

Научная статья / Research Article

<https://doi.org/10.11621/TEP-26-09>

УДК/UDC 159.9.072; 159.9.075

## Особенности проявления кинезиофобии у мужчин и женщин с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Е.О. Седова<sup>1</sup>✉, В.Ю. Левашева<sup>2</sup>, Т.И. Брессо<sup>1</sup>, М.А. Некрасов<sup>1</sup>,  
С.А. Калина<sup>1</sup>, Ю.И. Рудницкая<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>Медицинский реабилитационный центр «Холмы», Истра, Российская Федерация

✉ eosedova@mail.ru

### Резюме

**Актуальность.** Изучение особенностей кинезиофобии у пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата (ОДА) в период реабилитации позволяет расширить представления о психологических факторах, влияющих на успешность реабилитационного процесса. Данный аспект представляется особенно важным вследствие высокого уровня распространенности таких нарушений и значимостью комплексного восстановления. Малоподвижный образ жизни вносит свой негативный вклад в рост числа нарушений ОДА. Стоит также отметить, что на сегодняшний день оказание психологической помощи участникам боевых действий после полученных травм является актуальной проблемой для психологической практики. Важной составляющей реабилитации становится не только физическое восстановление, но и психологическое сопровождение, так как эмоциональное состояние напрямую влияет на успешность реабилитационных мероприятий.

**Цель.** Изучение особенностей проявления кинезиофобии у мужчин и женщин с нарушениями ОДА.

**Выборка.** В исследовании приняли участие 60 человек — 30 мужчин и 30 женщин — в возрасте от 37 до 59 лет ( $M_{\text{возраст}} = 45,6$ ;  $SD = 11,5$ ) после реконструктивных хирургических операций, пациентов травматологического отделения ГБУЗ ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова.

**Методы.** В исследовании применялись стандартизированные опросные методики: «Шкала Тампа» для измерения кинезиофобии; визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS); «Интегративный тест тревожности — ИТТ»; опросник «Уровень комплаентности». Для статистической обработки данных использовались методы сравнительного и корреляционного анализа с применением критерия Манна — Уитни и коэффициента ранговой корреляции Спирмена.



**Результаты.** В результате исследования получены данные об особенностях проявления кинезиофобии у мужчин и женщин с нарушениями ОДА. Достоверных различий по уровню выраженности кинезиофобии между группами мужчин и женщин не выявлено как по суммарному показателю, так и по отдельным компонентам — физическому и психологическому. Выявлены особенности взаимосвязей кинезиофобии с уровнем депрессии и статистически значимые различия между исследуемыми группами по отдельным параметрам личностной тревожности. В обеих группах преобладала оценка боли как умеренной. При исследовании параметров комплаентности было установлено, что женщины характеризуются более высоким уровнем эмоциональной комплаентности по сравнению с мужчинами.

**Выводы.** У пациентов с нарушениями ОДА в период реабилитации наблюдается ряд гендерных особенностей. Так, для женщин характерна взаимосвязь между уровнем депрессии и общим уровнем кинезиофобии, а также ее физическим компонентом. Их отличает более высокий общий уровень тревожности и уровень эмоциональной комплаентности по сравнению с мужчинами. В период реабилитации у пациенток с нарушениями ОДА при возрастающем страхе движения усиливается тревожность в социальной сфере, и они склонны больше беспокоиться о результатах лечения. Для мужчин в этот период в большей степени характерна выраженность физического компонента кинезиофобии, который связан с ситуативной тревожностью, сопровождающейся астеническими проявлениями, ощущением угрозы и неуверенности в себе.

**Ключевые слова:** кинезиофобия, нарушение опорно-двигательного аппарата, тревожность, комплаентность, медицинская психология, клиническая психология, психология пациента

**Для цитирования:** Седова, Е.О., Левашева, В.Ю., Брессо, Т.И., Некрасов, М.А., Калина, С.А., Рудницкая, Ю.И. (2026). Особенности проявления кинезиофобии у мужчин и женщин с нарушениями опорно-двигательного аппарата. *Теоретическая и экспериментальная психология*, 19(1), 154–170. <https://doi.org/10.11621/TEP-26-09>

## Characteristics of Kinesiophobia in Male and Female Patients with Musculoskeletal Disorders

Ekaterina O. Sedova<sup>1</sup>✉, Valeria Yu. Levasheva<sup>2</sup>, Tatiana I. Bresso<sup>1</sup>, Mikhail A. Nekrasov<sup>1</sup>, Svetlana A. Kalina<sup>1</sup>, Yulia I. Rudnitskaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>Medical Rehabilitation Centre “Kholmy”, Istra, Russian Federation

✉ eosedova@mail.ru

### Abstract

**Background.** Studying the characteristics of kinesiophobia in patients with musculoskeletal disorders (MSD) during the rehabilitation period allows to expand our understanding of the psychological factors influencing the success of the rehabilitation

process. This aspect seems particularly significant due to the high prevalence of such disorders and the importance of their comprehensive restoration. A sedentary lifestyle makes its negative contribution to the increase in the number of MSDs. It is also worth noting that providing psychological support to combat veterans after injuries is currently a pressing issue in psychological practice. An important component of rehabilitation is not only physical recovery but also psychological support, as emotional state directly influences the success of rehabilitation measures.

**Objectives.** The study had its purpose to investigate the characteristics of kinesiophobia in men and women with MSD.

**Study Participants.** The study involved 30 men and 30 women (N = 60) aged 37 to 59 years (M = 45.6; SD = 11.5) after reconstructive surgeries, patients of the traumatology department of the State Budgetary Healthcare Institution “City Clinical Hospital No. 1 named after N.I. Pirogov”.

