 34]. У пациентов, продолживших терапию, эффект развивался медленнее, чем в группе комбинированной терапии, что объясняется отсутствием психотерапевтической поддержки. Вторая часто встречающаяся проблема — это самостоятельное преждевременное прекращение терапии при улучшении состояния. Из 17 пациентов, продолживших терапию, 4 человека (23,5 %) на 3-м месяце наблюдения самостоятельно прекратили прием препарата, после чего клинические проявления заболевания возобновились. Самостоятельная отмена препарата подтверждает проблему поддержания терапевтических достижений, активно обсуждаемую в литературе [26]. При этом у пациентов в рамках настоящего исследования (65 % исходной группы) наблюдалась значимая положительная динамика, что подтверждает эффективность эсциталопрама у пациентов с ГБН, коморбидной с тревожными расстройствами, при условии соблюдения режима терапии [15].

Обратим внимание на то, что одним из нежелательных явлений, отмечаемых при приеме препаратов из группы СИОЗС, являются диспепсические нарушения. Известно, что лактоза — одно из наиболее широко используемых вспомогательных веществ в фармацевтической промышленности, она содержится в 20 % рецептурных и в 65 % безрецептурных препаратов [35–37]. Существуют данные о появлении симптомов лактозной непереносимости даже при употреблении небольших доз лактозы, что свидетельствует о значительной вариабельности индивидуальной переносимости [38, 39]. В этой связи в рамках настоящего исследования для медикаментозной терапии применяли эсциталопрам, не содержащий лактозу [12].

Группа с использованием только психотерапевтических вмешательств продемонстрировала высокую приверженность терапии (100 %) и устойчивую положительную динамику, однако эффект развивался медленнее, чем в группе комбинированной терапии, и был менее выражен в подгруппе пациентов с паническим расстройством. Это согласуется с данными о том, что для психотерапии панических атак необходимо более длительное время и специфические протоколы, а на начальных этапах также может потребоваться фармакологическая поддержка [21]. Высокая приверженность в этой группе соответствует данным систематических обзоров о высокой приемлемости психотерапевтических вмешательств [40]. Вместе

с тем отметим, что квалифицированная психотерапевтическая коррекция в полном объеме не всегда возможна из-за низкой доступности, особенно в небольших городах, и дополнительной финансовой нагрузки, в связи с чем выбор психофармакотерапии зачастую представляется предпочтительным.

Настоящее исследование имеет ряд ограничений. Во-первых, дизайн был открытым, что исключает «ослепление» пациентов и исследователей, оценивавших результаты; это могло повлиять на субъективные оценки, особенно в группах психотерапии. Во-вторых, размер выборки ($n = 60$) ограничивает статистическую мощность и не позволяет проводить стратифицированный анализ подгрупп. Расчет размера выборки априори не проводился (пилотное исследование). В-третьих, период наблюдения составил только 3 месяца, что недостаточно для оценки долгосрочной устойчивости достигнутых результатов и частоты рецидивов. Кроме того, отсутствие формальной проверки терапевтического альянса и стандартизации психотерапевтических сессий (помимо протокола) могло внести дополнительную вариабельность. Наконец, в группе монофармакотерапии наблюдался высокий процент отказов, что привело к несопоставимому количеству завершивших курс пациентов к 3-му месяцу, что могло исказить сравнение. Для преодоления этих ограничений необходимы дальнейшие рандомизированные двойные слепые исследования с большей выборкой и более длительным периодом наблюдения. Полученные результаты в целом соответствуют данным метаанализов, демонстрирующих больший эффект комбинированной терапии при тревожных расстройствах и ГБН по сравнению с монотерапией [3, 40].

Заключение

Комбинированная терапия (эсциталопрам в сочетании с психотерапевтической коррекцией, включающей компоненты когнитивной реструктуризации, терапии переосмысления боли и релаксационных техник) демонстрирует наилучшие результаты у пациентов с ГБН, коморбидной с тревожными расстройствами. Психотерапия служит ключевым фактором, повышающим приверженность терапии и помогающим преодолеть адаптационный период к фармакотерапии и обеспечивающим синергическое усиление эффекта.

