

Кафедра общей и клинической психологии

Зав. кафедрой общей
и клинической психологии
д.пс.н., профессор
Исаева Е.Р. _____

Председатель ГАК
д.пс.н., профессор
Соловьева С.Л. _____

Выпускная квалификационная работа

на тему:

***Психоэмоциональные особенности пациентов с хроническим спинальным
болевым синдромом***

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Выполнила:
Студентка 6 курса
Отделения клинической психологии
Лукьяева Изабелла Мухаметалиевна
_____ (подпись)

Научный руководитель:
доцент, к.пс.н. Гуреева Ирина Лазаревна
_____ (подпись)

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1. РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СПИНЕ	6
1.1. Личностные особенности пациентов с хронической болью в спине ...	10
1.2. Роль депрессии в клинической картине хронического спинального болевого синдрома	14
1.3. Роль тревожных расстройств в клинической картине хронического спинального болевого синдрома	17
1.4. Связь посттравматического стрессового расстройства и хронической боли в спине.....	19
1.5. Психологическая помощь пациентам с хронической болью в спине ...	21
2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	27
3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
3.1 Описательные статистики.....	34
3.2 Сравнительный анализ	39
3.3 Корреляционный анализ.....	42
3.4 Регрессионный анализ.....	44
4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ	47
ВЫВОДЫ.....	56
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	58
ЛИТЕРАТУРА.....	59
ПРИЛОЖЕНИЕ	63

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования определяется все нарастающей частотой встречаемости среди населения болевого синдрома в спине, лечение которого на сегодняшний день далеко не всегда дает желаемого долгосрочного результата. Хроническая боль в спине признана одной из серьезнейших медико-социальных и экономических проблем во всем мире. Несмотря на появление множества новых методов лечения, число пациентов с этой патологией продолжает расти. В настоящее время много внимания уделяется изучению влияния психической жизни человека на риск возникновения и хронизации болевого синдрома в спине.

По данным исследования (D. Ноу и соавт., 2012), боль в спине хотя бы один раз в течение жизни отмечается у 40% населения Земли. Согласно статистическим данным, у 15–20% пациентов с острой болью в спине велика вероятность ее хронизации. Сложный механизм развития болевого синдрома, бездоказательное установление причинно-следственной связи между результатами дополнительных методов обследования и клиническими данными, использование традиционных схем лечения независимо от типа боли, недооценка коморбидной (в том числе психической) патологии – все это затрудняет диагностику и лечение болевого синдрома в спине (Дадашева М.Н., Агафонов Б.В., 2016).

Множество исследований свидетельствует о той или иной степени взаимосвязи болевого синдрома в спине с разными психологическими особенностями. Однако на сегодняшний день нет единой доказанной и принятой теории о причинно-следственном характере этих взаимосвязей; влияния на них пола, возраста и других вводных.

Необходимость психологического сопровождения пациентов с хроническим болевым синдромом сейчас не подвергается сомнению, однако реализация работы мультидисциплинарной команды и качественного всестороннего подхода к лечению болевого синдрома в нашей стране все еще

скорее редкость. Кроме того, на данный момент нет каких-либо общих показаний для назначения тех или иных психотерапевтических методов, а также официальных рекомендаций для психологов по сопровождению пациентов с хронической болью.

Целью настоящего исследования является: изучение психологических особенностей пациентов с хронической болью в спине.

Задачи исследования:

1. Выявить характеристики боли пациентов с хроническим болевым синдромом.
2. Оценить выраженность психопатологической симптоматики у пациентов с хронической болью в спине.
3. Выявить иррациональные установки у пациентов с хроническим болевым синдромом.
4. Проанализировать защитно-совладающее поведение пациентов с хронической болью в спине.
5. Сравнить психологические особенности обследуемых пациентов с группой условно здоровых людей.
6. Выявить взаимосвязи психологических особенностей с характеристиками болевого синдрома.

Объект исследования – пациенты с хроническим спинальным болевым синдромом; группа людей без болевого синдрома (условно здоровые).

Предмет исследования – эмоциональные и личностные особенности пациентов с хронической болью в спине.

Гипотезы:

- У пациентов с хроническим болевым синдромом в сравнении с группой здоровых лиц будет наблюдаться выраженность ряда

эмоциональных и личностных особенностей: неадаптивных копинг-стратегий, защитных механизмов, иррациональных установок.

- Характер переживания болевого синдрома будет связан с личностными особенностями пациентов.

Методики исследования:

- Методика «Шкала Тампа»;
- Опросник боли Мак-Гилла (MPQ);
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS);
- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R);
- Диагностика иррациональных установок А. Эллиса;
- Тест смысложизненных ориентаций;
- Тест жизнестойкости Мадди;
- Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса;
- Опросник «Индекс жизненного стиля»;
- Личностный опросник «Big Five»;
- Характерологический опросник Леонгарда – Шмишека.

Статистические методы:

- Описательные статистики
- Корреляционный анализ
- Сравнительный анализ
- Регрессионный анализ

1. РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА В СПИНЕ

Основной причиной болей в спине считаются дистрофические изменения позвоночника (остеохондроз, спондилез; артроз дугоотростчатых суставов) и сопутствующие им мышечно-скелетные поражения. Однако, клиническая практика показывает, что далеко не в каждом случае удастся точно обнаружить анатомический источник боли (Исайкин А.И., 2022). Кроме того, доказано, что даже схемы лечения, основанные на точном знании физиологии могут действовать на организм пациента не вполне ожидаемым образом. Улучшение состояния зачастую не удается связать с физиологическими изменениями. Так, исследование пациентов с головной болью (Fitzpatrick R.M., 1983) показало, что в большинстве случаев улучшение самочувствия не было непосредственно связано с действием тех препаратов, которые они получали в рамках медикаментозной терапии. Аналогичные результаты были получены и при исследовании метода биологической обратной связи. Биологическая обратная связь (БОС) - метод терапии, предполагающий обучение пациентов навыкам самостоятельного произвольного регулирования различных физиологических процессов организма с целью улучшения состояния. Вместе с тем, что данный метод эффективен в некоторых случаях (при головной или спинальной боли), реальное его действие не всегда ассоциировано с физиологическими изменениями в организме (Blanchard E.V., 1987)

Все чаще сейчас говорят о важной роли психологических механизмов в развитии хронической инвалидизирующей боли. Многие исследователи указывают на значимость уровня тревоги и депрессивных тенденций, как наиболее значимые психологические факторы, способствующие усилению инвалидизации при хронической боли в спине. При этом уверенность в себе и

самоэффективность - напротив - выступают зачастую как защитные факторы (Исайкин А.И., 2022).

По данным Koes BW (2006), психические расстройства и психологические факторы играют существенную роль в развитии хронической боли в спине либо хронизации боли. Американская ассоциация по изучению боли также указывает в своем руководстве по диагностике и лечению спинальной боли на то, что депрессию, тревогу и психологический дистресс объективно можно считать факторами, способствующими хронизации боли в спине.

Психологические и физиологические механизмы развития дорсалгий принадлежат качественно различным, хотя и взаимосвязанным уровням организации жизнедеятельности человека. Поэтому важным представляется одновременное изучение и биологических, и психологических механизмов хронизации болей. Оценка психологических факторов их патогенеза имеет самостоятельное значение, определяемое прежде всего необходимостью совершенствования психологической помощи пациентам.

Высокая коморбидность хронического болевого синдрома и конкретных психологических особенностей, а нередко и психических расстройств, зачастую объясняется нейробиологической связью между этими явлениями и общим патогенезом (Волель Б.А., 2019).

Согласно биопсихосоциальной модели (Данилов А.Б., 2013), еще одной из форм влияния психологических факторов на нетрудоспособность в связи с ХБС может быть снижение физической активности, ведущее к снижению эластичности мышц и общей выносливости человека.

Такие внешние обстоятельства, как непонимание со стороны семьи, утрата пациентом прежних социальных ролей, изоляция, дезадаптация, которые часто сопровождают переживание боли, в свою очередь поддерживают хронический болевой синдром. Психологические факторы переживания болевого синдрома, такие как страх, тревога, депрессия,

безусловно, влияют на восприятие боли самим пациентом и на его поведение. Биопсихосоциальный подход призван учесть и систематизировать весь спектр причин, приводящих к хронизации боли (Turk D., 2001).

Согласно этой концепции, боль складывается из динамического взаимодействия трех групп факторов, упомянутых выше: биологических, социальных и психологических. По мере развития заболевания каждый из этих факторов может выходить на первый план по степени значимости влияния на переживание пациентом болевых ощущений. Как правило, в момент начала заболевания - в острую фазу - доминируют биологические причины. С течением времени они могут отодвигаться психологическим и социальным факторами. Исходя из этого, исследователи приходят к выводу о том, что терапия хронической боли, предполагающая воздействие лишь на биологические факторы, не может быть достаточно эффективной. Необходимо включать в схему лечения также и устранение когнитивных, эмоциональных и поведенческих нарушений, связанных с хронической болью (Данилов А.Б., 2013).

Особое внимание в рамках биопсихосоциальной модели уделяется динамическому характеру протекания хронических заболеваний, прогрессированию их с течением времени. В связи с этим, хронические синдромы исследуются под углом зрения динамического взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов, как формирующих в совокупности переживания пациентов относительно ХБС.

Очевидно, что биологические факторы оказывают влияние в первую очередь на физиологические изменения; они могут выступать предиктором нарушения, поддерживать его и влиять на характер этого нарушения. Психологические факторы, в свою очередь, определяют тип реакции индивида на болезнь, восприятия боли и иных физиологических симптомов. Социальные факторы генерируют поведенческий ответ пациента на переживание болезненного состояния (Данилов А.Б., 2013). Однако,

взаимодействия и взаимовлияния данных факторов на самом деле гораздо глубже, сложнее и не ограничиваются лишь линейными односторонними воздействиями. В настоящее время известно, что психологические процессы способны влиять на биологические факторы – биохимию мозга, состояние вегетативной нервной системы – через нарушение выработки тех или иных гормонов, нейромедиаторов. В свою очередь, поведение также может оказывать немалое влияние на биологическое состояние через механизм избегающего поведения. Пациенты, страдающие от хронической боли часто начинают избегать определенных действий. Если в начале развития синдрома это может облегчать самочувствие и даже рекомендовано врачом, то с течением времени, зачастую, избегание закрепляется в поведении и сохраняется, уже несмотря на отсутствие объективной пользы от такой формы поведения. Кроме того, длительное избегающее поведение может приводить к дальнейшему снижению физической адаптации, сохранению и усилению болевого синдрома.

Картину множества взаимовлияний дополняет и непосредственное влияние самого заболевания и проводимого лечения на поведенческие и когнитивные особенности пациента. Физиологические изменения, происходящие ввиду заболевания и применяемые медикаменты сказываются на восприятии пациентом своего состояния, скорости познавательных способностей, концентрации внимания, работоспособности, могут вызывать быструю утомляемость, сонливость.

С развитием синдрома параллельно формируются вторичные проблемы адаптации. Пассивная позиция пациента, избегающее поведение ведет к чрезмерной концентрации на состоянии своего здоровья, часто наблюдается так называемый «уход в болезнь», придание своим симптомам сверхценной значимости. Все эти реакции лишь закрепляют пассивный паттерн поведения и укрепляют в сознании пациента уверенность в собственной нетрудоспособности. Снижение физической активности, кинезиофобия

(необоснованный страх движения и причинения себе вреда), тревога, отсутствие социальной поддержки – все это препятствует эффективному лечению боли, реабилитации, восстановлению трудоспособности и активной жизни пациента.

Таким образом, хроническую боль нельзя рассматривать как синдром, обоснованный только лишь биологической или психологической составляющей. Как следует из всего вышеописанного, боль в современном понимании - это многогранное сочетание ряда биологических, медицинских, психологических и социальных факторов, пребывающее в динамическом взаимодействии.

1.1. Личностные особенности пациентов с хронической болью в спине

Анализируя ведущие потребности и стили эмоционального, когнитивного и поведенческого реагирования, Григорьева В.Н. (2004) выделила наиболее характерные черты пациентов со спинальной болью:

- высокий уровень тревоги, повышенная эмоциональная сензитивность к влияниям среды, склонность фокусироваться на негативных мыслях и воспоминаниях;
- соматизация эмоций – ограничение спектра и глубины чувственных переживаний с повышенным ощущением телесных ощущений;
- затруднения в осознании своих эмоций и психологической обработке ситуаций (алекситимия);
- ригидное, тугоподвижное мышление, низкая способность к поиску новых и разнообразных способов решения задач;
- тенденция подавлять агрессию и проявления иных негативных эмоций;
- пассивность, низкая поисковая активность.

При объяснении внутренних механизмов взаимосвязи хронического спинального болевого синдрома с описанными личностными особенностями, делается акцент на том, что данные характеристики могут способствовать развитию психологического дистресса, который, в свою очередь, связан с усилением болевой симптоматики, хронизацией боли. Таким образом, личностные особенности оказывают опосредованное влияние на болевой синдром.