**Methods.** The study implemented standardized survey methods: the Tamp Scale for measuring kinesiophobia; the Visual Analogue Pain Scale; the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); the Integrative Anxiety Test by Bizuk, Wasserman, Iovlev; and the Compliance Level questionnaire by Kadyrov. Statistical data processing included comparative and correlation analysis using the Mann — Whitney test and Spearman’s rank correlation coefficient.

**Results.** The study yielded data on the characteristics of kinesiophobia in men and women with MSDs. No significant differences in the severity of kinesiophobia were found between the male and female groups, either for the overall score or for individual components — physical and psychological. The study revealed specific relationships between kinesiophobia and depression as well as statistically significant differences between the study groups in particular parameters of personal anxiety. Moderate pain was the predominant rating in both groups. Assessment of compliance parameters revealed that women were characterized by higher levels of emotional compliance compared to men.

**Conclusions.** Patients with MSDs demonstrate a number of gender-specific characteristics during rehabilitation. Thus, women exhibit a correlation between depression levels and general levels of kinesiophobia as well as its physical component. They are characterized by higher general anxiety and emotional compliance compared to men. During rehabilitation, female patients with MSDs experience increased fear of movement, heightened social anxiety and tend to be more concerned about treatment outcomes. Men during this period are characterized by an emphasis on the physical component of kinesiophobia, which is associated with situational anxiety, accompanied by asthenic symptoms, a sense of threat, and a lack of self-confidence.

**Keywords:** kinesiophobia, musculoskeletal disorder, MSD, anxiety, compliance, medical psychology, clinical psychology, patient psychology

**For citation:** Sedova, E.O., Levasheva, V.Yu., Bresso, T.I., Nekrasov, M.A., Kalina, S.A., Rudnitskaya, Yu.I. (2026). Characteristics of kinesiophobia in male and female patients with musculoskeletal disorders. *Theoretical and Experimental Psychology*, 19(1), 154–170. <https://doi.org/10.11621/TEP-26-09>

## **Введение**

Термин «кинезиофобия» характеризует такое явление, как страх движения. Одно из определений описывает кинезиофобию как иррациональный, преувеличенный страх движения, сопровождающийся чувствительностью к боли, или повторной травматизации (Котельникова, Кукшина, 2019). Пациенты с нарушениями ОДА могут избегать выполнения повседневных задач, которые требуют физической активности, даже если медицинских противопоказаний к этому нет (Подчуфарова, Разумов, 2010). Также данное понятие может интерпретироваться как заблуждение в том, что движение может привести к повторной травматизации (Philips, 1987). Часто эти определения выступают как синонимичные, однако исследователи указывают, что пациенты с хронической болью могут избегать движения, что может рассматриваться как способ адаптации после произошедшей травмы, и далеко не каждый такой пациент будет страдать кинезиофобией. Этим термином также обозначают чрезмерный, иррациональный и изнуряющий страх перед физическим движением и физической активностью, возникающий вследствие чувства уязвимости к повторной травме (Huang et al., 2019). Среди других признаков кинезиофобии можно выделить скованность в движениях, что часто не соответствует реальной степени повреждения или угрозы, а также психологический дискомфорт, связанный с ощущением собственной физической слабости или ограниченности (Головачева и др., 2022).

Распространенность кинезиофобии среди пациентов с хронической болью достигает 50–70% (Белова и др., 2022). В современных условиях особенно актуальной становится проблема помощи пациентам с кинезиофобией, участвовавшим в боевых действиях (Баранов и др., 2024).

## **Теоретическое обоснование**

Реакция избегания движения связана с уже имеющимся у пациента с нарушением ОДА опытом переживания боли (Андреев и др., 2021). Страх возникает после негативной оценки своих ощущений. Из-за болезненного опыта в прошлом пациенты начинают воспринимать боль как угрозу, и у них растет уверенность в том, что любое движение приведет к усилению болевых ощущений или повторной травме (Ходькова, 2022). Крайне отрицательная оценка, то есть катастрофизация боли приводит к тому, что пациент сконцентрирован на самых тяжелых сценариях развития своих ощущений. Это, в сочетании с повышенной телесной чувствительностью и боязнью движений, может привести к формированию у пациента защитной реакции в виде избегания действий, которые могут вызвать боль (Кукшина и др., 2019).

Таким образом, страх перед болью оказывает негативное влияние на работоспособность организма, что, в свою очередь, способствует развитию реакции избегания, которая ведет к снижению двигательной активности (Плахотниченко, Малинина, 2024). Длительное избегание движений ведет к слабости мышц и проблемам с другими системами организма. При попытке физического

воздействия на уже ослабленные и атрофированные мышцы боль усиливается, что также провоцирует человека сохранять пассивное двигательное поведение (Левин и др., 2020).

Все названные признаки в совокупности могут стать причиной нарушения нормального функционирования индивида в социуме, что сопровождается закреплением патологических стереотипов, которые не соответствуют реальным возможностям человека, а также снижением качества жизни (Пароньянц, Рошка, 2024).

Кинезиофобия и тревожность являются взаимосвязанными явлениями. К основным признакам тревожности относятся неопределенность, беспредметность и ожидание угрозы, что часто сопровождается психоэмоциональным напряжением и страхом (Путилина, 2021). Эти состояния могут быть обусловлены как физиологическими, так и психологическими факторами. Стрессовые ситуации заставляют человека применять различные защиты, которые могут выражаться или в реакции преодоления, или в реакции избегания (Разуваева и др., 2021). Когда реакции такого типа невозможны, в ход идут другие защитные механизмы, которые должны уменьшить тревожные проявления. Происходит следующая последовательность реакций: состояние тревожности — когнитивная переоценка — механизмы психологической защиты (Кувшинова, 2021). Тревога сопровождается переоценкой стрессовых условий, способствующих подбору «перекрывающих механизмов, облегчающих переживание стресса, а также активации некоторых механизмов типа избегания, выводящих индивида из ситуации, вызывающей тревогу» (Юшкина, 2024).

