

Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника

Радчикова Н.П.

*Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ),
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com*

Адашинская Г.А.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru*

Саноян Т.Р.

*Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7915-6176>, e-mail: tinarub@mail.ru*

Шупта А.А.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии
и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России,
г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru*

В статье приведены результаты адаптации Шкалы катастрофизации боли, состоящей из трех субшкал («Мысленная жвачка», «Преувеличение» и «Безнадежность») на выборке из 219 человек (80,4% женского пола). Возраст участников в среднем составил 22,05 года (медиана – 19,00 лет, стандартное отклонение – 6,74; возрастной диапазон – 18–54 года). Русскоязычный вариант Шкалы катастрофизации боли имеет удовлетворительную внутреннюю согласованность по отдельным субшкалам (альфа Кронбаха – 0,82; 0,67 и 0,83 соответственно), и высокую – по интегральной шкале (альфа Кронбаха – 0,89). Оценки катастрофизации боли положительно коррелируют с оценками силы и интенсивности боли (Опросник боли МакГилла в адаптации В.В. Кузьменко и др., 1986 г.), а также с уровнем самоконтроля (Шкала самоконтроля Дж. Тангни, Р. Баумайстера и А.Л. Бун в адаптации Т.О. Гордеевой и др., 2016 г.): «катастрофизаторы», как правило, обладают более низким уровнем самоконтроля. Показатели конфирматорного факторного анализа (RMSEA=0,08; $\chi^2/df=2,5$; GFI=0,90; SRMR=0,07) позволяют характеризовать одно и трехфакторные модели катастрофизации боли как приемлемые. По сравнению с мужчинами женщины показали более высокий уровень катастрофизации боли в общем, причем различия

Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р.,
Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли:
адаптация опросника
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 169–187.

Radchikova N.P., Adashiskaya G.A., Sanoyan T.R.,
Shupta A.A. Russian Adaptation of the Pain
Catastrophizing Scale
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 169–187.

также обнаружены по шкале «Мысленная жвачка», а по шкалам «Преувеличение» и «Безнадежность» статистически значимых различий не выявлено. Показатели катастрофизации боли также положительно коррелируют с тревогой и депрессией (HADS в адаптации М.Ю. Дробужева, 1993 г.).

Ключевые слова: боль, шкала катастрофизации боли, адаптация опросника, самоконтроль, тревога, депрессия.

Для цитаты: Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 169–187. DOI: 10.17759/crpe.2020090409

Russian Adaptation of the Pain Catastrophizing Scale

Nataly P. Radchikova

Moscow Pedagogical State University (MPGU), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com

Galina A. Adashiskaya

Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru

Tigranui R. Sanoyan

Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7915-6176>, e-mail: tinarub@mail.ru

Anastasiya A. Shupta

National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru

The article presents the results of the adaptation of the Pain Catastrophizing Scale, which consists of three subscales (Rumination, Magnification and Helplessness) in a sample of 219 people (80,4% females). The average age of the participants was 22,05 years (median=19,00 years, standard deviation=6,74; age range from 18 to 54 years). The Russian-language version of the Pain Catastrophizing Scale shows acceptable reliability for the scales (Cronbach's alpha = 0,82; 0,67 and 0,83, respectively), and high reliability in general (Cronbach's alpha = 0.89). Estimates of pain catastrophizing are positively correlated with the estimates of pain strength and intensity (McGill Pain Questionnaire, adapted by V. Kuzmenko in 1986), as well as with the level of self-control (Brief Self-Control Scale by

J.P. Tangney, R.F. Baumeister and A.L. Boone, adapted by T. Gordeeva et al. in 2016): catastrophizing people, as a rule, have a lower level of self-control. Fit indices of confirmatory factor analysis (RMSEA=0,08; $\chi^2/df=2.5$; GFI=0.90; SRMR=0.7) characterize one- and three-factor models of pain catastrophizing as reasonable. Women showed a higher level of catastrophic pain in general, and differences were also found on the scale of Rumination, while there were no statistically significant differences on the scales of Magnification and Helplessness. Pain Catastrophizing is also positively correlated with anxiety and depression (HADS adapted by M. Drobizhev in 1993).

Keywords: pain, the Pain Catastrophizing Scale, questionnaire adaptation, self-control, anxiety, depression.

For citation: Radchikova N.P., Adashiskaya G.A., Sanoyan T.R., Shupta A.A. Russian Adaptation of the Pain Catastrophizing Scale. *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 169–187. DOI: 10.17759/cpse.2020090409 (In Russ.)

Введение

Боль – это сложный феномен, включающий перцептивный, эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Эмоциональное отношение и когнитивные представления о тяжести боли (болезни) оказывают существенное влияние на особенности восприятия и переживания болевых ощущений, что в свою очередь ложится в основу прогноза успеха или неуспеха лечения. Именно поэтому *Шкала катастрофизации боли* [22], позволяющая в экспресс-режиме оценить степень включенности эмоциональных и поведенческих компонентов в структуру болевого синдрома, представляет особый практический и исследовательский интерес.

Катастрофизация боли определяется как психопатологический процесс, характеризующийся «дезадаптивной, негативной оценкой определенных симптомов и повышенным вниманием к ним» [5, с. 49]. Опросник, позволяющий численно оценить степень катастрофизации, предложен в 1995 года Майклом Салливаном, Скоттом Бишопом и Джейн Пивик [22] и включает в себя три подхода к объяснению данного феномена, что отражено в трех различных шкалах, в сумме составляющих единый показатель катастрофизации. Первый подход подчеркивает сосредоточенность внимания человека на мыслях, связанных с болью [21], и служит основой для первой шкалы методики (*Мысленная жвачка* (Rumination)). Второй подход подчеркивает тенденцию некоторых людей преувеличивать силу, значение и последствия болевых ощущений [14] и служит основой для выделения второй шкалы методики (*Преувеличение* (Magnification)). Третий подход выделяет принятие позиции смирения, беспомощности и невозможности управления ситуацией при болевых ощущениях [20] и служит основой для третьей шкалы методики (*Безнадежность* (Helplessness)). При разработке методики оказалось, что все три шкалы умеренно связаны между собой (0,30–0,50), что позволяет рассматривать их как различные компоненты одного основополагающего конструкта [22, с. 525].

Опросник содержит всего 13 вопросов и может быть заполнен менее чем за 5 минут, что делает его удобным клиническим и исследовательским инструментом. Он также показал высокую внутреннюю согласованность, ретестовую надежность и хорошую внешнюю валидность [22].

