
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

PSYCHOLOGICAL RESEARCHES

УДК 159.9.07

ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ УБЕЖДЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ВЗРОСЛЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

О. А. ГУР¹⁾, Н. Ю. КЛЫШЕВИЧ²⁾

¹⁾Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Долгиновский тракт, 152, 220080, г. Минск, Беларусь

²⁾Белорусский государственный университет, пр. Независимости, 4, 220030, г. Минск, Беларусь

Аннотация. Установлено, что взрослые с хронической болью имеют выраженные иррациональные убеждения долженствования в отношении себя и других, а также более высокую иррациональность мышления в целом. Доказано, что данные различия являются статистически значимыми. Выявлено наличие значительного числа корреляций между исследуемыми переменными: чем выше иррациональность мышления, тем ниже социально-психологическая адаптация респондентов. В группе взрослых с хронической болью обнаружено наибольшее число корреляционных связей между шкалами «катастрофизация», «долженствование в отношении других», «низкая фрустрационная толерантность» и показателями социально-психологической адаптации.

Ключевые слова: иррациональные убеждения; социально-психологическая адаптация; хроническая боль.

Образец цитирования:

Гур ОА, Клышевич НЮ. Иррациональные убеждения и социально-психологическая адаптация взрослых с хронической болью. *Журнал Белорусского государственного университета. Философия. Психология.* 2026;1:69–78. EDN: FXHLXR

For citation:

Gur OA, Klyshevich NYu. Irrational beliefs and social and psychological adaptation in adults with chronic pain. *Journal of the Belarusian State University. Philosophy and Psychology.* 2026;1:69–78. Russian. EDN: FXHLXR

Авторы:

Олег Артурович Гур – заведующий 20-м психиатрическим отделением для лечения невротических, психосоматических и непсихотических аффективных расстройств клинического отдела.

Наталья Юлиановна Клышевич – кандидат психологических наук, доцент; доцент кафедры общей и медицинской психологии факультета философии и социальных наук.

Authors:

Oleg A. Gur, head of the 20th psychiatric department for the treatment of neurotic, psychosomatic and non-psychotic affective disorders, clinical department.
artemgur@gmail.com

Natalya Yu. Klyshevich, PhD (psychology), docent; associate professor at the department of general and medical psychology, faculty of philosophy and social sciences.
klishevich_n@mail.ru

IRRATIONAL BELIEFS AND SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN ADULTS WITH CHRONIC PAIN

O. A. GUR^a, N. Yu. KLYSHEVICH^b

^aRepublican Scientific and Practical Center for Mental Health,
152 Dalhinawski Tract, Minsk 220080, Belarus

^bBelarusian State University, 4 Niezaliezhnasci Avenue, Minsk 220030, Belarus

Corresponding author: N. Yu. Klyshevich (klyshevich_n@mail.ru)

Abstract. Adults with chronic pain were found to have pronounced irrational should beliefs about themselves and others, as well as higher levels of irrational thinking in general. These differences were found to be statistically significant. A significant number of correlations were found between the variables studied: the higher the irrationality of thinking, the lower the respondents' socio-psychological adaptation. In the group of adults with chronic pain, the highest number of correlations were found between the «catastrophising», «should beliefs about others», and «low frustration tolerance» scales and social and psychological adaptation indicators.

Keywords: irrational beliefs; social and psychological adaptation; chronic pain.

Введение

Хроническая боль является глобальной проблемой, которая негативно влияет на здоровье и благополучие людей. О ее масштабе свидетельствует и тот факт, что в 2004 г. Всемирная организация здравоохранения инициировала проведение первого Всемирного дня борьбы с болью. Этот день нацелен на привлечение внимания к исследованию и лечению боли, в том числе хронической. Представители Международной ассоциации по изучению боли (*International Association for the Study of Pain*, IASP) и Европейской федерации боли (*European Pain Federation*, EFIC) подчеркивают, что обезболивание является неотъемлемой частью права на максимально достижимый уровень физического и психического здоровья. По словам Х. Брейвика, экс-президента EFIC, хроническая боль – одна из самых значимых проблем здравоохранения в современном мире, которая оказывает серьезное влияние на качество жизни людей и является большой нагрузкой для системы здравоохранения.

Согласно статистическим данным IASP и EFIC каждый пятый человек страдает от умеренной или сильной хронической боли. Каждый третий взрослый не может вести независимый образ жизни из-за хронической боли. Каждый четвертый человек сообщает, что отношения с семьей и друзьями напряжены или разорваны из-за нее.

