

# Внутренняя картина болезни у пациентов с хронической болью в спине

## **Котельникова А.В.**

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

## **Кукшина А.А.**

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

## **Тихонова А.С.**

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

## **Бузина Т.С.**

*ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России),  
г. Москва, Российская Федерация,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: [tbuzina@gmail.com](mailto:tbuzina@gmail.com)*

---

Целью настоящего исследования стало изучение психологических механизмов формирования интрапсихического ответа на хроническую боль в спине. Гипотезой явилось предположение о том, что внутренняя картина болезни у пациентов с хронической болью в спине различается в зависимости от субъективного восприятия болевых ощущений. Операционализация внутренней картины болезни производилась в соответствии с четырехуровневой концепцией (сенситивный, мотивационный, эмоциональный и интеллектуальный уровни). Использовались психодиагностические инструменты: Опросник боли Мак-Гилла (Кастыро И.В., 2012), опросник «Восстановление локуса контроля» (Белова Н.А., 2002), экспертная оценка комплаенса по пятибалльной шкале, опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению» (Рассказова Е.И., 2016). Были обследованы 84 пациента в возрасте  $54,5 \pm 14,4$  лет, из них 52 (61,9%) женщины и 32 (38,1%) мужчины, находившихся на стационарном этапе медицинской реабилитации по

поводу дорсопатий с хроническим болевым синдромом умеренной выраженности. Продолжительность боли у пациентов составила  $12,9 \pm 13,4$  лет. В результате проведенного исследования обнаружено, что группы пациентов со смешанной и ноцицептивной болью отличаются друг от друга структурой внутренней картины болезни: у пациентов со смешанной болью отсутствуют взаимосвязи мотивационного и эмоционального уровней с сенситивным — уровнем первичной обработки сенсорной информации.

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни, хроническая боль, ноцицептивная боль, нейропатическая боль, смешанная боль, дорсопатии.

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

**Для цитаты:** Котельникова А.В., Кукушина А.А., Тихонова А.С., Бузина Т.С. Внутренняя картина болезни у пациентов с хронической болью в спине [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 4. С. 138–158. DOI: 10.17759/cpse.2022110406

---

## Internal Image of Disorder in Patients with Chronic Back Pain

### **Anastasia V. Kotel'nikova**

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

### **Anastasia A. Kukshina**

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

### **Anastasia S. Tihonova**

*Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation,  
Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia,  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: [seyli1992@list.ru](mailto:seyli1992@list.ru)*

### **Tatyana S. Buzina**

*A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia,  
<https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: [tbuzina@gmail.com](mailto:tbuzina@gmail.com)*

---

The purpose of the work was to study the psychological mechanisms of the formation of an intrapsychic response to chronic back pain. The hypothesis was the assumption that the internal image of the disorder in patients with chronic back pain differs depending on the subjective perception of pain. Operationalization of the internal image of disorder was carried out in accordance with a four-level concept (sensitive, motivational, emotional, and intellectual levels). Psychodiagnostic tools were used: "McGill's Pain Questionnaire (Kastiro I.V., 2012), "Restoration of the locus of control" questionnaire (Belova N.A., 2002), expert assessment of compliance on a five-point scale, "Psychological factors of attitude to illness and treatment" questionnaire (Rasskazova E.I., 2016). In total, 84 patients aged  $54.5 \pm 14.4$  years were examined, including 52 (61.9%) women and 32 (38.1%) men who were at the inpatient stage of medical rehabilitation for dorsopathies with moderate chronic pain syndrome. The pain has lasted for  $12.9 \pm 13.4$  years. As a result of the study, it was found that the groups of patients with mixed and nociceptive pain differ from each other in the structure of the internal image of the disorder: patients with mixed pain have no relationship between the motivational and emotional levels with the sensitive – the level of primary processing of sensory information.

**Keywords:** internal image of the disorder, chronic pain, nociceptive pain, neuropathic pain, mixed pain, dorsopathy.

**Acknowledgements.** The authors express their gratitude to the staff of the branch no. 3 of the Moscow Scientific and Practical Centre of Medical Rehabilitation, Regenerative and Sports Medicine of Moscow City Healthcare Department for their assistance in organizing the study.

**For citation:** Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S., Buzina T.S. Internal Image of Disorder in Patients with Chronic Back Pain. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 4, pp. 138–158. DOI: 10.17759/cpse.2022110406

---

## Введение

Согласно результатам эпидемиологических исследований, на протяжении жизни боль в пояснично-крестцовой области возникает более чем у 70–80% населения и является одним из ведущих инвалидизирующих факторов во всем мире [7]. По некоторым оценкам затраты на лечение боли в спине составляют около 2% от ВВП в развитых странах. Результаты российских эпидемиологических исследований показали, что примерно 25% от совокупного количества обращений за медицинской помощью лиц трудоспособного возраста связаны с болью в нижней части спины [5]. Право человека на облегчение боли закреплено законодательно. Пункт 5 статьи 19 Федерального Закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет, что пациент имеет право на «облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами».

Известно, что боль, являясь комплексным феноменом, представляет собой результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социо-

культурных факторов [3; 11]. Современный подход к типологии боли предполагает классификацию болевых ощущений по параметрам временной протяженности (острая, хроническая) и по механизмам формирования болевых ощущений — ноцицептивная и смешанная (нейропатическая, дисфункциональная) [3]. Есть мнение, что хроническая боль является результатом специфического «болевого поведения» и способом эмоционального реагирования пациентов, что свидетельствует о ее смешанном характере и позволяет трактовать ее как процесс, связанный с физиологией, но не тождественный ей, и осуществляемый психикой [14].

Поведенческим результатом отношения человека к собственному заболеванию, в том числе хронической боли, является его приверженность проводимым терапевтическим мероприятиям, то есть комплаенс [20]. В последние годы пристальное внимание изучению данного конструкта уделяется как медиками, так и психологами, работающими в составе мультидисциплинарных реабилитационных команд, поскольку из-за значительной временной протяженности процесса медицинской реабилитации хронизация болевых ощущений может стать фактором, истощающим не только физические, но и мотивационные ресурсы человека [6; 16].

Наиболее полно вышеизложенные соображения в проблемном поле взаимодействия личности и болезни реализованы посредством интегративного объяснительного конструкта «внутренняя картина болезни» (ВКБ), под которой в медицинской психологии понимают совокупность субъективных представлений человека о своем заболевании, включающую несколько уровней психического отражения: сенситивный, мотивационный, эмоциональный и интеллектуальный [23]. В настоящее время существует большое количество работ, посвященных изучению психологических коррелятов ВКБ у пациентов с хронической болью на фоне различных заболеваний в целях поиска методов дифференциальной диагностики и организации наиболее эффективных лечебно-реабилитационных мероприятий [12; 19; 27]. Выявление психологических аспектов формирования ВКБ позволяет медицинским психологам сконцентрировать внимание на специфических параметрах, актуальных для конкретных категорий пациентов.

Однако в упомянутом методическом подходе не учитывается типология болевых ощущений, в связи с чем *гипотезой* настоящего исследования стало предположение о том, что могут быть выделены варианты ВКБ у пациентов с хронической болью в спине в зависимости от характера (ноцицептивная/смешанная) субъективного восприятия болевых ощущений.