В настоящее время *Шкала катастрофизации боли* адаптирована для многих языков и широко применяется как в психологических, так и в медицинских исследованиях: более 600 работ, связанных с катастрофизацией боли, было опубликовано еще до 2010 года [24]. Так, например, в немецкоязычной адаптации [18] для $N=111$ альфа Кронбаха для трех шкал и общего балла катастрофизации боли составила 0,89, 0,67, 0,88 и 0,92 соответственно. Факторный анализ выявил три фактора, которые оказались практически идентичны факторной структуре исходного опросника. Общий балл по шкале катастрофизации боли статистически значимо коррелировал с интенсивностью боли ($r=0,26$), общим состоянием здоровья ($r=-0,29$), самооценкой депрессии ($r=0,52$) и соматическими проявлениями ($r=0,53$). В китайской адаптации [27] для $N=130$ была получена высокая внутренняя согласованность по общей катастрофизации ($\alpha=0,93$), внутриклассовая корреляция (ICC) оказалась равна 0,97 для общего показателя катастрофизации; 0,96 – для шкалы *Безнадежность*; 0,95 – для шкалы *Преувеличение* и 0,91 – для шкалы *Мысленная жвачка*. Статистически значимые связи были обнаружены с интенсивностью боли, нетрудоспособностью, тревогой и депрессией ($r=0,22-0,60$). Тем не менее, не было найдено различий по полу, что не согласуется с результатами других исследований. В греческой версии опросника [19] для $N=61$ эксплораторный факторный анализ также показал трехфакторное решение (83,63% общей объясненной дисперсии), соотносящееся с исходной структурой опросника. Внутренняя согласованность оказалась высокой: альфа Кронбаха для трех шкал и общего балла равна 0,91; 0,92; 0,94 и 0,94 соответственно. Итоговый показатель катастрофизации статистически значимо коррелировал с тревогой ($r=0,29$) и депрессией ($r=0,43$) госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, а также с оценками боли ($r=0,52-0,89$). Результаты франкоязычной адаптации [25] для $N=345$ также показывают трехфакторную структуру, согласующуюся с оригинальной версией опросника. Внутренняя согласованность оказалась аналогична версии М. Салливана и др. [22]: $\alpha=0,85$ для общего показателя катастрофизации, $\alpha=0,72$ для шкалы *Мысленная жвачка*, $\alpha=0,66$ для шкалы *Преувеличение* и $\alpha=0,74$ для шкалы *Безнадежность*; ретестовая надежность удовлетворительна ($r=0,73$). Статистически значимые связи катастрофизации были получены с депрессией, тревогой и интенсивностью боли.

Интерес к феномену катастрофизации и ее возможному влиянию на состояние пациентов, скорость реабилитации и качество жизни, а также к использованию «Шкалы катастрофизации боли» в практических и научных целях растет и в нашей стране. В последнее время стали появляться работы, в которых даны обзоры по проблеме [5; 8], а также работы, в которых представлены результаты использования опросника [3; 8–10; 12]. Тем не менее таких работ крайне мало (по сравнению с объемом англоязычной литературы), а опросник до сих пор не адаптирован для российской выборки. Существуют разногласия как в переводе пунктов опросника, так и в представлении баллов по шкалам. Так, в работах [8; 10; 12] приведены значения шкал опросника, сопоставимые с баллами, представленными в работах

М. Салливана [22; 23] и других зарубежных исследований. В работах [3; 9] приведены показатели, не соответствующие ни исходной версии опросника [22], ни отечественным работам [8; 10; 12]. Приведенные значения по шкалам, в пять раз отличающиеся от значений из других работ, никак не объясняются. Можно только предполагать, что в [3; 9] значения по каждой шкале были усреднены для того, чтобы была возможность сравнивать выраженность шкал, так как разные шкалы содержат разное количество вопросов.

Целью данной работы была адаптация *Шкалы катастрофизации боли* на русскоязычной выборке, по возможности сохранив структуру опросника; проверка ее стандартных психометрических характеристик, а также различных видов валидности. Для проверки конструктивной валидности были выбраны следующие характеристики. Так как установлено [13; 15], что уровень катастрофизации боли связан с тревогой и депрессией, то и русскоязычная адаптация опросника должна показать такие же результаты. Еще одним критерием конструктивной валидности может служить корреляция между оценками интенсивности боли и катастрофизации, как было установлено в [23]. В качестве последнего критерия предлагается проверка предположения и том, что люди с более высоким уровнем катастрофизации обладают меньшим уровнем самоконтроля [20]. Во многих исследованиях отмечалось [16; 17; 22; 23], что существуют половые различия в оценках катастрофизации боли: женщины являются более эмоциональными, чем мужчины, и показывают более высокий уровень катастрофизации боли, причем различия также обнаружены по шкалам *Мысленная жвачка* и *Преувеличение*, а по шкале *Безнадежность* статистически значимых различий обычно нет. Предполагается, что такие же результаты должны быть получены и в нашем исследовании, что подтвердит содержательную валидность.

Участники исследования

В исследовании приняли участие 219 человек, в момент опроса не испытывающие болевые ощущения. Такой выбор основывается на предположении, что каждый практически здоровый человек обладает в свернутой форме опытом переживания боли, который можно рассматривать как свернутую форму болевой перцепции, означаемую личным и общественным опытом. Из всех участников исследования 80,4% (n=176) были женского пола, 19,6% (n=43) – мужского. Большинство опрошенных (148 человек; 67,6 %) были студентами различных факультетов РНИМУ, остальная часть выборки представлена работающими респондентами из разных сфер профессиональной деятельности. Возраст участников исследования в среднем составил 22,05 года (медиана – 19,00 лет, стандартное отклонение – 6,74; возрастной диапазон – 18–54 года).

Методики исследования

Участникам исследования предлагались *Шкала катастрофизации боли*, состоящая из 13 пунктов (см. Приложение), *опросник боли Мак-Гилла MPQ* в адаптации В.В. Кузьменко и др., 1986 г. [4] для оценки силы и интенсивности боли, *Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS* [28] в адаптации М.Ю. Дробижеева, 1993 г. [2], *Шкала самоконтроля* Дж. Тангни, Р. Баумайстера и А.Л. Бун в адаптации Т.О. Гордеевой и др., 2016 г. [1].