Определение IASP, пересмотренное и дополненное в 2020 г., описывает боль как субъективное неприятное переживание, имеющее сенсорный и эмоциональный характер, вызванное подлинным или потенциальным повреждением ткани [1; 2]. Боль, особенно хроническая боль, которая длится более 3 месяцев, оказывает существенное влияние на качество жизни, физическое и психическое благополучие личности.

Как следует из современного понимания боли, она является многофакторным феноменом, кото-

рый невозможно связывать исключительно с ноцицепцией. По мнению экспертов рабочей группы IASP, боль – это личное переживание, на которое влияют биологические, психологические, а также социальные факторы. Исследователи подчеркивают, что необходим мультидисциплинарный подход к лечению хронической боли (С. В. Гапанович, С. А. Лихачев, Н. А. Наумовская, Ю. Н. Рукшкевич). Предпочтительность междисциплинарного подхода к лечению хронической боли доказана в исследованиях [3–5].

Суть междисциплинарного подхода соответствует идеям биопсихосоциального подхода, предложенного Дж. Энгелем в 1977 г. в качестве альтернативы биомедицинской модели. В рамках данного подхода боль рассматривается как результат динамического взаимодействия биологических, психологических и социокультурных факторов. В настоящее время биопсихосоциальный подход признается наиболее перспективным для понимания и лечения хронических болевых расстройств.

Следует отметить, что удельный вес данных факторов может меняться в зависимости от стадии заболевания. В рамках межличностной модели хронической боли указывается, что биологические изменения служат провоцирующим событием в развитии синдрома хронической боли, в то время как интрапсихические и внешние переменные служат факторами уязвимости [6]. В частности, было доказано, что при хронической боли основную роль в поддержании болевого поведения играют психологические особенности личности. Программы по работе с хронической болью, не предусматривающие воздействия на психологические и социальные факторы, имеют низкую эффективность [7]. Вследствие этого представляется актуальным изучение психологических убеждений взрослых с хронической болью.

Материалы и методы исследования

Методологической основой настоящего исследования выступили биопсихосоциальный подход и идеи А. Эллиса, а также его последователей о рациональности (иррациональности) мышления взрослого [8]. Хотя сам А. Эллис использовал термин «core irrational beliefs», который обозначает ядерные или центральные иррациональные убеждения, в русскоязычной литературе, в том числе в названии его методики, термин «beliefs» часто переводится как «установки». С учетом данного обстоятельства в статье мы будем использовать понятия «убеждения» и «установка» как синонимичные.

Рациональное убеждение – это когнитивное выражение базовой готовности принять нежелательный результат реальности независимо от того, насколько он отклоняется от цели и насколько сильно желание человека достичь данной цели. Рациональные убеждения представляют собой оценочные когниции, которые обладают значимостью для личности и выражают предпочтения, а не абсолютистские требования. Человек формулирует их в виде желаний или предпочтений.

Иррациональное убеждение – это требование к реальности, которое направлено на отмену отрицательного результата. Иррациональные убеждения отличаются от рациональных двумя важными моментами: 1) иррациональные убеждения абсолютизированы; 2) они выражены в форме высказываний, содержащих слова «должен», «обязан», «надо» и т. д. Данное обстоятельство объясняет, почему иррациональные убеждения человека негибкие, ригидные. Помимо этого, они вызывают отрицательные эмоции (тревога, гнев, вина), которые осложняют реализацию целей и задач личности. Иррациональные убеждения ведут к дисфункциональному, неадаптивному поведению, вариантами которого могут быть прокрастинация, избегание, злоупотребление различными веществами [8; 9].

Психолог А. Эллис выделяет четыре разновидности иррациональных убеждений: 1) установки должностования; 2) катастрофизация; 3) низкая фрустрационная толерантность; 4) оценивание и осуждение (критика) себя и других людей. В контексте исследуемой нами проблемы важными представляются утверждения А. Эллиса и А. Бека о наличии связи между иррациональными убеждениями, депрессивными состояниями и негативными эмоциями личности [9].