Важным аспектом формирования тревожности является гендерный фактор. Формирование тревожности зависит от нейробиологических особенностей организма. Женщины чаще проявляют тревожность на фоне продолжительного стресса. В основе гендерных особенностей тревожных проявлений лежат различия в структурно-функциональной работе головного мозга мужчин и женщин (Нехорошкова, Большевидцева, 2016).

Таким образом, кинезиофобия и тревожность являются взаимосвязанными психологическими состояниями, оказывающими значительное влияние на качество жизни и эмоциональное состояние пациентов с двигательными нарушениями. Диагностика и корректировка данных явлений являются важными задачами психологической реабилитации таких пациентов.

При этом не менее важным аспектом процесса реабилитации выступает и такой феномен, как комплаентность пациента, с его тремя компонентами: социальным, эмоциональным и поведенческим (Кадыров, 2014). Социальная комплаентность представляет собой стремление пациента соответствовать всем предписаниям врача, обусловленное направленностью на социальное одобрение; эмоциональная комплаентность проявляется в склонности к соблюдению врачебных рекомендаций, обусловленной повышенной чувствительностью и впечатлительностью; поведенческая комплаентность показывает стремление к точному соблюдению врачебных рекомендаций, которое направлено на преодоление болезни, воспринимаемой как препятствие.

### **Методы исследования**

В исследовании применялась батарея стандартизированных опросников.

Шкала кинезиофобии Тампа представляет собой опросник из 17 пунктов и предназначена для определения уровня кинезиофобии (Котельникова, Кукшина, 2019).

Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ) (Карелов и др., 2023) представляет собой отрезок прямой длиной 10 см. Его начало соответствует отсутствию болевого ощущения — «боли нет», а конечная точка отражает мучительную нестерпимую боль — «невыносимая боль». Линия может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Пациенту предлагается сделать на ней отметку, соответствующую интенсивности испытываемых им в данный момент болей.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) является одним из наиболее известных инструментов измерения уровня тревоги и депрессии. Шкала состоит из 14 утверждений, разделяющихся на 2 подшкалы: подшкала А — «тревога» (от англ. «anxiety») и подшкала D «депрессия» (от англ. «depression») (Кукшина, 2023).

Методика «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) представляет собой экспресс-психодиагностический инструмент для дифференцированной оценки и содержательной квалификации по 5 факторам (субшкалам) тревоги как неспецифического, сложного аффективного регулятора поведения личности и тревожности как типологической характеристики личности (Бизюк и др., 2003).

Опросник «Уровень комплаентности» (Кадыров, 2014) состоит из 66 пунктов и позволяет оценить общий уровень комплаентности пациента и ее структурных компонентов: социального, эмоционального и поведенческого, позволяющих выявлять индивидуальные особенности пациентов в плане выполнения предписанных реабилитационных мероприятий.

Для статистической обработки полученных данных использовались методы сравнительного и корреляционного анализа с применением критерия Манна — Уитни и коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

### **Выборка**

В исследовании приняли участие 60 человек (30 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 37 до 59 лет ( $M = 45,6$ ;  $SD = 11,5$ ) после реконструктивных операций верхних и нижних конечностей в период комплексной медицинской реабилитации (в том числе психологической).

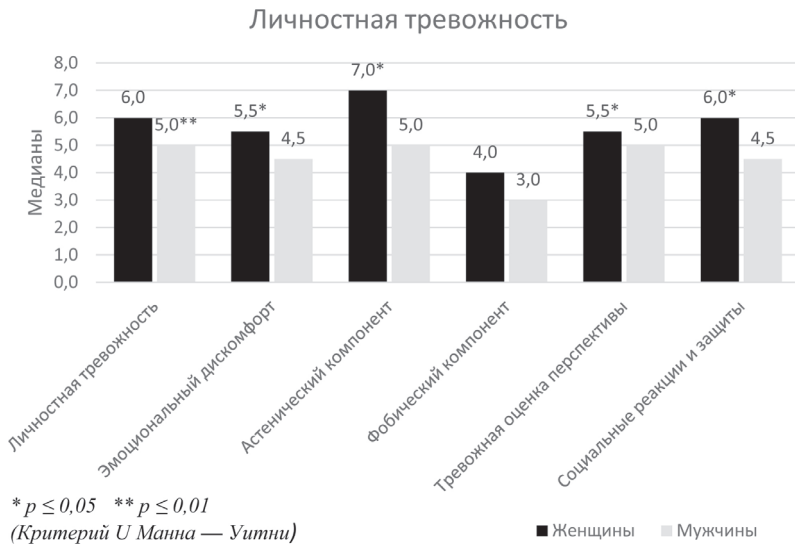
Исследование проводилось на базе травматологического отделения ГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. Н.И. Пирогова Департамента здравоохранения города Москвы».

Организационная сторона исследования была одобрена Локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова (выписка из протокола заседания № 238 от «18» марта 2024 г.). Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие.

### Результаты исследования

Сравнительный анализ показателей двух исследуемых групп по Госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) показал, что женщины с нарушением ОДА статистически достоверно отличаются от мужчин по общему уровню тревожности: у женщин он значительно выше, тогда как по уровню депрессии достоверных различий между двумя группами обнаружено не было.

Сравнение показателей по «Интегративному тесту тревожности» (ИТТ) выявило статистически значимые различия между двумя группами по отдельным параметрам личностной тревожности. Так, женщины характеризуются более высокими показателями по самооценке эмоционального дискомфорта ( $p \leq 0,05$ ), астенического компонента ( $p \leq 0,05$ ), тревожной оценки перспектив ( $p \leq 0,01$ ) и социальной реакции защиты ( $p \leq 0,05$ ), а также более высоким суммарным показателем личностной тревожности ( $p \leq 0,01$ ) по сравнению с мужчинами. Результаты показаны на Рисунке 1.

