### 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

#### **АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Работа Государственном автономном учреждении выполнена В здравоохранения «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»

#### Научный консультант:

Главный научный сотрудник отдела медицинской реабилитации ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»,

доктор медицинских наук, профессор

Зайцев Вадим Петрович

#### Официальные оппоненты:

Профессор кафедры восстановительной медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации»

доктор медицинских наук, доцент Смекалкина Лариса Викторовна Заведующая кафедрой психотерапии психолого-социального факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Министерства здравоохранения Российской Федерации»,

доктор медицинских наук, профессор Гарданова Жанна Робертовна Профессор кафедры восстановительной медицины И медицинской реабилитации с курсами педиатрии, сестринского дела, клинической психологии и педагогики ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента РФ,

доктор медицинских наук

Елфимов Михаил Алексеевич

#### Ведущая организация:

«Государственный ФГБУ научный центр Российской Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»

Защита диссертации состоится « » 2019 года в 11.00 часов на заседании диссертационного совета Д 850.019.01 при ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» по адресу: 105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы» (105120, г. Москва, ул. Земляной вал, д. 53) и на сайте http://cmrvsm.ru.

Автореферат разослан « » 2019г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор Юрова Ольга Валентиновна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ 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 (OHMK) 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 E.A., 2007; Baker K. et al., 2007; Lutze U, Archenholtz B., 2007). Ведущее место в структуре хронической суставной патологии занимают ревматические заболевания, распространенность которых 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 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 около 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 c различной патологией 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 внимание существующую во В настоящее время неразделимость понятий медицинская реабилитация и психореабилитация, а также опираясь на предложенную В.П. Зайцевым (2013, 2016) концепцию реабилитации, системы психологической 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 основании анализа результатов на использования психодиагностических шкал показана достаточная однородность групп пациентов с нарушениями двигательных функций различной нозологической устойчивых принадлежности В плане 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 двигательных функций c нарушениями 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 c 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 врачомпсихотерапевтом.

#### 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  $\ll SF-36 \gg$ опросника 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 филиала  $N_{\underline{0}}$ 3 «Многопрофильная клиника практику 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 образовательных модулях Департамента здравоохранения города Москвы.

#### Апробация работы

Материалы исследования доложены и обсуждены: на XII Московской Ассамблее «Здоровье столицы», Москва, 2013; на VI Всероссийской научнопрактической конференции с международным участием «Современные аспекты исследования качества жизни в здравоохранении», Москва, 19-20 ноября 2015; на І, ІІ, ІІІ и ІV 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; ІХ 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.

## 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.

#### Материалы, методы и дизайн исследования

В исследование были включены 1163 человека, из них 1021 – пациенты функций, нарушениями двигательных находящиеся процессе медицинской реабилитации в филиале №3 МНПЦ МРВСМ ДЗМ и направленные на консультацию к медицинскому психологу, согласно разработанного и постоянно применяемого в практической работе алгоритма. Были представлены три нозологические группы, объединенные общим реабилитационным процессом: 421 пациент с нарушениями двигательных функций в результате острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) – 229 (54,4%) женщин и 192 (45,6%) мужчины; 347 пациентов с нарушениями двигательных функций на фоне дорсопатий – 207 (59,7%) женщин и 140 (40,3%) мужчин; 253 пациента с нарушениями двигательных функций на фоне ревматических заболеваний крупных суставов (РЗ) – 174 (68,8%) женщины и 79 (31,2%) мужчин. Параллельно была обследована группа условно-здоровых добровольцев с целью изучения структуры качества жизни (КЖ): 142 человека – 77 (54,2%) женщин и 65 (45,8%) мужчин.

Работа проводилась в 5 этапов: исследование качество жизни (КЖ) пациентов и условно-здоровых добровольцев опросником «SF-36» с определением новых операциональных возможностей (N=268);его валидизация и апробация русскоязычного варианта «Шкалы кинезиофобии Тампа» (N=292); изучение устойчивых черт личности, характеристик текущего психического состояния и их связь с субъективной оценкой качества жизни больных с нарушениями двигательных функций (N=126); расширенный анализ психопатологических аспектов текущего психического больных с нарушением двигательных функций различной состояния этиологии с целью содержательной верификации его ведущих составляющих (N=336); исследование динамических психопатологических показателей у больных с нарушениями двигательных функций различной этиологии в процессе проведения психокоррекционных мероприятий (основная группа) с выявлением психометрических предикторов включения пациентов в программы психокоррекции и оценкой аналогичных динамических показателей в контрольной группе и группе сравнения (N=171).

Все респонденты сравниваемых групп были сопоставимы по основным социально-демографическим характеристикам, имели возможность самостоятельно перемещаться в пределах стационара и обслуживать себя. Критериями включения являлись: наличие показаний к консультации медицинского психолога; соответствие степени выраженности двигательных расстройств первому или второму классу выраженности нарушений структур, функций, активности и участия по МКФ, то есть, имели «легкие» «умеренные» проблемы; наличие информированного или 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.

особенностей, Исследования личностных психологического И психопатологического проводилось статуса пациентов помощью клинической беседы и на основании применения психометрических методик: Опросник оценки выраженности психопатологической симптоматики «SCL-90-R»; Опросник оценки качества жизни больных «SF-36»; Личностный опросник «Big Five»; Визуальные аналоговые шкалы самочувствия и боли (ВАШ); Опросник выраженности кинезиофобии «Шкала Тампа»; Методика одобрения «Шкала диагностики самооценки мотивации лживости» Д.Марлоу, Д.Крауна; Госпитальная шкала тревоги и депрессии *«HADS»*.

#### Методы психокоррекции

Психокоррекционные мероприятия включали в себя: информационноразъяснительную работу с пациентами, организованную по принципу «Школы пациента», проводимую в индивидуальном и/или групповом режиме; занятия 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.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

#### Качество жизни пациентов с нарушениями двигательных функций

Изучение качества жизни, связанного со здоровьем, проводилось с помощью опросника «SF-36» в трех нозологических группах пациентов с нарушениями двигательных функций (n=126) и в группе условно-здоровых добровольцев (n=142). По результатам исследования было показано, что хотя КЖ пациентов всех нозологических групп достоверно снижено относительно условно-нормативных значений, однако, существует явственное клиническое различие в их социальной адаптации. 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 кластерного анализа с формированием двух кластеров, условно определенных как «высокое КЖ» и «низкое КЖ». Далее все процедуры выполнялись на основании данного деления.

