

**ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ  
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ**

**СОГЛАСОВАНО**

Главный внештатный специалист Департамента здравоохранения города Москвы по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению Погонченкова И.В.



«    » \_\_\_\_\_

**РЕКОМЕНДОВАНО**

Экспертным советом по науке Департамента здравоохранения города Москвы № 4



«26» марта 2019 г.

**ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ «ШКАЛА ТАМПА»  
В ПРОЦЕССЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С  
НАРУШЕНИЕМ ДВИГАТЕЛЬНЫХ ФУНКЦИЙ**

Методические рекомендации № 18

Москва 2019

УДК 616-072.85

ББК 58

**Организация - разработчик:** Государственное автономное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»

**Авторы:** А.В. Котельникова, А.А. Кукшина, И.В. Погонченкова, Е.А. Турова, М.А.Рассулова

**Рецензенты:**

**Смекалкина Лариса Викторовна** доктор медицинских наук, профессор кафедры интегративной медицины ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации»

**Бузина Татьяна Сергеевна** доктор психологических наук, доцент, главный внештатный клинический психолог по ЦФО, заведующий кафедрой общей психологии ФГБОУ ВО МГСМУ имени А.И. Евдокимова Министерства здравоохранения Российской Федерации

Практическое применение методики «Шкала Тампа» в процессе медицинской реабилитации больных с нарушением двигательных функций / Методические рекомендации. - А.В. Котельникова, А.А. Кукшина, И.В. Погонченкова, Е.А. Турова, М.А. Рассулова.- Москва.- 2018.- 21 с.

**Предназначение.** Методические рекомендации адресованы клиническим психологам, психотерапевтам, психиатрам, врачам-реабилитологам, другим специалистам медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы, ординаторам, аспирантам, научным работникам научно-практических (исследовательских) организаций.

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения

ISBN

Коллектив авторов, 2019

## СОДЕРЖАНИЕ

Определения, обозначения и сокращения	4
Введение	5
Психометрические характеристики методики	7
Порядок проведения психодиагностического обследования	8
Основные методы психологической реабилитации и техники психотерапевтического воздействия	12
Заключение	18
Список использованной литературы	19
Приложения	21

## ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

БОС - биологическая обратная связь

**ВТОРИЧНАЯ ВЫГОДА ОТ ЗАБОЛЕВАНИЯ** – различная степень выраженности в жизни пациента неосознаваемых «бонусов» от пребывания в позиции болеющего, 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

**ВЫУЧЕННАЯ БЕСПОМОЩНОСТЬ** – эмоциональное состояние, при котором человек не предпринимает попыток к улучшению самочувствия, хотя имеет такую возможность

**ГИПЕРНОЗОГНОЗИЯ** – субъективная переоценка тяжести болезни, ее возможных осложнений, вероятности неблагоприятного исхода

**ДПДГ** - десенсибилизация и переработка психической травмы движениями глаз

**КИНЕЗИОФОБИЯ** – чрезмерный, иррациональный и ослабляющий личность страх движения, обусловленный чувством собственной хрупкости и уязвимости, а также предрасположенности к травматизации

**ЛФК** – лечебная физкультура

**ОНМК** – острое нарушения мозгового кровообращения

**СОЦИАЛЬНАЯ ЖЕЛАТЕЛЬНОСТЬ** – склонность людей представлять себя в преимущественно выгодном свете

## ВВЕДЕНИЕ

Ограничение в полноценной реализации одной из основных потребностей живого организма - потребности в движении – существенно нарушает трудоспособность, значительно снижает общий уровень функционирования, лишает индивида возможности справляться с привычными повседневными задачами, сопровождается чувствами бессилия и беспомощности [1].

К психологическим последствиям нарушения двигательных функций исследователи относят потерю ощущения собственной независимости и неуязвимости, утрату человеческого достоинства, контроля над ситуацией, эмоционального равновесия, высокий риск развития депрессии и суицида, связанный с отчаянием, чувствами стыда, вины и безнадежности [2]. Одним из самых значительных ограничителей двигательной активности является страх движения, который в литературе рассматривается, в том числе, и как психологический феномен, и обозначается термином «*кинезиофобия*» [3].