Особый интерес для нас представляют данные исследований взрослых с хронической болью. Дадим их краткий обзор перед описанием полученных нами эмпирических материалов. По мнению ряда авторов, при хроническом болевом синдроме когнитивные оценки в большей степени оказывают воздействие на аффективные и поведенческие реакции человека, влияя на его адаптацию и физическую активность. В то же время важную роль играют различные варианты копинг-стратегий (пассивные и активные копинг-

стратегии) и когнитивные процессы (ожидание, отношение к происходящему, надежда и др.), которые могут как поддерживать человека, так и обострять его проблему. Взрослые с хронической болью, уверенные в собственной беспомощности, в меньшей степени способны управлять болью и контролировать себя. Последствиями такой когнитивной оценки являются фиксация на боли, формирование пассивного образа жизни и социальная дезадаптация личности [10].

Катастрофизация является чрезвычайно важной переменной в понимании опыта боли при хронических болевых состояниях. Она предполагает преувеличение негативных последствий ситуации до крайней степени (то, что произошло, воспринимается человеком как ужасное событие). Катастрофизация положительно связана с тяжестью боли, аффективным дистрессом, болезненностью мышц и суставов, инвалидностью, низкими результатами лечения боли и потенциально сопряжена с активностью воспалительного заболевания [11]. Эта иррациональная установка выступает в качестве механизма, который «подпитывает» предвзятость восприятия ситуаций, связанных с наличием угрозы, и препятствует разработке функциональных стратегий поведения. Как выявлено в исследованиях, катастрофизация боли связана с тревогой и депрессией. Интересно наличие связи между оценками болевых ощущений и катастрофизацией. Значительное число корреляций обнаружено между катастрофизацией и аффективным компонентом боли. Однако наибольшее число связей зафиксировано между безнадежностью и оценками боли [11; 12].

В рамках модели FA (*fear-avoidance model*, *FA model*) – модели хронической боли, основанной на избегании страха (Дж. Летем, Дж. Дж. Асмундсон Дж. В. С. Влаен, С. Дж. Липтон, Г. Р. Нортон), выдвинута гипотеза о том, что страх увеличивает интенсивность эмоциональных реакций и усиливает тенденцию к избеганию деятельности. Катастрофическое мышление и боязнь движения обуславливают сохранение страха и повышение внимания к телесным ощущениям, что, в свою очередь, приводит к формированию негативных ожиданий и усилению тенденции к избеганию. Взаимосвязь между страхом и избеганием отвечает за поддержание болевого поведения и инвалидности.

Метаанализ, охватывающий 65 340 человек, также опирается на модель FA. Как выяснили исследователи, катастрофизация и страх боли, включая избегание, мысли и физиологическую реактивность, являются ключевыми предпосылками для увеличения интенсивности боли и инвалидизации в дополнение к связанному с болью психологическому дистрессу [13].

В еще одном исследовании отмечается, что избегание является предиктором получения негативных результатов у пациентов с хронической болью. Избегание или преднамеренные попытки подавить

(предотвратить) нежелательные переживания (например, боль) могут привести к инвалидности, физическому бездействию и депрессии. Автор работы подчеркивает, что избегание, как неэффективная стратегия управления болью, ведущая к ее хронизации, должно быть преодолено [14].

Кроме того, отмечается сильная связь катастрофизации боли и психосоциальных факторов. Доказано, что удовлетворенность исполнением привычных социальных ролей и социальная поддержка отрицательно связаны с симптомами депрессии, тогда как социальная изоляция имеет положительную связь с этими симптомами [15].

Исследования показывают, что качество партнерских отношений влияет на психологическое благополучие людей с хронической болью. Удовлетворенность диадическим взаимодействием и поддержкой со стороны супругов связаны с уменьшением симптомов депрессии и тревоги. Следовательно, допустимо говорить о социальной буферизации хронической боли [16].

Заслуживает внимания вывод о смягчающей роли самоэффективности в отношении боли. Установлено, что по мере снижения самоэффективности в отношении боли связь между тяжестью и катастрофизацией боли, а также между катастрофизацией боли и депрессивными симптомами усиливается [17].

Итак, приведенные исследовательские данные позволяют констатировать важную роль психологических и социально-психологических особенностей личности в совладении с хронической болью. В то же время изучение иррациональных убеждений взрослых с хронической болью на основе идей А. Эллиса и формирование представлений о степени их выраженности позволят специалистам, работающим с болевыми синдромами, конкретизировать терапевтические цели. Понимание связи иррациональных убеждений и показателей социально-психологиче-

ской адаптации может повысить эффективность терапевтического процесса. Данные обстоятельства повлияли на наш исследовательский интерес.

