Государственное автономное учреждение здравоохранения
«Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»

На правах рукописи

Кукшина Анастасия Алексеевна

СИСТЕМА ПСИХОДИАГНОСТИКИ И ПСИХОКОРРЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

(14.03.11 - Восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия)

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:

профессор, д.м.н. В.П.Зайцев

Москва -2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА I. НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ (Обзор литературы)

1.1. Этиологические и эпидемиологические аспекты нарушений функции движения в структуре общесоматической патологии 14

1.2. Личностные особенности и расстройства психической сферы в соматической клинике, современные подходы к их оценке и измерению 22

1.3. Психокоррекционные мероприятия в медицинской реабилитации пациентов с хронической соматической патологией 30

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1.Общая характеристика обследованного контингента 39

2.2. Дизайн и этапы исследования 40

2.3. Методы методики исследования 46

2.4. Методы психокоррекции 56

2.5. Методы математической статистики 59

ГЛАВА III. ИСХОДНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

3.1. Социально-демографическая характеристика исследуемых групп 60

3.2. Качество жизни пациентов с нарушениями двигательных функций 84

3.3. Кластерный анализ качества жизни пациентов с нарушениями двигательных функций 88

3.4. Валидизация методики *«Шкала Кинезиофобии Тампа»* 101

3.5. Личностные и психопатологические характеристики 116

пациентов с нарушениями двигательных функций
3.6. Личностные характеристики пациентов с нарушениями двигательных функций в контексте КЖ 123
3.7. Психопатологические характеристики и кинезиофобия у пациентов с нарушениями двигательных функций в контексте КЖ 127
3.8. Верификация показателей по шкале *Соматизация* опросника *«SCL-90-R»* 131
ГЛАВА IV. ОСНОВЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ
4.1. Динамика психопатологических характеристик у пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе психокоррекционных мероприятий 134
4.2. Предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы психокоррекции 155
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 164
ВЫВОДЫ 180
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 183
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 185
ПРИЛОЖЕНИЯ 186
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 200

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Двигательная деятельность человека – одно из необходимых условий нормального функционирования человеческого организма, естественная биологическая потребность. Полноценная жизнедеятельность и осознание индивидуумом самого себя благополучным возможна лишь при определенном уровне двигательной активности. Патологические состояния, приводящие к расстройствам в двигательной сфере, многообразны и патогенетически не однородны. Однако, основные клинические проявления, такие как недостаточность объема движений и выраженный болевой компонент, дают право рассматривать их в едином контексте влияния на психическую составляющую длительно текущего заболевания.

Ведущими нозологическими формами, определяющими необходимость медицинской реабилитации у пациентов с нарушениями двигательных функций, являются ревматические заболевания крупных суставов, двигательные нарушения вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и полиэтиологичная группа заболеваний, объединенных названием «дорсопатии». Объединяющими факторами в данном случае служат широкая распространенность в популяции и их существенное фармако-экономическое обременение, обусловленное длительностью течения, прогрессированием, частотой и выраженностью сопровождающих психических расстройств. Согласно данным эпидемиологических наблюдений, дегенеративно-дистрофическими заболеваниями суставов страдает около 10-12% населения Земли, а длительное рецидивирующее их течение становится причиной временной или стойкой утраты трудоспособности, достигающей 6,5% (Насонова В.А., 2002, 2009; Лебедева Е.А., 2007; Baker K. et al., 2007; Lutze U, Archenholtz B., 2007). Ведущее место в структуре хронической

суставной патологии занимают ревматические заболевания, распространенность которых в популяции достигает 1,4% (Фоломеева М.О., 2008). Длительная утрата трудоспособности, обусловленная дорсопатиями, отмечается у 4% населения, а 1% населения полностью лишается трудоспособности в связи с данным заболеванием (Кочетков А.В. и соавт., 2012). Инсульт в настоящее время является причиной инвалидизации 40% взрослого населения России трудоспособного возраста. Из перенесших ОНМК пациентов 31% нуждается в посторонней помощи, еще 20% не может самостоятельно передвигаться, а возвращается к прежней работе в состоянии лишь 8% лиц. (Гришина Л.П., 2006; Стаховская Л.В., 2008; Скворцова В.И., 2007, 2011).

Степень разработанности темы

Психические расстройства непсихотического спектра и заострение имеющихся преморбидных психологических черт практически всегда являются спутниками хронической соматической патологии. В литературе, как правило, приводятся данные исследований по отдельным нозологиям, где речь идет об изолированных исследованиях психического статуса, либо о психологической характеристике личности, страдающей тем или иным заболеванием (Александровский Ю.А., 2004; Спринц А.М. и соавт., 2007; Клюшин М.Н., 2009, 2010). В контексте качества жизни психологические или психопатологические особенности личности больных изучаются крайне редко и рассматриваются в публикациях лишь небольшого числа авторов (Хохлов А.Л. и соавт, 2003; Аведисова А.С., 2003; Шишкин А.Н., 2006; Вассерман Л.И. и соавт., 2008; Столярова С.А., Щелкова О.Ю., 2013; Зайцев В.П., Айвазян Т.А., 2014). Как правило, приведенные работы касаются отдельных нозологических групп и не позволяют обосновать возможность включения больных с различной патологией в единый процесс психокоррекции. Также не существует единого подхода к организации и структуре психокоррекционного процесса, который преимущественно включает избирательное медикаментозное и не медикаментозное лечении тревожных и депрессивных расстройств (Яльцева Н.В. и соавт., 2007, 2009; Клюшин М.Н., 2009; Ю.С. Фофонова с соавт., 2009;

Ширшова Е.В., 2009; Айдаров В.И., 2011; Савченко Е.С. и соавт., 2012; Цыган А.В., 2012).

В то же время в доступной медицинской литературе последних лет не обнаружено исследований, включающих одновременное и последовательное изучение психологических, психопатологических характеристик и качества жизни больных, страдающих нарушениями двигательных функций в контексте различной нозологической принадлежности, а, соответственно, и не существует системного, комплексного подхода к психодиагностике и психореабилитации у данной категории пациентов.

Принимая во внимание существующую в настоящее время неразделимость понятий *медицинская реабилитация* и *психореабилитация*, а также опираясь на предложенную В.П. Зайцевым (2013, 2016) концепцию *системы психологической реабилитации,* объединяющей психодиагностические и психореабилитационные мероприятия, были сформулированы цель и задачи настоящего исследования.

Цель работы

Разработка и научное обоснование системного подхода к коррекции психического состояния в процессе реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций.

Задачи исследования

1. Изучить качество жизни пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе медицинской реабилитации и оценить возможности оптимизации его измерения.

2. Выявить ведущие психологические и психопатологические особенности у пациентов с нарушениями двигательных функций, развившимися вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, дорсопатий и ревматических заболеваний крупных суставов.

3. Оценить психологические и психопатологические характеристики пациентов с нарушениями двигательных функций в контексте оценки качества жизни.

4. Изучить динамику психопатологических характеристик пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе психокоррекционных мероприятий.

5. Выявить предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы коррекции психического состояния в процессе медицинской реабилитации.

6. Обосновать тактику проведения психокоррекционных мероприятий на основании динамической оценки их эффективности.

Теоретическая значимость работы

Впервые предложен комплексный скрининговый инструмент и определен объем первичной психологической и психопатологической диагностики у пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе медицинской реабилитации, состоящий из опросников *«Big Five»*, *«SF-36»*, *«SCL-90-R»*, *«Шкалы кинезиофобии Тампа»* и визуальной аналоговой шкалы *ВАШ* самочувствия, позволяющий объективизировать психокоррекционный процесс.

Впервые проведена оценка качества жизни (КЖ) взрослых пациентов с нарушениями двигательных функций на этапе медицинской реабилитации с позиции контрастного ранжирования в категориях *«высокое КЖ»* и *«низкое КЖ»*, позволяющая отказаться от использования условно-нормативных показателей. Выявлены содержательные закономерности и качественные особенности формирования субъективной оценки КЖ у данной категории пациентов. В контексте исследования продемонстрировано наличие контрастных групп как среди пациентов с нарушениями двигательных функций, так и среди здоровых добровольцев, что подтвердило гипотезу об устойчивости приведенных конструктов не зависимо от наличия или отсутствия патологии.

Впервые разработано программное обеспечение для изучения КЖ с позиции контрастного ранжирования, что предоставляет возможность уже при первичном исследовании без участия медицинского психолога формировать группу пациентов с нарушениями двигательных функций, объективно нуждающихся в психокоррекции.

Впервые представлено научно-методическое обоснование возможности применения русскоязычной версии *Шкалы кинезиофобии Тампа*, как психодиагностического инструмента с подтверждением его удовлетворительных психометрических характеристик (репрезентативность, надежность, валидность).

Впервые на основании анализа результатов использования психодиагностических шкал показана достаточная однородность групп пациентов с нарушениями двигательных функций различной нозологической принадлежности в плане устойчивых психологических и психопатологических характеристик, что позволило обосновать возможность включения всех пациентов в единый психокоррекционный процесс.

Впервые на основании результатов обследования репрезентативной группы пациентов с нарушениями двигательных функций, требующих психокоррекционного вмешательства, выявлена ведущая психологическая переменная – показатель по шкале *Соматизация* (*«SCL-90-R»*), что свидетельствует о смещении представленного в научной литературе акцента с таких психологических характеристик, как тревога и депрессия, в сторону формирования эмоционально-окрашенных эквивалентных телесных феноменов у пациентов с нарушениями двигательных функций.

Впервые определены статистически значимые предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программу психореабилитации: низкий показатель по шкале *Ролевое эмоциональное функционирование (RE)* опросника качества жизни *«SF-36»*, и высокий показатель по шкале *Соматизация* опросника выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»*.

Впервые на основании результатов динамического психодиагностического обследования пациентов с нарушениями двигательных функций обоснована необходимость и доказана эффективность последовательного и преемственного проведения всех этапов психореабилитации: первичной психодиагностической сессии с анализом и обсуждением с пациентами заполненных ими опросников; групповых психокоррекционных занятий и индивидуальных сессий полимодальной психотерапии.

Практическая значимость работы

Для применения в практическом здравоохранении предлагается:

- комплексный универсальный скрининговый инструмент для первичной и динамической оценки психологических и психопатологических характеристик пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе медицинской реабилитации, состоящий из опросника качества жизни *«SF-36»*, опросника выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»*, *«Шкалы кинезиофобии Тампа»* и визуальной аналоговой шкалы *ВАШ* самочувствия;

- новая оптимальная операциональная система измерения качества жизни больных в категориях *«высокое КЖ»* и *«низкое КЖ»*, позволяющая отказаться от использования условно-нормативных показателей и уже на этапе первичного обследования пациентов с нарушениями двигательных функций выделить группу больных, нуждающихся в психокоррекции;

- программное обеспечение для обработки данных по КЖ на основании контрастного ранжирования в виде программы для ЭВМ *«Кластерный анализ качества жизни, связанного со здоровьем»* (Свидетельство о государственной регистрации №2014618131 от 11.08.2014);

- валидизированный русскоязычный вариант методики *«Шкала кинезиофобии Тампа»* с предоставлением сведений о ее удовлетворительных психометрических характеристиках (репрезентативность, надежность,

валидность) и обоснованием возможности ее использования в качестве психодиагностического инструмента в работе с пациентами с нарушениями двигательных функций;

- обоснование преемственного дифференцированного подхода к психокоррекционной работе на основании динамической оценки психического состояния у пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе медицинской реабилитации, состоящей из обязательных последовательных этапов: психодиагностическая сессия с подробным обсуждением результатов заполнения самоотчетных методик; групповая работа с медицинским психологом в рамках «Школы пациента» и релаксационных тренингов с мультимодальной стимуляцией; индивидуальные сессии полимодальной психотерапии, проводимые врачом-психотерапевтом.

Методология исследования

Диссертационное исследование представляет собой согласованное и последовательное изложение автором разработанных положений, цели и задач. Основные положения диссертации подтверждены достаточным количеством наблюдений, использованием современных валидизированных методик, корректных методов статистической обработки данных и статистически значимыми результатами.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, определяемое с помощью опросника *«SF-36»*, формируется преимущественно на основании показателей шкал, характеризующих психологическое состояние обследуемых, с образованием двух устойчивых кластеров: *«высокое КЖ»* и *«низкое КЖ»*, что позволяет интерпретировать получаемые данные без использования нормативных значений и формировать группу пациентов, нуждающихся в проведении психокоррекционных мероприятий.

2. Психометрические характеристики методики *«Шкала кинезиофобии Тампа»* соответствуют необходимым требованиям, предъявляемым к психодиагностическому инструментарию (репрезентативность, надежность, валидность) и отражает, помимо физического компонента кинезиофобии, ее психологическую составляющую, что позволяет использовать её для динамической оценки психического состояния пациентов с нарушениями двигательных функций.

3. Однородность нозологических групп пациентов с нарушениями двигательных функций вследствие перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), дорсопатий и ревматических заболеваний по психологическим и психопатологическим характеристикам позволяет включать их в единый процесс психореабилитации. Предикторами включения пациентов в процесс психокоррекции являются низкий уровень (< 30 баллов) по шкале *Ролевое эмоциональное функционирование (RE)* опросника качества жизни *«SF-36»*, и высокий показатель по шкале *Соматизация* опросника выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»*.

4. Оптимизация работы специалистов мультидисциплинарной бригады (медицинского психолога и психотерапевта) должна основываться на результатах динамического психодиагностического исследования пациентов с нарушениями двигательных функций на каждом этапе последовательно проводимого психореабилитационного процесса (психодиагностика, психологическое сопровождение медицинского психолога и индивидуальная психотерапия), которое определяет объем необходимых мероприятий.

Внедрение в практику

Результаты проведенного исследования внедрены в клиническую практику филиала № 3 «Многопрофильная клиника медицинской реабилитации» и в образовательный процесс Государственного автономного учреждения здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины

Департамента здравоохранения города Москвы», используются в образовательных модулях Департамента здравоохранения города Москвы.

Апробация работы

Материалы исследования доложены и обсуждены: на XII Московской Ассамблее «Здоровье столицы», Москва, 2013; на VI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты исследования качества жизни в здравоохранении», Москва, 19-20 ноября 2015; на I, II, III и IV Международных конгрессах «Физиотерапия. Лечебная физкультура. Реабилитация», Москва, 2015, 2016, 2017, 2018; на Всероссийских форумах «Здравница-2014» - Сочи, май 2014, «Здравница-2016» - Казань, май 2016; «Здравница-2018» - Кисловодск, май 2018; на Московском международном форуме по костно-суставной патологии, Москва, 18-21 апреля 2016; на 1-м Российском форуме по ортопедии и реабилитационной технике, Москва, 14-16 июня 2017; IX Международном конгрессе «Нейрореабилитация», Москва, 1-2 июня 2017; XVII Московской Ассамблее «Здоровье Москвы», Москва, 5-6 декабря 2018.

Диссертация апробирована на заседании научно-методического совета ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 40 научных работ, в том числе: 17 статей в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России, 2 методических рекомендаций, 1 глава в сборнике «Избранные лекции по медицинской реабилитации»; зарегистрирована 1 программа для ЭВМ.

Личный вклад автора в выполнение данной работы

Основные идеи работы, ее тема, цель и задачи разрабатывались автором на основании его многолетних исследований, наблюдений и личного опыта. Решение ряда вопросов данной работы осуществлялось с учетом результатов совместных исследований с научными сотрудниками лаборатории медицинской психологии и психотерапии и сотрудниками других отделов и филиалов МНПЦ МРВСМ ДЗМ. Во всех совместных исследованиях, автору, наряду с личным участием в их проведении, принадлежит определение целей и задач, обобщение и анализ полученных результатов. В процессе подготовки и написания текста диссертации автором проанализирована отечественная и зарубежная литература, отражающая состояние изучаемой проблемы, проведена статистическая обработка полученных данных, сформулированы выводы и практические рекомендации.

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 230 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя и приложений. Работа иллюстрирована 52 таблицами, 22 рисунками. Список литературы включает 153 отечественных и 80 зарубежных источников.

На различных этапах работы большую помощь в её проведении оказали сотрудники ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ, в связи с чем, автор выражает им глубокую признательность и искреннюю благодарность.

ГЛАВА I. НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ: БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ (Обзор литературы)

1.1. Этиологические и эпидемиологические аспекты нарушений функции движения в структуре общесоматической патологии

В книге «О построении движений» в 1947 году Н.А.Бернштейн писал: «Из всех областей вопросов, относящихся к компетенции общей физиологии, ни одна не является столь специфически человеческой, как область физиологии двигательных функций… Судьбу индивидуума в борьбе за существование решают его действия…» [7 стр.7].

Двигательные нарушения в настоящее время находятся под пристальным вниманием специалистов различных областей медицины, так как являются следствием широкого круга заболеваний. Среди них – дегенеративно-дистрофические заболевания суставов конечностей и позвоночника, а также двигательные расстройства, явившиеся следствием острого нарушения мозгового кровообращения. Все указанные состояния сопровождаются значительными функциональными расстройствами, приводящими к длительной потере трудоспособности, а в ряде случаев служат причиной инвалидизации.

Патология опорно-двигательного аппарата занимает одно из ведущих мест в общей структуре заболеваемости. Костно-хрящевые и мышечно-связочные образования позвоночника и конечностей имеют тесные функциональные связи и общее звено патогенеза (дистрофический процесс в структурных элементах межпозвонкового диска и суставного хряща). Деформации суставов ведут к нарушению биомеханики позвоночника, а статодинамические нарушения позвоночника могут быть причиной вторичных

нейродистрофических нарушений в мышцах, околосуставных тканях [38, 87, 88, 104].

Серьезную проблему, актуальную, как для Российских медиков, так и для медицинской общественности всего мира, представляют собой ревматические заболевания (РЗ). Свидетельством этого явилось провозглашение Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) первого десятилетия XXI века Декадой костей и суставов («Bone and Joint Decade, 2000–2010») [10, 22].

Понятие «Ревматических заболеваний» объединяет более 100 различных воспалительных, невоспалительных и метаболических болезней и синдромов, проявляющихся патологией суставов и околосуставных мягких тканей, позвоночника, мышц, хрящей и костей, а также системным поражением соединительной ткани. РЗ встречаются у людей любого возраста и увеличивают свою распространенность от детских групп к более старшим. С точки зрения социальной значимости данная патология представляет собой серьезную экономическую проблему, поскольку тяжесть и длительность течения РЗ значительно ухудшает качество жизни больных и требует постоянной социальной и медицинской поддержки. Немаловажным является и тот факт, что количество больных РЗ год от года растет. Так популяционное исследование в Нидерландах показывает, что среди жителей старше 25 лет, распространенность болезней костно–мышечной системы и соединительной ткани (БКМС) составляет 40,8% среди мужчин и 48% – среди женщин [216]. Аналогичны данные, полученные и в результате популяционного исследования среди испанцев старше 20 лет. Суммарная распространенность пяти РЗ (ревматоидного артрита, болей в нижней части спины, гонартроза, артроза суставов кистей и фибромиалгии) составила 34% [169].

Следует также отметить, что процесс старения населения будет вносить свою лепту в нарастание распространенности воспалительных и особенно дегенеративно–дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата. По прогнозам, число жителей в возрасте 60 лет и старше по сравнению с лицами трудоспособного возраста (20–59 лет) достигнет к 2045 г. значений 0,81

для стран Западной Европы и 0,55 – Северной Америки против 0,39 и 0,29 (соответственно), имевшихся в 2000 г. [179].

В нашей стране за период (1999–2003 гг.) официальный показатель заболеваемости (по статистическим сводкам МЗ РФ), рассчитанный на 100 000 населения страны, для болезней костно-мышечной системы (БКМС) возрос на 23,9%, тогда как общая заболеваемость населения по всем регистрируемым группам за тот же период увеличилась на 11,3%. При этом доля БКМС среди всех болезней повысилась с 6,5% до 7,25%. Современные данные о ревматологической заболеваемости населения России, полученные в процессе выполнения начатой в 2003 г. многоцентровой программы по изучению социально–экономических последствий РЗ в 12 регионах Российской Федерации (скринирование около 23,5 тыс. взрослого городского и сельского населения) членами Ассоциации ревматологов России (АРР) под руководством Института ревматологии РАМН, показали, что суставные жалобы на протяжении жизни имеют более 40% респондентов [149].

По данным Гришиной Л.П. (2010) в структуре заболеваемости населения в Российской Федерации болезни костно-мышечной системы занимают 4-5 место; число больных с данной патологией увеличивается с 12,7 млн человек в 2000 г. до 17,7 млн человек в 2008 г., уровень заболеваемости возрастает с 8750,3 в 2000 г. до 12500,1 в 2008 г. на 100 000 человек населения. В структуре инвалидности болезни костно-мышечной системы последние 10 лет занимают 3 ранговое место и ежегодно около 300 тыс. инвалидов освидетельствуются в бюро МСЭ Российской Федерации [28].

Следует отметить, что именно в развитии данной патологии взаимосвязь ревматоидного процесса, личностных особенностей и психоэмоционального состояния пациентов изучены наиболее подробно. В подавляющем большинстве случаев возникновения РА имеют место предшествующие острые или хронические психотравмы, затяжные интрапсихические конфликты, приведшие к тревожным и депрессивным расстройствам [78, 98, 114, 135, 147]. Как сообщают J.G. Hanly и соавт. (2005), предшествующие нарушения психики

присутствуют в 66% случаев развития РА [188]. По данным Ю.С. Фофановой и соавт. (2009), у 30-87% пациентов с РА накануне начала или обострения болезни имеет место социальный стресс [135]. Важно отметить, что, по наблюдениям некоторых авторов, именно хронический стресс небольшой или средней силы, сопровождающийся дисфункцией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, провоцирует развитие как РА, так и депрессии; в то время как интенсивный стресс, включающий выброс нейротрансмиттеров и гормонов стресса, в ряде случаев приводит к снижению активности ревматоидного процесса [135, 173, 189].

Авторами разных лет описываются преморбидные особенности пациентов с РА, составившие картину «ревматоидной личности»: тревожность, пессимизм, ипохондричность, ригидность и конкретность мышления, консерватизм, повышенное чувство ответственности, застенчивость, доходящая до мазохизма жертвенность, заниженная самооценка, склонность доверять окружающим больше, чем себе, готовность к самообвинению, алекситимия, невысокий уровень социальной адаптации и приятия окружающих; на этом фоне периодические вспышки протестных реакций как следствие конформизма и хронического подавления своих враждебных эмоциональных импульсов [2, 20, 21, 70, 78, 98, 114, 147, 221]. Названные черты личности в совокупности с генетической предрасположенностью и аутоиммунной агрессией способствуют как дебюту, так и развитию ревматоидного процесса [70, 114]. По некоторым данным, у 2/3 пациентов с РА признаки депрессии имели место еще до заболевания [135, 188].

Помимо участия психоэмоционального фактора в развитии РА существует и обратное явление – ухудшение психического состояния пациентов по мере прогрессирования заболевания. Согласно ряду источников, сопряжённые с болевым синдромом соматические заболевания, в числе которых РА, имеют высокую угрозу развития депрессивных, тревожных, панических расстройств; боль в суставах, переживаемая почти ежедневно на протяжении трёх месяцев, в три раза повышает вероятность присоединения

депрессивного расстройства [98, 128, 135, 155, 214]. Хроническое течение РА, сопровождающееся болевым синдромом, неизбежно приводит к изменению привычного самочувствия, сокращению физической и социальной активности и, как следствие, к снижению самооценки и появлению чувства вины перед близкими; может формироваться астеношизоидная и астеноипохондрическая деформация личности; более чем в 80% случаев развиваются депрессия, тревога, расстройства сна; примерно у 30% больных с депрессией присутствуют суицидальные идеи; около трети пациентов с РА переживают «большой» депрессивный эпизод [21, 66, 78, 107, 128, 135, 147, 170, 227, 228]. Одной из причин депрессии является болевой синдром: чем он интенсивнее, тем тяжелее депрессивная симптоматика [135, 155]. Имеет место и обратная связь, при которой предикторами боли являются возрастающая эмоциональная напряжённость, раздражительность и беспомощность, пассивное болевое поведение и общий пессимистический настрой [66, 70]. Участие психического фактора в развитии и поддержании болевого синдрома при РА помимо нейрогуморального механизма имеет и чисто механическое объяснение: повышенный тонус мышц, в том числе и околосуставных, сопутствующий эмоциональному напряжению, оказывает давление на суставы, приводя к перестройке внутрисуставного кровообращения и формированию реактивного синовиита [21, 78, 128, 147].

По наблюдениям Ю.С. Фофановой с соавторами (2009), выраженность депрессии при РА может быть обусловлена не только особенностями патогенеза, тяжестью и продолжительностью болезни, но также интенсивностью социального стресса, выключением из привычного бытового и рабочего взаимодействия и слабой поддержкой близких [135]. J.Cadena и соавторы (2003) в своих исследованиях сообщают, что положительная корреляция воспалительного процесса и тревожно-депрессивных расстройств особенно явно прослеживается у больных с высоким уровнем социального стресса [168]. Развиваясь на базе бытового и профессионального неблагополучия, депрессия продолжает ухудшать ситуацию больного, являясь

одной из причин снижения КЖ и потери трудоспособности наряду с обстоятельствами соматического характера; таким образом, замыкается круг «депрессия-социальный стресс» [135, 209, 214].

В целом при РА преобладают дезадаптивные формы реагирования на болезнь; только у незначительной части пациентов, напротив, происходят позитивные перемены во внутреннем мире, потенцирующие лечебный эффект: появляется потребность по-новому осознать свои ценности, межличностные отношения, место в социуме [2, 21, 78]. Говоря о недостаточности адаптивных копинг-стратегий у пациентов с РА, исследователи связывают это с медленным развитием заболевания и низким уровнем витальной угрозы, не дающим стимула к поиску способов совладающего поведения [2].

Наблюдается порочный круг, в котором психоэмоциональные расстройства, с одной стороны, являются предикторами РА, с другой – проявляются как составляющие клинической картины заболевания, обусловленные и его патогенезом, и психологическими причинами. При этом выраженность болевого синдрома обусловлена как интенсивностью ревматоидного процесса, так и тяжестью душевного состояния.

Следующей существенной группой, обуславливающей двигательные расстройства, являются дорсопатии. Актуальность проблемы дорсопатий обусловлена такими факторами, как распространённость (порядка 45% населения развитых стран) и высокая обращаемость за медицинской помощью (вторая по частоте после респираторных заболеваний) [3, 15, 19, 32, 58, 79, 86, 123, 144, 172]. Дорсалгия как неотъемлемый симптом дорсопатии, характеризующаяся этиологической и прогностической гетерогенностью, возникает на протяжении жизни у 70-90% населения, ежегодно – у 15-25%, стоит на третьем месте по частоте госпитализации и является самой частой причиной продолжительной временной нетрудоспособности после 45 лет [3, 15, 50, 52, 80, 106, 144, 223]. В возрасте около 50 лет дорсопатии диагностируются примерно у 80% мужчин и 60% женщин [80]. Заболевания, относимые к данной группе, многочисленны. Среди них: остеохондроз, спондилёз, спондилоартроз

(наиболее распространённые), остеопороз, аномалии позвоночника (стеноз позвоночного канала и/или позвоночных отверстий, люмбализация, сакрализация, асимметрия суставных щелей), спондилит, спондилоартрит, протрузии и грыжи диска, остеоартрит, ревматоидный артрит, ахондроплазия, остеомиелит, нестабильность позвоночно-двигательного сегмента, функциональные нарушения и др. [15, 50, 52, 56, 58, 80, 81, 100, 106, 123, 132, 137]. Хотя болевой синдром при дорсопатиях изначально содержит ноцицептивный компонент и нередко носит кратковременный характер, у 1/3 пациентов он в дальнейшем трансформируется в хроническую дорсалгию различной продолжительности в связи с вовлечением психогенного и нейропатического звеньев патогенеза [19, 52, 81, 100, 102, 111, 144]. На интенсивность боли и вероятность её хронизации влияют такие факторы, как особенности личности, выраженность психологического дистресса, преморбидные и развившиеся в результате заболевания аффективные расстройства, социокультурный и гендерный факторы, когнитивный компонент восприятия пациентами своего состояния (в том числе уровень катастрофизации, выбор стратегий преодоления боли) [19, 58, 81, 100, 102, 111, 137, 144, 230]. Болевое поведение, представляющее собой сообщение окружению о наличии боли и являющееся при дорсопатиях закономерным и, как правило, адекватным уровню физического страдания, в ряде случаев может принимать гипертрофированные формы, усугубляя боль и уровень инвалидизации [102, 137, 230]. Причины такой непропорциональности заключаются в доминировании когнитивного и эмоционального восприятия боли над её непосредственным проживанием на уровне ощущений [137, 230]. Признаками чрезмерного болевого поведения являются драматизация жалоб, отказ от физической активности, просьбы о помощи, отсутствие стремления к восстановлению двигательных функций, несоответствие жалоб пациента и наблюдений близких родственников, отдаление от социума и др. [137, 190, 230].

Сопряжённые с дорсопатиями физические страдания и изменения психоэмоционального состояния значительно ухудшают качество жизни (КЖ) по причине ограничения контактов, снижения профессиональной пригодности, временной нетрудоспособности, инвалидности и дисквалификации, нарушения привычных взаимодействий в семье, что делает данную группу заболеваний проблемой высокой социальной и финансовой значимости [3, 15, 56, 58, 59, 86, 104, 129, 131, 144, 164, 171]. В связи с этим становится важным повышение эффективности реабилитационных мероприятий, обеспечивающих восстановление трудоспособности и привычного образа жизни, а также профилактику обострений и хронизации дорсопатий [3, 59, 86, 131].

Что касается последствий ОНМК, которые переносит около 6 млн человек в мире ежегодно (а в России более 450 000 в год), то следует отметить высочайший уровень инвалидизации данной категории пациентов. Лишь около половины (55%), перенесших инсульт три и более года назад, довольны своим качеством жизнедеятельности и лишь 8 – 20% может вернуться к прежней деятельности (K. Asplund, 2006; Т.М. Алексеева и соавт., 2011). Распространенность постинсультной спастичности по данным ВОЗ составляет 200 на 100 000 населения, а общее число больных в мире достигает 12 млн. По данным регистра инсульта НИИ неврологии РАН, к концу острого периода инсульта гемипарез наблюдается у 81,1% пациентов, из них: гемиплегия – в 11,2%; выраженный гемипарез – в 11,1%; легкий и умеренный гемипарез – в 58,8% случаев [17]. Слабость в руке (примерно у 50% больных) и/или слабость в ноге (примерно 40 – 45% случаев) в сочетании с болевым синдромом приводят к снижению общей двигательной активности и становятся причиной зависимости от окружающих в повседневной жизни. [5, 30, 31, 83].

1.2. Личностные особенности и расстройства психической сферы в соматической клинике, современные подходы к их оценке и измерению

Учитывая тяжесть телесных страданий при всех вышеуказанных заболеваниях, естественно предположить, что у подавляющего большинства больных с нарушениями двигательных функций выявляются расстройства на всех уровнях функционирования психики: индивидуально-личностном, эмоциональном, социально-психологическом.

В отечественной и зарубежной литературе на сегодняшний день имеется огромное количество работ, свидетельствующих о прицельном внимании к психологической и психопатологической составляющим данной категории расстройств. Личностные особенности пациентов с ревматоидной патологией и другими хроническими соматическими заболеваниями пытались свести к единому знаменателю со времен Ф. Александера (1968). В современных исследованиях большое значение уделяется 5 базовым чертам личности, так называемой «Большой пятерке», которая была предложена Полом Костой и Робертом Мак Креем и состоит из пяти иерархически организованных измерений: Экстраверсии, Согласия, Сознательности, Нейротизма и Открытости опыту (McCrae, John, 1992). Многочисленные кросс-культурные исследования пятифакторной модели личности в разных странах подтверждали ее воспроизводимость и устойчивость в разных культурах и в разных поколениях (McCrae, John, 1992), что дает возможность отнести ее к универсальным психологическим моделям [130, 206]. Концепция «Большой Пятерки» сформирована на основе лексики повседневного языка, доступного для понимания неспециалистов. В ней используются описания поведения, которыми человек оперирует в бытовой речи. В последующем в процессе изучения модели личности появлялись модели, теоретически предполагающие наличие большего количества базовых факторов личности: это и 7-факторная модель Almagor, Tellegen, and Waller (1995) с двумя дополнительными к

Большой Пятерке факторами — «Позитивной валентности» (оригинальный, утонченный, благородный) и «Негативной валентности» (опасный, злобный, неприспособленный, вероломный), и 6-факторная структура De Raad and Szirmak (1994), полученная на венгерской выборке и дополненная Прямотой (Integrity), включающей правдивость, надежность, лицемерие, тщеславие и жадность; а Ashton et al. (2004) показывают возможность существования шестого самостоятельного фактора личности – Искренность [158, 175].

Однако в целом, как отмечают John et al. (2008), эти факторы остаются именно добавочными; основная структура выглядит универсальной и надкультуральной. В США и Европе изучение «Большой Пятерки» приобрело большой размах и если в 1990–1994 гг. количество публикаций, относящихся к этой теории, не достигало 500, то в 2004–2008 гг. их было больше 1500, а к 2009 году частота цитирования «Большой Пятерки» превзошла использование моделей Айзенка и Кэттела вместе взятых более чем в 50 раз [191]. На данный момент существуют исследования демонстрирующие, роль генетических механизмов в индивидуальных различиях, описываемых пятифакторной моделью, что верно даже по отношению к фактору «добросовестность» [165].

Следует отметить, что изучение пятифакторной структуры личности проводится в большинстве случаев у лиц, косвенно связанных с медицинскими проблемами, например, у врачей, студентов медицинских институтов, психологов, травмированных спортсменов, и в рамках этой модели имеются лишь единичные работы, представляющие описание личностных особенностей узкого круга пациентов соматической клиники т.д. [24, 26, 73].

Более пристальное внимание в медицинской науке уделяется изучению психопатологических характеристик, то есть психическому состоянию пациентов. Интересным является факт, что самому термину «психическое состояние» определение чаще дается в психологической литературе. В среде клиницистов обычно встречается словосочетание «психические расстройства». Если же речь заходит о психическом состоянии, то как правило, здесь приводятся актуальные психопатологические феномены, которые на момент

осмотра описывают психику пациента. Однако, только обращение к используемому в психологии определению термина «психическое состояние» дает возможность выделить главную его характеристику - динамичность данного конструкта. В Российской психологии подробно изучил и описал понятие психического состояния Н. Д. Левитов (1964). По определению автора, психическое состояние – это целостная характеристика психической деятельности за определенный период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности. То есть формирование и преобразование психического состояния происходит в контексте переживания неких жизненных событий. А. О. Прохоров понимает психическое состояние как единство переживания субъекта и его поведения в совокупности с ситуацией жизнедеятельности – основной причиной, вызывающей то или иное психическое состояние.

В большинстве отечественных и зарубежных работ изучение психопатологических характеристик пациентов проводится с использованием монополярных шкал, описывающих тревогу и депрессию [41]. Семантическая нагрузка данных шкал такова, что у пациента, в зависимости от его целеполагания, есть возможность продемонстрировать исследователю желаемый результат. В противовес этому, для более полного представления о динамических изменениях текущего психического состояния используются полифакторные опросники, в том числе, клиническая шкала (SCL-90-R), разработанная L.Derogatis et al. в 1977 г [176, 177]. Данная методика – весьма экономичный психодиагностический метод, позволяющий определять большое количество показателей, созданная на основе Hopkins Symptom Checklist (HSCL), ведущего свою историю от Comell Medical Index (Wider, 1948). Опросник SCL-90-R отличается от своих предшественников тем, что в основу его положены базовые клинические дефиниции. Авторами были выбраны только те синдромы, которые имеют четкие и ясные определения в литературе. Методика предназначена для оценки паттернов психопатологических

признаков у широкого круга исследуемых - от психиатрических пациентов (вне острого психотического состояния) до психически здоровых лиц. SCL-90-R - инструмент определения актуального состояния, но не изучения личности, инструкция к нему предлагает респондентам определить свое текущее психоэмоциональное состояние в течение прошедшей недели. Важной особенностью его так же является тест-ретестовая надежность, что расширяет возможности его использования. Многочисленные исследователи доказали самостоятельную ценность клинических и психометрических характеристик SCL-90R. В этом смысле, методика видится оптимальной в своем роде, используемой специалистами во всем мире для диагностики лиц с различными клиническими психопатологическими проявлениями в психиатрии, у онкологических больных, наркологических пациентов, пациентов с различными соматическими заболеваниями. Кроме того, методика переведена на многие языки и используется во многих странах. Русский вариант был апробирован и валидизирован в процессе проведения комплексного исследования Лабораторией психологии посттравматического стресса и психотерапии ИП РАН под руководством Н.В. Тарабриной [127].

Опросник включает 90 пунктов, ранжированных по 5-балльной системе. Ответы на 90 пунктов подсчитываются и интерпретируются по 9 основным шкалам: Соматизации (SOM), Обсессивности-компульсивности (O-C), Интерперсональной (межличностной) сенситивности (INT), Депрессии (DEP), Тревоги (ANX), Враждебности (HOS), Фобической тревоги (PHOB), Паранойяльных тенденций (PAR), Психотизма (PSY) и по 3 обобщенным подшкалам второго порядка: Общего индекса тяжести симптомов (GSI), Индекса наличия признаков дистресса (PTSD), Общего числа утвердительных ответов (PST). Кроме того, в опроснике имеется 7 вопросов, которые не входят ни в одну из указанных шкал.

Универсальность методики подтверждается широким кругом исследований, задействоваших ее в качестве обеспечивающей наибольшую информативность [11, 76, 82, 103, 125, 126, 136, 141, 142, 199].

Учитывая обобщающую особенность физического состояния исследуемых нами пациентов – нарушения функции движения – целесообразным являлся поиск конструкта, позволяющего выявить переживания пациентов, связанные непосредственно с данным видом расстройств. В этом смысле актуальным представляется использование инструмента, измеряющего кинезиофобию – Шкалы Тампа (ТСК). Данная шкала позволяет объективизировать страх передвижения и страх травматизации/ретравматизации во время движения. Достаточно большое количество исследований нашли доказательства прогностической валидности ТСК [185, 187, 195, 196, 201, 211]. Было показано, что высокая выраженность страха движения и/или (ре)травмы связаны с низкими показателями по ряду физических испытаний, и, помимо этого является более серьезным предиктором инвалидизации, чем биомедицинские признаки [167, 192]. Однако, в отечественной литературе работ по валидизации данной методики обнаружено не было.

Термин «Kinesiophobia» был введен для определения страха движения у пациентов с хроническими болями в 1990 году [196]. На сегодняшний день есть два наиболее распространенных определения, одно из которых соответствует непосредственно термину «кинезиофобия»: чрезмерный, *иррациональный и ослабляющий* страх движения и действия, *связанный с чувством уязвимости* к переживанию боли или повторной травмы (Кори и соавт., 1990), и второе определение, соответствующее «страху движения»: ошибочное предположение (страх), что движение и/или физическая активность может стать причиной повторной травмы (Vlaeyen и соавт., 1995). Термины «кинезиофобия» и «страх движения» часто используются как синонимы в литературе, хотя есть безусловная психологическая разница между ними. У пациентов с хронической болью поведение избегания может являться адаптивной частью поведения, как естественный ответ на повреждение, и лишь часть из них будет страдать истинной кинезиофобией, будучи не в состоянии справиться со своим страхом [217, 229].

По мнению M. Bäck и соавт. [161] сама по себе кинезиофобия представляет собой конструкцию, а не фактическое заболевание или патологическое состояние. Страх и тревога тесно связаны друг с другом, но имеют ряд принципиальных отличий и, если страх определяется как «обычно неприятное чувство, возникающее как реакция на реалистические опасности» [203], то тревожность – есть «опасения ожидании будущей опасности или несчастья, сопровождающееся чувством дисфории или соматических симптомов напряжения» [182]. Понятие тревожности получил свое развитие в теориях личности, где оно является концептуальным свойством личности [163] и указывает на привычную склонность к тревожности в течение длительного периода времени и во многих ситуациях – «я обычно чувствую себя тревожно». Фобия же определяется как «страх перед ситуацией, вне зависимости от ее опасности, который не может быть ни объяснен, ни мотивирован; выходит за рамки контроля и приводит к избеганию пугающей ситуации» [203]. Именно эти факты явились основанием для проведения исследований, продемонстрировавших наличие 2 «фокусов» ТСК и позволяющих рассматривать ее как инструмент *психо*физической диагностики [161, 174, 185, 187, 195].

Следующим безусловным критерием оценки состояния здоровья в целом и качества реабилитационных мероприятий в частности, является субъективная оценка качества жизни (КЖ), измеряемая одобренным ВОЗ и принятым в мире инструментом SF-36. В настоящее время имеются сведения об изучении КЖ практически во всех областях медицины. А.А.Новик и Т.И.Ионова (2007) приводят список специальностей, по которым проводятся исследования КЖ: гастроэнтерология, гематология, геронтология, гинекология, дерматовенерология, ЛОР-патология, кардиология, неврология, нефрология, онкология, офтальмология, паллиативная медицина, ревматология, педиатрия, психиатрия, травматология, пульмонология, трансплантология, урология, хирургия, эндокринология [95]. Как видно из данного списка, реабилитация и восстановительная медицина отдельной строкой не представлена и это

соответствует действительности. Изучение КЖ, как правило, происходит в процессе стационарного или амбулаторного лечения острого или обострившегося хронического заболевания, либо, крайне редко, во время курации социальными работниками. Что касается трактовки получаемых результатов, на сегодняшний день имеются очень относительные «нормативные» данные, пригодные для сравнения.

В доступной литературе за последние годы на исследования КЖ у пациентов с РА с помощью опросника SF-36 указывает лишь небольшое число авторов [4, 140, 147].

На одной ступени по распространенности и доступности с оценкой качества жизни, в настоящее время находится метод описания субъективного ощущения самочувствия с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), также широко применяемой во всех областях здравоохранения [150].

Работы, связывающие воедино различные уровни функционирования психики индивидуума встречаются в литературе достаточно редко и связаны с изучением КЖ в контексте личностных особенностей и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с хроническим вирусным гепатитом С [29], у пациентов с клиническими проявлениями метаболического синдрома [139], у пациентов с сердечно-сосудистой патологией [99, 219], у пациентов с патологией ОДА [129], у пациентов с ревматоидным артритом [186], у родственников пациентов, перенесших ОНМК [212]. Отражение наиболее полной и всесторонней оценки различных уровней психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов с хронической соматической патологией обнаружено в работах Зайцева В.П., Айвазян Т.А. и Языковой Т. А. (2002, 2011) [39, 151].

Следует отметить, что наибольшее количество работ, одновременно отражающих личностные, психопатологические и психосоциальные характеристики различных групп респондентов, выполнено психологами с использованием в том числе специфических объемных психологических шкал и опросников, ориентированных на немедицинские аспекты проблемы и

качественно и количественно не подходят для сравнения в клиническом исследовании.

В результате же проводимых клинических исследований фиксируется повышение уровня тревоги и депрессии у значительной доли пациентов, страдающих хронической соматической патологией. По мнению А.Б.Смулевича (2007), актуальность проблемы депрессий в общемедицинской практике составляет 22-33% и конкурирует только с таким распространенным заболеванием, как артериальная гипертония [119]. По данным М.А. Лисиной (1988) при клинико-эпидемиологическом исследовании взрослых пациентов терапевтического участка было установлено, что маскированные психопатологические состояния, имитирующие патологию опорно-двигательной системы, составляют около 30% от всех соматизированных расстройств и составляют 35 на 1000 населения. Эти нарушения, как правило, травматологами-ортопедами не диагностируются, поскольку принимаются за реальную патологию опорно-двигательного аппарата, в частности, остеохондроз позвоночника, и подвергаются длительному консервативному и нередко оперативному лечению [74]. Распознавание депрессии и тревоги при наличии соматоформных расстройств снижается в поликлинической сети с 77% до 22% [198]. В то же время, А.Н. Корнетов (2010) показывает равномерное распределение депрессивных расстройств в различных общемедицинских учреждениях – поликлиниках (18,5%), соматических стационарах (18,1%) и санаторно-курортной сети (18,7%) [63]. Расстройства тревожно-депрессивного спектра, как правило, рассматриваются в едином континууме. Например, по информации, которая приводятся в совместной работе НИИ ревматологии РАМН и Московского НИИ психиатрии Росздрава (Ю.С. Фофанова и соавт., 2009), эпидемиологические исследования больных ревматоидным артритом выявляют тревожно-депрессивные расстройства более чем у 60% респондентов [135]. Обращает на себя внимание тот факт, что в подавляющем большинстве проводимых исследований для диагностики используются монополярные шкалы.

1.3. Психокоррекционные мероприятия в медицинской реабилитации пациентов с хронической соматической патологией

Наличие сведений об исключительном преобладании тревожно-депрессивных расстройств предполагает соответствующие подходы к их терапии. Как правило, в комплекс психокоррекции включаются психотерапевтические сессии (индивидуальные, а чаще, групповые) и психофармакотерапия в виде антидепрессантов и анксиолитиков. Назначение соответствующих медикаментов является наиболее распространенным способом решения проблемы, так как поддерживается убеждением, что оно не требует подробного изучения психолого-психопатологического статуса пациентов. Однако, в современных экономических условиях назначение препаратов, обладающих высокой эффективностью и малым спектром побочных влияний, для многих медицинских учреждений становится непозволительной роскошью. В данной ситуации возникает необходимость четкой дифференциации возможностей немедикаментозных психокоррекционных подходов в медицинской реабилитации и восстановительной медицине.

Психокоррекционные мероприятия в процессе медицинской реабилитации имеют своей целью, прежде всего, информационно-разъяснительную работу с пациентами, организованную по принципу «Школы пациента», проводимую как в индивидуальном, так и в групповом режиме. Содержание этой работы определяется нозологической спецификой заболевания [8, 23, 49, 124, 148]. Показано также безусловное положительное влияние не только на психологическое, но и на соматическое состояние пациентов, применение различных техник психотерапевтического воздействия. Существуют работы, демонстрирующие достоверное улучшение состояния пациентов с болевыми синдромами [40, 154], пациентов с онкологической патологией [27, 33], пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями [61],

пациентов, перенесших трансплантацию печени [18]. В доступной литературе неоднократно упоминается необходимость психотерапевтической и психокоррекционной работы у подавляющего числа больных (60,9%) с церебральной недостаточностью, в том числе, перенесших инсульт, причем, акцент ставится именно на максимально раннем подключении специалистов соответствующего профиля - в период острой нозогенной невротической реакции до формирования индивидуальной концепции болезни, ошибочных мотивов поведения [51, 112].

В обзоре G.O. Gabbard (2000) рассматривается ряд работ, подтверждающих непосредственное влияние психотерапии на структуры головного мозга, зафиксированное такими объективными методами как позитронно-эмиссионная томография, способная измерить локальную скорость метаболизма глюкозы. Так приводятся ссылки на источники, показывающие, что в терапии обсессивно-компульсивного расстройства и Флуоксетин, и Бихевиоральная терапия оказывают аналогичное действие на изменение скорости метаболизма в головке правого хвостатого ядра; психодинамическая психотерапия существенно влияет на обмен серотонина; когнитивно-бихевиоральная терапия вызывает биологические изменения у пациентов, страдающих паническим расстройством, а когнитивная терапия способна влиять на концентрацию гормонов щитовидной железы и вызывать биологические изменения в структуре сна аналогичные действию антидепрессантов [184].

В отечественной и зарубежной литературе имеются ссылки на наиболее эффективные техники, применяемые в настоящее время в психотерапевтической работе. Важнейшее место на этом этапе отводится методам и приемам релаксации (от лат. relaxation – уменьшение напряжения), направленным на создание условий для снижения эмоционального напряжения и выработку навыков саморегуляции. Наиболее известные способы релаксации разработаны еще в 20-х годах прошлого века, к ним относятся метод нервно-мышечного расслабления (так называемая прогрессивная мышечная

релаксация) Эдмунда Якобсона. Нервно-мышечная релаксация состоит из серии простых упражнений, каждое из которых заключается в чередовании сильного напряжения и быстро следующего за ним расслабления соответствующей группы мышц, в результате которых возникает эффект снятия напряжения. Принципиально важным для реабилитационного процесса представляется то, что овладение расслаблением с помощью метода нервно-мышечной релаксации повышает возможности саморегуляции, способствует формированию внутренних средств контроля и управления текущим состоянием, что, в свою очередь, создает предпосылки для осознанного ответственного включения пациента в процесс восстановления нарушенных функций. Сведения о применении этой техники присутствуют в работах, посвященных, помимо различного спектра психических расстройств, психотерапии боли (в том числе при РА), психотерапии онкологических и хирургических пациентов, психотерапии пациентов с артериальной гипертензией, синдромом раздраженной толстой кишки [36, 143, 197, 204, 224, 231]. Так В.А. Ишинова и соавт. (2007) показывают эффективность методов релаксации на основании исследования БЭА мозга: у лиц с тревожно-фобическими расстройствами в 65% случаев отмечалась неустойчивость нейродинамических процессов и в 68% случаев - повышение процессов возбуждения, которые в 96% случаев значительно снижались после сеансов психологической релаксации, что свидетельствовало о нормализации функционального состояния ЦНС [46].