Оригинальный текст *Шкалы катастрофизации боли* был переведен на русский язык с помощью языковой службы исследовательского фонда Mapi (Mapi Research Trust; Mapi/ICON Language Services, Lyon, France, <https://eprovide.mapi-trust.org>), который выбрали авторы методики в качестве лингвистической компании для перевода текста методики на разные языки. Лицензионное соглашение на право использовать перевод методики в научных исследованиях также было получено с помощью исследовательского фонда Mapi. Текст опросника с ключом приведен в Приложении (PCS – Russia/Russian – version of 03 Mar 2017 – Mapi, ID057817 / PCS_AU1.0_rus-RU.doc). Никакой дополнительной работы с текстом методики не проводилось, так как этот текст уже используется в русскоязычных медицинских и психологических исследованиях [3; 8–10], в то время как проверка психометрических свойств методики не осуществлялась.

Процедура исследования

Исследование проводилось анонимно в группах от 2 до 30 человек одновременно по всем методикам. Опросники заполнялись в бланковом формате. Время тестирования не превышало 20 минут. Согласно инструкции, оценки боли и отношения к боли осуществлялись по воспоминаниям самых последних или самых ярких болевых ощущений. Участие в исследовании было добровольным и анонимным. Статистический анализ проводился в программах STATISTICA 10.0 и SPSS Amos v. 21.

Результаты и обсуждение

Описательная статистика и результаты проверки надежности по основным шкалам всех методик приведены в табл. 1. Альфа Гуттмана подсчитывалась при делении вопросов каждой шкалы на четные и нечетные. Согласно критерию Шапиро–Уилка, в отличие от результатов авторов методики «Шкала катастрофизации боли» [22], распределение баллов не подчиняются нормальному закону распределения. Вместе с тем средние значения шкал методики практически совпадают с медианами (различия при округлении составляют не более 1 балла), что является показателем симметричного распределения. Среднее значение итогового показателя превосходит медиану на 2 балла.

Оценка взаимосвязей между различными шкалами методики (табл. 2) показала, что шкалы умеренно коррелируют друг с другом (0,61–0,64) и сильно коррелируют с итоговым баллом. Умеренные связи между шкалами свидетельствует о том, что разные проявления катастрофизации боли (*Мысленная жвачка*, *Преувеличение* и *Безнадежность*), отражающие различные теоретические подходы к феномену катастрофизации, могут быть объединены общим баллом. Полученные в нашем исследовании коэффициенты корреляции выше, чем в работе [22, с. 525], и находятся в узком диапазоне (0,61–0,64), тогда как при разработке оригинальной методики самая сильная связь была получена между шкалами *Мысленная жвачка* и *Безнадежность* ($r=0,50$), а остальные два коэффициента корреляции (между шкалами *Безнадежность* и *Преувеличение* и между шкалами *Мысленная жвачка* и *Преувеличение*) изменялись в пределах 0,30–0,32 соответственно.

Таблица 1

Описательная статистика Шкалы катастрофизации боли (N=219)

Субшкалы	M	Me	SD	Асимметрия	Экссесс	α Кронбаха	α Гуттмана
				Значение \pm стандартная ошибка			
Шкала катастрофизации боли							
Мысленная жвачка	7,5	7,0	4,0	0,27 \pm 0,16	-0,76 \pm 0,33	0,82	0,88
Преувеличение	4,1	3,0	2,8	0,74 \pm 0,16	0,01 \pm 0,33	0,67	-
Безнадежность	7,2	6,0	5,1	0,78 \pm 0,16	0,07 \pm 0,33	0,83	0,86
Шкала катастрофизации боли (итоговый балл)	18,8	17,0	10,3	0,65 \pm 0,16	-0,02 \pm 0,33	0,89	0,91
Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS							
Тревога	8,2	8	3,8	0,50 \pm 0,16	0,01 \pm 0,33	0,80	0,74
Депрессия	5,7	5	3,3	0,53 \pm 0,16	0,07 \pm 0,33	0,66	0,72
Опросник боли Мак-Гилла MPQ							
Индекс числа выделенных дескрипторов (ИЧВД)	17,6	20	3,4	-1,34 \pm 0,16	0,87 \pm 0,33	0,85	0,87
Ранговый индекс боли РИБ	39,0	40	11,2	-0,16 \pm 0,16	0,15 \pm 0,33	0,68	0,64
Шкала самоконтроля							
Самоконтроль	38,2	38	8,2	-0,06 \pm 0,16	-0,36 \pm 0,33	0,80	0,83

Примечание: M – среднее, Me – медиана, SD – стандартное отклонение.

Таблица 2

**Показатели взаимосвязи (коэффициенты корреляции Пирсона)
между субшкалами Шкалы катастрофизации боли, $p < 0,001$**

	Преувеличение	Безнадежность	Шкала катастрофизации боли (итоговый балл)
Мысленная жвачка	0,62	0,64	0,87
Преувеличение	-	0,61	0,81
Безнадежность	-	-	0,90

Показатели внутренней согласованности и надежности шкал методики говорят о высокой согласованности (табл. 1): для шкалы *Мысленная жвачка*