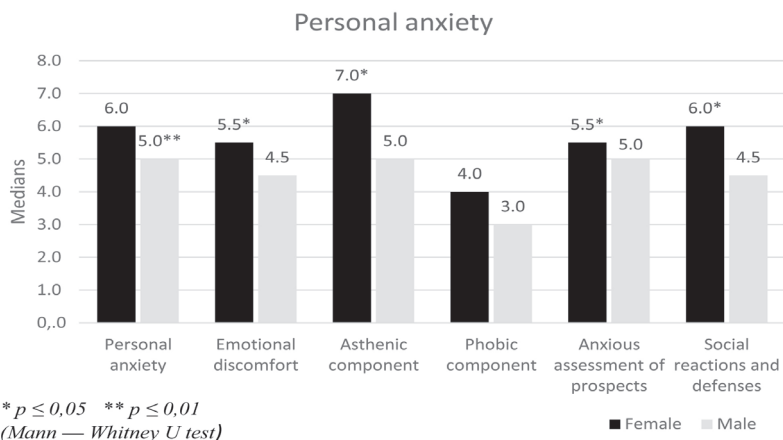


**Рисунок 1**  
Столбчатая диаграмма медиан параметров личностной тревожности у мужчин и женщин с нарушениями опорно-двигательного аппарата

Диагностика по шкале Тампа не показала достоверных различий по уровню выраженности кинезиофобии между группами мужчин и женщин ни по суммарному показателю, ни по отдельным компонентам — физическому и психологическому.

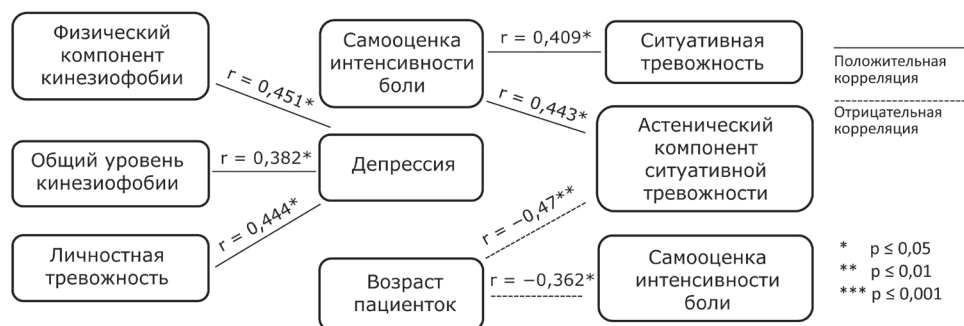
При сравнении показателей мужчин и женщин по визуальной аналоговой шкале боли (ВАШ) в обеих группах преобладала оценка боли как умеренной.

При сравнении параметров комплаентности у двух групп было установлено, что женщины характеризуются более высоким уровнем эмоциональной комплаентности, по сравнению с мужчинами ( $p \leq 0,05$ ).

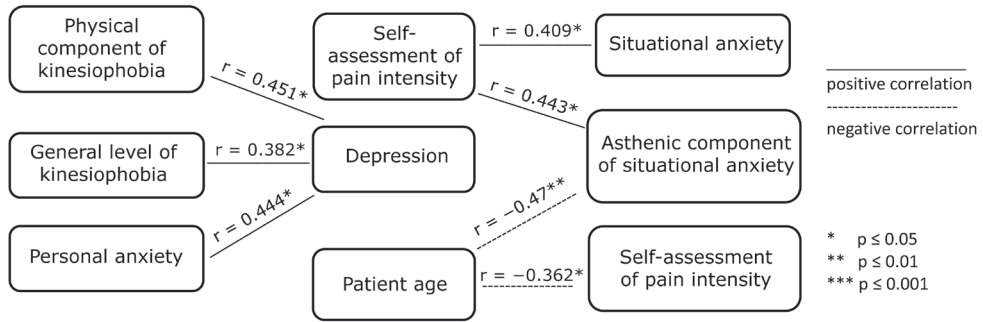


**Figure 1**  
Column chart of medians of personal anxiety parameters in men and women with musculoskeletal disorders

Корреляционный анализ изучаемых показателей в группе женщин продемонстрировал, что существует статистически значимая взаимосвязь между уровнем депрессии и общим уровнем кинезиофобии ( $r_s = 0,382, p \leq 0,05$ ), а также ее физическим компонентом ( $r_s = 0,451, p \leq 0,01$ ). Кроме того, уровень депрессии значимо взаимосвязан с уровнем личностной тревожности ( $r_s = 0,444, p \leq 0,05$ ). Повышение показателей по шкале выраженности боли взаимосвязано с повышением астенического компонента ситуативной тревожности ( $r_s = 0,443, p \leq 0,05$ ) и общего уровня ситуативной тревожности ( $r_s = 0,409, p \leq 0,05$ ). Кроме того, чем старше пациентки, тем менее выражены у них субъективная оценка интенсивности боли ( $r_s = -0,362, p \leq 0,05$ ) и астенические проявления в рамках ситуативной тревожности ( $r_s = -0,47, p \leq 0,01$ ). Результаты показаны на Рисунке 2.