В работах с использованием шкал ММРІ было показано, что личностные особенности пациентов с хронической болью в спине схожи с особенностями пациентов с другими типами хронической боли. Так, у пациентов с ХБС отмечается существенное повышение по шкалам невротической триады: «ипохондрия», «депрессия» и «истерия». Интересно, что уровень выраженности депрессивных тенденций ниже показателей остальных шкал триады. Повышенный уровень нейротизма является доказанной причиной преобразования острой спинальной боли в хроническую форму, а также ее рецидивов. Связь нейротизма и болевого синдрома авторы объясняют посредством концепции катастрофизации – когнитивного стиля мышления, при котором отмечается избыточная концентрация внимания на отрицательных аспектах ситуации и представлениях о том, что ситуация со временем может ухудшиться (Волель Б.А., 2019). Приведенные выше особенности пациентов с хроническим спинальным болевым синдромом тесно связаны с повышенной склонностью к болевым ощущениям и эмоциональному дистрессу (Sullivan M.J. и соавт., 2001).

Как описывается у Булюбаш И.Д. (2013), формой воздействия феномена катастрофизации на усиление болевого синдрома и ограничение физической активности может быть влияние, опосредованное социальным окружением пациента. Катастрофизация зачастую направлена на окружающих и является способом привлечения внимания и реализации потребностей в заботе и сочувствии. Получение желаемого ответа от близких может действительно

способствовать снижению болевой симптоматики, однако, в то же время, такая схема может подкреплять зависимое поведение и вторичную выгоду, получаемую пациентом от состояния нездоровья.

Кроме того, отмечается (Волель Б.А., 2019), что при сочетании нейротизма и катастрофизации на фоне хронической боли, пациенты с высоким избеганием вреда, находясь в постоянном тревожном ожидании усиления боли, оказываются во власти пессимистических размышлений. Боль, в свою очередь, усиливает тревогу и руминативное мышление (мыслительная «жвачка», сосредоточенная на трудностях). Низкая способность к саморефлексии у пациентов мешает им наметить для себя важные и интересные жизненные цели и следовать им, что ведет к хронизации боли, замыкая порочный круг и нарушая повседневное функционирование.

Подобные особенности мышления (такие как руминация и катастрофизация) обнаруживаются не только в сочетании с нейротизмом, но и при тревожных и аффективных расстройствах. Эти данные позволяют делать вывод о том, что приведенные паттерны мышления могут рассматриваться как предикторы формирования как психосоматических, так и ряда психических расстройств.

В исследовании Морозовой (2020) было доказано влияние типа темперамента на особенности переживания болевого синдрома, характеристики боли и способность пациентов к саморегуляции. Выраженный нейротизм, характерный для меланхоликов и холериков, способствовал усилению боли и развитию тревожной симптоматики до субклинической и клинической степени выраженности. Сангвиники и флегматики, в свою очередь, заметно успешнее справлялись с переживанием ХБС.

Еще одним фактором, предрасполагающим к хронизации спинальной боли, является *алекситимия*. Неспособность пациентов распознавать, отслеживать и проживать свои эмоции приводит к тому, что психологические переживания находят реализацию только через соматические проявления, в

том числе – болевые (Волель Б.А., 2019). Также в исследовании Есина Р.Г. и соавторов (2018) было показано, что пациентам с хронической болью значительно чаще присуща алекситимия по сравнению с пациентами, страдающими острыми болями.

Еще одной важной личностной характеристикой, влияющей на успешность совладания пациента с хронической болью является *самоэффективность* (self-efficacy). Автор концепции самоэффективности Альберт Бандура подразумевал под этим понятием убежденность человека в эффективности предпринимаемых им действий и веру в успех от их реализации. Пациенты, сталкивающиеся с хронической болью физиологического генеза, в течение приблизительно первого года течения заболевания, как правило, уверены в том, что обладают всеми необходимыми ресурсами для преодоления боли и выздоровления. Они готовы проявлять упорство для достижения поставленной цели. На втором году борьбы с болевым синдромом самоэффективность резко снижается. Именно в этот период пациенты и нуждаются в обязательной психологической поддержке (Котельникова А.В., 2022).

А. Бандура считал самоэффективность важнейшей детерминантой, позволяющей с определенной степенью достоверности предсказать реальное поведение человека в длительной стрессовой ситуации, в том числе – при хроническом соматическом заболевании. Современные исследования действительно обнаруживают взаимосвязь самоэффективности с уровнем комплаентности пациентов. Так, уровень самоэффективности положительно коррелирует с результатами лечения и скоростью социальной адаптации пациента (Котельникова А.В., 2022).

Обнаруженная закономерность представляет большую методологическую ценность, поскольку эти данные позволят усовершенствовать психологическое сопровождение пациентов с хронической спинальной болью.

1.2. Роль депрессии в клинической картине хронического спинального болевого синдрома

Спинальная боль обнаруживает высокую коморбидность с многими аффективными расстройствами. Согласно статистике, чаще всего они обнаруживаются у пациентов, страдающих от хронической боли в поясничном отделе. К примеру, распространенность депрессивных расстройств при хроническом люмбаго составляет 30-40%, что в 3 – 4 раза чаще, чем в общей популяции. В свою очередь, пациенты с депрессией на первичном приеме у врача в 75% случаев жалуются на боли в разных частях тела (Волель Б.А., 2019). У 50–60 % (а по некоторым данным – до 65–100 %) пациентов наблюдается одновременно депрессия и ХБС (Вознесенская Т.Г., 2003)

Многие исследователи сходятся во мнении, что связь депрессивного расстройства с болевым синдромом имеет двустороннюю направленность. Болевая симптоматика вызывает негативные эмоции, снижение настроения, вплоть до депрессии. В свою очередь, депрессия может приводить к усилению боли, повышая степень болевой чувствительности. Эта взаимосвязь в случае отсутствия комплексного мультидисциплинарного подхода зачастую и приводит к хронизации боли (Дамулин И.В., 2005).

В зарубежных исследованиях, посвященных изучению коморбидных аффективных расстройств при спинальной боли, были описаны результаты, свидетельствующие о том, что депрессивное расстройство является фактором, значительно усиливающим интенсивность болевой симптоматики (Tsuji T, и соавт., 2016). В то же время, депрессия не только усиливает уже имеющуюся боль, но может являться и причиной ее возникновения и дальнейшей хронизации. Причем более тяжелое течение депрессивного расстройства связано с большей вероятностью формирования болевого синдрома. Депрессия при хронической спинальной боли ухудшает прогноз выздоровления пациента, перспективу возвращения к социальной активности

и профессиональной деятельности; может выступать фактором, способствующим формированию резистентности к терапии (Волель Б.А., 2019).

Внутренний механизм взаимосвязи болевого синдрома с депрессивным расстройством все еще не до конца изучен, однако в зарубежной литературе (D. Fishbain и соавт., 1997) обобщены основные подходы к объяснению этого механизма. Так, авторы выделили пять основных гипотез:

1) по *гипотезе предшествования*, депрессия является первичной по отношению к болевому синдрому. Снижая болевой порог, она становится причиной возникновения боли или усиления и хронизации уже имеющегося болевого синдрома;

2) *гипотеза последующего возникновения* является противоположной гипотезе предшествования. Согласно данному подходу, болевой синдром, являясь причиной дистресса, провоцирует формирование и развитие депрессивного расстройства;

3) *гипотеза «шрама»* или «отпечатка» (scar) предполагает развитие депрессии на почве имеющейся склонности человека к формированию депрессивных расстройств или опыта депрессивных эпизодов в прошлом. Хроническая боль же в данном случае выполняет роль «пускового механизма», облегчая развитие новых депрессий;

4) когнитивно-поведенческая *гипотеза опосредования* предполагает, что физиологические взаимосвязи между болью и депрессией отсутствуют или играют незначительную роль. Согласно данной гипотезе, коморбидность депрессивного расстройства и хронического болевого синдрома объясняется их параллельным формированием под действием одних и тех же причин – нерациональных когнитивно-поведенческих сценариев поведения, куда относятся: катастрофизация, мышление по типу «всё или ничего», низкая толерантность к неопределенности и др.;

5) модель *общих механизмов патогенеза* так же, как и предыдущая гипотеза строится на предположении о значимости общих причин формирования аффективных расстройств и хронической боли. Однако здесь эти причины связаны с отклонениями в работе одних и тех же нейрональных структур и нейромедиаторных систем.

При рассмотрении конкретно спинальной боли, исследователи признают наиболее убедительной гипотезу последующего возникновения.

Физиология болевого процесса также обуславливает коморбидность боли и депрессии, поскольку серотонинергическая система задействована в регуляции болевого восприятия за счет соматосенсорных и нейромышечных рефлекторных путей. Депрессия нарушает нейрорегуляторные процессы и, согласно одной из теорий, происходит сбой модуляции болевых сигналов при котором нормальные сигналы от органов и тканей начинают восприниматься как болевые; это создает диффузный характер болевых ощущений (Швайко Е.Г., 2022).

Рассматривая влияние хронической боли и депрессии на процессы нейропластичности, изучают также изменения в работе дофаминергической системы. Мензис и коллеги (V. Menzies, 2021) пришли к выводу о том, что при длительном воздействии боли снижается активность дофамина, а подавление экспрессии рецепторов дофамина может приводить к возникновению депрессии (Швайко Е.Г., 2022).

Депрессия, сопутствующая хроническому болевому синдрому, имеет чаще всего маскированный характер (Смулевич А.Б., 2012). Длительный болевой синдром является одной из самых распространенных соматических «масок» депрессивного расстройства. Локализация боли при этом, как правило, может быть практически любой.

Соматизированные депрессии отличаются некоторой спецификой. Зачастую им свойственна относительно низкая выраженность ядерных симптомов, затяжной характер протекания болезни с сохранением болевой

симптоматики даже в период ремиссии, частые рецидивы. Болевые синдромы при депрессии характеризуются большим разнообразием, однако в большинстве случаев имеют схожесть с болью, вызванной физическими травмами. Наиболее распространенными жалобами у таких пациентов являются чувство спазма, жжения, распираания в области спины.

1.3. Роль тревожных расстройств в клинической картине хронического спинального болевого синдрома

Тревога – распространенная проблема, с которой сталкивается множество людей по всему миру. Статистика показывает, что пределы распространенности тревожного расстройства варьируются от 1,7 до 3,4% за год и от 4 до 8% в течение жизни человека. С возрастом частота встречаемости тревожного расстройства лишь растет, причем после 40 лет – особенно интенсивно. Эпидемиологические исследования показывают, что наибольшая частота тревожных расстройств обнаруживается у людей от 45 до 59 лет – 7,7%. Кроме того, у женщин тревожные расстройства отмечаются приблизительно в четыре раза чаще, чем у мужчин (Kessler RC, 2005).

Опыт зарубежных исследователей свидетельствует о том, что зачастую тревога является первичной по отношению к болевому синдрому. Вовремя диагностированное тревожное расстройство и грамотно подобранная анксиолитическая терапия способны устранить также и болевую симптоматику (Janzen K и соавт., 2016). Также имеются данные о том, что пациенты с генерализованным тревожным расстройством, не выявленным вовремя, больше склонны к хронизации острой боли.

Логичным объяснением связи тревожных расстройств с хроническим болевым синдромом представляется мышечное напряжение, возникающее как один из основных соматических симптомов тревоги. Переходя в мышечный спазм, оно служит предпосылкой к формированию болевого синдрома (Janzen

К и соавт., 2016). Также известно, что высокий уровень тревожной симптоматики у пациентов часто сочетается со снижением порога болевой чувствительности (Cioffi, I. и соавт., 2016).

Спинальная боль редко является изолированным соматическим проявлением генерализованной тревоги. Часто пациенты предъявляют жалобы на болевые ощущения не только в пояснице, но и в области шеи, головы, рук и ног. При этом боль описывается как рассеянная, разливающаяся по всему телу, отмечаются мышечные спазмы в разных участках (Волель Б.А., 2019). Болевой синдром зачастую дополняется другими характерными для тревоги телесными проявлениями: потливость, тахикардия, озноб, одышка и др.

Celestine J. и соавторы (2009) в мета-анализе, включавшем 25 клинических исследований с участием более 3000 пациентов, установили, что депрессия, тревога и соматизация могут быть предикторами низкой эффективности различных методов терапии при болевом синдроме – как традиционных нейрохирургических операций, так и установки нейростимуляторов. Положительная связь между одним или несколькими психологическими факторами и неблагоприятным исходом лечения была обнаружена в 92,0% рассмотренных исследований. В частности, предоперационная соматизация, депрессия, тревога и плохое преодоление стресса оказались наиболее полезными для прогнозирования плохого ответа (т. е. меньшей пользы лечения).

Считается, что у пациентов с ХБС наблюдается снижение активности противоболевой системы – нисходящих тормозных влияний (передней поясной коры, префронтальной коры) и их модулирующего влияния на прилежащее ядро (контролирующее высвобождение мю-опиоидов); аналогичные изменения наблюдаются при наличии эмоциональных расстройств (высокой катастрофизации, тревоги и депрессии). Нарушение вышеописанных процессов возникает из-за дисбаланса моноаминов

(серотонина, норадреналина, дофамина), что является точкой приложения для фармакотерапии (Исайкин А.И., 2022).