Понятие кинезиофобии было введено в научный обиход в 1990 году и определено как «чрезмерный, иррациональный и ослабляющий личность страх движения, обусловленный чувством собственной хрупкости и уязвимости, а также предрасположенности к травматизации». Как правило, кинезиофобия связана не столько с болью, сколько со страхом нанести себе повреждение и спровоцировать обострение болезни. Описанный феномен исследовался на различных контингентах больных: с ишемической болезнью сердца, с острым нарушением мозгового кровообращения, с острой и хронической болью в спине, пояснице, шее. Выявлена прогностическая ценность конструкта в отношении хронификации заболевания и риска инвалидизации [4]. Установлено, что, в отличие от нормативных реакций на перенесенный стресс – например, после острого сердечного приступа или травмы, страх движения, сохраняющийся в отдаленном периоде заболевания, должен рассматриваться, как особенность постоянного или временного характера, которая существенно снижает эффективность реабилитационных программ и качество жизни пациентов [3, 4].

У пациентов, страдающих кинезиофобией, отмечается скованность, замедленность, избыточная осторожность при движениях и многочисленные прочие двигательные ограничения. Пациенты часто не могут наклониться вперед, опасаясь «смещения позвонков» и «сдавления корешков» и тому подобного, полностью избегают сидячего положения и стараются постоянно «держат спину прямой», а также выполняют при одевании, раздевании, перемене положения тела ряд действий, которые, по их мнению, должны способствовать уменьшению неприятных ощущений. Такое поведение, если оно продолжается длительное время, ведет в свою очередь к ослаблению мышц от бездействия. Поэтому попытки увеличить физическую активность в этом случае нередко приводят к нарастанию

интенсивности боли из-за большей нагрузки на детренированные мышцы, что при отсутствии разъяснений со стороны врача может вести к усилению страха перед физической активностью и, таким образом, замыкать патологическую цепь из боли и страха, формирующую психогению и приводящую в конечном итоге к инвалидизации [5].

Зачастую хронизация боли формирует также особую форму социальной адаптации, обозначаемой как болевое поведение, то есть совокупность форм вербальной и невербальной коммуникации, необходимой для сообщения окружающим о том, что индивид испытывает боль. Действия, составляющие болевое поведение, не осознаны и обычно включают манеру речи, стоны, мимические, жестикуляционные и телесные паттерны, избыточный прием анальгетиков, обращение за медицинской помощью, ограничения работы. Роль психологических факторов в формировании ощущения боли, таким образом, возрастает, физиологических - становится менее значительным [6].

Одной из ведущих характеристик процесса медицинской реабилитации является существенная временная протяженность, сопряженная с хронизацией заболевания, боли и описанных выше патологических форм поведения. Работа специалистов реабилитационной мультидисциплинарной бригады по организации психологического сопровождения больных с нарушением двигательных функций представляет собой поэтапную систему мероприятий по диагностике и коррекции, целью которых является стабилизация эмоционального состояния и повышение качества жизни. Кинезиофобия является специфической психологической характеристикой данного контингента больных вне зависимости от нозологии двигательных нарушений и может быть обнаружена в рамках психодиагностических мероприятий, направленных на выявление и анализ индивидуально-психологических особенностей, определяющих психологический статус и возможности социально-психологической реабилитации [7].

## ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ МЕТОДИКИ

Основным инструментом, предназначенным для измерения кинезиофобии является опросник «Шкала Тампа» [8]. Методика представляет собой 17-пунктовый психодиагностический опросник-самоотчет, бланк которого представлен в приложении № 1, предваряемый инструкцией для больного о необходимости высказать свое отношение к приведенным утверждениям в соответствии с представленной шкалой.

Психометрическая апробация методики на отечественной популяции проводилась на репрезентативной выборке 292 больных с нарушением двигательных функций различной этиологии: в результате перенесенного ОНМК, на фоне дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника и хронических ревматических заболеваний [9]. Полученные в процессе апробации данные были признаны соответствующими современным требованиям к психометрическим характеристикам опросниковых методик [10]. Отмечены удовлетворительная конструктивная валидность, высокая различительная способность в отношении измеряемого параметра, надежность результатов. Исследовано влияние фактора социальной желательности на ответы испытуемых и показано, что результаты свободны от предвзятости. Выявлена также нозологическая неспецифичность методики: этиология двигательных нарушений никак не соотносится с выраженностью кинезиофобии.