Широкое распространение в клинике в настоящее время получили когнитивные и бихевиоральные (поведенческие) методы психотерапевтического воздействия. Концептуальной основой этих направлений служит положение о том, что эмоциональные и поведенческие реакции опосредованы, прежде всего, когнитивными структурами и процессами, происходящими в сознании человека, его мышлением. Иными словами, не внешние события сами по себе, а значения, которыми наделяет индивид окружающие предметы и явления, его установки и ожидания

относительно них, определяют переживаемые чувства и поведение [133]. В рамках когнитивного подхода основной фокус внимания психотерапевта направлен на коррекцию патогенных убеждений пациента относительно возможности избавления болезненных симптомов, собственной ответственности за выздоровление, будущих перспектив: «из-за болезни я совершенно не могу работать», «близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие», «медики не могут разобраться в моей болезни, и только делают вид, что лечат», «моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей», «организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать» и т.д. Принципиально важным является также преодоление таких мыслительных ошибок, как: «черно-белое» мышление; сверхобобщение; произвольное умозаключение; селективное абстрагирование и отвержение положительного опыта; тирания долженствования; преувеличение (катастрофизация) или преуменьшение (минимизация, недооценивание) опыта и т.д. [97].

В поведенческом подходе к организации психологического и психотерапевтического сопровождения основной акцент делается на переструктурировании навыков и умений социального функционирования пациента, его адаптации к ситуации заболевания, повышение самоконтроля. Поскольку важным компонентом любой болезни являются тревога и страх **(**страх потерять работоспособность, независимость, внутреннюю целостность, стать инвалидом, обузой для близких**)**, редукция тревожных ожиданий снимает внутреннее напряжение, облегчает эмоциональное и физическое функционирование.

Показано, что применение бихевиоральных техник способствует уменьшению интенсивности боли и улучшает функциональный статус по сравнению с плацебо, а программы, сочетающие поведенческую психотерапию с постепенным увеличением уровня физической активности, эффективнее традиционной терапии в отношении возвращения к труду [65, 98, 100, 101, 114, 128, 136, 200].

В разрешении большого числа психологических проблем может содействовать телесно-ориентированный подход, разработанный В. Райхом. Этот метод основан на положении о том, что имеющиеся у человека устоявшиеся двигательные паттерны отражают состояние его нервной системы. Метод помогает пациенту осознать и проработать вытесненные эмоциональные переживания, найти наиболее эффективный способ движения, устранить ненужные мышечные напряжения и неэффективные паттерны, вошедшие в привычку и лежащие в основе болевых ощущений различной локализации. Телесно-ориентированная психотерапия направлена на восстановление связей между двигательными участками коры головного мозга и мышцами, которые рефлекторно вовлечены в избыточное напряжение, помогает научиться расслабляться и находить собственный ритм, темп и объем движений, чтобы преодолеть отрицательные привычки в использовании собственного тела, практику его регулярной перегрузки, поддержание хронических «зажимов», так называемого «мышечного панциря». Это можно обозначить, как способность двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности, а не посредством увеличения мышечной силы, достигнуть чего можно за счет правильного понимания механизма работы суставно-мышечного аппарата и всего тела, как системы. При этом возрастающее осознание движений и их новая степень подвижности в процессе психотерапии соотносятся с гармонизацией работы двигательных участков коры головного мозга, формированием и закреплением новых положительных комплексных рефлексов [57].

Одним из активно практикуемых и эффективных методов при работе с широким спектром интрапсихических и межличностных конфликтов является так же гештальт-терапия, которая, благодаря целостному взгляду на человека в единстве его психологического, биологического и социального существования, дает возможность продуктивно работать с проявлениями соматических заболеваний. Основным принципом и целью гештальт-подхода является осознавание, переживание и понимание имеющихся в настоящем ощущений,

чувств и мыслей, это способ постоянно находиться в контакте с самим собой когнитивно, аффективно и сенсорно. Осознавание чувств и ощущений, ориентация в том, какая из потребностей является в данный момент наиболее важной, ориентация в ситуации, которая может предоставить возможности для удовлетворения потребности и усвоения полученного опыта, дают возможность поддерживать организмическую и психологическую саморегуляцию пациентов. Результатом психотерапии в данном случае может быть восстановление утраченной (или частично утраченной в силу произошедших событий) готовности принимать решения и делать выбор, рост ответственности за свои решения, за происходящие в жизни события и за свою жизнь в целом, что является особенно актуальным для поддержания положительной мотивации к лечению у пациентов на этапе медицинской реабилитации. Таким образом, пациент становится не жертвой обстоятельств, из пассивной позиции «лечите меня» переходит к активной и осознанной позиции «я готов делать все необходимое для того, чтобы выздороветь» [12, 37, 62, 73, 123].

Терапия искусством (арт-терапия) – это метод, основанный на использовании художественного творчества в целях психокоррекции и личностного развития человека [6, 105]. В настоящее время так называются все виды занятий искусством, которые проводятся в медицинских учреждениях с целью редукции болезненных состояний. Эффективность применения искусства в контексте медицинской реабилитации основывается на том, что этот метод позволяет проецировать свои ощущения невербальными способами, экспериментировать с чувствами, симптомами, исследовать и выражать их на символическом уровне. Процесс арт-терапии способствует изменению отношения человека к собственному прошлому травматическому опыту, переживаниям и болезням, испытываемым страданиям. Данная техника имеет особую ценность при работе с лицами, которые страдают алекситимией, то есть затрудняются дать словесное описание беспокоящих симптомов. Для непосредственного участия в творческом процессе не требуются специальные навыки или способности – каждый может выразить себя в рисунке, движении,

звуке, поэтому арт-терапия не имеет противопоказаний и ограничений. [6, 13, 98].

Эффективным и объединяющим многие виды психотерапевтического воздействия является мультимодальная психотерапия, основоположником которой является Арнольд Лазарус. В конце 50-х гг. прошлого века он выдвинул тезис, что к проблемам лучше всего подходить в расширенной системе координат, и призвал к синтезу различных психообразовательных, психотерапевтических и фармакологических подходов [69]. «Я давно убежден (Lazarus, 1967), что психотерапевт, который хочет, чтобы его работа с широким кругом проблем была эффективной, должен обладать гибкостью, быть разносторонне образованным и использовать технически эклектичный подход. Психотерапевт, не забывающий в своей деятельности об этике, может пользоваться разными техниками, которые кажутся ему полезными, независимо от их происхождения. Но одновременно с этим он должен с большой осторожностью подходить к использованию породивших эти техники теорий. Психотерапевтические процедуры могут быть эффективными по причинам, не имеющим ничего общего с их теоретической подоплекой. Полезные техники можно почерпнуть из любого источника. Таким образом, психотерапевт, придерживающийся технического эклектизма, использует большое количество разнообразных методов воздействия, при этом оставаясь приверженцем определенной теоретической структуры, правильность которой может быть подвергнута проверке или опровергнута». В 1973 г. он предложил подход, получивший название мультимодальной терапии, а в 1981 г. опубликовал свой классический труд «Практика мультимодальной терапии». Мультимодальная психотерапия представляет собой применение принципов и техник (основывающихся главным образом на данных социальной, когнитивной и экспериментальной психологии, а так-же на клиническом опыте) для уменьшения страданий людей и увеличения жизненной адаптивности. Задачи, решаемые данным направлением психотерапии, могут быть охарактеризованы как обучающие, а основное внимание уделяется внутриличностному

функционированию и межличностным взаимодействиям в социальных и семейных системах [43, 45].

Очень близким к мультимодальному является предложенный В.В.Макаровым и широко используемый в российской психотерапии подход - Полимодальная психотерапия (ПМП) (Polymodal Psychotherapy) [77]. ПМП – метод психотерапии, в котором объединены теоретические, концептуальные и методологические построения, подходы и технологии выбранных модальностей психотерапии, что образует на основе их достижений новую интегративную систему психотерапии. Плюрализм выделенных методов ограничивается личным опытом (образовательным, практическим) специалиста, а также общетеоретической подготовкой и корпоративной этикой психотерапевтов. Кроме того, целостность созданной системы помощи поддерживается каким-либо одним из трёх вариантов «сборки»: эклектическим, интегративным или системным. В этом подходе теории личности носят вспомогательный характер. В каждом из вариантов их может использоваться несколько и тем более важным представляется общий подход к пониманию человека с точки зрения двоичной: био–психическая, троичной: био–психо–социальная или даже четырёхчастной: био–психо–социо–духовная парадигмы понимания человека в психотерапии.

Комплексный психотерапевтический подход, в частности, представлен в исследовании Н.В. Обухова и соавт. (2014), демонстрирующий влияние терапии психических расстройств при хронической обструктивной болезни легких на течение основного заболевания. В процессе работы использовались элементы когнитивного, рационально-эмотивного, личностно- и проблемно-ориентированного подходов, использовались техники нейролингвистического программирования (НЛП), суггестия, прогрессивная мышечная релаксация, управляемая визуализация и др. [96]. В полномасштабном исследовании М.Н.Клюшина (2009) при коррекции психических расстройств непсихотического спектра у пациентов с длительными сроками ортопедического лечения в процессе психотерапии применялись когнитивный

подход, НЛП, методы недирективной суггестии, ресурсные техники, проработка психотравмирующей ситуации, постройка позитивного будущего [53, 54].

Таким образом, при наличии большого числа исследований в области психодиагностики и психокоррекции у пациентов с хронической соматической патологией, в настоящее время не обнаружено работ, объединяющих последовательное и преемственное изучение личностных характеристик, психопатологических особенностей и качества жизни пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе медицинской реабилитации с целью определения оптимально-информативного объема обследования и выделения факторов, позволяющих научно обосновать возможность включения пациентов с нарушениями двигательных функций различной этиологии в единый психокоррекционный процесс и сформулировать показания, непосредственно определяющие необходимость и последовательность проведения психокоррекциионных мероприятий.

ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1.Общая характеристика обследованного контингента

В исследование были включены 1163 человека. Большую часть респондентов – 1021 человек – составили пациенты с нарушениями двигательных функций, находящиеся в процессе медицинской реабилитации в филиале №3 МНПЦ МРВСМ ДЗМ и направленные на консультацию к медицинскому психологу, согласно ранее нами разработанного и постоянно применяемого в практической работе алгоритма (приложение №1).

Учитывая клиническое единство подходов к организации реабилитационного процесса у больных с нарушением двигательных функций, обследуемый контингент испытуемых был представлен тремя нозологическими группами:

Пациенты с нарушениями двигательных функций в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Группу составили 421 пациент, среди которых было 229 (54,4%) женщины и 192 (45,6%) мужчины.

Пациенты с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий. Группу составили 347 пациентов, среди которых было 207 (59,7%) женщин и 140 (40,3%) мужчин.

Пациенты с нарушениями двигательных функций на фоне ревматических заболеваний крупных суставов. Группу составили 253 пациента, среди которых было 174 (68,8%) женщины и 79 (31,2%) мужчин.

Параллельно с пациентами стационара была обследована группа условно-здоровых добровольцев с целью дополнительного изучения структуры качества жизни (КЖ): 142 человека – 77 (54,2%) женщин и 65 (45,8%) мужчин.

2.2 Дизайн и этапы исследования

На *первом этапе* работы исследовалось качество жизни (КЖ) пациентов с нарушениями двигательных функций с помощью опросника «*SF-36»*. Параллельно изучалось КЖ условно-здоровых добровольцев. В заключении первого этапа определялись новые операциональные возможности опросника.

В исследование было включено 268 респондентов:

- 47 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 54,2±12,1), среди них 19 (40,4%) женщин, 28 (59,6%) мужчин;
- 48 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 54,4±11,4), среди них 28 (58,3%) женщин, 20 (41,7%) мужчин;
- 31 пациент с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 53,4±9,0), среди них 19 (61,3%) женщин, 12 (38,7%) мужчин;
- 142 условно-здоровых добровольца, (средний возраст 53,1±8,3), среди них 77 (54,2%) женщин, 65 (45,8%) мужчин.

Все группы пациентов с нарушениями двигательных функций были сопоставимы по основным социально-демографическим и анамнестическим критериям, степени выраженности нарушений двигательных функций (за исключением группы условно-здоровых добровольцев) ($p>0,05$).

На *втором этапе* исследования проводилась валидизация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций. В качестве инструментов были использованы русскоязычный вариант *«Шкалы кинезиофобии Тампа», Методика диагностики самооценки мотивации*

одобрения («Шкала лживости» Д. Марлоу, Д. Крауна), Визуальная аналоговая шкала «ВАШ» боли.

В исследование было включено 292 пациента с нарушениями двигательных функций:

- 99 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 56,4±11,7), среди них 54 (54,5%) женщин, 45 (45,5%) мужчин;
- 107 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 54,6±10,4), среди них 62 (57,9%) женщин, 45 (42,1%) мужчин;
- 86 пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 55,8±9,2), среди них 59 (68,6%) женщин, 27 (31,4%) мужчин.

Все изучаемые группы были сопоставимы по основным социально-демографическим и анамнестическим критериям, степени выраженности нарушений двигательных функций ($p>0,05$).

На *третьем этапе* работы проводилось изучение устойчивых черт личности, характеристик текущего психоэмоционального состояния и их связь с субъективной оценкой качества жизни больных с нарушениями двигательных функций. Для измерения исследуемых показателей использовались следующие психометрические методики: *личностный опросник «Big Five» (Большая Пятерка), опросник выраженности психопатологической симптоматики «SCL-90-R», «Шкала кинезиофобии Тампа», опросник качества жизни «SF-36».*

В исследование было включено 126 респондентов:

- 47 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 54,2±12,1), среди них 19 (40,4%) женщин, 28 (59,6%) мужчин;

- 48 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 54,4±11,4), среди них 28 (58,3%) женщин, 20 (41,7%) мужчин;
- 31 пациент с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 53,4±9,0), среди них 19 (61,3%) женщин, 12 (38,7%) мужчин.

Все изучаемые группы были сопоставимы по основным социально-демографическим и анамнестическим критериям, степени выраженности нарушений двигательных функций ($p>0,05$).

На *четвертом этапе* работы проводился расширенный анализ психопатологических аспектов текущего психического состояния больных с нарушением двигательных функций различной этиологии (по данным *опросника выраженности психопатологической симптоматики «SCL-90-R»*) с целью содержательной верификации его ведущих составляющих.

В исследование были включены 336 пациентов с нарушениями двигательных функций, имеющих показания (согласно алгоритму, прил. №1) к консультации медицинского психолога:

- 178 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 56,7±11,9), среди них 102 (57,3%) женщин, 76 (42,7%) мужчин;
- 105 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 54,7±11,8), среди них 59 (56,1%) женщин, 46 (43,9%) мужчин
- 53 пациента с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 57,5±8,1), среди них 38 (71,7%) женщин, 15 (28,3%) мужчин.

Все изучаемые группы были сопоставимы по основным социально-демографическим и анамнестическим критериям, степени выраженности нарушений двигательных функций ($p>0,05$).

На *пятом,* заключительном, этапе работы проводилось исследование динамических психопатологических показателей у больных с нарушениями двигательных функций различной этиологии в процессе проведения психокоррекционных мероприятий (основная группа) и выявление психометрических предикторов включения пациентов в программы психокоррекции. Параллельно изучались аналогичные динамические показатели в контрольной группе больных с нарушениями двигательных функций, не участвовавших в психокоррекционных мероприятиях, и группе сравнения, пациенты которой не имели показаний к психокоррекции.

В исследование были включены: 171 пациент с нарушениями двигательных функций, нуждающийся в психокоррекции – 121 пациент с нарушениями двигательных функций основной группы, 50 пациентов контрольной группы и 96 пациентов группы сравнения, в психокоррекции не нуждающиеся.

Основную группу составили:

- 45 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 53,6±9,2), среди них 29 (64,4%) женщин, 16 (35,6%) мужчин;
- 32 пациента с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 53,5±12,5), среди них 21 (65,6%) женщин, 11 (34,4%) мужчин;
- 44 пациента с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 56,0±7,7), среди них 35 (79,5%) женщин, 9 (20,5%) мужчин.

Контрольную группу составили:

- 15 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 58,1±7,0), среди них 6 (40,0%) женщин, 9 (60,0%) мужчин;
- 18 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 52,4±11,7), среди них 12 (66,7%) женщин, 6 (33,3%) мужчин;
- 17 пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 53,1±8,6), среди них 10 (58,8%) женщин, 7 (41,2%) мужчин.

Группу сравнения составили:

- 37 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 55,6±6,0), среди них 19 (51,4%) женщин, 18 (48,6%) мужчин;
- 37 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 54,6±9,9), среди них 25 (67,6%) женщин, 12 (32,4%) мужчин;
- 22 пациента с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 55,5±9,6), среди них 13 (59,1%) женщин, 9 (40,9%) мужчин.

Все пациенты, обследованные в процессе работы на пяти ее этапах, проходили стационарный курс медицинской реабилитации, имели возможность самостоятельно перемещаться в пределах стационара и обслуживать себя.

Критериями включения являлись:

- наличие показаний к консультации медицинского психолога (согласно алгоритму, приложение №1) у пациентов с двигательными расстройствами, развившимися на фоне ревматических заболеваний крупных суставов, дорсопатий или перенесенного ОНМК;

- соответствие степени выраженности двигательных расстройств первому или второму классу выраженности нарушений структур, функций, активности и участия по МКФ – «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (англ. - International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), то есть, пациенты имели «легкие» или «умеренные» проблемы [197];

- наличие информированного согласия

Критериями невключения являлись:

- наличие выраженных когнитивных расстройств, не позволяющих пациентам понять предлагаемые задания;

- наличие психопатологической симптоматики, определяющей необходимость консультации психиатра;

- отсутствие информированного согласия

Критериями исключения являлись:

- отказ пациента от работы с медицинским психологом;

- ухудшение психического состояния, требующее консультации психиатра/психотерапевта.

Перед началом обследования исследователем (врачом или медицинским психологом) проводилась предварительная беседа с больными, в ходе которой сообщалась информация о целях и задачах предстоящего исследования, получалось информированное согласие больных на участие в исследовании, заполнялась карта статистического учета.

2.2. Методы и методики исследования

Исследования личностного, психологического и психопатологического статуса пациентов проводилось с помощью клинической беседы и на основании применения психометрических методик, которые, по нашему мнению, давали наиболее объективные характеристики испытуемых, были доступны в использовании во всех нозологических группах, а также позволяли сопоставить полученные данные с отечественными и иностранными источниками.

Предмет исследования был операционализирован следующими самоотчетными методиками:

I. *Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List – SCL–90–R) (Приложение № 2)*

Опросник предназначен для исследования текущего психического состояния и уровня текущего дистресса. Адаптация опросника произведена в лаборатории психологии и психотерапии посттравматического стресса Института Психологии РАН Н.В. Тарабриной [133]. Опросник состоит из 90 утверждений, отражающих наличие определенных соматических и психологических проблем. Больным предлагается оценить степень своего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели в рамках 5-балльной шкалы Лайкерта от «совсем не беспокоит» до «очень сильно беспокоит». Оценка и интерпретация результатов проводится по 9 основным субшкалам, которые объединяют следующие группы симптомов:

Соматизация (SOM - somatization) - дистресс, возникающий из ощущения телесной дисфункции; сюда относятся жалобы, фиксированные на кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других системах; компонентами расстройства являются также головные боли, другие боли и

дискомфорт общей мускулатуры и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности;

Обсессивность-компульсивность (O-C - obsessive-compulsive) – в субшкалу включены вопросы, касающиеся мыслей, импульсов и действий, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые;

Межличностная сензитивность (INT - interpersonal sensitivity) – самоосуждение, чувство беспокойства и заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия, а также негативные ожидания относительно любых коммуникаций с другими людьми;

Депрессивность (DEP - depression) – совокупность таких проявлений депрессии, как отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации, потеря жизненной энергии, чувства безнадежности, мысли о суициде и т.д.;

Тревожность (ANX - anxiety) – высокий уровень манифестируемой тревожности, соотносящийся с проявлениями нервозности, напряжения, дрожи, приступами паники, ощущения насилия, чувством опасности, опасения и страха;

Враждебность (HOS - hostility) – мысли, чувства или действия, являющиеся проявлениями негативного аффективного состояния злости (агрессия, раздражительность, гнев и негодование);

Фобическая тревожность (PHOB - phobic anxiety) – стойкая реакция страха на определенных людей, места, объекты или ситуации, которая характеризуется как иррациональная и неадекватная по отношению к стимулу и ведет к избегающему поведению;

Паранойяльность (PAR - paranoid ideation) – подозрительность, страх потери независимости, напыщенность, враждебность;

Психотизм (PSY - psychoticism) – избегающий, изолированный, шизоидный стиль жизни.

В опроснике SCL-90-R также имеются три обобщенных индекса дистресса: общий индекс тяжести психопатологической симптоматики, индекс

наличного симптоматического дистресса (*GSI*) и общее число утвердительных ответов. Функцией каждого из них является приведение к единому масштабу уровня и глубины психопатологической симптоматики. Общий индекс тяжести психопатологической симптоматики является обобщенным показателем количества симптомов и глубины переживаемого дистресса. Индекс наличного симптоматического дистресса является исключительно мерой интенсивности симптоматики, а общее число утвердительных ответов указывает на число симптомов, на которые испытуемый дает ответы, отличные от нуля.

II. *Опросник оценки качества жизни больных «SF-36» (Приложение № 3)*

Субъективное качество жизни больных оценивалось с помощью опросника оценки качества жизни SF-36, относящегося к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни (КЖ). Перевод на русский язык и апробация методики была проведена «Институтом клинико-фармакологических исследований» в популяционном исследовании качества жизни в России [99].

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. В качестве итоговых показателей все шкалы формируют два индекса: душевное и физическое благополучие.

Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

Физическое функционирование (Physical Functioning - PF), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья.

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (Role-Physical Functioning - RP) – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей).

Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием.

Интенсивность боли (Bodily pain - BP) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента.

Общее состояние здоровья (General Health - GH) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже бала по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья.

Жизненная активность (Vitality - VT) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности.

Социальное функционирование (Social Functioning - SF), определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния.

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (Role-Emotional - RE) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния.

Психическое здоровье (Mental Health - MH), характеризует настроение наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

В процессе исследования шкалы могут при необходимости группироваться в два показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья».

1. Физический компонент здоровья (Physical health – PH)

Составляющие шкалы:

Физическое функционирование,

Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием

Интенсивность боли

Общее состояние здоровья

2. Психологический компонент здоровья (Mental Health – MH)

Составляющие шкалы:

Психическое здоровье

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием

Социальное функционирование

Жизненная активность

III. *Личностный опросник «Big Five» (Приложение № 4)*

Опросник предназначен для измерения пяти фундаментальных черт, универсальных факторов, составляющих структуру личности человека:

Нейротизма - негативной эмоциональности, проявляющейся в чувствительности индивида к стрессогенным ситуациям. Высокие баллы по фактору нейротизма характерны для лиц, отличающиеся легкостью возникновения отрицательных эмоций, испытывающих большое количество негативных переживаний, тревожных, раздражительных, подверженных плохому настроению, склонных видеть все в черном свете, а также менее удовлетворенных жизнью, чем остальные люди. Низкие баллы характерны для лиц стрессоустойчивых, рациональных, спокойных, невозмутимых.

Экстраверсии - личностной характеристики, описывающей направленность на внешний мир. Высокие баллы по этому фактору характеризуют лиц общительных, активных, импульсивных, физически и

вербально активных, дружелюбных, оптимистичных. Низкие баллы характеризуют направленность на внутренний мир, закрытость, тенденцию к независимости, самостоятельности, индивидуализму.

Склонности к согласию, как меры социоцентризма (альтруизма) как противоположности эгоцентризма. Высокие баллы по этому фактору характерны для лиц конформных, доброжелательных, доверяющих людям, склонных избегать конфликтов, низкие баллы - для эгоцентричных личностей, сосредоточенных исключительно на своих потребностях, противопоставляющих себя обществу, агрессивных, недоверчивых, конфликтных.

Добросовестности, отражающей степень сознательного контроля со стороны субъекта за своим поведением и деятельностью. Высокие баллы по этому фактору свидетельствуют о самообладании, упорстве в достижении цели, организованности, дисциплинированности, ответственности, тщательности, точности в работе, выраженной ориентации на задачу; низкие баллы характерны для лиц легко отвлекающихся, неорганизованных, спонтанных, любящих экспериментировать, мало сосредоточенных на цели, часто гедонистов и в целом отличающихся низким уровнем целенаправленного поведения.

Открытости опыту, то есть восприимчивости к любому виду новых знаний. Высокие баллы по этому фактору характерны для лиц, открытых для новых подходов, путей решения проблем, отличающихся склонностью к самоанализу и рефлексии, развитую фантазию, гибкий ум, оригинальность и эстетическую чувствительность; низкие баллы - для лиц, закрытых опыту, с ограниченными интересами, консервативных.

В настоящее время тест-опросник «Большая пятерка» [213] приобрел большую популярность и практическое значение как за рубежом, так и в России. Эмпирически определены высокие психометрические характеристики методики, отмечена достаточно устойчивая кросскультурная воспроизводимость пятифакторной структуры личности в разных странах мира

[214, 215]. В исследовании используется разработанная в Институте психологии РАН форма S «Пятифакторного опросника» в адаптации Бирюкова С.Д. [64]. В инструкции к опроснику больным предлагается оценить свое отношение к предлагаемым утверждениям по 5-балльной шкале Лайкерта от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен».

IV. Визуальные аналоговые шкалы самочувствия и боли (Приложение № 5)

Визуальная аналоговая шкала (VAS - visual analogue scale) широко применяется в медицинской практике для субъективной оценки состояния здоровья больного [157].

Шкала самочувствия представляет собой 20-сантиметровое графическое изображение, имеющее сходство с термометром, один конец которого (отметка 100 баллов) соответствует наилучшему состоянию здоровья, которое можно себе представить, другой конец (отметка 0 баллов) соответствует наихудшему состоянию здоровья, которое можно себе представить.

Визуальная аналоговая шкала боли представляет собой десятисантиметровую линию, на одном конце которой отмечена точка отсутствия боли (0 баллов), а на другом находится точка, соответствующая нестерпимой боли (10 баллов) [151].

Методика предназначена для самостоятельного заполнения больным и не требует комментариев исследователя. Согласно инструкции, от больного требуется оценить (отметить графически на шкале) состояние своего здоровья в момент обследования. В качестве итогового показателя рассматривается численное значение, соответствующее отметке больного на линейке визуальной аналоговой шкалы.

V. Опросник выраженности кинезиофобии «Шкала кинезиофобии Тампа» (Приложение № 6)

Шкала университета Тампа для оценки кинезиофобии [192] представляет собой 17-пунктовый самоотчет больного, предназначенный для выявления

признаков кинезиофобии (боязни движения, вызванной травмой или заболеванием, сопровождающейся также боязнью будущего, катастрофичным мышлением в отношении своего физического состояния) у пациентов с различными нозологиями. Больным предлагается оценить свое отношение к предлагаемым утверждениям по 4-балльной шкале Лайкерта от «категорически неверно» до «абсолютно верно».

Основания и возможности использования данной методики подробно рассмотрены в литературном обзоре.

Обработка данных производится путем подсчета суммарного индекса кинезиофобии с учетом инверсии значений по некоторым пунктам опросника. Возможна также интерпретация данных в рамках двухфакторной модели: фактор «Соматический фокус», отражающий убеждение больного в том, что его болезнь представляет собой серьезную медицинскую проблему, и фактор «Избегание деятельности», отражающий убеждение больного в том, что активная деятельность может нанести непоправимый вред его здоровью.

VI. Методика диагностики самооценки мотивации одобрения «Шкала лживости» Д. Марлоу, Д. Крауна (Приложение № 7)

Методика диагностики самооценки мотивации одобрения (шкала лживости Д.Марлоу, Д.Крауна) [111] предназначена для оценки правдивости высказываний испытуемых. Общий итоговый показатель «мотивации одобрения» получается при суммировании всех «работающих» вопросов. Чем выше итоговый показатель, тем, соответственно, выше готовность индивидуума представить себя перед другими точно соответствующим социальным нормам.

VII. Шкала HADS (В составе приложения № 1)

Шкала HADS является одной из наиболее распространенных и простой в обращении шкалой для измерения уровня тревоги и депрессии в общесоматической клинике. Данная шкала входит в состав алгоритма

(приложение №1), на основании которого пациенты филиала № 3 МНПЦ МРВСМ ДЗМ направляются на консультацию к медицинскому психологу и отдельно в работе не анализируется.

Шкала, разработанная A. S. Zigmond и R. P. Snaith в 1983 г. [241] предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара. Отличается простотой применения и обработки (заполнение шкалы не требует продолжительного времени и не вызывает затруднений у пациента).

Шкала составлена из 14 утверждений, обслуживающих 2 подшкалы:

подшкала A — «тревога» (от англ, «anxiety»): нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9,11,13;

подшкала D «депрессия» (от англ, «depression»): четные пункты 2, 4, 6; 8,10,12,14.

Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 баллов (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность).

Выдача пациенту шкалы сопровождается инструкцией следующего содержания: «Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь Вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверждением. Ваша первая реакция всегда будет более верной».

При интерпретации данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале (A и D), при этом выделяются 3 области значений:

• 0-7 баллов — норма;

• 8-10 баллов — субклинически выраженная тревога/депрессия;

• 11 баллов и выше — клинически выраженная тревога/депрессия.

2.3.Методы психокоррекции

После проведенного психодиагностического обследования и утверждения во мнении о необходимости дальнейшей работы, пациенты включались в группу психологической коррекции. Психокоррекционные мероприятия включали в себя:

- информационно-разъяснительную работу с пациентами, организованную по принципу «Школы пациента», проводимую как в индивидуальном, так и в групповом режиме;
- занятия (как правило, в группе) с использованием различного рода релаксационных техник в сочетании с мультисенсорной стимуляцией, направленных на создание условий для снижения эмоционального напряжения, выработку навыков саморегуляции, формирование внутренних средств контроля и управления текущим состоянием;
- индивидуальные сессии полимодальной психотерапии с использованием когнитивно-бихевиоральных, телесно-ориентированных, арт-терапевтических и других техник.

Школа пациента

Занятия в «Школе пациента» проводились в групповом формате медицинским психологом. Как правило, это были единичные сессии продолжительностью около одного часа. Количество участников варьировало от 3 до 8 пациентов со сходной патологией. Приблизительно 50% времени отводилось на информацию о механизмах формирования психологических феноменов у лиц с нарушениями двигательных функций и о возможностях коррекции расстройств психической сферы, которая была подготовлена

медицинским психологом и преподносилась в виде лекции. Оставшиеся 50% времени занимали вопросы пациентов, обсуждение их под контролем психолога, обмен мнениями.

Роль медицинского психолога в данном случае заключалась в прояснении неясных для пациентов вопросов, касающихся течения его заболевания, возможности перенаправить ход мыслей участников группы в позитивное русло, формировании осознанной мотивированности к продуктивному взаимодействию с медицинским персоналом, необходимости выполнять рекомендации лечащего врача и специалистов, участвующих в процессе медицинской реабилитации.

Групповые психокоррекционные занятия

Групповые занятия проводились в группах численностью от 4 до 10 пациентов с различной нозологией. Курс психокоррекции состоял из 2 – 4 занятий длительностью 1 час. Около 25% времени занятия было посвящено ответам на входящие в компетенцию психолога вопросы пациентов. Основная часть сессии, занимающая около 50% времени, отводилась непосредственно на проведение релаксационных упражнений в сочетании с мультисенсорной стимуляцией, во время которых особенное внимание уделялось отработке навыков правильного дыхания и расслабления, направленных на создание условий для снижения эмоционального напряжения, выработку навыков саморегуляции, формирование внутренних средств контроля и управления текущим состоянием. В оставшиеся 25% времени пациентам разъяснялась необходимость самостоятельных занятий, возможности применения освоенных техник в тех или иных ситуациях.

Для отработки расширения спектра двигательных навыков применялись техники терапии творческим самовыражением: различные виды рисования, модификации метода «Мандала» и т. д.

Индивидуальные сессии полимодальной психотерапии

Психотерапевтические сессии в индивидуальном формате проводились врачом-психотерапевтом в рамках полимодального подхода и, как правило, были ориентированы на конкретный психотерапевтический запрос пациента. В условиях ограниченного времени (1 – 2 сессии по 60 минут), психотерапевтом, с учетом личностных особенностей каждого больного, выбирался оптимальный набор имеющихся в его арсенале методов. Основным методом, с учетом возраста пациентов, минимальных когнитивных расстройств (в частности, у пациентов, перенесших ОНМК или пожилых пациентов), кратковременности психотерапевтического вмешательства и акцента на телесных дисфункциях, являлся телесно-ориентированный подход. Параллельно с ним использовались трансовые, суггестивные, когнитивно-бихевиоральные, арт-терапевтические техники, Гештальт-подход, символдрама.

Таким образом, процесс психокоррекции был представлен широким спектром используемых в настоящее время методик, применяемых медицинскими психологами и врачами-психотерапевтами при работе с больными хроническими соматическими заболеваниями и позволяющих оптимально задействовать ресурсный потенциал пациентов.

2.4. Методы математической статистики

Для статистической обработки полученных данных была использована программный пакет «Статистика-10.0». Использовались следующие функции:

- анализ данных описательной статистики;

- сопоставление эмпирического распределения данных с нормальным распределением с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Кси-квадрат (χ^2);

- анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для несвязанных групп с помощью непараметрических критериев Манна-Уитни (U) и Крускалла-Уолиса (H);

- анализ значимости различий в пропорциональной представленности бинарного признака в несвязанных группах с помощью статистического критерия Фишера;

- корреляционный анализ с помощью непараметрического критерия Спирмена (R);

- кластерный анализ эмпирических данных по методу К-средних и иерархического древа;

- стандартный метод дискриминантного анализа;

- однофакторный дисперсионный анализ;

- анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для связанных выборок с помощью непараметрического Т-критерия Вилкоксона.

Выявленные связи и различия считались достоверными при достижении уровня статистической значимости $p \leq 0,05$.

ГЛАВА III. ИСХОДНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

3.1. Сопоставительная социально-демографическая характеристика исследуемых групп

На *первом этапе* работы, в процесс исследования качества жизни (КЖ) пациентов с нарушениями двигательных функций, было обследовано 126 пациентов и 142 условно-здоровых добровольца (всего 268 человек).

Использованием анализа значимости различий в возрастном составе исследовательских групп больных было показано отсутствие достоверных различий (H-критерий Крускала-Уоллиса: H (2,n=126)=0,51, p=0,76). Уровень статистической достоверности представлен по двустороннему критерию Фишера ($p \geq 0,05$). Средний возраст респондентов составил 54 года. Также не было выявлено достоверных различий в пропорциональной представленности мужчин и женщин в исследовательских группах ($p > 0,05$ - по двустороннему критерию Фишера).

Группа условно-здоровых добровольцев была сопоставима с группами пациентов с нарушениями двигательных функций по полу ($p > 0,05$) и возрасту ($p=0,27$) и основным социально-демографическим характеристикам (за исключением отношения к профессиональной занятости).

Все социально-демографические и анамнестические характеристики испытуемых приведены в таблице № 1.

Семейное положение во всех группах преимущественно представлено лицами, состоящими в браке: 57,4% - среди больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК; 62,5% - среди больных с дорсопатиями; 48,4% - среди пациентов с двигательными нарушениями на фоне

ревматических заболеваний крупных суставов и 59,2% - среди условно-здоровых добровольцев. Следующей по процентной представленности является категория лиц, находящихся в разводе; примерно 10% больных составляют вдовцы и вдовы и менее 10% - составляют лица, никогда не состоявшие в браке.

Таблица № 1

Социально-демографические характеристики обследованного контингента больных с нарушением двигательных функций и условно-здоровых добровольцев (n=268)

Социально-демографические характеристики	Последствия ОНМК (n=47)	Дорсопатии (n=48)	Ревматические заболевания (n=31)	Условно-здоровые добровольцы (n=142)
Пол - (абс./%)				
Ж	19 (40,4%)	28 (58,3%)	19 (61,3%)	77 (54,2%)
М	28 (59,6%)	20 (41,7%)	12(38,7%)	65 (45,8%)
Возраст (M±SD)	54,2±12,1	54,4±11,4	53,4±9,0	53,1±8,3
Семейное положение - (абс./%)				
В браке	27 (57,4%)	30 (62,5%)	15 (48,4%)	84 (59,2%)
Разведен	12 (25,5%)	10 (20,8%)	11 (35,5%)	34 (23,9%)
Вдова (Вдовец)	5 (10,6%)	5 (10,4%)	3 (9,7%)	16 (11,3%)
Никогда не состоял в браке	3 (6,5%)	3 (6,3%)	2 (6,4%)	8 (5,6%)
Социальный статус - (абс./%)				
Работает	1 (2,1%)	16 (33,3%)	17 (54,8%)	80 (56,3%)
Домохозяйка	0 (0,0%)	4 (8,3%)	2 (6,5%)	0 (0,0%)
Пенсионер	31 (66,0%)	25 (52,1%)	11 (35,5%)	59 (41,6%)
Временно не работает	15 (31,9%)	3 (6,1%)	1 (3,2%)	3 (2,1%)
Опыт предыдущих госпитализаций – (абс./%)				
Ни одного	14 (29,8%)	10 (20,8%)	12 (38,7%)	_____
Один-два раза	11 (23,4%)	14 (29,2%)	11 (35,5%)	_____
Три и более	22 (46,7%)	24 (50,0%)	8 (25,8%)	_____

С точки зрения социального статуса среди больных с двигательными нарушениями, явившимися результатом ОНМК, процент работающих минимален (2,1%) по сравнению с другими исследовательскими группами: 33,3% работающих - среди больных с дорсопатиями, 54,8% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний (РЗ).

Таким образом, социальный статус больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК преимущественно представлен пенсионерами (66,0%) и временно неработающими (31,9%); пенсионеры составляют также высокий процент (52,1%) как среди обследованных больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, так и среди больных с двигательными нарушениями на фоне ревматической патологии.

С учетом интереса к социально-психологическим аспектам, формирующим мотивацию к выздоровлению, а также учитывая необходимость поиска внешних критериев оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, в число анамнестических характеристик обследованного контингента больных с нарушением функции движения была введена переменная «количество предыдущих госпитализаций в реабилитационные стационары». Предшествующий опыт прохождения стационарной медицинской реабилитации больных описывался в следующих градациях: «никогда не госпитализировался», «госпитализировался один-два раза», «госпитализировался три и более раз». Было показано, что процент больных, ранее не имевших опыта прохождения медицинской реабилитации, достоверно не различается в исследовательских группах ($p>0,05$) и составил 29,8% в группе больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 20,8% - с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, 38,7% - с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний. Также не было выявлено достоверных различий ($p>0,05$) при анализе частоты встречаемости в исследовательских группах лиц, ранее госпитализировавшихся в стационары восстановительного лечения один-два раза: 23,4% - среди

больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 29,2% - с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, 35,5% - с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний суставов. Представленность больных, имеющих значительный опыт предыдущих госпитализаций (три и более раз), было статистически достоверно ($p<0,05$) выше в группах больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК (46,7%) и с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий (50,0%) по сравнению с больными с двигательными нарушениями на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний крупных суставов (25,8%).

Группа условно-здоровых добровольцев была аналогична группам пациентов с двигательными расстройствами по процентной представленности мужчин (45,8%) и женщин (54,3%) и возрасту (53,1±8,3 лет), однако, вполне предсказуемо отличалась по представленности в ней работающих лиц (56,3%).

На *втором этапе* исследования для уточнения валидности методики измерения кинезиофобии была обследована группа из 292 больных с нарушением двигательных функций различной этиологии.

Применением статистических критериев равнозначности достигнута сопоставимость нозологических групп с точки зрения возрастного ($(H\ 2, N=292)=3,12$, $p=0,21$) и полового ($p>0,05$ - по двустороннему критерию Фишера) состава.

Социально-демографические характеристики пациентов с нарушениями двигательных функций, участвовавших в исследовании по валидизации русскоязычного варианта методики *«Шкала кинезиофобии Тампа»*, приведены в Таблице № 2.

Таблица № 2

Социально-демографические характеристики обследованного контингента больных с нарушением двигательных функций (n=292)

Социально-демографические характеристики	Последствия ОНМК (n=99)	Дорсопатии (n=107)	Ревматические заболевания (n=86)
Пол - (абс./%)			
Ж	54 (54,5%)	62 (57,9%)	59 (68,6%)
М	45 (45,5%)	45 (42,1%)	27 (31,4%)
Возраст (M±SD)	56,4±11,7	54,6±10,4	55,8±9,2
Опыт предыдущих госпитализаций – (абс./%)			
Ни одного	37 (37,4%)	29 (27,1%)	34 (39,5%)
Один-два раза	24 (24,2%)	34 (31,8%)	28 (32,6%)
Три и более	38 (38,4%)	44 (41,1%)	24 (27,9%)

В данном случае опыт предыдущих госпитализаций имел безусловное значение, так как использовался в качестве внешнего критерия для верификации так называемой *«психологической составляющей кинезиофобии»* или вторичной выгоды от заболевания. Было показано, что процент больных, ранее не имевших опыта прохождения медицинской реабилитации, достоверно не различалось во всех трех нозологических группах ($p>0,05$) и составил 37,4% в группе больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 27,1% - с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, 39,5% - с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний суставов. Также не было выявлено достоверных различий ($p>0,05$) при анализе частоты встречаемости в исследовательских группах лиц, ранее госпитализировавшихся в стационары

восстановительного лечения один-два раза: 24,2% - среди больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 31,8% - с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, 32,6% - с двигательными нарушениями на фоне ревматической патологии. Процентная представленность больных, имеющих значительный опыт предыдущих госпитализаций (три и более раз), была статистически достоверно ($p \leq 0,05$) выше в группах больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК (38,4%) и с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий (41,1%) по сравнению с больными с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (27,9%).

На *третьем этапе* работы при изучении устойчивых черт личности, характеристик текущего психоэмоционального состояния и их связи с субъективной оценкой качества жизни больных с нарушениями двигательных функций использовались данные обследования 126 пациентов с нарушениями двигательных функций, социально-демографические характеристики которых подробно описаны в таблице № 1.

На *четвертом этапе* работы проводился расширенный анализ психопатологических аспектов текущего психоэмоционального состояния больных с нарушением двигательных функций различной этиологии с целью содержательной верификации его ведущих составляющих. С этой целью была обследована репрезентативная группа из 336 пациентов, направленных при поступлении на консультацию к медицинскому психологу на основании существующего алгоритма (Прил. №1).

Использованием статистических критериев равнозначности была достигнута сопоставимость нозологических групп с точки зрения возрастного (H-критерий Крускала-Уоллиса: $H\ (2, n=336)=2,93$, $p=0,23$) и полового

(статистический критерий Фишера при попарном сопоставлении фиксировался с достоверностью p>0,05) состава пациентов основной группы.

Социально-демографические и анамнестические характеристики обследованного данном этапе работы контингента представлены в таблице №3.

Семейное положение во всех обследованных нозологических подгруппах было преимущественно представлено лицами, состоящими в браке: 50,6% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне ОНМК; 62,9% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий; 47,2% - среди пациентов с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний суставов. Следующей по процентной представленности является категория лиц, находящихся в разводе; далее следует представленность вдовцов и вдов – их число в обследованных группах составляет от 10% до 20%; и менее 10% обследованных пациентов никогда не состояли в браке.

С точки зрения социального статуса среди больных с двигательными нарушениями на фоне ОНМК процент работающих ниже (16,9%) по сравнению с другими исследовательскими группами: 43,8% работающих - среди больных с двигательными нарушениями в результате дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, 28,3% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний.

Таким образом, социальный статус больных преимущественно представлен лицами, находящимися на пенсии, во всех обследованных группах: с двигательными нарушениями на фоне ОНМК пенсионеры составляют 68,0%, с двигательными нарушениями в результате дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника – 45,7%, с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний суставов – 60,3%. Временно неработающие и домохозяйки в обследованных группах представлены минимально.

Таблица № 3

Социально-демографические и анамнестические характеристики репрезентативной группы больных с нарушением двигательных функций, исследованной на *четвертом этапе* (n=336)

Социально-демографические характеристики	Последствия ОНМК (n=178)	Дорсопатии (n=105)	Ревматические заболевания (n=53)
Пол - (абс./%)			
Ж	102 (57,3%)	59 (56,1%)	38 (71,7%)
М	76 (42,7%)	46 (43,9%)	15 (28,3%)
Возраст (M±SD)	56,7±11,9	54,7±11,8	57,5±8,1
Количество лет, затраченных на получение образования (M±SD)	12,9±1,9	12,9±1,9	12,9±2,2
Семейное положение - (абс./%)			
В браке	90 (50,6%)	66 (62,9%)	25 (47,2%)
Разведен	40 (22,5%)	22 (21,0%)	14 (26,4%)
Вдова (Вдовец)	34 (19,1%)	12 (11,4%)	11 (20,8%)
Никогда не состоял в браке	14 (7,8%)	5 (4,7%)	3 (5,6%)
Социальный статус - (абс./%)			
Работает	30 (16,9%)	46 (43,8%)	15 (28,3%)
Домохозяйка	0 (0,0%)	4 (3,8%)	3 (5,7%)
Пенсионер	121 (68,0%)	48 (45,7%)	32 (60,3%)
Временно без работы	27 (15,1%)	7 (6,7%)	3 (5,7%)
Количество предыдущих госпитализаций - (абс./%)			
Ни одной	69 (38,8%)	36 (34,2%)	19 (35,8%)
1-2	43 (24,1%)	38 (36,2%)	19 (35,8%)
3 и более	66 (37,1%)	31 (29,6%)	15 (28,4%)

Анализ представленности больных с различным опытом предыдущих госпитализаций в основной группе при попарном сравнении пропорциональной представленности соответствующих категорий в нозологических группах больных позволило выявить, что процент лиц, ранее не имевших опыта

прохождения медицинской реабилитации, достоверно не различается в исследовательских группах (p>0,05) и составляет 38,8% в группе больных с двигательными нарушениями на фоне ОНМК, 34,2% - с двигательными нарушениями в результате дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, 35,8% - с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний суставов.

Также не было выявлено достоверных различий (p>0,05) при анализе частоты встречаемости в исследовательских подгруппах лиц, имеющих значительный опыт предыдущих госпитализаций (три и более раз). Их количество составило 37,1%, 29,6% и 28,4% - соответственно.

Процентная представленность больных, имеющих опыт предыдущих госпитализаций «один-два раза», статистически достоверно (p<0,05) выделяет группу больных с двигательными нарушениями на фоне ОНМК, в которой соответствующий показатель ниже (24,1%) по сравнению как с группой больных с двигательными нарушениями в результате дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (36,2%), так и по сравнению с группой больных с двигательными нарушениями на фоне хронических заболеваний крупных суставов (35,8%).

На *пятом,* заключительном, этапе работы проводилось исследование динамических психопатологических показателей у больных с нарушениями двигательных функций различной этиологии в процессе проведения психокоррекционных мероприятий (основная группа) и выявление психометрических предикторов включения пациентов в программы психокоррекции. Параллельно изучались аналогичные динамические показатели у больных с нарушениями двигательных функций в контрольной группе, пациенты которой так же нуждались в психокоррекции, но по объективным причинам не были включены в психокоррекционный процесс, и

группе сравнения, которую составили пациенты, не нуждавшиеся в психокоррекции.

В исследование был включен 121 пациент с нарушениями двигательных функций основной группы, 50 пациентов контрольной группы и 96 пациентов группы сравнения.

Основную группу составили:

- 45 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 53,6±9,2), среди них 29 (64,4%) женщин, 16 (35,6%) мужчин
- 32 пациента с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 53,5±12,5), среди них 21 (65,6%) женщин, 11 (34,4%) мужчин
- 44 пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (РЗ) (средний возраст 56,0±7,7), среди них 35 (79,5%) женщин, 9 (20,5%) мужчин

Социально-демографические и анамнестические характеристики основной группы, исследуемой на *пятом этапе* представлены в таблице № 4.

Для анализа значимости различий в возрастном составе исследовательских групп использовался Н-критерий Крускала-Уоллиса – достоверных различий не обнаружено: $H\ (2,n=121)=1,18$, $p=0,55$. Пропорциональная представленность мужчин и женщин в исследовательских группах анализировалась с помощью статистического критерия Фишера, уровень значимости которого при попарном сопоставлении фиксировался с достоверностью $p>0,05$.