Цель нашего исследования заключалась в определении иррациональных убеждений взрослых с хронической болью, а также в установлении характера связи данной переменной с социально-психологической адаптацией респондентов. Для сбора эмпирических данных использовались методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса (далее – тест Эллиса) в адаптации А. Г. Каменюкина и Д. В. Ковпака и методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд¹ в адаптации А. К. Осинского [18].

Выборку исследования составили 100 человек, а именно 50 респондентов в возрасте от 30 до 79 лет (средний возраст $(44,80 \pm 2,69)$ лет) с хронической болью и 50 респондентов в возрасте от 22 до 65 лет (средний возраст $(47,30 \pm 3,19)$ лет) без хронической боли. Исследование проводилось с соблюдением этических принципов добровольности участия и осведомленности о результатах. В группе взрослых с хронической болью преобладающими диагнозами были люмбаишиалгия, радикулит, остеохондроз, артроз, мигрень. Участников исследования с хронической болью мы будем обозначать как группу 1, участников исследования без хронической боли – как группу 2.

Поскольку распределение является нормальным, то для установления статистической значимости различий применялся *t*-критерий Стьюдента. Также для оценки значимости различий использовался χ^2 -критерий Пирсона. Взаимосвязь между переменными устанавливалась при помощи коэффициента корреляции Пирсона. Для обработки данных применялись пакеты программ *Microsoft Excel 2016*, *IBM SPSS Statistics v.28* (сбор данных и их количественная обработка осуществлялись И. В. Бухлицкой и Н. Ю. Клышевич).

Результаты и их обсуждение

Обратимся к описанию результатов, полученных с помощью теста Эллиса. Этот тест включает шкалы «катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других», «самооценка и рациональность мышления» (интегральная шкала), «низкая фрустрационная то-

лерантность». Необходимо подчеркнуть, что результаты теста Эллиса интерпретируются следующим образом: чем ниже набранный респондентом балл, тем выше иррациональность его убеждений. Средние баллы по шкалам данного теста отражены в табл. 1.

Таблица 1

Средние показатели по шкалам теста Эллиса в группах 1 и 2, баллы

Table 1

Average indicators on the scales of the Ellis test in groups 1 and 2, points

Шкала	Группа 1	Группа 2
Катастрофизация	$27,72 \pm 1,01$	$28,28 \pm 1,09$
Долженствование в отношении себя	$26,62 \pm 0,74$	$28,28 \pm 1,11$

¹Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп : учеб. пособие. М. : Ин-т психотерапии, 2002. 488, [1] с.

Окончание табл. 1
Ending of the table 1

Шкала	Группа 1	Группа 2
Долженствование в отношении других	28,26 ± 0,87	32,66 ± 0,88*
Самооценка и рациональность мышления	28,78 ± 1,22	34,86 ± 1,30*
Низкая фрустрационная толерантность	33,22 ± 1,20	34,12 ± 1,01

Примечание. Знаком * отмечены показатели, которые статистически значимы при $p \leq 0,05$.

Как видно из данных табл. 1, статистически значимые различия между двумя группами нашей выборки наблюдаются по шкалам «долженствование в отношении других» и «самооценка и рациональность мышления». Следовательно, для респондентов с хронической болью в большей мере характерно наличие высоких требований к окружающим, которые выражаются в виде императивов и, по мнению А. Элписа, ведут к возникновению дисфункциональных эмоций и поведения. У взрослых без хрониче-

ской боли данные особенности проявляются реже. Значимые связи между иррациональностью мышления и болью выявил У. Клагес при исследовании взрослых с ревматоидным артритом [19].

В целях более детального анализа эмпирического материала рассмотрим степень выраженности каждой из иррациональных установок у участников настоящего исследования (табл. 2). Значимость различий определялась с помощью χ^2 -критерия Пирсона.

Таблица 2

Распределение респондентов из групп 1 и 2
в зависимости от степени выраженности иррациональных установок, %

Table 2

Distribution of respondents from groups 1 and 2
depending on the degree of expression of irrational attitudes, %

Шкала	Выраженное наличие иррациональной установки		Наличие иррациональной установки		Отсутствие иррациональной установки	
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Катастрофизация	62	52	36	46	2	2
Долженствование в отношении себя	76	54	24**	42**	0	4
Долженствование в отношении других	56	26	44**	72**	0	2
Самооценка и рациональность мышления	56	34	38	52	6**	14**
Низкая фрустрационная толерантность	32	32	56	60	12	8

Примечание. Знаком ** отмечены показатели, которые статистически значимы при $p \leq 0,01$.