Показана двухфакторная структура методики, отражающая неоднородность происхождения кинезиофобии – в результате апробации в структуре опросника были выделены шкалы «Физической составляющей кинезиофобии» и «Психологической составляющей кинезиофобии». Шкала «Физическая составляющая кинезиофобии» включает в себя одиннадцать пунктов опросника и отражает опыт взаимодействия пациентов с реальной телесной болью. Шкала «Психологическая составляющая кинезиофобии, или вторичная выгода от заболевания» включает в себя шесть пунктов опросника и отражает убеждение пациентов в том, что их заболевание представляет собой неразрешимую медицинскую проблему.

Количественным результатом применения опросника могут являться как данные о наличии-отсутствии кинезиофобии в характеристиках психоэмоционального состояния больного (что отражает итоговый суммарный показатель), так и более подробное исследование структуры феномена, что интерпретируется посредством соотнесения показателей по внутренним шкалам.

Таким образом, использование методики в целях уточнения прогноза и составления индивидуального реабилитационного плана возможно любым специалистом мультидисциплинарной бригады, однако углубленное психодиагностическое обследование «Шкалой Тампа» может быть проведено только медицинским психологом или психотерапевтом.

## ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Условиями применимости опросника «Шкала Тампа» являются:

- наличие добровольного информированного согласия больного на проведение психодиагностического обследования;
- доступность больного продуктивному речевому контакту;
- отсутствие у больного выраженных когнитивных нарушений, затрудняющих понимание и выполнение инструкции;
- возраст старше 18 лет.

Перед началом работы с больным необходимо провести разъяснительную беседу относительно целей и задач обследования, получить его согласие на диагностическую работу с медицинским психологом или психотерапевтом.

Общее время психодиагностического исследования составляет 7-10 минут с учетом проведения самой диагностической процедуры и последующего обсчета и интерпретации полученных результатов.

*На первом этапе* работы необходимо зачитать больному инструкцию к опроснику «Шкала Тампа» и убедиться в том, что инструкция понята правильно. При возникновении тревожных реакций и ожиданий в отношении предстоящей процедуры необходимо дать успокаивающие разъяснения, пояснить больному, что для проведения психодиагностического обследования и получения объективных данных будет важна его непосредственная реакция, в связи с чем нет необходимости долго обдумывать «правильность» ответа – следует отвечать в соответствии с первой, спонтанной, реакцией; если же затруднения все же возникают, обдумывать ответ лучше с учетом того, какой способ реагирования для Вас бывает характерен обычно или как, по Вашему мнению, в Вашей жизни происходит чаще всего.

Дальнейшее заполнение бланка опросника – ответы на вопросы – может производиться как собственноручно больным, так и под его диктовку медицинским психологом или психотерапевтом.

*На втором этапе* работы производится подсчет показателей по шкалам опросника согласно следующему алгоритму:

- во-первых, каждому пункту опросника необходимо присвоить определенное количество сырых баллов в соответствии с ответом больного: 1 балл - за ответ «категорически неверно», 2 балла – за ответ «не верно», 3 балла – верно, 4 балла – абсолютно верно;
- во-вторых, следует произвести инверсию показателей сырых баллов по пунктам №№ 4, 8, 12, 16 по формуле «5-х», где х - величина начисленного сырого балла. Например, если на вопрос № 4 («Возможно, моя боль прошла бы, если бы я занимался физическими упражнениями») больной дал ответ «верно», что соответствует «3»



сырым баллам, в качестве итогового показателя этому пункту должно быть начислено 2 балла («5-3=2»);

- в-третьих - произвести суммирование баллов по внутренним шкалам и итогового показателя в соответствии с представленным ниже *ключом*:
  - Шкала «Психологическая составляющая кинезиофобии, или вторичная выгода от заболевания» содержит пункты №№ 1, 2, 5, 9, 14, 15 – баллы, присвоенные этим пунктам, необходимо суммировать;
  - Шкала «Физическая составляющая кинезиофобии» содержит пункты №№ 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17 - баллы, присвоенные этим пунктам, необходимо суммировать с учетом инверсии;
  - Суммарный индекс кинезиофобии подсчитывается путем суммирования данных по шкалам или прямым суммированием баллов по всем семнадцати пунктам опросника с учетом выполненной инверсии.

