

Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения

Котельникова А.В.

*Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru*

Кукшина А.А.

*Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru*

Бузина Т.С.

*Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com*

Тихонова А.С.

*Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы (ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ), г. Москва, Российская Федерация
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru*

Целью настоящей работы стало исследование динамических характеристик личности (текущего психоэмоционального состояния, приверженности к лечению) пациентов с нарушением двигательных функций для выделения основных мишеней психокоррекции. Были обследованы 363 пациента, из них 195 человек, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и 168 – с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника. В исследовании использовались: шкала SCL-90-R, шкала Тампа, опросник «Уровень комплаентности», экспертная оценка (по пятибалльной шкале) комплаенса лечащим врачом и инструктором лечебной физкультуры. В результате проведенного исследования в качестве мишеней психокоррекционной работы были обозначены высокий уровень соматизации тревожных и депрессивных переживаний, психологическая составляющая кинезиофобии (страха движения),

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С., Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S., Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

проявляющаяся в убежденности пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Изучен вклад личностной комплаентности, понимаемой как имплицитная готовность пациента быть приверженным к лечению, в достижение удовлетворительного комплаенса, фиксируемого в процессе реабилитации. Показана целесообразность составления индивидуальных программ психологической реабилитации на основании превентивной диагностики комплаентности, при этом в качестве оптимального для эффективности реабилитации определен средний уровень показателя комплаентности, а в качестве нуждающегося в психокоррекции – высокий уровень.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, приверженность к лечению, нарушения двигательных функций, комплаентность, комплаенс.

Благодарности. Авторы выражают благодарность сотрудникам филиала № 3 ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины ДЗМ» за помощь в организации исследования.

Для цитаты: *Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С., Тихонова А.С.* Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 151–168. DOI: 10.17759/crpe.2020090408

Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders

Anastasia V. Kotel'nikova

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru*

Anastasia A. Kukshina

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,
Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru*

Tatiana S. Buzina

Federal state budgetary educational institution of higher education "Moscow state medical and dental University named after A.I. Evdokimov" of the Ministry of health of the Russian

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С.,
Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы
в процессе медицинской реабилитации пациентов
с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S.,
Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional
Work in Medical Rehabilitation of Patients
with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

Federation, Moscow, Russia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Anastasia S. Tihonova

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports
Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia.*

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

The purpose of present work is to study the dynamic characteristics of the personality (current psycho-emotional state, adherence to treatment) of patients with movement disorders in order to identify the main targets of psycho-correctional work. 363 patients were examined: 195 after stroke and 168 with degenerative-dystrophic diseases of large joints and spine. The following tools were used: SCL-90-R, Tampa Scale, Compliance Level Questionnaire, expert assessment of compliance by the attending physician and physical therapy instructor on a five-point scale. High level of somatization of anxiety and depressive feelings and psychological component of kinesiophobia (fear of movement), manifested in convincing patients that their illness is an insoluble medical problem were marked as targets of psycho-correctional works during the study. The contribution of personal compliance, understood as the implicit willingness of the patient to be committed to treatment and to the achievement of satisfactory compliance, registered in the rehabilitation process, is studied. The expediency of drawing up individual programs of psychological rehabilitation on the basis of preventive diagnostics of compliance is shown, while the average level of the mentioned indicator is determined as optimal for the effectiveness of rehabilitation.

Keywords: psycho-emotional state, adherence to treatment, movement disorders, compliance, adherence.

Acknowledgements. The authors are grateful for assistance in data collection to all the staff of Branch 3 of Moscow Centre for research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department.

For citation: Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S., Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2020. Vol. 9, no. 4, pp. 151–168. DOI: 10.17759/cpse.2020090408 (In Russ.)

Введение

Современная концепция инклюзии на первое место ставит задачу адаптации общества к особенностям составляющих его индивидов. С медико-социальной точки зрения заболевания, сопровождающиеся нарушением двигательных функций, характеризуются широкой распространенностью, высокой степенью инвалидизации и необходимостью больших затрат на лечение и реабилитацию пациентов [8; 14; 18], внимание к данной проблеме нашло свое отражение в проектах

Всемирной организации здравоохранения [9; 19]. В настоящий момент необходимость включения специалиста-психолога в состав мультидисциплинарной реабилитационной бригады не вызывает сомнения у медицинского сообщества, поскольку известно, что физическое страдание в клинической картине двигательных расстройств тесно переплетается со страданием душевным: чувствами бессилия и беспомощности, патологическим страхом движения [11; 17], высоким риском депрессии и суицида [1]. Стремительно меняющиеся условия современного мира и сжатые сроки реабилитации детерминируют сосредоточение исследовательского внимания на оптимизации традиционных вариантов психологического сопровождения, поиске новых форм и методик его организации. Поскольку успех реабилитационных мероприятий у описанной когорты пациентов зависит, прежде всего, от величины их собственных усилий, прикладываемых для изменения образа жизни и организации ежедневных тренировок, представляется актуальным изучение роли в процессе реабилитации таких психологических переменных, динамика которых связана с функционалом медицинского психолога: речь идет о текущем психоэмоциональном состоянии пациента и его приверженности лечению.