**Цель исследования** — изучение психологических механизмов формирования внутренней картины болезни у пациентов с хронической болью в спине.

## Материал и методы

**Выборка.** В исследовании приняли участие 84 пациента, находившихся на стационарном этапе медицинской реабилитации в филиале № 3 ГАУЗ МНПЦ МРВСМ ДЗМ по поводу нарушения двигательных функций, возникших на фоне дорсопатии (шифры М42, М46, М48, М51, М52, М53, М54 по МКБ-10). Критерием включения в выборку явилось наличие хронической (более 12 недель) боли умеренной

интенсивности. Было обследовано 52 (61,9%) женщины и 32 (38,1%) мужчины в возрасте  $54,5 \pm 14,4$  года, продолжительность боли у которых составила  $12,9 \pm 13,4$  лет. Работа выполнялась в рамках темы НИР «Разработка пациент-ориентированной модели медико-психологической реабилитации» (№ государственной регистрации АААА-А20-120060490050-1; протокол ЛЭК № 1 от 06.02.2020 г.).

**Процедура и методики исследования.** Предметом настоящего исследования явилось субъективное восприятие заболевания, концептуализированное в рамках четырехуровневой концепции ВКБ с помощью валидизированных и рекомендованных Союзом реабилитологов России методик и шкал. Психодиагностическое обследование производилось с учетом добровольности участия и наличия информированного согласия путем самостоятельного заполнения бланковых вариантов опросников в присутствии медицинского психолога. В качестве внешнего критерия валидности исследования использовалась усредненная оценка лечащего врача и инструктора лечебной физкультуры меры комплаенса пациентов в процессе реабилитации. Комплаенс оценивался по пятибалльной шкале Ликерта, где «5» — полное соответствие поведения больного указаниям и рекомендациям медицинского персонала ( $\alpha$ -Кронбаха=0,73). В таблице 1 представлен перечень диагностических методик с указанием их коэффициентов самосогласованности  $\alpha$ -Кронбаха, рассчитанных на основе эмпирических данных обследованной выборки.

Таблица 1

**Психодиагностические методики, использованные в исследовании  
для измерения различных уровней ВКБ**

Уровни ВКБ	Содержание уровня	Инструменты измерения	$\alpha$ -Кронбаха
Сенситивный	Совокупность всех телесных феноменов и симптомов, связанных с переживаемой болезнью	Ранговый индекс боли по сенсорной шкале боли опросника Мак-Гилла	0,71
Мотивационный	Реорганизация мотивационно-потребностной сферы индивида в новых условиях его функционирования, что влечет за собой изменение образа жизни и актуализацию здоровьесберегающего поведения	Опросник «Восстановление локуса контроля»	0,43
Эмоциональный	Отражает специфику реагирования субъекта на его заболевание, ограничения и условия развития, а также аффективное предвосхищение возможных последствий	Ранговый индекс боли по аффективной шкале боли опросника Мак-Гилла	0,64
Интеллектуальный	Объективные знания и представления человека о своем заболевании, его течении, причинах и последствиях	Опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению»	$\in [0,67; 0,77]$

*Опросник боли Мак-Гилла* — психодиагностический инструмент, предназначенный для исследования характеристик боли по методу многомерной семантической дескрипции [1; 11]. Опросник включает в себя 78 слов-дескрипторов, описывающих различные характеристики боли, объединенные в 20 групп, в каждой из которых дескрипторы расположены в порядке нарастания интенсивности ощущения оцениваемой характеристики [9]. Респондент должен выбрать дескрипторы, наиболее соответствующие его ощущениям, — не более одного из каждой группы, но не обязательно в каждой. В качестве итоговых рассматриваются показатели сенситивной (переживание боли на уровне субъективных ощущений), аффективной (влияние боли на психику) и эвалюативной (интенсивность боли) шкалам.

*Опросник «Восстановление локуса контроля»* — самоотчетная методика, предназначенная для измерения уровня мотивации пациента к достижению улучшения собственного состояния [24; 25]. Тест состоит из 9 утверждений, степень согласия с которыми респондент должен оценить по четырехбалльной шкале. Итоговый показатель представляет собой сумму сырых баллов по утверждениям и может варьироваться от 0 до 36: высокие баллы свидетельствуют о высоком уровне мотивации к улучшению состояния, а низкие — об отсутствии стремления облегчить свое состояние. Ввиду недостаточно высокого показателя внутренней согласованности пунктов методики ( $\alpha$ -Кронбаха=0,43) обработка и анализ полученных данных производились с учетом поправки по формуле  $x_t = r_t \times x_i + \bar{x} \times (1 - r_t)$ , где  $x_t$  — значение тестового балла,  $r_t$  — коэффициент надежности теста,  $x_i$  — эмпирический балл,  $\bar{x}$  — среднее значение оценок по тесту [2].

*Опросник «Психологические факторы отношения к болезни и лечению»* направлен на оценку когнитивной составляющей репрезентации заболевания, то есть тех общих представлений больных о происходящем с ними, которые формируются в ситуации заболевания [18]. Опросник состоит из 87 утверждений, детерминирующих особенности поведения человека в отношении здоровья и болезни. Пациенту предлагается оценить каждое утверждение по степени значимости, присваивая балл от 1 («совершенно не согласен») до 7 («совершенно согласен»). Ключом к оригинальному варианту методики служит количественная обработка результатов по 16 шкалам, отражающим субъективные представления о длительности заболевания, его цикличности, последствиях, личном контроле за заболеванием, уверенности в лечении и способности контролировать состояние, понимание болезни, эмоциональное отношение к ней, а также атрибуцию причинности заболевания (внешние средовые факторы, личностные особенности, вредные привычки, ситуативные факторы). Кроме того, согласно рекомендациям создателей опросника, подсчет эмпирических данных следует производить, минуя процедуру стандартизации, что, безусловно, повышает дискриминативность методики и предоставляет возможность проведения дифференцированной диагностики в рамках индивидуального клинического случая, однако для реализации поставленных в рамках настоящего исследования аналитических задач дробление имеющихся данных на большое количество субшкал нецелесообразно, в связи с чем было предпринято снижение размерности данных [4]. Для этого использовался эксплораторный факторный анализ (метод анализа главных компонент, вращение Equamax normalized, процент объясненной дисперсии

составил 74,7%, диапазон факторных нагрузок варьировал от 0,77 до 0,89), а также расчет нормализованных показателей индексов активности–пассивности и интернальности–экстернальности пациента в отношении болезни и лечения. Таким образом, по результатам применения опросника для каждого обследованного пациента были получены интегральные индексы, отражающие:

- активность–пассивность пациента: на собственную активность или активность значимых других он опирается, принимая решения в отношении здоровья и болезни в ситуации соматического заболевания;
- степень интернальности в отношении болезни и лечения;
- представления человека о собственных возможностях в преодолении заболевания — самоэффективность в отношении болезни.