*Третий этап* психодиагностической работы представляет собой интерпретацию полученных данных. При трактовке показателей необходимо, прежде всего, учитывать, что сама по себе кинезиофобия является феноменом, исходно функционирующим вне пределов статистической нормы. Таким образом, в связи с принципиальной невозможностью сравнения результатов применения опросника с нормативными, количественную оценку результатов рекомендуется производить в терминах «высокого-среднего-низкого» уровня выраженности психологической и физической составляющей, а также суммарного показателя кинезиофобии.

Поскольку минимально возможный суммарный балл по «Шкале Тампа» - 17, максимально возможный – 68, суммарный показатель величиной в 17 баллов необходимо интерпретировать как отсутствие кинезиофобии, показатели от 18 до 68 баллов – как наличие кинезиофобии различной степени выраженности. Минимально возможный показатель по шкале «Психологическая составляющая кинезиофобии, или вторичная выгода от заболевания», состоящей из шести пунктов, – 6 баллов, что следует интерпретировать как отсутствие выраженности психологической составляющей кинезиофобии, максимальный – 24 балла; по шкале «Физическая составляющая кинезиофобии», включающей в себя одиннадцать пунктов, аналогичные показатели составляют 11 баллов и 44 балла. Основываясь на законе нормального распределения данных, в случае отсутствия условий для нормализации данных опросника, в качестве низкой и высокой степени выраженности измеряемой характеристики возможно интерпретировать крайние группы, составляющие 27,5% от общего числа обследованных респондентов [11]. Таким образом, с учетом изложенных выше соображений, порядок

количественной интерпретации результатов использования опросника «Шкала Тампа» представлен в таблице № 1.

Таблица №1

**Количественная интерпретация результатов использования опросника «Шкала Тампа»**

Кинезиофобия и ее составляющие	Диапазон баллов			
	Отсутствие выраженности	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Суммарный показатель кинезиофобии	17	18 - 30	31 - 54	55 - 68
Психологическая составляющая кинезиофобии, или вторичная выгода от заболевания	6	7 - 10	11 - 19	20 - 24
Физическая составляющая кинезиофобии	11	12 - 19	20 - 35	36 - 44

Содержательная интерпретация полученных данных является заключительным этапом психодиагностики и представляет собой основу для определения направления и составления индивидуальной программы дальнейших психокоррекционных мероприятий.

В том случае, когда результаты применения опросника «Шкала Тампа» используются специалистами непсихологической направленности, входящими в состав мультидисциплинарной бригады, необходимо понимать, что по мере увеличения суммарного балла кинезиофобии от низкого к высокому уровню выраженности возрастает сопротивление больного к участию в реабилитационных программах, а также более выраженным становится так называемое болевое поведение. *Высокие* показатели свидетельствуют о необходимости проведения более углубленного психодиагностического исследования с целью определения дальнейшей маршрутизации больного в направлении психокоррекционных мероприятий, фармакокоррекции болевого синдрома либо расстройств, требующих психофармакотерапии.

Содержательная интерпретация медицинским психологом или психотерапевтом производится, прежде всего, по данным внутренних шкал опросника.

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 характерна 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 [9].

Данные, полученные по внутренней шкале «Физическая составляющая кинезиофобии» опросника «Шкала Тампа», коррелируют с наличием болевого синдрома и действительно отражают опыт взаимодействия пациентов с телесной болью [9]. При выявлении физической составляющей кинезиофобии различной степени выраженности особенно необходимо взаимодействие сотрудников мультидисциплинарной бригады. Информационно-разъяснительная работа и рекомендации по преодолению боли должны исходить не только от психолога и психотерапевта, но и от других специалистов: инструктора лечебной физкультуры, врача-реабилитолога.

Таким образом, в клинических условиях индивидуальный подход к составлению программ реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций может быть реализован с опорой на результаты применения опросника, а именно: с учетом выявленного преобладания психологической или физической составляющей кинезиофобии пациентам могут быть рекомендованы различные методы коррекции.

## ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ТЕХНИКИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ

Формат проведения и содержание психокоррекционных мероприятий для преодоления страха движения в процессе реабилитации больных с нарушением двигательных функций разрабатывается на основании результатов определения степени выраженности кинезиофобии с помощью «Шкалы Тампа». Общий перечень методов и техник представлен в приложении № 2.

Основной задачей *начального периода* психореабилитации является проработка острых стрессовых переживаний пациентов, вызванных известием о наличии заболевания, как триггерного механизма кинезиофобии. Важнейшее место на этом этапе отводится методам и приемам релаксации (от лат. *relaxation* – уменьшение напряжения). К ним относят метод нервно-мышечного расслабления (прогрессивная мышечная релаксация по Якобсону) и аутогенную тренировку по Шульцу [13].

В ряде случаев стрессовые переживания пациентов, связанные с обстоятельствами заболевания, являются настолько интенсивными и разрушительными, что речь следует вести о психической травматизации: таковы, например, ощущение «внезапности» острого нарушения мозгового кровообращения, спинальной или любой другой травмы, после которой жизнь больного буквально делится на «до и после». В настоящий момент существует большое количество различных подходов к переработке травматического опыта. Одним из наиболее продуктивных и экономичных для использования в процессе реабилитации представляется метод десенсибилизации и переработки психической травмы движениями глаз (ДПДГ) по Шапиро и его модификации.

На *более поздних этапах* психореабилитации выбор конкретных техник воздействия на ограничивающий активность страх движения зависит от того, какая именно (психологическая или физическая) составляющая кинезиофобии является доминирующей в клинической картине у каждого больного индивидуально. Если речь идет о психологической составляющей, то основной целью психокоррекционного воздействия будет осознание больным вторичной выгоды от ограничения движения, а также последующая психологическая переработка и когнитивное переосмысление выявленных внутренних противоречий и межличностных конфликтов. В такой ситуации используется метод психологического консультирования (клинической беседы), выбор же конкретных тактик воздействия в момент проведения беседы эклектичен, и определяется, прежде всего, адекватностью поступающей от больного обратной связи, а также парадигмальной принадлежностью медицинского психолога/психотерапевта.

Психокоррекционные техники, предназначенные для преодоления страха движения, функционирующего с преобладанием физической

составляющей кинезиофобии, крайне разнообразны, однако в целом сосредоточены вокруг двух тем: боль и синдром «выученной беспомощности» [12]. Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что кинезиофобия довольно часто появляется после нескольких неудачных попыток совершать доступные до момента заболевания движения в их полном объеме – больной становится пассивен, отказывается от любых действий, перестает верить в свои силы, начинает избегать или саботировать лечение.

Для преодоления «выученной беспомощности» в рамках работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады используются техники с применением аппаратов биологической обратной связи (БОС), направленных на выработку нового двигательного стереотипа. К таким аппаратам относят стабилметрические платформы, различные тренажеры для восстановления утраченных двигательных навыков, брусья в сочетании с зеркальной стеновой панелью. Основной характеристикой обратной связи в перечисленных устройствах является возможность больного увидеть на экранной панели или в зеркале реальный результат приложения собственных усилий. Устойчиво зафиксировать эту связь возможно посредством использования психологом положительно мотивирующего вербального подкрепления.

Широкое распространение в клинике в настоящее время также получили когнитивные и бихевиоральные (поведенческие) методы психотерапевтического воздействия. Концептуальной основой этих направлений служит положение о том, не внешние события сами по себе, а значения, которыми наделяет индивид окружающие предметы и явления, его установки и ожидания относительно них, определяют переживаемые чувства и поведение [13].

В рамках когнитивного подхода к организации работы по преодолению страха движения основной фокус внимания психолога/психотерапевта должен быть сосредоточен на коррекции патогенных убеждений больного относительно негативных последствий увеличения двигательной активности и физической нагрузки для перспектив восстановления. При этом имеющийся диагностический материал методики «Шкала Тампа» (ответы больного на утверждения, включенные в опросник) может быть использован в качестве индивидуального дидактического тренажера. Психокоррекционная сессия в данном случае будет представлять собой беседу по анализу содержания ответов больного на утверждения опросника, касающиеся непосредственно проявлений кинезиофобии, например: «Я опасюсь, что могу навредить себе, если буду выполнять физические упражнения», «Если я буду попытаться пересилить ее, моя боль возрастет», «Для человека с моим заболеванием совсем небезопасно сохранять физическую активность» и т.п. Используются такие техники когнитивной терапии, как

отслеживание автоматических мыслей, переформулирование, отдаление, декатастрофизации и пр. [13].