Под приверженностью к лечению в настоящей работе понималась степень соответствия поведения пациента рекомендациям, полученным от врача, в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни в связи с заболеванием [7]. Вслед за современными исследователями [3; 15], признавая структурную неоднородность означенного концепта и основываясь на основных положениях деятельностного подхода о неразрывном единстве, но не тождестве сознания и деятельности, представленного в трудах А.Н. Леонтьева и С.Л. Рубинштейна [6; 12], приверженность к лечению была операционализирована в рамках схемы, представленной на рисунке 1.



Рис. 1. Структура приверженности к лечению

С точки зрения структурных составляющих приверженность к лечению может быть истолкована как совокупность двух неразрывно связанных компонентов (по аналогии с сознанием и деятельностью): комплаентности как имплицитной готовности личности к комплаенсу и собственно комплаенса – конкретного поведенческого результата, поддающегося измерению в терминах степени соответствия поведения больного рекомендациям врача. Продолжая аналогию,

добавим, что комплаентность не просто проявляется в комплаенсе, она «встроена» внутрь и неразрывно связана с ним. В свою очередь комплаентность как интрапсихический феномен также имеет свою структуру, основанную на традиционном для методологии психологического исследования выделении когнитивной, аффективной и поведенческой составляющих изучаемого явления психической жизни индивида, и состоит из социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности. В основе социальной составляющей лежит стремление индивида быть приверженным к лечению ввиду повышенной ориентации на мнение значимых других (соблюдают рекомендации, потому что хотят понравиться, заслужить одобрение врача, родственников), в основе эмоциональной – повышенная чувствительность и сензитивность (соблюдают, потому что встревожились, испуганы), поведенческой – стремление скорейшего преодоления симптомов болезни, воспринимаемой как препятствие. Из вышеизложенного следует, что комплаентностью индивид обладает как во время болезни, так и в ситуации здоровья [3]; комплаенс же может быть оценен только как результат, то есть по истечении определенного промежутка времени в процессе лечения. Таким образом, достижение максимального комплаенса может быть обозначено в качестве ориентира или конечной цели психокоррекционных мероприятий, но технически не будет доступно непосредственной психокоррекции. Исходя из описанной выше схемы, опосредованно на комплаенс можно влиять через комплаентность, диагностированную превентивно, перед началом процесса реабилитации. Практическая ценность подобной диагностики состоит в возможности выявления структуры комплаентности с последующим составлением индивидуального плана психологического сопровождения и оптимизации выбора методик и текущих мишеней психокоррекции.

Таким образом, **целью** настоящей работы стало исследование динамических личностных характеристик (текущего психоэмоционального состояния, приверженности к лечению) пациентов с нарушением двигательных функций в контексте выделения основных мишеней для психокоррекции в процессе медицинской реабилитации.

Материал и методы

Всего было обследовано 363 пациента, находившихся на втором этапе медицинской реабилитации по поводу нарушения двигательных функций в результате перенесенного ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) (n=195), давность инсульта – не более 12 месяцев, и на фоне хронически протекающих дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) крупных суставов и позвоночника (n=168), длительность заболевания – не более 5 лет, в филиале № 3 ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения г. Москвы». Нозологические группы сопоставимы по возрасту (U=15687,0; p=0,49): средний возраст пациентов с ОНМК составил 56,9±12,1 лет, пациентов с ДДЗ – 57,6±12,5 лет. Пропорциональная представленность мужчин и женщин в нозологических группах соответствует общепопуляционной: 97 (49,7%) женщин и 98 (50,3%) мужчин для пациентов с ОНМК и 118 (70,2%) женщин и 50 (29,8%) мужчин для пациентов с ДДЗ.

На основании добровольного информированного согласия в исследование включались пациенты, получавшие стандартный курс медицинской реабилитации по поводу двигательных нарушений в соответствии с нозологией; нуждающиеся, согласно имеющемуся алгоритму [5], в консультации медицинского психолога; когнитивно сохранные; имеющие возможность самостоятельно перемещаться в пределах стационара и обслуживать себя. Степень выраженности двигательных расстройств соответствует 1-2 классу выраженности нарушений структур, функций, активности и участия по Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья.

Психоэмоциональное состояние измерялось с помощью следующих психодиагностических опросников:

- SCL-90-R (Symptom Check List) [16] – самоотчетная методика, предназначенная для выявления уровня текущего дистресса и некоторых наличествующих психопатологических симптомов. Шкала предназначена для полифакторной диагностики текущего психоэмоционального состояния по следующим шкалам: Соматизация, Обсессивность–Компульсивность, Межличностная сензитивность, Депрессивность, Тревожность, Враждебность, Фобическая тревожность, Психотизм Паранойяльность. Диапазон надежности (α -Кронбаха) шкал в текущем исследовании составил 0,70–0,88;

- Шкала Тампа [4] предназначена для измерения страха движения, кинезиофобии, включает в себя две шкалы: Психологическая составляющая кинезиофобии – убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему, и Физическая составляющая кинезиофобии, которая отражает страх движения, возникший в результате реального опыта взаимодействия пациентов с телесной болью. Диапазон надежности (α -Кронбаха) шкал в текущем исследовании составил 0,64–0,88.