Полученные данные обосновывают целесообразность комбинированного подхода как предпочтительного метода лечения пациентов с ГБН, коморбидной с тревожными расстройствами, особенно при наличии панических атак. Выбирать стратегию нужно персонализированно, с учетом индивидуальных особенностей пациента, его предпочтений, клинической картины и готовности к длительной терапии. При проведении фармакотерапии требуется усиленный контроль в адаптационном периоде и разъяснительная работа о необходимости завершения полного курса лечения для предотвращения рецидивов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Азимова Ю.Э., Алферова В.В., Амелин А.В. и др. Клинические рекомендации «Головная боль напряжения» // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2022. – № 122 (2–3). – С. 4–28. – <https://doi.org/10.17116/jnevro20221220234>
2. Ashina S., Mitsikostas D.D., Lee M.J. et al. Tension-type headache // Nat Rev Dis Primers. – 2021. – Vol. 7 (1). – P. 24. – <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00257-2>
3. Ашибоква К.М., Петелин Д.С., Воскресенская О.Н. и др. Междисциплинарный подход (невролог и психиатр) в терапии хронической головной боли напряжения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2025. – № 17 (2). – С. 15–21. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-2-15-21>
4. Ravyts S.G., Carnahan N., Harte N. et al. Depression and anxiety in adults with chronic headache conditions: A systematic review and meta-analysis // J Pain. – 2026. – Vol. 39 (2026). – <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105610>
5. Karimi L., Wijeratne T., Crewther S.G. et al. The migraine-anxiety comorbidity among migraineurs: A systematic review // Front Neurol. – 2021. – Vol. 11 (613372). – <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.613372>
6. Клинические рекомендации. Генерализованное тревожное расстройство // Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/457_3 (дата обращения 12.04.2026).
7. Клинические рекомендации. Паническое расстройство // Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/456_3 (дата обращения 12.04.2026).
8. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. – 568 с.
9. Клинические рекомендации. Головная боль напряжения (ГБН) // Министерство здравоохранения Российской Федерации: официальный сайт. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/162_3 (дата обращения 12.04.2026).
10. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) / под ред. А.Г. Чучалина. – Вып. III. – М.: Эко, 2002.
11. Ашибоква К.М., Петелин Д.С., Воскресенская О.Н. и др. Персонализированный подход к терапии хронической головной боли напряжения и коморбидных психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2025. – № 125 (2). – С. 51–57. – <https://doi.org/10.17116/jnevro202512502151>
12. Общая характеристика лекарственного препарата Селектра, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг, ЛП-№(012351)-(РГ-РУ) от 05.11.2025 // Реестр ОХЛП и ЛВ ЕАЭС. – URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=1a1858b4-ae14-4b15-81dd-63ad206835ea (дата обращения 20.06.2026).
13. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система) / под ред. А.Г. Чучалина, Ю.Б. Белоусова, В.В. Яснецова. – 8-е изд., перераб. и доп. – М.: Здоровье человека, 2006. – 998 с.
14. Осипова В.В. Головные боли. В: Боль (практическое руководство для врачей). – М.: Изд-во РАМН, 2011. – 512 с.
15. Амелин А.В., Бабаян Л.Э., Мятлева М.И. и др. Новые перспективы лечения головной боли напряжения // Consilium Medicum. – 2015. – № 9. – С. 78–83.
16. Петелин Д.С., Истомина Н.С., Цапко Д.С. и др. Подходы к психотерапии хронической скелетно-мышечной боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2022. – № 3 (14). – С. 68–73. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-3-68-73>
17. Петелин Д.С., Исаева П.С., Ксенофонтова М.В. и др. Хроническая боль, коморбидная психическим расстройствам: обзор литературы и клиническое наблюдение // Клинический разбор в общей медицине. – 2024. – № 8 (5). – С. 62–70. – <https://doi.org/10.47407/kr2024.5.8.00461>
18. Yuan L., Pantila K., Niu X.-Y. et al. Efficacy of psychological treatment for tension-type headache: A systematic review and meta-analysis // The Journal of Headache and Pain. – 2025. – Vol. 27 (1). – P. 1. – <https://doi.org/10.1186/s10194-025-02237-3>
19. Turakulova D., Mirdzhuraev E., Adambaev Z. et al. Tension-type headache: Diagnosis and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2025. – Vol. 15 (9). – Pp. 2958–2963. – <https://doi.org/10.5923/ajmms.20251509.24>
20. Международная классификация головных болей 3-го пересмотра (МКГБ-3). Адаптированная русскоязычная версия // Российское общество по изучению головной боли (РОИГБ). – 2018. URL: <https://painrussia.ru/upload/pdf/%D0%9C%D0%9A%D0%93%D0%91-3.pdf> (дата обращения 12.04.2026).