1.4. Связь посттравматического стрессового расстройства и хронической боли в спине

В исследованиях, посвященных посттравматическому стрессовому расстройству, была доказана роль травматического стресса в формировании и развитии болевого синдрома. Как отмечает Торгашов М.Н. (2012), болевой синдром является частой проблемой, возникающей у лиц с ПТСР вне зависимости от вида и характера пережитого травмирующего события. Люди, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством достоверно чаще предъявляют жалобы на хроническую боль в сравнении с частотой данных симптомов в общей популяции. Хронический болевой синдром также чаще наблюдается у пациентов с ПТСР, чем у лиц, переживших травмирующие события, не повлекшие за собой развитие посттравматического стресса (Волель Б.А., 2019).

Согласно международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), ПТСР – расстройство, возникающее как отсроченный или затянувшийся ответ на стрессовое событие (краткое или продолжительное) исключительно угрожающего или катастрофического характера. Характерными признаками и диагностическими критериями для ПТСР являются эпизоды возврата к травмирующему событию и его повторного переживания через навязчивые воспоминания (флешбэки), мысли, ночные кошмары. Человек, страдающий посттравматическим стрессовым расстройством, как правило, пребывает в стойком негативном эмоциональном состоянии, теряет способность испытывать положительные эмоции, испытывает чувство страха, ужаса, вины, стыда, гнева и др. Для такого состояния характерно ощущение отчужденности, отгороженности от

окружающей действительности и близких людей, отсутствие интереса к тому, что раньше представлялось важным.

Наиболее жизнеспособной концепцией, объясняющей взаимосвязь ПТСР и болевого синдрома, представляется концепция общего предрасположения. Согласно данной концепции, общими факторами, способствующими хронизации боли и развитию ПТСР, могут являться склонность к искажениям мышления, гиперреактивность центральной нервной системы (в том числе вегетативной) и трудности в подавлении неприятных воспоминаний. Будь то эпизод болевого ощущения или сильный эмоциональный стресс, эти факторы могут усилиться и способствовать как хронизации болевого синдрома, так и всплескам травматических воспоминаний. Клиническая картина болевого синдрома при ПТСР схожа с картиной боли при тревожных расстройствах. Выражается она, как правило, ощущением сильных мышечных спазмов, болезненного напряжения (Волель Б.А., 2019).

Исходя из рассмотренного выше, можно сделать вывод о том, что хроническая спинальная боль взаимосвязана с многими психическими расстройствами и личностными особенностями. Характер этой взаимосвязи не всегда очевиден, и на данный момент зачастую объясняется лишь гипотетически, однако уже сейчас можно с уверенностью говорить о влиянии сопутствующих психических расстройств, таких как ПТСР, тревожные и депрессивные расстройства, на усиление и хронизацию спинальной боли. Это, в свою очередь, неизбежно ведет к снижению социальной адаптации пациентов, снижению уровня жизни, влияет на восприятие пациентом своего заболевания и, следовательно, на тип отношения к болезни и степень приверженности лечению.

Описанные взаимосвязи свидетельствуют о том, что своевременная диагностика, выявление и терапия психических расстройств, а также коррекция некоторых дезадаптивных психологических особенностей у

пациентов с хронической спинальной болью, может значительно облегчить их состояние и положительно повлиять на эффективность лечения болевого синдрома. Для реализации такого комплексного подхода необходима интеграция специалистов разных профилей (неврологов, психиатров, психологов, психотерапевтов) в мультидисциплинарную команду.

1.5. Психологическая помощь пациентам с хронической болью в спине

В настоящее время исследователи психологии хронической боли сходятся в представлениях о необходимости включения в терапевтический процесс и психотерапии независимо от патофизиологической специфики болевого синдрома пациента. Признается важность обучения пациентов адаптивным способам совладания с болью, поведенческим и когнитивным навыкам, помогающим осознать возможность контроля над тем, каким образом и с какой интенсивностью болевой синдром влияет на образ и качество жизни (Данилов А.Б., 2013). Существенной представляется также и психолого-просветительская работа, направленная на объяснение пациентам специфики взаимовлияний психики и болевого синдрома.

Помимо обучения пациентов новым поведенческим навыкам, не меньшей значимостью обладает также и собственно психологическая поддержка и сопровождение пациентов в переживании болевого синдрома и страданий, связанных с ним. Опыт зарубежных специалистов в психологической помощи пациентам с хроническим спинальным болевым синдромом может оказаться полезным и для отечественной психологии и медицины. Так, в обзоре исследований Kamper SJ и соавторов (2015) указывается на то, что мультидисциплинарные биопсихосоциальные реабилитационные вмешательства являются более эффективными в

уменьшении боли и снижении инвалидности у людей с хронической болью в пояснице, чем обычное лечение и физиотерапия.

Несмотря на многочисленные исследования, доказывающие роль психологических факторов в клинической картине хронического болевого синдрома, их значимость зачастую до сих пор не признается не только пациентами, но и многими врачами. Это проблема не только отечественной медицины, но во многом и общемировая. Так, исследования, проводившиеся в Германии показали (Исайкин А.И., 2022), что $\frac{2}{3}$ пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом в нижней части спины (ХБНС), не признают влияния психоэмоциональных особенностей на течение заболевания. Все еще нередки случаи, когда для болевого синдрома неясного генеза безуспешно продолжают искать анатомические причины, что приводит к нерациональному расходованию средств пациента и ресурсов медицинских учреждений на дополнительные обследования, лечение и даже оперативные вмешательства. Таким образом, отмечается разрыв между современными исследованиями и степенью внедрения их результатов в терапевтическую практику. В клинических рекомендациях по лечению ХБНС и болевых синдромов в других частях тела зачастую также не придается значения сопутствующим психоэмоциональным нарушениям.

Наиболее эффективным представляется индивидуальный и комплексный подход к лечению пациента, включающий как лекарственные, так и нелекарственные методы, коррекцию дезадаптивных установок, психологическую поддержку, обучение психологическим техникам самопомощи, повышение уровня физической активности пациентов. К сожалению, подобный комплексный подход на данный момент пока редко встречается в реальной клинической практике. Однако, его внедрение было бы эффективным, и в том числе, в случаях длительного лечения без видимого улучшения состояния пациента (Парфенов В.А., 2022).

Серьезную сложность на пути к эффективному комплексному подходу к терапии хронической спинальной боли представляет низкий уровень комплаентности пациентов данной группы. Зачастую их сложно убедить в необходимости регулярного приема лекарственной терапии, перемены образа жизни, работы с психологом. Препятствием является опыт малоэффективного лечения, который снижает приверженность пациента лечению и его желание активно участвовать в процессе собственного выздоровления. Крайне важно обсуждать с пациентом механизмы формирования его болевого синдрома, доступным языком объяснять, как влияют на организм фармакотерапия, психокоррекция, уровень физической активности (Олюнин Ю.А., 2022).

На данный момент не существует общепринятых показаний для использования конкретных психотерапевтических методов при лечении пациентов, страдающих от хронической боли в спине. Также нет исчерпывающих данных, которые свидетельствовали бы в пользу большей эффективности одного метода в сравнении с остальными. Чаще всего при выборе методов психотерапии специалисты отдают предпочтение тем, которыми сами владеют, подбирая наиболее подходящие инструменты в зависимости от конкретной ситуации пациента (Мелкумова К.А., 2010). Однако, стоит заметить, что в литературе, посвященной психологической помощи пациентам с ХБС, зачастую отмечаются хорошие результаты применения когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Вместе с тем, достоверно оценить эффективность КПТ, как и любого другого подхода – довольно сложная задача. В разрозненных исследованиях на данную тему в качестве результата оценивались разные факторы: снижение интенсивности болевого синдрома и необходимости применения болеутоляющих средств, уменьшение болевого поведения, улучшение эмоционального состояния пациентов, снижение частоты обращений за медицинской помощью и т.д. Кроме того, не всегда есть возможность исключить влияние очевидных побочных факторов, влияющих на состояние

пациента – прием лекарственной терапии, прописанные врачом физические упражнения. Эти факторы в разных комбинациях не позволяют оценить действенность когнитивно-поведенческой терапии изолированно или в комплексе с другими методами (Мелкумова К.А., 2010).

Тем не менее, есть исследования, результаты которых свидетельствуют в пользу эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии в случаях хронического спинального и других болевых синдромов. КПТ показала эффективность как в качестве индивидуального метода, так и в комбинации с другими нелекарственными методами терапии - физиотерапия, физкультура, мануальная терапия (Головачева В.А., 2019; Кузьминова Т.И., 2020). Мишенями психотерапевтической работы в таком случае становятся иррациональные убеждения, такие как катастрофизация боли и вера в неизлечимость своего заболевания; кинезиофобия - необоснованный страх движения и причинения себе вреда; охранительное и избегающее поведение; тревожно-депрессивная и иная психопатологическая симптоматика; нарушения сна, общий уровень качества жизни (Головачева В.А. и соавт., 2019). Также, помимо КПТ, отмечается эффективность таких психологических методов, как: терапия принятия и ответственности (ТПО); и майндфулнесс (терапия осознанности); биологическая обратная связь (БОС); методы релаксации (Кузьминова Т.И. и соавт., 2020); психоаналитические подходы, гипнотерапия, телесно-ориентированная терапия, медитативные практики и др. (Петелин Д.С., 2022).

Единой принятой программы по когнитивно-поведенческой терапии пациентов со спинальной болью на сегодняшний день не создано, однако большинство программ имеет схожую структуру и включает несколько этапов. Начинается программа, как правило, с теоретического экскурса, в рамках которого пациенту в доступной форме предоставляется информация о биологических и психосоциальных причинах болевого синдрома и его

эмоционального состояния. Это помогает понять связь между различными факторами и возникновением боли в спине.

Затем производится анализ мотиваций, интересов и потребностей пациента, в процессе которого пациент учится саморефлексии и осознанному отслеживанию возникающих эмоций, своего уровня стресса. Пациент постепенно приобретает навык обнаруживать источники тревоги, осознавать и фиксировать свое отношение к боли и заболеванию в целом, к окружающим людям и к самому себе.

Далее акцент смещается на повышение мотивации пациента к выздоровлению. Психотерапевт направляет клиента в сторону переосмысления значимости болезни; выявление возможной вторичной выгоды, которая препятствует лечению. В процессе пациент находит и осознает свои возможности влиять на процесс излечения и возможность справиться с болезнью.

На следующем этапе происходит обучение пациента различным техникам преодоления сложных негативных эмоций и переживаний, связанных с болью. Важно научиться эффективно справляться с негативными эмоциями и стрессом, чтобы улучшить качество жизни и снизить болевые ощущения.

В завершение программы происходит отработка, закрепление приобретенных навыков совладания с теми проблемами, которые возникают в связи с болезнью. Таким образом, программа когнитивно-поведенческой психотерапии для пациентов с болями в спине включает не только передачу информации и обучение, но и работу с мотивацией, преодоление стресса и развитие новых навыков реагирования на проблемы (Григорьева В.Н., 2004).

Еще одним направлением, пользующимся популярностью при терапии хронической боли является терапия осознанности. Она, будучи в значительной степени основанной на восточных медитативных практиках, представляет собой набор методик, направленных на переключение внимания пациента на

ситуацию «здесь и сейчас», безоценочное наблюдение за окружающей действительностью и собственными переживаниями, телесными реакциями и т.д. Результаты исследований, посвященных проверке эффективности терапии, основанной на принципе осознанности, а также изучению ее влияния на мозговую деятельность, говорят о том, что применение терапии осознанности эффективно для снижения интенсивности стресса, тревожных и депрессивных проявлений, а также для улучшения физического состояния и облегчения боли. Влияние данного вида терапии на физиологические процессы происходит за счет активации сети пассивного режима работы мозга (default mode network). Терапия осознанности для пациентов с болями в спине по своей применимости сравнима с КПТ. Таким образом, она может быть использована как самостоятельный метод в лечении пациентов с ХБС, а также в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией (Петелин Д.С., 2022).

Таким образом, в настоящее время нет сомнений в том, что психотерапия должна являться неотъемлемой частью терапии хронической спинальной боли. Психотерапевтические методы в работе с данной группой пациентов направлены на формирование адаптивных способов совладающего поведения для преодоления болевых ощущений и стресса, связанного с болевым синдромом. Основная задача, стоящая перед психотерапевтом или клиническим психологом в данном случае – помочь пациенту вернуться в активную повседневную жизнь, повысить уровень его социальной активности, заинтересованности и вовлеченности в процесс собственного выздоровления. Психотерапия позволяет пациентам с большей осознанностью воспринимать свое заболевание и связанные с ним переживания, находить взаимосвязи между психологическими явлениями и телесными реакциями организма (Петелин Д.С., 2022).

2. ХАРАКТЕРИСТИКА МАТЕРИАЛА И МЕТОДЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе неврологического отделения. В исследовании приняли участие пациенты с хроническим болевым синдромом в спине различной этиологии:

- дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника с преимущественным поражением пояснично-крестцового отдела позвоночника;
- остеохондроз позвоночника (M42);
- стеноз позвоночного канала (M48);
- поражения межпозвоночных дисков (M51);
- грыжи (M51.2).