Результаты кластеризации представлены в таблице № 1.

Таблица № 1 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 (МН)	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:* знаком «\*» отмечены показатели, при формировании которых значение стандартного отклонения превысило среднее значение.

Применение аналогичной процедуры кластерного анализа 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  $N \ge 2$ .

Таблица № 2 Результаты кластерного анализа КЖ в группе условно-здоровых добровольцев (n=142)

•	Условно-здоровые добровольцы			
Шкалы опросника	n=142			
«SF-36»	«высокое КЖ»	«низкое КЖ»		
	n=92	n=50		
	(M±SD)	(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	89,1±16,7	29,5±28,4		
состоянием (RP)				
Ролевое функционирование,				
обусловленное эмоциональным	91,8±16,7	44,9±39,6		
состоянием (RE)				
Социальное функционирование (SF)	52,1±9,8	51,5±17,4		
Интенсивность боли (ВР)	80,0±21,2	47,2±19,9		
Жизненная активность (VT)	67,2±15,3	46,9±16,7		
Психическое здоровье (МН)	72,0±13,4	58,2±15,0		

Анализ значимости различий в представленности лиц с высоким и низким КЖ показал, что здоровые добровольцы достоверно чаще - в 64,8% случаев - оценивают свое качество жизни как высокое по сравнению с 29,8% пациентов с двигательными нарушениями вследствие ОНМК (p=0,0000); 29,0% пациентов с двигательными нарушениями на фоне хронических ревматических заболеваний (p=0,001) и 45,8% пациентов с дегенеративнодистрофическими заболеваниями позвоночника (p=0,03). Графическая иллюстрация описанного результата приведена на рисунке 1.

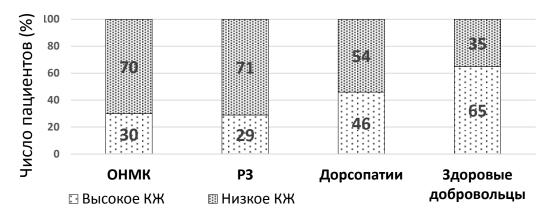
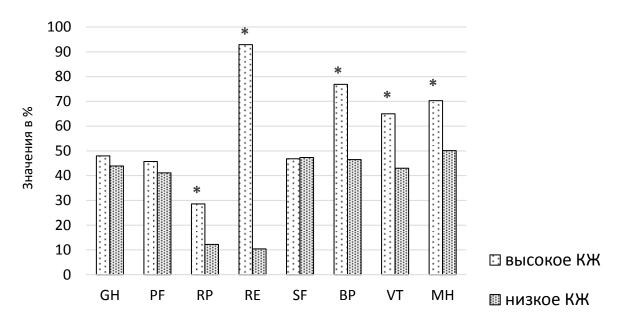


Рис. 1. Пропорциональное соотношение респондентов с высоким и низким КЖ в исследовательских группах.

Применением дисперсионного анализа было показано 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 c 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 Социального исключением шкалы функционирования. Графическая иллюстрация описанных результатов приведена на рисунках 2, 3, 4, 5 и отчетливо демонстрируют, что содержательное формирование кластеров с «высоким КЖ» и «низким КЖ» осуществляется преимущественно на основании показателей шкал опросника  $\ll SF-36$ », демонстрирующих психологическое состояние обследуемых. Данный факт нашел подтверждение и при использовании иерархического кластерного анализа по методу полной связи (Complete Linkage), где отличием являлась естественность формирования групп.

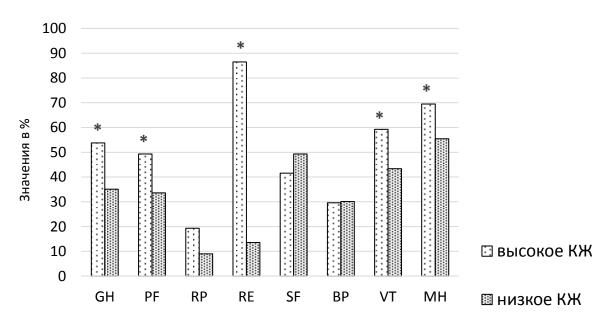
Таким образом, предпринятое исследовании структуры КЖ показало безусловное влияние психологической составляющей на общую оценку качества жизни, связанного со здоровьем всех исследуемых, независимо от наличия или отсутствия у них тех или иных заболеваний.

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).



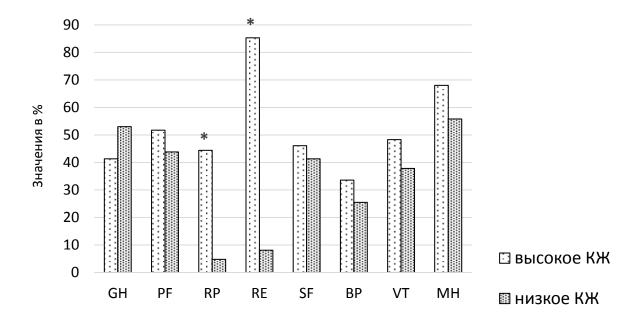
*Примечание:* «\*» - различия между группами «высокое КЖ» и «низкое КЖ» на уровне p≤0,05

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



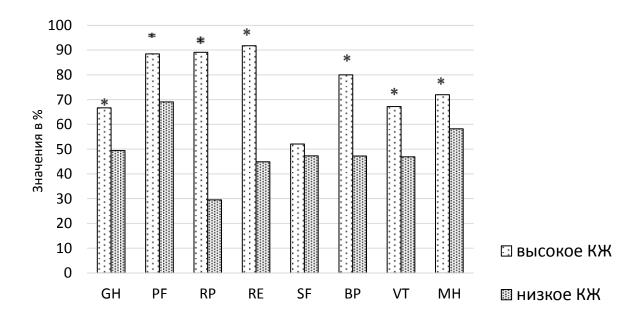
*Примечание:* «\*» - различия между группами «высокое КЖ» и «низкое КЖ» на уровне p≤0,05

Рис. 3. Результаты кластеризации данных КЖ пациентов с дорсопатиями



*Примечание:* «\*» - различия между группами «высокое КЖ» и «низкое КЖ» на уровне p≤0,05

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



*Примечание*: «\*» - различия между группами «высокое КЖ» и «низкое КЖ» на уровне p≤0,05