Согласно полученным данным различия между двумя группами по шкале «катастрофизация» незначительны. Каждый второй респондент демонстрирует выраженное наличие катастрофизации, что проявляется в чрезмерном преувеличении негативных последствий событий. Лишь малая часть взрослых из каждой группы (2 %) не обладают данной иррациональной установкой.

Показатели по шкале «долженствование в отношении себя» распределились иным образом. Две трети респондентов из группы 1 демонстрируют выраженное наличие данной иррациональной установки, т. е. они имеют неоправданно высокие требования к себе, которые в большинстве случаев невозможно реализовать. Эта установка становится постоянным источником стресса для человека, усугубляя его и без того сложную жизненную ситуацию (наличие хронической боли). В группе 2 подобные результаты наблюдаются у каждого второго участника. При-

менение χ^2 -критерия Пирсона показало, что различия в степени выраженности этой иррациональной установки значимы при $p \leq 0,01$. Можно предположить, что такая чрезмерная требовательность будет усиливать тревожность и самокритичность, формировать представления о низкой самооценке. Косвенно наши предположения подтверждаются исследовательскими данными других авторов. Вклад тревоги в хронизацию боли и выбор пассивных стратегий совладения с ней отмечают Н. Н. Коберская и Г. Р. Табеева [20]. Самооценочность и катастрофическое мышление оказывают большее влияние на физическое и психическое здоровье личности, чем интенсивность боли [17].

Распределение показателей по шкале «долженствование в отношении других» отражает сходную тенденцию: выраженное наличие данной установки в 2 раза чаще встречается у респондентов из группы 1 по сравнению с респондентами из группы 2

($p \leq 0,01$). Установки взрослых без хронической боли отличаются меньшей категоричностью и, как следствие, большей гибкостью. Следовательно, взрослые с хронической болью демонстрируют большую требовательность в отношении того, что другие люди должны делать, говорить и как им следует вести себя. Однако эти ожидания часто не совпадают с реальностью, что усугубляет и без того сложное психологическое состояние респондентов из группы 1, затрудняет их социальное взаимодействие. А. Кано и ее коллеги обнаружили: пациенты с выраженным наличием катастрофизации могут проявлять свою потребность в поддержке аверсивными способами, что вызывает негативную реакцию членов их семей [21]. Подобное поведение будет усиливать ощущения социального неблагополучия и социальной изоляции. Как отмечают Э. Соле и соавторы, у взрослых с хронической болью социальная изоляция имеет положительную связь с симптомами депрессии [15].

В то же время существуют исследования, свидетельствующие о неоднозначной роли социальной поддержки. Так, А. Э. Лопес-Мартинес, Р. Эстев-Сарагаза и К. Рамирес-Маэстре говорят о том, что социальная поддержка, наоборот, может усиливать интенсивность боли, поскольку взрослые с хронической болью стремятся получить больше поддержки и заботы от окружающих за счет демонстрации болевого поведения [22].

Показатели по шкале «низкая фрустрационная толерантность» в двух группах примерно одинаковы. По этой шкале в группах 1 и 2 наиболее высокий процент взрослых, у которых отсутствует данная иррациональная установка (каждый десятый опрошенный). Интересно, что в группе 1 отмечается наименьшее число респондентов с выраженным наличием непереносимости фрустрации по сравнению с другими шкалами (32 %). Возможно, это объясняется болевым опытом взрослых с хронической болью.

Интегральная шкала «самооценка и рациональность мышления» характеризует общую рациональность мышления. На основании данных табл. 2 можно заключить, что выраженное наличие данной иррациональной установки более свойственно представителям группы 1. Высокую иррациональность мышления демонстрирует каждый второй респондент из группы 1, тогда как в группе 2 наличие этой иррациональной установки характерно для каждого третьего респондента ($p \leq 0,01$). В то же время рациональность мышления у взрослых из группы 2 наблюдается в 2 раза чаще. В рамках исследуемой нами проблематики ценным представляется вывод о наличии прямой связи резилиентности (способности личности восстанавливаться после трудных жизненных событий) и адаптивной реакции на боль [23].

Обобщая полученные результаты, можно сказать, что респонденты с хронической болью обладают выраженной иррациональностью мышления, которая отражается в ригидности убеждений, боль-

шей категоричности и наличии требований к себе и окружающим. Высокая иррациональность мышления вызывает отрицательные переживания, чувство неудовлетворенности своей жизнью, формирует критичное отношение к себе и окружающим.