В поведенческом подходе к организации психологического и психотерапевтического сопровождения при коррекции страха движения основной акцент делается на переструктурировании навыков и умений социального функционирования пациента, его адаптации к ситуации заболевания, повышение самоконтроля. Наиболее подходят для работы с больными с кинезиофобией такие техники, как «систематическая десенсибилизация», гипносуггестивное воздействие [13].

Кроме того, сообразно ведущим модальностям восприятия, а также интеллектуально-мнестическим возможностям больного, в работе по преодолению страха движения медицинским психологом/психотерапевтом могут быть использованы техники пятиступенчатой позитивной психотерапии или терапии искусством (арт-терапии) [13].

Таким образом, разнообразие имеющихся в настоящее время методов психологической реабилитации и техник психотерапевтического воздействия позволяет выработать индивидуальный подход к составлению программы преодоления страха движения для каждого конкретного пациента с нарушением двигательных функций.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящие методические рекомендации основаны на результатах анализа работы по апробации на русскоязычной выборке психодиагностического опросника «Шкала Тампа», предназначенного для измерения кинезиофобии – патологического страха движения, возникающего на фоне хронизации заболеваний, сопровождающихся нарушением двигательных функций. На репрезентативной группе больных общей численностью 292 человека, проходящих курс медицинской реабилитации в филиале № 3 МНПЦ МРВСМ ДЗМ, изучены и показаны высокие психометрические характеристики методики (валидность, надежность, дискриминативность), доказана нозологическая неспецифичность кинезиофобии. В качестве этиологических факторов кинезиофобии обозначены психологическая и физическая составляющие: неосознаваемая вторичная заинтересованность больного в сохранении патологического симптома и реальный опыт взаимодействия с телесной болью.

Пациенты, составившие выборку, имели преимущественно двигательные расстройства на фоне сохранных когнитивных функций. Степень выраженности двигательных расстройств у больных при этом соответствовала первому или второму классу выраженности нарушений структур, функций, активности и участия по «Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья».

В методических рекомендациях представлен алгоритм проведения психодиагностического обследования, обозначен порядок количественной и содержательной интерпретации полученных данных как медицинским психологом/психотерапевтом, так и другими специалистами мультидисциплинарной бригады. Формат проведения и содержание психокоррекционных мероприятий для преодоления страха движения в процессе реабилитации больных с нарушением двигательных функций предложено определять на основании результатов диагностики кинезиофобии методикой «Шкала Тампа» с учетом острого или хронического характера протекания болезненного процесса.

Содержательная сторона психологического сопровождения больных с кинезиофобией представлена перечнем имеющихся в настоящий момент методик психологической реабилитации и техник психотерапевтического воздействия. При выборе конкретного метода медицинскому психологу/психотерапевту необходимо учитывать, что предлагаемые материалы носят общий, рекомендательный характер, при этом их этапность, формы и объем должны определяться соотношением имеющимся возможностям реабилитационного учреждения, потребностям и нуждам реабилитационного процесса.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Образовательная программа по депрессивным расстройствам (редакция 2008 г.), Том 2, Депрессия и соматические заболевания //Перевод на русский язык выполнен в Московском НИИ Психиатрии /под ред. профессора В.Н.Краснова, - М., 2010.
2. Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара: Бахрах-М, 2011. – 272 с.
3. Asmundson G.J.G., Vlaeyen J., Crombez G. Understanding and treating fear of pain. Oxford: Oxford University Press, 2004. – 367 p.
4. Bäck M. Exercise and Physical Activity in relation to Kinesiophobia and Cardiac Risk Markers in Coronary Artery Disease. Gothenburg, Sweden, 2012. – 101 p.
5. Подчуфарова Е.В., Разумов Д.В. Роль болевого поведения в формировании инвалидизации у пациентов с хронической болью в спине // Российский медицинский журнал, 2010. – № 3. – С.11-18.
6. Алексеев В.В. Ступенчатая терапия НПВП острого болевого синдрома в пояснично-крестцовой области // Эффективная фармакотерапия в неврологии и психиатрии. 2010. – № 4. – С. 22-28.
7. Избранные лекции по медицинской реабилитации / Под ред. А.Н. Разумова, Е.А. Туровой, В.И. Корышева. – Тамбов: ООО «Издательство Юлис», 2016, – 278 с.
8. Kori S.H., Miller R.P., Todd D.D. Kinesiophobia: a new view of chronic pain behavior // Pain Management. 1990. – Vol. 3. – P. 35–43.
9. Котельникова А.В., Кукшина А.А. Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций // Экспериментальная психология. 2018. – Т. 11. – № 2. – С. 50-62.
10. Митина О.В. Разработка и адаптация психологических опросников – М.: Смысл, 2011. – 235 с.
11. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. - СПб.: ООО «Речь», 2002. - 350 с.
12. Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. D. / Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. Journal of Abnormal Psychology, 1987, 49-74.
13. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо. 2005. – 992 с.



## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение №1

#### Шкала Тампа

Инструкция: Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны или не согласны с приведенными ниже утверждениями и отметьте галочкой одну из граф напротив каждого утверждения в соответствии со шкалой:

1. категорически неверно,
2. не верно,
3. верно,
4. абсолютно верно.

№		1	2	3	4
1	Я опасаясь, что могу навредить себе, если буду выполнять физические упражнения				
2	Если я буду попытаться пересилить ее, моя боль возрастет				
3	Мое тело дает мне знать, что со мной происходит что-то опасное				
4	Возможно, моя боль прошла бы, если бы я занимался физическими упражнениями				
5	Окружающие не воспринимают всерьез мое заболевание				
6	Моя травма поставила под угрозу мое физическое здоровье на всю оставшуюся жизнь				
7	Боль всегда означает, что я получил травму				
8	Только потому, что что-то усиливает мою боль, это не обязательно опасно				
9	Я боюсь случайно нанести себе травму				
10	Самое безопасное, что я могу сделать, чтобы не допустить усиления боли, это просто быть осторожным, чтобы не производить ненужных движений				
11	Я не испытывал бы боль, если в моем организме не происходило что-то потенциально опасное				
12	Хотя я испытываю боль, я буду лучше себя чувствовать, если буду сохранять физическую активность				
13	Боль дает мне знать, когда перестать делать упражнения, чтобы не нанести себе травму				
14	Для человека с моим заболеванием совсем не безопасно сохранять физическую активность				
15	Я не могу делать все то же, что делают здоровые люди, потому что я слишком легко получаю травмы				
16	Хотя что-то и причиняет мне сильную боль, я не думаю, что это опасно				
17	Никто не должен заниматься физическими упражнениями, в моменты, когда испытывают боль				

**Основные методы психологической реабилитации и техники психотерапевтического воздействия в отношении кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций**

Техники воздействия	Содержание воздействия	Цель применения	Кратность назначения
Метод нервно-мышечного расслабления	Серия упражнений по чередованию сильного напряжения и быстро следующего за ним расслабления отдельных групп мышц; сопровождается возникновением ощущения тепла и тяжести и способствует устранению негативных эмоциональных переживаний	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Снятие текущего напряжения,</li> <li>• Ликвидация мышечных зажимов,</li> <li>• Обучение навыкам саморегуляции</li> </ul>	Ежедневно
Аутогенная тренировка	Упражнения по обучению релаксации путем расслабления произвольной мускулатуры с последующим возникновением ощущений тепла и тяжести в теле, управления сердечным и дыхательным ритмом	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Восстановление гомеостаза, нарушенного в результате стрессового воздействия</li> <li>• Выработка навыков произвольной саморегуляции</li> <li>• Релаксация</li> <li>• Управление произвольными функциями организма</li> </ul>	Обучающие занятия 2-3 раза в неделю
ДПДГ	Метод переработки травматического переживания, основой которого является десенсибилизация: повторяющиеся серии движений глаз, ведущих к снижению уровня беспокойства.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Быстрое устранение наиболее тягостных переживаний и симптомов, связанных с перенесенной в прошлом травмой</li> <li>• Стабилизация эмоционального состояния</li> </ul>	1–2 сеанса в неделю продолжительностью 40-60 минут
Психологическое консультирование	Осознание вторичной выгоды от заболевания, психологическая переработка и когнитивное переосмысление внутренних противоречий и межличностных конфликтов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Устранение «вторичной выгоды» от кинезиофобии</li> </ul>	1-2 сеанса в неделю продолжительностью 60-90 минут