α Кронбаха=0,82; α Гуттмана=0,88; для шкалы *Преувеличение* α Кронбаха=0,67; для шкалы *Безнадежность* α Кронбаха=0,83; α Гуттмана=0,86. Высокая внутренняя согласованность получилась и для общего показателя катастрофизации боли (α Кронбаха=0,89; α Гуттмана=0,91). Исключение составляет шкала *Преувеличение*, для которой альфа Кронбаха оказалась равна 0,67, что на первый взгляд кажется недостаточно высоким показателем. Тем не менее, мы полагаем, что в данном случае можно рассматривать его как свидетельство достаточной внутренней согласованности шкалы, потому что, во-первых, величина альфа Кронбаха зависит от числа пунктов шкалы [26], а в данном случае шкала имеет всего три пункта. Для шкалы, состоящей всего из трех пунктов, альфа, равная 0,67, является приемлемым результатом. Во-вторых, при интерпретации полученного результата также следует учесть, что α -Кронбаха – это нижняя граница оценки надежности и может меняться от выборки к выборке. Например, в работе А.Я. Ледовой и др. [6] для короткой версии опросника MD-8 (8 вопросов) альфа Кронбаха составила 0,68 для выборки пользователей Facebook и 0,88 – для выборки студентов-психологов. В-третьих, как отмечает О.В. Митина, альфа Кронбаха в пределах 0,65–0,75 вполне достаточно для личностных конструкторов: «...слишком высокий показатель свидетельствует об узости измеряемого конструкта, а значит о его чрезмерной специфичности, и, как следствие, о довольно ограниченной применимости. В любом случае не существует однозначно принятых границ диапазона, в котором α -Кронбаха должна лежать. Следует руководствоваться рекомендациями и здравым смыслом: неправомерно ожидать от шкалы, предназначенной для диагностики мотива или эмоции, которые сами по себе весьма динамичны, высокой согласованности ответов на пункты, предназначенные для измерения этих конструкторов. α -Кронбаха равная 0,6 в этом случае – хороший показатель. <...> Устойчивые личностные конструкторы должны иметь α -Кронбаха 0,65–0,75» [7, с. 235–236]. В-четвертых, полученные нами значения альфа для всех трех шкал методики (0,82; 0,67 и 0,83) полностью соотносятся со значениями альфа для соответствующих шкал, полученными М. Салливаном при разработке методики и оценке ее надежности, и даже превосходят их [18, с. 525]. Аналогичная ситуация характерна, например, и для немецкоязычной и франкоязычной адаптации опросника с альфами Кронбаха по шкалам 0,89; 0,67; 0,88 [18] и 0,72; 0,66; 0,74 [25], что не помешало авторам признать их версии переводов приемлемыми. Безусловно, внутреннюю согласованность легко увеличить, добавив один или два дополнительных пункта, но в таком случае диапазон изменения шкалы изменится и результаты русскоязычной версии методики будут несравнимы с результатами других версий.

Для предварительной проверки внутренней структуры методики был проведен эксплораторный факторный анализ (метод главных компонент, вращение Варимакс). Результаты представлены в табл. 3. О том, что в результате применения опросника получается трехфакторная структура, свидетельствует то, что три фактора объясняют 62% общей дисперсии, что вполне достаточно, и, кроме того, только три собственных значения корреляционной матрицы превосходят единицу (критерий Кайзера). Видно также (табл. 3), что несмотря на различное количество вопросов в шкалах, факторы оказываются равноправны, так как объясняют примерно одинаковый процент общей дисперсии. В работе М. Салливана и С. Бишопа [22] общий процент объясненной дисперсии составил 59%, что практически совпадает с нашими показателями, но факторы были неэквивалентны по

объясняемой дисперсии: 41% объяснял фактор 1 (*Мысленная жвачка*, 4 вопроса), 10% – фактор 2 (*Преувеличение*, 3 вопроса) и 8% – фактор 3 (*Безнадежность*, 6 вопросов) [22, с. 525]. Для пунктов 1 и 9 факторные нагрузки получились низкими, что может свидетельствовать о необходимости изменения формулировок некоторых вопросов и проведении дополнительного исследования.

Таблица 3

**Результаты эксплораторного факторного анализа
(факторные нагрузки после вращения Варимакс, метод главных компонент)
для проверки внутренней структуры методики**

Утверждения	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
В1		0,24	
В2		0,73	
В3		0,77	
В4		0,77	
В5		0,76	
В6			0,55
В7			0,75
В8	0,83		
В9	0,42		
В10	0,52		
В11	0,78		
В12		0,47	
В13			0,57
Процент объясненной дисперсии	19%	22%	21%

Конфирматорный факторный анализ, проведенный для сравнения однофакторной модели (только общий показатель катастрофизации боли) и трехфакторной модели (три взаимосвязанных показателя катастрофизации боли, представлена на рис.), показал, что для трехфакторной модели некоторые индексы соответствия оказались немного выше (CFI=0,83), а AIC ниже (табл. 4).

Тем не менее, отсутствие различий в RMSEA, GFI, χ^2/df и небольшие различия в величине AIC (табл. 4) говорят о том, что как трехфакторная модель, так однофакторная модель практически одинаково хорошо описывают полученные данные. Результаты применения критерия хи-квадрат показывают несоответствие модели полученным данным, что является обычным для больших выборок, так как данный критерий чувствителен к размеру выборки. Относительный (или нормированный) хи-квадрат χ^2/df и для одной, и для второй модели равен 2,5 (меньше 3), что показывает хорошее соответствие. Индексы GFI=0,90 и CFI=0,82-0,83 не велики и находятся на границе соответствия, что позволяет характеризовать модели только как приемлемые. Показатель RMSEA для обеих моделей равен 0,08, что также говорит только об умеренном соответствии. Тем не менее, значения SRMR

оказались менее 0,08, что показывает хорошее соответствие. Таким образом, результаты конфирматорного факторного анализа в целом говорят об умеренном соответствии моделей полученным данным. Неожиданным результатом оказался весовой коэффициент между шкалами *Мысленная жвачка* и *Безнадежность*, который превосходит единицу, что не говорит в пользу трехфакторной модели и может свидетельствовать о том, что связи между тремя шкалами методики слишком сильные, чтобы представлять собой самостоятельные конструкты.