В целях проверки характера связи между иррациональными установками личности и показателями ее социально-психологической адаптации нами использовался коэффициент корреляции Пирсона. До описания полученных результатов важно напомнить, что высокие баллы по тесту Эллиса свидетельствуют об отсутствии иррациональных установок, тогда как низкие баллы говорят об их наличии. В табл. 3 представлены статистически значимые корреляции для взрослых из групп 1 и 2.

Основываясь на данных корреляционного анализа (см. табл. 3), можно утверждать о наличии значимых корреляций между исследуемыми переменными в обеих группах. Наибольшее количество статистически достоверных взаимосвязей зафиксировано нами по шкале «низкая фрустрационная толерантность». Непереносимость фрустрации ведет к принятию себя и окружающих, социально-психологической дезадаптации, формированию объектной позиции во взаимодействии с другими (показатели «внешний контроль», «ведомость», «эскапизм»), вызывает эмоциональный дискомфорт. То, что такая позиция вредна для человека с хронической болью, доказано в работе М. Ф. Перес и Дж. Луккетти [24]. Авторы отмечают, что пассивные стратегии совладания с болью являются неадаптивными и что они связаны с усилением боли, депрессией, инвалидностью и ухудшением адаптации. К таким копинг-стратегиям исследователи относят катастрофизацию, молитву (надежду), избегание, поиск социальной поддержки. С. Ду и его коллеги на выборке китайских пациентов с хронической неспецифической болью в пояснице доказали, что пассивное совладание с болью выступает фактором риска для взрослых с хронической болью [25].

В рамках сравнительного анализа обратимся к описанию корреляционных связей для группы 2. В данной группе отмечается наибольшее количество связей между непереносимостью фрустрации и отдельными показателями социально-психологической адаптации. Низкая фрустрационная толерантность связана с принятием себя, эмоциональным дискомфортом, ведомостью, предпочтением внешнего контроля внутреннему и социально-психологической дезадаптацией. Вероятно, способность переносить дискомфорт и жизненные трудности является важной личностной характеристикой для любого человека. Наше предположение совпадает с мнением А. Эллиса и У. Драйдена о том, что самопринятие и фрустрационная толерантность – две главных составляющих психологического здоровья личности [8; 9].

Таблица 3

Корреляции между иррациональными установками
и показателями социально-психологической адаптации респондентов из групп 1 и 2

Table 3

Correlations between irrational attitudes
and indicators of social and psychological adaptation of respondents from groups 1 and 2

Показатели социально-психологической адаптации	Катастрофизация		Долженствование в отношении себя		Долженствование в отношении других		Самооценка и рациональность мышления		Низкая фрустрационная толерантность	
	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2	Группа 1	Группа 2
Деадаптивность	-0,489**	-0,281*	-0,285*	-0,277	-0,479**	-0,261	-0,449**	-0,576**	-0,514**	-0,470**
Непринятие себя	-0,514**	-0,264	-0,175	-0,257	-0,276	-0,230	-0,254	-0,539**	-0,393**	-0,459**
Непринятие других	-0,284*	-0,149	-0,182	-0,152	-0,187	0,248	-0,179	-0,390**	-0,352*	-0,364**
Эмоциональный дискомфорт	-0,477*	-0,261	-0,352*	-0,309*	-0,478**	-0,236	-0,502**	-0,559**	-0,475**	-0,449**
Внешний контроль	-0,358*	-0,215	-0,260	-0,226	-0,444**	-0,188	-0,360*	-0,518**	-0,453**	-0,369**
Ведомость	-0,488**	-0,386**	-0,256	-0,331*	-0,538**	-0,294*	-0,492**	-0,587**	-0,495**	-0,432**
Эскапизм	-0,234	-0,166	-0,243	-0,149	-0,379**	-0,234	-0,387**	-0,381**	-0,377**	-0,265

Примечание. Знаком * отмечены показатели, которые статистически значимы при $p \leq 0,05$, знаком ** – показатели, которые статистически значимы при $p \leq 0,01$.

В группе 1 много значимых связей получено по шкале «катастрофизация». Согласно полученным данным выражено наличие катастрофизации ведет к непринятию себя и других, эмоциональному дискомфорту и социально-психологической дезадаптации. Индивид с подобной установкой имеет потребность во внешнем контроле и ощущает себя ведомым. Такая позиция неблагоприятна для лечения, так как человек в значительной степени опирается на других, а себя рассматривает в качестве объекта воздействия. Пациент уходит от активной позиции, время его выздоровления увеличивается, а прогнозы ухудшаются. Установлено, что катастрофизация боли связана с повышением потребности в медицинских консультациях, более частым использованием медицинской помощи [26]. Катастрофизация боли выступает как один из наиболее надежных предикторов неблагоприятного опыта боли [27]. Высокие показатели катастрофизации боли коррелируют с повышенной интенсивностью и тяжестью боли, стрессом [5; 28].