<p>Аппаратные методики с использованием БОС</p>	<p>Выработка нового двигательного стереотипа с использованием стабилометрических платформ, панелей обратной связи на тренажерах, брусьев с зеркальными стеновыми панелями (проводится совместно с инструктором ЛФК)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Преодоление «выученной беспомощности»,</li> <li>• Повышение самооценки</li> </ul>	<p>Соответствует ЛФК</p>
<p>Когнитивные техники:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• декатастрофизация,</li> <li>• переформулирование,</li> <li>• децентрализация,</li> <li>• реатрибуция</li> </ul>	<p>Выявление и коррекция ограничивающих убеждений и автоматических мыслей патогенного характера посредством конфронтации, переформулирования, переструктурирования, прямого переосмысления</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коррекция патогенных убеждений большого относительно негативных последствий увеличения двигательной активности и физической нагрузки</li> </ul>	<p>1–2 сеанса в неделю продолжительностью 40-60 минут</p>
<p>Систематическая десенсибилизация</p>	<p>В состоянии глубокой релаксации у пациента вызываются представления о ситуациях, вызывающих у него тревогу, затем, посредством углубления релаксации, негативное поведение, тревога, напряжение замещаются позитивно окрашенной реакцией, релаксацией, спокойствием, чувством контроля над событиями</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подавление страха путем замены его антагонистичной активностью</li> </ul>	<p>1–2 сеанса в неделю продолжительностью 40-60 минут</p>
<p>Гипносуггестивное воздействие:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• прямое внушение ослабления боли,</li> <li>• внушение понижения чувствительности,</li> <li>• техника диссоциации,</li> <li>• замещение,</li> <li>• отвлечение внимания,</li> <li>• визуализация боли</li> </ul>	<p>Внушение больному терапевтически необходимых формул поведения и установок в момент погружения в особое состояние сознания, характеризующееся значительным повышением восприимчивости к специфически направленным психологическим факторам при резком понижении чувствительности к действию всех других факторов внешней среды</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повышение болевого порога и болевой толерантности</li> <li>• Повышение уверенности в себе</li> <li>• Создание положительной перспективы, мотивация к выздоровлению</li> </ul>	<p>1–2 сеанса в неделю продолжительностью 40-60 минут</p>

Телесно-ориентированный подход	Восстановление связей между двигательными участками коры головного мозга и мышцами, которые рефлекторно вовлечены в избыточное напряжение, посредством осознания психофизических механизмов формирования двигательных паттернов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Навыки достижения расслабления,</li> <li>• Избавление от неэффективных двигательных паттернов, вошедших в привычку и лежащие в основе болевых ощущений различной локализации</li> </ul>	2-3 занятия в неделю продолжительностью 40 минут
Пятиступенчатая позитивная психотерапия	Позитивное переосмысление патологических симптомов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Изменение точки зрения пациента на свою болезнь и, как следствие, освобождение новых эмоциональных и физических ресурсов для борьбы с недугом</li> </ul>	1-2 сеанса в неделю продолжительностью 40-60 минут
Терапия искусством (арт-терапия)	Возможность больного в процессе художественного творчества с использованием различных видов искусства (рисование, лепка, песочная терапия, музыкотерапия и т.п.) проецировать свои ощущения невербальными способами, экспериментировать с чувствами, симптомами, исследовать и выражать их на символическом уровне	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Редукция болезненных состояний</li> <li>• Изменение отношения человека к собственному прошлому травматическому опыту</li> <li>• Развитие образного мышления, способности к креативной визуализации и трансформации страха движения</li> </ul>	1-2 сеанса в неделю продолжительностью 60-90 минут