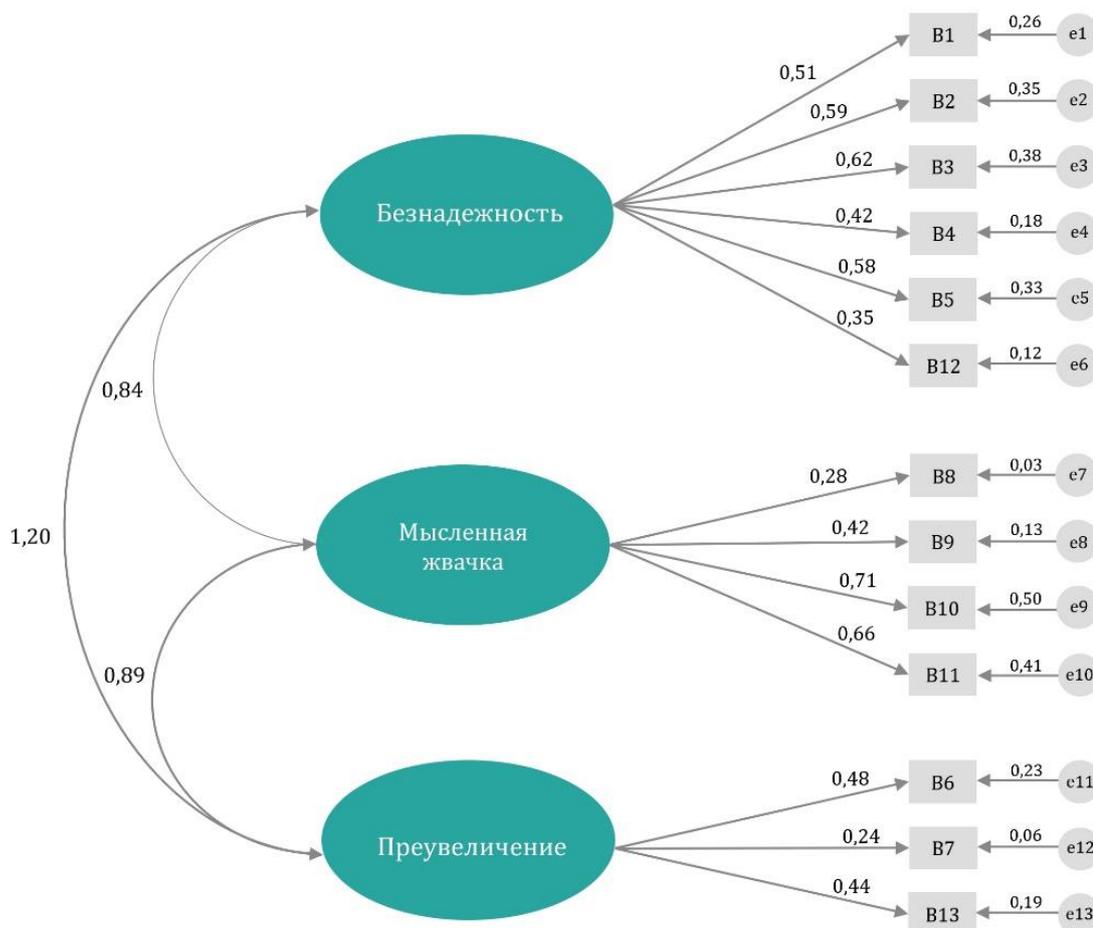


Рис. Трехфакторная структурная модель Шкалы катастрофизации боли

Примечание: номера вопросов совпадают с номерами в Приложении.

Таблица 4

**Результаты конфирматорного факторного анализа
для сравнения качества двух моделей**

Модель	CFI	GFI	SRMR	RMSEA	χ^2 , p	χ^2/df	AIC
Однофакторная	0,82	0,90	0,069	0,08 [0,07;0,10]	162,79; p<0,01	2,50	214,79
Трехфакторная	0,83	0,90	0,073	0,08 [0,07;0,10]	153,60; p<0,01	2,48	211,60

Предполагалось, что женщины окажутся более эмоциональными, чем мужчины, и покажут более высокий уровень катастрофизации боли [16; 17; 22; 23]. Действительно, точно так же, как и в работе М. Салливана и С. Бишопа [22], были обнаружены статистически значимые различия по полу в общей оценке катастрофизации боли ($t(217)=2,14$; $p<0,003$): женщины набрали больше баллов ($M=19,6$; $SD=10,6$), чем мужчины ($M=15,8$; $SD=8,8$). Рассмотрение отдельных шкал показало, что женщины набирают больше баллов по шкале *Мысленная жвачка* (женщины: $M=7,8$, $SD=4,0$; мужчины: $M=6,2$, $SD=3,7$ при $t(217)=2,49$, $p=0,014$), но различия по шкалам *Преувеличения* и *Безнадежности* не достигли уровня статистической значимости (женщины: $M=4,2$, $SD=2,8$; мужчины: $M=3,7$, $SD=2,5$ при $t(217)=1,12$, $p=0,27$ и женщины: $M=7,5$, $SD=5,3$; мужчины: $M=6,0$, $SD=4,2$ при $t(217)=1,80$, $p=0,08$ соответственно).

Анализ взаимосвязей тревоги и депрессии с показателями катастрофизации боли (табл. 5) показал, что с тревогой умеренно коррелируют шкалы *Преувеличение* и *Безнадежность*, а также общий показатель катастрофизации. Связи с депрессией оказались слабыми, хотя и статистически значимыми, что сопоставимо с другими ранее полученными результатами (например, [13]).

Таблица 5

Взаимосвязи (коэффициенты корреляции Пирсона) оценок боли, тревоги и депрессии с показателями катастрофизации боли

Показатели	Шкала катастрофизации боли (итоговый балл)	Мысленная жвачка	Преувеличение	Безнадежность
МакГилловский опросник боли				
Сенсорная (ИЧВД)	0,11	0,07	0,05	0,14*
Аффективная (ИЧВД)	0,27***	0,19**	0,23**	0,27***
Эвалюативная (ИЧВД)	-0,03	-0,08	0,03	-0,01
Сенсорная (РИБ)	0,12	0,07	0,04	0,16*
Аффективная (РИБ)	0,44***	0,31**	0,33	0,47***
Эвалюативная (РИБ)	0,31***	0,23**	0,13	0,38***
ИЧВД	0,17*	0,12	0,11	0,20**
РИБ	0,26***	0,17*	0,15**	0,31***
HADS				
Тревога	0,44***	0,28***	0,42***	0,45***
Депрессия	0,24***	0,19**	0,17*	0,26***

Примечания. * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$. ИЧВД – индекс числа выбранных дескрипторов; РИБ – ранговый индекс боли.

М. Салливан также отмечает [23, с. 53], что корреляция между оценками болевых ощущений и катастрофизацией является одним из самых хорошо реплицируемых результатов: в корреляциях первого порядка катастрофизация объясняет от 7 до 31% дисперсии оценок боли, причем эти связи обнаружены для различных методик измерения боли и для различных групп респондентов. Результаты наших измерений (табл. 5) показывают, что слабые и умеренные связи наблюдаются между шкалами МакГилловского опросника боли и катастрофизацией, причем наибольшее количество связей обнаружено для аффективного компонента боли (воздействие боли на психику), как и ожидалось. Из всех шкал методики катастрофизации наибольшее количество связей с оценками боли получен для шкалы *Безнадежности*.

Сравнение группы «катастрофизаторов» (верхняя треть значений по шкале катастрофизации боли, более 21 балла) и «некатастрофизаторов» (нижняя треть значений по шкале катастрофизации боли, менее 14 баллов) показало, что, как и предполагалось, самоконтроль существенно выше в группе «некатастрофизаторов» (в среднем на 4 балла; $t(154)=3,00$; $p=0,003$). Таким образом, результаты, полученные с использованием Шкалы катастрофизации боли, согласуются с результатами, полученными ранее в других исследованиях, что позволяет говорить о хорошей конструктивной валидности опросника.