**Анализ данных.** Обработка данных производилась в программе Statistica v. 12.0. Использовались эксплораторный факторный анализ, кластерный анализ по методу k-средних, критерий Колмогорова–Смирнова для проверки нормальности распределения данных, критерии Крускалла–Уоллиса и Манна–Уитни для сравнения выраженности количественного признака в несвязанных группах, критерий Фишера для анализа пропорциональной представленности бинарного признака в несвязанных группах, корреляционный анализ по критерию Спирмена. Выявленные связи и различия считались достоверными при достижении уровня статистической значимости  $p \leq 0,05$ .

## Результаты

Логика изложения результатов основана на последовательном количественном описании уровней внутренней картины болезни, поиске и анализе структурных взаимосвязей, а также оценке вклада изучаемого концепта в формирование комплаенса пациентов с хронической болью в спине в процессе реабилитации.

Исследование *сенситивного уровня* ВКБ производилось путем изучения восприятия боли с помощью сенситивной шкалы «Опросника боли Мак-Гилла». К полученным данным была применена процедура кластерного анализа для выделения групп с ноцицептивным и смешанным характером боли [22]. Оказалось, что 29 человек (34,5% случаев) из числа обследованных были склонны описывать свою боль многословно, распространенно, экспрессивно и драматично, что соответствует смешанным (нейропатическим и дисфункциональным) характеристикам боли, а 55 человек (65,5%) — лаконично и с меньшей экспрессией, что соответствует описанию ноцицептивной боли. При этом интенсивность боли по данным эвалюативной шкалы «Опросника боли Мак-Гилла» у пациентов со смешанной болью значимо превышала ( $U=570,5$ ;  $p=0,03$ ) соответствующие показатели у пациентов с ноцицептивной болью ( $2,6 \pm 0,63$  и  $2,2 \pm 0,81$  соответственно по пятибалльной шкале).

На рисунке 1 представлена график распределения эмпирических данных, отражающих результаты исследования *мотивационного уровня* ВКБ с помощью

опросника «Восстановление локуса контроля» и достоверно не отличающиеся от нормального ( $d=0,13$ ,  $p \geq 0,05$ ).

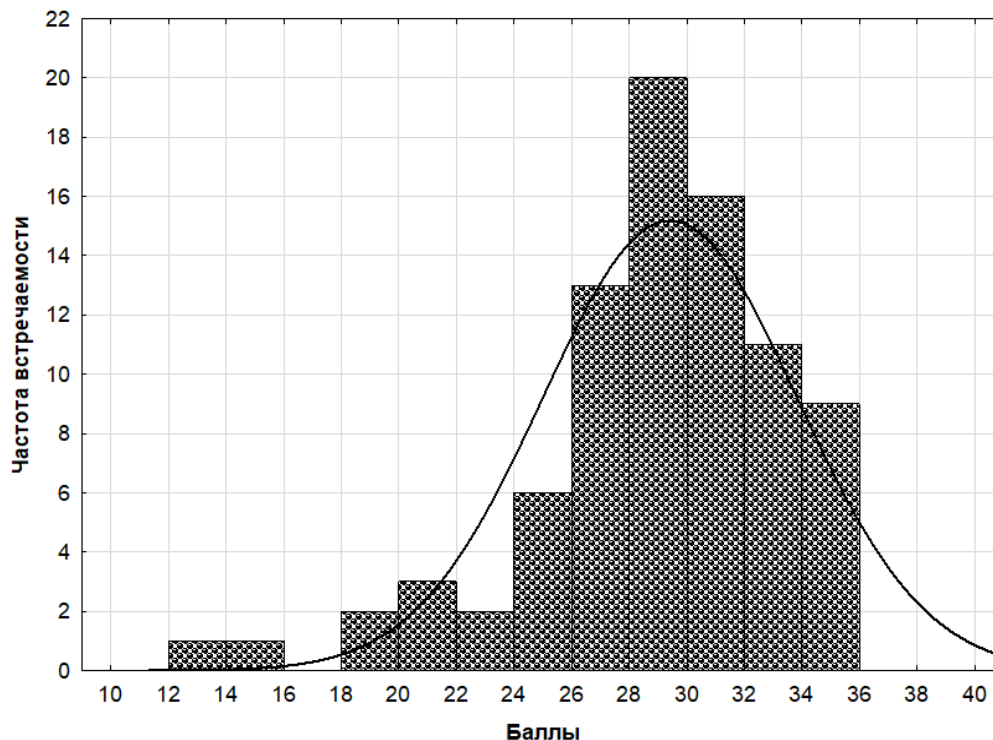


Рис. 1. Эмпирическое распределение данных, характеризующих мотивационный уровень ВКБ, по результатам применения опросника «Восстановление локуса контроля»

На рисунке 1 видно, что большинство пациентов обследованной выборки являются высоко мотивированными на продолжение лечения и реабилитацию: на графике наблюдается явное смещение распределения в сторону максимально возможного балла ( $\max=36$ ) локуса контроля. В рамках принятой трактовки количественных значений стандартных шкал психодиагностических методик [13] собственно «низкими» показателями мотивированности обследованных по результатам применения опросника «Восстановление локуса контроля» могут считаться итоговые количественные значения, находящиеся в диапазоне первого квартиля возможных значений (от 1 до 12 баллов включительно) — таковые в имеющейся выборке пациентов обнаружены не были, что позволяет сделать вывод о 100% высоком уровне мотивации включенных в исследование респондентов. При этом, согласно зафиксированным в процессе реабилитации данным о комплаенсе, действительно высоким уровнем мотивации на реабилитацию был только в 79,7% случаев. Таким образом, рассогласование декларируемого пациентами высокого мотивационного настроя в отношении реабилитации и реального поведенческого результата было зафиксировано в каждом пятом случае (20,3%).

Межгрупповые различия в мотивационном уровне ВКБ в группах пациентов в зависимости от характера болевых ощущений были обнаружены лишь на уровне статистической тенденции ( $U=616,5$ ;  $p=0,09$ ): пациенты с ноцицептивной



болью имеют несколько бóльшую мотивированность по сравнению с пациентами, испытывающими смешанную боль.

Исследование корреляционных связей мотивационного уровня ВКБ и итогового комплаенса с учетом ноцицептивных и смешанных характеристик болевого синдрома показало, что высокий комплаенс соотносится с высокими показателями мотивации только в группе пациентов с ноцицептивной болью ( $r=0,43$ ,  $p<0,001$ ). В группе пациентов со смешанной болью указанная значимая связь не зафиксирована ( $r=0,28$ ,  $p=0,14$ ).

Эмоциональный уровень ВКБ изучался путем анализа данных, полученных по результатам применения аффективной шкалы «Опросника боли Мак-Гилла», с учетом ноцицептивных и смешанных характеристик болевого синдрома. Были выявлены значимые различия, отражающие следующую специфику: пациенты со смешанной болью чаще, чем пациенты с ноцицептивной болью, отмечали влияние боли на психику, многословно описывали чувства и субъективные переживания негативного регистра, которые она вызывает, что указывает на большую вовлеченность эмоциональной составляющей переживания боли. Результаты представлены в таблице 2.