Таблица № 4

Социально-демографические характеристики основной группы пациентов с нарушениями двигательных функций, исследуемой на *пятом этапе* (n=121)

Социально-демографические характеристики	Последствия ОНМК (n=45)	Дорсопатии (n=32)	Ревматические заболевания (n=44)
Пол - (абс./%)			
Ж	29 (64,4%)	21 (65,6%)	35 (79,5%)
М	16 (35,6%)	11 (34,4%)	9 (20,5%)
Возраст (M±SD)	53,6±9,2	53,5±12,5	56,0±7,7
Семейное положение - (абс./%)			
В браке	24 (53,3%)	14 (43,8%)	25 (56,8%)
Разведен	11 (24,4%)	12 (37,5%)	10 (22,7%)
Вдова (Вдовец)	6 (13,3%)	4 (12,5%)	7 (15,9%)
Никогда не состоял в браке	4 (9,0%)	2 (6,2%)	2 (4,6%)
Социальный статус - (абс./%)			
Работает	8 (17,8%)	13 (40,6%)	11 (25,0%)
Домохозяйка	1 (2,2%)	2 (6,3%)	1 (2,3%)
Пенсионер	29 (64,4%)	16 (50,0%)	26 (59,0%)
Временно без работы	7 (15,6%)	1 (3,1%)	6 (13,7%)
Количество предыдущих госпитализаций - (абс./%)			
Ни одной	23 (51,1%)	20 (62,5%)	20 (45,5%)
1-2	12 (26,7%)	9 (28,1%)	15 (34,0%)
3 и более	10 (22,2%)	3 (9,4%)	9 (20,5%)

Семейное положение представителей основной группы на *пятом этапе* работы аналогично предыдущим этапам и для всех нозологий преимущественно представлено лицами, состоящими в браке: 53,3% - среди больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК; 43,8% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий; 56,8% - среди пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматической патологии. Следующей по процентной представленности является категория лиц,

находящихся в разводе; в среднем 14% больных составляют вдовцы и вдовы; и менее 10% - лица, никогда не состоявшие в браке.

Социальный статус обследованных больных во всех нозологических группах преимущественно представлен пенсионерами: 64,4% - среди больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 50,0% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, 59,0% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний суставов.

Процент работающих лиц в обследованных группах колеблется от в целом невысоких значений (17,8% - среди больных с ОНМК, 25,0% - среди больных с ревматическими заболеваниями суставов) до довольно внушительного уровня (40,6% - среди больных с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника). Представленность временно неработающих лиц и домохозяек в обследованных на четвертом этапе группах минимальна, как и на предыдущих этапах работы.

Анализ процентной представленности больных с различным опытом предыдущих госпитализаций («не госпитализировался ни разу», «госпитализировался один-два раза», «госпитализировался три и более раз») с использованием статистического критерия Фишера для попарного сравнения пропорциональной представленности соответствующих категорий в нозологических группах больных позволило выявить, что процент больных, ранее не имевших опыта прохождения медицинской реабилитации, достоверно не различается в исследовательских группах ($p>0,05$) и составляет 51,1% в группе больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 62,5% - с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, 45,5% - с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний суставов. Также не было выявлено достоверных различий ($p>0,05$) при анализе частоты встречаемости в исследовательских группах лиц, имеющих иной опыт госпитализации (один-два раза, три и более раз).

Контрольную группу на *пятом этапе* исследования составили:

- 15 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 58,1±7,0), среди них 6 (40,0%) женщин, 9 (60,0%) мужчин;
- 18 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 52,4±11,7), среди них 12 (66,7%) женщин, 6 (33,3%) мужчин;
- 17 пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний (РЗ) (средний возраст 53,1±8,6), среди них 10 (58,8%) женщин, 7 (41,2%) мужчин.

Социально-демографические и анамнестические характеристики основной группы, исследуемой на *пятом этапе* представлены в таблице № 5.

При анализе значимости различий в возрастном составе нозологических подгрупп контрольной группы с использованием Н-критерий Крускала-Уоллиса – достоверных различий не было обнаружено: H (2,n=50)=1,16, p=0,60. Пропорциональная представленность мужчин и женщин в исследовательских группах анализировалась с помощью статистического критерия Фишера, уровень значимости которого при попарном сопоставлении фиксировался с достоверностью p>0,05.

Семейное положение представителей контрольной группы на *пятом этапе* работы было преимущественно представлено лицами, состоящими в браке: 60,0% - среди больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК; 50,0% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий; 58,8% - среди пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний суставов. Далее по процентной представленности следовали лица, находящихся в разводе; далее - вдовцы и вдовы; и менее 12% - лица, никогда не состоявшие в браке.

Таблица № 5

Социально-демографические характеристики контрольной группы пациентов с нарушениями двигательных функций, исследуемой на *пятом этапе* (n=50)

Социально-демографические характеристики	Последствия ОНМК (n=15)	Дорсопатии (n=18)	Ревматические заболевания (n=17)
Пол - (абс./%)			
Ж	6 (40,0%)	12 (66,7%)	10 (58,8%)
М	9 (60,0%)	6 (33,3%)	7 (41,2%)
Возраст (M±SD)	58,1±7,0	52,4±11,7	53,1±8,6
Семейное положение - (абс./%)			
В браке	9 (60,0%)	9 (50,0%)	10 (58,8%)
Разведен	3 (20,0%)	6 (33,3%)	5 (29,4%)
Вдова (Вдовец)	2 (13,3%)	1 (5,6%)	1 (5,9%)
Никогда не состоял в браке	1 (6,7%)	2 (11,1%)	1 (5,9%)
Социальный статус - (абс./%)			
Работает	1 (6,7%)	9 (50,0%)	7 (41,2%)
Домохозяйка	3 (20,0%)	1 (5,6%)	1 (5,8%)
Пенсионер	10 (66,6%)	6 (33,3%)	7 (41,2%)
Временно без работы	1 (6,7%)	2 (11,1%)	2 (11,8%)
Количество предыдущих госпитализаций - (абс./%)			
Ни одной	5 (33,3%)	7 (38,9%)	7 (41,2%)
1-2	4 (26,7%)	4 (22,2%)	5 (29,4%)
3 и более	6 (40,0%)	7 (38,9%)	5 (29,4%)

Доля пенсионеров в нозологических подгруппах контрольной группы составила: 66,6% - среди больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 33,3% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, 41,2% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне ревматической патологии.

Процент работающих лиц в обследованных группах колебался от 50,0% - среди больных с дорсопатиями и 41,2% среди больных с ревматическими заболеваниями суставов до 6,7% среди больных последствиями ОНМК. Число

временно неработающих лиц и домохозяек в контрольной группе *пятого этапа* не достигала 20,0%.

Анализ процентной представленности больных с различным опытом предыдущих госпитализаций («не госпитализировался ни разу», «госпитализировался один-два раза», «госпитализировался три и более раз») в нозологических подгруппах больных с нарушениями двигательных функций в контрольной группе не выявил достоверных различий ($p>0,05$).

Группу сравнения на *пятом этапе* исследования составили:

- 37 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) (средний возраст 55,6±6,0), среди них 19 (51,4%) женщин, 18 (48,6%) мужчин;
- 37 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий (средний возраст 54,6±9,9), среди них 25 (67,6%) женщин, 12 (32,4%) мужчин;
- 22 пациента с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (РЗ) (средний возраст 55,5±9,6), среди них 13 (59,1%) женщин, 9 (40,9%) мужчин.

Социально-демографические и анамнестические характеристики обследованного группы сравнения представлены в таблице № 6.

Как видно из представленных в таблице № 6 данных, группа сравнения, исследованная на *пятом этапе,* была однородна по своим поло-возрастным характеристикам. Для анализа значимости различий в возрастном составе исследовательских групп использовался Н-критерий Крускала-Уоллиса – достоверных различий не обнаружено: $H (2,n=96)=0,31$, $p=0,86$. Для анализа процентной представленности мужчин и женщин в нозологических подгруппах контрольной группы использовалась статистика Фишера (уровень статистической достоверности соответствовал $p\geq0,05$).

Таблица № 6

Социально-демографические характеристики группы сравнения, исследованной на *пятом этапе* (n=96)

Социально-демографические характеристики	Последствия ОНМК (n=37)	Дорсопатии (n=37)	Ревматические заболевания (n=22)
Пол - (абс./%)			
Ж	19 (51,4%)	25 (67,6%)	13 (59,1%)
М	18 (48,6%)	12 (32,4%)	9 (40,9%)
Возраст (M±SD)	55,6±6,0	54,6±9,9	55,5±9,6
Семейное положение - (абс./%)			
В браке	28 (75,7%)	26 (70,3%)	14 (63,6%)
Разведен	5 (13,5%)	6 (16,2%)	4 (18,2%)
Вдова (Вдовец)	2 (5,4%)	2 (5,4%)	2 (9,1%)
Никогда не состоял в браке	2 (5,4%)	3 (8,1%)	2 (9,1%)
Социальный статус - (абс./%)			
Работает	13 (35,1%)	19 (51,4%)	10 (45,5%)
Домохозяйка	2 (5,4%)	3 (8,1%)	1 (4,5%)
Пенсионер	15 (40,5%)	9 (24,3%)	7 (31,8%)
Временно без работы	7 (18,9%)	6 (16,2%)	4 (18,2%)
Количество предыдущих госпитализаций - (абс./%)			
Ни одной	24 (64,9%)	25 (67,6%)	12 (54,6%)
1-2	11 (29,7%)	11 (29,7%)	5 (22,7%)
3 и более	2 (5,4%)	1 (2,7%)	5 (22,7%)

Семейное положение обследованных больных группы сравнения аналогично всем предыдущим и преимущественно представлено лицами, состоящими в браке: 75,7% - среди больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК; 70,3% - среди больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий; 63,6% - среди пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний суставов. Следующей по процентной представленности является категория лиц, находящихся в разводе: от 13,5% до

18,2%; в среднем от 5% до 10% больных составляют вдовцы и вдовы; лица, никогда не состоявшие в браке, так же составляли менее 10%.

Работают в настоящее время 35,1% больных, перенесших ОНМК, 45,5% больных с ревматическими заболеваниями и более половины обследованных пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника - 51,4%.

Пенсионерами являются 40,5% больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 24,3% больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий и 31,8% больных с двигательными нарушениями на фоне РЗ.

Представленность временно неработающих лиц и домохозяек в обследованных на четвертом этапе группах минимальна, как и на предыдущих этапах работы.

Анализ процентной представленности больных с различным опытом предыдущих госпитализаций («не госпитализировался ни разу», «госпитализировался один-два раза», «госпитализировался три и более раз») с использованием статистики Фишера для попарного сравнения пропорциональной представленности соответствующих категорий в нозологических группах больных позволило выявить, что процент больных, ранее не имевших опыта прохождения медицинской реабилитации, достоверно не различается в исследовательских группах ($p>0,05$) и составляет 64,9% в группе больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК, 67,6% - с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий, 54,6% - с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний суставов.

Также не было выявлено достоверных различий ($p>0,05$) при анализе частоты встречаемости в исследовательских группах лиц, имеющих иной опыт госпитализации (один-два раза, три и более раз).

При сравнении представленности мужчин и женщин в основной группе ($n=121$; 85 женщин и 36 мужчин), контрольной группе ($n=50$; 28 женщин и 22 мужчины) и группе сравнения ($n=96$; 57 женщин и 39 мужчин), было показано,

что двусторонний критерий Фишера различает основную группу с контрольной и группой сравнения (попарно) с уровнем достоверности $p \geq 0,10$.

Критерий Манна-Уитни так же не различает исследуемые группы и по возрастному составу ($p \geq 0,10$): в контрольной группе средний возраст составил 55,2±8,4; в основной – 54,5±9,7; в группе сравнения – 55,2±7,8.

Для сравнения нозологической представленности в основной группе (n=121) по сравнению с контрольной (n=50) и группой сравнения (n=96) использовался критерий Колмогорова-Смирнова, уровень статистической достоверности которого при попарном сравнении двух эмпирических распределений (частота встречаемости нозологий в двух группах), не позволяет зафиксировать достоверные различия ($p > 0,10$).

Таким образом, все три группы пациентов с нарушениями двигательных функций, принявшие участие в исследовании на *пятом этапе*, были сопоставимы по всем изучаемым параметрам.

Реабилитационный план больных, включенных в исследование на *пятом этапе* работы, был построен согласно стандартам оказания медицинской помощи в рамках соответствующей нозологии, при этом в курс реабилитации лечащим врачом на основании существующего регламента была включена консультация клинического психолога, которая практически представляла собой *последовательно проведенные* - первичное психодиагностическое обследование пациента с помощью самостоятельно заполняемых им самоотчетных методик и, за тем, психологическую беседу, позволяющую прояснить ряд вопросов, касающихся соматического и психологического состояния респондента. По результатам первичной консультации 47 из 121 пациентов было рекомендовано психологическое сопровождение в виде посещения групп психологической коррекции, оставшиеся 74 – в дальнейшем психологическом сопровождении не нуждались. После завершения данного курса проводилась повторная консультация клинического психолога для оценки эффективности психокоррекционных мероприятий, по результатам которой 14 больным была рекомендована индивидуальная психотерапия.

Индивидуальная психотерапия начиналась с выяснения врачом-психотерапевтом наличия у пациента психотерапевтического запроса и проводилась только в случае его прояснения. Эффективность различного рода психокоррекционной работы инструментально оценивалась перед выпиской больного из стационара.

Таким образом, исследовательский дизайн на *пятом этапе* был построен как сравнительный анализ трех подгрупп пациентов, общей численностью 121 человек:

- 74 пациента, прошедших единственную психодиагностическую сессию и не нуждавшиеся в дальнейшем психологическом сопровождении, составили *«Подгруппу 1»;*

- 33 пациента, прошедших 2 этапа психокоррекции – психодиагностическую сессию и групповую работу с медицинским психологом были включены в *«Подгруппу 2»*;

- 14 пациентов, завершивших все 3 этапа психокоррекционной работы, включая индивидуальную психотерапию, вошли в *«Подгруппу 3».*

Социально-демографические и анамнестические характеристики обследованного контингента в соответствии с этапами психокоррекции представлены в таблице № 7.

Достоверных различий в возрастном составе исследовательских групп использовался обнаружено не было: H (2,n=121)=1,37, p=0,50. Пропорциональная представленность мужчин и женщин в исследовательских группах при попарном сопоставлении (критерий Фишера) фиксировалась с достоверностью p>0,05.

Таблица № 7

Сравнительные социально-демографические характеристики подгрупп основной группы, исследованной на *пятом этапе* (n=121)

Социально-демографические характеристики	*Подгруппа 1* (n=74)	*Подгруппа 2* (n=33)	*Подгруппа 3* (n=14)
Пол (абс./%)			
Ж	47 (63,5%)	26 (78,8%)	12 (85,7%)
М	27 (36,5%)	7 (21,2%)	2 (14,3%)
Возраст (M±SD)	54,9±9,2	55,0±9,6	50,8±12,0
Нозологическая представленность (абс./%)			
Двигательные нарушения в результате ОНМК	20 (27,0%)	16 (48,5%)	9 (64,3%)
Двигательные нарушения на фоне дорсопатий	19 (25,7%)	9 (27,3%)	4 (28,6%)
Двигательные нарушения на фоне ревматических заболеваний	35 (47,3%)	8 (24,2%)	1 (7,1%)
Семейное положение (абс./%)			
В браке	41 (55,4%)	16 (48,5%)	6 (42,9%)
Разведен	17 (23,0)	9 (27,3%)	7 (50,%)
Вдова (Вдовец)	11 (14,9%)	5 (15,2%)	1 (7,1%)
Никогда не состоял в браке	5 (6,7%)	3 (9,0%)	0 (0,0%)
Социальный статус (абс./%)			
Работает	20 (27,0%)	10 (30,3%)	3 (21,4%)
Домохозяйка	2 (2,7%)	1 (3,0%)	1 (7,1%)
Пенсионер	42 (56,8%)	20 (60,6%)	8 (57,1%)
Временно без работы	10 (13,5%)	2 (6,1%)	2 (14,4%)
Количество предыдущих госпитализаций (абс./%)			
Ни одной	38 (51,4%)	14 (42,4%)	11 (78,6%)
1-2	21 (28,4%)	13 (39,4%)	2 (14,3%)
3 и более	15 (20,2%)	6 (18,2%)	1 (7,1%)

Анализ нозологической представленности двигательных нарушений в исследовательских группах уровня достоверности по двустороннему критерию Фишера выявил достоверное преобладание больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК в *«Подгруппе 2»* и *«Подгруппе 3»* по сравнению с *«Подгруппой 1»*, т.е. с группой, не нуждающейся в дальнейшем психологическом сопровождении (p=0,05, p=0,01). Процентная представленность больных с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий в исследовательских группах была идентична (p>0,05). Больные с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов достоверно реже по сравнению с группой сравнения встречаются как в *«Подгруппе 2»* (p=0,03), так и в *«Подгруппе 3»* (p=0,01). Возможно, в данном случае речь идет о том, что пациенты с последствиями ОНМК еще не достаточно адаптированы к своему состоянию и для них факт заболевания является психотравмирующей ситуацией, повлекшей за собой усугубление внутриличностных и межличностных конфликтов. Больные с ревматическими заболеваниями, напротив, привыкли находиться в состоянии «психологической защиты». Описанный результат представлен в таблице №8.

Таблица № 8

Критерий процентной представленности нозологии двигательных нарушений в подгруппах основной группы (n=121)

Нозологические группы	ОНМК		Дорсопатии		Ревматические заболевания	
	«Подгруппа 2» (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)	*«Подгруппа 2»* (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)	*«Подгруппа 2»* (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)
«Подгруппа 1» (n=74)	0,05*	0,01*	0,99	0,99	0,03*	0,01*
«Подгруппа 2» (n=33)	_____	0,36	_____	0,99	_____	0,24

Примечание: знаком «*» отмечена достоверность различия на уровне p≤0,05

Семейное положение обследованных пациентов аналогично предыдущим этапам и во всех группах преимущественно представлено лицами, состоящими в браке: 55,4% - среди больных *«Подгруппы 1»*; 48,5% - среди больных

«Подгруппы 2»; 42,9% - среди больных группы *«Подгруппы 3»*. Следующей по процентной представленности является категория лиц, находящихся в разводе: 23,0%, 27,3% и 50,0% соответственно. Обращает на себя внимание при попарном сравнении пропорциональной представленности в подгруппах основной группы достоверное преобладание доли лиц, находящихся в разводе в *«Подгруппе 3»* по сравнению с *«Подгруппой 1»* (p=0,05 по двустороннему критерию Фишера) и преобладание на уровне статистической тенденции (p=0,12) - по сравнению с *«Подгруппой 2»*. В среднем 12% больных составляют вдовцы и вдовы и около 5% - лица, никогда не состоявшие в браке.

Социальный статус обследованных больных, как и на предыдущих этапах работы, во всех подгруппах основной группы преимущественно представлен пенсионерами: 56,8% - среди больных, составивших *«Подгруппу 1»*, 60,6% - среди больных *«Подгруппы 2»*, 57,1% - среди больных *«Подгруппы 3»*.

Процент работающих лиц в подгруппах основной группы составляет в среднем 26,2% (27,0% - среди больных *«Подгруппы 1»*, 30,3% - среди больных *«Подгруппы 2»*, 21,4% - среди больных *«Подгруппы 3»*). Представленность временно неработающих лиц и домохозяек в составе исследовательских групп невысока.

Анализ процентной представленности больных с различным опытом предыдущих госпитализаций в реабилитационные стационары при попарном сравнении соответствующих категорий позволил выявить, что в целом опыт госпитализаций в подгруппах основной группы идентичен (p>0,05), при этом процент больных, ранее не имевших опыта прохождения медицинской реабилитации, в *«Подгруппе 3»* достоверно (p=0,03) превышает соответствующий показатель в *«Подгруппе 2»* и на уровне статистической тенденции – в *«Подгруппе 1»* (p=0,08) – по двустороннему критерию Фишера. Описанные результаты представлены в таблице № 9.

Таблица № 9

Анализ процентной представленности больных с различным опытом предыдущих госпитализаций в подгруппах основной группы (n=121)

Подгруппы	Ни разу		Один-два раза		Три и более раз	
	«Подгруппа 2» (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)	*«Подгруппа 2»* (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)	*«Подгруппа 2»* (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)
«Подгруппа 1» (n=74)	0,41	0,08	0,27	0,34	0,99	0,28
«Подгруппа 2» (n=33)	____	0,03*	____	0,17	____	0,41

Примечание: «*» - достоверность различий в подгруппах на уровне p<0,05

При сравнении нозологической представленности в трех подгруппах основной группы было показано, ч то достоверные различия в данном случае отсутствовали. В качестве инструмента использовался критерий Колмогорова-Смирнова, уровень статистической достоверности которого при сравнении двух эмпирических распределений (частота встречаемости нозологий в основной, контрольной и группе сравнения), не позволяет зафиксировать достоверные различия (p>0,10).

Таким образом, на всех этапах исследования с использованием статистических критериев равнозначности была достигнута сопоставимость нозологических групп с точки зрения пола, возраста. Степень нарушений двигательных функций с точки зрения МКФ также имела единый уровень выраженности. При обследовании учитывались социально-демографические (социальный и семейный статус), а также анамнестические (количество предыдущих госпитализаций) характеристики. В результате проведенной работы была показана однородность всех групп пациентов с нарушениями двигательных функций, принявших участие в исследовании исходных личностных и психопатологических особенностей на первых четырех этапах.

Что касается *пятого этапа* работы, в процессе которого изучались динамические психопатологические характеристики пациентов с нарушениями функции движения в процессе психокоррекции, то в данном случае был выявлен ряд особенностей. С удовлетворительной степенью достоверности

(p=0,05, p=0,01) было показано преобладание больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК в *«Подгруппе 2»* (p=0,05) и *«Подгруппе 3»* (p=0,01) по отношению к *«Подгруппе 1»* и достоверно меньшее количество больных с РЗ как в *«Подгруппе 2»* (p=0,03), так и в *«Подгруппе 3»* (p=0,01) при сопоставлении с *«Подгруппой 1»*. Данный факт, по-видимому, можно объяснить тем, что пациенты с последствиями ОНМК еще дезадаптированы по отношению к новому для себя состоянию, которое является фактически острой психотравмирующей ситуацией, формирующей новые, либо выводящей на поверхность уже имеющиеся как внутриличностные, так и межличностные конфликты. Больные же с ревматической патологией привыкли длительно находиться в состоянии хронического заболевания и у них в силу данного факта, а также в силу их личностных особенностей сформированы механизмы особенной «психологической защиты», которая не позволяет им активно включаться в психокоррекционный процесс.

Следующим различием исследовательских групп, изучаемых в процессе психокоррекции, явилось достоверное преобладание доли лиц, находящихся в разводе в *«Подгруппе 3»* по сравнению с *«Подгруппой 1»* (p=0,05 по двустороннему критерию Фишера) и преобладание на уровне статистической тенденции (p=0,12) - по сравнению с *«Подгруппой 2»*. Данный факт может свидетельствовать о предъявляемой таким образом больным потребности в «значимом другом» и поиском внешней психологической поддержки.

Еще одним фактором, различающим подгруппы основной группы, обследованной на *пятом этапе*, явилось достоверно большее (p=0,03) количество больных, ранее не имевших опыта прохождения медицинской реабилитации, в *«Подгруппе 3»* по сравнению с *«Подгруппой 2»* и на уровне статистической тенденции – с *«Подгруппой 1»* (p=0,08), что могло свидетельствовать о стабилизации психических функций у пациентов, уже имеющих некоторый опыт проживания болезни и получающих помощь от врачей и персонала реабилитационных учреждений.

3.2. Качество жизни пациентов с нарушениями двигательных функций

Концепт качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, в настоящее время является наиболее широко используемым критерием эффективности проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий. В настоящей работе для его изучения применялся опросник *«SF-36»*, рекомендованный Межнациональным центром исследования качества жизни, и являющийся высокочувствительным неспецифическим инструментом измерения КЖ как в России, так и за рубежом. Изучение КЖ проводилось в трех группах пациентов с нарушениями двигательных функций (пациенты с нарушением двигательных функций вследствие перенесенного ОНМК, пациенты с нарушением двигательных функций на фоне дорсопатий, пациенты с нарушением двигательных функций на фоне ревматических заболеваний крупных суставов; (n=126)) и в группе условно-здоровых добровольцев (n=142).

Результаты анализа значимости различий в уровне выраженности показателей КЖ в исследованных группах больных с использованием статистического критерия χ^2 представлены в таблице № 10.

Как видно из таблицы № 17, анализ значимости различий в уровне выраженности КЖ показал, что в целом КЖ с высокой степенью достоверности (p=0,0001) различается у обследованных пациентов только по шкале, отражающей интенсивность боли *(BP).* При этом влияние боли на такую составляющую КЖ, как способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, более сильно выражено у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, а также с хроническими ревматическими заболеваниями.

Таблица № 10

Анализ значимости различий в КЖ пациентов
с нарушением двигательных функций различной этиологии (n=126)

Шкалы опросника *«SF-36»*	χ^2 (df=2)	*ρ*	ОНМК n=47 (M±SD)	Дорсопатии n=48 (M±SD)	Ревматические заболевания n=31 (M±SD)
Общее состояние здоровья (GH)	5,56	0,06	45,1±13,1	43,9±20,3	55,5±17,8
Физическое функционирование (PF)	0,48	0,79	42,5±22,4	41,0±24,7	47,0±27,8
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	4,00	0,14	17,0±23,2	13,8±26,2	16,7±34,3
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	1,29	0,52	35,0±41,7	47,7±40,5	33,4±41,1
Социальное функционирование (SF)	1,90	0,39	47,2±19,3	45,7±14,2	40,8±14,4
*Интенсивность боли (BP)**	19,2	0,0001*	55,6±25,0	29,9±16,7	29,4±16,7
Жизненная активность (VT)	0,88	0,64	49,5±21,1	50,9±19,2	43,6±19,7
Психическое здоровье (MH)	3,53	0,17	56,1±18,3	62,0±18,5	56,0±18,9

Примечание: «*» - шкала опросника *«SF-36»*, статистически достоверно различающая три группы ($p \leq 0,001$)

Далее было проведено сопоставление средних показателей КЖ обследованных групп больных с условно-нормативными. Результаты представлены в таблице № 11.

Таблица № 11

Сравнительный анализ значимости различий качества жизни пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии в сопоставлении с условно-нормативными показателями

Шкалы опросника *«SF-36»*	Условно-нормативные показатели n=2114	ОНМК n=47		Дорсопатии n=48		Ревматические заболевания n=31	
	M±SD	M±SD	*ρ*	M±SD	*ρ*	M±SD	*ρ*
Общее состояние здоровья (GH)	54,1±19,4	45,1±13,1	0,002*	43,9±20,3	0,0003*	55,5±17,8	0,691
Физическое функционирование (PF)	79,6±22,0	42,5±22,4	0,0000*	41,0±24,7	0,0000*	47,0±27,8	0,0000*
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	64,9±37,0	17,0±23,2	0,0000*	13,8±26,2	0,0000*	16,7±34,3	0,0000*
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	66,5±36,7	35,0±41,7	0,0000*	47,7±40,5	0,001*	33,4±41,1	0,0000*
Социальное функционирование (SF)	68,0±22,1	47,2±19,3	0,0000*	45,7±14,2	0,0000*	40,8±14,4	0,0000*
*Интенсивность боли (BP)**	66,4±25,0	55,6±25,0	0,003*	29,9±16,7	0,0000*	29,4±16,7	0,0000*
Жизненная активность (VT)	56,2±18,2	49,5±21,1	0,012	50,9±19,2	0,044*	43,6±19,7	0,0001*
Психическое здоровье (MH)	58,0±16,4	56,1±18,3	0,433	62,0±18,5	0,096	56,0±18,9	0,501

Примечание: «*» - достоверность различий при сопоставлении с условно-нормативными значениями на уровне $p \leq 0,05$

В данном случае в качестве группы сравнения использовалась выборка Новик А.А. и Ионовой Т.И., т.к. она является наиболее репрезентативной в настоящее время и используется в подавляющей части работ, анализирующих КЖ с использованием опросника *«SF-36»* в России [95]. Как видно из таблицы № 11, в результате сопоставления средних показателей КЖ обследованных групп больных с двигательными нарушениями различной этиологии с условно-нормативными было выявлено достоверное снижение показателей КЖ по всем шкалам опросника *«SF-36»* за исключением шкалы психического здоровья. Таким образом, нарушение двигательных функций, безусловно, снижает КЖ по всем шкалам функционирования, при этом показатели психического здоровья обследованной выборки остаются на общепопуляционном уровне.

3.3. Кластерный анализ качества жизни пациентов с нарушениями двигательных функций

Как уже было показано, качество жизни пациентов с нарушениями двигательных функций всех представленных нозологических групп достоверно снижено относительно условно-нормативных значений, однако, существует явственное клиническое различие в социальной адаптации исследуемых пациентов. В связи с этим была выдвинута гипотеза о том, что обнаруженное снижение КЖ у пациентов, проходящих курс медицинской реабилитации, по сравнению с условно-нормативными данными может быть по-разному интерпретировано и обусловлено сложной структурой самого опросника, включающего физическую и психологическую составляющие. В связи с этим, был предложен новый операциональный подход к данному конструкту в виде проведения двукатегориального ранжирования, то есть выделения двух кластеров с условными названиями «*высокое КЖ*» и «*низкое КЖ*». Далее все процедуры выполнялись на основании данного деления.

Был проведен сравнительный анализ структуры качества жизни, связанного со здоровьем, по данным опросника *«SF-36»*, для четырех исследуемых групп общей численностью 268 человек: 47 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, 48 пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника, 31 пациент с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний и группы условно-здоровых добровольцев, состоявшей из 142 человек. На этом этапе применение доступных общепопуляционных данных для корректного статистического анализа было невозможным, так как они не содержат исходных показателей всей выборки по отдельным шкалам, в связи с чем появилась необходимость набора собственной группы сравнения из условно-здоровых добровольцев.

К данным, характеризующим КЖ пациентов, была применена процедура кластерного анализа по методу К-средних, позволяющая сгруппировать исследуемые объекты в заданное число кластеров [95]. В результате, с учетом многофакторной структуры исходных данных для каждой нозологии были выделены контрастные по уровню КЖ группы: с высоким КЖ и низким КЖ. Результаты кластеризации представлены в таблице № 12.

Таблица № 12

Результаты кластерного анализа КЖ в группах пациентов с двигательными нарушениями различной этиологии (n=126)

Шкалы опросника *«SF-36»*	Последствия ОНМК n=47		Дорсопатии n=48		Ревматические заболевания n=31	
	«высокое КЖ» n=14 (M±SD)	*«низкое КЖ»* n=33 (M±SD)	*«высокое КЖ»* n=22 (M±SD)	*«низкое КЖ»* n=26 (M±SD)	*«высокое КЖ»* n=9 (M±SD)	*«низкое КЖ»* n=22 (M±SD)
Общее состояние здоровья (GH)	48,0±12,7	43,9±13,3	53,8±20,7	35,1±15,9	41,3±18,6	53,0±20,8
Физическое функционирование (PF)	45,7±28,1	41,1±19,9	49,3±25,0	33,6±22,6	51,7±28,7	43,8±29,2
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	28,6±30,8*	12,2±17,5*	19,3±32,7*	9,0±18,6*	44,4±46,7*	4,8±9,4*
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	92,9±14,2	10,4±18,0*	86,5±19,5	13,6±18,0*	85,3±29,7	8,1±15,2*
Социальное функционирование (SF)	46,8±19,7	47,3±19,5	41,6±9,7	49,3±16,5	46,1±19,7	41,3±19,7
Интенсивность боли (BP)	76,9±24,8	46,5±19,1	29,6±14,2	30,1±18,9	33,6±23,3	25,5±15,8
Жизненная активность (VT)	65,0±18,5	43,0±18,7	59,3±18,5	43,4±17,0	48,3±19,0	37,8±21,4
Психическое здоровье (MH)	70,3±9,8	50,1±17,9	69,5±15,6	55,5±18,8	68,0±16,9	55,8±21,3

Примечание: «*» - показатели, при формировании которых значение стандартного отклонения превысило среднее значение.

Как отмечено в примечании к таблице № 12, существует ряд показателей, при формировании которых значение стандартного отклонения превысило среднее значение, что свидетельствовало об отсутствии нормального распределения по указанным параметрам КЖ (например, преобладание нулевых оценок), однако это не снижало корректности их интерпретации в рамках обозначенного выше подхода (*«высокое КЖ» – «низкое КЖ»*).

Из представленных в таблице № 12 данных видно, что во всех обследованных группах в результате кластеризации оказалось возможным выделить контрастные по уровню КЖ – «*высокое» и «низкое»* – группы. В группе пациентов с двигательными нарушениями обусловленных ОНМК было 14 человек с высоким КЖ и 33 человек с низким КЖ, в группе пациентов с дорсопатиями - 22 человека с высоким КЖ и 26 человека с низким КЖ, в группе с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний - 9 человек с высоким КЖ и 22 человека с низким КЖ. С использованием статистического критерия Фишера было произведено попарное сравнение пропорционального соотношения указанных категорий пациентов в обследованных нозологических группах. Результаты представлены в таблице № 13.

Таблица № 13

Анализ значимости различий в пропорциональной представленности пациентов с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* в нозологических группах (n=126)

Нозологические группы	Дорсопатии (n=48)	Ревматические заболевания (n=31)
Последствия ОНМК (n=47)	0,14	0,99
Дорсопатии (n=48)	———	0,16

Как видно из таблицы № 13, уровень достоверности при попарном сравнении групп превышает 0,05, что свидетельствуют об отсутствии

достоверных различий в пропорциональном соотношении пациентов с высоким и низким КЖ в обследованных группах.

Применение аналогичной процедуры кластерного анализа по методу К-средних к данным, характеризующим качество жизни здоровых добровольцев, также позволило выделить два кластера испытуемых: оценивающих свое КЖ как высокое (n=92), и как низкое (n=50). Результаты представлены в таблице № 14.

Таблица № 14

Результаты кластерного анализа КЖ в группе условно-здоровых добровольцев (n=142)

Шкалы опросника *«SF-36»*	Условно-здоровые добровольцы n=142	
	«высокое КЖ» n=92 (M±SD)	*«низкое КЖ»* n=50 (M±SD)
Общее состояние здоровья (GH)	66,7±15,3	49,4±16,4
Физическое функционирование (PF)	88,5±14,0	69,1±24,6
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	89,1±16,7	29,5±28,4
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	91,8±16,7	44,9±39,6
Социальное функционирование (SF)	52,1±9,8	51,5±17,4
Интенсивность боли (BP)	80,0±21,2	47,2±19,9
Жизненная активность (VT)	67,2±15,3	46,9±16,7
Психическое здоровье (MH)	72,0±13,4	58,2±15,0

Таким образом, из таблицы № 14 видно, что среди условно здоровой популяции, по данным опросника *«SF-36»*, также может быть выделена когорта лиц, оценивающих свое КЖ, связанное со здоровьем, как низкое. В обследованной группе добровольцев их количество составило 50 человек

(35,2%) по сравнению с 92 (64,8%), оценивающими свое КЖ, как высокое. Выявленный факт свидетельствует о сомнительности принципиальной возможности формирования «нормативного» коридора значений для исследования КЖ опросником SF-36**.**

Далее был произведен анализ значимости различий в пропорциональной представленности лиц с высоким и низким КЖ в исследовательских группах сравнения на основании статистического критерия Фишера. Результаты представлены в таблице № 15.

Таблица № 15

Анализ значимости различий в пропорциональной представленности лиц с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* в исследовательских группах (n=268)

<table>
<tr><td rowspan="2">Нозологические группы</td><td colspan="2">Дорсопатии (n=48)</td><td colspan="2">Ревматические заболевания (n=31)</td><td colspan="2">Здоровые добровольцы (n=142)</td></tr>
<tr><td>«высокое КЖ» (n=22)</td><td>«низкое КЖ» (n=26)</td><td>«высокое КЖ» (n=9)</td><td>«низкое КЖ» (n=22)</td><td>«высокое КЖ» (n=92)</td><td>«низкое КЖ» (n=50)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Последствия ОНМК (n=47)</td><td colspan="2" rowspan="2">0,14</td><td colspan="2" rowspan="2">0,99</td><td colspan="2" rowspan="2">0,0000*</td></tr>
<tr><td>«высокое КЖ» (n=14)</td><td>«низкое КЖ» (n=33)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Дорсопатии (n=48)</td><td colspan="2" rowspan="2">_____</td><td colspan="2" rowspan="2">0,16</td><td colspan="2" rowspan="2">0,03*</td></tr>
<tr><td>«высокое КЖ» (n=22)</td><td>«низкое КЖ» (n=26)</td></tr>
<tr><td colspan="2">Ревматические заболевания (n=31)</td><td colspan="2" rowspan="2">_____</td><td colspan="2" rowspan="2">_____</td><td colspan="2" rowspan="2">0,001*</td></tr>
<tr><td>«высокое КЖ» (n=9)</td><td>«низкое КЖ» (n=22)</td></tr>
</table>

Примечание: «*» - уровень достоверности критерия Фишера на уровне $p \leq 0,05$

Как следует из представленных в таблице № 15 данных, статистически достоверные различия в пропорциональном соотношении лиц, оценивающих свое КЖ, как высокое, и лиц, оценивающих свое КЖ, как низкое, в

исследовательских группах, были зафиксированы при сравнении группы здоровых добровольцев с группами больных с двигательными нарушениями различной этиологии: при сопоставлении с группами больных с последствиями ОНМК и РЗ уровень достоверности достигал $p \leq 0{,}001$, с группой больных с заболеваниями позвоночника - $p \leq 0{,}05$. Таким образом, можно заключить, что здоровые добровольцы достоверно чаще - в 64,8% случаев (92 из 142) - оценивают свое качество жизни как высокое по сравнению с 29,8% (14 из 47) пациентов с двигательными нарушениями вследствие ОНМК ($p=0{,}0000$); 29,0% (9 из 31) пациентов с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний ($p=0{,}001$) и 45,8% (22 из 48) пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника ($p=0{,}03$). Графическая иллюстрация описанного результата приведена на рисунке 1.

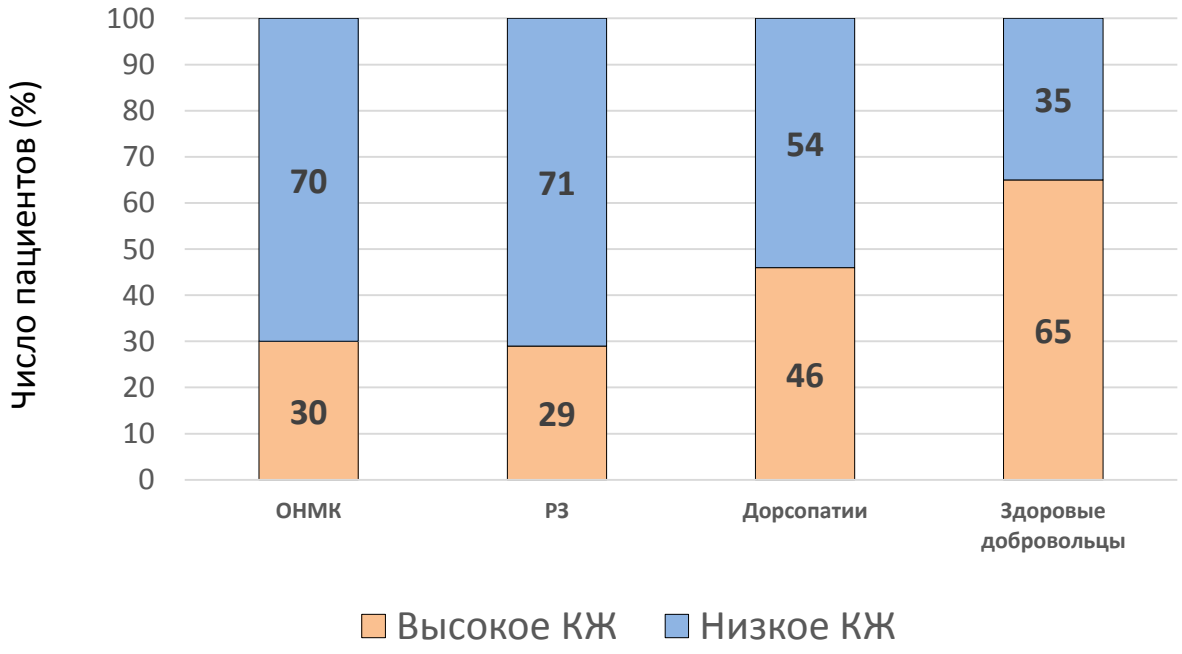


Рис. 1. Пропорциональное соотношение респондентов с высоким и низким КЖ в исследовательских группах.

Для оценки качества произведенной кластеризации далее был выполнен дисперсионный анализ [119]. Проверялась гипотеза о наличии достоверных различий в уровне выраженности значений по шкалам опросника *«SF-36»*, характеризующих субъективное КЖ, связанное со здоровьем, для выделенных в исследовательских группах кластеров с высоким и низким КЖ. Результаты представлены в таблице № 16.

Таблица № 16

Результаты дисперсионного анализа различий в показателях опросника *«SF-36»* в кластерах с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* (n=268)

Шкалы опросника *«SF-36»*	Последствия ОНМК n=47		Дорсопатии n=48		Ревматические заболевания n=31		Здоровые добровольцы n=142	
	F	p	F	p	F	p	F	P
Общее состояние здоровья (GH)	0,97	0,33	12,0	0,001*	1,56	0,22	39,2	0,0000*
Физическое функционирование (PF)	0,40	0,53	5,1	0,03*	1,44	0,24	36,2	0,0000*
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	5,40	0,02*	1,8	0,18	20,1	0,0001*	248,1	0,0000*
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	232,6	0,0000*	175,3	0,0000*	119,0	0,0000*	97,5	0,0000*
Социальное функционирование (SF)	0,01	0,93	3,6	0,07	1,0	0,32	0,08	0,78
Интенсивность боли (BP)	20,7	0,0000*	0,01	0,92	3,4	0,07	81,2	0,0000*
Жизненная активность (VT)	13,7	0,001*	9,3	0,004*	3,8	0,06	53,5	0,0000*
Психическое здоровье (MH)	15,8	0,0002*	7,4	0,01*	3,0	0,10	31,8	0,0000*

Примечание: «*» - уровень статистической значимости, достоверно ($p \leq 0,05$) различающей кластеры с высоким и низким КЖ

Из таблицы № 16 видно, что применение дисперсионного анализа показало достоверное различие кластеров ($p<0,05$) по ряду показателей опросника *«SF-36»*. Для пациентов с двигательными нарушениями в результате перенесенного ОНМК это шкалы *Ролевого функционирования, обусловленного физическим* (p=0,02) и *эмоциональным состоянием* (p=0,0000), *Боли* (p=0,0000), *Жизнеспособности* (p=0,001), и *Психического здоровья* (p=0,0002); для пациентов с дорсопатиями – шкалы *Общего здоровья* (p=0,001), *Физического функционирования* (p=0,03), *Ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием* (p=0,0000), *Жизнеспособности* (p=0,004) и *Психического здоровья* (p=0,01), для пациентов с ревматическими заболеваниями – шкалы *Ролевого функционирования, обусловленного физическим* (p=0,0001) и *Эмоциональным состоянием* (p=0,0000); для здоровых добровольцев - все шкалы опросника SF-36 на высоком уровне достоверности (p=0,0000), за исключением шкалы *Социального функционирования*.

Графическая иллюстрация описанных результатов приведена на рисунках 2, 3, 4, 5.

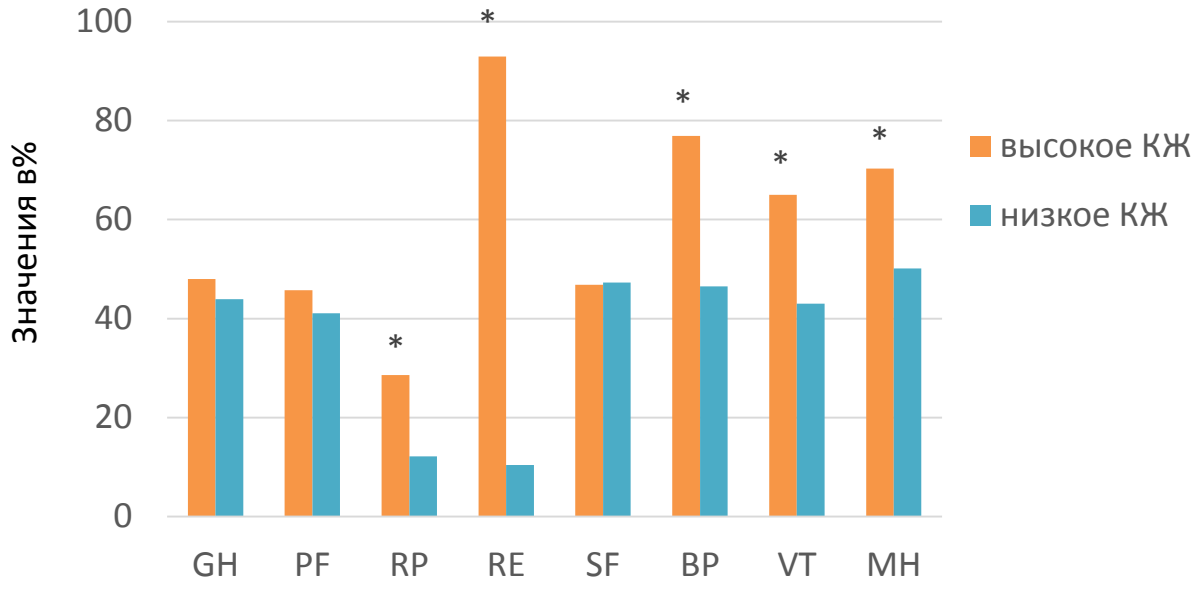


Рис. 2. Результаты кластеризации данных КЖ пациентов с нарушением двигательных функций в результате ОНМК

Примечание: «*» - достоверные различия между группами с высоким и низким КЖ на уровне $p \leq 0,05$

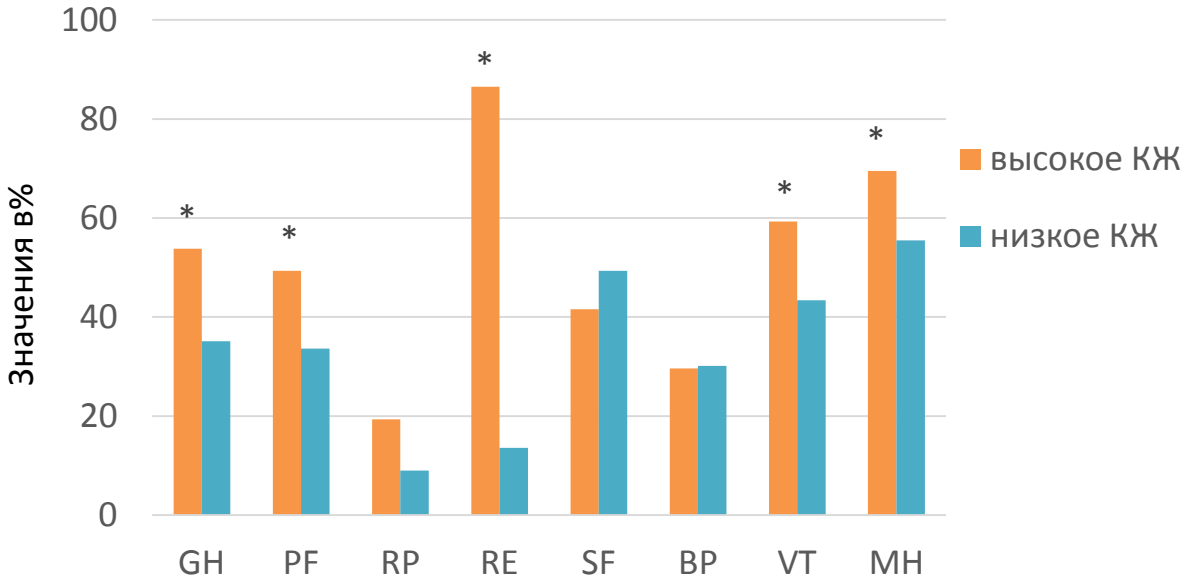


Рис. 3. Результаты кластеризации данных КЖ пациентов с дорсопатиями

Примечание: «*» - достоверные различия между группами с высоким и низким КЖ на уровне $p \leq 0,05$

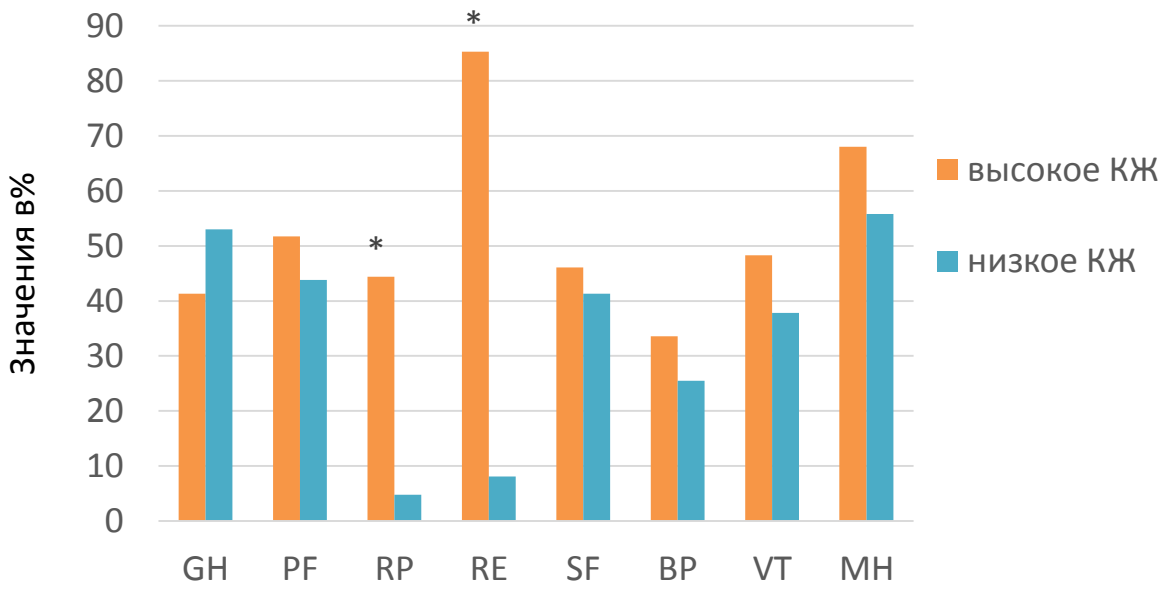


Рис. 4. Результаты кластеризации данных КЖ пациентов с нарушением двигательных функций на фоне ревматических заболеваний

Примечание: «*» - достоверные различия между группами с высоким и низким КЖ на уровне $p \leq 0,05$

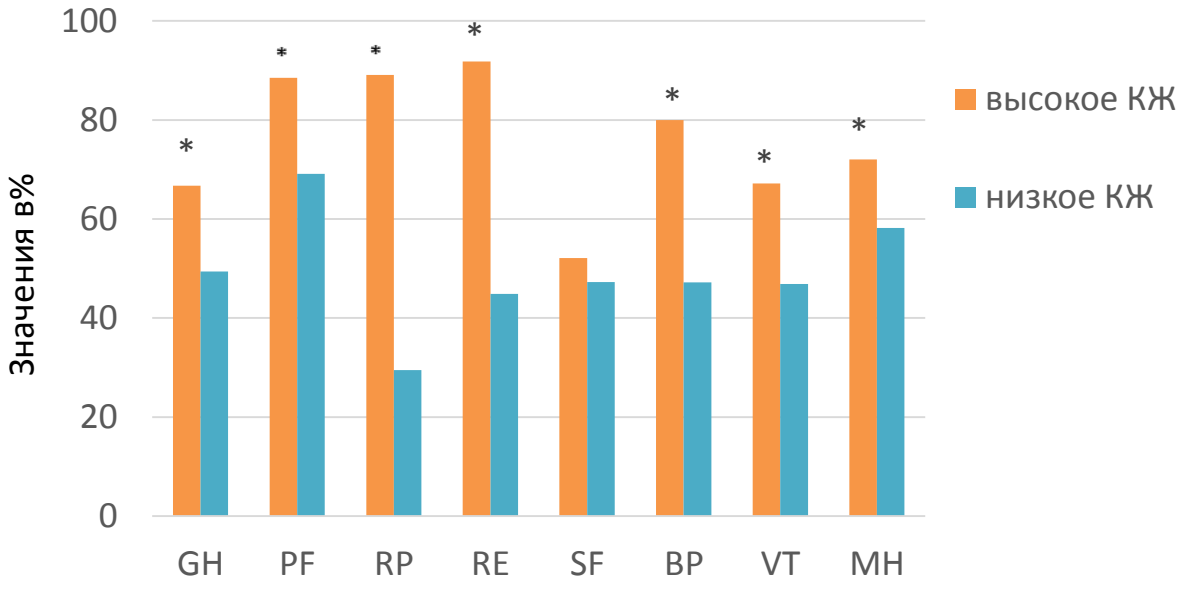


Рис. 5. Результаты кластеризации данных КЖ здоровых добровольцев

Примечание: «*» - достоверные различия между группами с высоким и низким КЖ на уровне $p \leq 0,05$

Количественные расхождения по шкалам опросника *«SF-36»* между группами лиц с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»*, наблюдаемые на графиках, могут быть интерпретированы как содержательное основание произведенной кластеризации. При этом различия в уровне выраженности средних значений шкал КЖ, отражающих в большей степени физическую составляющую качества жизни: *Общее состояние здоровья (GH), Физическое функционирование (PF)*, *Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), Интенсивность боли (BP)* – соотносятся с нозологическими особенностями обследованных групп, однако, гораздо более существенные различия были зафиксированы по шкалам опросника *«SF-36»*, характеризующим психологическое состояние пациентов: *Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), Жизненная активность (VT), Психическое здоровье (MH).*

Описанные результаты позволяют подтвердить качество выполненной кластеризации и сделать вывод о том, что содержательное формирование кластеров с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* осуществлялось преимущественно на основании показателей шкал опросника *«SF-36»*, демонстрирующих психологическое состояние обследуемых.