В выборку пациентов с ХБС вошли 67 респондентов возрастом от 18 до 86 лет. Средний возраст респондентов 54 года. В выборке 20 мужчин и 47 женщин. Включение в экспериментальную группу проводилось с учетом гомогенности клинических признаков — наличия хронического спинального болевого синдрома. Оценка клинической картины производилась врачом-неврологом. У пациентов, включенных в экспериментальную группу наблюдалась хроническая болевая симптоматика в спине продолжительностью более 3 месяцев — сверх нормального периода заживления (согласно критериям диагностики из Клинических рекомендаций (2016)). Все пациенты на момент данного исследования проходили стационарное либо амбулаторное лечение на Неврологическом отделении №2. Критериями исключения из экспериментальной группы служили: отсутствие добровольного информированного согласия пациента на участие в исследовании; наличие интеллектуального дефекта, психотического или

иного состояния, препятствующего возможности адекватной самооценки пациентом своего состояния.

В выборку условно здоровых лиц вошли респонденты от 19 до 66 лет, средний возраст – 42 года. Численность выборки – 42 человека, 5 мужчин и 37 женщин. Критериями включения были: отсутствие болевого синдрома, отсутствие серьезных хронических заболеваний. Критериями исключения служили: наличие интеллектуального дефекта, психических расстройств, психотических и иных состояний, препятствующих адекватной оценке респондентом своего состояния.

Для изучения психологических особенностей респондентов использовались следующие методики:

1. *Методика «Шкала Тампа»*. Методика представляет собой 17-пунктовый психодиагностический опросник самоотчет. Количественным результатом применения опросника могут являться как данные о наличии или отсутствии кинезиофобии в характеристиках психоэмоционального состояния больного (что отражает итоговый суммарный показатель), так и более подробное исследование структуры феномена, что интерпретируется посредством соотнесения показателей по внутренним шкалам: «Физическая составляющая кинезиофобии» и «Психологическая составляющая кинезиофобии».
2. *Опросник боли Мак-Гилла (MPQ)*. Опросник включает в себя три шкалы: сенсорную (перечень ощущений боли), аффективную (воздействие боли на психику) и эвалюативную (оценка интенсивности боли). Анализируется три показателя:
 - индекс числа выбранных дескрипторов (ИЧВД) – общее число выбранных вербальных характеристик;
 - ранговый индекс боли (РИБ) – сумма порядковых номеров дескрипторов в каждом разделе;

- интенсивность боли – результат по эвалюативной шкале.

Показатели ИЧВД и РИБ можно оценивать применительно ко всему опроснику или отдельно по каждой шкале.

3. *Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)* в адаптации М.Ю. Дробижева (Андрющенко А.В., Дробижев М.Ю., Добровольский А.В., 2003). Стимульный материал методики состоит из 14 утверждений (7 на выявление тревоги и 7 на депрессию), каждому из которых соответствует 4 варианта ответа, отражающих градацию выраженности признака: от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации результатов учитывается суммарный показатель по каждой из двух подшкал.
4. *Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL–90–R)* включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал, отражающих выраженность психопатологических симптомов. Каждый из 90 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует позиция «совсем нет», а 4 — «очень сильно». Оцениваются следующие шкалы:
 - соматизация;
 - обсессивно-компульсивные расстройства (навязчивости);
 - интерперсональная чувствительность;
 - депрессия;
 - тревожность;
 - враждебность;
 - навязчивые страхи (фобии);
 - параноидность (паранояльность);
 - психотизм;
 - общий индекс тяжести;
 - индекс тяжести наличного дистресса;

- число утвердительных ответов (число беспокоящих симптомов).

5. *Диагностика иррациональных установок А. Эллиса* направлена на определение степени выраженности иррациональных установок человека. Оцениваются следующие шкалы:

- катастрофизация;
- долженствование в отношении себя;
- долженствование в отношении других;
- фрустрационная толерантность;
- самооценка рациональности мышления.

6. *Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса* (Вассерман Л.И., 2009). Опросник включает 50 утверждений, каждое из которых отражает определенный вариант поведения в трудной или проблемной ситуации. Утверждения оцениваются испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты использования предложенной стратегии поведения (никогда, редко, иногда, часто). Пункты опросника объединены в восемь шкал, соответствующих основным видам копинг-стратегий, выделенных авторами:

- конфронтация;
- дистанцирование;
- самоконтроль;
- поиск социальной поддержки;
- принятие ответственности;
- бегство-избегание;
- планирование решения проблемы;
- положительная переоценка.

7. *Личностный опросник «Big Five»* (Noumronrgh university, Holland, 1994). Опросник представляет собой 30 прилагательных, каждое из

которых испытуемому предлагается оценить по 7-балльной шкале от «Совсем не относится ко мне» до «Полностью относится ко мне».

Шкалы измерения:

- Экстраверсия
- Самосознание
- Сотрудничество
- Эмоциональная стабильность
- Личностные ресурсы

8. *Тест жизнестойкости Мадди*. Тест жизнестойкости представляет собой русскоязычную адаптацию англоязычного опросника Hardiness Survey, разработанного американским психологом Сальваторе Мадди (Maddi) в 1984 году. Оригинальный вариант адаптации на русский язык был выполнен Д.А. Леонтьевым, Е.И. Рассказовой. Шкалы методики:

- Жизнестойкость
- Вовлеченность
- Контроль
- Принятие риска

9. *Тест смысложизненных ориентаций* является адаптированной версией теста «Цель в жизни» (Purpose-in-Life Test, PIL) Джеймса Крамбо и Леонарда Махолика. Субшкалы:

- Цели в жизни
- Процесс жизни
- Результативность жизни
- Локус контроля – Я
- Локус контроля – Жизнь

10. *Методика «Индекс жизненного стиля»* (R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte, 1979) в адаптации Л. И. Вассерман и др. (НИПНИ, 2005). Опросник позволяет диагностировать систему механизмов

психологической защиты, выявить как ведущие, основные механизмы, так и оценить степень напряженности каждого. Оценивается выраженность следующих механизмов психологической защиты:

- Отрицание
- Подавление
- Регрессия
- Компенсация
- Проекция
- Замещение
- Интеллектуализация
- Реактивные образования

11. Тест Леонгарда-Шмишека (Н. Schmieschek, 1970) в адаптации Ю.В. Кортнева (2004). Методика предназначена для выявления типов акцентуации личности. Теоретической основой опросника является концепция «акцентуированных личностей» Карла Леонгарда. Оцениваются следующие 10 типов акцентуаций:

- Демонстративный
- Застревающий
- Педантичный
- Возбудимый
- Гипертимический
- Дистимический
- Тревожно-боязливый
- Аффективно-экзальтированный
- Эмотивный
- Циклотимический

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и

визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы STATISTICA 10 (разработчик - StatSoft.Inc).

Проверка выборки на нормальность распределения по критерию Шапиро-Уилка показала, что полученные данные не соответствуют закону нормального распределения, поэтому сравнительный анализ в исследовании проводился по непараметрическому критерию Манна-Уитни; для корреляционного анализа применялся непараметрический критерий Спирмена.

3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1 Описательные статистики

У 100% респондентов выявлено наличие кинезиофобии разной степени выраженности по методике «Шкала Тампа». У 91% обследованных был выявлен средний уровень выраженности; у 9% – низкий уровень (см. рис. 1)



Рис. 1. Показатели выраженности кинезиофобии (в процентах)

По данным внутренних шкал опросника были получены следующие результаты: психологическая составляющая кинезиофобии (или вторичная выгода) у 81% респондентов выражена на среднем уровне; у 3% - на высоком; у 13% - на низком уровне; и у 3% – отсутствует выраженность психологической составляющей кинезиофобии.

Данные по физической составляющей более однородны. У 99% обследованных пациентов был выявлен средний уровень выраженности, и у 1% – низкий уровень.

В среднем по выборке наблюдается средний уровень выраженности кинезиофобии и ее составляющих (см. табл. 1). Отмечается преобладание физического компонента над психологическим.

Таблица 1

Средние значения по методике «Шкала Тампа» (в баллах)

	Среднее	Сигма
Психологическая составляющая	13,28	3,45
Физическая составляющая	27,12	4,02
Сумма	40,46	6,76

По опроснику Мак-Гилла средний ранговый индекс боли составил 27,6 ранга. Общее число выбранных дескрипторов — 12,6 слов. Число дескрипторов в аффективном классе составляло в среднем 4,4 слова, что было меньше числа дескрипторов в сенсорном классе — 8,2 слов. Средний ранговый индекс боли в сенсорном классе составил 19,4 ранга, тогда как в аффективном классе — 8,1.

При оценке уровня тревоги по шкале HADS у 33% испытуемых выявлена клинически выраженная тревога. У 24% тревога выражена на субклиническом уровне. В среднем по выборке наблюдается субклинически выраженная тревога (см. табл. 2).

Клинически выраженная депрессия выявлена у 15% испытуемых. У 16% депрессия выражена на субклиническом уровне. В среднем показатель депрессии по выборке соответствует норме.

Таблица 2

Средние значения по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (в баллах)

	Среднее	Сигма
Тревога	8,4	3,9
Депрессия	6,04	3,7

По опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL–90–R) показатель общего индекса тяжести симптомов, отражающего уровень психического дистресса индивида, в среднем по выборке соответствует норме. Выборка при этом достаточно однородна. Однако выделяются высокие показатели по некоторым шкалам: шкала соматизации, шкала обсессивности – компульсивности (см. табл. 3).

Таблица 3

Средние значения по методике «SCL–90–R» (в баллах)

	Среднее	Сигма
Соматизация	1,34	0,62
Обсессивность-компульсивность	1,05	0,67
Межличностная сензитивность	0,74	0,55
Депрессия	0,93	0,62
Тревожность	0,86	0,66
Враждебность	0,64	0,62
Фобии	0,41	0,45
Паранойяльные тенденции	0,64	0,56
Психотизм	0,47	0,41
Общий индекс тяжести симптомов	0,86	0,47

Диагностика иррациональных установок по методике А. Эллиса выявила наличие выраженных иррациональных установок катастрофизации, долженствования в отношении себя и в отношении других. Показатель фрустрационной толерантности отражает среднюю степень

стрессоустойчивости в выборке. Показатель самооценки рациональности мышления на среднем уровне (см. табл. 4).

Таблица 4

Средние значения по методике «Диагностика иррациональных установок» (в баллах)

	Среднее	Сигма
Катастрофизация	27,94	7,4
Должествование в отношении себя	26,72	5,76
Долженствование в отношении других	29,43	6,19
Фрустрационная толерантность	33,1	7,63
Самооценка рациональности мышления	31,33	7,07

Согласно результатам опросника Р. Лазаруса «Способы совладающего поведения», преобладающими копинг-стратегиями в исследуемой выборке являются планирование решения, поиск социальной поддержки и положительная переоценка (см. рис. 2).

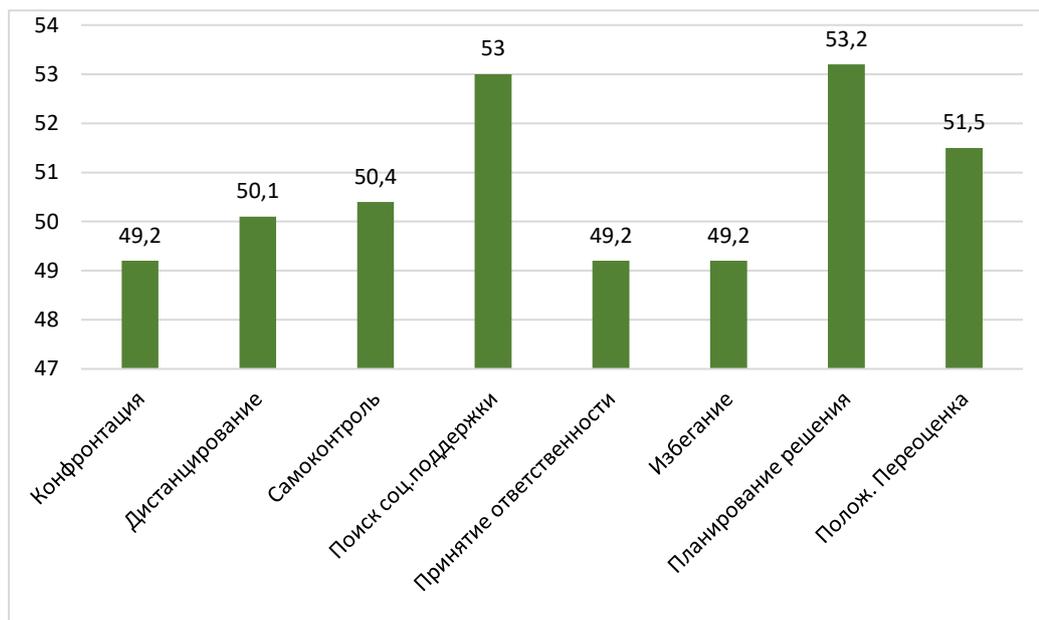


Рис. 2. Средние показатели выраженности шкал по методике «Способы совладающего поведения» (в баллах методики)

Наиболее выраженными механизмами психологической защиты (по методике «Индекс жизненного стиля») у пациентов с ХБС выступают: отрицание, подавление и регрессия (см. рис. 3).