Таблица 2

**Частота встречаемости аффективного компонента восприятия боли  
в группах пациентов с ноцицептивными и смешанными  
характеристиками боли**

Аффективный компонент восприятие боли (чувство)	Характер боли (абс./%)				p
	Ноцицептивный (n=55)		Смешанный (n=29)		
	Отсутствует	Выражен	Отсутствует	Выражен	
Утомляет, изматывает	18 (37,2%)	37 (62,8%)	1 (3,4%)	28 (96,6%)	0,001***
Вызывает тошноту или удушье	53 (96,4%)	2 (3,6%)	21 (72,4%)	8 (27,6%)	0,003**
Вызывает тревогу, страх	32 (58,2%)	23 (41,8%)	10 (34,5%)	19 (65,5%)	0,03*
Угнетает, раздражает, злит, приводит в ярость, приводит в отчаяние	23 (41,8%)	32 (58,2%)	4 (13,8%)	25 (86,2%)	0,01**
Обессиливает, ослепляет	37 (62,8%)	18 (37,2%)	13 (44,8%)	16 (55,2%)	0,03*
Чувство помехи, досады, страдания, мучения, пытки	14 (25,5%)	41 (74,5%)	1 (3,4%)	28 (96,6%)	0,01**

Примечание: \* — достоверность критерия Фишера на уровне  $\leq 0,05$ , \*\* — на уровне  $\leq 0,01$ , \*\*\* — на уровне  $\leq 0,001$ .

Анализ взаимосвязей эмоционального и сенситивного уровня ВКБ выявил статистически значимые прямые связи в группе пациентов с ноцицептивным характером болевых ощущений ( $r=0,41$ ,  $p=0,002$ ) и отсутствие таковой в группе пациентов со смешанными характеристиками боли ( $r=0,21$ ,  $p=0,27$ ).

В результате исследования *интеллектуального уровня* ВКБ выявлено, что с точки зрения активности–пассивности в обследованной выборке преобладают лица с активной позицией в отношении здоровья и болезни, настроенные на реабилитацию, готовые принимать деятельное участие в процессе — их численность составила 67 человек (80%). При этом 17 пациентов (20%) продемонстрировали пассивную, основанную преимущественно на выраженных рентных установках в отношении болезни и лечения позицию. В отношении атрибуции ответственности за болезнь и лечения получены следующие данные: 64 пациента (76%) имели выраженный интернальный локус контроля, а 20 пациентов (24%) — экстернальный (внешний или безличный, подразумевающий «судьбу», «провидение», «случай»). Пациентов, оценивающих свою самооффективность как высокую, в обследованной выборке оказалось 58 человек (69%); 26 человек (31%) характеризовались низкой самооффективностью. С учетом клинически наблюдаемой комбинаторики поведения пациентов и в зависимости комбинации высоких и низких показателей активности–пассивности и интернальности–экстернальности были выделены следующие группы пациентов.

1. Группа «А+И» — 61 человек (72,6%). Характеризуется активной позицией в отношении реабилитации в сочетании с интернальным локусом контроля. Это пациенты, принимающие активное, заинтересованное участие в реабилитационном процессе, готовые взять на себя разумную часть ответственности за выздоровление и дальнейшее поддержание здоровья. Их основная установка может быть сформулирована следующим образом: «Я делаю все, что от меня зависит, для того, чтобы выздороветь».

2. Группа «А+Э» — 6 человек (7,1%). Характеризуется активной позицией в отношении реабилитации в сочетании с экстернальной атрибуцией ответственности. Это пациенты, чья активность в реабилитационном процессе направлена исключительно вовне: на лечащего врача, инструктора по лечебной физкультуре, массажиста, психолога. В их поведении могут проследиваться ярко выраженные рентные установки, реализуемые в виде внешнеобвинительных реакций, требований «немедленного» выздоровления, назначения максимального возможного количества реабилитационных процедур, а также нереалистичных ожиданий от реабилитации.

3. Группа «П+И» — 3 человека (3,6%). Характеризуется пассивной позицией в сочетании с интернальным локусом контроля. У этих пациентов истинная готовность взять на себя ответственность за восстановление здоровья подменена переживанием чувства вины за причину заболевания. Их установка в отношении болезни и лечения может быть сформулирована так: «Я виновен в том, что заболел, но, поскольку я сам ничего исправить не смогу, сделать это должны другие».

4. Группа «П+Э» — 14 человек (16,7%). Характеризуется пассивной позицией в сочетании с экстернальной атрибуцией ответственности. Пациенты этой

группы демонстрируют ярко выраженные рентные установки в отношении реабилитационного процесса, не готовы брать на себя ответственность и при этом занимают пассивную позицию, не проявляют активных действий для взаимодействия с лечащим врачом и медицинским персоналом. Они как бы «предоставляют» свое тело медикам, действуют по принципу «Вылечите меня — вдруг у вас получится».

Анализа значимости различий в уровне выраженности представлений о самоэффективности в описанных группах с использованием критериев Крускала–Уоллиса и Манна–Уитни для дальнейшего попарного сравнения зафиксировал значимые межгрупповые различия ( $N=25,58$ ,  $p<0,001$ ). Показано, что самоэффективность в группе «П+Э» достоверно превышает соответствующие значения во всех обследованных группах ( $p<0,001$  в сравнении с группой «А+И»;  $p=0,001$  — с группой «А+Э»;  $p=0,01$  — с группой «П+И»). При этом показатели самоэффективности в группах «А+Э» и «П+И» достоверно не различались между собой ( $p=0,71$ ), но были самыми низкими по выборке. Поскольку от пола, возраста и длительности болевого синдрома ощущение самоэффективности пациентов обследованной выборки не зависело ( $p\geq 0,05$ ), привлечение данных описательной статистики позволяет предположить, что полученный результат может быть объяснен нереалистичными представлениями о собственных возможностях в отношении болезни и лечения у пациентов группы «П+Э», которые, вероятно, формируют нереалистичные ожидания от реабилитационного процесса с неизбежной последующей фрустрацией. Разброс данных в группе «П+Э» явно превышает средние значения и находится в зоне чрезмерной выраженности по сравнению с аналогичными показателями у всех остальных групп (см. рис. 2).

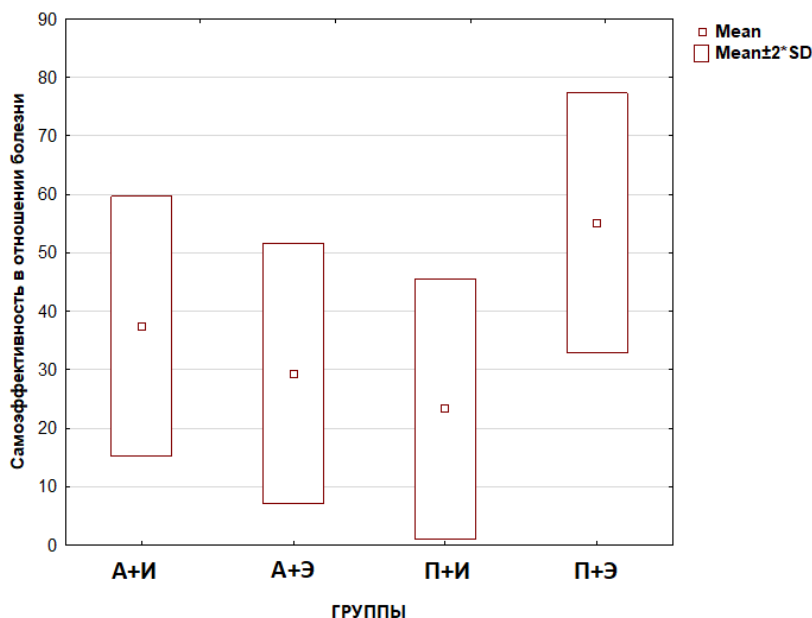


Рис. 2. Самоэффективность в группах с различным отношением к болезни и лечению

Примечание: Mean — среднее значение; Mean±2SD — среднее значение ± удвоенное стандартное отклонение.