В целях дальнейшего изучения структуры КЖ к данным, характеризующим качество жизни испытуемых (n=268), был применен иерархический кластерный анализ по методу полной связи (Complete Linkage, мера близости - Eucliden distances), где отличием является естественность формирования групп. Этот метод предназначен для выделения компактных кластеров, состоящих из наиболее похожих элементов, и их взаимосвязей [91]. На данном этапе в качестве объектов группирования выступали шкалы опросника *«SF-36»*. Графическая иллюстрация полученных результатов представлена на рисунке 6.

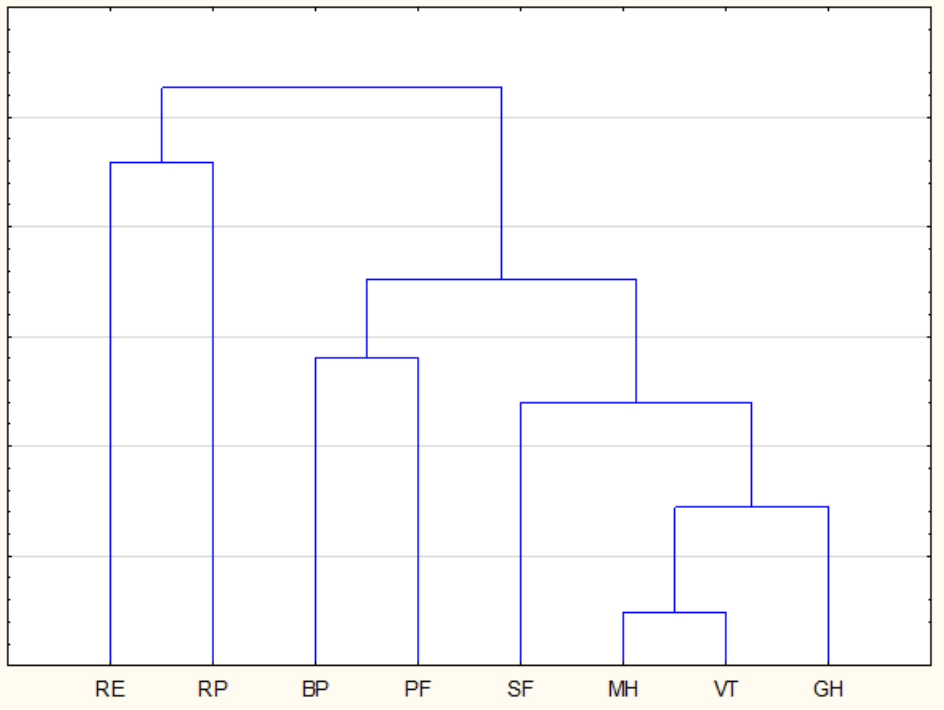


Рис. 6. Результаты иерархической кластеризации шкал опросника *«SF-36»* (n=268)

Как видно из приведенной иллюстрации, в результате проведения иерархического кластерного анализа самостоятельно выделились три кластера, объединяющие следующие шкалы опросника *«SF-36»*:

1. *Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) и Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)***;**

2. *Интенсивность боли (BP) и Физическое функционирование (PF)*;

3. *Социальное функционирование (SF), Жизненная активность (VT)***,** *Психическое здоровье (MH), Общее состояние здоровья (GH)*.

С учетом данных предварительно проведенного дисперсионного анализа, результаты которого описаны выше, можно предположить, что именно шкалы опросника *«SF-36»*, отражающие психологическое состояние, являются основой формирования первого и третьего кластера.

Таким образом, предпринятое нами в настоящем исследовании изучение структуры КЖ показывает безусловное влияние психологической

составляющей на общую оценку качества жизни, связанного со здоровьем всех исследуемых, независимо от наличия или отсутствия у них тех или иных заболеваний.

Операционализация предложенного подхода к изучению КЖ реализована в разработанной нами программе для ЭВМ *«Кластерный анализ качества жизни, связанного со здоровьем»* (Свидетельство о государственной регистрации №2014618131 от 11.08.2014).

3.4. Валидизация методики *«Шкала Тампа»*

Валидизация методики производилась в несколько этапов, были исследованы:

- факторная структура методики,
- дискриминативные возможности,
- синхронная надежность шкал,
- влияние фактора социальной желательности,
- конструктная валидность,
- репрезентативность и нозологическая специфичность.

Репрезенативность, как психометрический параметр адаптируемой методики, обеспечивалась различной этиологической представленностью двигательных нарушений. В общей сложности были обследованы 292 пациента с нарушением двигательных функций различной нозологии, которые описаны в главе 3 «Материалы и методы».

В первую очередь была изучена *факторная структура опросника*. С помощью *«Шкалы Тампа»* было обследовано 186 пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии:

- 61 пациент с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст 54,9±11,6), среди них 29 (47,5%) женщин, 32 (52,5%) мужчин;
- 70 пациентов с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий (средний возраст 53,5±12,0), среди них 40 (57,1%) женщин, 30 (42,9%) мужчин;
- 55 пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 55,8±9,2), среди них 35(63,6%) женщин, 20 (36,4%) мужчин.

Основанная на клинических наблюдениях и имеющихся данных зарубежных авторов [210] верифицируемая гипотеза состояла в предположении о неоднородности стимульного материала методики, среди пунктов которого

отдельно выделяются формулировки, отражающие убеждение респондентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Например: *«Окружающие не воспринимают всерьез мое заболевание», «Для человека с моим заболеванием совсем не безопасно сохранять физическую активность», «Я не могу делать все то же, что делают здоровые люди, потому что я слишком легко получаю травмы»* - в противоположность утверждениям, отражающим опыт взаимодействия пациентов с телесной болью, например: *«Боль дает мне знать, когда перестать делать упражнения, чтобы не нанести себе травму», «Я не испытывал бы боль, если бы в моем организме не происходило что-то потенциально опасное»* и т.п.

Проверка соответствия эмпирического распределения полученных данных нормальному с использованием статистического критерия Chi-Square (χ^2) показала, что все пункты стимульного материала методики *«Шкала Тампа»* не имеют нормального распределения. Результаты представлены в таблице № 17.

В связи с отсутствием нормального распределения данных для изучения факторной структуры методики был использован кластерный анализ по методу К-средних, позволяющий сгруппировать исследуемые объекты в заданное число кластеров [95]. В качестве анализируемых переменных (исследуемых объектов) рассматривались пункты стимульного материала (n=17). Кластерный анализ был выполнен дважды: с попыткой разделения на два и на три кластера.

Гипотеза о вероятном выделении *двух* кластеров основана на описанных выше соображениях о содержательной неоднородности пунктов стимульного материала: часть утверждений отражает убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему, другая часть - опыт взаимодействия с телесной болью.

Таблица № 17

Проверка нормальности эмпирического распределения данных (n=186)

№	Пункт опросника	χ^2	p
1	Я опасаюсь, что могу навредить себе, если буду выполнять физические упражнения	928,9	<0,05
2	Если я буду попытаться пересилить ее, моя боль возрастет	697,4	<0,05
3	Мое тело дает мне знать, что со мной происходит что-то опасное	728,3	<0,05
4	Возможно, моя боль прошла бы, если бы я занимался физическими упражнениями	726,8	<0,05
5	Окружающие не воспринимают всерьез мое заболевание	830,9	<0,05
6	Моя травма поставила под угрозу мое физическое здоровье на всю оставшуюся жизнь	797,2	<0,05
7	Боль всегда означает, что я получил травму	699,2	<0,05
8	Только потому, что что-то усиливает мою боль, это не обязательно опасно	693,3	<0,05
9	Я боюсь случайно нанести себе травму	696,4	<0,05
10	Самое безопасное, что я могу сделать, чтобы не допустить усиления боли, это просто быть осторожным, чтобы не производить ненужных движений	741,2	<0,05
11	Я не испытывал бы боль, если в моем организме не происходило что-то потенциально опасное	727,9	<0,05
12	Хотя я испытываю боль, я буду лучше себя чувствовать, если буду сохранять физическую активность	774,4	<0,05
13	Боль дает мне знать, когда перестать делать упражнения, чтобы не нанести себе травму	708,0	<0,05
14	Для человека с моим заболеванием совсем не безопасно сохранять физическую активность	700,7	<0,05
15	Я не могу делать все то же, что делают здоровые люди, потому что я слишком легко получаю травмы	677,6	<0,05
16	Хотя что-то и причиняет мне сильную боль, я не думаю, что это опасно	701,5	<0,05
17	Никто не должен заниматься физическими упражнениями, в моменты, когда испытывают боль	762,3	<0,05

Предположение о возможном выделении *трех* кластеров из пунктов стимульного материала соотносится с гипотетической возможностью формирования групп по нозологической принадлежности. Репрезентативность обследованной выборки обеспечена тремя нозологическими группами двигательных нарушений, при этом боязнь движения при дегенеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника, а также ревматических заболеваниях суставов соотносится с болевым синдромом, а в случае острого нарушения мозгового кровообращения – скорее, со страхом потери контроля над своим состоянием, ощущением бессилия. Результаты кластеризации представлены в таблице № 18.

Таблица № 18

Результаты кластеризации по методу К-средних (n=186)

№	Два кластера	Три кластера
1 кластер	n=6 пункты №№: 1, 2, 5, 9, 14, 15	n=6 пункты №№: 1, 2, 5, 9, 14, 15
2 кластер	n=11 пункты №№: 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17	n=4 пункты №№: 4, 8, 12, 16
3 кластер	———	n=7 пункты №№: 3, 6, 7, 10, 11, 13, 17

Как видно из представленных в таблице № 18 результатов кластеризации, вне зависимости от заданного числа, устойчиво выделяется кластер, состоящий из 1, 2, 5, 9, 14, 15 пунктов стимульного материала методики, содержательно отражающих убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему:

- *Я опасаюсь, что могу навредить себе, если буду выполнять физические упражнения,*
- *Если я буду попытаться пересилить ее, моя боль возрастет,*

• *Окружающие не воспринимают всерьез мое заболевание,*

• *Я боюсь случайно нанести себе травму,*

• *Для человека с моим заболеванием совсем не безопасно сохранять физическую активность,*

• *Я не могу делать все то же, что делают здоровые люди, потому что я слишком легко получаю травмы.*

Объединение в качестве единой группы при кластеризации на три кластера пунктов 4, 8, 12, 16 обусловлено, видимо, техническими обстоятельствами, поскольку количественная обработка данных по ним ведется с учетом инверсии шкалы:

• *Возможно, моя боль прошла бы, если бы я занимался физическими упражнениями,*

• *Только потому, что что-то усиливает мою боль, это не обязательно опасно,*

• *Хотя я испытываю боль, я буду лучше себя чувствовать, если буду сохранять физическую активность,*

• *Хотя что-то и причиняет мне сильную боль, я не думаю, что это опасно.*

Таким образом, описанные выше результаты кластерного анализа эмпирических данных позволяют подтвердить гипотезу о двухфакторной структуре опросника *«Шкала Тампа»*:

- *первая шкала* включила в себя шесть пунктов стимульного материала, отражающих убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему, и условно была названа нами *«Психологическая составляющая, или вторичная выгода от заболевания»*;

- *вторую шкалу*, отражающую опыт взаимодействия пациентов с телесной болью, составили оставшиеся одиннадцать пунктов опросника – шкала получила название *«Физическая составляющая, или истинная кинезиофобия»*.

Следовательно, подсчет итоговых показателей может вестись по трем показателям путем суммирования сырых баллов с учетом инверсии пунктов №№ 4, 8, 12, 16. Инверсия производится по формуле «5-х», где х-величина сырого балла:

Шкала *«Психологическая составляющая, или вторичная выгода от заболевания»* содержит пункты №№ 1, 2, 5, 9, 14, 15;

Шкала *«Физическая составляющая, или истинная кинезиофобия»* содержит пункты №№ 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17;

Суммарный индекс кинезиофобии подсчитывается путем суммирования данных по шкалам.

Далее изучались *дискриминативные (различительные) возможности* пунктов опросника. Для анализа использовался основной из рекомендуемых показателей, характеризующий различительные возможности пунктов стимульного материала – дельта Фергюсона [52]. Для пунктов опросника значения дельты Фергюсона составили от 0,65 до 0,79, что является высоким [93] показателем дискриминативности и одновременно характеристикой высокой эмпирической валидности методики. Результаты анализа дискриминативности представлены в таблице № 19.

Таблица № 19

Дискриминативность (различительная способность) пунктов опросника (n=186)

№	Пункт опросника	δ
1	Я опасаюсь, что могу навредить себе, если буду выполнять физические упражнения	0,77
2	Если я буду попытаться пересилить ее, моя боль возрастет	0,79
3	Мое тело дает мне знать, что со мной происходит что-то опасное	0,71
4	Возможно, моя боль прошла бы, если бы я занимался физическими упражнениями	0,75
5	Окружающие не воспринимают всерьез мое заболевание	0,77
6	Моя травма поставила под угрозу мое физическое здоровье на всю оставшуюся жизнь	0,76
7	Боль всегда означает, что я получил травму	0,77
8	Только потому, что что-то усиливает мою боль, это не обязательно опасно	0,76
9	Я боюсь случайно нанести себе травму	0,78
10	Самое безопасное, что я могу сделать, чтобы не допустить усиления боли, это просто быть осторожным, чтобы не производить ненужных движений	0,65
11	Я не испытывал бы боль, если в моем организме не происходило что-то потенциально опасное	0,74
12	Хотя я испытываю боль, я буду лучше себя чувствовать, если буду сохранять физическую активность	0,65
13	Боль дает мне знать, когда перестать делать упражнения, чтобы не нанести себе травму	0,68
14	Для человека с моим заболеванием совсем не безопасно сохранять физическую активность	0,79
15	Я не могу делать все то же, что делают здоровые люди, потому что я слишком легко получаю травмы	0,78
16	Хотя что-то и причиняет мне сильную боль, я не думаю, что это опасно	0,75
17	Никто не должен заниматься физическими упражнениями, в моменты, когда испытывают боль	0,75

Следующим этапом была оценка влияния *социальной желательности* на результаты применения методики *«Шкала Тампа»*, для чего нами были

обследованы 29 пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии:

- 12 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст 60,2±6,1), среди них 7 (58,3%) женщин, 5 (41,7%) мужчин;
- 11 пациентов с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий (средний возраст 58,1±6,9), среди них 6 (54,5%) женщин, 5 (45,5%) мужчин;
- 6 пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (средний возраст 61,7±2,5), среди них 4 (66,7%) женщин, 2 (33,3%) мужчин.

Пациенты были обследованы с помощью *«Шкалы Тампа»* и методики диагностики самооценки мотивации одобрения (*Шкалы лживости*) Д.Марлоу, Д.Крауна. Применение к полученным результатам корреляционного анализа по Спирмену выявило отсутствие достоверных связей между выделенными шкалами опросника Тампа и итоговым показателем методики диагностики самооценки мотивации одобрения. Таким образом, результаты, представленные в таблице № 20, позволяют сделать заключение о том, что показатели методики *«Шкала Тампа»* не подвержены влиянию социальной желательности.

Таблица № 20

Результаты корреляционного анализа связи результатов применения методик *«Шкала Тампа»* и *«Шкала социальной желательности»* (n=29)

Субшкалы методики *«Шкала Тампа»*	R	p
«Психологическая составляющая, или вторичная выгода от заболевания»	-0,17	0,37
«Физическая составляющая, или истинная кинезиофобия»	-0,06	0,75
Суммарный индекс кинезиофобии	-0,04	0,85

Далее, на совокупной выборке больных с двигательными нарушениями различной нозологии (n=292) было изучено *влияние нозологических различий* на уровень выраженности признаков кинезиофобии.

Использовался анализ значимости различий с применением теста Крускала-Уоллиса (H). Результаты представлены в таблице № 21.

Таблица № 21

Анализ значимости различий в уровне выраженности признаков кинезиофобии для больных с различной нозологией двигательных нарушений (n=292)

Субшкалы методики *«Шкала кинезиофобии Тампа»*	Последствия ОНМК (n=99)	Дорсопатии (n=107)	Ревматические заболевания (n=86)	H	p
	M±SD	M±SD	M±SD		
«Психологическая составляющая, или вторичная выгода от заболевания»	13,7±3,5	13,9±3,6	14,9±3,7	4,47	0,11
«Физическая составляющая, или истинная кинезиофобия»	28,7±4,1	28,5±4,3	29,7±4,8	2,69	0,26
Суммарный индекс кинезиофобии	44,5±7,2	42,4±6,8	42,4±7,1	4,66	0,10

Как видно из результатов, представленных в таблице № 21, достоверных нозологических различий в уровне выраженности признаков кинезиофобии на обследованной выборке пациентов с нарушением двигательных функций не обнаружено, то есть этиология двигательных нарушений никак не соотносится с выраженностью кинезиофобии. Указанный результат позволяет, на наш

взгляд, еще раз подтвердить гипотезу о психологичности исследуемого конструкта.

Для расчета *синхронной надежности* (внутренней согласованности) пунктов шкал методики *«Шкала кинезиофобии Тампа»* использовался коэффициент α-Кронбаха. Результаты представлены в таблице № 22.

Таблица № 22

Расчет синхронной надежности шкал методики *«Шкала кинезиофобии Тампа»* (n=292)

Субшкалы методики *«Шкала Тампа»*	α-Кронбаха
«Психологическая составляющая, или вторичная выгода от заболевания»	0,61
«Физическая составляющая, или истинная кинезиофобия»	0,60
Суммарный индекс кинезиофобии	0,70

Приведенные в таблице № 22 показатели синхронной надежности (внутренней согласованности) пунктов шкал методики *«Шкала Тампа»*, согласно имеющимся в настоящий момент требованиям к психометрическим характеристикам опросниковых методик, могут быть признаны удовлетворительными [93].

Изучение *конструктной валидности* производилось посредством анализа связей выделенных шкал методики *«Шкала Тампа»* и двух внешних критериев: количества предыдущих госпитализаций в стационары восстановительного лечения и уровнем выраженности болевого синдрома, по данным «Визуальной аналоговой шкалы боли». В данном случае были использованы результаты обследования 137 пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии:

- 40 пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (средний возраст 57,9±12,2), среди них 26 (65,0%) женщин, 14 (35,0%) мужчин;
- 48 пациентов с двигательными нарушениями на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (средний возраст 53,9±10,0), среди них 28 (58,3%) женщин, 20 (41,7%) мужчин;
- 49 пациентов с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний (средний возраст 59,2±8,0), среди них 36 (73,5%) женщин, 13 (26,5%) мужчин.

В таблице № 23 представлены результаты корреляционного анализа связей между шкалами-характеристиками кинезиофобии, по данным методики *«Шкала Тампа»*, и количеством предшествующих госпитализаций пациентов в стационары восстановительного лечения. Использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Таблица № 23

Корреляционный анализ связи результатов применения методики *«Шкала Тампа»* и количеством госпитализаций в стационары восстановительного лечения (n=137)

Субшкалы методики *«Шкала Тампа»*	R	p
«Психологическая составляющая, или вторичная выгода от заболевания»	0,16	0,05*
«Физическая составляющая, или истинная кинезиофобия»	0,09	0,30
Суммарный индекс кинезиофобии	0,12	0,17

Примечание: знаком «*» отмечен уровень достоверности коэффициента корреляции Спирмена, отражающего связь на уровне p=0,05

Как видно, из представленных в таблице № 23 результатов, при анализе выявлена достоверная положительная связь между шкалой методики Тампа, отражающей психологическую составляющую кинезиофобии, и количеством предшествующих обследованию госпитализаций в стационары

восстановительного лечения: высокая степень выраженности психологической составляющей кинезиофобии - вторичной выгоды от заболевания - соотносится с большим количеством госпитализаций (R=0,16; p=0,05). Описанный результат подтверждает также фармако-экономическую значимость анализируемого конструкта. Рассуждая о направлении выявленной связи, с одинаковой степенью вероятности, можно предположить и как то, что убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему, крепнет раз от раза ввиду отсутствия видимого результата лечения, так и то, что получение неосознаваемых бонусов от пребывания в позиции больного, провоцирует множественное число госпитализаций.

Для анализа связи шкал-характеристик кинезиофобии и болевого синдрома, по данным *«Визуальной аналоговой шкалы боли»*, на основании пропорционального соотношения уровня выраженности психологической и физической составляющих кинезиофобии обследованная выборка больных (n=137) выборка была разделена на следующие группы:

1 – *низкий* уровень психологической составляющей кинезиофобии (вторичной выгоды), *низкий* уровень физической составляющей кинезиофобии (истинной кинезиофобии) - n=53 – условное название «Ψн+Фн»;

2 – *высокий* уровень психологической составляющей кинезиофобии (вторичной выгоды), *высокий* уровень физической составляющей кинезиофобии (истинной кинезиофобии) - n=52 - условное название «Ψв+Фв»;

3 – *низкий* уровень психологической составляющей кинезиофобии (вторичной выгоды), *высокий* уровень физической составляющей кинезиофобии (истинной кинезиофобии) - n=16 - условное название «Ψн+Фв»;

4 – *высокий* уровень психологической составляющей кинезиофобии (вторичной выгоды), *низкий* уровень физической составляющей кинезиофобии (истинной кинезиофобии) - n=16 - условное название «Ψв+Фн».

Далее к выделенным группам применялся анализ значимости различий в уровне интенсивности боли. Использовался непараметрический критерий

Крускала-Уоллиса для несвязанных выборок, который зафиксировал достоверные различия между выделенными группами: H(3,n=137)=14,24, p=0,003.

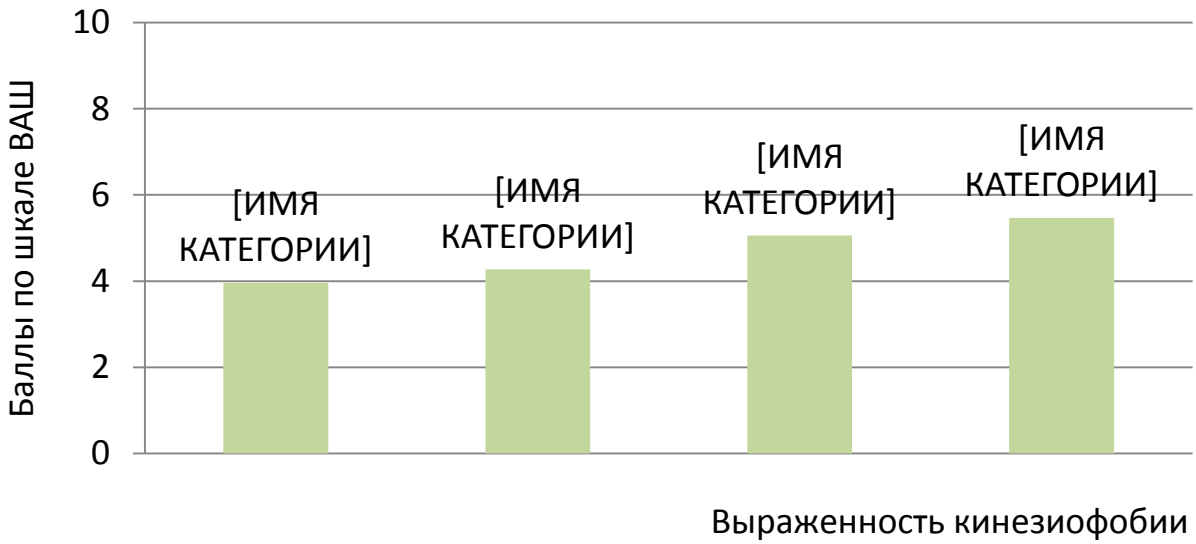


Рис.7. Уровень интенсивности боли в сопоставлении со степенью выраженности кинезиофобии

На рисунке 7 представлены средние значения интенсивности боли, полученные по данным *«Визуальной аналоговой шкалы боли»*, для четырех выделенных групп с различными комбинациями соотношения уровня выраженности психологической и физической составляющих кинезиофобии. На диаграмме видно, что самый низкий уровень боли зафиксирован в группе «Ψн+Фн» с низкой выраженностью как физической, так и психологической составляющих кинезиофобии, чуть сильнее боль в группе «Ψв+Фн», где физическая составляющая представлена также низкими значениями, психологическая – высокими, третьей по степени выраженности боли является группа «Ψн+Фв» с высокими значениями физической составляющей, и наконец, самая интенсивная боль зафиксирована в группе «Ψв+Фв» с высоким уровнем выраженности физической и психологической составляющей кинезиофобии. В целях более детального анализа полученных результатов

было предпринято попарное сравнение групп с использованием критерия Манна-Уитни. Результаты представлены в таблице № 24.

Таблица № 24

Анализ значимости различий в уровне интенсивности боли в сопоставлении с кинезиофобией (n=137)

Название группы	Средний уровень боли M±SD	Ψв+Фв (n=52)		Ψн+Фв (n=16)		Ψв+Фн (n=16)	
		U	p	U	p	U	p
Ψн+Фн (n=53)	3,96±1,8	806,5	0,0003*	289,5	0,05*	343,5	0,43
Ψв+Фв (n=52)	5,47±2,2	—	—	376,5	0,65	267,5	0,08
Ψн+Фв (n=16)	5,06±2,1	—	—	—	—	284,5	0,27
Ψв+Фн (n=16)	4,27±2,05	—	—	—	—	—	—

Примечание: «*» - достоверность критерия Манна-Уитни, отражающая различия на уровне p≤0,05

Как следует из представленных в таблице № 24 результатов анализа значимости различий в выраженности болевого синдрома, по данным *«Визуальной аналоговой шкалы боли»*, в группах с различным уровнем признаков кинезиофобии, вне зависимости от представленности психологической составляющей (высокая или низкая), уровень выраженности болевого синдрома достоверно отличался только при сопоставлении групп с различной (высокой или низкой) представленностью физической составляющей кинезиофобии: группа «Ψн+Фн» по сравнению с группами «Ψв+Фв» и «Ψн+Фв». При этом попарное сравнение групп с одинаковой (или высокой,

или низкой) представленностью физической составляющей кинезиофобии достоверных различий в уровне выраженности боли не зафиксировало: группа «Ψн+Фн» по сравнению с группой «Ψв+Фн», и группа «Ψв+Фв» по сравнению с группой «Ψн+Фв». Таким образом, можно сделать вывод о том, что основной вклад в различия в уровне выраженности болевого синдрома вносят группы с высоким уровнем выраженности физической составляющей кинезиофобии (группы «Ψв+Фв» и «Ψн+Фв»), то есть измеренная методикой «*Шкала Тампа*» физическая составляющая кинезиофобии коррелирует с наличием болевого синдрома и, действительно, отражает опыт взаимодействия пациентов с телесной болью.

Представляется важным отметить, что обнаруженные при исследовании конструктной валидности связи выделенных шкал методики «*Шкала Тампа*» с вышеописанными внешними критериями имеют также существенную практическую значимость. В клинических условиях индивидуальный подход к составлению программ реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций может быть реализован с опорой на результаты применения опросника. Опросник может быть также использован для динамической оценки психологического состояния пациентов в процессе работы с медицинским психологом.

Таким образом, в процессе апробации русскоязычного варианта методики *«Шкала Тампа»* было показано, что психометрические характеристики методики (дискриминативность, репрезентативность, надежность, валидность) продемонстрировали достаточно высокие показатели.

Исходя из вышеизложенного, представляется возможным и целесообразным учитывать результаты исследования по *«Шкале Тампа»*, как значимый показатель, характеризующий психическое состояние пациентов с нарушениями двигательных функций.

3.5. Личностные и психопатологические характеристики пациентов с нарушениями двигательных функций

Задача по исследованию психологических и психопатологических особенностей пациентов с нарушениями функции движения и выявлению ведущих черт для изучаемых нозологических групп решалась путем анализа значимости различий в уровне выраженности психологических характеристик (устойчивые черты личности, измеренные опросником *«Big Five»*; субъективное ощущение удовлетворенности самочувствием, измеренное визуальной аналоговой шкалой оценки самочувствия *ВАШ*), психопатологических черт (текущее психоэмоциональное состояние, интенсивность актуального дистресса, измеренные опросником *«SCL-90-R»*) и кинезиофобии (в соответствии со *«Шкалой кинезиофобии Тампа»*).

Проверка соответствия распределения эмпирических данных нормальному проводилась с использованием статистического критерия Кси-квадрат (χ^2). Проверялась статистическая гипотеза о наличии достоверных различий эмпирического распределения данных и нормального распределения. Результаты представлены в таблице № 25.

Как видно из представленных в таблице № 25 результатов, эмпирическое распределение данных ряда использованных методик достоверно ($p \leq 0,05$) отличается от нормального распределения: шкала *Склонность к согласию* опросника «*Big Five*» ($p=0,05$); шкалы *Межличностная сензитивность* ($p=0,0000$), *Депрессия* ($p=0,001$), *Тревожность* ($p=0,0001$), *Враждебность* ($p=0,0000$), *Фобическая тревожность* ($p=0,0000$), *Паранойяльность* ($p=0,0000$), *Психотизм* ($p=0,0000$), *Уровень тяжести дистресса* ($p=0,0000$) опросника *«SCL-90-R»* – что обусловило выбор непараметрических статистических критериев для анализа результатов.

Таблица № 25

Значения критерия χ^2 для шкал исследовательских методик при сравнении с нормальным распределением (n=126)

Методика	Шкалы	χ^2	ρ
Личностный опросник *«Big Five»*	*Нейротизм*	10,7	0,30
	Экстраверсия	3,8	0,29
	Открытость опыту	12,3	0,09
	Склонность к согласию	14,2	0,05*
	Добросовестность	14,6	0,10
Опросник выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»*	*Соматизация*	9,0	0,43
	Обсессивность-компульсивность	14,0	0,08
	Межличностная сензитивность	45,3	0,0000*
	Депрессия	28,9	0,001*
	Тревожность	31,3	0,0001*
	Враждебность	49,1	0,0000*
	Фобическая тревожность	99,4	0,0000*
	Паранойяльность	60,3	0,0000*
	Психотизм	44,2	0,0000*
	Уровень тяжести дистресса (GSI)	36,7	0,0000*
ВАШ	*Субъективная оценка самочувствия*	9,9	0,08
Шкала кинезиофобии Тампа	*Индекс кинезиофобии*	8,4	0,40

Примечание: «*» - уровень статистической достоверности $p \leq 0,05$

Анализ значимости различий в уровне выраженности психологических и психопатологических особенностей пациентов обследованных групп между собой и в сравнении с нормальными значениями производился с использованием непараметрического критериев Крускалла-Уоллиса (H) и Кси-квадрат (χ^2) для несвязанных выборок. Результаты представлены в таблицах №№ 26, 27, 28, 29, 30.

Таблица № 26

Анализ значимости различий в уровне выраженности устойчивых черт личности, по данным личностного опросника *«Big Five»*, в группах больных с двигательными нарушениями различной этиологии (n=126)

Шкалы опросника *«Big Five»*	*H (2,n= 126)*	*ρ*	Послед-ствия ОНМК (n=47) (M±SD)	Дорсопатии (n=48) (M±SD)	РЗ (n=31) (M±SD)
Нейротизм	7,3	0,03*	22,4±6,0	20,8±6,2	18,5±7,4
Экстраверсия	3,6	0,16	25,0±6,4	26,1±5,7	23,5±7,0
Открытость опыту	0,80	0,67	25,3±4,7	25,7±4,3	25,5±6,3
Склонность к согласию	0,18	0,91	28,4±4,9	28,9±5,2	28,9±5,7
Добросовестность	1,8	0,40	30,7±6,0	32,0±6,3	31,0±8,2

Примечание: «*» - статистическая достоверность значимости различий на уровне p≤0,05 для группы с последствиями ОНМК по сравнению с другими группами

Как видно из представленных в таблице № 26 результатов, критерий Крускалла-Уоллиса зафиксировал достоверные (p=0,03) различия в уровне выраженности *Нейротизма* среди групп больных: у больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК он выше, чем в других группах.

Таблица № 27

Средние значения субшкал личностного опросника *«Big Five»* в группах больных с двигательными нарушениями различной этиологии (n=126) в сопоставлении с условно-нормативными данными (n=600)

Шкалы опросника *«Big Five»*	Послед-ствия ОНМК n=47 (M±SD)	Дорсопатии n=48 (M±SD)	РЗ n=31 (M±SD)	Норма n=600 (M±SD)
Нейротизм	22,4±6,0*	20,8±6,2*	18,5±7,4	19,0±7,0
Экстраверсия	25,0±6,4*	26,1±5,7*	23,5±7,0*	32,0±7,0
Открытость опыту	25,3±4,7*	25,7±4,3*	25,5±6,3*	30,0±6,0
Склонность к согласию	28,4±4,9*	28,9±5,2	28,9±5,7	30,0±6,0
Добросовестность	30,7±6,0	32,0±6,3	31,0±8,2	32,0±8,0

Примечание: «*» - статистическая достоверность значимости различий на уровне p≤0,05 для исследуемых групп по сравнению с нормой

Обращает на себя внимание повышенный уровень *Нейротизма* у пациентов с последствиями ОНМК и дорсопатиями, в отличие от пациентов с ревматическими заболеваниями, уровень *Нейротизма* которых соответствует нормальному. В то же время, пациенты всех групп отличаются в сторону уменьшения от нормативных данных по уровню выраженности *Экстраверсии* и *Открытости опыту*, а пациенты с последствиями ОНМК еще и по уровню выраженности *Склонности к согласию*. Показатели по шкале *Добросовестность* в исследованных группах больных не имела достоверного отличия от нормативных данных.

Таблица № 28

Анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологических особенностей, по данным шкал опросника *«SCL-90-R»* и *«Шкалы кинезиофобии Тампа»*, в группах больных с двигательными нарушениями различной этиологии (n=126)

Шкалы	χ^2	ρ	Последствия ОНМК (n=47)	Дорсопатии (n=48)	РЗ (n=31)
Соматизация	1,9	0,38	1,16±0,8	1,35±0,7	1,17±0,8
Обсессивность-компульсивность	0,42	0,81	1,03±0,6	0,99±0,6	0,87±0,6
Межличностная сензитивность	0,61	0,74	0,82±0,7	0,99±0,6	0,78±0,5
Депрессия	0,53	0,77	0,88±0,6	0,75±0,7	0,76±0,5
Тревожность	0,12	0,94	0,64±0,6	0,65±0,6	0,55±0,4
Враждебность	1,7	0,42	0,53±0,5	0,48±0,5	0,46±0,5
Фобическая тревожность	5,0	0,08	0,56±0,6	0,41±0,5	0,23±0,3
Паранойяльность	2,8	0,25	0,61±0,6	0,75±0,6	0,66±0,6
Психотизм	0,28	0,87	0,42±0,4	0,46±0,5	0,40±0,4
Уровень тяжести дистресса	0,48	0,79	0,78±0,5	0,79±0,5	0,70±0,4
Индекс кинезиофобии по «Шкале Тампа»	0,57	0,75	43,9±5,4	43,9±5,4	43,5±7,0

Представленные данные свидетельствуют о том, что в группах больных с двигательными нарушениями различной этиологии не определяется значимых различий в уровне выраженности психопатологических особенностей, выявляемых по данным опросника *«SCL-90-R»* и *«Шкалы Тампа»*.

Таблица № 29

Сравнительный анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологических особенностей, по данным шкал опросника *«SCL-90-R»* у пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии в сопоставлении с условно-нормативными показателями

Шкалы	Условно-нормативные показатели n=1466	Последствия ОНМК n=47		Дорсопатии n=48		Ревматические заболевания n=31	
	M±SD	M±SD	*ρ*	M±SD	*ρ*	M±SD	*ρ*
Соматизация	0,69±0,65	1,16±0,8	0,0000*	1,35±0,7	0,0000*	1,17±0,8	0,0001*
Обсессивность-компульсивность	0,76±0,60	1,03±0,6	0,002*	0,99±0,6	0,01*	0,87±0,6	0,31
Межличностная сензитивность	0,83±0,63	0,82±0,7	0,92	0,99±0,6	0,08	0,78±0,5	0,66
Депрессия	0,68±0,59	0,88±0,6	0,02*	0,75±0,7	0,42	0,76±0,5	0,45
Тревожность	0,62±0,62	0,64±0,6	0,83	0,65±0,6	0,74	0,55±0,4	0,53
Враждебность	0,71±0,65	0,53±0,5	0,03*	0,48±0,5	0,02*	0,46±0,5	0,03*
Фобическая тревожность	0,35±0,49	0,56±0,6	0,004*	0,41±0,5	0,40	0,23±0,3	0,17
Паранойяльность	0,67±0,58	0,61±0,6	0,49	0,75±0,6	0,35	0,66±0,6	0,92
Психотизм	0,42±0,48	0,42±0,4	1,00	0,46±0,5	0,57	0,40±0,4	0,82
Уровень тяжести дистресса	0,64±0,50	0,78±0,5	0,03*	0,79±0,5	0,04*	0,70±0,4	0,51

Примечание: «*» - уровень статистической достоверности различий при сопоставлении показателей в исследуемых группах с условно-нормативными значениями при $p \leq 0,05$

Как видно из таблицы № 29 уровень выраженности *Соматизации* с высокой степенью достоверности повышен по сравнению с нормой во всех группах обследованных больных; показатели *Обсессивности-компульсивности* и *Тяжести текущего дистресса* – у пациентов с последствиями ОНМК и дорсопатиями; *Фобическая тревожность* и *Депрессия* – у пациентов с

последствиями ОНМК. В то же время показатели по шкале *Враждебность* во всех группах больных достоверно снижена в сравнении с нормальными.

Таблица № 30

Анализ значимости различий в самочувствии, по данным визуальной аналоговой шкалы (*ВАШ*), в группах больных с двигательными нарушениями различной этиологии (n=126)

Название шкалы	χ^2	ρ	Последствия ОНМК (n=47)	Дорсопатии (n=48)	РЗ (n=31)
ВАШ	4,3	0,11	46,7±18,6	52,9±22,9	54,6±20,1

Достоверных различий в показателях самочувствия по визуальной аналоговой шкале (*ВАШ*) в исследовательских группах отмечено не было.

Таким образом, при изучении психологических и психопатологических особенностей пациентов с нарушениями двигательных функций было показано отсутствие значимых различий между исследуемыми нозологическими подгруппами (за исключением повышенного уровня *Нейротизма* (p=0,03)) у больных с двигательными нарушениями в результате ОНМК. В то же время, были обнаружены статистически значимые отличия всех групп от общепринятых нормативных показателей, как с точки зрения личностного (повышенный уровень *Нейротизма* у пациентов с последствиями ОНМК и дорсопатиями и сниженый уровень *Экстраверсии* и *Открытости опыту*, а у пациентов с последствиями ОНМК и по уровню выраженности *Склонности к согласию*), так и с точки зрения психопатологического (достоверное повышение уровня выраженности *Соматизации* во всех группах обследованных больных, уровня *Обсессивности-компульсивности* и *Тяжести текущего дистресса* - у пациентов с последствиями ОНМК и дорсопатиями, уровня *Фобической тревожности* и *Депрессии* - у пациентов с последствиями ОНМК) статуса пациентов. Данный факт позволяет подтвердить гипотезу о возможности

включения всех пациентов с нарушениями двигательных функций в единый процесс психокоррекции, основываясь не только на их клинической общности.

Однако, учитывая практический опыт работы с пациентами в психокоррекционных и психотерапевтических группах, формируется понимание, что в каждой нозологической группе существует ряд внутренних различий, которые не являются основополагающими для той или иной патологии. Скорее всего, эти различия характеризуют образ жизни больных, формирующийся в контексте длительно текущего заболевания и предполагает рассмотрение психологических и психопатологических характеристик пациентов с нарушениями двигательных функций не только в контексте нозологической принадлежности, но и в контексте их качества жизни.

3.6. Личностные характеристики пациентов с нарушениями двигательных функций в контексте КЖ

Для проведения сравнительного анализа психологических особенностей обследованных групп пациентов с двигательными нарушениями различной этиологии, исследовалась структура личности, по данным опросника *«Big Five»*, в рамках предложенного выше двукатегориального ранжирования с учетом КЖ: *«высокое КЖ»* - *«низкое КЖ»*, то есть проводился анализ значимости различий в уровне выраженности *Нейротизма, Экстраверсии, Склонности к согласию, Открытости опыту и Добросовестности* в группах больных, оценивающих свое КЖ, как высокое и как низкое, с учетом нозологии. Использовался статистический критерий Манна-Уитни. Результаты представлены в таблицах №№ 31, 32, 33.

Таблица № 31

Сравнительный анализ структуры личности по данным опросника *«Big Five»* у пациентов с нарушением двигательных функций в результате перенесенного ОНМК (n=47)

Шкалы личностного опросника *«Big Five»*	U	p	Показатели КЖ (M±SD)	
			«высокое КЖ» (n=14)	*«низкое КЖ»* (n=33)
*Нейротизм**	132,5	0,02	19,4±5,3	23,3±5,6
Экстраверсия	198,5	0,46	25,8±7,2	24,8±6,2
Склонность к согласию	202,0	0,51	28,9±5,5	28,7±4,7
Открытость опыту	198,0	0,45	23,9±3,5	25,9±4,8
*Добросовестность**	137,5	0,03	25,9±5,6	32,2±5,7

Примечание: «*» - достоверные различия на уровне $p \leq 0,05$ между группами с высоким и низким КЖ

Таблица № 32

Сравнительный анализ структуры личности по данным опросника *«Big Five»* у пациентов с двигательными нарушениями у больных с дорсопатиями (n=48)

Шкалы личностного опросника *«Big Five»*	U	p	Показатели КЖ (M±SD)	
			«высокое КЖ» (n=22)	*«низкое КЖ»* (n=26)
Нейротизм	231,0	0,26	19,7±6,1	21,8±6,2
Экстраверсия	242,0	0,37	26,5±5,7	26,0±5,5
Склонность к согласию	281,0	0,93	28,7±5,3	28,8±5,1
Открытость опыту	273,0	0,80	25,5±4,1	25,7±4,5
*Добросовестность**	186,5	0,04	34,0±5,3	30,7±6,3

Примечание: «*» - достоверные различия на уровне p≤0,05 между группами с высоким и низким КЖ

Таблица № 33

Сравнительный анализ структуры личности по данным опросника *«Big Five»* у пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний (n=31)

Шкалы личностного опросника *«Big Five»*	U	p	Средние значения (M±SD)	
			«высокое КЖ» (n=22)	*«низкое КЖ»* (n=9)
Нейротизм	86,0	0,59	19,4±4,6	18,0±8,4
Экстраверсия	89,5	0,70	24,0±3,1	23,3±8,2
Склонность к согласию	93,0	0,81	24,3±7,0	26,0±6,1
Открытость опыту	95,0	0,88	29,7±3,9	28,5±6,4
Добросовестность	87,5	0,63	30,3±8,1	31,3±8,4

Как следует из данных, представленных в таблицах № 31, 32, 33 для пациентов с последствиями ОНМК с высоким и низким КЖ достоверные различия в структуре личности были выявлены по шкалам *Нейротизм* (p=0,02) и *Добросовестность* (p=0,03) опросника *«Big Five»*, при этом у пациентов с низким КЖ показатели выше, чем у пациентов с высоким КЖ.

Применительно к шкале *Нейротизм* это может означать, что пациенты с высоким КЖ более стрессоустойчивы, оптимистичны, рациональны, а пациенты с низким КЖ - тревожны, мнительны, раздражительны. Высокие показатели по шкале *Добросовестность* у пациентов с низким КЖ могут означать чрезмерную степень сознательного контроля в преодолении болезненных симптомов. По всей видимости, личностная тревожность пациентов с низким КЖ, может дезорганизовывать поведение, не позволяя достигнуть оптимального уровня мотивации в отношении выздоровления.

Для пациентов с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий различия были выявлены только по шкале *Добросовестность* (p=0,04). Было показано, что высокое КЖ выявляется у более «добросовестных» больных, а низкое – у менее добросовестных. Можно предположить, что пациенты с высоким КЖ обладают личностными характеристиками, способствующими осознанному активному включению в процесс выздоровления: самообладанием, высоким уровнем целеполагания, организованностью, дисциплинированностью, ответственностью. Комплаентность таких больных является, по сути, исходно заданной, в отличие от больных с низким КЖ, психологическое сопровождение которых могло бы быть направлено на прояснение перспектив лечения и выработку целенаправленной стратегии преодоления болезненных симптомов.

При сравнении личностных особенностей пациентов с высоким и низким КЖ в группе с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний суставов достоверных различий зафиксировано не было. Данный факт дает основания предположить, что различия между группами с высоким и

низким КЖ лежит в другой плоскости и не обусловлены личностными особенностями.