Иррациональная установка «катастрофизация» у респондентов из группы 2 связана с ведомостью и социально-психологической дезадаптацией. Можно предположить, что предъявление нереалистично высоких требований к окружающим людям будет затруднять выстраивание и сохранение благоприятных межличностных отношений, что, в свою очередь, может осложнять адаптацию человека. В то же время число корреляций и теснота связи по данной шкале в группе 2 ниже.

Установки «долженствование в отношении себя» и «долженствование в отношении других» в группе 1 также имеют значимые корреляции с рядом показателей социально-психологической адаптации. Стоит обратить внимание на тот факт, что установка «долженствование в отношении других» в нашей выборке имеет в 2,5 раза больше корреляций, чем установка «долженствование в отношении себя». В частности, наличие высоких требований к окружающим людям у взрослых с хронической болью создает эмоциональный дискомфорт, ведет к социально-психологической дезадаптации и перекладыванию ответственности на других. Предъявление чрезмерно высоких требований к себе оказалось связанным с эмоциональным дискомфортом и социально-психологической дезадаптацией. Полученные данные подтверждают идеи А. Эллиса о том, что завышенные ожидания редко оправдываются в реальной жизни и служат источником стресса для их обладателя.

В группе 2 выявлены две значимые корреляции установки «долженствование в отношении себя» – корреляции с эмоциональным дискомфортом и с ведомостью. В отличие от респондентов группы 1 установка «долженствование в отношении других» в группе 2 имеет только одну статистически значи-

мую связь – с ведомостью личности, тогда как число значимых корреляций по данной шкале в группе 1 в 5 раз выше.

Анализ взаимосвязей иррациональности мышления с показателями социально-психологической адаптации в группе 1 подтверждает большинство описанных выше закономерностей. Так, чем выше иррациональность мышления, тем сильнее эмоциональный дискомфорт, социально-психологическая дезадаптация и пассивная позиция в межличностном взаимодействии. Наши эмпирические данные согласуются с гипотезой мотивационного прайминга П. Лэнга, согласно которой негативные эмоции активируют поведение избегания и усиливают болевую чувствительность [29].

По интегральной шкале теста Эллиса в группе 2 зафиксирована аналогичная тенденция, однако число значимых связей здесь несколько выше. Можно предположить, что подобный характер корреляций отражает общую закономерность вклада иррациональности мышления в психологическое благополучие и социально-психологическую адаптацию взрослых. Необходимо подчеркнуть, что это предположение соответствует идеям рационально-эмоциональной поведенческой терапии.

Итак, для респондентов с хронической болью характерно наличие значительного числа связей ряда иррациональных установок (катастрофизация, долженствование в отношении других и низкая фрустрационная толерантность) и показателей социально-психологической адаптации личности. Вероятно, именно влиянием данных установок объясняется большая общая иррациональность мышления данной группы респондентов. Указанные иррациональные установки обнаруживают наиболее многочисленные корреляционные связи с показателями социально-психологической адаптации взрослых с хронической болью (18 из 20 значимых корреляций). Представляется важным учитывать данные специфические особенности респондентов с хронической болью в ходе оказания им специализированной помощи. В группе взрослых без хронической боли только одна иррациональная установка (низкая фрустрационная толерантность) демонстрирует значительное число связей с показателями социально-психологической адаптации.

Следует обратить внимание на то, что общее число значимых корреляций по четырем шкалам теста Эллиса (кроме интегральной шкалы) в группе 2, по сравнению с группой 1, оказалось почти в 2 раза ниже (в группе 1 – 20 значимых корреляций, в группе 2 – 11 значимых корреляций). В то же время важно отметить, что число значимых корреляций при $p \leq 0,05$ в группе 1 в 1,5 раза выше по сравнению с группой 2 (6 и 4 соответственно). Анализ статистических данных при $p \leq 0,01$ демонстрирует сходную, но более выраженную тенденцию: в группе 1 число

значимых корреляций в 2 раза выше по сравнению с группой 2 (14 и 7 соответственно). Следовательно, более тесные и многочисленные связи иррациональ-

ных установок и показателей социально-психологической адаптации наблюдаются в группе взрослых с хронической болью.