Поскольку достоверных различий в уровне выраженности переменных, описывающих интеллектуальный уровень ВКБ, в группах пациентов с ноцицептивными и смешанными характеристиками боли по критерию Манна–Уитни выявлено не было ( $p \geq 0,05$ ), анализ взаимосвязей с исследованными ранее уровнями проводился на общей выборке ( $N=84$ ). Обнаружены значимые связи интеллектуального уровня в части ощущения самоэффективности пациентов обследованной выборки с мотивационным ( $r=0,27$ ,  $p=0,01$ ) и эмоциональным ( $r=-0,26$ ,  $p=0,01$ ) структурными уровнями ВКБ.

### Обсуждение результатов

Результаты исследования ВКБ у пациентов с хронической болью в спине соотносятся с общенаучными представлениями о структурной организации изучаемого концепта, важную роль в которой играет психологическая составляющая [8; 26].

Уже на сенситивном уровне — на уровне первичной переработки физических ощущений — обследованная выборка отчетливо разделяется в зависимости от экспрессии и интенсивности субъективного восприятия боли на пациентов с ноцицептивными и смешанными (нейропатическими и дисфункциональными) характеристиками боли.

Результаты изучения мотивационного уровня ВКБ обследованных пациентов позволяют описать их как высоко приверженных к лечению и реабилитации, однако данный факт не дает возможности сделать однозначно положительные прогностические интерпретации, поскольку к настоящему моменту достоверно известно, что чрезмерно высокая мотивация пациентов соотносится как с нереалистичными ожиданиями от лечебного и реабилитационного процессов, так и с преувеличенными представлениями относительно своих возможностей в достижении выздоровления [21]. Результаты исследований также свидетельствуют о парадоксальном снижении регистрируемого комплаенса в процессе реабилитации исходно перемотивированных пациентов [10]. Клинические наблюдения позволяют 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; менять активную позицию «я делаю все возможное для того, чтобы выздороветь» на пассивную — «лечите меня». Приверженность лечению у таких пациентов базируется не на осознанной активной включенности в процесс выздоровления, а скорее, носит внешний характер и может стать препятствием в формировании комплаентного поведения.

Возможно, имеется также психофизиологическая детерминация, соотносящаяся с особенностями переработки сенсорной информации у пациентов со смешанным характером болевых ощущений, итоговый комплаенс которых оказался не связанным с мотивационным уровнем ВКБ, в отличие от пациентов с ноцицептивной болью.

Прямые корреляционные связи между сенситивным и эмоциональным уровнями ВКБ у пациентов с ноцицептивной болью и отсутствие таковых в случае

смешанной боли позволяют сделать предположение относительно содержания эмоциональных реакций пациентов со смешанной болью. Тот факт, что эта категория пациентов чаще, чем пациенты с ноцицептивной болью, отмечает большее влияние боли на эмоциональное состояние, не всегда представляет собой результат переработки реального опыта взаимодействия с физической болью, но может являться продуктом так называемой «вторичной выгоды от заболевания», отражающей убеждение пациента в том, что его заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему. Вышеуказанные положения соотносятся с описанными в литературе данными о возможности редукции субъективной степени выраженности боли и страдания пациента, базирующейся на ожидании «вознаграждения» за переживаемое состояние, при сохранении ноцицептивной стимуляции на прежнем уровне [15].

В рамках исследования интеллектуального уровня внутренней картины болезни была проанализирована совокупность установок пациентов в отношении болезни и лечения: представления о самоэффективности, атрибуции ответственности в отношении причин заболевания и в отношении лечения; на собственную активность или на активность значимых других опирается человек, принимая решения в отношении здоровья и болезни в ситуации соматического заболевания.

Основатель концепции самоэффективности А. Бандура считал самоэффективность центральной детерминантой человеческого поведения, позволяющей с большой долей вероятности предсказать реальное поведение человека. Он рассматривал самоэффективность как важный когнитивный фактор, воздействующий на поведение человека и его результаты посредством когнитивных, мотивационных, аффективных и физиологических процессов [28].

Е.И. Рассказова определяет саморегуляцию и отношение к болезни в качестве центральных конструкторов, детерминирующих поведение, связанное со здоровьем и болезнью. Представления о длительности и негативных последствиях заболевания коррелируют с более низкими показателями качества жизни, тогда как уверенность в контроле своего состояния данный параметр улучшает [17].

По результатам настоящего исследования можно констатировать, что большинство обследованных пациентов (69%) убеждены в том, что обладают всеми необходимыми ресурсами для того, чтобы преодолеть симптомы болезни, верят в успех своих действий; готовы взять на себя ответственность (76%); готовы проявить активность, упорство и настойчивость в достижении ожидаемого результата (80%). То есть 70–80% больных будут выбирать активную стратегию совладания, опираясь на собственные возможности и принимая на себя ответственность за процесс лечения. Для остальных обследованных характерным представляется выбор пассивной стратегии и перекладывание ответственности за свое здоровье на внешние факторы (врач, родственники, судьба и пр.).

Изучение структурных взаимосвязей между уровнями ВКБ у пациентов с дорсопатиями показало существование их взаимосвязи (рис. 3). Как видно на корреляционной плеяде, сенситивный, эмоциональный, мотивационный и интеллектуальный уровни ВКБ у пациентов с дорсопатиями связаны между собой

таким образом, что высокая представленность интеллектуального уровня соотносится с высокой сформированностью мотивационного уровня и уровня эмоциональной регуляции. При этом высокая представленность сенситивного уровня соотносится с высокой представленностью эмоционального и мотивационного уровней у пациентов с ноцицептивной болью (черные стрелки), но никак не взаимосвязана с указанными уровнями у пациентов со смешанными характеристиками боли (оранжевые стрелки). Данный факт позволяет предположить изолированное функционирование мотивационного и эмоционального уровней ВКБ у пациентов со смешанной болью, что может свидетельствовать о наличии патологического ответа на боль за счет нарушения интегративной функции головного мозга. Описанные результаты соотносятся с имеющимися представлениями о роли нарушения взаимодействия ноцицептивной и антиноцицептивной систем на различных уровнях ВКБ в развитии и поддержании хронической боли [1; 15].