Заключение

Известно, что боль – не только психофизиологическое, но и эмоциональное состояние человека. Психологические составляющие боли имеют важное значение как для переживания острой боли, так и для хронизации болевого синдрома, а в некоторых случаях являются ведущим фактором, влияющим на течение и исход заболевания [9; 11]. Проведенное исследование позволяет заключить, что основные психометрические характеристики методики «Шкала катастрофизации боли» условно отвечают требованиям надежности и конструктивной валидности, а описательные статистики шкал методики сходны с полученными в оригинальном исследовании. Как и предполагалось, обнаружено наличие статистически значимых связей между оценками катастрофизации боли и оценками силы и интенсивности боли, причем наибольшее количество связей с различными оценками боли получено для шкалы *Безнадежность*. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что оценочные свойства этой шкалы связаны с различными психологическими аспектами восприятия боли – от болевых ощущений до эмоциональных переживаний. Установлено, что оценки катастрофизации боли оказались связаны также с уровнем самоконтроля: «катастрофизаторы», как правило, обладают более низким уровнем самоконтроля. Полученные половые различия также воспроизводят полученные ранее результаты. Таким образом, данная методика является психологическим диагностическим инструментом для оценки психологической составляющей отношения к боли и индивидуальных особенностей ее восприятия и может применяться для исследовательской работы и решения прикладных задач в психологии. При этом можно рекомендовать применение параллельных диагностических методик, например, методик на оценку боли и особенностей эмоциональной сферы, что в значительной степени может повысить надежность получаемых результатов. Сохранение структуры

оригинального опросника позволяет сравнивать результаты, полученные на русскоязычных выборках, с результатами исследований других стран. В то же время, представленная модель не показывает идеального соответствия полученным в этом исследовании данным, что свидетельствует о необходимости дополнительной проверки психометрических свойств методики на других выборках и, возможно, модификации формулировки вопросов либо структуры самого опросника.

Литература

1. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Сучков Д.Д. и др. Самоконтроль как ресурс личности: диагностика и связи с успешностью, настойчивостью и благополучием. Культурно-историческая психология. 2016. Том 12. № 2. С 46–58. DOI: 10.17759/chp.2016120205
2. Дробижев М.Ю. Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессии. М.: НЦПЗ РАМН, 1993. 24 с.
3. Кирьяков В.А., Сухова А.В. Влияние психологических установок на эффективность лечения болевого синдрома при вибрационной болезни // Медицина труда и промышленная экология. 2016. № 3. С. 26–30.
4. Кузьменко В.В., Фокин В.А., Соков Е.Л. и др. Психологические методы количественной оценки боли // Советская медицина. 1986. № 10. С. 44–48.
5. Кутлубаев М.А., Ахмадеева Л.Р. Феномен катастрофизации при болевых синдромах и патологической усталости // Неврологический журнал. 2013. Том 20. № 5. С. 48–54.
6. Ледовая Я.А., Тихонов Р.В., Боголюбова О.Н. и др. Отчуждение моральной ответственности: психологический конструкт и методы его измерения // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. 2016. № 4. С. 23–39. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.402
7. Митина О.В. Альфа Кронбаха: когда и зачем ее считать // Современная психодиагностика России. Преодоление кризиса: сборник материалов III Всероссийской конференции: в 2 т. Том 1 / Под ред. Н.А. Батурина и др. Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ. 2015. С. 232–240.
8. Муслимова Е.В. Клинические особенности болевого синдрома при ревматоидном артрите // Дисс... на соискание степени к. мед. наук. Казань, 2015.
9. Подымова И.Г. Психологический статус пациентов в течение хронической головной боли напряжения // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2013. № 3. С. 33–36.
10. Рабинович С.А., Васильев Ю.Л. Оценка формирования болевых установок в стоматологии с помощью шкалы катастрофизации боли // Российский журнал боли. 2017. № 2. С. 26–30.
11. Троицкая Л.А., Ерохина В.А., Новиков П.В., Семячкина А.Н. Особенности эмоциональной сферы у детей с моногенными болезнями соединительной ткани

и рахитоподобными заболеваниями // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013. Том 58. № 3. С. 42–46

12. Янчук В.А., Голи З. Применение шкалы катастрофизации боли к белорусским пациентам с хронической болью // Психологический журнал (Минск). 2015. № 1-2. С. 72–81.

13. Borsbo B., Peolsson M., Gerdle B. Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health – a study of chronic whiplash-associated disorders // Journal of Rehabilitation Medicine. 2008. № 40. P. 562–569. DOI: 10.2340/16501977-0207

14. Chaves J.E, Brown J.M. Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress // Journal of Behavioral Medicine. 1978. № 10. P. 263–276. DOI: 10.1007/BF00846540

15. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I. et al. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain // Pain. 2006. № 126. P. 272–279. DOI: 10.1016/j.pain.2006.07.004

16. Jensen L., Nygren A., Gamberale E. et al. Coping with long term musculoskeletal pain and its consequences: Is gender a factor? // Pain. 1994. № 57. P. 167–172. DOI: 10.1016/0304-3959(94)90220-8

17. Keefe F.J., Lefebvre J.C., Egert J.R. et al. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in Osteoarthritis patients: the role of catastrophizing // Pain 2000. № 87. P. 325–324. DOI: 10.1016/S0304-3959(00)00296-7

18. Meyer K., Sprott H., Mannion A.F. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale // Journal of Psychosomatic Research. 2008. № 64 P. 469–478. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.12.004

19. Papaioannou M., Skapinakis P., Damigos D. et al. The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain // Pain Medicine. 2009. № 10. P. 1452–1459. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00730.x

20. Rosenstiel A.K., Keefe F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment // Pain. 1983. № 17. P. 33–44. DOI: 10.1016/0304-3959(83)90125-2

21. Spanos N.P., Radtke-Bodorik H.L., Ferguson J.D. et al. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain // Journal of Abnormal Psychology. 1979. № 88. P. 282–292. DOI: 10.1037/0021-843X.88.3.282

22. Sullivan M.J.L., Bishop S., Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation // Psychological Assessment. 1995. № 7. P. 524–532. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524

23. Sullivan M.J.L., Thorn B., Keefe F.J. et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain // Clinical Journal of Pain. 2001. № 17. P. 52–64. DOI: 10.1097/00002508-200103000-00008

24. Sullivan M.J.L. The Pain Catastrophizing Scale. User Manual [Электронный ресурс]. URL: http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pcs/PCSManual_English.pdf (дата обращения: 17.12.2020).