Личностные основания приверженности измерялись до начала реабилитации с помощью опросника Уровня комплаентности [3], предполагающего трехфакторную структуру феномена: социальная (обусловленная ориентацией на социальное одобрение), эмоциональная (формирующаяся ввиду повышенной чувствительности и впечатлительности) и поведенческая (направленная на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие) комплаентность. Диапазон надежности (α -Кронбаха) шкал в текущем исследовании составил 0,76–0,77;

Комплаенс как поведенческий результат осознанной включенности больного в процесс собственного выздоровления оценивался с помощью экспертной оценки после окончания реабилитационных мероприятий. В качестве экспертов были задействованы лечащий врач и инструктор лечебной физкультуры, которым предложили оценить степень соответствия поведения пациента указаниям и рекомендациям врача и медицинского персонала, пользуясь пятибалльной шкалой Лайкерта. Коэффициент согласованности мнений экспертов составил $r=0,92$ при уровне статистической достоверности $p>0,001$. Итоговый показатель приверженности при этом рассчитывался как среднее арифметическое полученных результатов.

Статистическая обработка осуществлялась с помощью программы Statistica v. 10.0 и включала в себя анализ данных описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение, медиана, квартильный размах, мода), корреляционный анализ по Ч. Спирмену, анализ значимости различий в уровне выраженности количественного признака для несвязанных групп по критерию Манна–Уитни, анализ пропорциональной представленности бинарного признака в несвязанных группах по критерию Фишера, сравнение средне-выборочных значений по критерию χ^2 .

Результаты

Анализ значимости различий в характеристиках психоэмоционального состояния пациентов с двигательными нарушениями в результате перенесенного ОНМК и на фоне хронически протекающих ДДЗ с использованием U-критерия Манна–Уитни выявил идентичность показателей как по результатам опросника SCL-90-R, так и по шкале кинезиофобии вне зависимости от нозологии двигательных нарушений ($p>0,05$). При сопоставлении средних значений ($n=363$) с имеющимися нормативными данными [4] с помощью критерия χ^2 были выявлены достоверные отличия. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Характеристики психоэмоционального состояния пациентов в сопоставлении с нормой ($M\pm SD$, баллы)

Характеристики психоэмоционального состояния (SCL-90-R)	Пациенты с нарушением двигательных функций ($n=363$)	Норма ($n=1466$)	p
Соматизация	1,15±0,76	0,69±0,65	0,0000***
Обсессивность– Компульсивность	0,89±0,63	0,76±0,60	0,0001***
Межличностная сензитивность	0,69±0,58	0,83±0,63	0,0001***
Депрессия	0,78±0,58	0,68±0,59	0,004**
Тревожность	0,64±0,62	0,62±0,62	0,29
Враждебность	0,49±0,47	0,71±0,65	0,0000***
Фобическая тревожность	0,42±0,55	0,35±0,49	0,01**
Паранойяльные тенденции	0,55±0,56	0,67±0,58	0,0002***
Психотизм	0,37±0,43	0,42±0,48	0,04*

Примечания: * – $p\leq 0,05$, ** – $p\leq 0,01$, *** – $p\leq 0,001$.

Кинезиофобия, как было показано ранее, является специфической характеристикой психоэмоционального состояния пациентов с нарушением двигательных функций и не зависит от этиологии ($p>0,05$). Необходимо отметить,

что сама по себе кинезиофобия является феноменом, исходно функционирующим вне пределов статистической нормы. В связи с принципиальной невозможностью сравнения результатов по опроснику с нормативными количественная оценка производилась путем анализа частоты встречаемости высокого, среднего и низкого уровней выраженности психологической и физической составляющих, а также суммарного показателя кинезиофобии у обследованных пациентов [4]. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

Частота встречаемости различного уровня кинезиофобии у пациентов с нарушением двигательных функций (N=363)

Кинезиофобия и ее составляющие	Низкий уровень (абс./%)	Средний уровень (абс./%)	Высокий уровень (абс./%)
Психологическая составляющая	83 чел. (22,9)	279 чел. (76,8)	1 чел. (0,3)
Физическая составляющая	11 чел. (3,0)	343 чел. (94,5)	9 чел. (2,5)
Общий уровень кинезиофобии	11 чел. (3,0)	340 чел. (93,7)	12 чел. (3,3)

На следующем этапе работы исследовалась связь характеристик психоэмоционального состояния со структурными составляющими комплаентности. Предварительная оценка значимости различий в представленности различного уровня комплаентности у пациентов с двигательными нарушениями в результате перенесенного ОНМК и на фоне ДДЗ с использованием критерия Фишера достоверных различий не выявила ($p > 0,05$). Результаты представлены в таблице 3.

Таблица 3

Частота встречаемости различного уровня комплаентности у пациентов в сопоставлении с нозологией двигательных нарушений

Комплаентность		ОНМК (n=195) абс. (%)	ДДЗ (n=168) абс. (%)	Ур. знч.
Социальная (абс./%)	Низкая	5 (2,7%)	2 (1,2%)	0,30
	Средняя	132 (67,7%)	107 (63,7%)	0,24
	Высокая	58 (29,6%)	59 (36,3%)	0,16
Эмоциональная (абс./%)	Низкая	3 (1,5%)	2 (1,2%)	0,57
	Средняя	87 (44,6%)	90 (53,6%)	0,06
	Высокая	105 (53,9%)	76 (45,2%)	0,06
Поведенческая (абс./%)	Низкая	1 (0,5%)	0 (0,0%)	0,54
	Средняя	118 (60,5%)	99 (58,9%)	0,42
	Высокая	76 (39,0%)	69 (41,1%)	0,38
Общая (абс./%)	Средняя	65 (33,3%)	55 (32,7%)	0,50
	Высокая	130 (67,7%)	113 (67,3%)	