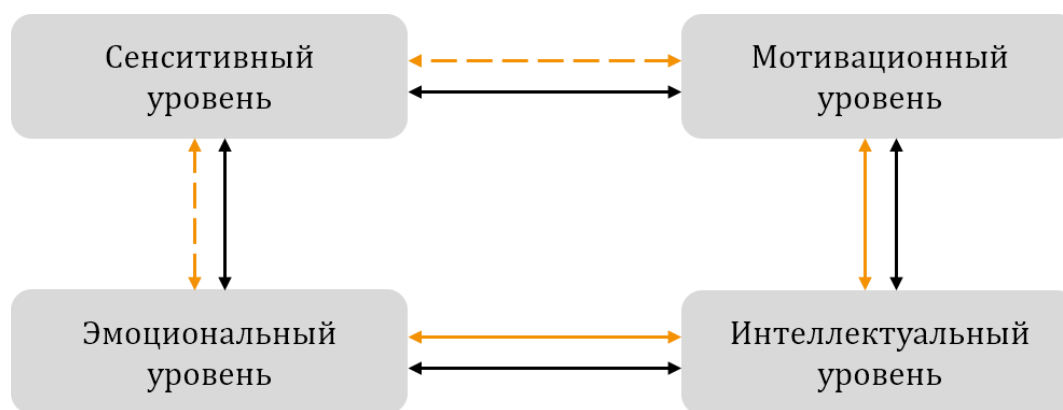


Рис. 3. Структурные взаимосвязи различных уровней ВКБ у пациентов с хронической болью

*Примечание:* черные стрелки отражают взаимосвязи между уровнями ВКБ у пациентов с ноцицептивной болью; оранжевые стрелки — у пациентов со смешанной болью. Пунктирные линии обозначают отсутствие связей; сплошные — их наличие.

### Заключение

Исследование ВКБ у пациентов с хронической болью в спине позволило обозначить некоторые психологические механизмы формирования патологического ответа на боль. Нашла свое подтверждение гипотеза о том, что ВКБ у пациентов с хронической болью в спине различается в зависимости от характера болевых ощущений. У пациентов со смешанной болью, в отличие от пациентов с ноцицептивной болью, наблюдается нарушение интегративных связей между структурными уровнями ВКБ с изолированным функционированием мотивационного и эмоционального уровней. У пациентов с ноцицептивной болью интенсивное переживание болевых ощущений соотносится с выраженными эмоциональными реакциями, а декларируемая мотивационная готовность к ответственному участию в процессе реабилитации — с высоким комплаенсом. В случае смешанных болевых ощущений, вероятно, задействованы патологические механизмы, основанные на нарушении интегративных процессов. Выявленная неоднородность интеллектуального уровня ВКБ пациентов с хронической болью в спине, развившаяся на фоне

дорсопатии, напрямую не соотносится с ноцицептивным или смешанным характером ощущений, но различается в зависимости от комбинации представлений пациентов об атрибуции ответственности за болезнь и намерения опираться на собственную активность или на активность значимых других в процессе реабилитации. Обнаруженная связь интеллектуального уровня с эмоциональным и мотивационным в части представлений пациентов о самооффективности в отношении болезни позволяет обозначить самооффективность в качестве основной точки приложения психокоррекционных усилий. Ограничение данного исследования заключается в малом объеме выборки, а также в анализе наличия связей, но не их направленности.

Перспективой дальнейших исследований является поиск релевантных методов восстановления нарушенных взаимосвязей между уровнями ВКБ у пациентов со смешанным характером боли.

## Литература

1. Болевые синдромы в неврологической практике / Под ред. А.М. Вейна. М.: МЕДпресс-информ, 2001. 368 с.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. СПб.: Питер, 2001. 528 с.
3. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Управление болью. Биопсихосоциальный подход. М.: «АММ ПРЕСС», 2016. 636 с.
4. Замятин А.В. Введение в интеллектуальный анализ данных: учебное пособие. Томск: Издательский Дом Томского государственного университета, 2016. 118 с. URL: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vtls:000529594> (дата обращения: 09.12.2022).
5. Зиновьева О.Е., Баринов А.Н. Патогенетическое лечение неспецифической боли в спине // Медицинский совет. 2018. № 9. С. 25–28. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-9-25-28
6. Избранные лекции по медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корышева и др. Тамбов: «Издательство Юлис», 2016. 278 с.
7. Исайкин А.И., Кузнецов И.В., Кавелина А.В. и др. Неспецифическая люмбалгия: причины, клиника, диагностика, лечение // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2015. Том 7. № 4. С. 101–109. DOI: 10.14412/2074-2711-2015-4-101-109
8. Ишинова В.А., Митякова О.Н., Поворинский А.А. Значение хронической боли в формировании «Внутренней картины болезни» у больных, перенесших ампутацию нижних конечностей и реваскуляризацию миокарда, до и после курса эмпатотехники // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2015. № 3. С. 15–21.

9. Кастыро И.В., Попадюк В.И., Благодеров М.Л. и др. Опросник боли Мак-Гилла как метод определения уровня болевого синдрома у пациентов после риносептопластики и полипотомии носа // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии наук. 2012. Том 86. № 4. Часть 2. С. 68–71.

10. Котельникова А.В., Кукушина А.А., Тихонова А.С. и др. Приверженность к лечению как предиктор эффективности включения технологий VR и AR в психологическое сопровождение пациентов с нарушением двигательных функций в процессе медицинской реабилитации // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2020. № 3. С. 72–81. DOI: 10.26269/72cj-dh29

11. Кузьминова Т.И., Мухаметзянова А.Х., Магомедкеримова Л.В. Психологические методы лечения хронической неспецифической боли в спине // Российский неврологический журнал. 2020. Том 25. № 2. С. 12–21. DOI: 10.30629/2658-7947-2020-25-2-12-21.

12. Мигунова Ю.М. Психологические факторы хронификации при головной боли // Психологические исследования. 2018. Том 11. № 57. С. 12. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/325/601> (дата обращения: 09.12.2022).

13. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и по специальностям психологии. СПб.: Речь, 2010. 388 с.

14. Парфенов В.А., Яхно Н.Н., Давыдов О.С. и др. Хроническая неспецифическая (скелетно-мышечная) поясничная боль. Рекомендации Российского общества по изучению боли (РОИБ) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019. Том 11. № 2S. С. 7–16. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16.

15. Подчуфарова Е.В., Яхно Н.Н. Боль в спине: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 368 с.

16. Порошина Е. Г., Вологодина И.В. Трудный пациент: учебное пособие. СПб.: Изд-во СЗГМУ имени И.И. Мечникова, 2017. 36 с.

17. Рассказова Е.И., Мачулина А.И., Ковров Г.В. и др. Когнитивная составляющая репрезентации лечения и качество жизни при соматических заболеваниях // Психическое здоровье. 2014. Том 12. № 1. С. 43–51.

18. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения // Вестник Южно-Уральского Государственного университета. Серия «Психология». 2016. Том 9. № 1. С. 71–83. DOI: 10.14529/psy160108

19. Сериков А.А., Иорданишвили А.К. Изменение внутренней картины болезни в процессе лечения заболеваний височно-нижнечелюстного сустава // Вестник российской военно-медицинской академии. 2019. № 3 (67). С. 46–51.



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

21. Сушилова А.Г., Белоусова Л.Н. Изучение зависимости уровня комплаентности от внутренней картины болезни, копинг-стратегий, тревоги и депрессии пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта // Профилактическая медицина — 2019: сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Санкт-Петербург, 14–15 ноября 2019 г. / Под ред. А.В. Мельцера, И.Ш. Якубовой. Санкт-Петербург: СЗГМУ имени И.И. Мечникова, 2019. С. 169–176.