Таким образом, анализ значимости различий в структуре личности в обследованных группах с учетом нозологии показал, что высокое КЖ у больных с нарушением двигательных функций вследствие ОНМК соотносится с оптимистичными жизненными установками в отношении перспектив выздоровления, стрессоустойчивостью, а у больных с дорсопатиями – с целеустремленностью и дисциплинированностью, выраженной ориентацией на результат. В качестве основного направления психологической помощи в структуре мероприятий по медицинской реабилитации и восстановительному лечению у больных, перенесших ОНМК, следует обозначить коррекцию возможных тревожных ожиданий, усугубляющихся неопределенностью прогноза; у больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата – информационно-разъяснительную работу по повышению приверженности лечению и мотивации к выздоровлению.

3.7. Психопатологические характеристики и кинезиофобия у пациентов с нарушениями двигательных функций в контексте КЖ

Анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологических (психоэмоциональное состояние и уровень текущего дистресса, а также выраженность кинезиофобии) характеристик в обследованных группах больных в рамках двукатегориального ранжирования *«высокое КЖ» – «низкое КЖ»* производился с использованием статистического критерия Манна-Уитни. Результаты представлены в таблицах №№ 34, 35, 36.

Таблица № 34

Выраженность психопатологических симптомов и кинезиофобии у пациентов с нарушением двигательных функций в результате ОНМК в зависимости от показателей КЖ (n=47)

Шкалы опросника *«SCL-90-R»* и уровень кинезиофобии по *«Шкале Тампа»*	U	p	Показатели КЖ (M±SD)	
			«высокое КЖ» (n=14)	*«низкое КЖ»* (n=33)
*Соматизация**	145,5	0,05	0,78±0,51	1,32±0,85
Обсессивность-компульсивность *	148,0	0,05	0,78±0,49	1,13±0,57
*Межличностная сензитивность**	112,5	0,01	0,41±0,33	0,99±0,68
Депрессия	151,0	0,06	0,62±0,46	0,98±0,61
*Тревожность**	146,0	0,05	0,37±0,37	0,76±0,67
Враждебность	164,0	0,12	0,40±0,51	0,59±0,46
Фобическая тревожность	182,5	0,26	0,37±0,45	0,65±0,69
Паранойяльность	172,5	0,18	0,42±0,41	0,69±0,60
Психотизм *	145,0	0,05	0,20±0,16	0,52±0,50
Уровень тяжести дистресса *	117,0	0,01	0,51±0,27	0,89±0,52
Индекс кинезиофобии	182,0	0,69	41,7±5,47	43,0±6,09

Примечание: «*» - достоверные различия на уровне $p \leq 0,05$ между группами с высоким и низким КЖ

Как видно из таблицы № 34, выраженность психопатологических симптомов и кинезиофобии у пациентов с нарушением двигательных функций в результате ОНМК в зависимости от показателей КЖ достоверно различается по шкалам опросника *«SCL-90-R»*: *Соматизация, Обессивность-Компульсивность, Межличностная сензитивность, Тревожность, Психотизм и Уровень тяжести текущего дистресса*. В группе с *«высоким КЖ»* психопатологическая симптоматика выражена в достоверно меньшей степени, чем в группе с *«низким КЖ»* ($p \leq 0,5$). Обращает на себя внимание отсутствие различий в уровне выраженности кинезиофобии в исследовательских группах, что свидетельствует об отсутствии влияния данного показателя на формирование субъективных представлений пациентов, перенесших инсульт, о КЖ.

Таблица № 35

Выраженность психопатологических симптомов и кинезиофобии у пациентов с нарушением двигательных функций на фоне дорсопатий в зависимости от показателей КЖ (n=48)

Шкалы опросника *«SCL-90-R»* и уровень кинезиофобии по *«Шкале Тампа»*	U	p	Показатели КЖ (M±SD)	
			«высокое КЖ» (n=22)	*«низкое КЖ»* (n=26)
*Соматизация**	177,5	0,03	1,09±0,55	1,56±0,74
Обсессивность-компульсивность	228,5	0,24	0,86±0,62	1,09±0,66
Межличностная сензитивность	254,5	0,52	0,73±0,54	0,85±0,69
*Депрессия**	178,0	0,03	0,53±0,52	0,94±0,72
Тревожность	220,5	0,18	0,50±0,45	0,78±0,67
Враждебность	226,0	0,22	0,39±0,42	0,55±0,48
Фобическая тревожность	240,5	0,35	0,31±0,36	0,49±0,53
Паранойяльность	261,0	0,61	0,77±0,57	0,73±0,57
Психотизм	257,5	0,56	0,38±0,34	0,52±0,53
Уровень тяжести дистресса	210,0	0,12	0,66±0,46	0,91±0,59
Индекс кинезиофобии*	161,5	0,02	42,0±4,76	45,7±5,41

Примечание: «*» - достоверные различия на уровне p≤0,05 между группами с высоким и низким КЖ

Что касается пациентов с двигательными расстройствами на фоне дорсопатий, как видно из таблицы № 35, группы с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* отличаются по показателям шкал *Соматизация* и *Депрессия* опросника *«SCL-90-R»* и *«Шкале Тампа»*. Таким образом, было показано, что индекс кинезиофобии для пациентов с дорсопатиями является значимым фактором формирования субъективной оценки КЖ на ряду с *Соматизацией* и *Депрессией*.

Таблица № 36

Выраженность психопатологических симптомов и кинезиофобии у пациентов с нарушением двигательных функций на фоне на фоне ревматических заболеваний в зависимости от показателей КЖ (n=31)

Шкалы опросника *«SCL-90-R»* и уровень кинезиофобии по *«Шкале Тампа»*	U	p	Средние значения (M±SD)	
			«высокое КЖ» (n=9)	*«низкое КЖ»* (n=22)
Соматизация	95,0	0,88	1,08±0,62	1,21±0,82
Обсессивность-компульсивность	65,5	0,15	0,64±0,37	0,96±0,60
Межличностная сензитивность	76,5	0,34	0,61±0,40	0,86±0,55
Депрессия	93,0	0,81	0,71±0,45	0,78±0,53
Тревожность	82,5	0,49	0,42±0,22	0,60±0,51
Враждебность	77,5	0,36	0,28±0,22	0,53±0,56
Фобическая тревожность	89,5	0,70	0,17±0,19	0,26±0,31
Паранойяльность	69,0	0,20	0,41±0,44	0,76±0,69
Психотизм	77,0	0,35	0,28±0,28	0,44±0,38
Уровень тяжести дистресса	75,0	0,31	0,55±0,24	0,76±0,48
Индекс кинезиофобии	78,0	0,47	44,3±6,60	43,2±7,35

У пациентов с ревматическими заболеваниями различий по текущему психоэмоциональному состоянию в группах с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* выявлено не было. Видимо, факторы, различающие данные группы, находятся в другой плоскости и не актуализируются в процессе психопатологического исследования.

Из приведенных таблиц следует, что наибольшие различия между группами с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* отмечаются среди пациентов с ОНМК. Отличия по шкалам *Соматизация*, *Обессивность-компульсивность*, *Межличностная сензитивность*, *Тревожность*, *Психотизм* и *Общая тяжесть текущего дистресса*, а также по шкале *Депрессия* на уровне тенденции, свидетельствуют о высоких прогностических возможностях опросника SF-36 в плане последующего выявления психопатологических феноменов у пациентов данной группы.

Представляется важным отметить, что единственной группой, в которой были зафиксированы различия в выраженности уровня кинезиофобии в сопоставлении с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»*, были пациенты с дорсопатиями, что дает возможность формирования дополнительной мишени психокоррекционного воздействия.

В проведенном исследовании не было зафиксировано существенных различий в группах с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* у пациентов с ревматической патологией. Отсутствие различий в личностном и психоэмоциональном статусе в подгруппах КЖ и по сравнению с нормативными значениями у пациентов с РЗ, по-видимому, свидетельствует о транслируемой больными социально-приемлемой модели функционирования. Однако, этот же факт оставляет широкое поле для рассуждений о реальных основах деления респондентов на группы с высоким и низким КЖ.

3.8. Верификация показателей по шкале *Соматизация* опросника *«SCL-90-R»*

Учитывая существенную разницу в показателях, характеризующих психическое состояние больных с нарушениями двигательных функций, по сравнению с имеющимися литературными данными, был предпринят расширенный анализ психопатологических характеристик, изучаемых с помощью опросника *«SCL-90-R»*. С этой целью изучались данные обследования 336 пациентов с двигательными нарушениями различной этиологии. Данная группа была набрана дополнительно из числа лиц, направленных на консультацию к медицинскому психологу, согласно *алгоритму* и описана во 2-ой главе.

Сопоставление средних значений степени выраженности отдельных психопатологических симптомов (согласно опроснику *«SCL-90-R»*) с условно-нормативными данными [104] позволило заключить, что текущее психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций и направленных на консультацию к медицинскому психологу при поступлении в реабилитационный стационар характеризуется рядом особенностей. Результаты представлены в таблице № 37.

Как видно из таблицы № 37, текущее психоэмоциональное состояние больных с нарушением функции движения отличается от нормы превышением показателей по субшкалам *Соматизация* и в меньшей степени *Обсессивность-компульсивность* опросника *«SCL-90-R»*, что позволяет рассуждать о специфическом влиянии болезни и ситуации нахождения в стационарном лечебном учреждении на психоэмоциональное состояние.

Так, несколько повышенные значения показателя *Обсессивность-компульсивность* могут свидетельствовать о повышении уровня «внутреннего контроля» и изменении текущего психоэмоционального состояния в связи с госпитализацией. Ограничения одной из основных жизненных функций,

двигательной, вне зависимости от нозологии, сопровождается ощущением телесной дисфункции, потери контроля, беспомощности и бессилия.

Таблица № 37

Особенности текущего психоэмоционального состояния больных с нарушением двигательных функций по сравнению с нормативными данными

Шкалы опросника SCL-90-R	Больные с нарушениями двигательных функций (n=336)	Нормативные значения (n=1466)	p
Соматизация	1,14±0,74	0,69±0,65	0,000*
Обсессивность-компульсивность	0,86±0,65	0,76±0,60	0,01*
Межличностная сензитивность	0,64±0,59	0,83±0,63	0,000*
Депрессивность	0,70±0,61	0,68±0,59	0,29
Тревожность	0,56±0,59	0,62±0,62	0,10
Враждебность	0,44±0,48	0,71±0,65	0,000*
Фобическая тревожность	0,38±0,54	0,35±0,49	0,32
Паранойяльность	0,50±0,56	0,67±0,58	0,000*
Психотизм	0,34±0,41	0,42±0,48	0,004*
Общий индекс тяжести текущего дистресса	0,66±0,49	0,64±0,50	0,51

Примечание: «*» - статистическая достоверность отличия от условно-нормативных данных на уровне $p \leq 0,05$;

тоном выделены шкалы, по которым достоверное отличие от нормативных значений имеет инверсионный характер

В то же время, обращает на себя внимание отсутствие достоверной разницы по показателям *Депрессивность* и *Тревожность* по сравнению с нормативными значениями. Таким образом, без учета полученных данных и акцентирования внимания на показателе *Соматизация*, пациенты,

нуждающиеся в психокоррекции, могут оказаться вне зоны внимания профильных специалистов. Данный факт будет еще раз представлен и подтвержден при изучении предикторов включения пациентов с нарушениями двигательных функций в психокоррекционный процесс.

Достоверное снижение показателей по субшкалам *Межличностная сензитивность, Враждебность, Паранойяльность и Психотизм* опросника *«SCL-90-R»* обследованной выборки по сравнению с нормативными значениями может быть истолковано как положительный эмоциональный настрой больных на лечение, стремление сотрудничать и доверять профессионализму врачей.

IV. ОСНОВЫ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА У ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕНИЯМИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ

4.1. Изучение динамики психопатологических характеристик у пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе психокоррекционных мероприятий

Для формирования системы последовательной психокоррекционной работы и подтверждения ее эффективности была проведена оценка динамических изменений психопатологических характеристик у пациентов с нарушениями двигательных функций. Задача решалась с использованием непараметрического Т-критерия Вилкоксона для связанных выборок.

В исследование на этом этапе работы (*пятый этап*) были включены 267 больных с нарушениями двигательных функций, разделенных на три группы: основную, контрольную и группу сравнения. В основную группу вошли пациенты с нарушениями двигательных функций, проходившие последовательно все психодиагностические и психокоррекционные этапы – 121 человек. Контрольную группу составили 50 пациентов, у которых так же имелись показания к работе с медицинским психологом, но которые, по объективным причинам, в психокоррекционный процесс включены не были и которым было проведено лишь двукратное психодиагностическое исследование с использованием самоотчетных методик. В группе сравнения – 96 пациентов – проводилось однократное изучение психопатологических характеристик. В процессе курса реабилитации всех пациентов основной и контрольной групп лечащим врачом, на основании существующего регламента (Приложение № 1), была включена консультация медицинского психолога. Первичная консультация заключалась исключительно в инструктаже по заполнению самоотчетных методик: опросника выраженности

психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»,* опросника качества жизни *«SF-36»*, *«Шкалы кинезиофобии Тампа»*, визуальной аналоговой шкалы самочувствия (*ВАШ*). Группа сравнения обследовалась однократно. В контрольной группе данное исследование проводилось дважды – в начале курса медицинской реабилитации и после его окончания. В основной группе исследование проводилось до начала, по завершении каждого этапа и по окончании всего курса психокоррекции.

По результатам обследования, после самостоятельного заполнения опросников, пациенты основной группы проходили клиническую беседу с психологом, в процессе которой прояснялись скрытые до данного момента для больного, основы психологического дискомфорта, замечаемого им самим (и предъявляемого в виде жалоб) или окружающими (в частности, персоналом, определяющим показания к консультации медицинского психолога). В случае, если поведение пациента и его мнение относительно уровня своего психологического комфорта свидетельствовало о стабилизации его психического состояния, что в последствии было подтверждено во время заключительного тестирования, считалось, что дальнейшее психокоррекционное сопровождение ему не требуется. Таких пациентов было 74, и они составили *«Подгруппу 1*». Далее, оставшимся 47 пациентам было рекомендовано психологическое сопровождение в виде посещения групп психологической коррекции, курс которой состоял из 1 группового занятия, организованного по принципу «Школы пациента», по содержанию определяющегося, как правило, нозологической принадлежностью, и 2 - 3 сеансов групповой психологической коррекции с использованием различного рода релаксационных техник в сочетании с мультисенсорной стимуляцией, направленных на создание условий для снижения эмоционального напряжения, выработку навыков саморегуляции, формирование внутренних средств контроля и управления текущим состоянием. Краткость курса была обусловлена сроками пребывания пациентов в стационаре, определяемыми

медицинскими стандартами для лечения данной категории больных. Данные 47 пациентов в дальнейшем составили *«Подгруппу 2»* и *«Подгруппу 3»*.

После завершения серии указанных занятий проводилась повторная консультация медицинского психолога для оценки эффективности психокоррекционных мероприятий, и по ее результатам 14 больным была рекомендована индивидуальная психотерапия. Решение о проведении психотерапии принималось совместно с врачом-психотерапевтом. Сессии (1 – 2) проводились врачом-психотерапевтом в индивидуальном формате, в рамках полимодального подхода. Следует отметить, что индивидуальная психотерапия рекомендовалась и проводилась пациентам, у которых в процессе психокоррекционных занятий был сформирован конкретный психотерапевтический запрос и которые выражали свое активное желание включиться в работу с психотерапевтом. Эффективность различного рода психологического сопровождения и психотерапии инструментально оценивалась перед выпиской больного из стационара. Данные 14 пациентов составили *«Подгруппу 3»*.

Таким образом, исследовательский дизайн на *пятом этапе* был построен как сопоставительный анализ пяти групп пациентов, общей численностью 267 человек: 74 пациента, не нуждавшихся в дальнейшем психологическом сопровождении после однократной психодиагностической сессии, составили *«Подгруппу 1»,* 33 пациента, прошедшие психокоррекционный курс, проводимый медицинским психологом, были включены в *«Подгруппу 2»*, 14 пациентов, участвовавших как в психокоррекционных групповых занятиях, так и в индивидуальных психотерапевтических сессиях – вошли в группу *«Подгруппу 3»*, 50 пациентов – в *«Контрольную группу»* и 96 пациентов – в *«Группу сравнения»*.

Графическая иллюстрация распределения обследованных пациентов по группам на *пятом этапе* исследования представлена на рисунке 8.

Рис.8. Распределение пациентов по группам на *пятом этапе*.

После проведения всех этапов психокоррекционной работы в трех подгруппах основной группы (*«Подгруппа 1», «Подгруппа 2», «Подгруппа 3»*) ретроспективно были оценены динамические психопатологические характеристики пациентов.

В первую очередь был проведен анализ значимости различий в уровне выраженности характеристик психического состояния, по данным опросника выраженности психопатологических симптомов *«SCL-90-R»* в основной группе по сравнению с нормативными значениями, полученными в процессе валидизации методики и группой сравнения. Результаты исследования приведены в таблице № 38.

Из таблицы видно, что имеется высокая степень достоверности различий между показателями текущего психического состояния у пациентов группы

сравнения как в отношении условно-нормативных показателей, так и в отношении показателей основной группы. Все показатели психоэмоционального состояния пациентов группы сравнения отличаются от условно-нормативных в сторону уменьшения, кроме показателя *Соматизации*. Поскольку вопросы, формирующие данную шкалу опросника, характеризуют уровень взаимодействия пациента с опытом телесной дисфункции, можно предположить, что индивидум, страдающий хроническим заболеванием, в той или иной мере указывает на телесные феномены, соответствующие его патологии. Низкие показатели по всем остальным шкалам опросника, по-видимому, свидетельствуют о формировании адекватного психологического ответа на наличие телесного дискомфорта и устойчивость психических процессов, позволяющую пациентам продуктивно взаимодействовать с врачами и персоналом стационара.

В тоже время, показатели психоэмоционального состояния пациентов основной группы с высокой степенью достоверности отличаются от аналогичных у группы сравнения, в сторону увеличения. Данный факт подтверждает необходимость психокоррекционного вмешательства по отношению к пациентам основной группы, а также фиксирует диагностические возможности используемого опросника *«SCL-90-R»*. Следует так же отметить, что полученные результаты дают возможность более точно верифицировать выраженность психопатологических феноменов в процессе медицинской реабилитации.

Далее, в процессе сравнения показателей текущего психического состояния пациентов основной и контрольной групп (Табл. № 39), было показано, что достоверные различия в изучаемых группах отсутствуют и, соответственно, на начальном этапе медицинской реабилитации группы имели аналогичные исходные данные.

Таблица № 38

Значимость исходных различий в уровне выраженности психопатологических характеристик (*«SCL-90-R»*) у пациентов группы сравнения по сравнению с условно-нормативными показателями и данными основной группы

Шкалы опросника *«SCL-90-R»*	Условно-нормативные показатели (n=1466)	Группа сравнения (n=96)		Основная группа (n=121)	
	M±SD	M±SD	*P*	M±SD	*p*
Соматизация	0,69±0,65	0,59±0,39	0,14	1,11±0,72	0,0000**
Обсессивность-компульсивность	0,76±0,60	0,31±0,29	0,0000*	0,84±0,64	0,0000**
Межличностная сензитивность	0,83±0,63	0,17±0,21	0,0000*	0,60±0,52	0,0000**
Депрессия	0,68±0,59	0,32±0,32	0,0000*	0,72±0,60	0,0000**
Тревожность	0,62±0,62	0,23±0,26	0,0000*	0,56±0,58	0,0000**
Враждебность	0,71±0,65	0,17±0,26	0,0000*	0,42±0,42	0,0000**
Фобическая тревожность	0,35±0,49	0,13±0,19	0,0000*	0,34±0,54	0,07
Паранойяльность	0,67±0,58	0,08±0,18	0,0000*	0,48±0,55	0,0000**
Психотизм	0,42±0,48	0,08±0,13	0,0000*	0,30±0,34	0,0000**
Уровень тяжести дистресса	0,64±0,50	0,25±0,20	0,0000*	0,64±0,46	0,0000**

Примечание: «*» - статистическая достоверность различий при сопоставлении показателей группы сравнения с условно-нормативными значениями на уровне $p \leq 0,05$
«**» - статистическая достоверности различий сопоставления показателей основной группы и группы сравнения на уровне $p \leq 0,05$

Таблица № 39

Значимость исходных различий в уровне выраженности психопатологических характеристик по данным опросника *«SCL-90-R», «Шкале Тампа»* и *ВАШ* в основной и контрольной группах

Опросники	Шкалы опросников	Основная группа (n=121)	Контрольная группа (n=50)	Значение уровня достоверности
		M±SD	M±SD	p
Опросник *«SCL-90-R»*	*Соматизация*	1,11±0,72	1,15±0,14	0,35
	Обсессивность-компульсивность	0,84±0,64	0,82±0,38	0,42
	Межличностная сензитивность	0,60±0,52	0,63±0,15	0,34
	Депрессия	0,72±0,60	0,74±0,24	0,41
	Тревожность	0,56±0,58	0,52±0,41	0,33
	Враждебность	0,42±0,42	0,41±0,28	0,44
	Фобическая тревожность	0,34±0,54	0,25±0,19	0,13
	Паранойяльность	0,48±0,55	0,48±0,25	0,50
	Психотизм	0,30±0,34	0,32±0,25	0,35
	Уровень тяжести дистресса	0,64±0,46	0,69±0,23	0,23
Шкала Тампа	*Уровень кинезиофобии*	42,2±5,62	43,1±4,76	0,16
ВАШ	*Субъективная оценка самочувствия*	50,6±18,6	54,3±8,9	0,10

Для выявления особенностей психического состояния был проведен ретроспективный анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологических характеристик по данным опросника *«SCL-90-R»* и *«Шкалы Тампа»*, а также субъективной оценки КЖ (по данным опросника *«SF-36»*) и самочувствия (по данным *ВАШ*), зафиксированных при первичном обследовании пациентов трех подгрупп основной группы. Использовался H-критерий Крускалла-Уоллиса, который предназначен для проверки равенства медиан нескольких выборок, является ранговым, инвариантен по отношению к любому монотонному преобразованию шкалы измерения, в связи с чем, а также по причине отсутствия нормализации данных использованных методик, для иллюстрации выявленных закономерностей использовано среднее значение рангов. Результаты представлены в таблице № 40. Графическая иллюстрация – на рисунках 9, 10.

Таблица № 40

Анализ значимости различий в уровне выраженности характеристик психоэмоционального состояния, субъективной оценки КЖ и самочувствия в группах больных (N=121)

Опросник	Шкалы	p	Средний ранг		
			«Подгруппа 1» (n=74)	*«Подгруппа 2»* (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)
«SCL-90-R»	*Соматизация (SOM)*	0,003	53,1	69,1	83,8
	Обсессивность-компульсивность (O-C)	0,004	55,0	62,6	89,0
	Межличностная сензитивность (INT)	0,14	55,9	60,7	78,1
	Депрессия (DEP)	0,0000	51,6	67,4	95,6
	Тревожность (ANX)	0,002	52,4	70,6	83,6
	Враждебность (HOS)	0,36	58,9	60,4	73,2
	Фобическая тревожность (PHOB)	0,02	57,1	59,8	84,2
	Паранойяльность (PAR)	0,13	59,9	56,2	77,8
	Психотизм (PSY)	0,006	55,3	62,6	87,3
	Уровень тяжести дистресса (DSI)	0,002	53,7	66,0	87,9
«Шкала Тампа»	Уровень кинезиофобии	0,41	63,0	65,4	70,2
«SF-36»	*Общее состояние здоровья (GH)*	0,08	65,7	57,8	43,6
	Физическое функционирование (PF)	0,98	61,4	60,6	59,7
	Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	0,07	65,6	56,5	47,1
	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	0,0000	74,7	43,1	30,7
	Социальное функционирование (SF)	0,007	59,9	52,8	86,3
	Интенсивность боли (BP)	0,48	62,1	63,1	50,4
	Жизненная активность (VT)	0,001	68,9	56,5	30,1
	Психическое здоровье (MH)	0,0001	68,3	60,0	24,5
ВАШ	Субъективная оценка самочувствия	0,12	62,8	64,5	43,2

Примечание: тоном выделены значения, по которым были зафиксированы достоверные различия между группами на уровне $p \leq 0,05$

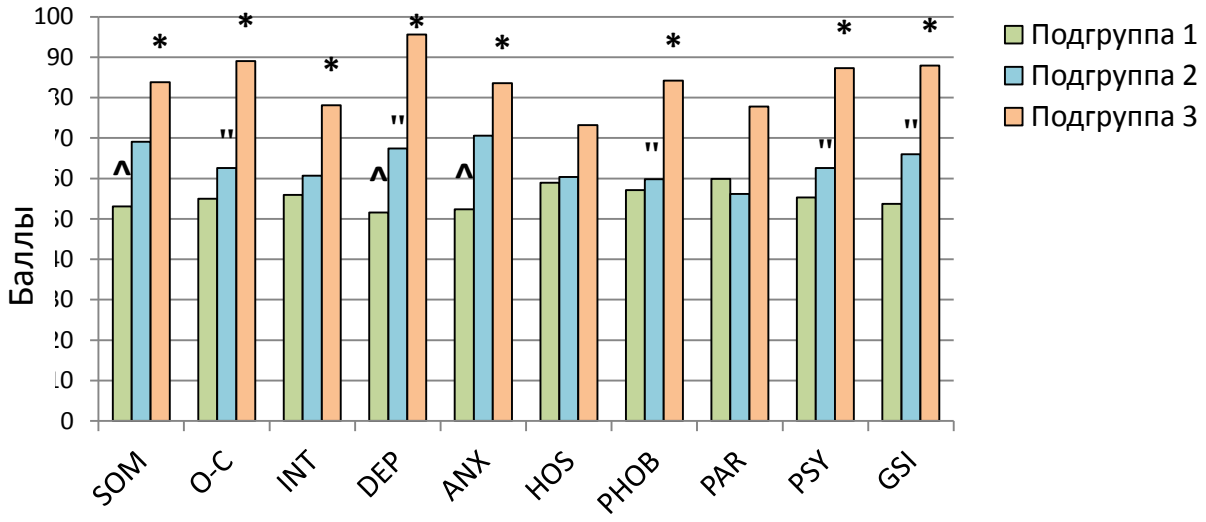


Рис.9. Различия в характеристиках психоэмоционального состояния по данным *«SCL-90-R»* и *«Шкалы Тампа»* в подгруппах основной группы до начала психокоррекции

Примечание: «*» - различия между *«Подгруппой 3»* и *«Подгруппой 1»* на уровне $p \leq 0,05$
«"» - различия между *«Подгруппой 3»* и *«Подгруппой 2»* на уровне $p \leq 0,05$
«^» - различия между *«Подгруппой 1»* и *«Подгруппой 2»* на уровне $p \leq 0,05$

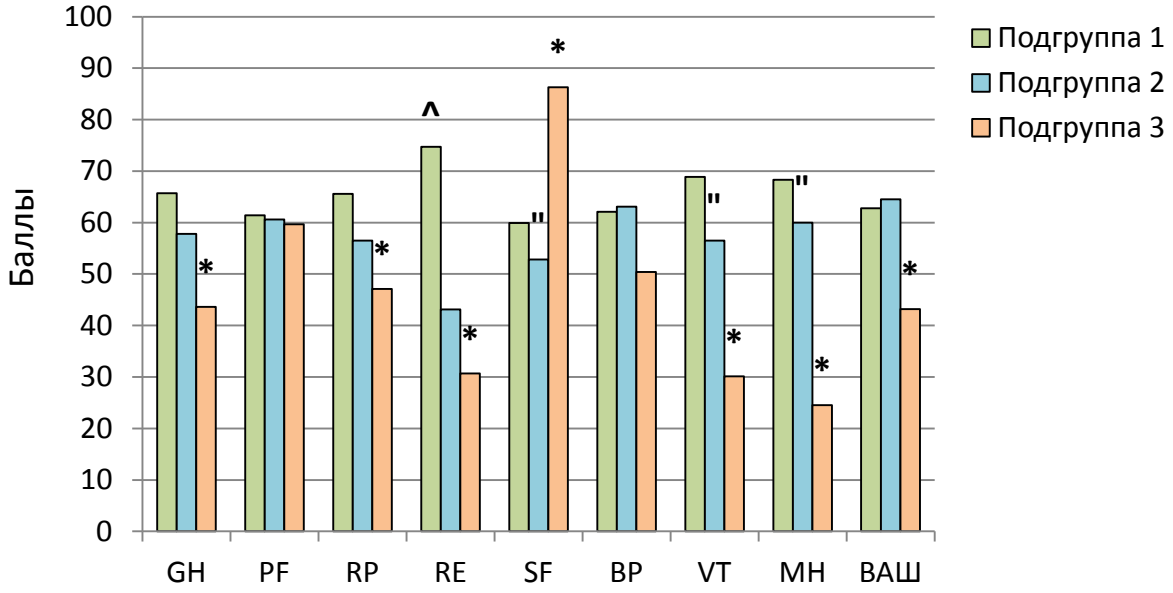


Рис.10. Различия в оценке по шкалам опросника КЖ *«SF-36»* и *ВАШ* в подгруппах основной группы до начала психокоррекции

Примечание: «*» - различия между *«Подгруппой 3»* и *«Подгруппой 1»* на уровне $p \leq 0,05$
«"» - различия между *«Подгруппой 3»* и *«Подгруппой 2»* на уровне $p \leq 0,05$
«^» - различия между *«Подгруппой 1»* и «Подгруппой 2» на уровне $p \leq 0,05$

Из приведенных данных следует, что перед началом психокоррекционных мероприятий все три группы были различны по своим психометрическим данным. Наиболее существенные различия отмечались между *«Подгруппой 3»* и *«Подгруппой 1»* как по шкалам опросника выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»*: *Соматизация (SOM), Обсессивность-компульсивность (O-C), Межличностная сензитивность (INT), Депрессия (DEP), Тревожность (ANX), Фобическая тревожность (PHOB), Психотизм (PSY) и Уровень тяжести дистресса (PDSI)*; так и по шкалам опросника *«SF-36»*, отражающих психоэмоциональное состояние респондентов: *Ролевое эмоциональное функционирование (RE), Социальное функционирование (SF), Жизненная активность (VT), Психическое здоровье (MH).* Шкалы, отражающие физическую составляющую КЖ достоверного различия не продемонстрировали, что подтвердило возможность игнорирования этиологической принадлежности заболевания. По уровню кинезиофобии (КФ) значимых различий зафиксировано не было.

Опираясь на предложенный выше подход в оценке КЖ – двукатегориальное ранжирование данных в терминах *«Высокое КЖ»* - *«Низкое КЖ»* - с использованием программы для ЭВМ *«Кластерный анализ качества жизни, связанного со здоровьем»*, была произведена оценка КЖ обследованных больных (n=217). Поскольку основные психокоррекционные мероприятия проводились в отношении *«Подгруппы 2»* и *«Подгруппы 3»*, они в данном случае были объединены. Результаты представлены в таблице № 41, графическая иллюстрация – на рисунках 11, 12, 13, 14.

Таблица № 41

Результаты кластерного анализа КЖ в исследовательских группах (n=217)

Уровень качества жизни	*Группа сравнения* (n=96) абс.(%)	*Контрольная группа* (n=50) абс.(%)	*Подгруппа 2 + Подгруппа 3* (n=47) абс.(%)	*Подгруппа 1* (n=74) абс.(%)
Высокое КЖ	77 (80,2%)	16 (32%)	8 (17,0%)	46 (62,1%)
Низкое КЖ	19 (19,8%)	34 (68%)	39 (83,0%)	28 (37,9%)

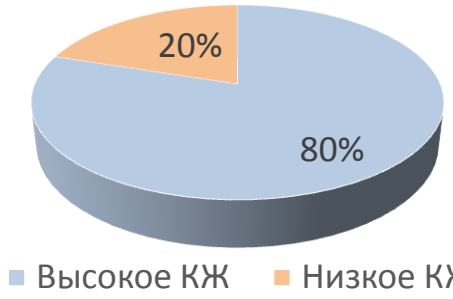


Рис.11. Результаты кластерного анализа КЖ в *Группе сравнения* (n=96)

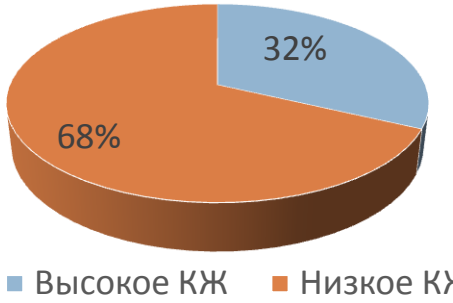


Рис.12. Результаты кластерного анализа КЖ в *Контрольной группе* (n=50)

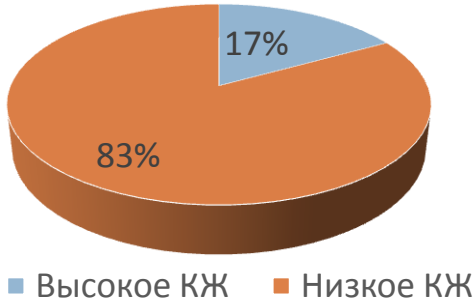


Рис.13. Результаты кластерного анализа КЖ в объединенной группе (*Подгруппа 2 + Подгруппа 3)* (n=47)

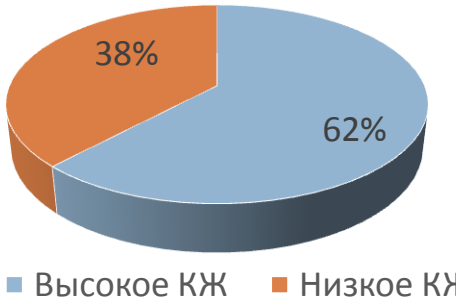


Рис.14. Результаты кластерного анализа КЖ в *Подгруппе 1* (n=74)

Применение статистического критерия Фишера для анализа значимости различий в пропорциональном соотношении высокого и низкого КЖ в группах больных: *группы сравнения* (n=96), нуждающихся (n=47) и ненуждающихся (n=74) в психологическом сопровождении и *контрольной группы*, зафиксировало достоверную разницу указанного соотношения на уровне $p \leq 0,05$.

Проведенный анализ продемонстрировал существенные различия исходных показателей как в основной и контрольной, так и в подгруппах основной группы. Согласно ретроспективной оценке, наибольшая выраженность психопатологических симптомов, наихудшая субъективная оценка собственного состояния и КЖ отмечались в подгруппе, нуждающейся и прошедшей все 3 этапа психокоррекции, несколько ниже были все указанные показатели во 2-ой подгруппе и наименьшая их выраженность в сочетании с лучшими показателями самочувствия и КЖ – отмечались в группе, нуждавшейся лишь в первом (психодиагностическом) занятии с медицинским психологом.

Следующим шагом явилось проведение анализа значимости различий в уровне выраженности характеристик психоэмоционального состояния, по данным опросника *«SCL-90-R»* и *«Шкале Тампа»*, а также субъективной оценки КЖ (по данным опросника качества жизни *«SF-36»*) и самочувствия (по данным *ВАШ*) в основной группе больных до начала психореабилитационных мероприятий и после их окончания. Использовался непараметрический Т-критерий Вилкоксона для связанных выборок. Результаты представлены в таблице № 42.

Вполне логичным кажется отсутствие динамики показателей по шкалам опросника *«SCL-90-R»* в *«Подгруппе 2»*, поскольку психические процессы у пациентов (в том числе пожилых) не успевают перестроиться в течение столь непродолжительного времени (2-4 сессии). Однако, динамика субъективного самочувствия (*ВАШ*) и уровня кинезиофобии демонстрируют достоверное изменение даже в рамках кратковременного процесса. В ходе

психокоррекционной работы, по-видимому, происходит повышение уровня мотивации и более осознанное включение пациентов в процесс реабилитации.

Таблица № 42

Анализ значимости различий в уровне выраженности характеристик психоэмоционального состояния и общего самочувствия до и после психокоррекционных мероприятий

Опросники	Шкалы	*«Подгруппа 1»* (n=74)		*«Подгруппа 2»* (n=33)		*«Подгруппа 3»* (n=14)	
		T	ρ	T	ρ	T	ρ
«SCL-90-R»	*Соматизация*	643,0	0,008*	189,0	0,54	10,0	0,02*
	Обсессивность-компульсивность	656,0	0,006*	209,0	0,85	21,5	0,05*
	Межличностная сензитивность	548,5	0,004*	183,5	0,89	42,0	0,81
	Депрессия	684,5	0,003*	161,5	0,34	13,0	0,01*
	Тревожность	492,5	0,001*	253,0	0,84	35,5	0,29
	Враждебность	390,5	0,002*	134,5	0,66	25,0	0,80
	Фобическая тревожность	210,5	0,14	51,5	0,14	22,0	0,18
	Паранойяльность	544,5	0,13	76,5	0,18	42,0	0,81
	Психотизм	561,0	0,24	127,0	0,22	24,0	0,42
	Уровень тяжести дистресса	681,0	0,001*	258,0	0,69	26,0	0,10
«Шкала Тампа»	*Уровень кинезиофобии*	114,0	0,47	130,0	0,02*	19,5	0,04*
ВАШ	*Субъективная оценка самочувствия*	188,5	0,0000*	75,0	0,004*	6,00	0,05*

Примечание: «*» - достоверные различия до и после психокоррекционного вмешательства на уровне $p \leq 0,05$

Таблица № 43

Характеристики психического состояния и общего самочувствия до и после психокоррекционных мероприятий

Опросники	Шкалы	*«Подгруппа 1»* (n=74)		*«Подгруппа 2»* (n=33)		*«Подгруппа 3»* (n=14)	
		до	после	до	после	до	после
		M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
«SCL-90-R»	*Соматизация*	0,94±0,64	0,74±0,55	1,22±0,59	1,16±0,69	1,72±0,98	1,25±0,69
	Обсессивность-компульсивность	0,73±0,59	0,56±0,56	0,82±0,51	0,85±0,55	1,49±0,80	1,11±0,63
	Межличностная сензитивность	0,54±0,45	0,40±0,41	0,62±0,59	0,61±0,60	0,87±0,61	0,76±0,61
	Депрессия	0,55±0,45	0,39±0,48	0,85±0,70	0,70±0,61	1,33±0,56	0,97±0,70
	Тревожность	0,42±0,47	0,26±0,35	0,70±0,66	0,67±0,64	0,95±0,67	0,71±0,56
	Враждебность	0,39±0,37	0,31±0,40	0,39±0,36	0,37±0,40	0,65±0,63	0,54±0,49
	Фобическая тревожность	0,22±0,38	0,16±0,34	0,37±0,60	0,49±0,66	0,82±0,80	0,52±0,51
	Паранойяльность	0,43±0,47	0,36±0,39	0,40±0,49	0,55±0,51	0,89±0,84	0,78±0,69
	Психотизм	0,23±0,25	0,21±0,26	0,27±0,27	0,37±0,36	0,66±0,57	0,52±0,35
	Уровень тяжести дистресса	0,54±0,37	0,40±0,35	0,69±0,45	0,68±0,50	1,09±0,60	0,83±0,49
ШКТ	*Уровень кинезиофобии*	42,9±5,61	43,1±5,84	39,4±4,89	35,6±6,07	43,9±5,61	42,6±6,45
ВАШ	*Субъективная оценка самочувствия*	51,6±17,5	61,9±16,7	52,4±19,8	64,0±18,7	41,4±20,3	53,2±18,5

Примечание: тоном выделены показатели с достоверностью различий до и после вмешательства на уровне $p \leq 0,05$

Из таблицы № 43 видно, что с высокой степенью достоверности показаны различия до и после вмешательства по следующим шкалам опросника *«SCL-90-R»: Соматизация, Обсессивность-компульсивность, Межличностная сензитивность, Депрессия, Тревожность, Враждебность, Уровень тяжести дистресса* и шкале *ВАШ* в *«Подгруппе 1»*. Учитывая, что пациенты данной группы были согласно алгоритму направлены на консультацию к психологу, но по результатам единственного занятия, включающего разбор заполненных тестовых методик, были признаны не нуждающимися в дальнейших психокоррекционных мероприятиях и вошли в *«Подгруппу 1»,* можно заключить, что сессия, включающая *осознанную* работу с заполненными опросниками под руководством медицинского психолога, играет существенную роль. По-видимому, процесс самостоятельной работы с опросником, последующий разбор полученных результатов совместно с психологом и прояснение некоторых, не явных для пациента аспектов его существования в контексте заболевания, является сам по себе психотерапевтичным и дает возможность рассматривать его как неотъемлемую часть процесса психокоррекции.

Аналогичная динамика была отмечена до и после занятий в *«Подгруппе 3»* по шкалам опросника *«SCL-90-R» (Соматизация, Обсессивность-компульсивность, Депрессия),* шкале *ВАШ* и *«Шкале Тампа»*. В *«Подгруппе 2»* в процессе работы достоверные изменения были зафиксированы только по шкалам кинезиофобии и *ВАШ*, что, по-видимому, зависело как от состава группы, в которую вошли и лица в дальнейшем потребовавшие работы с психотерапевтом, так и от уже упоминавшейся краткосрочности психокоррекционного вмешательства.

Наглядно динамика результатов психодиагностического исследования до и после вмешательства в различных группах представлены на рисунках 15, 16, 17, 18.

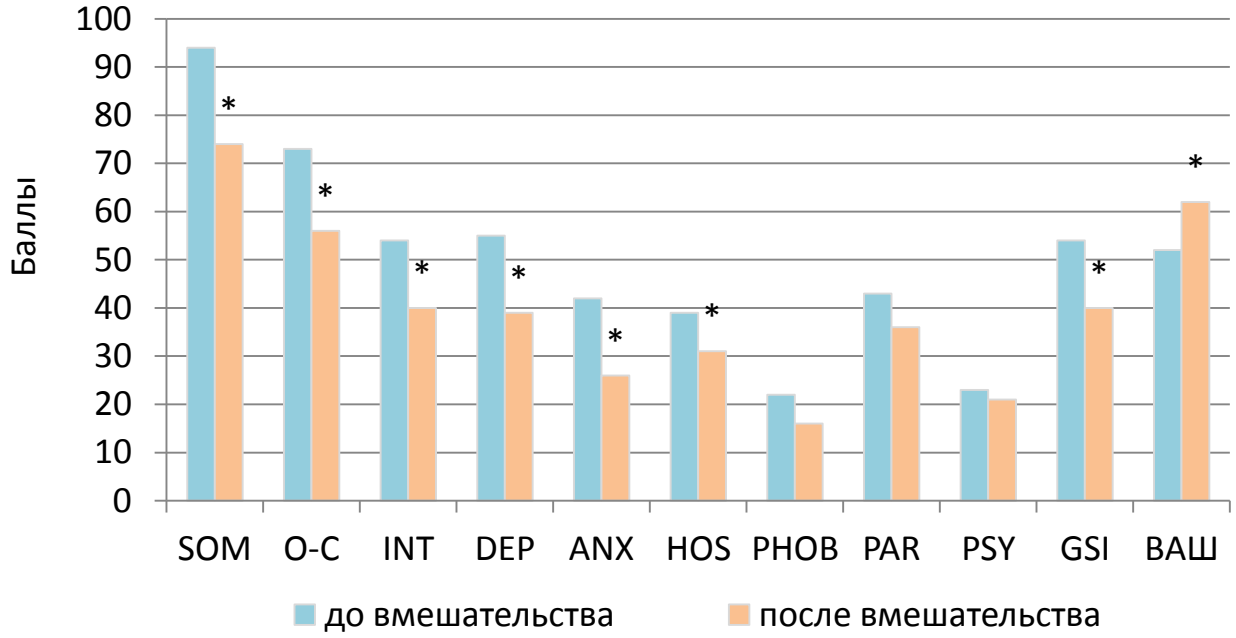


Рис.15. Показатели психоэмоционального состояния и общего самочувствия до и после консультации психолога в *«Подгруппе 1»*

Примечание: «*» - достоверность различий до и после вмешательства при $p \leq 0,05$

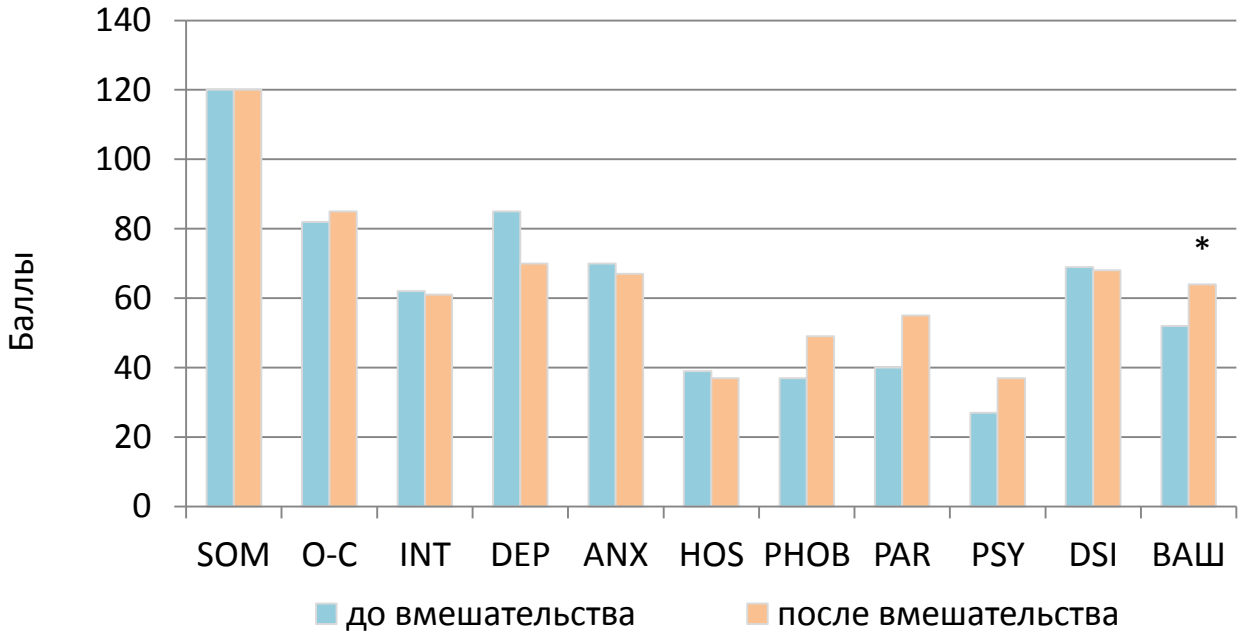


Рис.16. Показатели психоэмоционального состояния и общего самочувствия до и после вмешательства в *«Подгруппе 2»*

Примечание: «*» - достоверность различий до и после вмешательства при $p \leq 0,05$

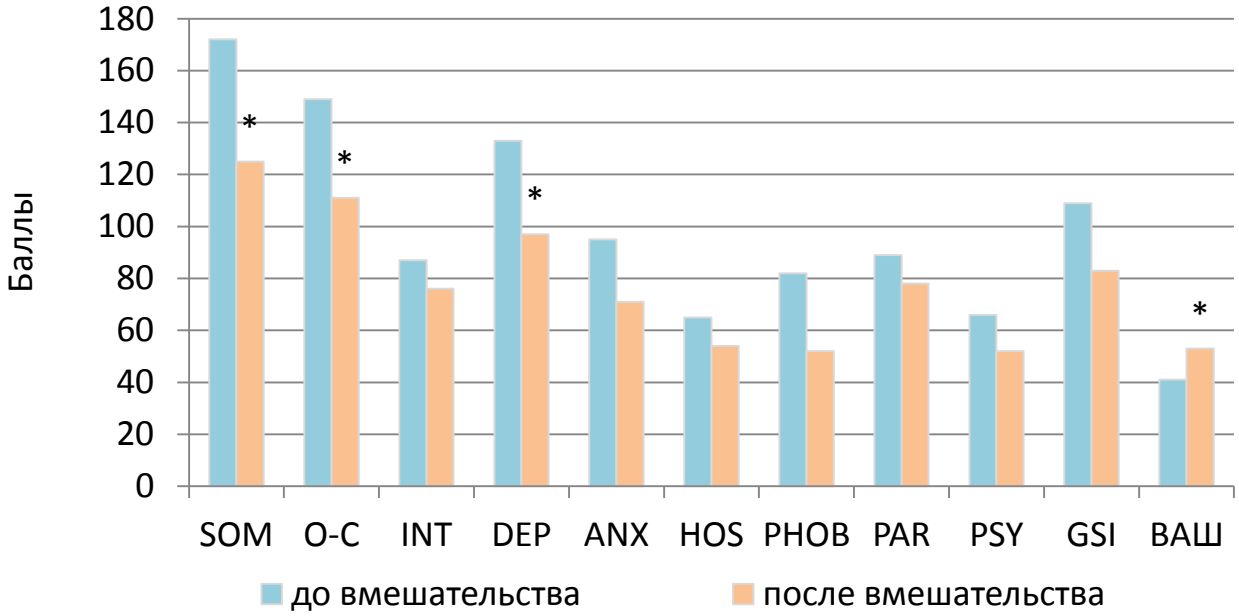


Рис.17. Показатели психического состояния и общего самочувствия до и после вмешательства в *«Подгруппе 3»*

Примечание: «*» - достоверность различий до и после вмешательства при $p \leq 0,05$

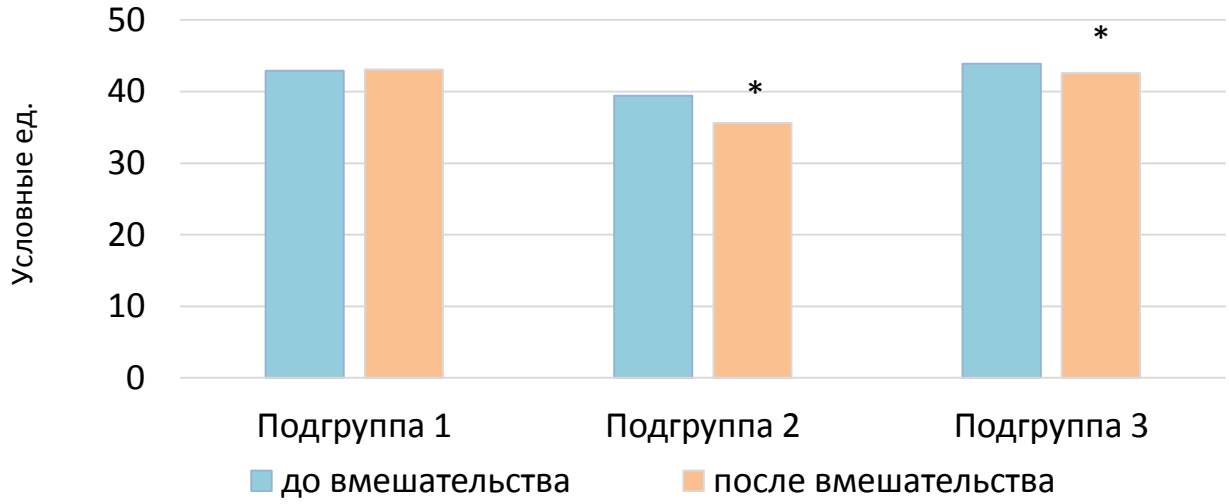


Рис.18. Показатели уровня кинезиофобии по шкале Тампа до и после вмешательства в трех подгруппах основной группы

Примечание: «*» - достоверность различий до и после вмешательства при $p \leq 0,05$

В заключении были изучены показатели, зафиксированные у пациентов подгрупп основной группы, включенных в психокоррекционный процесс по

сравнению с контрольной группой, в которой проводился стандартный комплекс физической медицинской реабилитации без вмешательства медицинского психолога. Полученные данные отражены в Табл. №№ 44, 45.