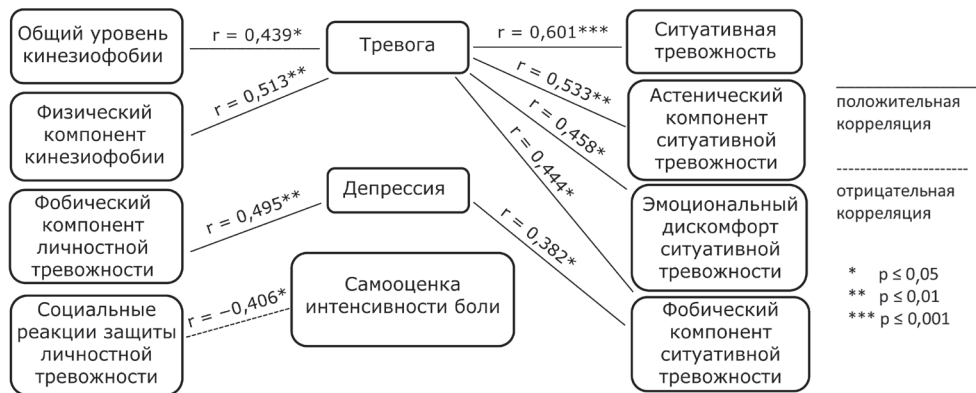


**Рисунок 2**  
Результаты корреляционного анализа у женщин с нарушениями опорно-двигательного аппарата

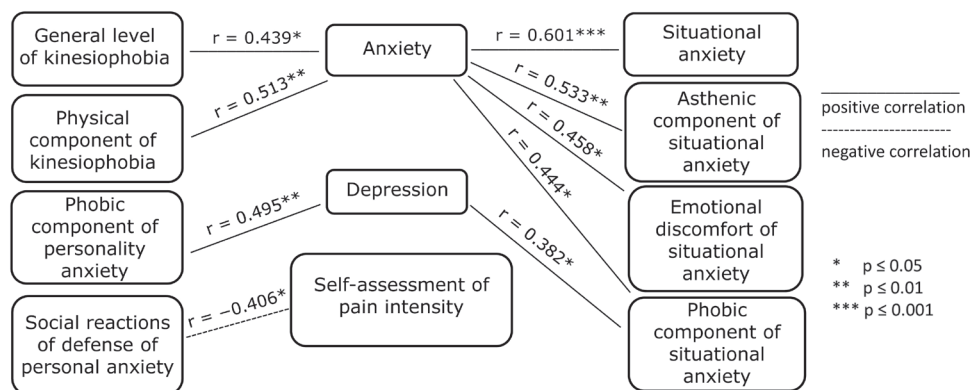


**Figure 2**  
**Results of correlation analysis in women with musculoskeletal disorders**

В группе мужчин показатели депрессии статистически значимо взаимосвязаны с выраженностью фобического компонента личностной ( $r_s = 0,495, p \leq 0,01$ ) и ситуативной тревожности ( $r_s = 0,382, p \leq 0,05$ ). Выраженная тревога статистически значимо взаимосвязана с высоким уровнем кинезиофобии ( $r_s = 0,439, p \leq 0,01$ ) и, в особенности, ее физического компонента ( $r_s = 0,513, p \leq 0,01$ ). Тревога пациентов выражается в повышении ситуативной тревожности ( $r_s = 0,601, p \leq 0,001$ ), а именно — ее фобического ( $r_s = 0,444, p \leq 0,01$ ) и астенического компонентов ( $r_s = 0,533, p \leq 0,05$ ), а также эмоционального дискомфорта ( $r_s = 0,458, p \leq 0,01$ ). Кроме того, установлена обратная статистически значимая взаимосвязь между самооценкой интенсивности боли и показателем социальных реакций защиты в рамках личностной тревожности ( $r_s = -0,406, p \leq 0,05$ ). Результаты показаны на Рисунке 3.



**Рисунок 3**  
**Результаты корреляционного анализа у мужчин с нарушениями опорно-двигательного аппарата**



**Figure 3**  
**Results of correlation analysis in men with musculoskeletal disorders**

### Обсуждение результатов

Результаты проведенного исследования показали, что женщины с нарушением ОДА статистически значимо отличаются от мужчин по показателю тревожности: женщины характеризуются его более высоким уровнем. Схожие результаты по гендерным различиям проявлений тревожности показаны в работе Васениной (2023), которая отмечает, что данный феномен имеет биологическую природу.

Зафиксированные статистически значимые гендерные различия по параметрам личностной тревожности говорят о том, что пациентки с нарушением ОДА имеют выраженную тенденцию к проявлению тревожности не только в стрессовых ситуациях, но и в обыденной жизни. Эта тенденция сопровождается эмоциональным напряжением и нестабильным эмоциональным фоном. Могут наблюдаться астенические проявления, такие как усталость, вялость, расстройства сна, быстрая утомляемость. Полученные данные свидетельствуют о том, что женщины чаще испытывают страхи, связанные с будущим, и склонны рассматривать социальную среду как источник тревог и неуверенности в себе. По параметрам ситуативной тревожности в среднем у женщин более выражен показатель социальных реакции защиты, в то время как у мужчин отмечается более высокий показатель эмоционального дискомфорта.

В период реабилитации у женщин с нарушениями ОДА при возрастающем страхе движения усиливается тревожность в социальной сфере, они склонны рассматривать социальное окружение как источник беспокойства. При увеличении выраженности тревоги наблюдается повышение показателей личностной тревожности с преобладанием страхов, ориентированных на будущее, а также показателей ситуативной тревожности в виде астенических проявлений и неуверенности в себе.

Сравнение уровня комплаентности в двух группах выявило статистически значимое различие по параметру эмоциональной комплаентности. Это говорит о том, что женщины в большей степени, чем мужчины, проявляют такие качества,

как импульсивность, впечатлительность и чувствительность. Они более склонны излишне беспокоиться о возможных последствиях лечения. Имеются схожие данные исследований пациентов с другими нозологиями, подтверждающие, что женщины имеют более высокий уровень по всем видам комплаентности, в том числе эмоциональной, по сравнению с мужчинами (Кокина, Богачев, 2017).

Корреляционный анализ полученных данных в группе женщин продемонстрировал, что чем выше уровень депрессии, тем более выражены проявления кинезиофобии и личностной тревожности. Результаты анализа также показали, что чем выше женщины оценивали выраженность своей боли, тем сильнее были выражены у них астенические проявления ситуативной тревожности.