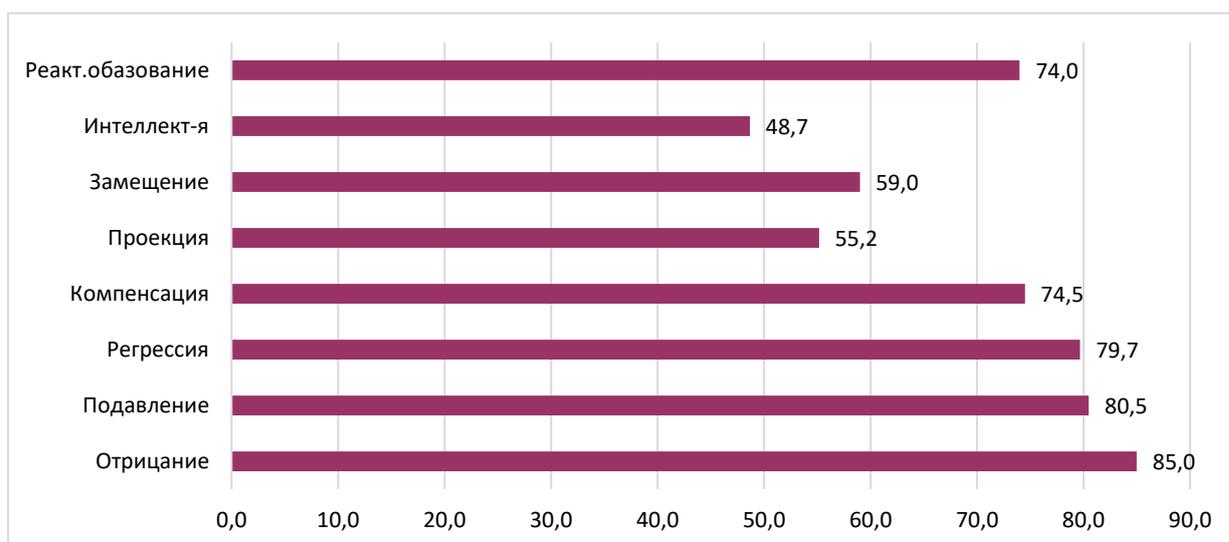


Рис. 3. Средние показатели выраженности шкал по методике «Индекс жизненного стиля» (в баллах методики)

Личностная сфера обследуемых оценивалась по «опросника Леонгарда – Шмишека» (см. рис.4).

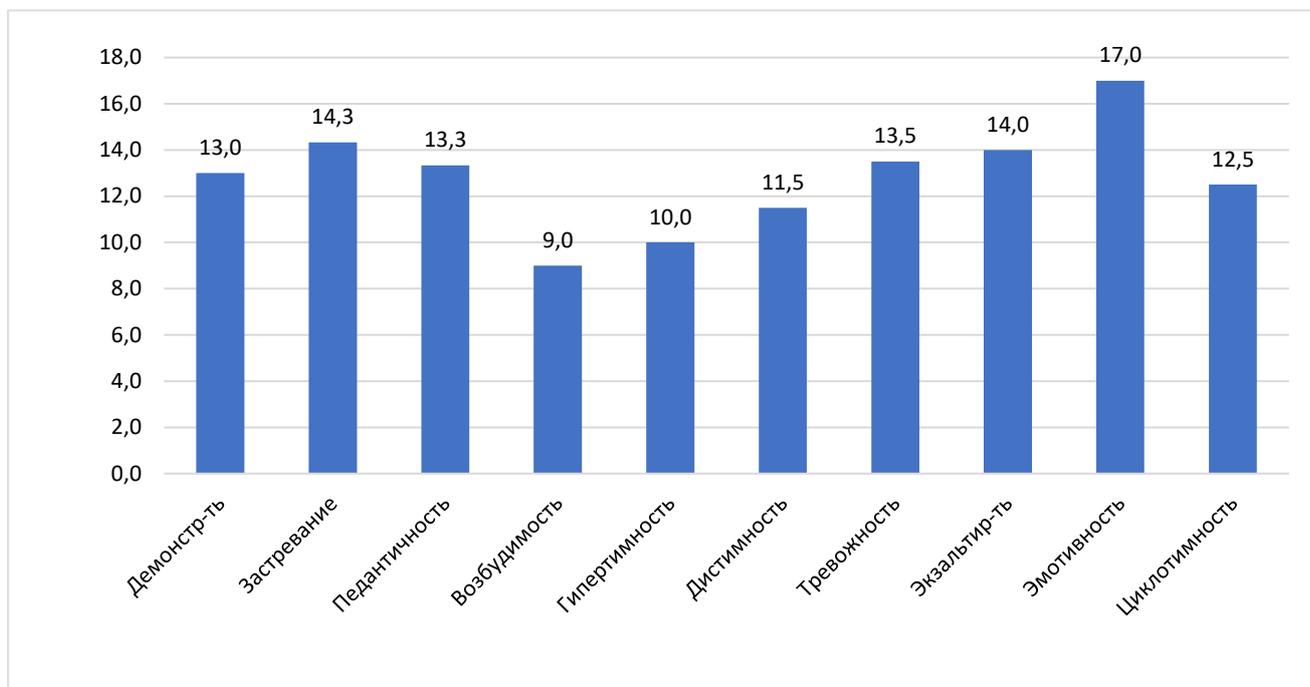


Рис. 4. Средние показатели выраженности шкал по методике «Опросник Леонгарда-Шмишека» (в баллах методики)

Как видно из рисунка 4, наиболее выраженными личностными особенностями пациентов в исследуемой выборке являются эмотивность, застраиваемость, экзальтированность и тревожность.

3.2 Сравнительный анализ

Для осуществления сравнительного анализа был применен непараметрический критерий Манна-Уитни.

При сравнении показателей у группы пациентов с хронической болью в спине (67 человек) и группой без болевого синдрома (42 человека) по методике «Способы совладающего поведения» были получены достоверные различия по показателям дистанцирования ($p = 0,04$), поиска социальной поддержки ($p = 0,001$), избегания ($p = 0,001$), планирования решения ($p = 0,001$) и положительной переоценки ($p = 0,005$).

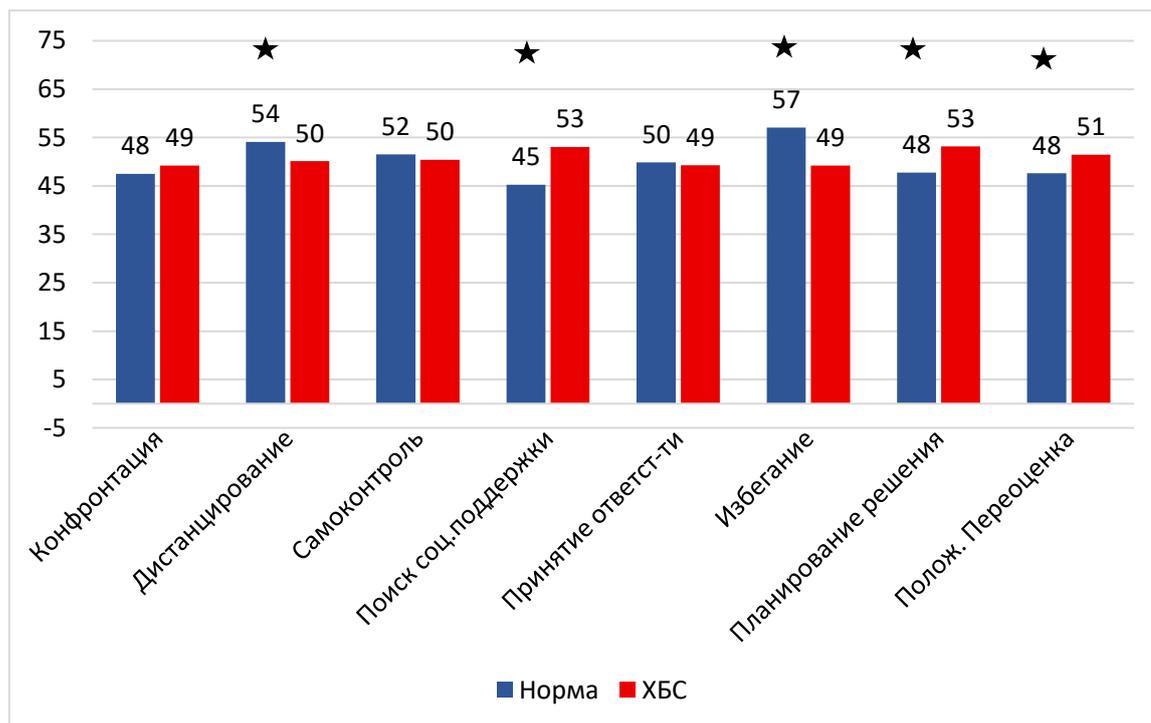


Рис. 5. Сравнительный анализ показателей методики «Способы совладающего поведения» в группе пациентов с хронической болью в спине и группой без болевого синдрома (указаны баллы методики; значимые различия отмечены звездочкой)

Как видно по рисунку 5, пациенты с ХБС значительно чаще прибегают к копингам «поиск социальной поддержки», «планирование решения» и «положительная переоценка»

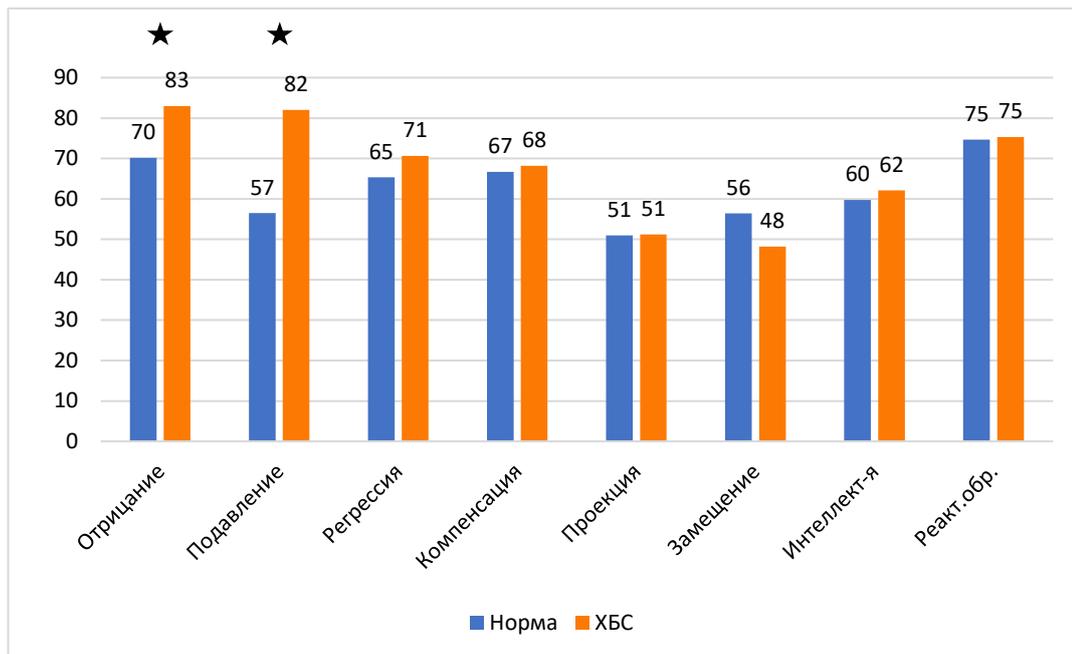


Рис. 6. Сравнительный анализ показателей методики «Индекс жизненного стиля» в группе пациентов с хронической болью в спине и группой без болевого синдрома (указаны баллы методики; значимые различия отмечены звездочкой)

Значимые различия были получены также и в выраженности некоторых механизмов психологических защит (см. рис. 6). Для пациентов с ХБС в большей степени, чем здоровым респондентам свойственны такие защиты, как отрицание ($p = 0,02$) и подавление ($p = 0,006$).

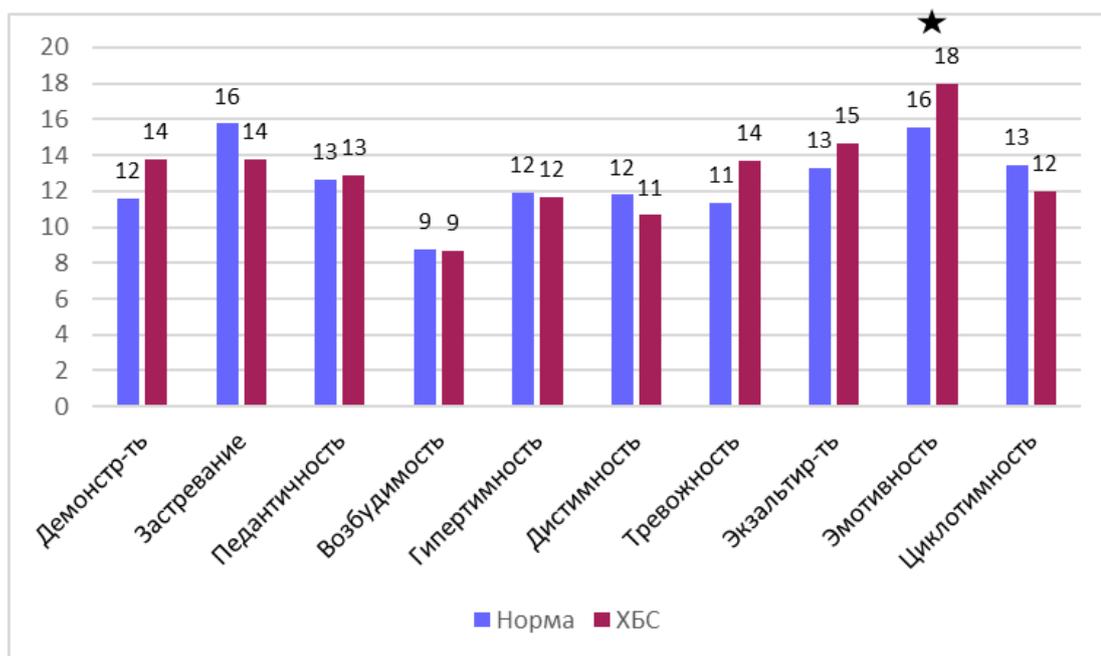


Рис. 7. Сравнительный анализ показателей методики «Опросник Леонгарда-Шмишека» в группе пациентов с хронической болью в спине и группой без болевого синдрома (указаны баллы методики; значимые различия отмечены звездочкой)

Исследование личностных особенностей респондентов показало значимые различия по показателю «эмотивность» ($p = 0,03$). Как видно из рис. 7, респонденты с хронической спинальной болью чаще обладают признаками, характерными для эмотивного типа личности – высоким уровнем эмоциональной реактивности.