Таблица № 44

Характеристики психоэмоционального состояния и общего самочувствия до и после курса медицинской реабилитации в основной и контрольной группах

Опросники	Шкалы	*«Основная группа»* (n=121)			*«Контрольная группа»* (n=50)		
		до	после	p	до	после	p
		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD	
«SCL-90-R»	*Соматизация*	1,11±0,72	0,91±0,65	0,001	1,15±0,14	1,07±0,29	0,04
	Обсессивность-компульсивность	0,84±0,64	0,70±0,59	0,004	0,82±0,38	0,75±0,44	0,03
	Межличностная сензитивность	0,60±0,52	0,50±0,51	0,02	0,63±0,15	0,59±0,38	0,37
	Депрессия	0,72±0,60	0,54±0,58	0,0002	0,74±0,24	0,69±0,30	0,05
	Тревожность	0,56±0,58	0,42±0,51	0,005	0,52±0,41	0,44±0,15	0,02
	Враждебность	0,42±0,42	0,36±0,42	0,01	0,41±0,28	0,40±0,37	0,67
	Фобическая тревожность	0,34±0,54	0,30±0,49	0,39	0,25±0,19	0,29±0,34	0,40
	Паранойяльность	0,48±0,55	0,46±0,49	0,59	0,48±0,25	0,51±0,23	0,45
	Психотизм	0,30±0,34	0,29±0,32	0,57	0,32±0,25	0,33±0,32	0,68
	Уровень тяжести дистресса	0,64±0,46	0,53±0,45	0,001	0,69±0,23	0,65±0,41	0,01
Шкала Тампа	*Уровень кинезиофобии*	42,2±5,62	41,5±6,24	0,03	43,1±4,76	42,3±3,41	0,04
ВАШ	*Субъективная оценка*	50,6±18,6	61,5±17,6	0,0000	54,3±8,9	56,3±13,2	0,01

Примечание: тоном выделены показатели, по которым были зафиксированы достоверные ($p \leq 0,05$) изменения после проведенного лечения между основной и контрольной группами

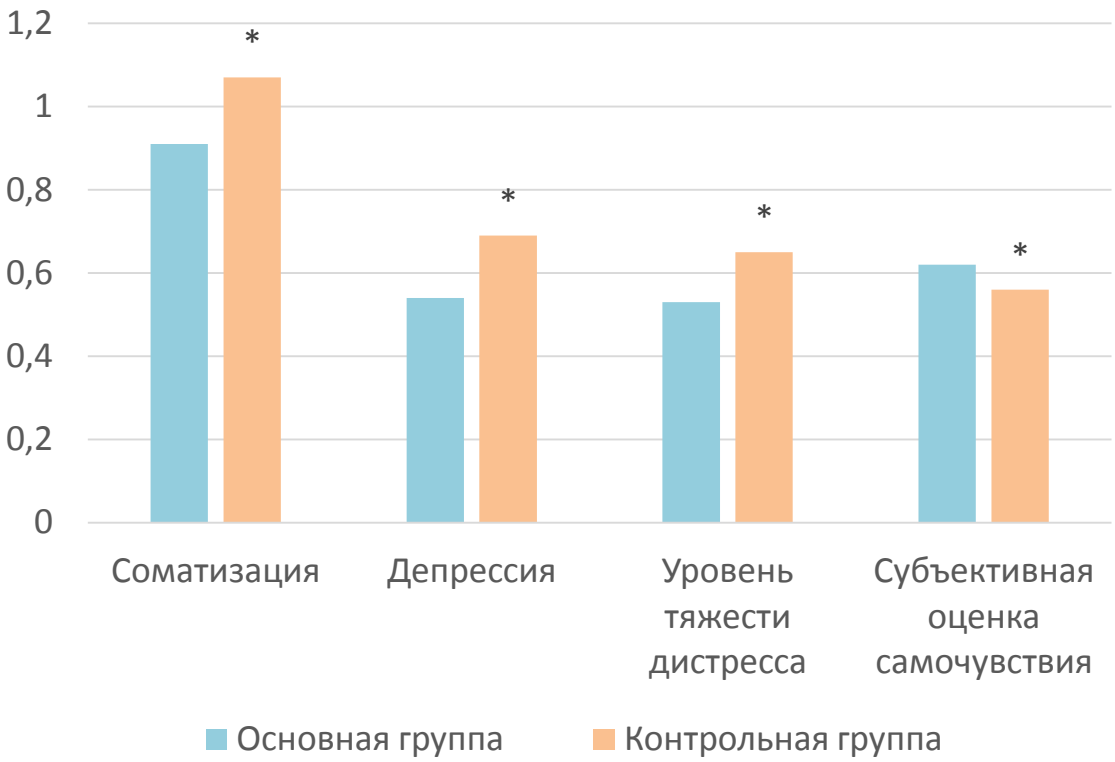


Рис.19. Средние значения характеристик психоэмоционального состояния и общего самочувствия после курса медицинской реабилитации в основной и контрольной группах

Примечание: «*» - достоверные различия между основной и контрольной группами при $p \leq 0,05$

Как видно из таблицы № 44, в целом, в основной группе после проведенного комплексного лечения с высокой степенью достоверности ($p \leq 0,05$) улучшились показатели по следующим шкалам опросника *«SCL-90-R»: Соматизация, Обсессивность-компульсивность, Межличностная сензитивность, Депрессия, Тревожность, Враждебность, Уровень тяжести дистресса*, а также показатели общего самочувствия по шкале *ВАШ* и уровень кинезиофобии по *Шкале Тампа*. В контрольной группе на фоне проведенного лечения без включения психокоррекционного курса, достоверные ($p \leq 0,05$) положительные изменения были отмечены по шкалам опросника *«SCL-90-R»: Соматизация, Обсессивность-компульсивность, Депрессия, Тревожность и Уровень тяжести дистресса*, а также показатели общего самочувствия по

шкале *ВАШ* и уровень кинезиофобии по *Шкале Тампа*. В то же время, при сравнении изучаемых показателей после окончания процесса медицинской реабилитации (Рис. 19), значения шкал опросника *«SCL-90-R»: Соматизация, Депрессия и Уровень тяжести дистресса*, а также показатель общего самочувствия по шкале *ВАШ* в основной группе были достоверно ($p \leq 0,05$) лучше. Данный факт безусловно свидетельствовал о большей эффективности реабилитационного курса, включающего психокоррекционные мероприятия по сравнению со стандартным лечением, по отношению к состоянию психической сферы пациентов с нарушениями двигательных функций.

4.2. Выявление предикторов включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции

Для выявления предикторов назначения психокоррекции использовался дискриминантный анализ, основная задача которого – создание классификации объектов на основании имеющихся признаков. В данном случае количественная интерпретация результатов анализа позволила прояснить вопрос о том, насколько достоверно могут быть различены подгруппы основной группы *(«Подгруппа 1», «Подгруппа 2», «Подгруппа 3»*) на основании характеристик текущего психоэмоционального состояния, КЖ, субъективного ощущения самочувствия.

Как возможные предикторы в анализ включались данные опросника выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»,* опросника качества жизни *«SF-36», «Шкалы кинезиофобии Тампа»* и визуальной аналоговой шкалы *ВАШ* – всего восемнадцать характеристик. В качестве зависимой переменной рассматривалась классификация исследовательских групп с точки зрения применяемых методов психокоррекционного воздействия: единственная психодиагностическая сессия (*«Подгруппа 1»),* групповые занятия с психологом (*«Подгруппа 2»*) и индивидуальные психотерапевтические сессии (*«Подгруппа 3»*). Применялся стандартный метод дискриминантного анализа. В результате были определены две дискриминантные функции, каждая из которых объяснила 71% и 29% дисперсии зависимой переменной соответственно. Обе дискриминантные функции являются статистически значимыми, поскольку критерий λ-Уилкса (λ=0,38) является значимым как для первой (χ^2_{36}=105,4; ρ=0,0000), так и для второй функции (λ=0,73, χ^2_{17}=34,4; ρ=0,008). Описанные результаты представлены в таблице № 46.

Таблица № 46

Результаты анализа дискриминантных функций

Дискриминантная функция	Собственное значение дискриминантной функции	% объясненной дисперсии	Wilks' Lambda	χ^2	df	p
1	0,91	71,1%	0,38	105,4	36	0,0000
2	0,37	28,9%	0,73	34,4	17	0,008

С учетом результатов однофакторного дисперсионного анализа дискриминантных переменных, процедура которого в программном пакете «Статистика-10,0» является встроенной в дискриминантный анализ, было произведено ранжирование предикторов по возрастанию уровня статистической достоверности и убыванию значения статистики F-удаления, что позволяет выделить наиболее существенные: предикторы с самым статистически высоким уровнем значимости и самым большим значением статистики F-удаления считаются лучшими дискриминаторами. Результаты ранжирования представлены в таблице № 47. Из представленных в таблице результатов ранжирования видно, что к числу переменных, которые являются предикторами назначения психокоррекции можно отнести только восемь из изучаемых восемнадцати ($p \leq 0,05$). На достоверном уровне статистической значимости различают исследуемые группы следующие характеристики: *Ролевое эмоциональное функционирование (RE), Психотизм (PSY), Соматизация (SOM), Общий индекс тяжести текущего дистресса (GSI), Социальное функционирование (SF), Фобическая тревожность (PHOB), Обсессивность-компульсивность (O-C), Депрессия (DEP).* При этом, с учетом количественных критериев выборки, наиболее существенными следует читать те предикторы, у которых уровень статистической достоверности максимальный: $p \leq 0,001$ [91]. Таковыми являются значения по шкале *Ролевое эмоциональное функционирование (RE)* опросника *«SF-36»* и значения по шкалам *Психотизм (PSY), Соматизация (SOM) и Общий индекс текущего дистресса* (GSI) опросника *«SCL-90-R»,* причем в качестве наиболее значимого

из вероятных предикторов, лучше всего различающего три группы (F=14,28, p=0,000004), может быть выделена шкала *Ролевого эмоционального функционирования (RE)* опросника *«SF-36»*.

Таблица № 47

Ранжирование предполагаемых предикторов по уровню статистической достоверности, по результатам дисперсионного анализа дискриминантных переменных (n=121)

Шкалы опросников	Partial Lambda	F to remove	p	Tolerance
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	0,78	14,28	0,000004	0,40
Психотизм (PSY)	0,89	6,26	0,003	0,74
Соматизация (SOM)	0,89	6,13	0,003	0,87
Общий индекс тяжести дистресса (GSI)	0,91	5,19	0,007	0,99
Социальное функционирование (SF)	0,91	4,84	0,01	0,16
Фобическая тревожность (PHOB)	0,91	4,83	0,01	0,75
Обсессивность-компульсивность (O-C)	0,92	4,07	0,02	0,88
Депрессия (DEP)	0,93	4,02	0,02	0,88
Психическое здоровье (MH)	0,94	2,92	0,06	0,56
Тревожность (ANX)	0,95	2,64	0,08	0,87
Физическое функционирование (PF)	0,96	1,95	0,15	0,45
Паранойальность	0,97	1,71	0,19	0,74
Враждебность (HOS)	0,98	0,88	0,42	0,66
ВАШ	0,99	0,63	0,54	0,38
Кинезиофобия	0,99	0,42	0,63	0,38
Общее состояние здоровья (GH)	0,99	0,35	0,71	0,36
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	0,99	0,19	0,83	0,40
Межличностная Сенситивность (INT)	0,99	0,11	0,89	0,84
Выраженность боли (BP)	0,99	0,03	0,97	0,49
Жизненная активность (VT)	0,99	0,01	0,99	0,70

Первая дискриминантная функция максимально дифференцировала *«Подгруппу 1»* от остальных исследуемых групп, вторая дискриминантная

функция максимально выделила группу *«Подгруппу 2».* Анализ центроидов (Таблица № 48) показывает, что на положительном полюсе первой функции находится *«Подгруппа 1»*, на отрицательном – группы *«Подгруппа 2»* и *«Подгруппа 3»,* то есть чем больше значение этой функции, тем выше вероятность вхождения больного в *«Подгруппу 1».*

Таблица № 48

Значения дискриминатных функций для групповых центроидов исследуемых подгрупп

Подгруппы основной группы	Дискриминантная функция	
	1	2
«Подгруппа 1» (n=74)	0,63	-0,26
«Подгруппа 2» (n=33)	-0,46	0,93
«Подгруппа 3» (n=14)	-2,26	-0,83

На положительном полюсе второй функции находится *«Подгруппа 2»,* то есть, чем больше значение этой функции, тем выше вероятность отнесения больного к данной подгруппе.

Анализ величин структурных коэффициентов дискриминантных функций (Таблица № 49) показывает, что первая функция, дифференцирующая *«Подгруппу 1»* от остальных исследовательских групп, имеет наиболее высокие положительные корреляции с переменной *«Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)* (0,59), и отрицательные корреляции со шкалами *Соматизация (SOM)* (-0,40), *Психотизм (PSY)* (-0,43), *Общий индекс тяжести дистресса (GSI)* (-0,43), *Депрессия (DEP)* (-0,50).

Таблица № 49

Значения структурных коэффициентов дискриминантных функций

Шкалы-предикторы	Дискриминантная функция	
	1	2
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	0,59	-0,35
Психотизм	-0,43	-0,27
Соматизация	-0,40	-0,01
Общий индекс тяжести дистресса	-0,43	-0,09

Вторая дискриминантная функция имеет единственную высокую отрицательную корреляцию со шкалой *Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)* (-0,35). Таким образом, видно, что показатели по данной шкале при переходе от первой ко второй дискриминантной функции, сохраняют свою значимость, и с высокой степенью достоверности могут быть обозначены как основной предиктор включения больного в процесс психокоррекции. Графическое представление описанных результатов представлено на рисунке 20.

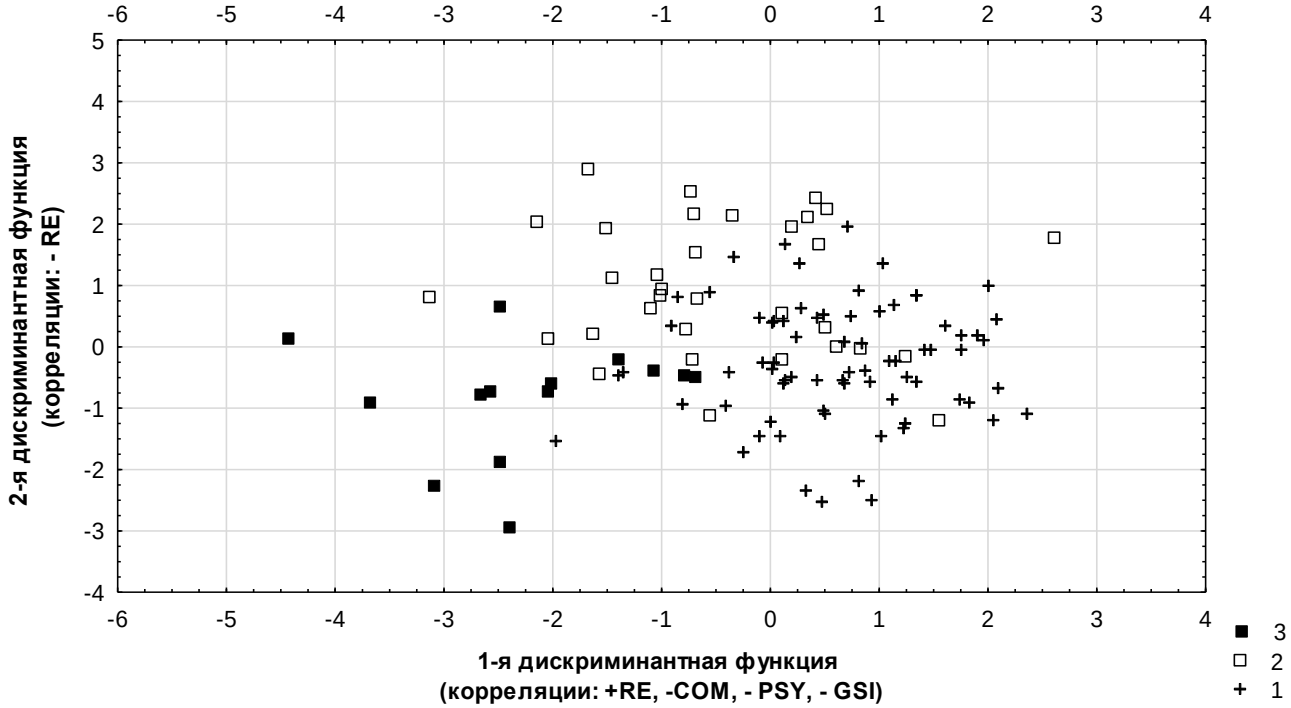


Рис. 20. Результаты дискриминантного анализа (распределение объектов в пространстве канонических функций).

Дальнейшее привлечение к анализу данных описательной статистики для исследовательских подгрупп и соотнесение их с нормативными данными позволяет рассуждать о некоторых особенностях полученных результатов, которые представлены в таблице №№ 50, 51; графическая иллюстрация – на рисунке 21. Отчетливо видно, что ролевое эмоциональное функционирование пациентов *«Подгруппы 1»* практически не отличается от нормативного показателя, в то время как в *«Подгруппе 2»* и *«Подгруппе 3»*, данный показатель существенно снижен (приблизительно в 3 и 6 раз соответственно). Столь существенная разница еще раз акцентирует внимание на значимости данной переменной в формировании мнения специалистов о необходимости психокоррекционного вмешательства. То же касается и показателя *Соматизации*, который практически вдвое превышает нормальные значения в *«Подгруппе 2»* и втрое – в *«Подгруппе 3»*. Следует заметить, что достоверность различий значений по шкале *Психотизм* в данном случае может не

приниматься во внимание, т.к. имеет инверсивное значение – в *«Подгруппе 1»* и *«Подгруппе 2»* существенно снижен по сравнению с нормативным значением.

Таблица № 50

Средние значения шкал-предикторов включения в различные группы психокоррекции в сопоставлении с нормативными значениями

Шкалы-предикторы	*«Подгруппа 1»*	*«Подгруппа 2»*	*«Подгруппа 3»*	Норма*
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	67,28±40,2	26,36±39,8	9,64±20,6	66,5±36,7
Психотизм (PSY)	0,23±0,25	0,27±0,27	0,66±0,58	0,42±0,48
Соматизация (SOM)	0,94±0,65	1,22±0,60	1,72±0,98	0,69±0,65
Общий индекс тяжести дистресса (GSI)	0,54±0,37	0,70±0,46	1,09±0,61	0,64±0,50

Примечание: «*****» - условно-нормативные данные приведены по результатам валидизации методик [99, 133].

Таблица № 51

Уровень статистической достоверности при сопоставлении средних значений шкал-предикторов включения в программы психокоррекции с нормативными данными

Подгруппы основной группы	*Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)*	*Психотизм (PSY)*	*Соматизация (SOM)*	*Общий индекс тяжести дистресса (GSI)*
«Подгруппа 1»	0,86	0,001*	0,001*	0,09
«Подгруппа 2»	0,0000*	0,07	0,0000*	0,49
«Подгруппа 3»	0,0000*	0,06	0,0000*	0,001*

Примечание: «*» - достоверность различия по сравнению с нормальными значениями на уровне $p \leq 0,001$

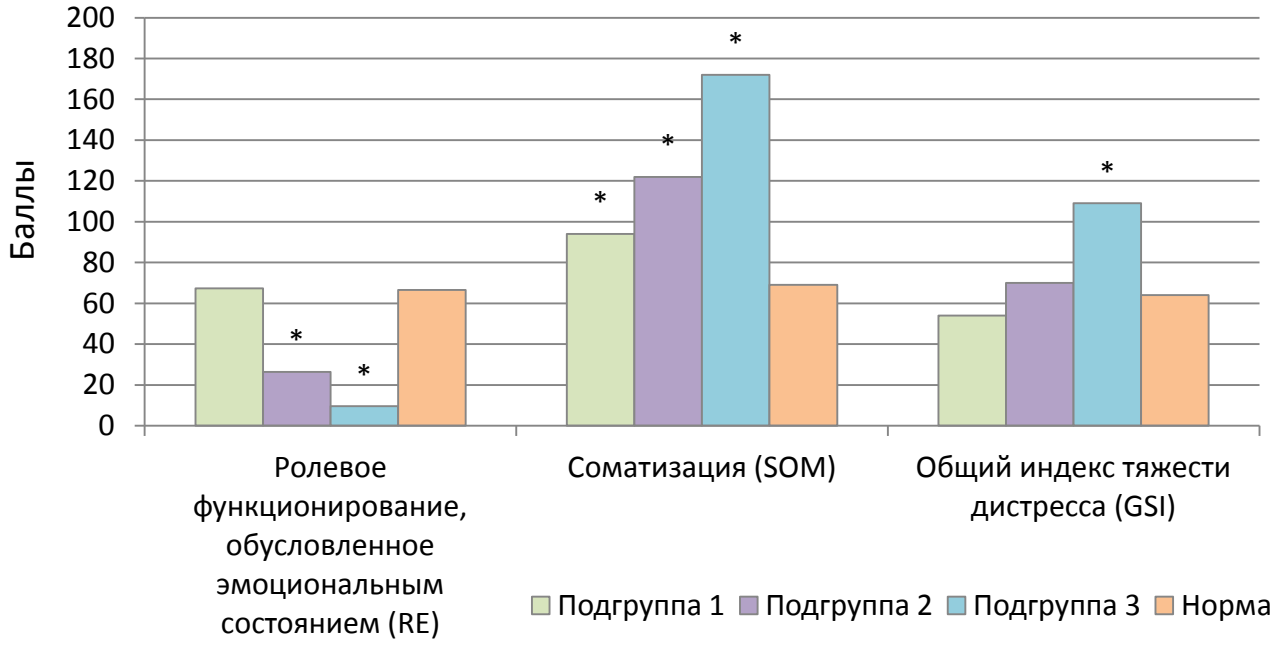


Рис.21. Значения шкал-предикторов включения пациентов в программы психокоррекции в сопоставлении с нормативными значениями

Примечание: «*» - шкалы, по которым были зафиксированы достоверные различия по сравнению с нормальными значениями на уровне $p \leq 0{,}001$

Далее была установлена ценность прогноза по группам, сведения о которой приведены в таблице № 52.

Таблица № 52

Прогностическая ценность дискриминантного анализа

	«Подгруппа 1» (n=74)	*«Подгруппа 2»* (n=33)	*«Подгруппа 3»* (n=14)	% корректной классифика-ции
«Подгруппа 1»	66 чел.	7 чел.	1 чел.	89,2%
«Подгруппа 2»	10 чел.	20 чел.	3 чел.	60,6%
«Подгруппа 3»	3 чел.	1 чел.	10 чел.	71,4%
Итого:	74 чел.	33 чел.	14 чел.	73,3%

Прогностическая ценность проведенного дискриминантного анализа составила 73,3%. Процент корректной классификации в отношении

«Подгруппы 1» составил 89,2%, *«Подгруппы 2»* – 60,6%, *«Подгруппы 3»* - 71,4%. Выявленные показатели свидетельствуют о высокой прогностической ценности проведенного исследования.

Таким образом, наиболее значимыми предикторами включения пациентов в процесс психокоррекции явились: шкала *Ролевого эмоционального функционирования* опросника *«SF-36»* и шкала *Соматизации* опросника *«SCL-90-R»*. Как было отмечено в обзоре литературы, многочисленные отечественные и зарубежные источники указывают на повышения показателей депрессии и тревоги, выделяемые, как ведущие расстройства психической сферы в соматической клинике. Авторы указывают на необходимость ориентироваться именно на эти показатели для назначения соответствующей медикаментозной или немедикаментозной коррекции. Полученные же в процессе исследования данные позволяют расширить сферу знаний о психопатологических особенностях пациентов с нарушениями двигательных функций, находящихся в процессе медицинской реабилитации, и обозначить дополнительные точки приложения психокоррекционных мероприятий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основанием для проведенного исследования и его *целью* послужила необходимость разработки и научного обоснования системного подхода к коррекции психического состояния в процессе реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций. Учитывая широкую распространенность в популяции, большое экономическое бремя и несомненное влияние на психическое состояние пациентов, в исследование были включены следующие нозологические формы: дегенеративно-дистрофические заболевания крупных суставов, в частности, ревматической этиологии; двигательные нарушения вследствие острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) и полиэтиологичная группа заболеваний, объединенных названием «дорсопатии». Основные клинические проявления, такие как недостаточность объема движений и выраженный болевой компонент, давали право рассматривать их в едином контексте влияния на психическую составляющую длительно текущего заболевания. Не смотря на несомненную актуальность изучения и коррекции процессов, касающихся психической сферы пациентов с нарушениями двигательных функций, к данному вопросу не существует единого подхода. Принимая во внимание существующую в настоящее время неразделимость понятий *медицинская реабилитация* и *психореабилитация*, а также опираясь на предложенную В.П. Зайцевым (2013, 2016) концепцию *системы психологической реабилитации,* объединяющей психодиагностические и психореабилитационные мероприятия, были сформулированы *задачи* настоящего исследования:

- изучить качество жизни пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе медицинской реабилитации и оценить возможности оптимизации его измерения;

- исследовать и выявить ведущие психологические и психопатологические особенности у пациентов с нарушением двигательных

функций, развившимися вследствие острого нарушения мозгового кровообращения, дорсопатий и ревматических заболеваний крупных суставов;

- оценить психологические и психопатологические характеристики пациентов с нарушениями двигательных функций в контексте оценки качества жизни;

- изучить динамику психопатологических характеристик пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе психокоррекционных мероприятий;

- выявить предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы коррекции психического состояния в процессе медицинской реабилитации;

- обосновать тактику проведения психокоррекционных мероприятий на основании динамической оценки их эффективности.

В исследование были включены 1163 человека, из которых 1021 человек составили пациенты с нарушениями двигательных функций, находящиеся в процессе медицинской реабилитации в филиале №3 МНПЦ МРВСМ ДЗМ и направленные на консультацию к медицинскому психологу. Контингент испытуемых был представлен тремя нозологическими группами:

- *пациенты с нарушениями двигательных функций в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)* (421 пациент, среди которых было 229 (54,4%) женщины и 192 (45,6%) мужчины);

- *пациенты с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий* (347 пациентов, среди которых было 207 (59,7%) женщин и 140 (40,3%) мужчин);

- *пациенты с нарушениями двигательных функций на фоне ревматических заболеваний крупных суставов* (253 пациента, среди которых было 174 (68,8%) женщины и 79 (31,2%) мужчин).

Параллельно с пациентами стационара была обследована группа условно-здоровых добровольцев с целью дополнительного изучения структуры качества жизни (КЖ): 142 человека – 77 (54,2%) женщин и 65 (45,8%) мужчин.

На *первом этапе* работы исследовалось качество жизни (КЖ) пациентов с нарушениями двигательных функций с помощью опросника «*SF-36»*. Параллельно изучалось КЖ условно-здоровых добровольцев. В заключении первого этапа определялись новые операциональные возможности опросника. На *втором этапе* исследования проводилась валидизация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций. В качестве инструментов были использованы русскоязычный вариант *«Шкалы кинезиофобии Тампа», Методика диагностики самооценки мотивации одобрения («Шкала лживости» Д. Марлоу, Д. Крауна), Визуальная аналоговая шкала «ВАШ» боли*. На *третьем этапе* работы проводилось изучение устойчивых черт личности, характеристик текущего психоэмоционального состояния и их связь с субъективной оценкой качества жизни больных с нарушениями двигательных функций. Для измерения исследуемых показателей использовались следующие психометрические методики: *личностный опросник «Big Five» (Большая Пятерка), опросник выраженности психопатологической симптоматики «SCL-90-R», «Шкала кинезиофобии Тампа», опросник качества жизни «SF-36».* На *четвертом этапе* работы проводился расширенный анализ психопатологических аспектов текущего психического состояния больных с нарушением двигательных функций различной этиологии (по данным *опросника выраженности психопатологической симптоматики «SCL-90-R»*) с целью содержательной верификации его ведущих составляющих. На *пятом,* заключительном, этапе работы проводилось исследование динамических психопатологических показателей у больных с нарушениями двигательных функций различной этиологии в процессе проведения психокоррекционных мероприятий (основная группа) и выявление психометрических предикторов включения пациентов в программы психокоррекции. Параллельно изучались аналогичные динамические показатели в контрольной группе больных с нарушениями двигательных функций, не участвовавших в психокоррекционных мероприятиях, и группе сравнения, пациенты которой не имели показаний к психокоррекции.

Психокоррекционные мероприятия включали в себя:

- информационно-разъяснительную работу с пациентами, организованную по принципу «Школы пациента», проводимую как в индивидуальном, так и в групповом режиме;

- занятия (как правило, в группе) с использованием различного рода релаксационных техник в сочетании с мультисенсорной стимуляцией, направленных на создание условий для снижения эмоционального напряжения, выработку навыков саморегуляции, формирование внутренних средств контроля и управления текущим состоянием;

- индивидуальные сессии полимодальной психотерапии с использованием когнитивно-бихевиоральных, телесно-ориентированных, арт-терапевтических и других техник.

Для статистической обработки полученных данных была использована программный пакет «Статистика-10.0».

Перед началом анализа полученных данных было проведено сопоставление социально-демографических характеристик исследуемых групп, по результатам которого было зафиксировано, что на всех этапах, с использованием статистических критериев, достигнута равнозначность нозологических групп с точки зрения пола, возраста. Степень нарушений двигательных функций с точки зрения МКФ также имела единый уровень выраженности. При обследовании учитывались социально-демографические (социальный и семейный статус), а также анамнестические (количество предыдущих госпитализаций) характеристики.

В результате проведенного исследования было показано, что концепт качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, оцениваемого с помощью опросника *«SF-36»*, может быть использован в новом контексте двукатегориального ранжирования. В своей исходной форме он позволяет различить группы пациентов с нарушениями двигательных функций лишь по шкале, отражающей интенсивность боли *(BP)*. Также, вполне оправданным является отличие обследованных пациентов по всем показателям КЖ (кроме

Психического здоровья - MH) от условно-нормативных данных. Этот факт является определяющим для последующего использования данного подхода и к группе условно-здоровых добровольцев.

Новый метод оценки КЖ путем кластеризации полученных данных позволил интерпретировать сложную структуру опросника без использования нормативных показателей, которые не всегда могут отражать истинную картину в популяции. К данному конструкту был применен новый операциональный подход в виде проведения двукатегориального ранжирования с формированием двух кластеров, условно названных *«высокое КЖ»* и *«низкое КЖ»*. Было показано наличие контрастных групп как среди пациентов с нарушениями двигательных функций, так и среди здоровых добровольцев, что подтвердило гипотезу об устойчивости данных кластеров не зависимо от наличествовавшей патологии, причем, условно-здоровые добровольцы достоверно чаще - в 64,8% случаев оценивали свое качество жизни как высокое по сравнению с 29,8% пациентов с двигательными нарушениями вследствие ОНМК (p=0,0000); 29,0% пациентами с двигательными нарушениями на фоне РЗ (p=0,001) и 45,8% пациентов с дорсопатиями (p=0,03). В процессе более подробного анализа оснований деления на кластеры было установлено, что основные различия находятся в области психологической составляющей КЖ, т.е. наиболее достоверная разница устойчиво фиксируется во всех исследовательских группах по следующим шкалам опросника *«SF-36»*: шкала *Ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным стоянием (RE)*, шкала *Жизненной активности (VT)* и шкала *Психического здоровья (MH)*. Применение методов математической статистики позволило подтвердить качество выполненной кластеризации и сделать вывод о том, что содержательное формирование кластеров с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* осуществлялось преимущественно на основании показателей шкал опросника SF-36, демонстрирующих психологическое состояние обследуемых.

Операционализация предложенного подхода к изучению КЖ реализована нами в программе для ЭВМ *«Кластерный анализ качества жизни, связанного*

со здоровьем» (Свидетельство о государственной регистрации №2014618131 от 11.08.2014).

Дальнейшее исследование психологических особенностей пациентов с нарушениями функции движения по данным опросника *«Big Five»* выявило повышенный уровень *Нейротизма* у пациентов с последствиями ОНМК и дорсопатиями, в отличие от пациентов с РЗ, уровень *Нейротизма* которых соответствовал нормальному. В то же время, пациенты всех групп отличались в сторону уменьшения от нормативных данных по уровню выраженности *Экстраверсии* и *Открытости опыту*, а пациенты с последствиями ОНМК еще и по уровню выраженности *Склонности к согласию*. Показатели по шкале *Добросовестность* в исследованных группах больных не отличались от общепопуляционных. Согласно исследованиям C.G. DeYoung с соавторами (2009), A. Sampaio с соавт. (2013) и др. повышенный уровень *Нейротизма* коррелирует с заинтересованностью большого числа участков мозга различной локализации и, вероятно, может свидетельствовать о вовлечении этих структур в патологический процесс у больных с последствиями ОНМК. В целом же, достаточная однородность исследуемых групп в плане устойчивых психологических характеристик, подтверждала нашу гипотезу о возможности включения всех групп пациентов в единый процесс психореабилитации. Необходимость проведения данных мероприятий подтверждалась имеющимся у всех групп пациентов снижением показателей *Экстраверсии* и *Открытости опыту,* что в свою очередь, указывало на возможные трудности в установлении полноценного эффективного контакта между больным и персоналом.

Для проведения сравнительного анализа психологических особенностей обследованных групп пациентов с двигательными нарушениями различной этиологии, исследовалась структура личности, по данным опросника *«Big Five»*, в рамках предложенного выше двукатегориального ранжирования с учетом КЖ: *«высокое КЖ»* - *«низкое КЖ»*, то есть проводился анализ значимости различий в уровне выраженности *Нейротизма, Экстраверсии, Склонности к согласию, Открытости опыту и Добросовестности* в группах

больных, оценивающих свое КЖ, как высокое и как низкое. Были получены следующие результаты. Для пациентов с последствиями ОНМК с высоким и низким КЖ достоверные различия в структуре личности были выявлены по шкалам *Нейротизм* и *Добросовестность*, при этом у пациентов с низким КЖ показатели оказались выше, чем у пациентов с высоким КЖ. Применительно к шкале *Нейротизма* это может означать, что пациенты с высоким КЖ более стрессоустойчивы, оптимистичны, рациональны, а пациенты с низким КЖ - тревожны, мнительны, раздражительны. Высокие показатели по шкале *Добросовестности* у пациентов с низким КЖ могут означать чрезмерную степень сознательного контроля в преодолении болезненных симптомов. По всей видимости, личностная тревожность пациентов с низким КЖ, может дезорганизовывать поведение, не позволяя достигнуть оптимального уровня мотивации в отношении выздоровления. Для пациентов с двигательными нарушениями на фоне заболеваний позвоночника различия были выявлены только по шкале *Добросовестность*. Было показано, что высокое КЖ выявляется у более «добросовестных» больных, а низкое – у «менее добросовестных». Можно предположить, что пациенты с *«высоким КЖ»* обладают личностными характеристиками, способствующими осознанному активному включению в процесс выздоровления: самообладанием, высоким уровнем целеполагания, организованностью, дисциплинированностью, ответственностью. Комплаентность таких больных является, по сути, исходно заданной, в отличие от больных с *«низким КЖ»*, психологическое сопровождение которых могло бы быть направлено на прояснение перспектив лечения и выработку целенаправленной стратегии преодоления болезненных симптомов. При сравнении личностных особенностей пациентов с высоким и низким КЖ в группе с двигательными нарушениями на фоне РЗ достоверных различий зафиксировано не было. Рассуждать на эту тему можно в контексте данных Е.Р. Исаевой (2010), проведенном с участием 680 респондентов, страдающих соматическими, психическими и психосоматическими заболеваниями, в котором ревматоидный артрит был отнесен к

психосоматической группе. Автор отмечает, что особенностью совладания со стрессом, коим и является само наличие тяжелого хронического соматического заболевания, являются чрезмерный волевой контроль над эмоциями и действиями и именно этот стиль поведения лежит в основе формирования характера пациентов с РА, которые сдерживают спонтанную активность, подавляют переживания, стойко переносят трудности и, тем самым, переводят длительное психоэмоциональное напряжение на соматический уровень. Возможно, различия между пациентами с РА, определяющих свое КЖ как высокое или низкое, заключаются не в личностных особенностях именно потому, что сама «ревматоидная» личность уже является носителем тех или иных заданных черт.

Таким образом, анализ значимости различий в структуре личности в обследованных группах с учетом нозологии показал, что *«высокое КЖ»* у больных с нарушением двигательных функций вследствие ОНМК соотносится с оптимистичными жизненными установками в отношении перспектив выздоровления, стрессоустойчивостью; с целеустремленностью и дисциплинированностью, выраженной ориентацией на результат у больных с дорсопатиями и не находит значимых различий у пациентов с ревматическими заболеваниями.

В целом же, результаты анализа позволяют подтвердить гипотезу о большей динамичности конструкта *«высокое КЖ»* - *«низкое КЖ»*, в противовес *«Big Five»*, поскольку данные полученные по методике *«SF-36»* в небольшой степени соотносятся с устойчивыми чертами личности.

Учитывая специфичное функциональное единство пациентов для исследования психопатологического статуса была, наравне с другими методиками, выбрана шкала, оценивающая кинезиофобию – *«Шкала Тампа»*. Поскольку зарубежными авторами (K. Hudes, 2011; P. Koho, 2015) была неоднократно показана высокая диагностическая ценность данного конструкта, было решено провести валидизацию методики для исследуемого контингента больных. В результате валидизации были показаны высокие психометрические

характеристики методики (дискриминативность, репрезентативность, надежность, валидность), что позволило обосновать использование данного опросника для оценки (в том числе, динамической) психологического состояния пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе работы с медицинским психологом. В дальнейшем, в процессе работы *«Шкала Тампа»* использовалась для изучения психического состояния пациентов наравне с опросником *«SCL-90-R»* и *«ВАШ»*.

Анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологической симптоматики, по данным опросника *«SCL-90-R»*, шкалам *Тампа* и *ВАШ* в группах больных с двигательными расстройствами также не зафиксировал существенной разницы между исследовательскими группами. Однако, при сравнении полученных результатов с нормативными показателями, было показано, что уровень выраженности *Соматизации* с высокой степенью достоверности превышал нормальные значения для всех групп обследованных больных; показатели *Обсессивности-компульсивности* и *Тяжести текущего дистресса* - были повышены у пациентов с последствиями ОНМК и дорсопатиями; *Фобическая тревожность* и *Депрессии* - у пациентов с последствиями ОНМК. В то же время показатели по шкале *Враждебность* во всех группах больных были достоверно снижена. Данный факт еще раз подтверждает гипотезу об однородности представленных исследовательских групп в контексте общего заключения о необходимости проведения психокоррекционных мероприятий и единстве их направленности.

В процессе анализа значимости различий в уровне выраженности психопатологических (психоэмоциональное состояние и уровень текущего дистресса, а также выраженность кинезиофобии) характеристик в обследованных группах больных в рамках двукатегориального ранжирования *«высокое КЖ»* - *«низкое КЖ»* были получены следующие результаты. Наибольшие различия между группами с высоким и низким КЖ были отмечены среди пациентов с ОНМК. Отличия по шкалам *Соматизация, Обессивность-компульсивность, Межличностная сензитивность,*

Тревожность, Психотизм и Общая тяжесть текущего дистресса, а также по шкале *Депрессия* на уровне тенденции, свидетельствовали о высоких прогностических возможностях опросника *«SF-36»* в плане последующего выявления психопатологических феноменов у пациентов данной группы. Среди пациентов с дорсопатиями были отмечены существенные различия в группах с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* по шкалам *Соматизация, Депрессия* и уровень выраженности *кинезиофобии*. В контексте данного наблюдения следует отметить, что группа пациентов с дорсопатиями отражает определенную категорию потребителей медицинских услуг. Среди них обнаруживается наибольшее число подтвержденных случаев психических расстройств. В отношении этого наиболее показательным является исследование Т.А. Лисиной (1988), которая в клинико-эпидемиологическом исследовании взрослой популяции терапевтического участка показала, что практически 30% соматизированных психических нарушений имитируют именно патологию опорно-двигательного аппарата, причем, лишь около 11% из них направляются на консультацию к профильному специалисту. Остальным же выставляется диагноз «остеохондроз позвоночника» и проводится длительное, безрезультатное лечение. Сочетание у указанных пациентов повышенных показателей по трем шкалам: *Соматизация, Депрессия* и уровень выраженности *кинезиофобии* дает право предполагать, что в нашем случае ситуация может является аналогичной. На это факт косвенно указывает и большая распространенность многочисленных госпитализаций (один-два раза и три и более раз) у больных с дорсопатиями. Отдельно следует обратить внимание на наличие различий по *«Шкале кинезиофобии Тампа»*. Существует большое количество литературных источников, посвященных изучению *кинезиофобии* у пациентов с заболеваниями, имеющие устойчивый психосоматический радикал (H.S.J. Picavet, 2002, 2003; G. Svensson, 2011; A. Gutke, 2011; M. Bäck, 2012). В том числе, в них неоднократно упоминается изучение данного показателя у пациентов с болями в спине (R.S. Antunes, 2013). Причем, ассоциированно с ним изучаются, чаще всего, показатели

депрессии и качества жизни, то есть те характеристики, которые имеют психологическое наполнение. В нашем случае, различия в степени выраженности *кинезиофобии* у пациентов в группах *«низкое КЖ»* и *«высокое КЖ»* свидетельствует о значимом влиянии данного показателя на формирование отношения к субъективной оценке КЖ респондентов и предполагает более подробное изучение прогностических возможностей феномена *кинезиофобии* у пациентов с нарушениями двигательных функций.

В проведенном исследовании не было зафиксировано существенных различий в группах с *«высоким КЖ»* и *«низким КЖ»* у пациентов с ревматическими заболеваниями, однако, в данном случае, по-видимому, следует учитывать, стойкие психологические особенности данной категории пациентов, обусловленные давностью заболевания. Отсутствие различий в личностном и психоэмоциональном статусе в двух группах КЖ и по сравнению с нормативными значениями у пациентов с РЗ, по-видимому, свидетельствует о предъявляемой экспериментатору социальной приемлемой модели функционирования, которая проявляется самой симптоматикой заболевания. На особенностях личности больных ревматиоидным артритом мы останавливались выше, а низкий уровень выраженности таких динамических показателей, как тревога и депрессия, по-видимому, обуславливается именно реабилитационным этапом лечения, который пациенты проходят вне обострения. Этот факт подтверждается сведениями Б.А. Волель с соавт. (2011), которые указывают на наличие специфической «нозогенной» депрессии (зачастую с тревожным компонентом), тесно связанной с выраженностью болевого синдрома, у пациентов на этапе острой клинической манифестации заболевания. По мере стихания клинических проявлений заболевания и наступления ремиссии, на первый план в 2/3 случаев выступают характерные паттерны поведения, свойственные стеничной или гипертимной личности. Устойчивую конструкцию «ревматоидной» личности, определяют: ригидность мышления, консерватизм, повышенное чувство ответственности, застенчивость, доходящая до мазохизма жертвенность, заниженная самооценка, склонность доверять

окружающим больше, чем себе, готовность к самообвинению, алекситимия, невысокий уровень социальной адаптации и приятия окружающих (U. Ruger, 1994; Е.В. Павлова, 2007; О.С. Шубина, 2009; Е.А. Лас, 2012; А.В. Цыган, 2012; Н.А. Шабанова, 2013; П.И. Сидоров, Е.П. Совершаева, 2014).

В целом, проведенный анализ личностных и психопатологических особенностей пациентов с нарушениями функции движения продемонстрировал достаточную однородность обследуемых лиц и возможность объединения их в процессе психокоррекционной работы в общие группы. Причем, сам опросник качества жизни *«SF-36»* продемонстрировал свои психодиагностические возможности, особенно, для пациентов с последствиями ОНМК и дорсопатиями. *Выделение при обследовании группы с «низким КЖ» практически свидетельствует о выделении группы, нуждающейся в психокоррекционном вмешательстве.*

Далее, с целью разработки тактики психореабилитации была проведена оценка ее поэтапной эффективности у пациентов с нарушениями двигательных функций. В процессе ретроспективного рассмотрения результатов всех проведенных мероприятий было установлено, что пациенты разделились на три группы – *не нуждающихся в дальнейшей психокоррекции после проведения единственной психодиагностической сессии – «Подгруппа 1», нуждающихся в психологическом сопровождении – «Подгруппа 2»* и *нуждающихся в психологическом сопровождении и психотерапии – «Подгруппа 3»*. Поскольку назначение консультации медицинского психолога делалось на основании имеющегося регламента, подразумевало наличие определенных показаний, нельзя предположить, что пациенты первой группы в принципе не нуждались во внимании специалиста (медицинского психолога). Вероятно, им было достаточно единственной психодиагностической сессии, в процессе которой происходило прояснение и редуцирование интра- и межличностных конфликтных переживаний. В дальнейшем это было подтверждено инструментальными (опросники *«SCL-90-R», «Шкала кинезиофобии Тампа», «SF-36», ВАШ*) и статистическими данными. Существенным моментом явилось

то, что менее 30% назначений делалось с учетом показателей по шкале HADS, являющейся составной частью *алгоритма*, используемого для определения показаний к консультации медицинского психолога. Чаще всего консультация медицинского психолога назначалась на основании только дополнительных клинических наблюдений, включенных в качестве критериев в регламентирующий документ (Приложение 1).

В процессе исследования было ретроспективно показано, что перед началом психокоррекционных мероприятий все три подгруппы основной группы существенно различались по своим психометрическим данным. Различия отмечались как по шкалам опросника *«SCL-90-R»: Соматизация (SOM), Обсессивность-компульсивность (O-C), Межличностная сензитивность (INT), Депрессия (DEP), Тревожность (ANX), Враждебность (HOS), Фобическая тревожность (PHOB), Паранойяльность (PAR), Психотизм (PSY) и Уровень тяжести дистресса DSI);* так и по шкалам опросника *«SF-36»*, в большей степени отражающих психоэмоциональное состояние респондентов: *Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным стоянием (RE), Социальное функционирование (SF), Жизненная активность (VT) и Психическое здоровье (MH)*. Шкалы, отражающие физическую составляющую КЖ, достоверного различия не продемонстрировали, что позволило еще раз подтвердить достаточную однородность подгрупп и позволило в процессе психокоррекции не принимать во внимание их этиологическую принадлежность. Различий между подгруппами по выраженности *кинезиофобии* отмечено также не было. Согласно ретроспективной оценке, наибольшая выраженность психопатологических симптомов, наихудшее субъективное состояние (по шкале *ВАШ*) и наиболее низкое КЖ отмечались в подгруппе, нуждающейся и прошедшей все 3 этапа психокоррекции (*«Подгруппа 3»*), несколько ниже были все указанные показатели во 2-ой подгруппе (*«Подгруппа 2»*) и наименьшая их выраженность в сочетании с лучшими показателями самочувствия и КЖ –

отмечались в группе, нуждавшейся лишь в первом (психодиагностическом) занятии с медицинским психологом (*«Подгруппа 1»*).