У мужчин больше выражены фобический и астенический компоненты ситуативной тревожности, а также эмоциональный дискомфорт. Это указывает на то, что тревожность проявляется в виде слабости, вялости, истощаемости, а также в виде эмоционального напряжения, ощущения неопределенной угрозы и неуверенности в себе. Выявлена корреляция между тревожностью и проявлениями кинезиофобии. Чем выше проявления тревожности, тем сильнее ощущается страх движения, обусловленный реальным опытом боли (физический компонент кинезиофобии).

В исследовании Беловой и др. (2022) не было получено корреляций между уровнями тревоги и депрессии и проявлениями кинезиофобии. Однако, стоит отметить различия между выборками пациентов по возрасту: средний возраст участников указанного исследования составил около 60 лет, в то время как в настоящем исследовании — 45,6 лет. Другой релевантный фактор в исследовании Беловой и др. — наличие у всех пациентов выраженных проявлений остеопороза. Таким образом, влияния указанных факторов на проявления кинезиофобии требуют дополнительного изучения.

## **Выводы**

Исследование позволило выделить следующие особенности проявления кинезиофобии у пациентов женского и мужского пола с нарушением ОДА в период реабилитации:

1. Женщины с нарушением ОДА в период реабилитации имеют более высокий уровень тревожности, чем мужчины. Пациентки склонны излишне беспокоиться о процессе лечения и его возможных последствиях.
2. У женщин наблюдается взаимосвязь между усилением проявлений кинезиофобии и повышением склонности рассматривать социальную среду как источник тревог.
3. У мужчин с нарушением ОДА в период реабилитации преобладают показатели ситуативной тревожности, которые сопровождаются астеническими проявлениями, ощущением угрозы и неуверенности в себе.
4. У мужчин наблюдается взаимосвязь между повышением тревожности и усилением проявлений кинезиофобии.

## Практическое применение

На основании полученных результатов исследования была разработана программа психологической реабилитации пациентов с нарушениями ОДА, направленная на улучшение психологического состояния и повышение качества жизни таких пациентов через обучение их навыкам эмоциональной регуляции и техникам самопомощи. Программа нацелена на восстановление эмоционального равновесия, снижение уровня тревожности и депрессивных проявлений, развитие устойчивости к стрессам, а также формирование навыков эффективной адаптации к изменениям в образе жизни.

## Список литературы

Андреев, В.В., Исаева, Е.Р., Баранцевич, Е.Р., Мулюкова, А.А., Кодзаев, Ю.К. (2021). Состояние психологических ресурсов пациентов при хронических дорсалгиях. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*, (10), 761–776. <https://doi.org/10.33920/med-01-2110-03>

Баранов, М.Д., Дюдин, Г.Д., Ванин, М.Г. (2024). Современный взгляд на кинезиофобию и методы ее коррекции у военнослужащих. В кн.: Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации раненых и больных в современных условиях: Сб. тр. Общеросс. межведомс. науч.-практич. конф. (25 апреля, 2024 г.). (С. 36–39). Москва: Изд-во «На боевом посту».

Белова, А.Н., Шабанова, М.А., Сушин, В.О. (2022). Кинезиофобия у пациентов, нуждающихся в эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов: выраженность и провоцирующие факторы. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*, 9(6), 34–41. <https://doi.org/10.17116/kurort20229906134>

Бизюк, А.П., Вассерман, Л.И., Иовлев, Б.В. (2003). Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) Методические рекомендации. Санкт-Петербург: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева.

Васенина, Е.Е. (2023). Гендерные особенности тревожных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*, 123(10), 48–53. <https://doi.org/10.17116/jnevro202312310148>

Головачева, В.А., Табеева, Г.Р., Фатеева, Т.Г. (2022). Ведение пациентов со скелетно-мышечной болью в спине и коморбидной тревогой. *Медицинский совет*, 16(23), 60–66. <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-60-66>

Кадыров, Р.В. (2014). Опросник «Уровень комплаентности». Владивосток: Изд-во МГУ им. адм. Г.И. Невельского.

Карелов, А.Е., Рязанкина, А.А., Семкичев, В.А., Карелов, Д.А., Заболотский, Д.В., Кулева, С.А. (2023). Оценка интенсивности боли и их клиническое применение. *Медицинский совет*, 17(11), 108–116. <https://doi.org/10.21518/ms2023-234>

Котельникова, А.В., Кукшина, А.А. (2019). Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций. *Экспериментальная психология*, 11(2), 50–62. <https://doi.org/10.17759/exppsy.2018110204>

Кокина, А.Г., Богачёв, Р.С. (2017). Гендерные аспекты комплаентности больных, перенесших острый коронарный синдром. *Молодежный научный форум: естественные и медицинские науки*, 5(44), 98–112.

Кувшинова, В.А. (2021). Феномен тревоги. В кн.: Научный форум: педагогика и психология. Сб. тр. LI междунар. науч.-практич. конф. (03 июня, 2021 г.). Под ред. Н.А. Лебедевой (С. 36–46). Москва: Изд-во МЦНО.

Кукшина, А.А., Котельникова, А.В., Голубев, М.В., Харитонов, С.В., Верещагина, Д.А. (2019). Психологические аспекты психокоррекционного процесса. Москва: Изд-во МУВМ.

Кукшина, А.А. (2023). Исследование психометрических свойств «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS), рекомендованной для врачей общесоматической практики, на выборке пациентов с нарушением двигательных функций. *Клиническая и специальная психология*, 12(2), 1–24. <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120201>

Левин, О.С., Чимагомедова, А.Ш., Шугурова, И.М., Никитина, А.Н. (2020). Современные подходы к диагностике и лечению хронической боли в спине. *Современная терапия в психиатрии и неврологии*, 3(4), 21–29.