3.3 Корреляционный анализ

Для корреляционного анализа использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Как видно из рисунка 8, были обнаружены достоверные положительные взаимосвязи между возрастом и показателем выраженности кинезиофобии, иррациональных установок: катастрофизация, долженствование в отношении себя, долженствование в отношении других. Также выявлены отрицательные

корреляции с показателями фрустрационной толерантности, рациональности мышления и копинг-стратегии «избегание».

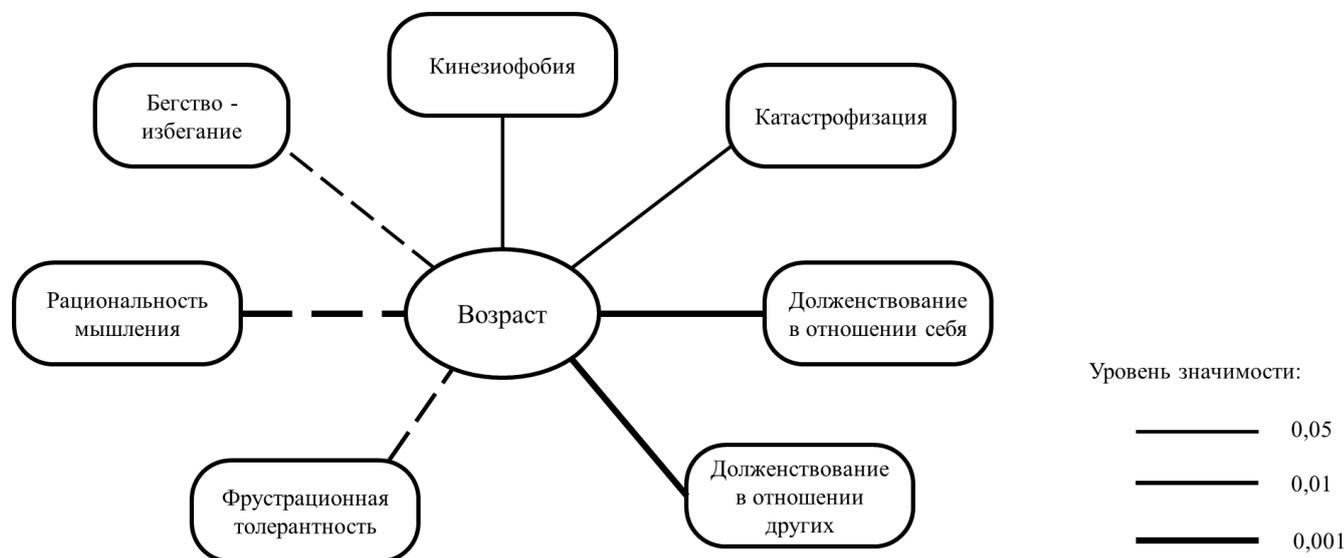


Рис. 8. Взаимосвязь возраста, кинезиофобии, иррациональных установок, и копинга «избегание»

Также были обнаружены значимые отрицательные взаимосвязи (см. рис. 9) личностной особенности «эмоциональная стабильность» из опросника Vig-5 с уровнем выраженности кинезиофобии ($p = 0,01$) и выраженностью аффективного восприятия боли по опроснику Мак-Гилла ($p = 0,05$).



Рис. 9. Взаимосвязь эмоциональной стабильности, кинезиофобии и аффективного восприятия боли

Корреляционный анализ показал, что выраженность болевого синдрома положительно взаимосвязана с интернальным локусом контроля и таким механизмом психологической защиты, как интеллектуализация.

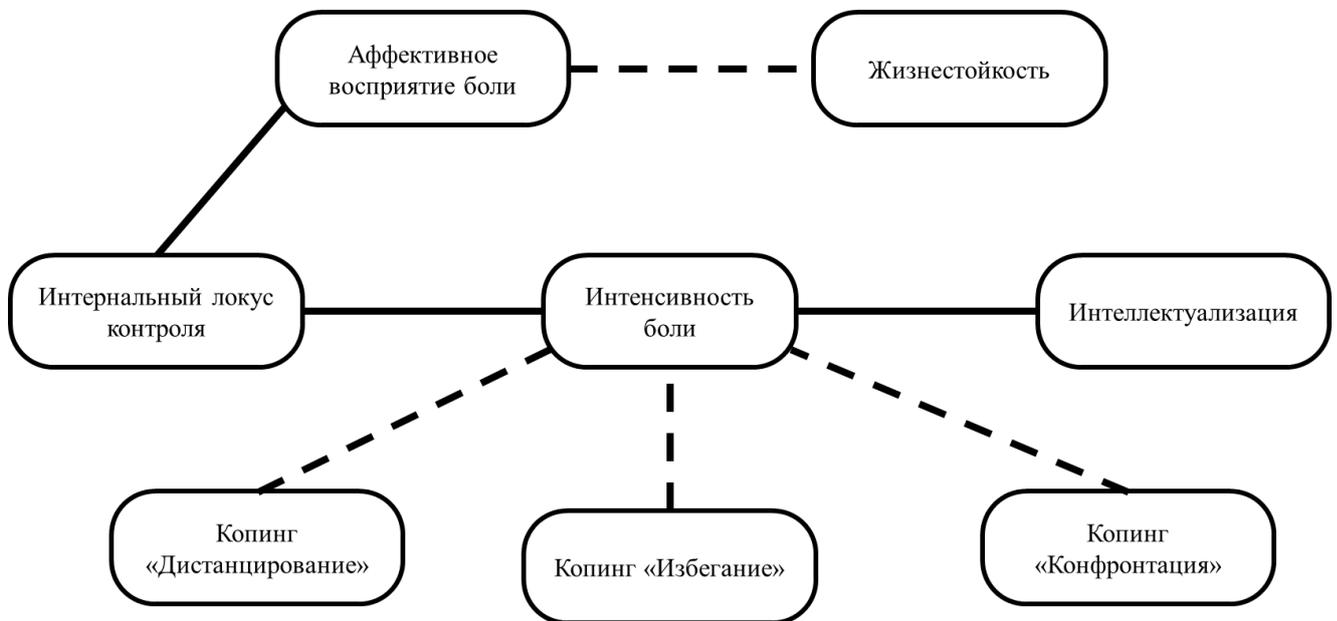


Рис. 10. Взаимосвязь характеристик боли, копинг-стратегий, локуса контроля, жизнестойкости и защитного механизма «интеллектуализация» ($p = 0,01$).

Интернальный локус контроля также связан с аффективным способом восприятия и переживания боли, который, в свою очередь, отрицательно коррелирует с уровнем жизнестойкости (см. рис. 10). Из рисунка 10 также видно, что с интенсивностью боли отрицательно связаны некоторые копинг-стратегии: дистанцирование, избегание и конфронтация.

3.4 Регрессионный анализ

С помощью регрессионного анализа подтверждается выявленная ранее отрицательная корреляция кинезиофобии и эмоциональной стабильности (объяснительная мощность $R^2 = 0,13$; скорректированный $R^2 = 0,11$; стандартная ошибка оценки: 6,4) (табл. 5).

Таблица 5

Модель влияния эмоциональной стабильности на кинезиофобию

Зависимая переменная	Независимая переменная	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Кинезиофобия	Эмоциональная стабильность	-0,356	0,003

Также выявлено обратное влияние рациональности мышления на психологический компонент кинезиофобии (объяснительная мощность $R^2 = 0,15$; скорректированный $R^2 = 0,13$; стандартная ошибка оценки: 3,2) (табл. 6).

Таблица 6

Модель влияния рациональности мышления на психологический компонент кинезиофобию

Зависимая переменная	Независимая переменная	Коэффициент регрессии	Уровень значимости
Психологический компонент кинезиофобии	Рациональность мышления	-0,38	0,002

С помощью регрессионного анализа также были получены данные, частично объясняющие взаимосвязь между ранговым индексом боли в аффективном классе (по опроснику Мак-Гилла) и такими психологическими особенностями, как: копинг «Дистанцирование», иррациональная установка «долженствование в отношении других», самосознание, готовность к согласию и эмоциональная стабильность (табл.7). Полученная регрессионная модель объясняет 57.6% дисперсии зависимой переменной (объяснительная мощность $R^2 = 0,33$; скорректированный $R^2 = 0,28$; стандартная ошибка оценки: 3,4).

Таблица 7

Модель влияния копинга «дистанцирование», долженствований и личностных особенностей на аффективное восприятие боли

	Коэффициент регрессии	Стандартная ошибка	Уровень значимости
Дистанцирование	0,291	0,106	0,008
Долженствование в отношении других	-0,265	0,11	0,019
Самосознание	-0,416	0,15	0,007
Сотрудничество	0,414	0,148	0,007
Эмоциональная стабильность	-0,233	0,111	0,039

Как видно из таблицы 7, прямое влияние на независимую переменную (аффективное восприятие боли) оказывают копинг-стратегия «Дистанцирование» и сотрудничество как личностная особенность. Отрицательная связь аффективного восприятия боли выявлена с установками долженствования в отношении других людей; уровнем самосознания и показателем эмоциональной стабильности.

4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

У 100% респондентов выявлено наличие *кинезиофобии* разной степени выраженности по методике «Шкала Тампа». У 92% обследованных был выявлен средний уровень выраженности; у 8% – низкий уровень. При этом физическая составляющая кинезиофобии в среднем преобладает над психологической. Доминирование физического компонента кинезиофобии в картине болезни может свидетельствовать о синдроме «выученной и беспомощности». Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что кинезиофобия довольно часто появляется после нескольких неудачных попыток совершать доступные до момента заболевания движения в их полном объеме - больной становится пассивен, отказывается от любых действий, перестает верить в успех лечение. В таком случае психокоррекционные мероприятия направлены именно на устранение «выученной беспомощности».

По опроснику Мак-Гилла средний ранговый индекс боли составил 28,7 ранга. Общее число выбранных дескрипторов — 12,7 слов. Число дескрипторов в аффективном классе составляло 4,5 слов, что было меньше числа дескрипторов в сенсорном классе — 9,3 слов. Средний ранговый индекс боли в сенсорном классе составил 20,3 ранга, тогда как в аффективном классе – 8,5. То есть, обследуемые чаще выбирали характеристики, описывающие сенсорную, физическую сторону боли, нежели психологическую. Однако, согласно исследованиям (В. В. Кузьменко [и др.],1986), у больных с хронической болью показатели в аффективном классе больше, чем у больных с острой болью. Следовательно, можно предполагать, что, несмотря на хронический характер боли, пациенты с ХБС в спине большее внимание уделяют сенсорным характеристикам, что присуще эмоционально стабильным лицам.

Полученные по методике данные соотносятся также и с данными исследования 2010 года (И. А. Меньшикова, С. В. Колесников, О. С. Новикова - Оценка болевого синдрома и степени выраженности коксартроза по различным шкалам и тестам), где было показано, что пациенты с коксартрозом, страдающие хронической болью, достоверно чаще выбирают сенсорные характеристики боли, как более лично значимые.

Исходя из приведенных противоречивых данных, наличествующих в научной литературе, можно сказать, что тема требует дальнейшей разработки и более глубокого изучения с целью возможной дифференциации присущих разным заболеваниям способов реагирования боль.

По опроснику выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) показатель общего индекса тяжести симптомов, отражающего уровень психического дистресса индивида, в среднем по выборке соответствует норме. Выборка при этом достаточно однородна. Однако выделяются высокие показатели по некоторым шкалам: шкала соматизации, шкала обсессивности - компульсивности.

Высокий уровень по шкале *соматизации* в данной выборке представляется вполне объяснимым. Эта шкала выявляет ощущения нарушения дисфункции основных систем организма: ССС, ЖКТ, дыхательной системы, а также головные боли, дискомфорт общей мускулатуры и другие дискомфортные телесные ощущения, куда боль в спине, безусловно, относится.