21. Ashar Y.K., Gordon A., Schubiner H. et al. Effect of pain reprocessing therapy vs placebo and usual care for patients with chronic back pain: A randomized clinical trial // JAMA Psychiatry. – 2022. – Vol. 79 (1). – Pp. 13–23. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
22. Pintea S. Mind over chronic pain: A meta-analysis of cognitive restructuring in chronically ill adults // J Psychosom Res. – 2024. – Vol. 184 (111837). – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111837>
23. Zhu M., Wong S.Y., Zhong C.C. et al. Which type and dosage of mindfulness-based interventions are most effective for chronic pain? A systematic review and network meta-analysis // J Psychosom Res. – 2025. – Vol. 191 (112061). – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112061>

REFERENCES

1. Azimova Ju.Je., Alferova V.V., Amelin A.V. i dr. Klinicheskie rekomendacii «Golovnaja bol' napriazhenija» // Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2022. – № 122 (2–3). – S. 4–28. – <https://doi.org/10.17116/jnevro20221220234>
2. Ashina S., Mitsikostas D.D., Lee M.J. et al. Tension-type headache // Nat Rev Dis Primers. – 2021. – Vol. 7 (1). – P. 24. – <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00257-2>
3. Ashibokova K.M., Petelin D.S., Voskresenskaja O.N. i dr. Mezhdisciplinarnyj podhod (nevrolog i psihiatr) v terapii hronicheskoy glavnoj boli napriazhenija // Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. – 2025. – № 17 (2). – S. 15–21. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2025-2-15-21>
4. Ravyts S.G., Carnahan N., Harte N. et al. Depression and anxiety in adults with chronic headache conditions: A systematic review and meta-analysis // J Pain. – 2026. – Vol. 39 (2026). – <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2025.105610>
5. Karimi L., Wijeratne T., Crewther S.G. et al. The migraine-anxiety comorbidity among migraineurs: A systematic review // Front Neurol. – 2021. – Vol. 11 (613372). – <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.613372>
6. Klinicheskie rekomendacii. Generalizovannoe trevozhnoe rasstrojstvo // Ministerstvo zdra-voohranenija Rossijskoj Federacii: oficial'nyj sajt. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/457_3 (data obrashhenija 12.04.2026).
7. Klinicheskie rekomendacii. Panicheskoe rasstrojstvo // Ministerstvo zdravoohranenija Ros-sijskoj Federacii: oficial'nyj sajt. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/456_3 (data obrashhenija 12.04.2026).
8. Mosolov S.N. Klinicheskoe primenenie sovremennyh antidepressantov. – SPb.: Medicinskoe informacionnoe agentstvo, 1995. – 568 s.
9. Klinicheskie rekomendacii. Golovnaja bol' napriazhenija (GBN) // Ministerstvo zdra-voohranenija Rossijskoj Federacii: oficial'nyj sajt. – 2024. – URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/162_3 (data obrashhenija 12.04.2026).
10. Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniju lekarstvennyh sredstv (formuljarnaja sistema) / pod red. A.G. Chuchalina. – Vyp. III. – M.: Jeho, 2002.
11. Ashibokova K.M., Petelin D.S., Voskresenskaja O.N. i dr. Personalizirovannyj podhod k terapii hronicheskoy glavnoj boli napriazhenija i komorbidnyh psihicheskikh rasstrojstv // Zhurnal nevrologii i psichiatrii imeni S.S. Korsakova. – 2025. – № 125 (2). – S. 51–57. – <https://doi.org/10.17116/jnevro202512502151>
12. Obshhnaja harakteristika lekarstvennogo preparata Selekttra, tabletki, pokrytye ple-nochnoj obolochkoj, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, LP-№(012351)-(RG-RU) ot 05.11.2025 // Reestr OHL'P i LV EAEs. – URL: https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=1a1858b4-ae14-4b15-81dd-63ad206835ea (data obrashhenija 20.06.2026).