Необходимо отметить, что в целом уровень комплаентности обследованных пациентов (n=363) может быть охарактеризован как высокий: из данных, представленных в таблице 3, видно, что низкий уровень различных составляющих комплаентности встречается крайне редко, в диапазоне от 0,0% до 2,7% случаев. При этом общая комплаентность оценивается как высокая в 67,7% случаев среди пациентов, перенесших ОНМК, и в 67,3% – среди пациентов с ДДЗ. В таблице 4 представлены корреляционные связи между комплаентностью и кинезиофобией.

Таблица 4

**Результаты корреляционного анализа связи комплаентности
и кинезиофобии**

Кинезиофобия	Комплаентность			
	Общая	Социальная	Эмоциональная	Поведенческая
Психологическая составляющая	0,38***	0,47***	0,26*	0,30**
Физическая составляющая	0,43***	0,44***	0,32**	0,37***
Общий уровень	0,20***	0,19**	0,10	0,22***

Примечания: * - $p \leq 0,05$, ** - $p \leq 0,01$, *** - $p \leq 0,001$.

Анализ значимости различий в комплаенсе, оцененным экспертами, с использованием критерия Манна–Уитни позволил подтвердить изложенные выше соображения, а также обозначить прогностическую ценность превентивного применения психодиагностического опросника «Уровень комплаентности». Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5

**Комплаенс пациентов с разным уровнем комплаентности (N=363),
при $p \leq 0,05$**

Комплаентность	Медиана (25,0%–75,0%)	Мода	Ур. знч.	
Общая	высокий уровень (n=243)	4,0 (4,0–5,0)	4,0	0,16
	средний и низкий уровень (n=120)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	
Социальная	высокий уровень (n=117)	4,0 (4,0–5,0)	4,0	0,02
	средний и низкий уровень (n=246)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	
Эмоциональная	высокий уровень (n=181)	4,0 (4,0–5,0)	4,0	0,02
	средний и низкий уровень (n=182)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	
Поведенческая	высокий уровень (n=145)	4,3 (4,0–5,0)	множ.	0,31
	средний и низкий уровень (n=218)	4,5 (4,0–5,0)	5,0	

Анализ значимости различий в комплаенсе, по оценке экспертов, зафиксировал достоверные различия в уровне выраженности социальной и эмоциональной составляющих комплаентности пациентов, по данным опросника «Уровень комплаентности»: пациенты, чей уровень социальной и эмоциональной комплаентности интерпретируется как высокий, демонстрируют, по мнению экспертов, более низкий комплаенс, чем те, чья комплаентность по этим составляющим диагностировалась как находящаяся на среднем или низком уровне.

Обсуждение результатов

При изучении текущего психоэмоционального состояния (таблица 1) было показано, что текущее психоэмоциональное состояние обследованных пациентов существенно отличается от нормативного, причем ряд показателей – соматизация, обсессивность–компульсивность, депрессия, фобическая тревожность – превышают нормативные, а часть – межличностная сензитивность, враждебность, паранойяльные тенденции, психотизм – ниже нормативных значений. Поскольку в данном случае речь идет о степени выраженности в структуре текущего психоэмоционального состояния психопатологических симптомов, оказывающих тормозящее влияние на эффективность реабилитационного процесса [2], условно «положительные», то есть зафиксированные на уровне ниже нормативных, различия в ходе дальнейших рассуждений будут проигнорированы. Таким образом, общий фон психоэмоционального состояния обследованных пациентов в целом характеризуется преобладанием признаков тревожного регистра – соматизацией, обсессивностью–компульсивностью, депрессией и фобической тревожностью.

Привлечение к анализу данных описательной статистики (средние значения), отражающих характеристики психоэмоционального состояния обследованных пациентов, по результатам применения опросника SCL-90-R, позволило выявить, что в количественном отношении максимально выраженным параметром является соматизация. На рисунке 2 видно, что среднее значение по этой шкале существенно преобладает над остальными, при этом анализ значимости различий с использованием критерия Манна–Уитни фиксирует достоверность при сравнении уже со следующим по величине параметром, обсессивностью–компульсивностью, на уровне $p < 0,001$. Таким образом, можно сделать вывод о доказанном преобладании соматизации тревожных переживаний в структуре психоэмоционального состояния обследованных пациентов и обозначить выявленную характеристику как специфическую точку приложения психокоррекционных усилий.

Кинезиофобия как специфическая характеристика психоэмоционального состояния у обследованных пациентов представлена преимущественно средним уровнем выраженности, что в целом составляет 93,7% случаев (табл. 2). Поскольку эмпирическое распределение данных по показателю Общего уровня кинезиофобии по Шкале Тампа соответствует нормальному ($p > 0,05$), можно утверждать, что 68,27% обследованных пациентов с нарушением двигательных функций демонстрируют уровень кинезиофобических реакций в границах, отклоняющихся от среднего значения (41,7 балла), меньше, чем на одно стандартное отклонение (5,7 баллов), то есть располагаются в диапазоне значений от 36,0 до 47,4 баллов [13].