Параллельно с анализом различий психопатологических характеристик в исследуемых подгруппах основной группы, было проведено сравнение аналогичных показателей с группой сравнения. Было показано, что пациенты группы сравнения, не нуждающиеся в психокоррекции, существенно отличаются по изучаемым параметрам от больных, которым консультация медицинского психолога рекомендована не была. Уровень показателей по всем шкалам опросника *«SCL-90-R»* с высокой степенью достоверности ($p \leq 0{,}00001$) был выше в основной группе. Опираясь на предложенный выше подход оценке КЖ – двукатегориальное ранжирование данных в терминах *«высокое КЖ»* - *«низкое КЖ»* - с использованием разработанной нами программы для ЭВМ *«Кластерный анализ качества жизни, связанного со здоровьем»*, была проведена ретроспективная оценка КЖ обследованных больных, которая продемонстрировала наличие достоверной разницы в пропорциональном соотношении высокого и низкого КЖ в группах больных, проходивших курс психореабилитации. Как высокое свое КЖ оценивали 80% пациентов группы сравнения, 62% пациентов *«Подгруппы 1»* и только 17% пациентов, нуждающихся в психокоррекции того или иного уровня (*«Подгруппы 2»* и *«Подгруппы 3»*).

После проведения психокоррекции, был предпринят анализ значимости различий в уровне выраженности характеристик психоэмоционального состояния, по данным опросника *«SCL-90-R»* и самочувствия (по данным *ВАШ*), который с высокой степенью достоверности показал различия ДО и ПОСЛЕ вмешательства по следующим шкалам опросника *«SCL-90-R»*: *Соматизация, Обсессивность-компульсивность, Межличностная сензитивность, Депрессия, Тревожность, Враждебность, Уровень тяжести дистресса* и шкале *ВАШ* в *«Подгруппе 1»*. Как говорилось выше, пациенты данной группы были по ряду причин направлены на консультацию к психологу, но по результатам единственного психодиагностического занятия были

признаны не нуждающимися в дальнейших психокоррекционных мероприятиях. Этот факт свидетельствовал о существенной роли первичной диагностической сессии, включающей осознанную работу с заполненными опросниками под руководством медицинского психолога. По-видимому, процесс самостоятельного обдумывания и заполнения опросника, разбор полученных результатов совместно с психологом и прояснение некоторых, не явных для пациента аспектов его существования в контексте заболевания, является сам по себе психотерапевтичным и дает возможность рассматривать его как неотъемлемую часть процесса психокоррекции (В.Д. Менделевич, 2008).

При проведении анализа значимости различий в уровне выраженности характеристик психоэмоционального состояния, по данным опросника *«SCL-90-R»* и *«Шкале Тампа»*, а также самочувствия (по данным *ВАШ*) в группе больных, прошедших «Школу пациента» и групповые занятия с психологом (*«Подгруппа 2»*), до начала психореабилитационных мероприятий и после их окончания была обнаружена динамика только по *«Шкале Тампа»* и *ВАШ*. Считается, что разница показателей по шкале *ВАШ* в 13 единиц позволяет определять проведенное вмешательство, как достоверно эффективное (Д. Ковпак, 2008), то есть, можно с уверенностью говорить об эффективности даже столь короткого психокоррекционного процесса у данной категории пациентов. В то же время, вполне логичным кажется отсутствие динамики показателей по шкалам опросника *«SCL-90-R»* в этой подгруппе, поскольку психические процессы у пациентов (в том числе пожилых) не успевают перестроиться в течение столь непродолжительного времени (2-3 сессии). У пациентов, прошедших все три этапа психореабилитации (*«Подгруппа 3»*) была отмечена динамика после психотерапевтических занятий как по шкалам опросника *«SCL-90-R» Соматизация, Обсессивность-компульсивность, Депрессия*, так и по шкалам *кинезиофобии* и *ВАШ*.

Проведенное исследование подтверждает имеющиеся сведения о безусловной взаимосвязи нейробиологических механизмов формирования

депрессивных, обсессивно-компульсивных, тревожных и др. психических расстройств и проводимыми психокоррекционными вмешательствами, в частности, носящими групповой характер (A. Etcin et al, 2005; L. Tan, 2017; T. Fachs, 2004).

В целом, полученные результаты позволяют говорить о необходимости *последовательного* включения всех вышеобозначенных этапов в процесс психореабилитации у пациентов с нарушениями двигательных функций, так как только последовательность и преемственность в данном случае позволяют, с одной стороны, охватить вниманием всех пациентов, нуждающихся в психологической помощи, а с другой стороны, строго ограничить объем необходимого вмешательства для каждого больного, принимая во внимание ограниченные временные рамки (рис. 22). Возвращаясь к концепции психологической реабилитации В.П. Зайцева (2013, 2016), можно говорить построении *системы психологической реабилитации,* объединяющей психодиагностические мероприятия с обязательным изучением качества жизни, психопатологических характеристик (в частности, уровня соматизации и кинезиофобии) и психокоррекционные мероприятия, включающие индивидуальные консультации медицинского психолога, групповые релаксационные тренинги с мультисенсорной стимуляцией и психотерапевтические сессии, проводимые психотерапевтом. В этом смысле работа Е.Ю. Буртовой, Е.А. Литвинчук и соавт. (2017) является наиболее близкой по предложенной психореабилитационной программе, применяемой авторами у пациентов онкогематологического профиля. Однако, коллектив авторов, как и большинство других, ограничивается использованием монополярных шкал и не изучает качество жизни пациентов, а также не предлагает последовательности и дифференцированности проведения психокоррекционных мероприятий членами мультидисциплинарной бригады – медицинским психологом и психотерапевтом.

Рис.22. Последовательность и преемственность психореабилитационного процесса.

Учитывая трудности лечащих врачей-реабилитологов в объективном определении необходимости психокоррекции, как части общего курса медицинской реабилитации, в процессе работы были определены *психометрические предикторы* включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программу психокоррекции, то есть было показано насколько достоверно могут быть различены исследовательские группы на основании характеристик текущего психоэмоционального состояния, КЖ, субъективного ощущения самочувствия. На достоверном уровне статистической значимости, различающими исследуемые группы, оказались следующие характеристики: *Ролевое эмоциональное функционирование (RE), Психотизм, Соматизация, Общий индекс тяжести текущего дистресса (GSI), Социальное функционирование (SF), Фобическая тревожность, Обсессивность-компульсивность, Депрессия.* Наиболее существенными были переменные-предикторы: *Ролевое эмоциональное функционирование (RE), Психотизм, Соматизация, Общий индекс тяжести текущего дистресса (GSI),* причем в качестве наиболее значимого из вероятных предикторов, лучше всего

различающего три группы выделялась шкала *Ролевого эмоционального функционирования (RE)* опросника *«SF-36»*. Важно, что показатели по данной шкале при переходе от группы к группе сохраняли свою значимость, и с высокой степенью достоверности могли быть обозначены как основной предиктор включения больного в процесс психореабилитации. Статистическими методами была подтверждена высокая прогностическая ценность проведенного исследования. Корректность прогноза на основании проведенного дискриминантного анализа составила 73,3%. Процент корректной классификации в отношении *«Подгруппы 1»* составил 89,2%, *«Подгруппы 2»* – 60,6%, *«Подгруппы 3»* – 71,4%.

Следует заметить, что формирования кластеров с высоким и низким КЖ происходит именно на основании разделения по шкалам, отражающим психологическую детерминанту, в частности наибольшие различия достигаются по шкале *Ролевого эмоционального функционирования (RE)*. Таким образом, двухкатегореальное ранжирование является доказанным и обоснованным превентивным методом отбора пациентов, нуждающихся в том или ином виде психореабилитации. Именно на основании низких показателей по шкале RE может происходить выделение групп пациентов, нуждающихся в проведении психокоррекционной и психотерапевтической работы. Под низкими показателями по методике *«SF-36»* мы понимаем балльные значения до 30 единиц в соответствии с принятыми количественными интерпретациями показателей по стандартной шкале Т-баллов, являющейся методическим основанием опросника (А.Д. Наследов, 2007; О.В. Митина, 2008). Таким образом, выявленные в исследовании низкие показатели (значением менее 30 единиц) по шкале *Ролевого эмоционального функционирования (RE)* полностью соответствуют указанным характеристикам и могут выступать в качестве диагностического критерия.

На данном этапе необходимо отметить, что в группу предикторов, по данным опросника выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»,* вошла шкала *Психотизм*, значимость которой может быть нивелирована,

в виду того, что выявленные в исследовании сниженные показатели по этой шкале в инверсионном плане характеризуют обследованную выборку, как психологически благополучную. Существенным предиктором оказалась также шкала *Соматизация* опросника *«SCL-90-R»*, повышенные значения по которой устойчиво характеризуют обследованный контингент пациентов с нарушениями двигательных функций при сопоставлении с общепопуляционными показателями. Отсутствие значимости различий по таким шкалам, как *Депрессия, Тревожность* и *Фобическая тревожность* свидетельствует о необходимости привлечения внимания к пациентам, не демонстрирующим симптомов тревоги и депрессии. В данном случае следует предположение о *Соматизации*, как об эквиваленте тревожного или депрессивного радикала у длительно страдающего индивида. Аналогичное заключение мы встречаем у Е.В. Подчуфаровой (2013) в статье «Эмоциональные и поведенческие расстройства у пациентки с хронической болью в спине». Несмотря на то, что в статье представлено одно наблюдение, оно в большой степени перекликается с нашим исследованием, так как исследует аналогичные аспекты психической сферы. Автор указывает на выявление у пациентки высоких уровней *Соматизации, Депрессивности*, *Общего уровня психологического дистресса* (при обследовании с помощью опросника *«SCL-90-R»*) и уровня *кинезиофобии* по *«Шкале Тампа»* (49 из максимальных 64), рассуждая о них, как о мишенях психокоррекционной работы. Высокий уровень корреляций показателей по шкалам *Соматизации, Депрессии и Тревоги* – до 60% - также выявлен при психопатологическом исследовании комбатантов (Э.А. Бабаян, 2005).

Данная гипотеза была также подтверждена и в процессе расширенного анализа психопатологических аспектов текущего психоэмоционального состояния больных с нарушением двигательных функций различной этиологии, по данным обследования методикой *«SCL-90-R»*. Сопоставление средних значений степени выраженности отдельных психопатологических симптомов (субшкал *«SCL-90-R»*) сплошной репрезентативной выборки пациентов,

которым была назначена консультация медицинского психолога, с условно-нормативными данными (Н.В. Тарабрина, 2007) позволило заключить, что основными отличными от нормы в сторону увеличения показателями текущего психоэмоционального состояния являются *Соматизация* и в меньшей степени *Обсессивность-компульсивность*. В тоже время, показатели *Депрессивность* и *Тревожность* не отличались от нормативных, что с одной стороны, подтверждает результаты проведенного анализа, а с другой, акцентирует внимание исследователей на большой группе пациентов, имеющих риск оказаться вне зоны внимания профильных специалистов. Достоверное снижение показателей по субшкалам *Межличностная сензитивность, Враждебность, Паранойяльность и Психотизм* опросника SCL-90-R обследованной выборки по сравнению с нормой, в свою очередь, может быть истолковано как положительный эмоциональный настрой больных на лечение, стремление сотрудничать и доверять профессионализму врачей.

ВЫВОДЫ

1. Субъективная оценка качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, определяемое с помощью опросника «*SF-36»*, формируется преимущественно на основании показателей шкал, характеризующих психологическое состояние обследуемых, с образованием двух устойчивых кластеров: *«высокое КЖ»* и *«низкое КЖ»,* что позволяет оптимизировать операциональную систему его измерения без использования нормативных показателей. Как *«высокое»* характеризуют свое КЖ 29,8% пациентов с двигательными нарушениями вследствие острого нарушения мозгового кровообращения; 29,0% пациентов с двигательными нарушениями на фоне ревматических заболеваний и 45,8% пациентов с дорсопатиями; здоровые добровольцы оценивают свое КЖ как *«высокое»*, достоверно чаще – в 64,8% случаев ($p \leq 0,05$).

2. *«Шкала Тампа»* обладает удовлетворительными психометрическими характеристиками (репрезентативность, надежность, валидность) и отражает, помимо физического компонента кинезиофобии, психологическую составляющую, что позволяет использовать её в качестве психодиагностического инструмента в работе с пациентами с нарушениями двигательных функций.

3. Проведение скринингового психодиагностического исследования показало, что пациенты с нарушением двигательных функций характеризуются высоким уровнем *Нейротизма* и сниженным уровнем *Экстраверсии* и *Открытости опыту* (*«Big Five»*), высоким уровнем *Соматизации* (*«SCL-90-R»*) и наличием выраженной *Кинезиофобии* (*«Шкала Тампа»*), что позволяет включить всех пациентов в единый процесс психокоррекции. Ведущим психопатологическим феноменом для пациентов с нарушениями двигательных функций является *Соматизация* (*«SCL-90-R»*), повышенная более чем в 1,5 раза по сравнению с нормативными данными.

4. Пациенты с нарушениями двигательных функций, нуждающиеся в психореабилитации, достоверно отличаются от пациентов, не нуждающихся в психокоррекционных мероприятиях, повышением степени выраженности психопатологических симптомов по всем шкалам опросника *«SCL-90-R»* ($p \leq 0{,}00001$), а также в 4 раза чаще оценивают свое качество жизни как *«низкое»*.

5. Группа с *«низким КЖ»* отличается от группы с *«высоким КЖ»:*

- среди больных с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – высоким уровнем *Нейротизма* и *Добросовестности* (*«Big Five»*); *Соматизации*, *Обсессивности-компульсивности*, *Межличностной сензитивности*, *Тревожности*, *Психотизма* и *Общей тяжести текущего дистресса* (*«SCL-90-R»*);

- среди больных с дорсопатиями – низким уровнем *Добросовестности* (*«Big Five»*); высоким уровнем *Соматизации*, *Депрессии* (*«SCL-90-R»*) и *Кинезиофобии* (*«Шкала Тампа»*).

6. Первичная психодиагностическая сессия с использованием опросника выраженности психопатологической симптоматики *«SCL-90-R»* является первым и неотъемлемым этапом психореабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций, поскольку приводит к достоверному улучшению психического состояния у 61% больных, нуждающихся в консультации медицинского психолога.

7. У всех пациентов с нарушениями двигательных функций в процессе психореабилитации отмечается достоверное ($p \leq 0{,}05$) снижение показателей *Соматизация*, *Обсессивность-компульсивность*, *Депрессия* (*«SCL-90-R»*), свидетельствующее об уменьшении выраженности психопатологических расстройств, а также улучшение общего самочувствия по шкале *ВАШ*.

8. Достоверно значимыми предикторами включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программу психореабилитации являются: низкий показатель (< 30 баллов) по шкале *Ролевого эмоционального функционирования* опросника *«SF-36»* и высокий по сравнению с нормативным показатель по шкале *Соматизация* опросника *«SCL-90-R»*.

9. Психореабилитационный процесс у пациентов с нарушениями двигательных функций должен включать следующие этапы: психодиагностику с использованием опросника *«SCL-90-R»*, в том числе, в качестве дидактического тренажера; психологическое сопровождение медицинского психолога, включающее «школу пациента» и групповые психокоррекционные занятия; индивидуальную полимодальную психотерапию. Проведение динамического психодиагностического исследования для оценки каждого из этапов, позволяет оптимизировать работу медицинского психолога и психотерапевта: из всех пациентов, нуждающихся в психокоррекции, 61% нуждается лишь в первичной психодиагностической сессии, 28% нуждаются в проведении двух этапов (первичная психодиагностическая сессия и групповая психокоррекционная работа) и только 11% нуждается в проведении всех трех этапов психореабилитации, включающих помимо перечисленных, индивидуальную психотерапию.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Больным с нарушениями двигательных функций, возникших на фоне перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), дорсопатий и ревматических заболеваний, с целью выявления возможных мишеней психокоррекции в рамках реабилитационных мероприятий показано превентивное психодиагностическое обследование с применением опросника качества жизни *«SF-36»,* личностного опросника *«Big Five»,* опросника выраженности психопатологической симптоматики «*SCL-90-R»* и *«Шкалы кинезиофобии Тампа»*.

2. Для скрининговой оценки необходимости психологического сопровождения пациентов может быть использовано кластерное разделение их на две группы по показателям качества жизни (КЖ) согласно данным опросника *«SF-36»*: *«высокое КЖ»* и *«низкое КЖ».* Пациенты, по результатам диагностики вошедшие в группу *«низкое КЖ»*, выделяются как нуждающиеся в консультации медицинского психолога для уточнения объема необходимой психореабилитации. Кластеризация полученных данных возможна с применением предложенной программы для ЭВМ *«Кластерный анализ качества жизни связанного со здоровьем»* (Свидетельство о государственной регистрации №2014618131 от 11.08.2014).

3. В случае обследования пациентов только с использованием бланкового опросника *«SF-36»* без кластеризации полученных данных, показатели *Ролевого эмоционального функционирования (RE)* не превышающие 30 единиц, являются показанием для их включения в процесс психореабилитации.

4. Опросник *«Шкала кинезиофобии Тампа»* имеет доказанную психологическую составляющую, что позволяет использовать его как для выявления одной из важных мишеней психореабилитации, так и для динамической оценки психопатологического статуса у пациентов с нарушениями двигательных функций.

5. Полифакторный диагностический опросник «*SCL-90-R»* может быть использован в качестве «дидактического тренажера» для формирования адекватного отношения пациентов к их актуальному психофизическому состоянию и изменившейся социальной ситуации у больных, не имеющих достаточных показаний (*RE* > 30 единиц) к назначению психокоррекционного (индивидуального или группового) и/или психотерапевтического вмешательства.

6. При организации психореабилитации у пациентов с нарушениями двигательных функций необходимо включение последовательно проводимых мероприятий, объем которых основывается на динамической психодиагностике, с формированием 3 вариантов групп пациентов: требующих проведения единственной психодиагностической сессии; требующих психодиагностики и психологической коррекции; требующих всех трех этапов психореабилитации (психодиагностики, психологической коррекции и психотерапии).

7. Мишенями психокоррекции при проведении психореабилитации с точки зрения личностных особенностей, выявляемых с помощью опросника *«Big Five»*, у пациентов с ОНМК может служить высокий уровень *Нейротизма*, а низкий уровень *Экстраверсии* и *Открытости опыту* должен учитываться в работе как с пациентами, перенесшими ОНМК, так и у пациентов с дорсопатиями.

8. Сочетание высоких показателей *Соматизации*, определяемых с помощью опросника *«SCL-90-R»* у пациентов с нарушениями двигательных функций вне нозологической принадлежности, и выраженной кинезиофобии у пациентов с дорсопатиями, дает основания для активного включения в процесс психореабилитации телесно-ориентированных техник.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БКМС – Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
ВАШ – Визуальная аналоговая шкала
КФ – Кинезиофобия
КЖ – Качество жизни
МСЭ – Медико-социальная экспертиза
НАБИ – Национальная ассоциация борьбы с инсультом
ОНМК – Острое нарушение мозгового кровообращения
РЗ – Ревматические заболевания
ШКТ – Шкала кинезиофобии Тампа
Ψн – низкий уровень психологической составляющей кинезиофобии
Фн – низкий уровень физической составляющей кинезиофобии
Ψв – высокий уровень психологической составляющей кинезиофобии
Фв – высокий уровень физической составляющей кинезиофобии

Шкалы опросника *«SCL-90-R»:*
SOM – Соматизация
O-C – Обсессивность-компульсивность
INT – Межличностная сензитивность
DEP – Депрессия
ANX – Тревожность
HOS – Враждебность
PHOB – Фобическая тревожность
PAR – Паранойяльность
PSY – Психотизм
PDSI – Уровень тяжести дистресса

Шкалы опросника *«SF-36»:*
GH – Общее состояние здоровья
PF – Физическое функционирование
RP – Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием
RE – Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием
SF – Социальное функционирование
BP – Интенсивность боли
VT – Жизненная активность
MH – Психическое здоровье

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение № 1.

Алгоритм определения показаний к назначению консультаций медицинского психолога или психотерапевта (психиатра)

1.При первичном осмотре пациента в отделении необходимо провести тестирование по шкалам HADS (приложение 1).

В случае получения результата в 8 баллов и более, пациенту показана консультация психолога, в случае получения результата в 11 баллов и более – консультация психотерапевта.

2.Также показаниями к назначению консультации психолога являются следующие особенности в поведении больного:

- Сниженный фон настроения,
- Плаксивость,
- Агрессивность,
- Страхи,
- Нарушения сна,
- Неадекватное социальное поведение (конфликты в палате, с медицинским персоналом)

3.Показаниями к назначению консультации психотерапевта (психиатра) являются особенности в поведении больного:

- Резкое изменение поведения больного,
- Импульсивное (непредсказуемое) поведение больного,
- Выраженное снижение фона настроения, сопровождающееся агрессией или аутоагрессией,
- Высказывание мыслей о нежелании жить,
- Наличие обманов восприятия,
- Беспокойное или неадекватное поведение у пациентов с выраженными когнитивными расстройствами или деменцией,
- Стойкие расстройства ночного сна.

Примечание консультация психотерапевта (психиатра) может осуществляться без согласия больного при условии, что ситуация попадает под действие статьи 23 (4) Закона РФ от 02.07.1992 № 3185-1 (ред. от 14.10.2014) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (Психиатрическое освидетельствование лица может быть проведено без его согласия или без согласия его законного представителя в случаях, когда, по имеющимся данным, обследуемый совершает действия, дающие основания предполагать наличие у него тяжелого психического расстройства, которое обусловливает:

а) его непосредственную опасность для себя или окружающих, или

б) его беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности, или

в) существенный вред его здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если лицо будет оставлено без психиатрической помощи.

Приложение № 1 (продолжение).

«Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)»

Часть 1 (оценка уровня ТРЕВОГИ)

		всегда	**часто**	**иногда**	**никогда**
1	Я испытываю напряжение, мне не по себе	3	2	1	0
2	Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться	3	2	1	0
3	Беспокойные мысли крутятся у меня в голове	3	2	1	0
4	Я легко могу присесть и расслабиться	0	1	2	3
5	Я испытываю внутреннее напряжение и дрожь	3	2	1	0
6	Я испытываю неусидчивость, мне нужно постоянно двигаться	3	2	1	0
7	У меня бывает внезапное чувство паники	3	2	1	0
	ОБЩИЙ БАЛЛ:				

Часть 2 (оценка уровня ДЕПРЕССИИ)

		ДА всегда	**часто**	**иногда**	**НЕТ никогда**
1	То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство	0	1	2	3
2	Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное	0	1	2	3
3	Я испытываю бодрость	0	1	2	3
4	Мне кажется, что я стал все делать очень медленно	3	2	1	0
5	Я не слежу за своей внешностью	3	2	1	0
6	Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения	0	1	2	3
7	Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы	0	1	2	3
	ОБЩИЙ БАЛЛ:				

0 – 7 баллов → НОРМА (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги/депрессии)

8 – 10 баллов → СУБКЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННАЯ тревога/депрессия

11 баллов и выше → КЛИНИЧЕСКИ ВЫРАЖЕННАЯ тревога/депрессия

Приложение № 2.

SCL-90-R

Инструкция: Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружочком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение **последней недели**, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте.

	Насколько сильно Вас тревожили:	Совсем нет	Немного	Умеренно	Сильно	Очень сильно
1	Головные боли	0	1	2	3	4
2	Нервозность или внутренняя дрожь	0	1	2	3	4
3	Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли	0	1	2	3	4
4	Слабость или головокружение	0	1	2	3	4
5	Потеря сексуального влечения или удовольствия	0	1	2	3	4
6	Чувство недовольства другими	0	1	2	3	4
7	Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями	0	1	2	3	4
8	Ощущение, что почти во всех неприятностях виноваты другие	0	1	2	3	4
9	Проблемы с памятью	0	1	2	3	4
10	Ваша небрежность или неряшливость	0	1	2	3	4
11	Легко возникающая досада или раздражение	0	1	2	3	4
12	Боли в сердце или грудной клетке	0	1	2	3	4
13	Чувство страха в открытых местах или на улице	0	1	2	3	4
14	Упадок сил или заторможенность	0	1	2	3	4
15	Мысли о том, чтобы покончить с собой	0	1	2	3	4
16	То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие	0	1	2	3	4
17	Дрожь	0	1	2	3	4
18	Чувство, что большинству людей нельзя доверять	0	1	2	3	4
19	Плохой аппетит	0	1	2	3	4
20	Слезливость	0	1	2	3	4
21	Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола	0	1	2	3	4
22	Ощущение, что Вы в западне или пойманы	0	1	2	3	4
23	Неожиданный и беспричинный страх	0	1	2	3	4
24	Вспышки гнева, которые Вы не могли сдержать	0	1	2	3	4
25	Боязнь выйти из дома одному	0	1	2	3	4
26	Чувство, что Вы сами во многом виноваты	0	1	2	3	4
27	Боли в пояснице	0	1	2	3	4
28	Ощущение, что Вам что-то мешает сделать что-либо	0	1	2	3	4
29	Чувство одиночества	0	1	2	3	4
30	Подавленное настроение, «хандра»	0	1	2	3	4
31	Чрезмерное беспокойство по разным поводам	0	1	2	3	4

32	Отсутствие интереса к чему бы то ни было	0	1	2	3	4
33	Чувство страха	0	1	2	3	4
34	То, что Ваши чувства легко задеть	0	1	2	3	4
35	Ощущение, что другие проникают в Ваши мысли	0	1	2	3	4
36	Ощущение, что другие не понимают Вас и не сочувствуют Вам	0	1	2	3	4
37	Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь	0	1	2	3	4
38	Необходимость делать все очень медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39	Сильное или учащенное сердцебиение	0	1	2	3	4
40	Тошнота или расстройство желудка	0	1	2	3	4
41	Ощущение, что Вы хуже других	0	1	2	3	4
42	Боли в мышцах	0	1	2	3	4
43	Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
44	То, что Вам трудно заснуть	0	1	2	3	4
45	Потребность проверять и перепроверять то, что Вы делаете	0	1	2	3	4
46	Трудности в принятии решения	0	1	2	3	4
47	Боязнь езды в автобусах, метро или поездах	0	1	2	3	4
48	Затрудненное дыхание	0	1	2	3	4
49	Приступы жара или озноба	0	1	2	3	4
50	Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они Вас пугают	0	1	2	3	4
51	То, что Вы легко теряете мысль	0	1	2	3	4
52	Онемение или покалывание в различных частях тела	0	1	2	3	4
53	Комок в горле	0	1	2	3	4
54	Ощущение, что будущее безнадежно	0	1	2	3	4
55	То, что Вам трудно сосредоточиться	0	1	2	3	4
56	Ощущение слабости в различных частях тела	0	1	2	3	4
57	Ощущение напряженности или взвинченности	0	1	2	3	4
58	Тяжесть в конечностях	0	1	2	3	4
59	Мысли о смерти	0	1	2	3	4
60	Переедание	0	1	2	3	4
61	Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас	0	1	2	3	4
62	То, что у Вас в голове чужие мысли	0	1	2	3	4
63	Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64	Бессонница по утрам	0	1	2	3	4
65	Потребность повторять действия, прикасаться, мыться, пересчитывать	0	1	2	3	4
66	Беспокойный и тревожный сон	0	1	2	3	4
67	Импульсы ломать или крушить что-либо	0	1	2	3	4
68	Наличие у Вас идей, верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69	Чрезмерная застенчивость при общении с другими	0	1	2	3	4
70	Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах)	0	1	2	3	4
71	Чувство, что все, что бы Вы ни делали, требует больших	0	1	2	3	4

	усилий					
72	Приступы ужаса или паники	0	1	2	3	4
73	Чувство неловкости, когда Вы едите и пьете на людях	0	1	2	3	4
74	То, что Вы часто вступаете в спор	0	1	2	3	4
75	Нервозность, когда Вы остаетесь один	0	1	2	3	4
76	То, что другие недооценивают Ваши достижения	0	1	2	3	4
77	Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми	0	1	2	3	4
78	Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте	0	1	2	3	4
79	Ощущение собственной никчемности	0	1	2	3	4
80	Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое	0	1	2	3	4
81	То, что Вы кричите или швыряетесь вещами	0	1	2	3	4
82	Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях	0	1	2	3	4
83	Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите	0	1	2	3	4
84	Нервировавшие Вас сексуальные мысли	0	1	2	3	4
85	Мысль, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи	0	1	2	3	4
86	Кошмарные мысли или видения	0	1	2	3	4
87	Мысли о том, что с Вашим телом что-то не в порядке	0	1	2	3	4
88	То, что Вы не чувствуете близости ни к кому	0	1	2	3	4
89	Чувство вины	0	1	2	3	4
90	Мысли о том, что с Вашим рассудком творится что-то неладное	0	1	2	3	4

Приложение № 3.

ОПРОСНИК SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ).

1. В целом Вы бы оценили состояние Вашего здоровья

(обведите одну цифру)

Отличное 1
Очень хорошее 2
Хорошее..... 3
Посредственное..... 4
Плохое 5

1. Как бы Вы в целом оценили свое здоровье *сейчас* по сравнению с тем, что было *год назад.*
(обведите одну цифру)

Значительно лучше, чем год назад 1
Несколько лучше, чем год назад 2
Примерно так же, как год назад 3
Несколько хуже, чем год назад.....4
Гораздо хуже, чем год назад 5

2. Следующие вопросы касаются физических нагрузок, с которыми Вы, возможно, сталкиваетесь в течение своего обычного дня. Ограничивает ли Вас состояние Вашего здоровья в настоящее время в выполнении перечисленных ниже физических нагрузок? Если да, то в какой степени?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да, значительно ограничивает	Да, немного ограничивает	Нет, совсем не ограни-чивает
А. Тяжелые физические нагрузки, такие как бег, поднятие тяжестей, занятие силовыми видами спорта.	1	2	3
Б. Умеренные физические нагрузки, такие как передвинуть стол, поработать с пылесосом, собирать грибы или ягоды.	1	2	3
В. Поднять или нести сумку с продуктами.	1	2	3
Г. Подняться пешком по лестнице на несколько пролетов.	1	2	3
Д. Подняться пешком по лестнице на один пролет.	1	2	3
Е. Наклониться, встать на колени, присесть на корточки.	1	2	3
Ж. Пройти расстояние более одного километра.	1	2	3
З. Пройти расстояние в несколько кварталов.	1	2	3
И. Пройти расстояние в один квартал.	1	2	3
К. Самостоятельно вымыться, одеться.	1	2	3

3. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше физическое состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего:

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить *количество времени,* затрачиваемое на работу или другие дела.	1	2
Б. *Выполнили меньше,* чем хотели.	1	2
В. Вы были ограничены в выполнении какого-либо *определенного вида* работ или другой деятельности.	1	2
Г. Были *трудности* при выполнении своей работы или других дел (например, они потребовали дополнительных усилий).	1	2

4. Бывало ли за последние 4 недели, что Ваше эмоциональное состояние вызывало затруднения в Вашей работе или другой обычной повседневной деятельности, вследствие чего

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Да	Нет
А. Пришлось сократить *количество времени,* затрачиваемого на работу или другие дела.	1	2
Б. *Выполнили меньше,* чем хотели.	1	2
В. Выполняли свою работу или другие. Дела не так *аккуратно,* как обычно	1	2

5. Насколько Ваше физическое и эмоциональное состояние в течение *последних 4 недель* мешало Вам проводить время с семьей, друзьями, соседями или в коллективе?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешало 1
Немного 2
Умеренно 3
Сильно 4
Очень сильно 5

6. Насколько сильную физическую боль Вы испытывали за последние 4 недели?

(обведите одну цифру)

Совсем не испытывал(а) 1
Очень слабую 2
Слабую 3
Умеренную 4
Сильную 5
Очень сильную……6

7. В какой степени боль *в течение последних 4 недель* мешала Вам заниматься Вашей нормальной работой (включая работу вне дома или по дому)?

(обведите одну цифру)

Совсем не мешала 1
Немного..... 2
Умеренно 3
Сильно..... 4
Очень сильно 5

8. Следующие вопросы касаются того, как Вы себя чувствовали и каким было Ваше настроение в течение последних 4 недель. Пожалуйста, на каждый вопрос дайте один ответ, который наиболее соответствует Вашим ощущениям.

(обведите одну цифру)

	Все время	Большую часть времени	Часто	Иногда	Редко	Ни разу
А. Вы чувствовали себя бодрым (ой)?	1	2	3	4	5	6
Б. Вы сильно нервничали?	1	2	3	4	5	6
В. Вы чувствовали себя таким(ой) подавленным (ой) что ничто не могло Вас взбодрить?	1	2	3	4	5	6
Г. Вы чувствовали себя спокойным(ой) и умиротворенным (ой)?	1	2	3	4	5	6
Д. Вы чувствовали себя полным (ой) сил и энергии?	1	2	3	4	5	6
Е. Вы чувствовали себя упавшим(ой) духом и печальным(ой)?	1	2	3	4	5	6
Ж. Вы чувствовали себя измученным(ой)?	1	2	3	4	5	6
З. Вы чувствовали себя счастливым(ой)?	1	2	3	4	5	6
И. Вы чувствовали себя уставшим(ей)?	1	2	3	4	5	6

9. Как часто за последние 4 недели Ваше физическое или эмоциональное состояние мешало Вам активно общаться с людьми (навещать друзей, родственников и т. п.)?
(обведите одну цифру)

Все время 1
Большую часть времени.....2
Иногда.....3
Редко.....4
Ни разу.....5

10. Насколько ВЕРНЫМ или НЕВЕРНЫМ представляются по отношению к Вам каждое из ниже перечисленных утверждений?

(обведите одну цифру в каждой строке)

	Опре-деленно верно	В основ-ном верно	Не знаю	В основ-ном не-верно	Определенно не-верно
а. Мне кажется, что я более склонен к болезням, чем другие	1	2	3	4	5
б. Мое здоровье не хуже, чем у большинства моих знакомых	1	2	3	4	5
в. Я ожидаю, что мое здоровье ухудшится	1	2	3	4	5
г. У меня отличное здоровье	1	2	3	4	5

Приложение № 4.

Пятифакторный опросник.

Инструкция: Прочитайте внимательно каждое утверждение и обведите ответ, который лучше всего отражает Ваше мнение.

		совершенно НЕ согласен	НЕ согласен	безразлично	согласен	совершенно согласен
1	Я не тревожный человек.	0	1	2	3	4
2	Мне нравится, когда вокруг меня много людей.	0	1	2	3	4
3	Я не люблю проводить время, мечтая о чем-то.	0	1	2	3	4
4	Я стараюсь быть дружелюбным с каждым, кого я встречаю.	0	1	2	3	4
5	Я содержу свои вещи в чистоте и порядке.	0	1	2	3	4
6	Я часто чувствую, что я хуже других.	0	1	2	3	4
7	Мне легко рассмеяться.	0	1	2	3	4
8	Я стараюсь всегда придерживаться одного и того же способа делать что-то.	0	1	2	3	4
9	Я часто ссорюсь с членами моей семьи и знакомыми.	0	1	2	3	4
10	Я всегда могу задать себе хороший темп в моей работе.	0	1	2	3	4
11	Я иногда чувствую, что «разваливаюсь» на части, когда бываю в сильном напряжении.	0	1	2	3	4
12	Я не считаю себя очень радостным человеком.	0	1	2	3	4
13	Меня увлекают образы, которые я нахожу в искусстве или природе.	0	1	2	3	4
14	Некоторые люди считают меня эгоистичным и себялюбивым.	0	1	2	3	4
15	Я не являюсь дисциплинированным человеком.	0	1	2	3	4
16	Я редко чувствую себя несчастным.	0	1	2	3	4
17	Я действительно очень люблю разговаривать с людьми.	0	1	2	3	4
18	Я думаю, что спорные высказывания лекторов могут только запутать и ввести в заблуждение учащихся.	0	1	2	3	4
19	Я скорее буду сотрудничать с другими людьми, чем соперничать с ними.	0	1	2	3	4
20	Я стараюсь выполнять все задания, которые мне дают.	0	1	2	3	4
21	Я часто чувствую себя напряженным и очень нервозным.	0	1	2	3	4
22	Мне нравится быть там, где что-то происходит.	0	1	2	3	4
23	Поэзия на меня почти совсем или совсем не производит впечатления.	0	1	2	3	4
24	В отношении намерений других людей я склонен быть циничным и скептичным.	0	1	2	3	4
25	Я имею четкий набор целей и систематично работаю для их достижения.	0	1	2	3	4
26	Иногда я ощущаю себя абсолютно ничего не стоящим человеком.	0	1	2	3	4
27	Я обычно предпочитаю работать один.	0	1	2	3	4
28	Я очень люблю пробовать необычные блюда.	0	1	2	3	4

		совершенно НЕ согласен	НЕ согласен	безразлично	согласен	совершенно согласен
29	Я думаю, что большинство людей будут использовать человека, если им это выгодно.	0	1	2	3	4
30	Я теряю много времени перед трем, как приняться за работу.	0	1	2	3	4
31	Я редко испытываю страх или тревогу.	0	1	2	3	4
32	Я часто чувствую, будто меня переполняет энергия.	0	1	2	3	4
33	Я редко замечаю настроения или чувства, которые вызывает окружающая обстановка.	0	1	2	3	4
34	Большинство моих знакомых любит меня.	0	1	2	3	4
35	Я много работаю, чтобы достичь своих целей.	0	1	2	3	4
36	Меня часто злит то, как люди обращаются со мной.	0	1	2	3	4
37	Я веселый, живой человек.	0	1	2	3	4
38	Я думаю, что для решения личных проблем иногда следует обращаться к авторитетам.	0	1	2	3	4
39	Некоторые люди считают меня холодным и расчетливым.	0	1	2	3	4
40	Когда я беру на себя обязательство, то на меня определенно можно положиться.	0	1	2	3	4
41	Слишком часто, когда дела идут плохо, я падаю духом и бросаю начатое дело.	0	1	2	3	4
42	Я не являюсь жизнерадостным оптимистом.	0	1	2	3	4
43	Когда я читаю стихи или смотрю на произведение искусства, то иногда я чувствую дрожь или сильное волнение.	0	1	2	3	4
44	В своих взглядах я практичен и холоден.	0	1	2	3	4
45	Иногда я бываю не таким исполнительным и надежным, каким следовало бы быть.	0	1	2	3	4
46	Я редко бываю грустным и подавленным.	0	1	2	3	4
47	У моей жизни быстрый темп.	0	1	2	3	4
48	У меня слабый интерес к рассуждениям о природе мира или состоянии человечества.	0	1	2	3	4
49	Я обычно стараюсь быть заботливым и внимательным.	0	1	2	3	4
50	Я работоспособный человек, который всегда справляется с работой.	0	1	2	3	4
51	Я часто чувствую себя беспомощным и хочу, чтобы мои проблемы решил кто-то другой.	0	1	2	3	4
52	Я очень активный человек.	0	1	2	3	4
53	Большинство моих знакомых считают меня очень любознательным человеком.	0	1	2	3	4
54	Если мне не нравятся люди, я даю им это понять.	0	1	2	3	4
55	Мне кажется, я никогда не смогу стать организованным человеком.	0	1	2	3	4
56	Мне часто бывало стыдно.	0	1	2	3	4
57	Я скорее один пойду своим путем, чем буду вести других людей.	0	1	2	3	4
58	Я часто наслаждаюсь игрой с теориями и абстрактными идеями.	0	1	2	3	4
59	Если мне необходимо, я готов манипулировать людьми, чтобы получить то, что хочу.	0	1	2	3	4
60	Я стремлюсь к совершенству во всем, что делаю.	0	1	2	3	4

Приложение № 5.

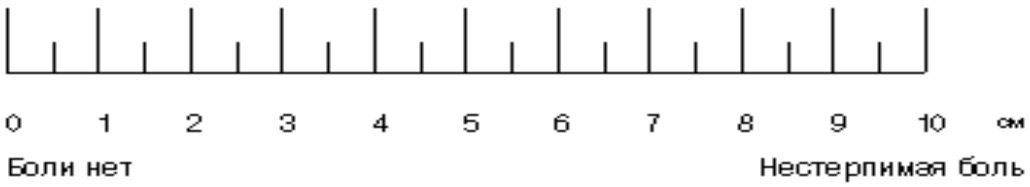
Визуальная аналоговая шкала самочувствия

Наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить

Оцените, пожалуйста, состояние Вашего здоровья на шкале, похожей на термометр. Цифра 100 соответствует наилучшему состоянию здоровья, которое Вы можете себе представить, а цифра 0 соответствует наихудшему состоянию здоровья, которое Вы можете себе представить.

Наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить

Визуальная аналоговая шкала боли



Приложение № 6.

Шкала Тампа

Инструкция: Оцените свое отношение к предлагаемым утверждениям по 4-балльной шкале от «категорически неверно» до «абсолютно верно».

№		1	2	3	4
1	Я опасаюсь, что могу навредить себе, если буду выполнять физические упражнения				
2	Если я буду попытаться пересилить ее, моя боль возрастет				
3	Мое тело дает мне знать, что со мной происходит что-то опасное				
4	Возможно, моя боль прошла бы, если бы я занимался физическими упражнениями				
5	Окружающие не воспринимают всерьез мое заболевание				
6	Моя травма поставила под угрозу мое физическое здоровье на всю оставшуюся жизнь				
7	Боль всегда означает, что я получил травму				
8	Только потому, что что-то усиливает мою боль, это не обязательно опасно				
9	Я боюсь случайно нанести себе травму				
10	Самое безопасное, что я могу сделать, чтобы не допустить усиления боли, это просто быть осторожным, чтобы не производить ненужных движений				
11	Я не испытывал бы боль, если в моем организме не происходило что-то потенциально опасное				
12	Хотя я испытываю боль, я буду лучше себя чувствовать, если буду сохранять физическую активность				
13	Боль дает мне знать, когда перестать делать упражнения, чтобы не нанести себе травму				
14	Для человека с моим заболеванием совсем не безопасно сохранять физическую активность				
15	Я не могу делать все то же, что делают здоровые люди, потому что я слишком легко получаю травмы				
16	Хотя что-то и причиняет мне сильную боль, я не думаю, что это опасно				
17	Никто не должен заниматься физическими упражнениями, в моменты, когда испытывают боль				

Приложение № 7.

Методика диагностики самооценки мотивации одобрения (шкала лживости Д. Марлоу, Д. Крауна)

Инструкция: Внимательно прочитайте каждое из приведенных ниже суждений. Если Вы считаете, что оно верно и соответствует особенностям Вашего поведения, то напишите "да", если же оно неверно, то – "нет".

1. Я внимательно читаю каждую книгу, прежде чем вернуть ее в библиотеку.
2. Я не испытываю колебаний, когда кому-нибудь нужно помочь в беде.
3. Я всегда внимательно слежу за тем, как я одет.
4. Дома я веду себя за столом так же, как в столовой.
5. Я никогда ни к кому не испытывал антипатии.
6. Был случай, когда я бросил что-то делать, потому что не был уверен в своих силах.
7. Иногда я люблю позлословить об отсутствующих.
8. Я всегда внимательно слушаю собеседника, кто бы он ни был.
9. Был случай, когда я придумал вескую причину, чтобы оправдаться.
10. Случалось, я пользовался оплошностью человека.
11. Я всегда охотно признаю свои ошибки.
12. Иногда вместо того, чтобы простить человека, я стараюсь отплатить ему тем же.
13. Были случаи, когда я настаивал на том, чтобы делали по-моему.
14. У меня не возникает внутреннего протеста, когда меня просят оказать услугу.
15. У меня никогда не возникает досады, когда высказывают мнение, противоположное моему.
16. Перед длительной поездкой я всегда тщательно продумываю, что взять с собой.
17. Были случаи, когда я завидовал удаче других.
18. Иногда меня раздражают люди, которые обращаются ко мне с вопросами.
19. Когда у людей неприятности, я иногда думаю, что они получили по заслугам.
20. Я никогда с улыбкой не говорил неприятных вещей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский, Ю.А. Психофармакотерапия. Учеб. пособие для студ. высш. учеб, заведений / Юрий Анатольевич Александровский. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 128 с.

2. Ахмедова, О.С. Психологическая диагностика в соматической клинике: особенности адаптации личности к заболеваниям с различной динамикой течения / О.С.Ахмедова, О.Ю.Щелкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2008. – № 3. – С. 502-510.

3. Бабушкин С.Я. Ответственность больных с дорсопатиями за состояние своего здоровья: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.52 / Сергей Яковлевич Бабушкин – Волгоград, 2007 – 23 с. Доступно по: http://discollection.ru/article/14062007_babushkin_sergej_jakovlevich_71539. Ссылка активна на 30.03.2016.

4. Багирова, Г.Г. Оценка качества жизни в ревматологии / Г.Г. Багирова, Т.В. Чернышева, Л.В. Сизова // М.: БИНОМ, 2011. – 248 с.

5. Батышева, Т. Т. Методологические основы лечения спастичности. Медико-социальные аспекты лечения спастичности в практике врача-невролога / Т.Т.Батышева, А.Н. Бойко, Е.В. Костенко // Мат-лы науч.-практ. конф. М., 2010. – С. 6-9.

6. Белов, В. Г. Применение арт–терапии при коррекции непсихотических аффективных расстройств / В. Г. Белов // Ученые записки Санкт–Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2009. – Т. 12, № 2. – С. 16-20.

7. Бернштейн, Н.А. О построении движений / Н.А. Бернштейн. – М.: Книга по требованию, 2012. – 253 с.

8. Боровкова, Н.Ю. «Школа пациента» как важный фактор повышения приверженности к лечению у больных с ренопаренхиматозной артериальной

гипертензией / Н.Ю. Боровкова, Н.Н. Боровков, Ю.А. Хорькина и др. // Клиническая нефрология. – 2011. – № 2. – С. 40-44.

9. Божко, С.А. Методы нелекарственной терапии в лечении пограничных психических расстройств депрессивного спектра / С.А. Божко и др. // Тюменский медицинский журнал. – 2011. – № 1. – С. 5–6.

10. Брундтланд, Г.Х. Речь на открытии заседания научной группы ВОЗ по ущербу при мышечно–скелетных заболеваниях (The Bone and Joint Decade 2000–2010, 13 January 2000, Geneva) / Х.Г. Брундтланд // Научно–практическая ревматология. – 2001. – № 1. – С. 5-7.

11. Будза, В.Г. Возрастные и гендерные особенности психопатологии истерического невроза / В.Г. Будза, Е.Ю. Антохин, И.Е.Теперик, А.Р.Мутагирова, Э.Т.Байдавлетова // Психиатрия. – 2009. – № 6(60). – С. 30-35.

12. Булюбаш, И.Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы / И.Д. Булюбаш, И.Н. Морозов, М.С. Приходько // Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2011. – 272 с.

13. Бурно, М.Е. Терапия творческим самовыражением (Отечественный клинический психотерапевтический метод) / М.Е. Бурно // М.: «Академический проект/Альма Матер), 2012. – 520 с.

14. Бурыкин, В.М. Психологическое обеспечение работы с руководящими кадрами органов внутренних дел: Методическое пособие. / В.М. Бурыкин М.И. Марьин, В.Е. Петров и др. // М.: ГУК МВД России, 2003. – 211 с.

15. Бучнов, А.Д. Медико-социальные аспекты здоровья и качества жизни военнослужащих с заболеваниями позвоночника / А.Д. Бучнов, А.И. Лупанов, В.В. Матвиенко, В.Н. Карп // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2006. – № 2. – С. 76-80.

16. Вассерман, Л. И., Психологическая структура качества жизни больных эпилепсией / Л. И. Вассерман, В. А. Михайлов, С. Д. Табулина //Пособие для врачей. Ст-Петербург: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008. – 22 с.

17. Верещагин, Н.В. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы / Н.В. Верещагин, Ю.Я. Варакин// Журн.неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 1. – С. 37–39.

18. Верещагина, Д.А. Опыт применения психотерапии у больных после трансплантации печени / Д.А. Верещагина, Н.М. Захарова // Трансплантология. – 2011. – № 2-3. – С. 80-84.

19. Воропай, Н.Г. Современные подходы к комплексному лечению боли в нижней части спины / Н.Г. Воропай, О.Б. Доронина // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – Т. 7, № 5-1. – С. 80-83.

20. Вуколова, Н.В. Пограничные психические расстройства у больных ревматоидным артритом / Н.В. Вуколова // Российский психиатрический журнал. – 1997. – № 2. – С. 19-23.

21. Вуколова, Н.В. Ревматоидный артрит: соматопсихические и психосоматические аспекты заболевания / Н.В. Вуколова // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 1. – С. 58-61.

22. Вялков, А.И. Основные задачи международной Декады (The Bone and Joint Decade 2000–2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно–двигательного аппарата в России/ А.И. Вялков, Е.И. Гусев, А.Б. Зборовский, В.А. Насонова // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 2. – С.4-8.

23. Ганжула, П.А. Опыт немедикаментозного лечения пациентов с болезнью Паркинсона в условиях «Школы здоровья» / П.А. Ганжула, О.Л. Табакова // Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. – 2011. – Т.111, № 4. – С. 71-73.