Рис. 5. Результаты кластеризации данных КЖ здоровых добровольцев

#### Валидизация методики «Шкала Тампа»

Валидизация методики производилась в несколько этапов, во время которых 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, для чего были обследованы 292 пациента с нарушением двигательных функций трех нозологий. Факторная структура опросника изучалась путем обследования 186 пациентов с нарушением двигательных функций различной этиологии И была основана клинических наблюдениях и имеющихся данных зарубежных авторов о неоднородности стимульного материала методики: часть утверждений отражает убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему, другая часть - опыт взаимодействия с телесной болью. При изучении дискриминативных (различительных) возможностей пунктов опросника, был использован показатель дельта Фергюсона, которая имела значение от 0,65 до 0,79, что являлось высоким показателем дискриминативности и характеристикой высокой эмпирической валидности методики. Оценка влияния социальной желательности «Шкалы Тампа» с помощью методики диагностики самооценки мотивации одобрения (Шкалы лживости) Д.Марлоу, Д.Крауна, выявило отсутствие достоверных корреляционных связей (по Спирмену), что позволяет сделать заключение о том, что показатели методики «Шкала Тампа» не подвержены влиянию социальной желательности. При изучении влияния нозологических различий (n=292) на уровень выраженности признаков кинезиофобии с применением теста Крускала-Уоллиса (Н) была продемонстрирована независимость уровня выраженности кинезиофобии от этиологических причин, что еще раз позволило подтвердить исследуемого гипотезу 0 психологичности

конструкта. Для расчета синхронной надежности (внутренней согласованности) пунктов шкал методики «Шкала кинезиофобии Тампа» использовался коэффициент α-Кронбаха, показатель которого (α-Кронбаха є [0,6;0,71),удовлетворительным. Изучение признан 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» у 137 пациентов с нарушением двигательных Была функций различной этиологии. выявлена как достоверная положительная связь между шкалой методики Тампа, отражающей составляющую кинезиофобии, И психологическую количеством предшествующих обследованию госпитализаций, так и корреляция между физической составляющей кинезиофобии с наличием болевого синдрома.

Таким образом, в процессе апробации русскоязычного варианта методики *«Шкала Тампа»* было показано, что психометрические характеристики методики (репрезентативность, надежность, валидность) продемонстрировали достаточно высокие показатели, а полученные с его помощью результаты могут быть использованы для характеристики психического состояния пациентов с нарушениями двигательных функций.

# 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 согласно опроснику «Big Five»; ощущение удовлетворенности самочувствием согласно визуальной аналоговой шкале самочувствия BAUI), психопатологических черт (текущее психоэмоциональное состояние и интенсивность актуального дистресса согласно опроснику «SCL-90-R») и кинезиофобии (в соответствии со «Шкалой Тампа»). Анализ значимости различий в уровне выраженности особенностей психологических психопатологических И пациентов обследованных групп между собой и в сравнении с нормальными повышенный значениями зафиксировал достоверно (р≤0,05) 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 Склонности к согласию. Показатели шкале Добросовестность В исследованных группах достоверного отличия от нормы. Анализ значимости различий в уровне выраженности психопатологических особенностей, по данным опросника «SCL-90-R» и «Шкалы Тампа», в группах больных с двигательными нарушениями различной этиологии не продемонстрировал различий. При сравнении этих же показателей с нормативными значениями было отмечено, что уровень выраженности Соматизации с высокой степенью достоверности (р≤0,0001) повышен 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 были достоверно снижены в сравнении с нормальными. различий показателях самочувствия Достоверных ПО визуальной аналоговой шкале (BAUI) в изучаемых группах отмечено не было. Таким образом, изучении при психологических И психопатологических особенностей пациентов с нарушениями двигательных функций было отсутствие значимых различий показано между исследуемыми нозологическими группами, что позволило подтвердить гипотезу

возможности включения все пациентов с нарушениями двигательных функций в единый процесс психокоррекции.

Далее было проведено исследование психологических И психопатологических характеристик в контексте качества жизни (КЖ). Для проведения сравнительного анализа психологических особенностей, исследовалась структура личности, по данным опросника «Big Five», в рамках предложенного выше ранжирования КЖ: «высокое КЖ» - «низкое КЖ» с учетом нозологии. Как следует из анализа, 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, что может означать, что пациенты c высоким КЖ более стрессоустойчивы, оптимистичны, рациональны, а пациенты с низким КЖ мнительны, раздражительны. Высокие показатели ПО шкале Добросовестность у пациентов с низким КЖ могут означать чрезмерную степень сознательного контроля в преодолении болезненных симптомов, а их личностная тревожность может дезорганизовывать поведение. Для пациентов с двигательными нарушениями на фоне дорсопатий различия были выявлены шкале Добросовестность (р=0,04), причем, высокое КЖ выявляется у более «добросовестных» больных, а низкое – у менее добросовестных, что может свидетельствовать о том, что пациенты с высоким КЖ более подходят осознано К включению процесс выздоровления.

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, что приводит к предположению об иной обусловленности различий между группами с высоким и низким КЖ.

Выраженность психопатологических симптомов и кинезиофобии у пациентов с нарушением двигательных функций в результате ОНМК в зависимости от показателей КЖ достоверно различалась по шкалам *«SCL-90-R»*: Соматизация, Обессивность-Компульсивность, опросника Межличностная сензитивность, Тревожность, Психотизм и Уровень КЖ» тяжести текущего дистресса. В группе «высоким психопатологическая симптоматика выражена в достоверно меньшей степени, чем в группе с *«низким КЖ»* ( $p \le 0.05$ ). Различия в уровне выраженности кинезиофобии в исследуемых группах отсутствовало. Что касается пациентов с двигательными расстройствами на фоне дорсопатий, было показано, что индекс кинезиофобии у них является значимым фактором формирования субъективной оценки КЖ наряду с Соматизацией Депрессией. Для пациентов с ревматическими заболеваниями различий по текущему психоэмоциональному состоянию в группах с «высоким КЖ» и *«низким КЖ»* выявлено не было.