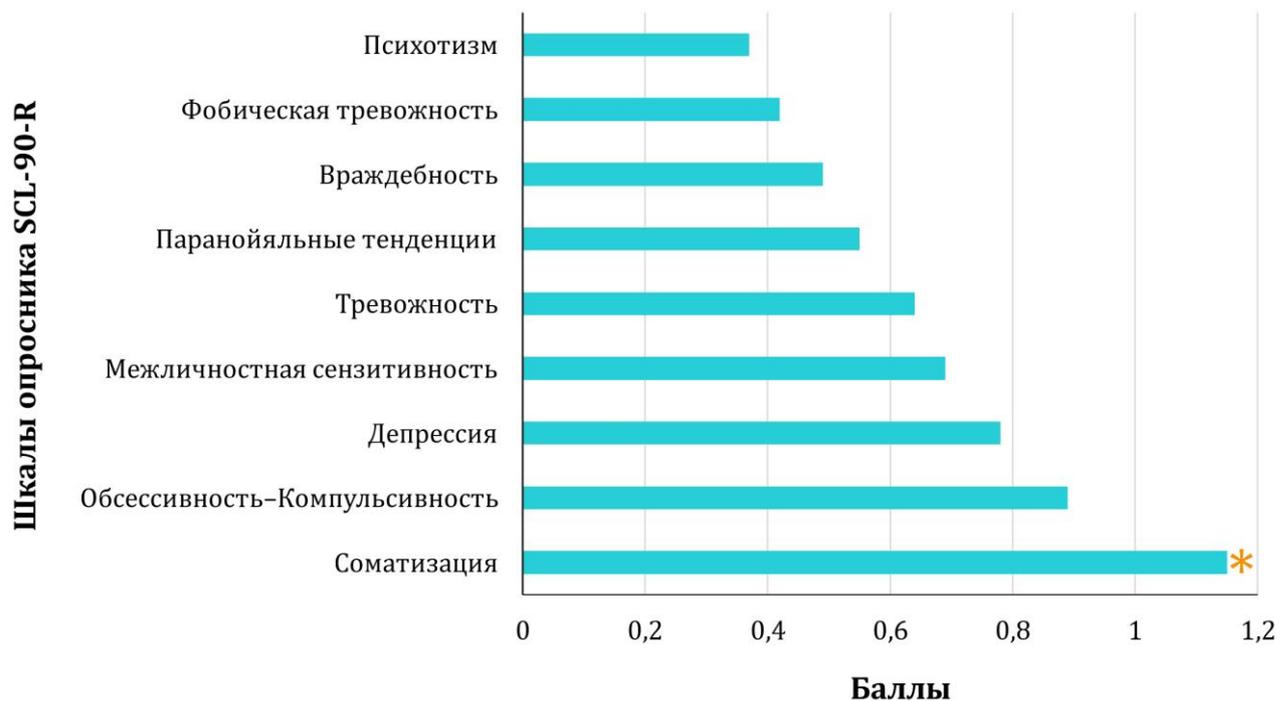


Рис. 2. Характеристики психоэмоционального состояния по данным опросника SCL-90-R (N=363)

Примечание: знаком «*» обозначено среднее значение по шкале соматизации, достоверно превышающее прочие характеристики психоэмоционального состояния по данным опросника SCL-90-R.

Анализ значимости различий в пропорциональной представленности частоты встречаемости различных уровней психологической и физической составляющих кинезиофобии с использованием критерия углового преобразования Фишера дает возможность сделать вывод о том, что значительная выраженность кинезиофобии среди обследованных пациентов достигается преимущественно за счет ее физической составляющей, отражающей реальный опыт взаимодействия с телесной болью у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями крупных суставов и позвоночника либо травматический опыт потери контроля, опоры, ощущение бессилия – в случае перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (эмпирическое значение критерия $\varphi=8,757$ находится в зоне значимости $p \leq 0,01$): низкий уровень выраженности для психологической составляющей регистрируется в 22,9% случаев, для физической – в 3,0% случаев.

Описанные результаты позволяют обозначить кинезиофобию в качестве возможной мишени психокоррекционного воздействия, однако при выявлении физической составляющей кинезиофобии различной степени выраженности особенно необходимо взаимодействие сотрудников мультидисциплинарной бригады. В данной ситуации представляется целесообразным проведение информационно-разъяснительной работы и выдача рекомендаций по преодолению боли не только психологом или психотерапевтом, но и другими специалистами: инструктором лечебной физкультуры, врачом-реабилитологом.

Шкала «Психологическая составляющая кинезиофобии, или вторичная выгода от заболевания», отражает убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Показатели по этой шкале означают различную степень выраженности в жизни пациента неосознаваемых «бонусов» от пребывания в позиции болеющего. Это своеобразный «уход в болезнь», когда человек только таким образом может получить возможность удовлетворить свою потребность во внимании, любви и заботе со стороны близких либо избежать ощущения бессилия и беспомощности при необходимости разрешения серьезных внешних и внутриспсихических конфликтов и противоречий. Психологическая составляющая кинезиофобии предполагает также наличие гипернозогнозического, тревожно-мнительного типа реагирования на болезнь, для которого характерны яркая, преувеличенная эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, преувеличение тяжести заболевания, заниженная модель ожидаемых результатов лечения, отсутствие осознанной мотивации к ответственному включению в процесс реабилитации. Показано, что высокая степень выраженности психологической составляющей кинезиофобии – вторичной выгоды от заболевания – соотносится с большим количеством госпитализаций в отделения медицинской реабилитации и восстановительного лечения [4]. Таким образом, именно психологическая составляющая кинезиофобии представляет собой возможную специфическую мишень для организации психокоррекционного сопровождения пациентов с нарушением двигательных функций в процессе медицинской реабилитации.