22. Тихонова А.С., Погонченкова И.В., Котельникова А.В. и др. Мотивация к лечению у пациентов с хронической болью в спине // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2022. № 2. С. 48–51.

23. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья. // Психологические исследования. 2012. Том 21. № 1. С. 11. URL: <http://psystudy.ru.0421200116/0011> (дата обращения: 09.12.2022).

24. Шкалы и алгоритмы в общеврачебной практике: практическое руководство / Н.И. Волкова, И.Ю. Давиденко, И.С. Джериева и др. / Под ред. Е.В. Доценко. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. 208 с. DOI: 10.33029/9704-5867-9-SHK-2020-1-208.

25. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: рук. для врачей и науч. работников / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2001. 439 с.

26. Штрахова А.В. Психосемантика боли в структуре внутренней картины болезни у неврологических больных // Вестник Южно-Уральского университета. Серия «Психология». 2009. № 30 (163). С. 76–82. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosemantika-boli-v-strukture-vnutrenney-kartiny-bolezni-u-nevrologicheskikh-bolnyh> (дата обращения: 09.12.2022).

27. Ялтонский В.М., Абросимов И.Н., Андрушкевич Т.Д. и др. Исследование параметров внутренней картины болезни у пациентов ревматологического профиля // Российский психологический журнал. 2020. Том 17. № 1. С. 15–26. DOI: 10.21702/grj.2020.1.2

28. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency // American Psychologist. 1982. Vol. 37. № 2. P. 122–147. DOI: 10.1037/0003-066X.37.2.122

## References

1. Bolevye sindromy v nevrologicheskoi praktike [Pain syndromes in neurological practice]. A.M. Vein (ed.). Moscow: MEDpress-inform, 2001. 368 p. (In Russ.).

2. Burlachuk L.F., Morozov S.M. Slovar'-spravochnik po psikhodiagnostike [Dictionary-reference book on psychodiagnosics]. Saint Petersburg: Piter, 2001. 528 p. (In Russ.).

3. Danilov A.B., Danilov Al.B. Upravlenie bol'yu. Biopsikhosotsial'nyi podkhod [Pain management. Biopsychosocial approach]. Moscow: «AMM PRESS», 2016. 636 p. (In Russ.).

4. Zamyatin A.V. Vvedenie v intellektual'nyi analiz dannykh: uchebnoe posobie [Introduction to Data Mining: A Study Guide]. Tomsk: Izdatel'skii Dom Tomskogo gosudarstvennogo universiteta, 2016. 118 p. URL: <http://vital.lib.tsu.ru/vital/access/manager/Repository/vtls:000529594> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ.).

5. Zinovieva O.E., Barinov A.N. Patogeneticheskoe lechenie nespetsificheskoi boli v spine [Pathogenetic treatment of non-specific back pain]. *Meditsinskii sovet = Medical Council*, 2018, no. 9, pp. 25–28. DOI: 10.21518/2079-701X-2018-9-25-28 (In Russ, abstr. in Engl.).

6. Izbrannye lektsii po meditsinskoi reabilitatsii [Selected lectures on medical rehabilitation]. A.N. Razumov, E.A. Turova, V.I. Koryshev et al. (eds.). Tambov: «Izdatel'stvo Yulis», 2016. 278 p. (In Russ.).

7. Isaikin A.I., Kuznetsov I.V., Kavelina A.V. et al. Nespetsificheskaya lyumbalgiya: prichiny, klinika, diagnostika, lechenie [Nonspecific low back pain: Causes, clinical picture, diagnosis, and treatment]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2015, vol. 7, no. 4, pp. 101–109. DOI: 10.14412/2074-2711-2015-4-101-109 (In Russ, abstr. in Engl.)

8. Ishinova V.A., Mityakova O.N., Povorinskiy A.A. Znachenie khronicheskoi boli v formirovanii «Vnutrennei kartiny bolezni» u bol'nykh, perenesshikh amputatsiyu nizhnikh konechnostei i revaskulyarizatsiyu miokarda, do i posle kursa ehmpatotekhniki [The role of chronic pain in the formation of «internal picture of the disease» in patients after lower-limb amputation and myocardial revascularization before and after a course of empatho-technique]. *Mediko-Sotsyal'naya Ekspertiza i Reabilitatsiya = Medical and Social Expert Evaluation and Rehabilitation*, 2015, no. 3, pp. 15–21. (In Russ, abstr. in Engl.).

9. Kastyro I.V., Popadyuk V.I., Blagonravov M.L. et al. Oprosnik boli Mak-Gilla kak metod opredeleniya urovnya bolevogo sindroma u patsientov posle rinoseptoplastiki i polipotomii nosa [McGill Pain Questionnaire as a method of identification of pain syndrome level in patients after rhynoseptoplasty and polypothomy]. *Byulleten' Vostochno-Sibirskogo nauchnogo tsentra Sibirskogo otdeleniya Rossiiskoi akademii nauk = Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal)*, 2012, vol. 86, no. 4, part 2, pp. 68–71. (In Russ, abstr. in Engl.)

10. Kotelnikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S. et al. Priverzhennost' k lecheniyu kak prediktor ehffektivnosti vklyucheniya tekhnologii VR i AR v psikhologicheskoe soprovozhdenie patsientov s narusheniem dvigatel'nykh funktsii v protsesse meditsinskoi reabilitatsii [Adherence to treatment as a predictor of the effectiveness of including VR and AR technologies in the psychological support of patients with movement disorders in medical rehabilitation]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik = Kremlin Medicine Journal*, 2020, no. 3, pp. 72-81. DOI: 10.26269/72cj-dh29 (In Russ, abstr. in Engl.)

11. Kuzminova T.I., Mukhametzyanova A.K., Magomedkerimova L.V. Psikhologicheskie metody lecheniya khronicheskoi nespetsificheskoi boli v spine [Psychological Methods of Chronic Non-Specific Pain Treatment]. *Rossiiskii nevrologicheskii zhurnal = Russian Neurological Journal*, 2020, vol. 25, no. 2, pp. 12–21. DOI: 10.30629/2658-7947-2020-25-2-12-21. (In Russ. abstr. in Engl.)

12. Migunova Yu.M. Psikhologicheskie faktory khronifikatsii pri golovnoi boli [Psychological factors of illness perpetuation in patients with headaches]. *Psikhologicheskie*

*issledovaniya = Psychological Studies*, 2018, vol. 11, no. 57, pp. 12. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/325/601> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ. abstr. in Engl.)

13. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh: uchebnoe posobie dlya studentov vysshikh uchebnykh zavedenii, obuchayushchikhsya po napravleniyu i po spetsial'nostyam psikhologii [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data: A textbook for psychology students]. Saint Petersburg: Rech', 2010. 388 p. (In Russ.).

14. Parfenov V.A., Yakhno N.N., Davydov O.S. et al. Khronicheskaya nespetsificheskaya (skeletno-myshechnaya) poyasnichnaya bol'. Rekomendatsii Rossiiskogo obshchestva po izucheniyu boli (ROIB) [Chronic nonspecific (musculoskeletal) low back pain. Guidelines of the Russian Society for the Study of Pain (RSSP)]. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 2019, vol. 11, no. 2S, pp. 7–16. DOI: 10.14412/2074-2711-2019-2S-7-16. (In Russ., in Engl.)