Учитывая существенную разницу в показателях, характеризующих сравнению психическое состояние обследованных больных, ПО имеющимися литературными данными, с помощью опросника «SCL-90-R» был предпринят расширенный анализ психопатологических характеристик в дополнительной группе из 336 пациентов с двигательными нарушениями различной этиологии, направленных на консультацию к медицинскому Сопоставление значений психологу. выраженности отдельных опроснику «SCL-90-R») с психопатологических симптомов (согласно условно-нормативными данными позволило заключить, что текущее психоэмоциональное состояние больных характеризуется превышением показателей по шкале Соматизация (р≤0,0001) и в меньшей степени по Обсессивность-компульсивность  $(p \le 0.05)$ , шкале что позволяет предположить специфическое влиянии болезни и ситуации нахождения в стационарном лечебном учреждении на психоэмоциональное состояние. Так, Обсессивностьнесколько повышенные значения показателя

компульсивность могут свидетельствовать о повышении уровня «внутреннего контроля» и изменении текущего психоэмоционального состояния в связи с госпитализацией, ощущением телесной дисфункции, потерей контроля, беспомощностью и бессилием.

В то же время, обращает на себя внимание отсутствие достоверной разницы по показателям Депрессивность и Тревожность по сравнению с нормативными значениями. Таким образом, без акцентирования внимания на показателе Соматизации, 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» ( $p\le0,05$ ) обследованной выборки по сравнению с нормативными значениями может быть истолковано как положительный эмоциональный настрой больных на лечение, стремление сотрудничать и доверять профессионализму врачей.

# 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 данном этапе работы были включены 267 больных с двигательных функций, нарушениями разделенных на три основную, контрольную и группу сравнения. В основную группу вошли функций, пациенты нарушениями двигательных проходившие c

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 было проведено лишь двукратное психодиагностическое которым исследование с использованием самоотчетных методик. В группе сравнения 96 пациентов, не нуждавшихся в психокоррекции – проводилось однократное изучение психопатологических характеристик. Первичная консультация медицинского психолога заключалась исключительно инструктаже ПО заполнению самоотчетных методик: опросника выраженности психопатологической симптоматики «SCL-90-R», опросника качества жизни «SF-36», «Шкалы кинезиофобии Тампа», визуальной аналоговой шкалы самочувствия (BAIII). 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 больного, прояснялись скрытые до данного основы момента ДЛЯ 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 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» 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 пребывания пациентов В стационаре, определяемыми медицинскими больных. стандартами ДЛЯ лечения данной категории Пациенты, завершившие работу на этом этапе - 33 человека - вошли в «Подгруппу 2». После завершения серии указанных занятий проводилась повторная консультация медицинского психолога ДЛЯ оценки эффективности психокоррекционных мероприятий, и по ее результатам 14 больным, *3»*. «Подгруппу была рекомендована составившим индивидуальная психотерапия. Решение о проведении психотерапии принималось совместно с врачом-психотерапевтом и только для тех пациентов, у которых в процессе психокоррекционных занятий был сформирован конкретный психотерапевтический запрос и которые выражали активное желание включиться в психотерапевтическую работу. Сессии (1 – 2) проводились врачом-психотерапевтом индивидуальном формате, В рамках полимодального подхода. Эффективность различного рода психологического сопровождения и психотерапии инструментально оценивалась выпиской больных из стационара.

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 «Подгруппу 33 сессии, составили 1». пациента, прошедшие психокоррекционный курс, проводимый медицинским психологом, были «Подгруппу 2», 14 пациентов, участвовавших включены 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 6.

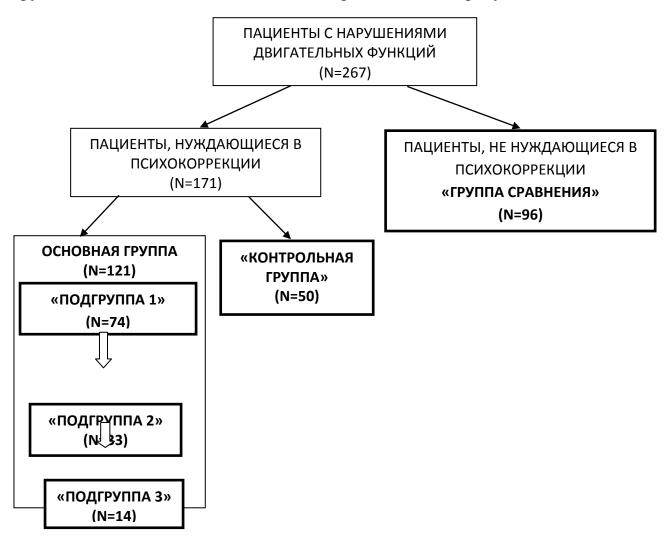
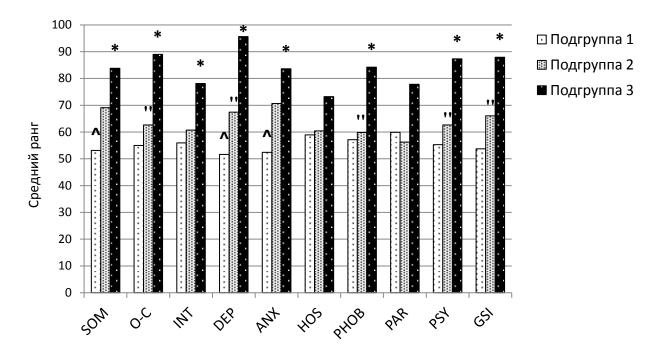
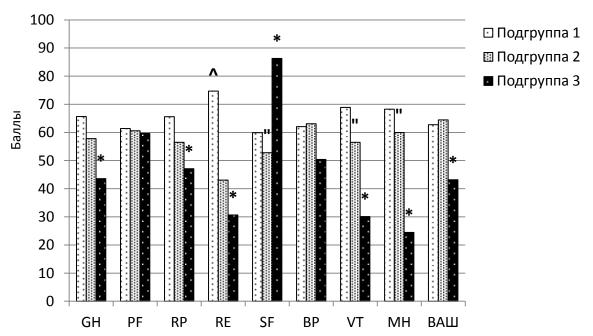


Рис. 6. Распределение пациентов по группам на пятом этапе исследования.

После проведения всех этапов психокоррекционной работы в трех подгруппах основной группы ретроспективно были оценены динамические психопатологические характеристики пациентов. Параллельно были показаны достоверные различия между показателями текущего психического состояния пациентов основной группы и группы сравнении, а также отсутствие достоверных различий в показателях основной и контрольной групп. Данные ретроспективной оценки представлены на рис. 7, 8.