13. Federal'noe rukovodstvo po ispol'zovaniju lekarstvennyh sredstv (formuljarnaja sistema) / pod red. A.G. Chuchalina, Ju.B. Belousova, V.V. Jasneceva. – 8-e izd., pererab. i dop. – M.: Zdorov'e cheloveka, 2006. – 998 s.
14. Osipova V.V. Golovnye boli. V: Bol' (prakticheskoe rukovodstvo dlja vrachej). – M.: Izd-vo RAMN, 2011. – 512 s.
15. Amelin A.V., Babajan L.Je., Mjatleva M.I. i dr. Novye perspektivy lechenija glavnoj boli napriazhenija // Consilium Medicum. – 2015. – № 9. – S. 78–83.
16. Petelin D.S., Istomina N.S., Capko D.S. i dr. Podhody k psihoterapii hronicheskoy skeletno-myshechnoj boli // Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika. – 2022. – № 3 (14). – S. 68–73. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2022-3-68-73>
17. Petelin D.S., Isaeva P.S., Ksenofontova M.V. i dr. Hronicheskaja bol', komorbidnaja psihicheskim rasstrojstvam: obzor literatury i klinicheskoe nabljudenie // Klinicheskij razbor v obshhej med-icine. – 2024. – № 8 (5). – S. 62–70. – <https://doi.org/10.47407/kr2024.5.8.00461>
18. Yuan L., Pantila K., Niu X.-Y. et al. Efficacy of psychological treatment for tension-type headache: A systematic review and meta-analysis // The Journal of Headache and Pain. – 2025. – Vol. 27 (1). – P. 1. – <https://doi.org/10.1186/s10194-025-02237-3>
19. Turakulova D., Mirdzhuraev E., Adambaev Z. et al. Tension-type headache: Diagnosis and the effectiveness of cognitive-behavioral therapy // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2025. – Vol. 15 (9). – Pp. 2958–2963. – <https://doi.org/10.5923/ajmms.20251509.24>
20. Mezhdunarodnaja klassifikacija glavnyh bolej 3-go peresmotra (MKGB-3). Adaptirovannaja russkojazychnaja versija // Rossijskoe obshhestvo po izucheniju glavnoj boli (ROIGB). – 2018. URL: <https://painrussia.ru/upload/pdf/%D0%9C%D0%9A%D0%93%D0%91-3.pdf> (data obrashhenija 12.04.2026).
21. Ashar Y.K., Gordon A., Schubiner H. et al. Effect of pain reprocessing therapy vs placebo and usual care for patients with chronic back pain: A randomized clinical trial // JAMA Psychiatry. – 2022. – Vol. 79 (1). – Pp. 13–23. – <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.2669>
22. Pintea S. Mind over chronic pain: A meta-analysis of cognitive restructuring in chronically ill adults // J Psychosom Res. – 2024. – Vol. 184 (111837). – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2024.111837>
23. Zhu M., Wong S.Y., Zhong C.C. et al. Which type and dosage of mindfulness-based interventions are most effective for chronic pain? A systematic review and network meta-analysis // J Psychosom Res. – 2025. – Vol. 191 (112061). – <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2025.112061>

24. Zhu S., Xu Y., Wang L., Chen J., Luo A. Efficacy of cognitive behavioral therapy for kinesiophobia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Journal of Pain Research*. – 2025. – Vol. 18. – Pp. 3919–3932. – <https://doi.org/10.2147/JPR.S526179>
25. Day M.A., Ciol M.A., Mendoza M.E. et al. The effects of telehealth-delivered mindfulness meditation, cognitive therapy, and behavioral activation for chronic low back pain: A randomized clinical trial // *BMC Med*. – 2024. – Vol. 22 (1). – P. 156. – <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03383-2>
26. Dorfman C.S., Heapy A.A., de C Williams A.C. et al. Maintenance of treatment gains from psychological treatments for chronic pain: what (little) we know, and the urgent need to extend it // *Pain*. – 2025. – Vol. 166 (9). – Pp. 1969–1973. – <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003552>
27. Москалева П.В., Шнайдер Н.А., Петрова М.М. и др. Шкалы и опросники для диагностики головной боли напряжения // *Российский журнал боли*. – 2020. – № 18 (4). – С. 8–18. – <https://doi.org/10.17116/pain2020180418>
28. Морозова М.А., Потанин С.С., Бениашвили А.Г. и др. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции // *Профилактическая медицина*. – 2023. – № 26 (4). – С. 7–14. – <https://doi.org/10.17116/profmed2023260417>
29. Тихомирова Т.Н., Павлова А.А., Исмагулина В.И. и др. Адаптация русскоязычной версии Шкалы личностной тревожности (STAI-T) на выборке студентов вузов // *Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология*. – 2025. – № 15 (4). – С. 610–632.