24. Голимбет, В.Е. Тревожность и полиморфизм VAL66MET гена BDNF – предикторы выраженности депрессии при ишемической болезни сердца / В.Е. Голимбет, Б.А. Волель, Ф.Ю. Копылов и соавт. // Кардиология. – 2015. – № 1. – С. 9-13.

25. Голимбет, В.Е. Взаимодействие личностного, болевого и генетического факторов при ишемической болезни сердца / В.Е. Голимбет, Б.А. Волель, С.Н. Еникополов и соавт. // Кардиология. – 2016. – № 7. – С. 10-13.

26. Граждан, И.К. Связь личностной тревоги с дебютом инфаркта миокарда и стенокардии напряжения / И.К. Граждан, Ф.Ю. Копылов, В.И. Барский и соавт. // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2015. – Т.8, № 6. – С. 31-38.

27. Григорьева, И.В. Применение оценок математического ожидания обобщенного критерия для анализа результатов лечения коморбидных психических расстройств у пациентов с раком щитовидной железы в отдаленном послеоперационном периоде / И.В. Григорьева, В.Н. Галушко // Медико-биологические проблемы жизнедеятельности. – 2010. – № 1 (3). – С.77-82.

28. Гришина, Л.П. Анализ первичной инвалидности вследствие врожденных аномалий у детей Российской Федерации в динамике за 2001-2008 гг. / Л.П. Гришина, А.М. Рахеев // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2010. – № 2. – С. 29-31.

29. Грищенко, Е.Г. Показатели качества жизни и психологического профиля у мужчин различных соматотипов с хроническим гепатитом «С» / Е.Г. Грищенко, Е.А. Жук, М.М. Петрова, Н.Н. Николаева // Забайкальский медицинский вестник. – 2011. – № 2. – С. 175-183.

30. Гусев, Е.И. Реабилитация в неврологии / Е.И.Гусев, А.Б. Гехт, В.Б. Гаптов, Е.В. Тихопой // М.: 2000. – 52 с.

31. Даминов В. Д. Современные подходы к реабилитации больных после инсульта / В.Д. Даминов // Здравоохранение и мед. технологии (Прил.). – 2008. – С. 5.

32. Долгова, Н.А. Особенности терапии дорсопатии у пациентов с метаболическим синдромом: результаты рандомизированного контролируемого исследования / Н.А. Долгова, А.В. Якимова, Н.П. Добровольская, В.А. Шкурупий // Медицинский совет. – 2012. – № 12. – С. 60-65.

33. Дубский, С.В. Психологическая реабилитация и оценка качества жизни больных раком щитовилной железы / С.В. Дубский, И.Е. Куприянова, Е.Л. Чойнзонов, Л.Н. Балацкая // Сибирский онкологический журнал. – 2008. – № 4 (28). – С. 17-21.

34. Елфимов, М.А. Альтернативные методы лечения / М. А. Елфимов // Психиатрия. Национальное руководство. Краткое издание / отв. ред. Ю.А. Александровский. – Москва: 2012. – С. 259-268.

35. Елфимов, М.А. Особенности медико-социальной реабилитации пациентов с пограничными психическими расстройствами (обзор литературы) / М.А. Елфимов // Физиотерапевт. – 2012. – № 8. – С. 34-40.

36. Есаулов, В.И. О динамике психоэмоционального состояния у пациенток с болевой формой синдрома раздраженного кишечника при психотерапии /В.И. Есаулов // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6.; URL: http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=23650 (дата обращения: 08.05.2016).

37. Есаулов, В.И. Лечение тревожно-фобических расстройств у пациентов с синдромом раздраженного кишечника методами интегративной психотерапии / В.И. Есаулов // Современные проблемы науки и образования. 2017. – № 1. – С. 15.

38. Жарков, П.Л. Остеохондроз и боли в спине / П.Л. Жарков // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2003. – № 2. – С. 44-45.

39. Зайцев, В.П. Особенности восприятия боли и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника с болевым синдромом / В.П. Зайцев, О.Г. Тюрина, Т.А. Айвазян, Ф.Е. Горбунов, С.Г. Масловская // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2002. – № 6. – С. 30-33.

40. Зайцев, В.П. Влияние комплексной психокоррекции на динамику болевого синдрома и психологический статус больных остеохондрозом позвоночника / В.П. Зайцев, О.Г. Тюрина, Т.А. Айвазян и соавт. // Тер.архив. – 2010. – № 8. – С. 55-58.

41. Зайцев, В.П. Психодиагностика и психометрия в соматической медицине / В.П.Зайцев, Т.А. Айвазян // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3 (5). – С. 2 [Электронный ресурс]. – URL: http://medpsy.ru/climp (дата обращения: 01.05.2015).

42. Залевский, Г. В. Изменение омега–потенциала мозга в ходе психотерапии при пограничных нервно–психических расстройствах / Г.В. Залевский, В.Н. Кожевников, В.В. Костарев // Сибирский психологический журнал. – 2013. – № 47. – С. 7–13.

43. Зданович, А.А. Мультимодальный подход психотерапии в лечении пограничных нервно-психических расстройств на фоне резидуально-органической недостаточности головного мозга / А.А. Зданович // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – № 3. – С. 54-57.

44. Иванова, Г. Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития / Г.Е. Иванова // Вестник восстановительной медицины. – 2013. – №5. – С. 3-8.

45. Игумнов, С.А. Краткосрочный мультимодальный подход в психотерапии непсихотических расстройств депрессивного спектра / С.А. Игумнов, В.А. Жебентяев // Независимый психиатрический журнал. – 2016. – № 2. – С. 50-57.

46. Ишинова, В.А., Кашкарова О.Е., Кузнецов В.А. Влияние релаксационных методов в процессе психотерапевтического лечения пациентов с тревожно-фобическими и соматоформными расстройствами / В.А. Ишинова, О.Е. Кашкарова, В.А. Кузнецов // Терра Медика. – 2007. – № 3. – С. 18-23.

47. Ишинова, В.А. Влияние психической релаксации на изменение порогов болевой чувствительности при психогенной боли /В.А. Ишинова // Российский журнал боли. – 2011. – № 2 (31). – С. 112-113.

48. Караваева, Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении

невротических расстройств / Т.А. Караваева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71-74.

49. Карпухин, И.Б. Психологические аспекты преподавания в школе соматического пациента / И.Б. Карпухин, Е.В. Карпухина // Психологическая наука и практика: проблемы и перспективы. Материалы IV Международной научно-практической конференции: Нижегородский государственный архитектурно-строительный университет (Н.Новгород, 2014г.). – С. 229-233.

50. Киргизова, О.Ю. Боль в спине: современные возможности немедикаментозной терапии / О.Ю. Киргизова, В.В. Ушаков // Сибирский медицинский журнал. 2013. – Т.121. – № 6. – С. 8-11.

51. Клемешева, Ю.Н. Вопросы реабилитации больных, впервые признанных инвалидами вследствие церебрального инсульта, в сельских районах / Ю.Н. Клемешева, О.Н. Воскресенская, Т.Н. Акимова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 2. – С. 23-26.

52. Клименко, А.В. Особенности лечения вертеброгенных болевых синдромов / А.В. Клименко, И.В. Бельская // Международный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 15-20.

53. Клюшин, М.Н. Современные подходы психотерапевтической и психофармакологической реабилитации больных с патологией опорно-двигательного аппарата / М.Н. Клюшин // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2009. – №2. – С. 104-109.

54. Клюшин, М.Н. Роль психотерапии в реабилитации больных хроническим остеомиелитом / М.Н. Клюшин // Гений ортопедии. – 2009. – №1. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/rol-psihoterapii-v-reabilitatsii-bolnyh-ronicheskim-osteomielitom (дата обращения: 19.02.2016).

55. Клюшин М.Н. Непсихотические психические расстройства у пациентов с длительными сроками ортопедического лечения: автореф. дис. ... док. мед. наук: 14.01.06 / Михаил Николаевич Клюшин. – Томск, 2010. – 47 с.

56. Клюшин, М.Н. Клинико-динамические характеристики психических нарушений в ортопедической клинике / М.Н. Клюшин // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 5. – С. 43-46.

57. Ковпак Д., Лалаян Л., Войтович Н., Титова В., Конопатов В., Гольдблат Ю. Как преодолеть боль: Практическое руководство психотерапевта. – СПб.: Наука и Техника, 2008. – 256 с.

58. Кожевников, В.Н. Психологические и психофизиологические особенности больных остеохондрозом позвоночника с латерализацией болевого синдрома / В.Н. Кожевников, Г.В. Залевский, К.С. Карташова // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 28. – С. 64-68.

59. Комлева, Н.Е. Качество жизни у пациентов с болью в спине / Н.Е. Комлева, В.Ф. Спирин // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2013. – № 3-1(91). – С. 19-22.

60. Кононова, И.Н. Проблема клинико-психологического сопровождения пациенток с патологией шейки матки / И.Н. Кононова, Т.В. Рогачева // Медицинская психология в России. 2015. - № 1 (30). – С. 10.

61. Корженков, Н.П. Влияние психофизиологической реабилитации на качество жизни пациентов пожилого возраста, перенесших инфаркт миокарда: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Николай Петрович Корженков. – Волгоград, 2014. – 24 с.

62. Котельникова, А.В. Личностные корреляты посттравматического стресса (на материале выборки вынужденных переселенцев): автореферат дисс. … канд. психолог.наук: 19.00.01 / Анастасия Владимировна Котельникова. – Москва, 2009. – 24 с.

63. Корнетов, А.Н. Депрессивные расстройства вне психиатрической сети (распространенность, клинико-динамические и психологические закономерности, фармако- и психотерапия): автореф. дисс. ... докт.мед.наук: 14.01.06; 19.00.04 / Александр Николаевич Корнетов. – Томск, 2010. – 49 с.

64. Кочетков, А. В. Применение ортопедических изделий «TRELAX» в комплексном восстановительном лечении больных дорсопатиями / А.В.

Кочетков, В.Г. Митьковский, Е.П. Нищев и соавт. // Вестник восстановительной медицины. – 2012. – № 4. – С. 20-25.

65. Кремлева, О.В. Психотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом (с позиций биопсихосоциального подхода): автореф. дис. … докт. мед. наук: 19.00.04; 14.00.18 / Ольга Владимировна Кремлева. – СПб., 2007. – 48 с.

66. Крыжановская, Н.С. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем / Н.С. Крыжановская, Р.М. Балабанова // Терапевтический Архив. – 2000. – № 72 (5). – С. 79-82.

67. Кундер, Е.В. Псориатический артрит: эпидемиология, социально-экономическая значимость, этиопатогенез / Е.В. Кундер // Вестник ВГМУ. – 2012. – № 4 (Т. 11). – С. 64-73.

68. Кутько, И. И. Стресс и психическое здоровье (психология и психосоматика психогенного дистресса) / И. И. Кутько, Г. С. Рачкаускас, А. Н. Линев // Новости медицины и фармации. – 2013. – № 3 (444) – С. 20–25.

69. Лазарус А. Мультимодальная психотерапия // Зейг Д.К., Мьюнион В.М. Психотерапия – что это? – М.: Независимая фирма «Класс», 2000. – С.228-232.

70. Лас, Е.А. Исследование психосоматических соотношений при ревматоидном артрите (литературный обзор) / Е.А. Лас // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2012. – № 3 (14). Доступно по: http://medpsy.ru. Ссылка активна на 28.05.2016.

71. Ласая, Е.В. Восстановление способностей: гештальт-подход в психотерапии депрессий / Е.В. Ласая // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 1. – С.111-117.

72. Лебедева, Е.А. Клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваний суставов у городского населения: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.05 / Елена Александровна Лебедева. – Ярославль, 2007. – 28 с.

73. Левашкевич, Ю.Л. Особенности психоэмоционального реагирования больных ишемической болезнью сердца на предстоящую операцию

аортокоронарного шунтирования / Ю.Л. Левашкевич, А.А. Великанов, Е.Р. Исаева, Е.А. Демченко // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 3. – С. 130-134.

74. Лисина М. А. Маскированные психопатологические состояния, имитирующие патологию опорно-двигательной системы: автореф. дис. … канд. мед. наук: 14.00.18 / Марина Альбертовна Лисина. – Москва, 1988. – 24 с.

75. Лисицына, Т.А. Психические расстройства у больных ревматическими заболеваниями: диагностика и лечение / Т.А. Лисицына, Д.Ю.Вельтищев // Научно-практическая ревматология. – 2015. – № 53 (5). – С. 512-521.

76. Майчук, Е.Ю. Особенности восприятия боли и психоэмоционального статуса у пациентов с кардиалгиями различного генеза / Е.Ю. Майчук, О.Л. Гумина // Российский журнал боли. – 2011. – № 2 (31). – С. 97-98.

77. Макаров, В.В. Психотерапия и психологическое консультирование сегодня и завтра / В.В. Макаров // Психотерапия. – 2011. – Приложение к журналу. Материалы научно практической конференции «Роль психотерапии и психологического консультирования на современном этапе развития общества», Анапа 01 - 08 мая 2011 г. – С. 3-5.

78. Макарова, В.И. Особенности психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом и детей с ювенильным хроническим артритом / В.И. Макарова, И.В. Бабикова, Ю.С. Джос // Научно-практическая ревматология. – 2002. – № 40 (3). – С. 46-50.

79. Малаховский, В.В. Подходы к комплексной терапии миофасциального болевого синдрома, коморбидного социально-стрессовому расстройству / В.В. Малаховский, М.С. Товсултанова // Мануальная терапия. – 2011. – № 4 (44). – С. 49-54.

80. Манвелов, Л.С. Вертеброгенные болевые синдромы / Л.С.Манвелов // Нервные болезни. – 2004. – № 3. – С. 42-44.

81. Маркин, С.П. Современный взгляд на проблему боли в позвоночнике / С.П. Маркин // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 11 (Т. 17). – С. 794-797.

82. Марьясова, Д.А. Психофизиологические особенности высококвалифицированных спортсменов-инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата / Д.А. Марьясова, Е.В. Линде // Наука и спорт: современные тенденции. – 2015. – № 1 (Т. 6). – С. 51-55.

83. Медведев, С.А., Груздева Е.В. Современные технологии восстановления двигательных нарушений / С.А. Медведев, Е.В. Груздева. – Н.Новгород: Пламя, 2010. – 43 с.

84. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В.Д. Менделевич // 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.

85. Менделевич, Е.Г. Соматизация тревожных расстройств в практике невролога: алгоритмы и подходы к дифференцированному лечению / Е. Г. Менделевич // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 4. – С. 81–86.

86. Меркулов, Ю.А. Патофизиологические особенности развития дорсалгии у работников железнодорожного транспорта, связанных с движением поездов / Ю.А. Меркулов, С.С. Никитин, А.А. Онсин, и др. // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2012. – № 2. – С. 45-50.

87. Мирютова, Н.Ф. Применение КВЧ-терапии в восстановительном лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата / Н.Ф. Мирютова, Н.Н. Бартфельд, А.М. Кожемякин // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 2006. – № 3. – С. 13-16.

88. Мирютова, Н.Ф. Восстановительное лечение больных дорсопатиями с сопутствующим остеоартрозом / Н.Ф. Мирютова, А.А.Олейников, А.В. Попова, Е.В. Тицкая // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т. XVII, № 1. – С. 44-46.

89. Митина, О.В. Математические методы в психологии. Практикум. / О.В. Митина. – М.: Аспект-Пресс, 2008. – 283 с.

90. Муравьева, В.Н. Современные представления о факторах риска и профилактики ОНМК (Обзор литературы) / В.Н. Муравьева, Е.Н. Карпова //

Международный журнал экспериментального образования. – 2014. – № 3. – С. 59-64.

91. Наследов, А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. Учебное пособие / А.Д.Наследов. – 3-е изд., стереотип. – СПб.: Речь, 2007. – 388 с.

92. Насонова, В.А. Ревматоидный артрит / В.А. Насонова // Справочник поликлинического врача. – 2002. – № 1. – С. 19-25.

93. Насонова, В.А. Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики / В.А. Насонова, О.М. Фоломеева, Ш.Ф. Эрдес // Терапевтический архив. – 2009. – № 6. – С. 5-10.

94. Никольская, И.М. Арт–терапия и ее использование в краткосрочной кризисной психологической помощи семье, пострадавшей в террористическом акте в г. Беслане / И.М. Никольская, И.В. Добряков // Медико–биологические и социально–психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2016. – № 3. – С. 109–118.

95. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е издание. Под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – с. 118.

96. Обухов, Н. В. Влияние терапии психических расстройств при хронической обструктивной болезни легких на проявления основного заболевания / Н.В. Обухов, В.И. Трофимов, В.И. Крылов // Архивъ внутренней медицины. – 2014. – № 2 (16). – С. 51-55.

97. Основные направления современной психотерапии / Под ред. Боковикова А.М. – М.: «Когито-Центр», 2000. – 379 с.

98. Павлова, Е.В. Теоретические основания психотерапии в реабилитации больных ревматоидным артритом / Е.В. Павлова // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 12-17.

99. Петрова, Н.Н. Личностные и клинические факторы качества жизни у пожилых больных с коморбидными депрессивными и сердечно-сосудистыми

расстройствами / Н.Н. Петрова, Е.В. Красавина, Л.С. Круглов // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Серия 11. Медицина. – 2006. – № 3. – С. 16-22.

100. Подчуфарова, Е.В. Боль в спине и ее лечение / Е.В. Подчуфарова // Неврология, психиатрия и психосоматика. – 2009. – № 2. – С. 29-36.

101. Подчуфарова, Е.В. Боль в спине: доказательная медицина и клиническая практика / Е.В. Подчуфарова // Трудный пациент. – 2010. – № 3 (Т. 8). – С. 18-24.

102. Подчуфарова, Е.В. Значение роли невропатического, ноцицептивного и психогенного механизмов в формировании хронических болевых синдромов пояснично-крестцовой локализации: автореф. дис. … докт. мед. наук: 14.01.11 / Екатерина Владимировна Подчуфарова. – Москва, 2011. – 28 с. Доступно по: http://dibase.ru/article/08082011_podchufarovaev/1. Ссылка активна на 30.03.2015.

103. Подчуфарова, Е.В. Эмоциональные и поведенческие расстройства у пациентки с хронической болью в спине / Е.В. Подчуфарова // Российский журнал боли. – 2013. – № 3. – С. 26-31.

104. Попелянский, Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология): руководство для врачей / Я.Ю. Попелянский. — 5-е изд. – М.: МЕДпресс информ, 2011. – 672 с.

105. Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности / Под ред. Г. У. Солдатовой. – М.: Смысл, 2002. – 479 с.

106. Рачин, А.П. Дорсопатии: актуальная проблема практикующего врача. / А.П. Рачин, С.Ю. Анисимова // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т. 20. – № 19. – С. 964-967.

107. Ромасенко, Л.В. Психотерапия больных ревматоидным артритом в условиях стационара / Л.В. Ромасенко, О.К. Романенко // Московский психотерапевтический журнал. – 2008. – № 2. – С. 131-138.

108. Савченко, Е.С. Коррекция пснховегетатнвных расстройств в процессекомплексного лечения больных хроническими дерматозами / Е.С.

Савченко, А.В. Патрушев, Р.Н. Назаров и соавт. // Вестник Российской Военно-мсдицинской академии. – 2012. – № 3 (39). – С. 107-111.

109. Садовский, М.В. Танцтерапия как один из эффективных способов социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья / М.В. Садовски, О.П. Асафайло // Вестник Южно–Уральского государственного университета. Серия: психология. – 2013. – Т. 6. – № 2. – С. 61–64.

110. Сандомирский, М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство / М.Е. Сандомирский. – М: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.

111. Салина, Е.А. Лечение боли в спине / Е.А. Салина, А.М. Колоколова, О.В. Колоколов, И.И. Шоломов // Русский медицинский журнал. – 2012. – Т. 20. – № 19. – С. 972-977.

112. Самарец, Н.А Эффективность комплексного подхода при психореабилитационных мероприятиях у больных с психическими нарушениями в постинсультном периоде / Н.А. Самарец, П.П. Калинский, Ю.М. Константинова, И.Г. Ульянов // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 2. – С. 82–86.

113. Сивоголовко, Е.В. Оценка качества кластеризации в задачах интеллектуального анализа данных: автореф. дис. … канд. мед. наук: 05.13.11 / Елена Владимировна Сивоголовко. – С.Петербург, 2014. – 14 с.

114. Сидоров, П.И. Синергетическая биопсихосоциодуховная концепция ревматоидного артрита / П.И. Сидоров, Е.П. Совершаева // Экология человека. – 2014. – № 12. – С. 35-46.

115. Скворцова, В.И. Школа здоровья. Жизнь после инсульта: руководство для врачей / В.И. Скворцова, Л.В. Стаховская, А.В. Алехин. – ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 208 с.

116. Скворцова, В.И. Возможности расширения реабилитационного потенциала больных с церебральным инсультом / В.И. Скворцова, Г.Е.Иванова, Л.В. Стаховская // Рус. мед. журн. Неврология. Психиатрия. — 2011. — № 9. — С. 579–583.

117. Снигирева, Г.Я. Особенности клиники, терапии и превенции основных форм неврозов в системе гештальт-терапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Галина Яковлевна Снигирева. – Томск, 1999. – 22 с.

118. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации / под ред. В.И. Скворцовой. – М.:Литтерра, 2007. – 192с.

119. Смулевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смулевич. – М.: МИА, 2007. – 432 с.

120. Спринц, А.М. Психотические и невротические расстройства у больных с соматической патологией / А.М. Спринц, О.Ф. Ерышев, Е.П.Шатова, И.Н. Филиппова. – Методическое руководство. СПб.: СпецЛит, 2007. – 253 с.

121. Столярова, С.А. Психологический статус и качество жизни лиц, страдающих аутоиммунными заболеваниями печени / С.А. Столярова, О.Ю.Щелкова // Научные исследования выпускников факультета психологии СПБГУ. – 2013. – Т. 1. – № 1. – С. 231-237.

122. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / Под. ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2011. – 512 с.

123. Сурская, Е.В. Современные аспекты лечения дорсопатии / Е.В. Сурская // Русский медицинский журнал. – 2009. – Т. 17. – № 20. – С. 1311-1314.

124. Суханова, Н.С. Клинико-психологическая характеристика моряков, больных гипертонической болезнью, при обучении в школе пациентов с использованием телесно-ориентированной психотерапии: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.05 / Наталия Сергеевна Суханова. – Архангельск, 2008. – 24 с.

125. Табеева, Г.Р. Когнитивные и некогнитивные расстройства у пациентов пожилого возраста, ассоциированные со стрессом / Г.Р. Табеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2015. – № 1. – С. 87-93.

126. Тарабрина, Н.В. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы / Н.В. Тарабрина, Г.П. Генс, Л.И. Коробкова и соавт. // Вестник РФФИ. – 2005. – № 6. – С. 10-20.

127. Тарабрина, Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1. Теория и методы / Н.В. Тарабрина, В.А. Агарков, Ю.В. Быховец, Е.С. Калмыкова, А.В. Макарчук, М.А. Падун, Е.Г. Удачина, З.Г. Химчян, Н.Е. Шаталова, А.И. Щепина. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.

128. Ташлыков, В.А. Особенности клиники и терапии депрессии при ревматоидном артрите / В.А. Ташлыков // Вестник северо-западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2010. – № 2 (1). – С. 83-85.

129. Теплякова, О.В. Исследование качества жизни ликвидаторов аварии на ЧАЭС в отдаленном периоде и влияния заболеваний опорно-двигательного аппарата на отдельные составляющие жизнедеятельности пациентов / О.В. Теплякова // Клиническая морфология. – 2009. – № 4. – С. 114-121.

130. Тер Лаак, Я. Big 5. Как измерить человеческую индивидуальность. Оценки и описания / Я. Тер Лаак, Г.Бругман. – М.: Университет, 2003. – 112 с.

131. Тихомирова, Н.Н. Пато- и саногенетические особенности вертеброгенных расстройств у лиц опасных профессий / Н.Н. Тихомирова, С.Б. Артифексов // Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – № 20 (3). – С. 104-111.

132. Федин, А.И. Дорсопатии (классификация и диагностика) / А.И. Федин // Нервные болезни. – 2002. – № 2. – С. 2-8.

133. Федоров, А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия / А.П. Федоров. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.

134. Фоломеева, О.М. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США / О.М. Фоломеева, Е.А. Галушко, Ш.Ф. Эрдес // Научно-практическая ревматология. – 2008. – № 46 (4). – С. 4-13.

135. Фофанова, Ю.С. Депрессивные расстройства у больных ревматоидным артритом / Ю.С. Фофанова, Т.А. Лисицына, А.Е. Зелтынь, О.Ф. Серавина, О.Б. Ковалевская, Д.Ю. Вельтищев, Е.Л. Насонов // Научно-практическая ревматология. – 2009. – № 47 (4). – С. 49-54.

136. Хабаров, И.Ю. Клиника, диагностика и лечение астенических расстройств у военнослужащих с сочетанными травмами / И.Ю. Хабаров, Э.К. Акперов, В.Е. Саламатов // Медикобиологические и социальнопсихологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2009. – № 5. – С. 8-11.

137. Хабиров, Ф.А. Современные взгляды на боль в спине / Ф.А. Хабиров, Э.И. Хузяшева // Вертеброневрология. – 2004. – Т. 11. – № 1-2. – С. 118-125.

138. Хохлов, А.Л. Анализ факторов, определяющих приверженность антигипертензивной терапии / А.Л. Хохлов, Л.А. Лисенкова, А.А. Раков // Качественная клин. практика. – 2003. – № 4. – С. 59–66.

139. Хохлов, А.Л. Взаимосвязь показателей качества жизни и особенностей психологического статуса с клиническими проявлениями метаболического синдрома / А.Л. Хохлов, А.Н. Жилина, Т.А. Буйдина // Качественная клиническая практика. – 2006. – № 2. – С. 19-23.

140. Цыган, А.В. Особенности психоэмоционального статуса больных ревматоидным артритом / А.В. Цыган, Н.Н. Баурова, Ю.Б. Шульман, Е.Н. Цыган, В.В. Тыренко, В.К. Шамрей // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2012. – № 2 (38). – С. 37-42.

141. Цыганков, Б.Д. Особенности психоэмоциональных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Б.Д. Цыганков, И.А. Макарова, И.А.Морозова // Психическое здоровье. – 2015. – Т. 13. – № 11 (114). – С. 10-18.

142. Чурюканов, М.В. Психологические особенности пациентов с центральным болевым синдромом при рассеянном склерозе / М.В. Чурюканов, В.В. Алексеев, М.Л. Кукушкин // Российский журнал боли. – 2011. – № 2 (31). – С. 57.

143. Шабанова, Н.А. Биоповеденческая терапия ревматоидного артрита / Н.А. Шабанова, О.С. Шубина, Л.А. Уколова, Н.Л. Тов // Бюллетень сибирской медицины. – 2013. – № 12 (2). – С. 135-140.

144. Шаповалов, А.В. Особенности формирования болевого синдрома в спине у работников локомотивных бригад: автореф. дис. … канд. мед. наук. 14.03.03, 14.01.11 / Александр Васильевич Шаповалов. – Москва, 2011. – 14 с. Доступно по: http://www.dissercat.com/content/osobennosti-formirovaniya-bolevogo-sindroma-v-spine-u-rabotnikov-lokomotivnykh-brigad. Ссылка активна на 31.03.2015.

145. Шишкин, А.Н. Качество жизни у больных с артериальной гипертензией в перименопаузальном периоде / А.Н. Шишкин, В.А. Воловникова, Н.Н. Петрова // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2006. – № 3. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-zhizni-u-bolnyh-s-arterialnoy-gipertenziey-v-perimenopauzalnom-periode-1 (дата обращения: 15.02.2017).

146. Ширшова, Е.В. Изучение психопатологических нарушений в рамках оценки реабилитационного потенциала при церебральном инсульте / Е.В. Ширшова, Л.В. Мустафина // Тезисы Научно-практической конференции «Совершенствование оказания помощи больным с острыми сосудистыми заболеваниями», 5-7 октября 2009. – С. 28-29.

147. Шубина, О.С. Психосоматические соотношения при заболеваниях суставов аутоиммунной природы / О.С. Шубина, Л.А. Уколова, Н.А.Шабанова, Л.А. Богодерова, Е.Н. Загоруйко // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 1. – С. 71-74.

148. Шупина, М.И. Обучение в «школе пациента» как технология немедикаментозной коррекции факторов риска сердечно-сосудистых остложнений артериальной гипертензии у лиц молодого возраста / М.И. Шупина, Е.Н. Логинова // Казанский медицинский журнал. – 2007. – Т. 88. – № S5. – С. 167-170.

149. Эрдес, Ш.Ф. Распространенность артралгий и припухания суставов у жителей разных регионов РФ / Ш.Ф. Эрдес, Е.А. Галушко, Л.А. Бахтина и соавт. // Научно-практическая ревматология. – 2004. – № 4. – С. 42-47.

150. Ягудина, Р.И. QALY: история, методология и будущее метода / Р.И. Ягудина, А.Ю. Куликов, М.М. Литвиненко // Фармакоэкономика. – 2010. – № 1. – Т. 3. – С. 7-11.

151. Языкова, Т.А. Эффективность комплексной психологической коррекции сниженных резервных возможностей у больных хроническими соматическими заболеваниями / Т.А. Языкова, Т.А. Айвазян, В.П. Зайцев // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2011. – № 5. – С. 17-21.

152. Яльцева, Н.В. Изменение отношения к болезни у пациентов ревматологического профиля на фоне терапии антидепрессантами / Н.В. Яльцева, Е.В. Речкина, Ю.С. Филатова, Н.И. Коршунов // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева. – 2007. – № 3. – С. 12-14.

153. Яльцева, Н.В. Ревматические заболевания с коморбидной депрессией: диагностика и терапия: автореф. дис. … док. мед. наук: 14.00.39, 14.00.18. / Наталья Викторовна Яльцева. – Ярославль, 2009. – 49 с.

154. Abbott, A.D. Early Rehabilitation Targeting Cognition, Behavior, and Motor Function After Lumbar Fusion / A.D. Abbott, R. Tyni-Lenne´, R. Hedlund // Spine. – 2010. – V.35, N 8. – P. 848-857.

155. Academic Highlights of The Primary Care Companion. Translating Evidence on Depression and Physical Symptoms Into Effective Clinical Practice. J. Clin. Psychiatry. – 2007. – 9 (4). – P. 295-302.

156. Almagor, M. The Big Seven Model: A cross-cultural replication and further exploration of the basic dimensions of natural language of trait descriptions / M. Almagor, A. Tellegen, N. Waller // Journal of Personality and Social Psychology. – 1995. – V. 69. – P. 300-307.

157. Antunes, R.S. Pain, kinesiophobia and quality of life in chronic low back pain and depression / R.S. Antunes, B.G. de Macedo, T.D.S. Amaral, H.D.A. Gomes, L.S.M. Pereira, F.L. Rocha // Acta Ortopedica Brasileira. – 2013. – V. 21. – N. 1. – P. 27–29.

158. Ashton, M.C. A six-factor structure of personality-descriptive adjectives: Solutions from psycholexical studies in seven languages / M.C. Ashton, K. Lee, M. Perugini, P. Szarota, R.E. de Vries, L. Di Blas, et al. // Journal of Personality and Social Psychology. – 2004. – V. 86. – P. 356-366.

159. Asmundson, G.J.G. Understanding and treating fear of pain / G.J.G. Asmundson, J. Vlaeyen, G. Crombez. – Oxford: Oxford University Press, 2004.

160. Bäck, M. Validation of a questionnaire to detect kinesiophobia (fear of movement) in patients with coronary artery disease / M. Bäck, B. Jansson, A. Cider, J. Herlitz, M. Lundberg // J. Rehabil. Med. – 2012. – Apr; 44 (4). – P. 363-369.

161. Bäck, M. Exercise and Physical Activity in relation to Kinesiophobia and Cardiac Risk Markers in Coronary Artery Disease / M.Bäck – 2012. – режим доступа: http://hdl.handle.net/2077/29715

162. Baker, K. A randomized crossover trial of a wedged insole for treatment of knee osteoarthritis / K. Baker, J. Goggins, H. Xie et al. // Arthritis Rheum. – 2007. – V. 56 (4). – P. 1198-1203.

163. Barlow, D.H. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic / D.H. Barlow. – New York: Guilford Publications, 2002.

164. Bentsen, S.B. Quality of life in chronic low back pain patients treated with instrumented fusion / S.B. Bentsen, B.R. Hanestad, T. Rustoen, A.K. Wahl // JCN. – 2008. – 17 (15). – P. 2061-2069.

165. Bergeman, C. Genetic and environmental ef¬fects on penness to Experience, Agreeablness and Conscientiousness: An adjption twin study / C.Bergeman, H. Chipuer, R. Plomin, N. Pedersen, G. McClearn, J.R. Nesselroade, P. Costa, R. McCrae // Jornal of personality. – 1993. – N 61. – P. 157-207.

166. Bergsten, C.L. Change in kinesiophobia and its relation to activity limitation after multidisciplinary rehabilitation in patients with chronic back pain /

C.L. Bergsten, M. Lundberg, P. Lindberg, B. Elfving // Disability and Rehabilitation. – 2012. – V. 34. – N 10. – P. 852–858.

167. Boden, W.E. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease / W.E. Boden, R.A. O'Rourke, K.K. Teo, et al. // N.Engl.J.Med. – 2007. – V. 356 (15). – P. 1503-1516.

168. Cadena, J. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status and family dysfunction in Colombian patients with rheumatoid arthritis/ J. Cadena, S. Vinaccia, A. Perez, M.I. Rico, R. Hinojosa, J.M. Anaya // J. Clin. Rheumatol. – 2003. – 9 (3). – P. 142-150.

169. Carmona, L. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey / L. Carmona, J. Ballina, R.Gabriel, A. Laffon // Ann.Rheum.Dis. – 2001. – V 60 (11). – P. 1040–1045.

170. Cakirbay, H. Sleep quality and immune functions in rheumatoid arthritis patients with and without major depression. / H. Cakirbay, M. Bilici, O. Kavakci, A. Cebi, M. Guler, U. Tan // Int. J. Neurosci. – 2004. – 114 (2). – P. 245-256.

171. Crombie, I.K. Epidemiology of persistent pain / I.K. Crombie // Proceedings of the 8th World Congress on Pain: Progress in Pain Research and Management. Seattle: IASP Press, 1997. – P. 53-61.

172. Crowe, M. Self-management and chronic low back pain: a qualitative study / M. Crowe, L. Whitehead, M.J. Gagan, D. Baxter, A. Panckhurst // J. Adv. Nurs. – 2010. – 66 (7). – P. 1478-1486.

173. Cutolo, M. Stress as a risk factor in the pathogenesis of rheumatoid arthritis / M. Cutolo, R.H. Straub // Neuroimmunomodulation. – 2006. – 13. – P. 277-282.

174. Damsgard, E. The Tampa Scale of kinesiophobia: a rasch analysis of its properties in subjects with low back and more widespread pain / E. Damsgard, T. Fors, A. Anke, C. Roe // J. Rehabil. Med. – 2007. – V. 39. – P. 672–678.

175. De Raad, B. Only three factors of personality description are fully replicable across languages: A comparison of 14 trait taxonomies / B. De Raad,

D.P.H. Barelds, E. Levert, F. Ostendorf, et al. // Journal of Personality and Social Psychology. – 2010. – 98. – P. 160-173.

176. Derogatis, L.R. Neurotic symptom dimensions as perceived by psychiatrists and patients of various social classes / L.R. Derogatis, R.S. Lipman, L.Covi et al. // Arch. Gen. Psychiatr. – 1971. – N 24. – P. 454-464.

177. Derogatis, L.R. Confirmation of the dimensional structure of the SCL–90: a study in construct validation / L.R. Derogatis, P.A. Cleary // J. Clin. Psychol. – 1977. – N 33. – P. 981-989.

178. De Young, C.G. Testing Predictions From PersonalityNeuroscience: Brain Structure and the Big Five / C.G. DeYoung, J.B. Hirsh, M.S. Shane, X.Papademetris, N. Rajeevan, J.R. Gray // Psychological Science. – 2010. – V. 21 (6). – P. 820-828.

179. Ethgen, O. Degenerative musculoskeletal disease / O.Ethgen, J.-Y.Reginster // Ann. Rheum. Dis. – 2004. – V. 63 (1). – P. 1-3.

180. Etkin, A. Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications / A. Etkin, Ch. Pittenger, J. Polan, E.R. Kandel // The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences. – 2005. – 17. – P. 145–158.

181. Felson, D.T. Osteoarthritis: new insights, part 16 the disease and its risk factors / D.T. Felson, R.C. Lawrence, P.A. Dieppa et al. // Ann. Intern Med. – 2000. – 133. – P. 663–646.

182. First, M.B. DSM-IV-TR mental disorders: diagnosis, etiology and treatment / M.B. First, A. Tasman. – Chichester: Wiley, 2004.

183. Fuchs, T. Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue / T. Fuchs // Curr. Opin. Psychiatry. – 2004. – 17. – P. 479–485.

184. Gabbard, G.O. A neurobiologically informed perspective on psychotherapy / G.O. Gabbard // The British Journal of Psychiatry. – 2000. – 177 (2). – P. 117-122.

185. Goubert, L. Confirmatory Factor Analysis of the Tampa Scale for Kinesiophobia Invariant Two-Factor Model Across Low Back Pain Patients and Fibromyalgia Patients / L. Goubert, G. Crombez, S. Damme, J.W.S. Vlaeyen, P. Bijttebier, J. Roelofs // Clin. J. Pain. – 2004. – 20. – P. 103–110.

186. Goulia, P. Sense of coherence and self-sacrificing defense style as predictors of psychological distress and quality of life in rheumatoid arthritis: a 5-year prospective study / P. Goulia, P.V. Voulgari, N. Tsifetaki, E. Andreoulakis, A.A. Drosos, A.F. Carvalho, T. Hyphantis // Rheumatol. Int. – 2015. – V 5 (4). – P. 691-700.

187. Gutke, A. Impact of postpartum lumbopelvic pain on disability, pain intensity, health-related quality of life, activity level, kinesiophobia, and depressive symptoms / A. Gutke, M. Lundberg, H.C. Ostgaard, B. Öberg // European spine journal. – 2011. – V. 20. – N 3. – P. 440-448. – режим доступа: http://dx.doi.org/10.1007/s00586-010-1487-6

188. Hanly, J.G. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis / J.G. Hanly, J.D. Fisk, G. McCurdy, L. Fougere, J.A. Douglas // J. Rheumatol. – 2005. – 32 (8). – P. 1459-1466.

189. Herrmann, M. Stress and rheumatic diseases / M. Herrmann, J. Scholmarich, R. Straub // Rheum. Dis. Clin. North. Am. – 2000. – 26. – P. 737-763.

190. Jensen, I.B. Assessing the needs of patients in pain: a matter of opinion? / I.B. Jensen, L. Bodin, T. Ljungqvist, G. Bergstrom, A. Nygren // Spine. – 2000. – 25 (21). – P. 2816-2823.

191. John, O. P. Paradigm Shift to the Integrative Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Conceptual Issues / O.P. John, L.P. Naumann, C.J. Soto. – Handbook of personality: Theory and research, 2008. – P. 114-158.

192. Keeley, E.C. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials/ E.C. Keeley, J.A. Boura, C.L. Grines // Lancet. – 2003. – V. 361 (9351). – P. 13-20.

193. Kirmayer, L.J. Current Concepts of Somatization: Reserch and Clinical Perspectives / L.J. Kirmayer, J.M. Robbins. – Washington: American Psychiatryc Press Inc, 1993. – P. 107-141.

194. Koho, P. Association of fear of movement and leisure-time physical activity among patients with cronic pain / P. Koho, T. Orenius, H. Kautiainen, M. Haanpää, T. Pohjolainen, H.J. Hurri // Rehabil. Med. – 2011. – 43. – P. 794–799.

195. Koho, P. Finnish version of the Tampa Scale of Kinesiophobia: Reference values in the Finnish general population and associations with leisure-time physical activity / P. Koho, K. Borodulin, H. Kautiainen, U. Kujala, T.Pohjolainen, H. Hurri // J. Rehabil. Med. – 2015. – 47 (3). – P. 249-255.

196. Kori, S.H. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior / S.H. Kori, R.P. Miller, D.D. Todd // Pain Management. – 1990. – N 3. – P. 35-43.

197. Lauche, R. Effectiveness of Home-Based Cupping Massage Compared to Progressive Muscle Relaxation in Patients with Chronic Neck Pain—A Randomized Controlled Trial / R. Lauche, S. Materdey, H. Cramer, H. Haller, et al… // PLoS ONE. – 2013. – 8 (6): e65378. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23762355.

198. Lieb, R. Somatoform syndromes and disordersin a representative population sample of adolescents and young adults: prevalence, comorbidity and impairments / R. Lieb // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2000. – V. 101. – N 3. – P. 194–208.

199. Lijckle van der Laan The Symptom Checklist-90 Revised Questionnaire: No Psychological Profiles in Complex Regional Pain Syndrome–Dystonia / Lijckle van der Laan, Karel van Spaendonck, Martin W.I.M. Horstink, R. Jan A. Goris // Journal of Pain and Symptom Management. – 1999. – V. 17. – N 5. – P. 357 -362.

200. Lumley, M.A. The effects of written emotional disclosure and coping skills training in rheumatoid arthritis: A randomized clinical trial / M.A. Lumley, F.J. Keefe, A. Mosley-Williams, J.R. Rice, et al. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2014. – 82 (4). – P. 644-658.

201. Lundberg, M. Kinesiophobia among patients with musculoskeletal pain in primary health care / M. Lundberg, M. Larsson, H. Östlund, J. Styf // J. Rehabil. Med. – 2006. – 1. – P. 37-43.

202. Lutze, U. The impact of arthritis on daily life with the patient perspective in focus / U. Lutze, B. Archenholtz // Scand. J. Caring. Sci. – 2007. – 21. – P. 64–70.

203. Marks, I.M. Fears, phobias, and rituals: panic, anxiety, and their disorders / I.M. Marks. – New York: Oxford University Press, 1987.

204. Mateu, M. Jacobson’s progressive muscle relaxation as adjunctive therapy in osteoarticular chronic pain / M. Mateu, A. Aneiros, S. Couceiro et al. //Nordic Pharmacological Society. Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology. – 2012. – 111 (Suppl. 1). – P. 12–40.

205. McCrae, R. R. Validation of the five - factor model of personality across instruments and observers / R.R. McCrae, P.T. Costa // Journal of Personality and Social Psychology. – 1987. – 52. – P. 81-90.

206. McCrae, R.R. An Introduction to the Five-Factor Model and its Applications / R.R. McCrae, O.P. John // Journal of Personality. – 1992. – V. 60 (2). – P. 175–215.

207. McCrae, R. R. Universal features of personality traits from the observer´s perspective: Data from 50 cultures / R.R. McCrae, A. Terracianno // Journ. of Personality and Social Psychology. – 2005. – V. 88. – P. 547-561.

208. McMain, S.F. A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder / S.F. McMain, P.S. Links, W.H. Gnam et al. // Am. J. Psychiatry. – 2009. – V. 166. – N 12. – P.1365- 1374.

209. Nicassio, P.M. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic / P.M. Nicassio // Arthritis Rheum. – 2008. – 59 (2). – P. 155-158.

210. Nigbur K., Rusu A.C., Hallner D., Hasenbring M.I. Fear of movement/(re)injury in chronic pain: preliminary validation of a German version of the Tampa Scale for Kinesiophobia. Pain in Europe VI, 6th Congress of the EFIC, Lisbon, Portugal, 2009. URL: http://www.medpsych.ruhr-uni-bochum.de/downloads/Poster_tsk_efic-2.pdf (Accessed 23.01.2016).

211. Nijs, J. Tampa scale kinesiophobia – version chronic fatigue syndrome / J. Nijs, K. Meirleir, W. Duquet // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 2004. – 85. – P. 1586-1592.

212. Norup, A. Neuropsychological intervention in the acute phase: a pilot study of emotional wellbeing of relatives of patients with severe brain injury / A.Norup, L. Siert, E.L. Mortensen // Rehabil. Med. – 2013. – V. 45. – P. 1-8.

213. Overholser, Ja.C. Cognitive–behavioral treatment of generalized anxiety disorder / Ja.C. Overholser, E.H. Nasser // Journal of Contemporary Psychotherapy. – 2000. – V. 30, № 2. – P. 149–161.

214. Ozcetin, A. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome /A. Ozcetin, S. Ataoglu, E. Kocer, S. Yazycy, O. Yildiz, A. Ataoglu, C. Ycmeli // West Indian Med. J. – 2007. – V. 56 (2). – P. 122-129.

215. Picavet, H.S. Pain catastrophizing and kinesiophobia: predictors of chronic low back pain / H.S. Picavet, J.W. Vlaeyen, J.S. Schouten // Am. J. Epidemiol. – 2002. – V. 156 (11). – P. 1028-1034.

216. Picavet, H.S. Prevalence of reported musculoskeletal diseases is high / H.S. Picavet, J.M.W. Hazes // Ann. Rheum. Dis. – 2003. – V. 62 (7). – P. 644-650.

217.Philips, H.C. Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain / H.C. Philips // Behav. Res. Ther. – 1987. – V. 25 (4). – P. 273-279.

218. Ran, M.-Sh. Effectiveness of psychoeducational intervention for rural chinese families experiencing schizophrenia a randomised controlled trial / M.-Sh. Ran, M.-Z. Xiang, C.L.-W. Chan, J. Leff et al. // Social psychiatry and psychiatry epidemiology. – 2003. – Vol. 38, № 2. – P. 69–75.

219. Rezaei, O. Quality of Life and Mental Disorders in Patients after Coronary Artery Bypass Grafting / O. Rezaei, R. Komeilian, L. Fattah, M.- H. Mandegar, B. Dolatshahi // World Applied Sciences Journal. – 2013. – Vol. 26 (1). – P. 34-38.

220. Roy-Byrne, P. Post–traumatic stress disorder among patients with chronic pain and chronic fatigue / P. Roy–Byrne, W.R. Smith, J. Goldberg, N. Afary, D. Buchwald // Psychological Medicine. – 2004. – 34 (2). – P. 363–368.

221. Ruger, U. The psychosomatic aspects and results of rheumatoid arthritis and fibromyalgia / U. Ruger, G. Schussler // Z. Psychosom. Med. Psychoanal. – 1994. – 40 (3). – P. 288-304.

222. Sampaio, A. The Big Five default brain: Functional evidence / A. Sampaio, J.M. Soares, J. Coutinho, N. Sousa, O.F. Goncalves // Brain Structure & Function. – 2014. – V. 219, N 6. – P. 1913-1922.

223. Schmidt, C. Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey / C. Schmidt, H. Raspe, M. Pfingsten et al. // Spine. – 2007. – V. 32, N 18. – P. 2005-2011.

224. Schröder, A. Cognitive Behavioral Therapy Versus Progressive Muscle Relaxation Training for Multiple Somatoform Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial / A. Schröder, J. Heider, A. Zaby, R. Gollner // Cogn. Ther. Res. – 2013. – 37. – P. 296–306.

225. Svensson, G. High degree of kinesiophobia after lumbar disc herniation surgery: a cross-sectional study of 84 patients / G. Svensson, M. Lundberg, H.Ostgaard, G. Wendt // Acta Orthop. – 2011. – Dec; 82 (6). – P. 732-736.

226. Tan, L. When Neurobiology meets Psychotherapy: Mirror Neurons, the Social Brain and Group Work with the Addicted Population / L. Tan // J. Addict. Res. – 2017. – V. 1. – N 1. – P. 1-4.

227. Treharne, G.J. Suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis. Research may help identify patients at high risk / G.J. Treharne, A.C. Lyons, G.D. Kitas // Br. Med. J. – 2000. – 321 (7271). – P. 1290.

228. Treharne, G.J. Sleep disruption frequency in rheumatoid arthritis: perceived stress predicts poor outcome over one year / G.J. Treharne, A.C. Lyons, E.D. Hale, K.M.J. Douglas, et al. // Musculoskelet. Care. – 2007. – 5 (1). – P. 51-64.

229. Vlaeyen, J.W. Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance / J.W. Vlaeyen, A.M. Kole-Snijders, R.G.Boeren, H.van Eek // Pain. – 1995. – V. 62. – N 3. – P. 363-372.

230. Waddell G, Main CJ. Illness behavior. In: Waddell G., editor. The back pain revolution. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999. – P. 155-173.

231. Yunping, L. Progressive Muscle Relaxation Improves Anxiety and Depression of Pulmonary Arterial Hypertension Patients / L. Yunping, W. Ranran, T. Jingqun, C. Chen, T. Ling et al.. – Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. – Volume 2015, Article ID 792895, 8 pages.

232. Yu, R. Effectiveness of exercise after PCI in the secondary prevention of coronary heart disease: A systematic review / R. Yu, F. Müller-Riemenschneider // Eur. J. Integr. Med. – 2011. – № 3. – P. e63-e69.

233. Zigmond, A.S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A.S. Zigmond, R.P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – № 67. – P. 361-370.