Примечание: «\*» - различия между «Подгруппой 3» и «Подгруппой 1» на уровне р≤0,05 «"» - различия между «Подгруппой 3» и «Подгруппой 2» на уровне р≤0,05 «^» - различия между «Подгруппой 1» и «Подгруппой 2» на уровне р≤0,05 Рис.7. 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 р≤0,05 «"» - различия между «Подгруппой 3» и «Подгруппой 2» на уровне р≤0,05 «^» - различия между «Подгруппой 1» и «Подгруппой 2» на уровне р≤0,05 Рис.8. Различия в оценке по шкалам опросника КЖ «SF-36» и ВАШ в подгруппах основной группы до начала психокоррекции

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 психопатологической *«SCL-90-R»*: выраженности симптоматики 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  $\ll SF-36$ ». отражающих психоэмоциональное состояние респондентов: Ролевое эмоциональное функционирование (RE), Социальное функционирование (SF), (VT). Психическое активность 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»* была произведена оценка КЖ 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 № 3, графическая иллюстрация — на рисунке 9.

Таблица № 3 Результаты кластерного анализа КЖ в исследовательских группах (n=217)

Уровень	Группа	Контрольная	Подгруппа 2 +	Подгруппа 1
качества жизни	сравнения	группа	Подгруппа 3	(n=74)
	(n=96)	(n=50)	(n=47)	абс.(%)
	абс.(%)	абс.(%)	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%)

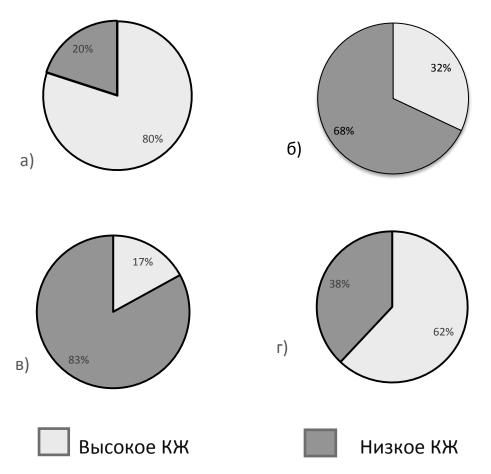
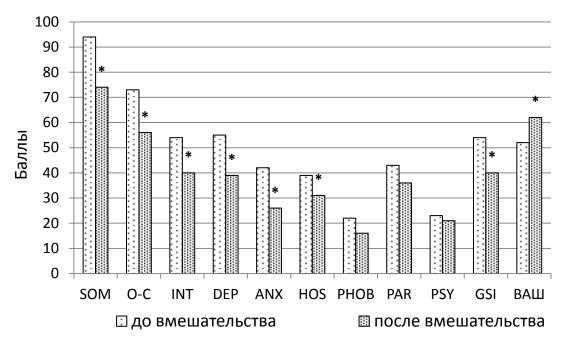


Рис.9. Результаты кластерного анализа КЖ в изучаемых группах: а) *Группе сравнения*; б) *Контрольной группе*; в) объединенной группе (Подгруппа 2 + Подгруппа 3); г) Подгруппе 1

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 р≤0,05. Согласно ретроспективной оценке, наибольшая выраженность симптомов, психопатологических наихудшая субъективная оценка собственного состояния и КЖ отмечались в подгруппе, нуждающейся в психокоррекции и прошедшей все ее 3 этапа, 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.

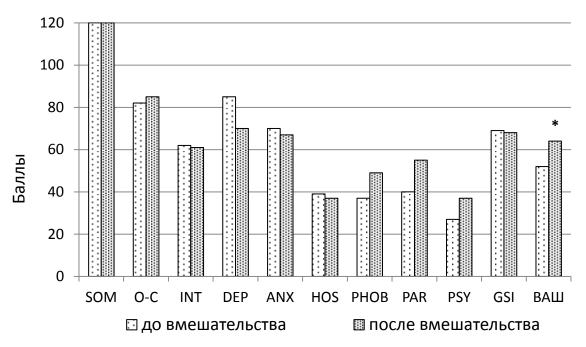
При различий выраженности анализе значимости В уровне характеристик психоэмоционального состояния, по данным опросника «SCL-90-R» и «Шкале Тампа», а также субъективной оценки КЖ («SF-36») и самочувствия (по данным BAUU) в основной группе больных до начала психореабилитационных мероприятий и после их окончания с высокой степенью достоверности были показаны различия по следующим шкалам *«SCL-90-R»:* опросника Соматизация (SOM). Обсессивностькомпульсивность (O-C), Межличностная сензитивность (INT), Депрессия (DEP), Тревожность (ANX), Враждебность (HOS), Уровень тяжести  $\partial ucmpecca (PDSI)$  и шкале BAIII 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 « $\Pi o \partial z p y n n y 1$ », можно заключить, что сессия, включающая самостоятельную работу с опросником, последующий разбор полученных результатов совместно с психологом и прояснение не явных для пациента аспектов его существования в контексте заболевания, является сама по себе психотерапевтичной и дает возможность рассматривать ee как неотъемлемую часть процесса психокоррекции.

Аналогичная динамика была отмечена до и после занятий в «Подгруппе 3» по шкалам опросника «SCL-90-R» (Соматизация (SOM), Обсессивностькомпульсивность (O-C), Депрессия (DEP)), шкале ВАШ и «Шкале Тампа». В «Подгруппе 2» В процессе работы достоверные изменения зафиксированы только по шкалам кинезиофобии (К $\Phi$ ) и BAUI, что, повидимому, зависело как от состава группы, в которую вошли и лица в дальнейшем потребовавшие работы c психотерапевтом, OT краткосрочности психокоррекционного вмешательства. Наглядно динамика результатов психодиагностического исследования до и после вмешательства в различных группах представлены на рисунках 10, 11, 12, 13.