Второй по выраженности шкалой стала шкала *обсессивности-компульсивности*, которая выявляет мысли, импульсы и действия, которые переживаются индивидом как непрерывные, непреодолимые и чуждые. Учитывая сочетание с повышенными показателями по уровню соматизации, *тревожности* и *депрессии*, можно предположить, что навязчивые мысли и действия у пациентов могут быть связаны с хроническим состоянием нездоровья; кинезиофобией, постоянной боязнью причинить себе вред неосторожным движением. Как известно такие мысли могут заставлять

пациента чрезмерно себя беречь и «перестраховываться», что может провоцировать в психике так называемые ритуалы – последовательности строго определенных действий, имеющих для человека символическое, «магическое» значение, с помощью которых он пытается справиться со своей тревогой. Высокие показатели тревожности подтверждаются и по методике HADS: почти у трети обследуемых (32%) выявлена тревога клинического уровня.

Было выявлено наличие у обследуемых иррациональных установок способствующих возникновению стресса. У респондентов выражены иррациональные установки: катастрофизация; долженствование в отношении себя; долженствование в отношении других. *Катастрофизация* может способствовать аггравации – преувеличению выраженности и тяжести своих симптомов, что еще больше провоцирует избегающее поведение, неверие в успех лечения и снижение комплаентности. Все эти феномены могут быть актуальными мишенями для психологической помощи и сопровождения пациентов с хронической болью.

Преобладающими копинг-стратегиями в исследуемой выборке являются планирование решения, поиск социальной поддержки и положительная переоценка. По результатам сравнительного анализа также подтверждается характерность данных копинг стратегий для пациентов с ХБС по сравнению с респондентами без болевого синдрома.

Стратегия *планирования решения* проблемы предполагает попытки преодоления проблемы за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий. Стратегия рассматривается большинством исследователей как адаптивная, способствующая конструктивному разрешению трудностей. Выраженность планирования решения может говорить о высокой вовлеченности пациентов в процесс лечения, что можно считать преимуществом и ресурсом, который необходимо

задействовать в процессе планирования индивидуального плана лечения и реабилитации, формирования и поддержании комплаентности.

Стратегия *поиска социальной поддержки* предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Выраженность этой стратегии говорит о безусловной необходимости психологической поддержки данной группы пациентов; разработки программ психологического сопровождения.

Стратегия *положительной переоценки* предполагает переосмысление проблемы, поиск в сложившейся ситуации выгод или стимула для развития. Недостатком такой стратегии является ее пассивный характер, вероятность недооценки более действенных способов решения проблемы.

Наиболее выраженными механизмами психологической защиты в исследуемой выборке выступают: отрицание, подавление и регрессия. Сравнительный анализ также показал, что для пациентов с ХБС в большей степени, чем здоровым респондентам свойственны такие защиты, как отрицание и подавление.

Отрицание – механизм психологической защиты, посредством которого личность либо отрицает некоторые фрустрирующие, вызывающие тревогу обстоятельства. В данном случае происходит искажение восприятия действительности – не воспринимается информация, которая может вызывать тревогу, внутренний конфликт; которая угрожает самоуважению личности, ее социальному престижу.

Подавление (или вытеснение) – механизм защиты, посредством которого неприемлемая для личности информация, вызывающая тревогу, вытесняется в сферу бессознательного. Хотя проблема покидает поле сознания, интрапсихический конфликт, тем не менее, сохраняется, а вызванное им эмоциональное напряжение воспринимается человеком как внешне немотивированная тревога. Именно поэтому вытеснение провоцирует

разнообразные невротические и психофизиологические симптомы. Подавленные импульсы могут выступать как вероятный источник болей психосоматического характера, не поддающихся классическому лечению. Поиск и разрешение внутриличностных конфликтов пациента, провоцирующих соматическую боль – основное направление индивидуальной психологической работы с пациентом.

Регрессия – механизм психологической защиты, посредством которого личность заменяет необходимое решение проблемы выполнением более простых и привычных действий; мотивационно-потребностная сфера изменяется в сторону большей упрощенности и доступности. Избегающее поведение, характерные для пациентов с ХБС также может обуславливаться регрессией как внутренним механизмом реализации.

Личностная сфера испытуемых отличается некоторой амбивалентностью. При высоких показателях *эмотивности* и *экзальтированности*, характеризующиеся чувствительностью, легкой сменой настроений, в то же время в выборке отмечается высокий уровень *застревания* - долгого переживания аффекта. Такая неоднозначность результатов может быть спецификой данной категории пациентов, однако требуется расширение выборки по данной методике. Сравнительный анализ личностных особенностей также показал существенное преобладание черт *гипертимного типа* у условно здоровой выборки в сравнении с выборкой пациентов с ХБС. Можно предположить, что личности гипертимного типа реже страдают от хронической боли психосоматического генеза ввиду своей активности, повышенного фона настроения, меньшей подверженности длительным негативным переживаниям.

Были обнаружены достоверные положительные взаимосвязи между возрастом и показателем выраженности *кинезиофобии*, иррациональных установок: *катастрофизация*, *долженствование в отношении себя*, *долженствование в отношении других*. Можно предположить, что

выраженность иррациональных установок и кинезиофобии, способствующих сохранению и усилению болевого синдрома, без должной психологической коррекции с возрастом лишь усиливается, ухудшая прогноз на выздоровление.

Также выявлены отрицательные корреляции возраста с показателями фрустрационной толерантности, рациональности мышления и копинг-стратегии *«избегание»*. То есть, пациенты более старшего возраста менее успешно переносят фрустрирующие ситуации и оценивают рациональность своего мышления как более низкую. Это может быть связано с более длительным переживанием болевых ощущений и общим снижением качества жизни. Снижение с возрастом степени выраженности избегания как копинга может объясняться накопленным опытом безуспешного использования избегания в борьбе с болью. Кроме того, постепенное нарастание болевого синдрома без эффективного лечения, также может быть причиной отказа от малорезультативных форм совладания со стрессом.

Корреляционный анализ выявил значимые отрицательные взаимосвязи личностной особенности *«эмоциональная стабильность»* с уровнем выраженности *кинезиофобии* и выраженностью *аффективного восприятия боли*. Данные взаимосвязи были также подтверждены регрессионным анализом. Можно предположить, что эмоциональная нестабильность и незрелость как личностная особенность может выступать предиктором формирования кинезиофобии и аффективного способа восприятия, переживания и описания хронической боли, а также формирования иных симптомов психосоматической природы.

Корреляционный анализ показал, что выраженность болевого синдрома положительно взаимосвязана с интернальным локусом контроля и таким механизмом психологической защиты, как интеллектуализация. Интернальный локус контроля также связан с аффективным способом восприятия и переживания боли, который, в свою очередь, отрицательно коррелирует с уровнем жизнестойкости. Можно предположить, что личности

с интернальным локусом контроля склонны эмоционально воспринимать боль и оценивают ее как более сильную, исходя из силы своих переживаний.

Низкий уровень *жизнестойкости* не позволяет успешно сопротивляться возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях. Восприятие боли как сверхзначимой проблемы и неспособность успешно с ней совладать, приводят к аффективной насыщенности переживания болевых ощущений, что еще больше усиливает субъективный масштаб проблемы.

Интеллектуализация как психологическая защита предполагает рациональный, умственный способ переживания фрустрирующей ситуации, без переживаний. Личность пресекает переживания, вызванные неприятной или субъективно неприемлемой ситуацией при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. Положительная корреляция интеллектуализации со степенью интенсивности боли может свидетельствовать о том, что вытеснение переживаний о боли, чрезмерно рационализированный подход - не является эффективным способом психологической защиты, поскольку связан, напротив, с усилением болевого синдрома. Таким образом, как чрезмерно аффективное восприятие боли, так и крайняя рационализация – являются неадаптивными способами преодоления проблемы, требующими психологической коррекции.

С интенсивностью боли отрицательно связаны некоторые копинг-стратегии: дистанцирование, избегание и конфронтация. Это может быть связано с некоторой эффективностью данных стратегий на первых стадиях развития болевого синдрома, учитывая, что копинг «избегание» также отрицательно связан с возрастом. Так, дистанцирование предполагает преодоление негативных переживаний в связи с проблемой за счет субъективного снижения ее значимости и степени эмоциональной вовлеченности в нее. Снижение аффективной значимости боли,

предотвращение интенсивных эмоциональных реакций в совокупности с лечением, действительно может несколько снижать болевую симптоматику. Стратегия *конфронтации* при умеренном использовании обеспечивает способность личности к сопротивлению трудностям, энергичность и предприимчивость при разрешении проблемных ситуаций. Пациенты, в арсенале которых доминирует стратегия конфронтации - деятельны, способны справляться с тревогой в условиях стресса, что позволяет им активно и успешно бороться с заболеванием.

По результатам регрессионного анализа было выявлено обратное влияние степени *рациональности мышления* на *психологический компонент кинезиофобии*, отражающий вторичную выгоду от заболевания и убеждение пациента в том, что заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Это можно рассматривать как свидетельство необходимости развития у данной группы пациентов критического мышления для более реалистичного понимания тяжести заболевания и осознания собственных неадаптивных форм поведения, поддерживающих кинезиофобию.

Прямое влияние на аффективное восприятие боли оказывают копинг-стратегия *«Дистанцирование»* и *сотрудничество* как личностная особенность. Можно сказать, что к аффективному восприятию болевого синдрома склонны люди скорее нерешительные, избегающие разногласий и конкуренции, выбирающие пассивные способы преодоления проблем (переключение внимания, отстранение, юмор, обесценивание и др.).

Обратное влияние на аффективное восприятия боли оказывают установки *долженствования в отношении других людей*, уровень *самосознания* и показатель *эмоциональной стабильности*. Это свидетельствует о том, что настойчивые, эмоционально зрелые, уверенные люди, способные к целенаправленной деятельности и к предъявлению

определенных требований окружающим людям – меньше склонны к чрезмерно эмоциональному восприятию боли.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с хронической болью в спине отмечается преобладание сенсорного (физического) восприятия боли над аффективным, что может влиять на формирование «выученной беспомощности» и обсессивно-компульсивных тенденций.
2. У пациентов со спинальными болями выявлена психопатологическая симптоматика в виде высокой соматизации, обсессивности-компульсивности, тревожности, депрессивной симптоматики, а также кинезиофобия, что вынуждает пациентов избегать реабилитационных мероприятий, повышая вероятность инвалидности.
3. У обследуемых пациентов обнаружено наличие иррациональных установок, способствующих возникновению стресса: катастрофизация, долженствование в отношении себя и других, что может влиять на формирование тревожных и пессимистических мыслей, усиление и хронизацию болевого синдрома.
4. У пациентов с хронической болью в спине преобладают копинг-стратегии планирование решения проблемы, поиск социальной поддержки, положительная переоценка и выражены психологические защиты отрицание, подавление, регрессия, что может объяснять избегающее поведение и указывать на интрапсихический конфликт.
5. У пациентов с хронической болью в спине, в отличие от условно здоровой выборки, выявляется инфантильный защитно-совладающий стиль, состоящий из копинг-стратегии: поиск социальной поддержки, положительная переоценка и психологических защит: отрицание, подавление, что указывает на возможный внутриличностный конфликт.
6. У пациентов со спинальным ХБС выявлены взаимосвязи степени интенсивности боли и кинезиофобии с копинг-стратегиями «дистанцирование», «избегание», «конфронтация» и с уровнем эмоциональной стабильности. Также выявлено влияние иррациональных

установок, копинг-стратегий и степени эмоциональной стабильности на переживание болевого синдрома. Это указывает на биопсихосоциальный характер этиопатогенеза спинального ХБС и на необходимость создания комплексных психотерапевтических программ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, гипотезы исследования подтверждаются. В результате исследования удалось выявить и описать психологический портрет пациентов с хроническим болевым синдромом в спине, отличный от профиля условно здорового человека. Так, у пациентов с ХБС выражены такие особенности, как кинезиофобия, тревога, иррациональные установки. Пациенты данной группы, в сравнении с условно здоровыми людьми, больше склонны к противоречивому защитно-совладающему поведению. Обозначенные психологические особенности могут выступать мишенями психокоррекционной работы, так как способны препятствовать реабилитации, тем самым усугубляя болевые ощущения и повышая вероятность формирования инвалидности.

Доказанная взаимосвязь некоторых личностных особенностей, копинг-стратегий и защитных механизмов с особенностями переживания болевого синдрома может быть основой для исследования причин возникновения, сохранения и хронизации болевого синдрома конкретного пациента в случае неясного генеза и отсутствия эффекта от лечения.