Кроме того, основываясь на анализе данных с привлечением описательной статистики (средние значения), можно сказать, что в структуре комплаентности преобладающей является эмоциональная составляющая: попарное сравнение с использованием критерия Манна-Уитни фиксирует различия между эмоциональной (среднее значение 29,2 балла, по данным опросника «Уровень комплаентности»), социальной (среднее значение 27,3 балла) и поведенческой (среднее значение 28,5 балла) комплаентностью на уровне $p \leq 0,05$.

Таким образом, высокий уровень комплаентности обследованной когорты пациентов формируется, прежде всего, за счет эмоциональной составляющей – чрезмерной впечатлительности, импульсивности, чувствительности. Процесс реабилитации приобретает для них истинную значимость: как правило, пациенты настойчиво добиваются госпитализации, при поступлении в стационар декларируют выраженный положительный настрой, эмоциональную включенность и заинтересованность в достижении результата, однако при этом склонны проявлять излишнее беспокойство о последствиях или о возможных неудачах, формировать нереалистичный образ желаемого будущего в виде немедленного возвращения утраченных функций, а также наделять лечащего врача исключительной значимостью и ответственностью за собственное выздоровление, непрерывно пытаюсь консультироваться с ним, оповещая обо всех своих переживаниях. Известно, что высокий уровень тревоги, лежащий в основе такого поведения, истощает психику человека, снижает его адаптационные возможности, дезорганизует активность и приводит к снижению эффективности любой деятельности [10].

При изучении значимости различий в уровне выраженности характеристик психоэмоционального состояния в группах пациентов с различным уровнем комплаентности использовалось попарное сравнение групп по критерию Манна-Уитни. Анализ показал, что подавляющее большинство психопатологических характеристик текущего состояния обследованных пациентов более интенсивно выражены в группах с высоким уровнем как любой из структурных составляющих, так и интегрального показателя комплаентности. Можно предположить, что данный факт отражает неосознаваемое намерение так называемого «высококомплаентного» пациента атрибутировать ответственность за выздоровление и эффективность реабилитации внешним обстоятельствам в лице врача, массажиста, инструктора лечебной физкультуры, сменить активную позицию «я делаю все возможное для того, чтобы выздороветь» на пассивную – «лечите меня».

Как следует из данных, представленных в таблице 5, пациенты в целом продемонстрировали высокий уровень приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации: межквартильный интервал экспертной оценки комплаенса расположен в диапазоне 4,0-5,0 баллов по пятибалльной шкале. Это означает, что 50,0% обследованных придерживались рекомендаций лечащего врача и медицинского персонала на «хорошо» и «отлично». При этом в группах, где до начала реабилитации был диагностирован высокий уровень комплаентности, наиболее распространенной оценкой комплаенса в процессе реабилитации стала «4», в группах со средним уровнем комплаентности – «5». Указанные различия оказались статистически значимыми для показателей, отражающих социальную и эмоциональную составляющие комплаентности, что позволяет сделать предположение о прогностической ценности этих конструктов в достижении максимальной эффективности реабилитационных мероприятий.

Заключение

В результате проведенного исследования обнаружено, что общий фон эмоционального состояния обследованных пациентов характеризуется преобладанием различных проявлений тревожных переживаний: соматизацией, обсессивностью–компульсивностью, депрессией, фобической тревожностью. В качестве специфичных точек-мишеней приложения психокоррекционных усилий в процессе реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций могут быть обозначены такие характеристики текущего психоэмоционального состояния, как соматизация и психологическая составляющая страха движения, кинезиофобии. При составлении индивидуальных программ психологической реабилитации представляется целесообразным учитывать результаты превентивной диагностики уровня комплаентности личности, поскольку высокий уровень этого показателя соотносится со значительными проявлениями психопатологических характеристик.

Литература

1. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара: Бахрах-М, 2011. 272 с.

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С., Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы в процессе медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S., Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional Work in Medical Rehabilitation of Patients with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

2. Избранные лекции по медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корушева. Тамбов: Издательство Юлис, 2016. 278 с.

3. *Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А.* Опросник «Уровень комплаентности»: монография. Владивосток: Тихоокеанский государственный университет имени адмирала Г.И. Невельского, 2014. 74 с.

4. *Котельникова А.В., Кукушина А.А.* Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций // Экспериментальная психология. 2018. Том 11. № 2. С. 50–62. DOI: 10.17759/exppsy.2018110204

5. *Кукушина А.А.* Система психодиагностики и психокоррекции в медицинской реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. М., 2018. 48 с.

6. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. М.: Академия, 2004. 352 с.