25. Tremblay I., Beaulieu Y., Bernier A. et al. Pain Catastrophizing Scale for Francophone Adolescents: A preliminary validation // Pain Research & Management. 2008. № 13. P. 19–24.

26. Vaske J., Beaman J., Sponarski C. Rethinking Internal Consistency in Cronbach's Alpha // Leisure Sciences. 2017. Vol. 39. № 2. P. 163–173. DOI: 10.1080/01490400.2015.1127189

27. Yap J.C., Lau J., Chen P.P. et al. Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in patients with chronic pain // Pain Medicine. 2008. № 9. P. 186–195. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2007.00307.x

28. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983. Vol. 67. P. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

References

1. Gordeeva T.O., Osin E.N., Suchkov D.D. et al. Samokontrol' kak resurs lichnosti: diagnostika i svyazi s uspehnost'yu, nastoichivost'yu i blagopoluchiem [Self-Control as a Personality Resource: Assessment and Associations with Performance, Persistence and Well-Being]. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya=Cultural-Historical Psychology*, 2016, vol. 12, no. 2, pp. 46–58. DOI: 10.17759/chp.2016120205 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Drobizhev M.Yu. Neironal'naya plastichnost' – novaya mishen' v terapii depressii [Neural plasticity as the new target in the therapy of depression]. Moscow: NTsPZ RAMN, 1993. 24 p. (in Russ.).

3. Kir'yakov V.A., Sukhova A.V. Vliyanie psikhologicheskikh ustanovok na effektivnost' lecheniya boleвого синдрома при вибрационной болезни [Influence of psychologic attitude to efficiency of pain treatment in vibration disease]. *Meditsina truda i promyshlennaya ekologiya=Russian Journal of Occupational Health and Industrial Ecology*, 2016, no. 3, pp. 26–30 (In Russ.).

4. Kuz'menko V.V., Fokin V.A., Sokov E.L. et al. Psikhologicheskie metody kolichestvennoi otsenki boli [Psychological Methods of Quantitative Pain Assessment]. *Sovetskaya meditsina=Soviet Medicine*, 1986, no. 10, pp. 44–48 (In Russ.).

5. Kutlubaev M.A., Akhmadeeva L.R. Fenomen katastrofizatsii pri bolevykh sindromakh i patologicheskoi ustalosti [Phenomenon of Catastrophizing in Pain Syndromes and Pathological Fatigue]. *Nevrologicheskii zhurnal=Neurological Journal*, 2013, vol. 20, no. 5, pp. 48–54. (In Russ., abstr. in Engl.).

6. Ledovaya Ya.A., Tikhonov R.V., Bogolyubova O.N. et al. Otchuzhdenie moral'noi otvetstvennosti: psikhologicheskii konstrukt i metody ego izmereniya [Moral

disengagement: the psychological construct and its measurement]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Psikhologiya. Pedagogika=SPbGU Bulletin, Psychology, Pedagogy*, 2016, no. 4, pp. 23–39. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2016.402

7. Mitina O.V. Al'fa Kronbakha: kogda i zachem ee schitat' [Cronbach's Alpha: when and why to calculate it]. In N.A. Baturin et al (eds.), *Sovremennaya psikhodiagnostika Rossii. Preodolenie krizisa. Sbornik materialov III Vserossiiskoi konferentsii: v 2 t. Tom 1=Contemporary Psychodiagnostics of Russia: overcoming the crisis. Conference proceedings in 2 vol. Vol 1*. Chelyabinsk: YuUrGU, 2015, pp. 232–240.

8. Muslimova E.V. Klinicheskie osobennosti boleвого синдрома при ревматоидном артрите [Clinical Features of Pain Syndrome in rheumatoid arthritis]. PhD Thesis. Perm, 2015. 1387. p.

9. Podymova I.G. Psikhologicheskii status patsientov v techenie khronicheskoi golovnoi boli napryazheniya [Psychological Status of Patients with chronic tension-type headache]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik=Kremlin Medicine Journal*, 2013, no. 3, pp. 33–36 (In Russ.).

10. Rabinovich S.A., Vasil'ev Yu.L. Otsenka formirovaniya bolevykh ustanovok v stomatologii s pomoshch'yu shkaly katastrofizatsii boli [Use of the Scale of Catastrophization Pain to Assess the Formation of Painful Installations in Dentistry]. *Rossiiskii zhurnal boli=Russian Journal of Pain*, 2017, no. 2, pp. 26–30 (In Russ., abstr. in Engl.).

11. Troitskaya L.A., Erokhina V.A., Novikov P.V. et al. Osobennosti emotsional'noi sfery u detei s monogennymi boleznyami soedinitel'noi tkani i rakhitopodobnymi zabolevaniyami [Specific features of the emotional sphere in children with monogenic connective tissue disorders and rickets-like diseases]. *Rossiiskii vestnik perinatologii i pediatrii=Russian Bulletin of Perinatology and Pediatrics*, 2013, vol. 58, no. 3, pp. 42–46 (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Yanchuk V.A., Goli Z. Primenenie shkaly katastrofizatsii boli k belorusskim patsientam s khronicheskoi bol'yu [The Use of Pain Catastrophizing Scale (PCS) amongst Belorussian Chronic Pain Patients] *Psikhologicheskii zhurnal (Minsk)=Psychological Journal (Minsk)*, 2015, no. 1-2, pp. 72–81 (in Engl.).