Нехорошкова, А.Н., Большевидцева, И.Л. (2016). Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний. *Вестник САФУ. Серия Медико-биологические науки*, (3), 24–36. <https://doi.org/10.17238/issn2308-3174.2016.3.24>

Пароньянц, И.В., Рошка, Е.В. (2024). Внутренняя картина болезни и социально-психологическая адаптация пациентов с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата. *Вестник психологии и педагогики Алтайского государственного университета*, 6(3), 93–104.

Плахотниченко, М.М., Малинина, М.А. (2024). Программа клиничко-психологического сопровождения лиц с эндопротезированием суставов в рамках проекта «Школа пациента». В кн.: Психология, образование: актуальные и приоритетные направления исследований. Сб. тр. Междунар. науч.-практич. конф. студентов, аспирантов, молодых ученых и их наставников, посвященной Году семьи (24–25 апреля, 2024 г.). (С. 309–314). Тверь: Изд-во ТверГУ.

Подчуфарова, Е.В., Разумов, Д.В. (2010). Роль болевого поведения в формировании инвалидизации пациентов с хронической болью в спине. *Российский медицинский журнал*, (3), 11–18.

Путилина, М.В. (2021). Двигательные расстройства у пациентов пожилого возраста с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата (локомотивным синдромом). *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*, 13(2), 130–136. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-130-136>

Разуваева, Т.Н., Локтева, А.В., Гут, Ю.Н., Пчелкина, Е.П. (2021). Особенности психологического сопровождения лиц с приобретенными нарушениями опорно-двигательного аппарата. *Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика*, 11(2), 172–187.

Ходькова, Ю.В. (2022). Кинезиофобия и ее составляющие в характеристике психоэмоционального состояния пациентов пожилого возраста с хроническим болевым синдромом. *Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа*, 12(1), 162–164.

Юшкина, В.А. (2024). Тревога как фактор, препятствующий личной эффективности в профессиональной деятельности. *Вестник магистратуры*, 2(149), 41–43.

Huang, H., Nagao, M., Arita, H., et al. (2019). Reproducibility, responsiveness and validation of the Tampa Scale for Kinesiophobia in patients with ACL injuries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 150–159. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1217-7>

Philips, H.C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behav. Res. Ther.*, 25(4), 273–279. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90005-2)

## References

Andreev, V.V., Isaeva, E.R., Barantsevich, E.R., Mulukova, A.A., Kodzaev, Yu.K. (2021). The state of psychological resources of patients with chronic dorsalgia. *Vestnik nevrologii, psikiatrii i neyrokhirurgii = Bulletin of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, (10), 761–776. (In Russ.). <https://doi.org/10.33920/med-01-2110-03>

Baranov, M.D., Dyudin, G.D., Vanin, M.G. (2024). A modern view of kinesiophobia and methods of its correction in military personnel. In the Current Issues of Diagnostics, Treatment and Rehabilitation of the Wounded and Sick in Modern Conditions. Coll. proc. All-Russian Interdepartmental Scientific and Practical Conf. (April 25, 2024). (pp. 36–39). Moscow: “Na boevom postu” Publ. (In Russ.)

Belova, A.N., Shabanova, M.A., Sushin, V.O. (2022). Kinesiophobia in patients requiring hip and knee joint endoprosthetics: severity and provoking factors. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoy fizicheskoy kul'tury = Issues of Balneology, Physiotherapy and Exercise Therapy*, 9(6), 34–41. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/kurort20229906134>

Bizyuk, A.P., Vasserman, L.I., Iovlev, B.V. (2003). Application of the Integrative Anxiety Test (IAT): Methodological recommendations. Saint Petersburg: NIPNI im. V.M. Bekhtereva Publ. (In Russ.)

Golovacheva, V.A., Tabeeva, G.R., Fateeva, T.G. (2022). Management of patients with musculoskeletal back pain and comorbid anxiety. *Meditinskiy sovet = Medical Council*, 16(23), 60–66. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-23-60-66>

Huang, H., Nagao, M., Arita, H., et al. (2019). Reproducibility, responsiveness and validation of the Tampa Scale for Kinesiophobia in patients with ACL injuries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 150–159. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1217-7>

Kadyrov, R.V. (2014). Questionnaire “Level of Compliance”. Vladivostok: Admiral Nevelskoy Maritime State University Publ. (In Russ.)

Karelov, A.E., Ryazankina, A.A., Semkichev, V.A., Karelov, D.A., Zabolotskii, D.V., Kuleva, S.A. (2023). Assessment of pain intensity: tools and their clinical using. *Meditinskiy sovet = Medical Council*, 17(11), 108–116. (In Russ.). <https://doi.org/10.21518/ms2023-234>

Khod'kova, Yu.V. (2022). Kinesiophobia and its components in the characteristics of the psychoemotional state of elderly patients with chronic pain syndrome. *Nevrologiya i neyrokhirurgiya. Vostochnaya Evropa = Neurology and Neurosurgery. Eastern Europe*, 12(1), 162–164. (In Russ.)

Kokina, A.G., Bogachev, R.S. (2017). Gender aspects of compliance in patients who have had acute coronary syndrome. *Molodezhnyy nauchnyy forum: estestvennye i meditsinskie nauki = Youth Science Forum: Natural and Medical Sciences*, 5(44), 98–112. (In Russ.)

Kotel'nikova, A.V., Kukshina, A.A. (2019). Testing a Method for Measuring Kinesiophobia in Patients with Impaired Motor Functions. *Eksperimental'naya psikhologiya = Experimental Psychology*, 11(2), 50–62. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/exppsy.2018110204>

Kukshina, A.A. (2023). A study of the psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), recommended for general practitioners, on a sample of patients with motor disorders]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical and Special Psychology*, 12(2), 1–24. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpse.2023120201>

Kukshina, A.A., Kotel'nikova, A.V., Golubev, M.V., Kharitonov, S.V., Vereshchagina, D.A. (2019). Psychological aspects of the psychocorrectional process. Moscow: IURM Publ. (In Russ.)