7. *Мачильская О.В.* Факторы, определяющие приверженность к лечению больных артериальной гипертензией (обзор литературы) // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2016. Том 9. № 3. С. 56–65. DOI: 10.17116/kardio20169355-65

8. *Мельникова Е.А., Разумов А.Н., Рассулова М.А. и др.* Методические подходы к оценке реабилитационного потенциала и прогнозированию результатов реабилитации у больных с острым нарушением мозгового кровообращения // Вопросы восстановительной и спортивной медицины. Сборник научных трудов по материалам Международной научно-практической конференции. М.: Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы, 2017. С. 11–14.

9. *Насонова В.А., Эрдес Ш.Ф.* О всемирной Декаде костно-суставных заболеваний // Научно-практическая ревматология. 2000. Том 38. № 4. С. 14–16.

10. *Нехорошкова А.Н., Грибанов А.В., Джос Ю.С.* Проблема тревожности как сложного психофизиологического явления // Экология человека. 2014. № 6. С. 47–54.

11. *Панкратьев А.А., Котельникова А.В., Кукушина А.А.* Структура кинезиофобии в реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций // Пироговский форум травматологов-ортопедов. Материалы. Министерство здравоохранения Российской Федерации. 2019. С. 222–223.

12. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии. 2-е изд. М.: Гелеос, 1946. 571 с.

13. *Сидоренко Е.В.* Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2000. 350 с.

14. *Скворцова В.И., Шетова И.М., Какорина Е.П. и др.* Результаты реализации «Комплекса мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с острыми нарушениями мозгового кровообращения в российской федерации» //

Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Том 118. № 4. С. 5–12.
DOI: 10.17116/jnevro2018118415-12

15. Старостина Е.Г. Володина М.Н. Роль комплаентности в ведении больных с диабетом // Русский медицинский журнал. 2015. Том 23. № 8. С. 477–480.

16. Тарабрина Н.В., Азарков В.А., Быховец Ю.В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр. 2007. 208с.

17. Bäck M. Exercise and physical activity in relation to kinesiophobia and cardiac risk markers in coronary artery disease. Gothenburg, Sweden: University of Gothenburg, 2012. 101 p.

18. Hui-Ting L., Yen-I L., Wen-Pin H., et al. A scoping review of the efficacy of virtual reality and exergaming on patients of musculoskeletal system disorders. Journal of Clinical Medicine. 2019. Vol. 8. № 6. P. 791. DOI: 10.3390/jcm806079

19. World Health Organisation. Rehabilitation 2030: A Call for Action. URL: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (дата обращения: 26.09.2018).

References

1. Buljubash I.D., Morozov I.N., Prihod'ko M.S. Psihologicheseskaja rehabilitacija pacientov s posledstvijami spinal'noj travmy [Psychological rehabilitation of patients with spinal injuries]. Samara: Bahrah-M, 2011. 272 p. (In Russ.).

2. Cidorenko E.V. Metody matematicheskoi obrabotki v psikhologii [Mathematical methods of processing in psychology]. Saint-Petersburg: Rech', 2002, 350 p. (In Russ.).

3. Izbrannye lektsii po meditsinskoj reabilitatsii [Selected lectures on medical rehabilitation]. In A.N. Razumova, E.A. Turovoi, V.I. Korysheva (eds.). Tambov: Yulis, 2016, 278 p. (In Russ.).

4. Kadyrov R.V., Asriyan O.B., Koval'chuk S.A. Oprosnik «Uroven' komplaentnosti» [The Compliance level questionnaire]. Vladivostok: Pacific national university, 2014, 74 p. (In Russ.).

5. Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Aprobaciya metodiki izmereniya kineziofobii u bol'nyh s narusheniem dvigatel'nyh funkcij [Testing the method of measuring of kinesiophobia on patients with movement disorders]. *Ekspperimental'naya psihologiya=Experimental Psychology*, 2018, vol. 11, no. 2, pp. 50–62. (In Russ.). DOI: 10.17759/exppsy.2018110204

6. Kukshina A.A. Sistema psikhodiagnostiki i psikhokorreksii v meditsinskoj reabilitatsii patsientov s narusheniyami dvigatel'nykh funktsii [The system of psychodiagnosics and psychocorrection in the medical rehabilitation of patients with movement disorders], PhD thesis. Moscow, 2018, 48 p. (In Russ.).