30. Mahler D.A., Mackowiak J.I. Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD // *Chest*. – 1995. – Vol. 107 (6). – Pp. 1585–1589. – <https://doi.org/10.1378/chest.107.6.1585>
31. Acikgoz M., Piri Cinar B., Celebi U. et al. Illness perception and quality of life in patients with migraine and tension-type headache // *Neurol Res*. – 2023. – Vol. 45 (4). – Pp. 370–380. – <https://doi.org/10.1080/01616412.2022.2148512>
32. Головачева В.А., Парфенов В.А., Головачева А.А. Хроническая боль в шее и сочетанная головная боль напряжения: единый эффективный подход к лечению // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. – 2024. – № 3 (16). – С. 45–52. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-76-84>
33. Ci J., Zhang Y., Li X., et al. Efficacy differences of acute-phase strategies for adult depression: A network meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. – 2026. – Vol. 405 (2026). – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121545>
34. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G., et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis // *Lancet*. – 2018. – Vol. 391 (10128). – Pp. 1357–1366. – [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
35. Mill D., Dawson J., Johnson J. L. Managing acute pain in patients who report lactose intolerance: The safety of an old excipient re-examined // *Ther Adv Drug Saf*. – 2018. – Vol. 9. – Pp. 227–235. – <https://doi.org/10.1177/2042098617751498>
36. Audicana Berasategui M.T., Barasona Villarejo M.J., Corominas Sánchez M. et al. Potential hypersensitivity due to the food or food additive content of medicinal products in Spain // *J Investig Allergol Clin Immunol*. – 2011. – Vol. 21. – Pp. 496–506. – PMID: 22312932
37. Zdrojewicz Z., Zyskowska K., Wasiuk S. Lactose in drugs and lactose intolerance—Realities and myths // *Pediatr. i Med. Rodz*. – 2018. – Vol. 14. – Pp. 261–266. – <https://doi.org/10.15557/PiMR.2018.0027>
38. Eadala P., Waud J.P., Matthews S.B. et al. Quantifying the 'hidden' lactose in drugs used for the treatment of gastrointestinal conditions. *Aliment // Pharmacol Ther*. – 2009. – Vol. 29. – Pp. 677–687. – <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03889.x>
39. Pawar S., Kumar A. Issues in the formulation of drugs for oral use in children // *Pediatr Drugs*. – 2002. – Vol. 4. – Pp. 371–379. – <https://doi.org/10.2165/00128072-200204060-00004>
40. Dudeney J., Sharpe L., McDonald S. et al. Are psychological interventions efficacious for adults with migraine? A systematic review and meta-analysis // *Headache*. – 2022. – Vol. 62 (4). – Pp. 405–419. – <https://doi.org/10.1111/head.14260>
24. Zhu S., Xu Y., Wang L., Chen J., Luo A. Efficacy of cognitive behavioral therapy for kinesiophobia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials // *Journal of Pain Research*. – 2025. – Vol. 18. – Pp. 3919–3932. – <https://doi.org/10.2147/JPR.S526179>
25. Day M.A., Ciol M.A., Mendoza M.E. et al. The effects of telehealth-delivered mindfulness meditation, cognitive therapy, and behavioral activation for chronic low back pain: A randomized clinical trial // *BMC Med*. – 2024. – Vol. 22 (1). – P. 156. – <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03383-2>
26. Dorfman C.S., Heapy A.A., de C Williams A.C. et al. Maintenance of treatment gains from psychological treatments for chronic pain: what (little) we know, and the urgent need to extend it // *Pain*. – 2025. – Vol. 166 (9). – Pp. 1969–1973. – <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000003552>
27. Moskaleva P.V., Shnajder N.A., Petrova M.M. i dr. Shkaly i oprosniki dlja diagnostiki glavnoj boli naprjazhenija // *Rossijskij zhurnal boli*. – 2020. – № 18 (4). – S. 8–18. – <https://doi.org/10.17116/pain2020180418>
28. Morozova M.A., Potanin S.S., Beniashvili A.G. i dr. Validacija russkojazyčnoj versii Gospital'noj shkaly trevogi i depressii v obshhej populjacii // *Profilaktičeskaja medicina*. – 2023. – № 26 (4). – S. 7–14. – <https://doi.org/10.17116/profmed2023260417>
29. Tihomirova T.N., Pavlova A.A., Ismatullina V.I. i dr. Adaptacija russkojazyčnoj versii Shkaly lichnostnoj trevozhnosti (STAI-T) na vyborke studentov vuzov // *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psihologija*. – 2025. – № 15 (4). – S. 610–632.