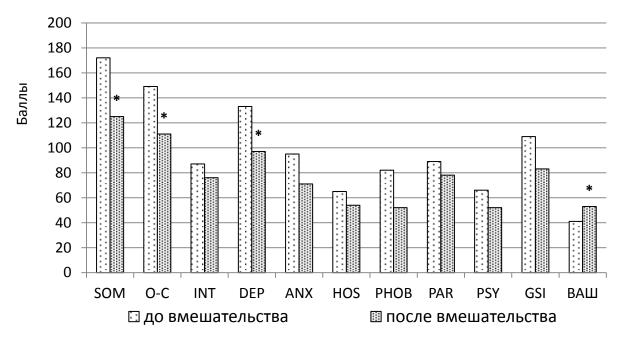
Примечание: «\*» - различия до и после вмешательства на уровне р≤0,05

Рис.10. Показатели психоэмоционального состояния и общего самочувствия до и после консультации психолога в «Подгруппе 1»



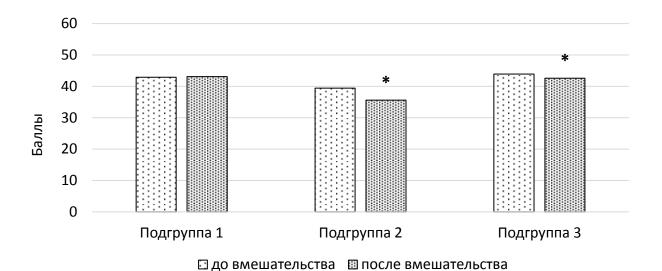
Примечание: «\*» - различия до и после вмешательства на уровне р≤0,05

Рис.11. Показатели психоэмоционального состояния и общего самочувствия до и после вмешательства в *«Подгруппе 2»* 



Примечание: «\*» - различия до и после вмешательства на уровне р≤0,05

Рис.12. Показатели психического состояния и общего самочувствия до и после вмешательства в *«Подгруппе 3»* 



Примечание: «\*» - различия до и после вмешательства на уровне р≤0,05

Рис.13. Показатели уровня кинезиофобии (КФ) по *«Шкале Тампа»* до и после вмешательства в трех подгруппах основной группы

В заключение 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 таблице № 4.

Таблица № 4
Показатели психоэмоционального состояния и общего самочувствия после курса медицинской реабилитации в основной и контрольной группах

Опросники	Шкалы	Основная группа (n=121)	Контрольная группа (n=50)	p
0		M±SD	M±SD	
	Соматизация (SOM)	0,91±0,65	1,07±0,29	0,05
	Обсессивность- компульсивность (О-С)	0,70±0,59	0,75±0,44	0,29
	Межличностная сензитивность (INT)	0.70±0.71		0,13
	Депрессия (DEP)	0,54±0,58	0,69±0,30	0,04
«SCL-90- R»	Тревожность (ANX)	0,42±0,51	0,44±0,15	0,39
	Враждебность (HOS)	0,36±0,42	0,40±0,37	0,28
	Фобическая тревожность (PHOB)	0,30±0,49	0,29±0,34	0,45
	Паранойяльность (PAR)	0,46±0,49	0,51±0,23	0,25
	Психотизм (PSY)	0,29±0,32	0,33±0,32	0,23
	Уровень тяжести дистресса (GSI)	0,53±0,45	0,65±0,41	0,05
Шкала Тампа	Уровень кинезиофобии (КФ)	41,5±6,24	42,3±3,41	0,26
ВАШ	Субъективная оценка самочувствия	61,5±17,6	56,3±13,2	0,03

Примечание: тоном выделены показатели, значения которых достоверно, на уровне p≤0,05, различаются в основной и контрольной группах

В целом, в основной группе после проведенного комплексного лечения достоверно ( $p \le 0,05$ ) 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 (р≤0,05) положительные изменения были отмечены по опросника *«SCL-90-R»:* Соматизация, Обсессивностьшкалам компульсивность, Депрессия, Тревожность и Уровень тяжести дистресса, а также показатели общего самочувствия по шкале BAUU и уровень кинезиофобии по Шкале Тампа. В то же время, при сравнении изучаемых показателей основной и контрольной групп после окончания программы медицинской реабилитации, как следует из таблицы № 44, значения шкал опросника «SCL-90-R»: Соматизация (SOM), Депрессия (DEP) и Уровень тяжести дистресса (GSI), а также показатель общего самочувствия по шкале BAIII в основной группе были достоверно ( $p \le 0.05$ ) лучше, что свидетельствовало о большей эффективности реабилитационного курса, включающего психокоррекционные мероприятия ПО сравнению стандартной программой реабилитации, по отношению к состоянию психической сферы пациентов с нарушениями двигательных функций.

# Выявление предикторов включения пациентов с нарушениями двигательных функций в программы психокоррекции

Для выявления предикторов назначения психокоррекции использовался дискриминантный анализ, позволивший прояснить вопрос о том, насколько достоверно могут быть различены три подгруппы основной основании характеристик текущего психоэмоционального состояния, КЖ, субъективной оценки самочувствия. Как возможные предикторы в анализ включались данные опросника выраженности психопатологической симптоматики «SCL-90-R», опросника качества жизни «SF-36», «Шкалы кинезиофобии Тампа» и 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

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  $\lambda$ -Уилкса ( $\lambda$ =0,38) является значимым как для первой ( $\chi^2_{36}$ =105,4;  $\rho$ =0,0000), так и для второй функции ( $\lambda$ =0,73,  $\chi^2_{17}$ =34,4;  $\rho$ =0,008). Описанные результаты представлены в таблице № 5.

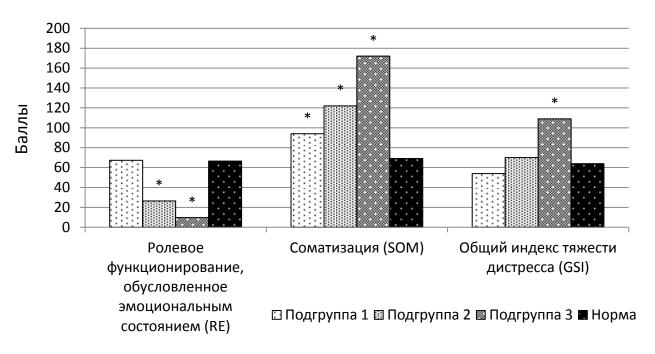
Таблица № 5 Результаты анализа дискриминантных функций

Дискриминантная	Собственное	%	Wilks	χ²	df	p
функция	значение	объясненной	Lambda			
	дискриминантной	дисперсии				
	функции					
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 дискриминантных переменных, было произведено ранжирование предикторов по возрастанию уровня статистической достоверности и убыванию значения статистики F-удаления, что позволяет выделить наиболее существенные из них. Было показано, что к числу переменных, которые являются предикторами назначения психокоррекции можно отнести только восемь, а наиболее существенными следует считать те предикторы, у которых уровень статистической достоверности максимальный: р≤0,001. Таковыми являются значения Ролевое эмоииональное ПО шкале  $\phi$ ункционирование (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».