7. Leont'ev A.N. Deyatel'nost'. Soznanie. Lichnost' [Activity. Consciousness. Personality.] Moscow: Akademiya, 2004. 352 p. (In Russ.).
8. Machil'skaya O.V. Faktory, opredelyayushchie priverzhennost' k lecheniyu bol'nykh arterial'noi gipertenziei (obzor literatury) [Factors determining adherence to treatment in patients with arterial hypertension (literature review)]. *Kardiologiya i serdechno-sosudistaya khirurgiya=Cardiology and Cardiovascular Surgery*, 2016, vol. 9, no. 3, pp. 56–65. (In Russ.).
9. Mel'nikova E.A., Razumov A.N., Rassulova M.A et al. Metodicheskie podkhody k otsenke reabilitatsionnogo potentsiala i prognozirovaniyu rezul'tatov reabilitatsii u bol'nykh s ostrym narusheniem mozgovogo krovoobrashcheniya [Methodological approaches to assessing the rehabilitation potential and predicting the results of rehabilitation in patients with stroke]. *Voprosy vosstanovitel'noi i sportivnoi meditsiny. Sbornik nauchnykh trudov po materialam Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii=Questions of Rehabilitation and Sports Medicine. Collection of Scientific Papers on the Materials of the International Scientific and Practical Conference*. Moscow: Moscow centre for research and practice in medical rehabilitation, restorative and sports medicine of Moscow healthcare department, 2017, pp. 11–14. (In Russ.).
10. Nasonova V.A., Jerdes Sh.F. O vsemirnoi Dekade kostno-sustavnykh zabolevaniy [About the world Decade of bone and joint diseases]. *Nauchno-prakticheskaja revmatologiya=Scientific and Practical Rheumatology*, 2000, vol. 38, no. 4, pp. 14–16. (In Russ.).
11. Nekhoroshkova A.N., Griбанov A.V., Dzhos Yu.S. Problema trevozhnosti kak slozhnogo psikhofiziologicheskogo yavleniya [The problem of anxiety as a complex psychophysiological phenomenon]. *Ekologiya cheloveka=Human Ecology*, 2014, no. 6, pp. 47–54. (In Russ.).
12. Pankrat'ev A.A., Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A. Struktura kineziofobii v rehabilitatsii pacientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsiy [The structure of kinesiophobia in the rehabilitation of patients with movement disorders]. In *Pirogovskij forum travmatologov-ortopedov. Materialy=Pirogov Forum of Traumatologists and Orthopedists. Materials*, Moscow, 2019, pp. 222–223. (In Russ.).
13. Rubinshtein S.L. Osnovy obshchei psikhologii, 2 izd. [Fundamentals of general psychology (2nd ed.)]. Moscow: Geleos, 1946, 571 p. (In Russ.).
14. Skvortsova V.I., Shetova I.M., Kakorina E.P. et al. Rezul'taty realizatsii "Kompleksa meropriyatii po sovershenstvovaniyu meditsinskoj pomoshchi patsientam s ostrymi narusheniyami mozgovogo krovoobrashcheniya v rossiiskoi federatsii" [Results of implementation of the "Complex of measures to improve medical care for patients with acute cerebral circulatory disorders in the Russian Federation"]. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. C.C. Korsakova=Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2018, vol. 118, no. 4, pp. 5–12. (In Russ.). DOI: 10.17116/jnevro2018118415-12
15. Starostina E.G. Volodina M.N. Rol' komplaentnosti v vedenii bol'nykh s diabetom [The role of compliance in the management of patients with diabetes]. *Russkii meditsinskii zhurnal=Russian Medical Journal*, 2015, no. 8, p. 477-480. (In Russ.).

Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С.,
Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы
в процессе медицинской реабилитации пациентов
с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.

Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S.,
Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional
Work in Medical Rehabilitation of Patients
with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.

16. Tarabrina N.V., Agarkov V.A., Byhovec Yu.V. et al. *Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttravmaticheskogo stressa. Ch.1. Teoriya i metody* [Practical guide to the psychology of post-traumatic stress. Part 1. Theory and methods]. Moscow: Kogito-Centr, 2007, 208 p. (In Russ.).

17. Bäck M. Exercise and physical activity in relation to kinesiophobia and cardiac risk markers in coronary artery disease. Gothenburg, Sweden, University of Gothenburg, 2012. 101 p.

18. Hui-Ting L., Yen-I L., Wen-Pin H. et al. A Scoping review of the efficacy of virtual reality and exergaming on patients of musculoskeletal system disorders. *Journal of Clinical Medicine*, 2019, vol. 8, no. 6, p. 791. DOI: 10.3390/jcm806079

19. World Health Organisation. Rehabilitation 2030: A call for action. URL: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf> (Accessed 26.09.2018).

Информация об авторах

Котельникова Анастасия Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела медицинской реабилитации, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Кукушина Анастасия Алексеевна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела медицинской реабилитации, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru

Бузина Татьяна Сергеевна, доктор психологических наук, заведующий кафедрой общей психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Тихонова Анастасия Сергеевна, медицинский психолог филиала № 3, ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

Information about the authors

Anastasia V. Kotel'nikova, PhD in Psychology, Senior Research Assistant of Medical Rehabilitation Department, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1584-4815>, e-mail: pav-kotelnikov@ya.ru

Anastasia A. Kukshina, Doctor of Medicine, Leading researcher of Medical Rehabilitation Department, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of

*Котельникова А.В., Кукушина А.А., Бузина Т.С.,
Тихонова А.С. Стратегия психокоррекционной работы
в процессе медицинской реабилитации пациентов
с нарушением функции движения
Клиническая и специальная психология
2020. Том 9. № 4. С. 151–168.*

*Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Buzina T.S.,
Tihonova A.S. Strategy of Psycho-Correctional
Work in Medical Rehabilitation of Patients
with Movement Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2020, vol. 9, no. 4, pp. 151–168.*

Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: kukshina@list.ru

Tatiana S. Buzina, Moscow State Medical and Dental University named after A.I. Evdokimov of the Ministry of health of the Russian Federation, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8834-251X>, e-mail: tbuzina@gmail.com

Anastasia S. Tihonova, medical psychologist of the Branch 3 of Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Healthcare Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: seyli1992@list.ru

Получена: 22.05.2020

Received: 22.05.2020

Принята в печать: 16.12.2020

Accepted: 16.12.2020