На основании полученных нами данных будет возможным создание комплексных психотерапевтических программ, целью которых были бы нормализация психического состояния пациентов с ХБ и снижение болевой симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Булюбаш И.Д. Психосоциальные аспекты хронического болевого синдрома у пациентов с последствиями спинномозговой травмы // Российский журнал боли. 2013;4(41):3–7.
2. Вознесенская Т.Г. Депрессии в неврологической практике // Трудный пациент. 2003. Т. 1. № 2. С. 26–30.
3. Волель Б.А., Петелин Д.С., Рожков Д.О. Хроническая боль в спине и психические расстройства // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(Прил. 2):17-24.
4. Головачева В.А., Головачева А.А., Фатеева Т.Г. Психологические методы в лечении хронической неспецифической боли в нижней части спины // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(Прил. 2):25-32.
5. Григорьева, В.Н. Хронические боли в спине. Психологические особенности пациентов. Возможности психотерапии // Боль,-2004. -N3. - С. 2-12.
6. Дадашева М.Н., Агафонов Б.В. Ведение пациентов с болью в спине: рекомендации по диагностике и лечению // РМЖ. 2016. № 24. С. 1613–1616.
7. Дамулин ИВ. Особенности депрессии при неврологических заболеваниях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2005;(10):55–6.
8. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль // Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2013. №1.
9. Есин Р.Г., Горобец Е.А., Хайруллин И.Х., Есин О.Р., Федоренко А.И. Алекситимия при острой и хронической неспецифической боли в шее и спине // Неврологический вестник — 2018 — Т. L, вып. 4 — С. 31—34
10. Исайкин А.И., Насонова Т.И., Мухаметзянова А.Х. Эмоциональные нарушения и их терапия при хронической поясничной боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(5):90–95.

11. Котельникова А.В., Кукшина А.А., Тихонова А.С., Хаустова А.В. Временные трансформации внутренней картины болезни у пациентов с хронической болью в спине // Альманах клинической медицины. 2022;50(5):304–309.
12. Кузьминова Т.И., Мухаметзянова А.Х., Магомедкеримова Л.В. Психологические методы лечения хронической неспецифической боли в спине // Российский неврологический журнал. 2020;25(2):12–21.
13. Куфтерина Н.С. Состояние психоэмоционально-вегетативных функций и их роль в трансформации острой боли в хроническую у молодых лиц с дорсалгиями // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа, 2020, том 10, № 1
14. Мелкумова К.А. Когнитивно-поведенческая психотерапия при лечении хронической боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. №1.
15. Морозова, А.А. Роль особенностей личности в формировании болевого синдрома // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения : сборник статей V Международной (75 Всероссийской) научно-практической конференции. – 2020. – №2. – С.681-686.
16. Олюнин Ю.А. Хроническая скелетно-мышечная боль. Ведущий симптом или коморбидная патология? // Современная ревматология. 2022;16(3):96–102
17. Парфенов В.А., Парфенова Е.В. Персонализированный подход к ведению пациентов с хронической неспецифической болью в спине // Медицинский совет. 2022;16(11):48–53.
18. Петелин Д.С., Истомина Н.С, Цапко ДС и др. Подходы к психотерапии хронической скелетно-мышечной боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2022;14(3):68–73.

- 19.Смулевич А.Б. Маскированные депрессии // Психические расстройства в общей медицине. 2012;(3):4-7
- 20.Торгашов М.Н., Пальцев А.И. Посттравматическое стрессовое расстройство и хроническая боль: нарушения адаптивных возможностей у ветеранов боевых действий, применение в лечение препарата Пантогам актив // Фарматека, № 3-12, 2012 г.
- 21.Швайко Е.Г. Особенности субъективного переживания боли // Современная зарубежная психология. 2022. Том 11. № 2. С. 141—147.
- 22.Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи» // Утверждены на II конференции с международным участием Ассоциации профессиональных участников хосписной помощи «Развитие паллиативной помощи взрослым и детям», Москва, 2016.
- 23.Blanchard E. B. Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache // Behavior Therapy, 1987, 18, 375–385
- 24.Celestin J., Edwards R..R, Jamison R.N. Pretreatment Psychosocial Variables as Predictors of Outcomes Following Lumbar Surgery and Spinal Cord Stimulation: A Systematic Review and Literature Synthesis // Pain Med. 2009 May-Jun; 10 (4): 639–653
- 25.Cioffi, I. et al. Effect of somatosensory amplification and trait anxiety on experimentally induced orthodontic pain // Eur. J. Oral Sci. 2016. Vol. 124, № 2. P. 127–134.
- 26.Fitzpatrick R. M., Hopkins A. P. & Harvard-Watts O. Social dimensions of healing: A longitudinal study of outcomes of medical management of headaches // Social Science and Medicine, 1983, 17, 501-510.
- 27.Hoy D, Bain C, Willims G, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain // Arthritis Rheum. 2012;64(6):2028-37.
- 28.Janzen K, Peters-Watral B. Treating cooccurring chronic low back pain & generalized anxiety disorder // Nurse Pract. 2016;41(1):12-8; quiz 18-9.

29. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis // *BMJ*. 2015;350:h444.
30. Kessler RC, Berglund P, Demler O et al Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication // *Arch Gen Psychiat*, 2005, 62: 593-602.
31. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain // *BMJ. Clin Res*. 2006;332(7555):1430-4.
32. Menzies V., Starkweather A. Exploring Associations Between Metabolites and Symptoms of Fatigue, Depression and Pain in Women With Fibromyalgia / *Biological Research For Nursing*. 2021. Vol. 23. № 1. P. 119— 126.
33. Tsuji T, Matsudaira K, Sato H, et al. The impact of depression among chronic low back pain patients in Japan // *BMC Musculoskelet Disord*. 2016;17(1):447.
34. Turk D. C. Physiological and psychological bases of pain. In A. Baum, T. Revenson & J. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 117–138). Hillsdale, NJ: Erlbaum, 2001.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Описательные статистики по методике «Шкала Тампа» (в баллах)

	Психологическая составляющая кинезиофобии	Физическая составляющая кинезиофобии	Сумма
Среднее	13,28	27,12	40,46
Медиана	14,00	27,00	41,00
Мода	14,00	29,00	41,00
Стандартное отклонение	3,45	4,02	6,76
Дисперсия	11,90	16,14	45,65
Эксцесс	1,61	0,97	0,46
Асимметричность	-0,66	-0,40	-0,38

Описательные статистики по методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (в баллах)

	Тревога	Депрессия
Среднее	8,40	6,04
Медиана	8,00	5,00
Мода	11,00	4,00
Стандартное отклонение	3,94	3,77
Дисперсия	15,55	14,23
Эксцесс	-0,60	-0,25
Асимметричность	0,04	0,66

Описательные статистики по методике «SCL-90-R» (в баллах)

	Среднее	Медиана	Мода	Станд. откл.	Дисперсия	Эксцесс	Асимметр.
Соматизация	1,34	1,33	0,75	0,62	0,38	0,27	0,47
Обсессивность-компульсивность	1,05	1,00	1,10	0,67	0,45	-0,45	0,44
Межличностная сензитивность	0,74	0,56	0,22	0,55	0,31	-0,27	0,68
Депрессия	0,93	0,85	0	0,62	0,39	-0,08	0,65
Тревожность	0,86	0,70	0,30	0,66	0,43	-0,21	0,75
Враждебность	0,64	0,50	0,50	0,62	0,38	1,73	1,38
Фобии	0,41	0,29	0	0,45	0,20	1,15	1,16
Паранойяльные тенденции	0,64	0,50	0	0,56	0,32	-0,42	0,72
Психотизм	0,47	0,30	0,30	0,41	0,17	0,37	0,92
Общий индекс тяжести симптомов	0,86	0,86	1,17	0,47	0,22	-0,43	0,26

Описательные статистики по методике «Диагностика иррациональных установок» (в баллах)

	Среднее	Медиана	Мода	Станд. откл.	Дисперс.	Эксцесс	Асимметр.
Катастрофизация	27,94	26,00	23,00	7,41	54,91	-0,14	0,70
Должестование в отношении себя	26,72	26,00	24,00	5,76	33,18	1,44	0,80
Должестование в отношении других	29,43	29,00	28,00	6,19	38,37	-0,31	0,19
Фрустрационная толерантность	33,10	33,00	34,00	7,64	58,37	0,65	0,50
Самооценка рациональности мышления	31,33	32,00	33,00	7,07	50,01	-0,80	0,20

Описательные статистики по методике «Способы совладающего поведения» (в баллах методики)

	Среднее	Медиана	Мода	Станд. откл.	Дисперс.	Эксцесс	Асимметр.
Конфронтация	49,21	50,00	40,00	9,01	81,26	0,26	0,43
Дистанцирование	50,15	49,00	49,00	9,75	94,98	0,39	-0,16
Самоконтроль	50,37	50,00	45,00	10,43	108,84	6,70	1,46
Поиск соц.поддержки	53,06	55,00	57,00	10,01	100,30	11,09	-2,23
Принятие ответственности	49,27	51,00	51,00	8,93	79,74	-0,77	-0,05
Избегание	49,22	49,00	49,00	9,49	90,12	-0,85	0,19
Планирование решения	53,21	52,00	52,00	11,71	137,02	2,76	0,57
Полож. переоценка	51,49	50,00	50,00	9,67	93,50	2,32	0,36

Описательные статистики по методике «Индекс жизненного стиля» (в баллах методики)

	Среднее	Медиана	Мода	Станд. откл.	Дисперс.	Эксцесс	Асимметр.
Отрицание	83,00	97,00	97,00	21,98	483,23	-0,15	-1,23
Подавление	82,00	87,00	92,00	12,45	155,08	-1,30	-0,49
Регрессия	70,67	70,00	70,00	16,59	275,08	0,27	-1,06
Компенсация	68,22	88,00	95,00	33,04	1091,95	-0,88	-0,76
Проекция	51,22	36,00	20,00	36,89	1360,79	-1,78	0,23
Замещение	48,22	48,00	48,00	25,84	667,56	-0,64	0,17
Интеллект-я	62,11	59,00	59,00	24,94	622,03	-1,28	-0,04
Реакт.обазование	75,33	76,00	61,00	24,90	620,08	0,78	-1,18

Описательные статистики по методике «Опросник Леонгарда-Шмишека» (в баллах методики)

	Среднее	Медиана	Мода	Станд. откл.	Дисперс.	Эксцесс	Асимметр.
Демонстр-ть	13,78	16,00	16,00	6,48	41,95	-0,82	-0,27
Застревание	13,78	16,00	16,00	4,55	20,72	0,33	-1,25
Педантичность	12,89	14,00	14,00	6,31	39,79	-0,03	-0,71
Возбудимость	8,67	6,00	12,00	4,88	23,77	-0,76	0,54
Гипертимность	11,67	9,00	9,00	6,19	38,31	-0,11	1,18
Дистимность	10,67	9,00	9,00	4,58	21,00	1,53	0,83
Тревожность	13,67	15,00	9,00	4,80	23,08	-1,19	-0,11
Экзальтир-ть	14,67	18,00	18,00	5,84	34,15	-0,95	-0,24
Эмотивность	18,00	21,00	21,00	5,76	33,23	-0,10	-0,95
Циклотимность	12,00	12,00	12,00	6,11	37,38	-0,25	-0,53

Сравнительный анализ показателей методики «Способы совладающего поведения» в группе пациентов с хронической болью в спине и группой без болевого синдрома

	Сумма рангов (ХБС)	Сумма рангов (норма)	U	Z	p-level
Конфронтация	3833,50	2161,50	1258,50	0,92	0,36
Дистанцирование	3353,50	2641,50	1075,50	-2,06	0,04
Самоконтроль	3530,50	2464,50	1252,50	-0,96	0,34
Поиск соц.поддержки	4391,50	1603,50	700,50	4,40	0,00001
Принятие ответственности	3653,50	2341,50	1375,50	-0,20	0,84
Избегание	3119,00	2876,00	841,00	-3,52	0,0004
Планирование решения	4117,00	1878,00	975,00	2,69	0,01
Полож. переоценка	4032,00	1963,00	1060,00	2,16	0,03

Сравнительный анализ показателей методики «Индекс жизненного стиля» в группе пациентов с хронической болью в спине и группой без болевого синдрома

	Сумма рангов (ХБС)	Сумма рангов (норма)	U	Z	p-level
Отрицание	1113	1302,00	399,00	2,07	0,04
Подавление	1216,50	1198,50	295,50	3,34	0,001
Регрессия	907,50	1507,50	529,50	-0,46	0,64
Компенсация	1032	1383,00	480,00	1,07	0,28
Проекция	933,00	1482,00	555,00	-0,15	0,88
Замещение	844,50	1570,50	466,50	-1,24	0,22
Интеллект-я	976,50	1438,50	535,50	0,39	0,70
Реакт.обр.	949,50	1465,50	562,50	0,06	0,96

Сравнительный анализ показателей методики «Опросник Леонгарда-Шмишека» в группе пациентов с хронической болью в спине и группой без болевого синдрома

	Сумма рангов (ХБС)	Сумма рангов (норма)	U	Z	p-level
Демонстр-ть	1095,00	1320,00	417,00	1,84	0,07
Застревание	813,00	1602,00	435,00	-1,62	0,10
Педантичность	1000,50	1414,50	511,50	0,68	0,49
Возбудимость	937,50	1477,50	559,50	-0,09	0,93
Гипертимность	849,00	1566,00	471,00	-1,18	0,24
Дистимность	874,50	1540,50	496,50	-0,87	0,39
Тревожность	1080,00	1335,00	432,00	1,66	0,10
Экзальтир-ть	1009,50	1405,50	502,50	0,79	0,43
Эмотивность	1117,50	1297,50	394,50	2,12	0,03
Циклотимность	895,50	1519,50	517,50	-0,61	0,54