13. Borsbo B., Peolsson M., Gerdle B. Catastrophizing, depression, and pain: correlation with and influence on quality of life and health – a study of chronic whiplash-associated disorders. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 2008, no. 40, pp. 562–569. DOI: 10.2340/16501977-0207

14. Chaves J.E, Brown J.M. Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 1978, no. 10, pp. 263–276. DOI: 10.1007/BF00846540

15. Edwards R.R., Smith M.T., Kudel I. et al. Pain-related catastrophizing as a risk factor for suicidal ideation in chronic pain. *Pain*, 2006, no. 126, pp. 272–279. DOI: 10.1016/j.pain.2006.07.004

16. Jensen L, Nygren A, Gamberale E. et al. Coping with long term musculoskeletal pain and its consequences: Is gender a factor? *Pain*, 1994, no. 57, pp. 167–172. DOI: 10.1016/0304-3959(94)90220-8
17. Keefe F.J., Lefebvre J.C., Egert J.R. et al. The relationship of gender to pain, pain behavior, and disability in Osteoarthritis patients: the role of catastrophizing. *Pain*, 2000, no. 87, pp. 325–324. DOI: 10.1016/S0304-3959(00)00296-7
18. Meyer K, Sprott H, Mannion A.F. Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 2008, no. 64, pp. 469–478. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2007.12.004
19. Papaioannou M., Skapinakis P., Damigos D. et al. The role of catastrophizing in the prediction of postoperative pain. *Pain Medicine*, 2009, no. 10, pp. 1452–1459. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2009.00730.x
20. Rosenstiel A.K., Keefe F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 1983, no. 17, pp. 33–44. DOI: 10.1016/0304-3959(83)90125-2
21. Spanos N.P., Radtke-Bodorik H.L., Ferguson J.D., Jones B. The effects of hypnotic susceptibility, suggestions for analgesia, and utilization of cognitive strategies on the reduction of pain. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979, no. 88, pp. 282–292. DOI: 10.1037/0021-843X.88.3.282
22. Sullivan M.J.L., Bishop S., Pivik J. The Pain Catastrophizing Scale: Development and validation. *Psychological Assessment*, 1995, no. 7, pp. 524–532. DOI: 10.1037/1040-3590.7.4.524
23. Sullivan M.J.L., Thorn B., Keefe F.J. et al. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*, 2001, no. 17, pp. 52–64. DOI: 10.1097/00002508-200103000-00008
24. Sullivan M.J.L. The Pain Catastrophizing Scale. User Manual. URL: http://sullivan-painresearch.mcgill.ca/pdf/pes/PCManual_English.pdf (Accessed: 17.12.2020).
25. Tremblay I., Beaulieu Y., Bernier A. et al. Pain Catastrophizing Scale for Francophone Adolescents: A preliminary validation. *Pain Research & Management*, 2008, no. 13, pp. 19–24.
26. Vaske J., Beaman J., Sponarski C. Rethinking Internal Consistency in Cronbach's Alpha. *Leisure Sciences*, 2017, vol. 39, no. 2, pp. 163–173. DOI: 10.1080/01490400.2015.1127189
27. Yap J.C., Lau J., Chen P.P. et al. Validation of the Chinese Pain Catastrophizing Scale (HK-PCS) in patients with chronic pain. *Pain Medicine*, 2008, no. 9, pp. 186–195. DOI: 10.1111/j.1526-4637.2007.00307.x
28. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, pp. 361–370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Шкала катастрофизации боли



Copyright © 1995
Michael J.L. Sullivan

PCS

Возраст: _____ Пол: М() Ж()

У всех бывают обстоятельства в какой-либо момент жизни, когда испытываешь боль. Такие обстоятельства могут включать головную, зубную боли, боль в суставах или мышцах. Люди часто испытывают боль при таких обстоятельствах, как болезнь, травма, стоматологические процедуры или хирургическое вмешательство.

Нас интересует, какие мысли и чувства возникают у Вас, когда Вы испытываете боль. Ниже даны тринадцать утверждений, описывающие различные мысли и чувства, связанные с болью. С помощью данной шкалы, пожалуйста, укажите, в какой степени у Вас бывают такие мысли и чувства, когда Вы испытываете боль.

0 – совсем нет 1 – немного 2 – умеренно 3 – сильно 4 – все время

Когда я испытываю боль...

- 1 Я все время переживаю, пройдет ли боль.
- 2 Я чувствую, что так больше не может продолжаться.
- 3 Это ужасно, и я думаю, что лучше никогда не станет.
- 4 Это ужасно, и я чувствую, что она меня порабощает.
- 5 Я чувствую, что не могу больше это терпеть.
- 6 Мне становится страшно, что боль усилится.
- 7 Я все время думаю о других эпизодах боли.
- 8 Я очень сильно хочу, чтобы боль прошла.
- 9 Мне кажется, я никак не могу перестать думать о ней.
- 10 Я все время думаю о том, как же мне больно.
- 11 Я все время думаю о том, как сильно хочу, чтобы боль ушла.
- 12 Я ничего не могу сделать, чтобы уменьшить боль.
- 13 Я задумываюсь над тем, может ли это быть что-то серьезное.

...Итого

PCS - Russia/Russian – Version of 03 Mar 17 - Mapi.
ID057817 / PCS_AU1_0_rus-RU.doc

Шкала Мысленная жвачка: пункты 8, 9, 10, 11.

Шкала Преувеличение: пункты 6, 7, 13.

Шкала Безнадежность. пункты 1, 2, 3, 4, 5, 12.

Итоговый балл катастрофизации боли получается путем сложения баллов всех трех шкал методики.

Радчикова Н.П., Адашинская Г.А., Саноян Т.Р., Шупта А.А. Шкала катастрофизации боли: адаптация опросника
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 169–187.

Radchikova N.P., Adashinskaya G.A., Sanoyan T.R., Shupta A.A. Russian Adaptation of the Pain Catastrophizing Scale
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 169–187.

Информация об авторах

Радчикова Наталья Павловна, кандидат психологических наук, доцент кафедры возрастной психологии, Московский педагогический государственный университет (ФГБОУ ВО МПГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com

Адашинская Галина Алексеевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей психологии и психологии развития, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru

Саноян Тигрануи Ребеновна, старший преподаватель кафедры общей психологии и психологии развития, Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова (ФГАОУ ВО РНИМУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7915-6176>, e-mail: tinarub@mail.ru

Шупта Анастасия Александровна, регистратор, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru

Information about the authors

Nataly P. Radchikova, PhD in Psychology, Associate Professor, Moscow Pedagogical State University (MPGU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5139-8288>, e-mail: nataly.radchikova@gmail.com

Galina A. Adashinskaya, PhD in Psychology, Associate Professor, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9482-1488>, e-mail: adashinska@mail.ru

Tigranui R. Sanoyan, Junior Associate Professor, Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7915-6176>, e-mail: tinarub@mail.ru

Anastasiya A. Shupta, Registrar, National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky of the Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4336-4122>, e-mail: shupta.aa@ya.ru

Получена: 25.02.2020

Received: 25.02.2020

Принята в печать: 24.11.2020

Accepted: 24.11.2020