30. Mahler D.A., Mackowiak J.I. Evaluation of the short-form 36-item questionnaire to measure health-related quality of life in patients with COPD // *Chest*. – 1995. – Vol. 107 (6). – Pp. 1585–1589. – <https://doi.org/10.1378/chest.107.6.1585>
31. Acikgoz M., Piri Cinar B., Celebi U. et al. Illness perception and quality of life in patients with migraine and tension-type headache // *Neurol Res*. – 2023. – Vol. 45 (4). – Pp. 370–380. – <https://doi.org/10.1080/01616412.2022.2148512>
32. Golovacheva V.A., Parfenov V.A., Golovacheva A.A. Hroničeskaja bol' v shee i sochetannaja glavnoj bol' naprjazhenija: edinyj jeffektivnyj podhod k lečeniju // *Nevrologija, neiprosihi-atrja, psichosomatika*. – 2024. – № 3 (16). – S. 45–52. – <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2024-4-76-84>
33. Ci J., Zhang Y., Li X., et al. Efficacy differences of acute-phase strategies for adult depression: A network meta-analysis // *Journal of Affective Disorders*. – 2026. – Vol. 405 (2026). – <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121545>
34. Cipriani A., Furukawa T.A., Salanti G., et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis // *Lancet*. – 2018. – Vol. 391 (10128). – Pp. 1357–1366. – [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)
35. Mill D., Dawson J., Johnson J. L. Managing acute pain in patients who report lactose intolerance: The safety of an old excipient re-examined // *Ther Adv Drug Saf*. – 2018. – Vol. 9. – Pp. 227–235. – <https://doi.org/10.1177/2042098617751498>
36. Audicana Berasategui M.T., Barasona Villarejo M.J., Corominas Sánchez M. et al. Potential hypersensitivity due to the food or food additive content of medicinal products in Spain // *J Investig Allergol Clin Immunol*. – 2011. – Vol. 21. – Pp. 496–506. – PMID: 22312932
37. Zdrojewicz Z., Zyskowska K., Wasiuk S. Lactose in drugs and lactose intolerance—Realities and myths // *Pediatr. i Med. Rodz*. – 2018. – Vol. 14. – Pp. 261–266. – <https://doi.org/10.15557/PiMR.2018.0027>
38. Eadala P., Waud J.P., Matthews S.B. et al. Quantifying the 'hidden' lactose in drugs used for the treatment of gastrointestinal conditions. *Aliment // Pharmacol Ther*. – 2009. – Vol. 29. – Pp. 677–687. – <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2008.03889.x>
39. Pawar S., Kumar A. Issues in the formulation of drugs for oral use in children // *Pediatr Drugs*. – 2002. – Vol. 4. – Pp. 371–379. – <https://doi.org/10.2165/00128072-200204060-00004>
40. Dudeney J., Sharpe L., McDonald S. et al. Are psychological interventions efficacious for adults with migraine? A systematic review and meta-analysis // *Headache*. – 2022. – Vol. 62 (4). – Pp. 405–419. – <https://doi.org/10.1111/head.14260>