Анализ величин структурных коэффициентов дискриминантных функций 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 (-0,40), Психотизм (-0,43), Общий дистресса (-0,43),Депрессия (-0.50). индекс тяжести Вторая дискриминантная функция имеет единственную высокую отрицательную Ролевое функционирование, корреляцию шкалой обусловленное co эмоциональным состоянием (RE) (-0,35). Таким образом, 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.

Сравнение исследуемых показателей у пациентов с нарушениями двигательных функций и нормативных значений показало, 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 (почти в 3 и 6 раз соответственно), что еще раз акцентирует внимание на значимости данной переменной в формировании мнения специалистов о необходимости психокоррекционного вмешательства. To касается же И показателя Соматизации, который практически вдвое превышает нормальные значения в «Подгруппе 2» и втрое – в «Подгруппе 3». Показатель 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 (Рис. 13).



*Примечание:* «\*» - шкалы, по которым были зафиксированы достоверные различия по сравнению с нормальными значениями на уровне р≤0,001

Рис.13. Значения шкал-предикторов включения пациентов в программы психокоррекции в сопоставлении с нормативными значениями

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%, что свидетельствует о высокой прогностической ценности проведенного исследования.

Таким образом, наиболее значимыми предикторами включения процесс психокоррекции явились: шкала эмоционального функционирования опросника «SF-36» и шкала Соматизации опросника «SCL-90-R». Широко известно, что ведущими расстройствами психической сферы в соматической клинике считаются повышенные показатели депрессии тревоги, определяющие И назначения соответствующей медикаментозной или немедикаментозной коррекции. Полученные же в процессе исследования данные позволяют расширить сферу психопатологических особенностях знаний пациентов нарушениями двигательных функций, находящихся в процессе медицинской реабилитации, обозначить дополнительные точки приложения психокоррекционных мероприятий. Проведенное исследование также

подводит теоретическую базу необходимости ПОД понимание 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 помощи, а с другой стороны, строго ограничить объем необходимого вмешательства для каждого больного, принимая во внимание ограниченные временные рамки. Согласно к концепции психологической реабилитации В.П. Зайцева (2013, 2016), можно говорить построении психологической реабилитации, объединяющей системы психодиагностические мероприятия с обязательным изучением качества жизни, психопатологических характеристик (B частности, уровня кинезиофобии) И психокоррекционные мероприятия, соматизации И индивидуальные консультации медицинского включающие психолога, групповые релаксационные тренинги с мультисенсорной стимуляцией и психотерапевтические сессии, проводимые психотерапевтом.

#### Выводы

- 1.Субъективная оценка качества жизни (КЖ), связанного со здоровьем, определяемое опросника  $\langle\langle SF-36\rangle\rangle$ , формируется c помощью 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 (р≤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» (р ≤ 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 (OHMK) Нейротизма высоким уровнем Добросовестности («Big Five»); Соматизации, Обсессивностикомпульсивности, 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 ( $p \le 0.05$ ) 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 психологическое сопровождение качестве дидактического тренажера; медицинского психолога, включающее «школу пациента» и групповые психокоррекционные занятия; индивидуальную полимодальную Проведение психотерапию. 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 11% нуждается в проведении всех работа) и только 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 необходимости скрининговой оценки 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, 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 здоровьем» анализ качества жизни связанного co(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 включения больных 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 (RE 30 достаточных показаний 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 объем мероприятий, которых основывается на динамической психодиагностике, с формированием 3 вариантов групп пациентов: требующих проведения единственной психодиагностической 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 публикаций по теме диссертации

- 1.Психодиагностические методики в реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций новый взгляд. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2018. Т. 95. № 2-2. С. 74. (Котельникова А.В.)
- 2.Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций. Экспериментальная психология. 2018. Т. 11. № 2. С. 50-62. (Котельникова А.В.).
- 3. Методика организации психокоррекционных мероприятий в процессе медицинской реабилитации и восстановительного лечения. Методические рекомендации. Москва, 2017. (Котельникова А.В., Турова Е.А., Рассулова М.А.)
- 4.Скрининговое использование опросников SCL-90-R, SF-36 и Визуальной аналоговой шкалы в процессе психокоррекции пациентов с нарушениями двигательных. Вестник психотерапии. 2017. № 62 (67). С. 110-122. (Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А.)
- 5.Предикторы включения пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции. Вестник психотерапии. 2017. № 63 (68). С. 64-76. (Котельникова А.В., Верещагина Д.А., Ткаченко Г.А.)
- 6.Особенности психоэмоционального состояния и психотерапия в реабилитации больных ревматоидным артритом. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. Т. 94. № 3. С. 54-61. (Верещагина Д.А., Котельникова А.В., Зайцев В.П.)
- 7. Адаптация когнитивно-поведенческой психотерапии для больных с хронической цереброваскулярной патологией. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. Т. 94. № S2. С. 50. (Голубев М.В., Харитонов С.В.)
- 8.Использование методики «Мандала» в реабилитации больных с нарушениями двигательных функций. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. Т. 94. № S2. С. 72-73. (Катмакова С.И., Котельникова А.В.)
- 9.Диагностические и коррекционные возможности опросника SCL-90-R у пациентов с нарушениями двигательных функций Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2017. Т. 94. № S2. С. 86. (Котельникова А.В.)
- 10.Альтернативный подход к оценке показателей качества жизни больных по данным опросника SF-36. Психическое здоровье. 2017. Т. 15. № 12. С. 25-32. (Котельникова А.В., Разумов А.Н., Турова Е.А., Зайцев В.П., Верещагина Д.А.) 11.Психосоциальные факторы качества жизни, связанного со здоровьем, у больных с нарушениями двигательных функций. Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 1 (21). С. 63-78. (Котельникова А.В.)
- 12.Прогностические эффекты оценки самочувствия при включении пациентов с нарушениями двигательных функций в различные программы психокоррекции. Материалы IX международного конгресса «Нейрореабилитация 2017». М., 2017. С. 105. (Котельникова А.В.)
- 13.Избранные лекции по медицинской реабилитации. Тамбов, 2016. (Разумов А.Н., Турова Е.А., Корышев В.И., Зайцев В.П., Котельникова А.В., Голубев М.В., Харитонов С.В., Верещагина Д.А., Костенко Е.В., Мельникова Е.А., Юрова О.В., Арьков В.В., Миронов С.П., Бадтиева В.А., Князева Т.А., Мухарлямов Ф.Ю., Рассулова М.А., Сычева М.Г., Грушина Т.И. и др.)