15. Podchufarova E.V., Yakhno N.N. Bol' v spine: rukovodstvo [Back Pain: A Guide]. Moscow: GEOTAR-Media, 2014. 368 p. (In Russ.).

16. Poroshina E. G., Vologdina I.V. Trudnyi patsient: uchebnoe posobie [Difficult patient: A study guide]. Saint Petersburg: NWSMU n.a. I.I. Mechnikov, 2017. 36 p. (In Russ.).

17. Rasskazova E.I., Machulina A.I., Kovrov G.V. et al. Kognitivnaya sostavlyayushchaya reprezentatsii lecheniya i kachestvo zhizni pri somaticheskikh zabolevaniyakh [Cognitive representation component of treatment and quality of life with somatic diseases]. *Psikhicheskoe zdorov'e = Mental Health*, 2014, vol. 12, no. 1, pp. 43–51. (In Russ., abstr. in Engl.).

18. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh. Aprobatsiya metodik diagnostiki lokusa kontrolya prichin bolezni i lecheniya i samoehffektivnosti v otnoshenii lecheniya [Validation of illness- and treatment-related locus of control scale and treatment-related self-efficacy scale]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo Gosudarstvennogo universiteta. Seriya «Psikhologiya» = Bulletin of the South Ural State University. Series «Psychology»*, 2016, vol. 9, no. 1, pp. 71–83. DOI: 10.14529/psy160108 (In Russ., abstr. in Engl.).

19. Serikov A.A., Iordanishvili A.K. Izmenenie vnutrennei kartiny bolezni v protsesse lecheniya zabolevanii visochno-nizhnechelyustnogo sustava [Changes in the internal diseases picture during of the temporomandibular joint disease treatment]. *Vestnik rossiiskoi voenno-meditsinskoi akademii = Bulletin of the Russian Military Medical Academy*, 2019, no. 3 (67), pp. 46–51. (In Russ., abstr. in Engl.).

20. 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, vol. 23, no. 8, pp. 477–480. (In Russ.).

21. Sushilova A.G., Belousova L.N. Izuchenie zavisimosti urovnya komplaentnosti ot vnutrennei kartiny bolezni, koping-strategii, trevogi i depressii patsientov s zabolevaniyami zheludochno-kishechnogo trakta [Studying the dependence of the level of compliance on the internal picture of the disease, coping strategies, anxiety and depression

in patients with diseases of the gastrointestinal tract]. In A.V. Mel'tser, I.Sh. Yakubova (eds.), *Profilakticheskaya meditsina — 2019: sbornik nauchnykh trudov Vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem = Preventive medicine – 2019: Collection of scientific papers of the All-Russian scientific and practical conference with international participation*. St. Petersburg, November, 14–15, 2019. Saint-Petersburg: NWSMU n.a. I.I. Mechnikov, 2019. Pp. 169–176. (In Russ.).

22. Tihonova A.S., Pogonchenkova I.V., Kotel'nikova A.V. et al. Motivatsiya k lecheniyu u patsientov s khronicheskoi bol'yu v spine [Treatment motivation in patients with chronic low back pain]. *Kremlevskaya meditsina. Klinicheskii vestnik = Kremlin Medicine Journal*, 2022, no. 2, pp. 48-51. (In Russ., abstr. in Engl.).

23. Tsvetkova I.V. Problema psikhologicheskogo izucheniya vnutrennei kartiny zdorov'ya [The problem of studying the inner picture of health]. *Psikhologicheskie issledovaniya = Psychological Studies*, 2012, vol. 21, no. 1, pp. 11. URL: <http://psystudy.ru.0421200116/0011> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

24. Shkaly i algoritmy v obshchevrachebnoi praktike: prakticheskoe rukovodstvo [Scales and algorithms in general medical practice: A practical guide]. E.V. Dotsenko (ed.). Moscow: GEOTAR-Media, 2020. 208 p. DOI: 10.33029/9704-5867-9-SHK-2020-1-208. (In Russ.).

25. Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoj reabilitatsii: ruk. dlya vrachei i nauch. rabotnikov [Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation]. A.N. Belova, O.N. Shchepetova (eds.). Moscow: Antidor, 2001. 439 p. (In Russ.).

26. Shtrahova A.V. Psikhosemantika boli v strukture vnutrennei kartiny bolezni u nevrologicheskikh bol'nykh [Psychosemantics of pain in the structure of the internal picture of disease in neurological patients]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo universiteta. Seriya «Psikhologiya» = Bulletin of the South Ural State University. Series «Psychology»*. 2009, no. 30 (163), pp. 76–82. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihosemantika-boli-v-strukture-vnutrenney-kartiny-bolezni-u-nevrologicheskikh-bolnyh> (Accessed: 09.12.2022). (In Russ., abstr. in Engl.).

27. Yaltonskii V.M., Abrosimov I.N., Andrushkevich T.D. et al. Issledovanie parametrov vnutrennei kartiny bolezni u patsientov revmatologicheskogo profilya [Parameters of the Subjective Pattern of Disease in Rheumatoid Patients]. *Rossiiskii psikhologicheskii zhurnal = Russian Psychological Journal*, 2020, vol. 17, no. 1, pp. 15–26. DOI: 10.21702/rpj.2020.1.2 (In Russ., abstr. in Engl.).

28. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 1982, vol. 37, no. 2, pp. 122–147. DOI: 10.1037/0003-066X.37.2.122

## 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

*Котельникова А.В., Кукушина А.А., Тихонова А.С.,  
Бузина Т.С.* Внутренняя картина болезни  
у пациентов с хронической болью в спине  
Клиническая и специальная психология  
2022. Том 11. № 4. С. 138–158.

*Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A., Tihonova A.S.,  
Buzina T.S.* Internal Image of Disorder  
in Patients with Chronic Back Pain  
Clinical Psychology and Special Education  
2022, vol. 11, no. 4, pp. 138–158.

*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](mailto:kukshina@list.ru)

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

*Бузина Татьяна Сергеевна*, доктор психологических наук, заведующая 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/0000-00002-8834-251X>, e-mail: [tbuzina@gmail.com](mailto:tbuzina@gmail.com)

### **Information about the authors**

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

*Anastasia A. Kukshina*, Doctor of Medicine, Leading Researcher, Medical Rehabilitation Department, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2290-3687>, e-mail: [kukshina@list.ru](mailto:kukshina@list.ru)

*Anastasia S. Tihonova*, Medical Psychologist, Moscow Centre for Research and Practice in Medical Rehabilitation, Restorative and Sports Medicine of Moscow Health Care Department Moscow, Russia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7693-9397>, e-mail: [seyli1992@list.ru](mailto:seyli1992@list.ru)

*Tatyana S. Buzina*, Doctor of Psychology, Head of the Department of General Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-00002-8834-251X>, e-mail: [tbuzina@gmail.com](mailto:tbuzina@gmail.com)

*Получена: 31.01.2022*

*Received: 31.01.2022*

*Принята в печать: 10.12.2022*

*Accepted: 10.12.2022*