Kuvshinova, V.A. (2021). Phenomenon of Anxiety. In the Scientific Forum: Pedagogy and Psychology. In: N.A. Lebedeva (Ed.), Coll. Proc. LI Int. Scientific and Practical Conference (June 3, 2021) (pp. 36–46). Moscow: ICSE Publ. (In Russ.)

Levin, O.S., Chimagomedova, A.Sh., Shugurova, I.M., Nikitina, A.N. (2020). Modern approaches to diagnosis and treatment of chronic back pain. *Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii = Modern Therapy in Psychiatry and Neurology*, 3(4), 21–29. (In Russ.)

Nekhoroshkova, A.N., Bolshevidtseva, I.L. (2016). Neurobiological prerequisites for the formation of anxiety states. *Vestnik SAFU. Seriya Mediko-biologicheskie nauki = SAFU Journal of Medical and Biological Sciences*, (3), 24–36. (In Russ.). <https://doi.org/10.17238/issn2308-3174.2016.3.24>

Paronyants, I.V., Roshka, E.V. (2024). Internal picture of the disease and socio-psychological adaptation of patients with degenerative diseases of the musculoskeletal system. *Vestnik psikhologii i pedagogiki Altayskogo gosudarstvennogo universiteta = Bulletin of Psychology and Pedagogy of Altai State University*, 6(3), 93–104. (In Russ.)

Philips, H.C. (1987). Avoidance behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour Research and Therapy*, 25(4), 273–279. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(87\)90005-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(87)90005-2)

Plakhotnichenko, M.M., Malinina, M.A. (2024). Program of clinical and psychological support for individuals with joint endoprosthetics within the framework of the project “Patient School”. In the Psychology, Education: Current and Priority Research Areas. Coll. T. Int. Scientific and Practical. Conf. Students, Graduate Students, Young Scientists and Their Mentors, Dedicated to the Year of the Family (April 24–25, 2024) (pp. 309–314). Tver: Tver State University Publ. (In Russ.)

Podchufarova, E.V., Razumov, D.V. (2010). The role of pain behavior in the formation of disability in patients with chronic back pain. *Rossiyskiy meditsinskiy zhurnal = Russian Medical Journal*, (3), 11–18. (In Russ.)

Putilina, M.V. (2021). Movement disorders in elderly patients with chronic diseases of the musculoskeletal system (locomotive syndrome). *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 13(2), 130–136. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2021-2-130-136>

Razuvaeva, T.N., Lokteva, A.V., Gut, J.N., Pchelkina, E.P. (2021). Features of psychological support of persons with acquired disorders of the musculoskeletal system. *Izvestiya Yugo-Zapadnogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Lingvistika i pedagogika = Proceedings of the Southwest State University. Series: Linguistics and Pedagogy*, 11(2), 172–187. (In Russ.)

Vasenina, E.E. (2023). Gender characteristics of anxiety disorders. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova = Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakov*, 123(10), 48–53. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/jnevro202312310148>

Yushkina, V.A. (2024). Anxiety as a factor interfering with personal effectiveness in professional activity. *Vestnik magistratury = Bulletin of the Master's Degree*, 2(149), 41–43. (In Russ.)

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Екатерина Олеговна Седова**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии Института клинической психологии и социальной работы Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация, [eosedova@mail.ru](mailto:eosedova@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0003-0798-1297>

**Валерия Юрьевна Левашева**, медицинский психолог медицинского реабилитационного центра «Холмы», м. о. Истра Московской области, Российская Федерация, [lera\\_lv24@mail.ru](mailto:lera_lv24@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0004-1382-9536>

**Татьяна Ивановна Брессо**, кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии Института клинической психологии и социальной работы Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация, [bresso54@mail.ru](mailto:bresso54@mail.ru), <https://orcid.org/0009-0008-7294-0073>

**Михаил Анатольевич Некрасов**, доктор медицинских наук, профессор, и.о. зав. кафедрой психотерапии Института клинической психологии и социальной работы Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация, [nekrasovma77@yandex.ru](mailto:nekrasovma77@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0001-6011-7612>

**Светлана Андреевна Калина**, ассистент кафедры психотерапии Института клинической психологии и социальной работы Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация, [s.a.kalina@mail.ru](mailto:s.a.kalina@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0003-4385-3276>

**Юлия Игоревна Рудницкая**, ассистент кафедры психотерапии Института клинической психологии и социальной работы Российского национального исследовательского университета им. Н.И. Пирогова (Пироговский Университет), Москва, Российская Федерация, [ulechka87-87@mail.ru](mailto:ulechka87-87@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0003-2008-8831>

#### ABOUT THE AUTHORS

**Ekaterina O. Sedova**, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor at the Psychotherapy Department of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation, eosedova@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-0798-1297>

**Valeria Yu. Levasheva**, medical psychologist of the Medical Rehabilitation Center “Kholmy”, m.o. Istra of the Moscow Region, Russian Federation, lera\_lv24@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0004-1382-9536>

**Tatyana I. Bresso**, Cand. Sci. (Psychol.), Associate Professor at the Psychotherapy Department of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation, bresso54@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0008-7294-0073>

**Mikhail A. Nekrasov**, Dr. Sci. (Med.), Head of the Psychotherapy Department of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation, nekrasovma77@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-6011-7612>

**Svetlana A. Kalina**, Assistant at the Psychotherapy Department of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation ассистент, s.a.kalina@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4385-3276>

**Yulia I. Rudnitskaya**, Assistant at the Psychotherapy Department of the Institute of Clinical Psychology and Social Work, Pirogov Russian National Research Medical University (Pirogov University), Moscow, Russian Federation, ulechka87-87@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-2008-8831>

Поступила 05.11.2025. Получена после доработки 29.12.2025. Принята в печать 12.02.2026.  
Received 05.11.2025. Revised 29.12.2025. Accepted 12.02.2026.