- 14.Психопатологические особенности и половозрастные характеристики пациентов с нарушениями двигательных функций. Вестник психотерапии. 2016. № 58 (63). С. 25-34. (Котельникова А.В., Ткаченко Г.А.)
- 15.Применение методики «Шкала Тампа» у пациентов с нарушениями двигательных функций. Материалы 2-го международного конгресса «Физиотерапия. Лечебная физкультура. Реабилитация. Спортивная медицина». 2016. С. 48. (Котельникова А.В.)
- 16.Предикторы эффективности когнитивно-поведенческой и рациональной психотерапии у пациентов с личностными расстройствами. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 2-2. С. 174-175. (Харитонов С.В., Голубев М.В., Зайцев В.П.)
- 17.Онлайн программа самопомощи в психологической реабилитации пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 2-2. С. 62-63. (Голубев М.В.)
- 18. Групповая когнитивно-поведенческая психотерапия как метод психологической реабилитации больных с хроническими соматическими заболеваниями. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 2-2. С. 63. (Голубев М.В., Харитонов С.В.)
- 19.Возможности использования Арт-терапевтических методик для больных с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 2-2. С. 85-86. (Катмакова С.И., Котельникова А.В.)
- 20. Психодиагностические и психокоррекционные подходы в санаторно-курортной практике. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 2-2. С. 92. (Котельникова А.В.)
- 21. Применение метода психокатализа в психотерапии болевого синдрома у пациентов с дорсопатиями. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 2-2. С. 95-96. (Верещагина Д.А., Голубев М.В.)
- 22.Программа для ЭВМ *«Кластерный анализ качества жизни, связанного со здоровьем»* (Свидетельство о государственной регистрации №2014618131 от 11.08.2014). (Котельникова А.В., Разумов А.Н., Турова Е.А.)
- 23.Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 3. С. 4-9. (Котельникова А.В.)
- 24.Половозрастные особенности и психоэмоциональное состояние больных с нарушением двигательных функций. Сибирский психологический журнал. 2016. № 60. С. 120-129. (Котельникова А.В., Тихонова А.С., Гозулов А.С.)
- 25. Сравнение эффективности разных видов психокоррекции устойчивого соматоформного болевого расстройства (F45.4). Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2016. № 8. С. 54-61. (Харитонов С.В., Зайцев В.П., Голубев М.В.)
- 26.Практическое применение программы «Кластерный анализ качества жизни, связанного со здоровьем» в медицинской реабилитации. Методические рекомендации. Москва, 2015. (Турова Е.А., Рассулова М.А., Котельникова А.В.)
- 27. Опыт использования опросника SCL-90-R в процессе реабилитации больных с нарушениями двигательных функций. Материалы 1-го международного конгресса

- «Физиотерапия. Лечебная физкультура. Реабилитация». 2015. С. 43. (Котельникова А.В.)
- 28.Психологическое исследование личности больных раком молочной железы, перенесших радикальное лечение и страдающих отеком верхней конечности на стороне операции. Вестник психотерапии. 2015. № 54. С. 98-110. (Ткаченко Г.А., Грушина Т.И.)
- 29.Особенности психоэмоционального состояния и психотерапия при дорсопатиях. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2015. Т. 92. № 4. С. 61-66. (Верещагина Д.А., Гозулов А.С., Котельникова А.В.)
- 30.Кластерный анализ качества жизни у пациентов с нарушениями функции движения. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015. № 3. С. 97-99. (Котельникова А.В.)
- 31. Качество жизни пациентов с заболеваниями опорнодвигательного аппарата и его психопатологические корреляты. Курортная база и природные лечебно-оздоровительные местности Тувы и сопредельных регионов. 2015. № 2. С. 43-45. (Котельникова А.В.)
- 32. Структура личности как основа организации психологического сопровождения в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2014. Т. 91. № 5. С. 6-11. (Котельникова А.В., Гозулов А.С.)
- 33.Психопатологические синдромы и их роль в формировании субъективной оценки качества жизни у пациентов в процессе восстановительного лечения. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2014. № 1. С. 24-28. (Котельникова А.В., Турова Е.А., Верещагина Д.А.)
- 34.Когнитивная психотерапия в восстановительном лечении больных с ранними проявлениями хронических сосудистых заболеваний головного мозга. Вестник восстановительной медицины. 2014. № 2 (60). С. 6-11. (Голубев М.В.)
- 35.Корреляционные связи качества жизни и психопатологической симптоматики у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорнодвигательного аппарата. Профилактическая медицина. 2014. Т. 17. №2-2. С.38. (Котельникова А.В.)
- 36.Психопатологические корреляты качества жизни у пациентов с дегенеративнодистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Наука, образование, общество: проблемы и перспективы развития. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. Часть 2. Тамбов, 2014. С. 67-70. (Котельникова А.В.)
- 37.Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных. Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. № 5. С. 28-34. (Кукшина А.А., Верещагина Д.А.)
- 38.Психологическая составляющая качества жизни у пациентов отделения восстановительного лечения (ортопедия, неврология). Материалы XII Московской Ассамблеи «Здоровье столицы». М., 2013. С. 58. (Котельникова А.В.)
- 39.Показатели качества жизни у пациентов отделений восстановительного лечения (на примере ортопедии и неврологии). Материалы V Всероссийской научно-

практической конференции с международным участием «Современные аспекты исследования качества жизни в здравоохранении». Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова». 2013. Т. 8. № 3. Прил. С. 160. (Котельникова А.В.)

# 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

Чн – низкий уровень психологической составляющей кинезиофобии

Фн – низкий уровень физической составляющей кинезиофобии

Чв – высокий уровень психологической составляющей кинезиофобии

Фв – высокий уровень физической составляющей кинезиофобии

# Шкалы опросника «SCL-90-R»:

SOM – Соматизация

О-С – Обсессивность-компульсивность

INT – Межличностная сензитивность

DEP – Депрессия

ANX – Тревожность

HOS – Враждебность

РНОВ – 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

ВР – Интенсивность боли

VT – Жизненная активность

МН – Психическое здоровье