Заключение

Проведенное исследование показало наличие статистически значимых различий в степени выраженности иррациональных убеждений у респондентов двух групп. Эмпирические данные, собранные в рамках настоящего исследования, свидетельствуют о повышенной ригидности и стереотипности убеждений взрослых с хронической болью. Для них характерно выраженное наличие долженствований в отношении себя и в отношении других, а также общая иррациональность мышления по сравнению с взрослыми без хронической боли.

Анализ корреляций между изучаемыми переменными в двух группах респондентов позволяет заключить, что в группе 1 число значимых корреляционных связей и их теснота выше, чем в группе 2. Следует подчеркнуть, что на основе анализа показателей по интегральной шкале «самооценка и рациональность мышления» у респондентов двух групп обнаружена общая тенденция: чем выше иррациональность мышления, тем ниже социально-психологическая адаптация.

Таким образом, как для респондентов с хронической болью, так и для респондентов без хронической боли важными предикторами социально-психологической адаптации выступают убеждения личности, степень их рациональности (иррациональности). Однако у респондентов из группы 1 общее число корреляций между иррациональными убеждениями и показателями социально-психологической адаптации, а также теснота связи между переменными значительно выше, чем у респондентов из группы 2.

Данные закономерности подчеркивают важность использования мультидисциплинарного подхода в терапии хронической боли. Интеграция психологических и психотерапевтических методов позволяет снизить интенсивность болевых ощущений, скорректировать дезадаптивные убеждения, улучшить качество жизни пациентов. Совместная работа неврологов, психотерапевтов и клинических психологов способствует формированию адаптивных когнитивно-поведенческих стратегий, что повышает эффективность медицинских вмешательств.

Библиографические ссылки

1. Raja SN, Carr DB, Cohen M, Finnerup NB, Flor H, Gibson S, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976–1982. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000001939.
2. Наумовская НА, Рушкевич ЮН, Лихачев СА. Современная концепция хронической боли: обзор литературы (часть 1). *Неврология и нейрохирургия Восточной Европы*. 2024;14(4):531–544. DOI: 10.34883/PI.2024.14.4.041.
3. Edmond SN, Moore BA, Dorflinger LM, Goulet JL, Becker WC, Heapy AA, et al. Project STEP: implementing the veterans health administration's stepped care model of pain management. *Pain Medicine*. 2018;19(issue supplement 1):30–37. DOI: 10.1093/pm/pny094.
4. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2015;350:h444. DOI: 10.1136/bmj.h444.
5. Turk DC, Okifuji A. Psychological factors in chronic pain: evolution and revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002;70(3):678–690. DOI: 10.1037//0022-006x.70.3.678.
6. Mikail SF, Henderson PR, Tasca GA. An interpersonally based model of chronic pain: an application of attachment theory. *Clinical Psychology Review*. 1994;14(1):1–16.
7. Данилов АНБ, Данилов АлБ. *Лечение боли*. Москва: Группа Ремедиум; 2018. 148 с. (Карманные рекомендации).
8. Ellis A, Dryden W. *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer Publishing Company; 2007. 281 p. DOI: 10.1891/9780826122179.
9. Диджузеппе Р, Дойл К, Драйден У, Бакс У. *Рационально-эмоционально-поведенческая терапия*. Санкт-Петербург: Питер; 2021. 480 с. (Когнитивно-поведенческая терапия).
10. Keefe FJ, Dunsmore J, Burnett R. Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992;60(4):528–536. DOI: 10.1037//0022-006x.60.4.528.
11. Edwards RR, Bingham CO, Bathon J, Haythornthwaite JA. Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. *Arthritis and Rheumatism*. 2006;55(2):325–332. DOI: 10.1002/art.21865.
12. Simic K, Savic B, Knezevic NN. Pain catastrophizing: how far have we come. *Neurology International*. 2024;16(3):483–501. DOI: 10.3390/neurolint16030036.
13. Rogers AH, Farris SG. A meta-analysis of the associations of elements of the fear-avoidance model of chronic pain with negative affect, depression, anxiety, pain-related disability and pain intensity. *European Journal of Pain*. 2022;26(8):1611–1635. DOI: 10.1002/ejp.1994.
14. Kroska EB. A meta-analysis of fear-avoidance and pain intensity: the paradox of chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*. 2016;13(1):43–58. DOI: 10.1016/j.sjpain.2016.06.011.
15. Solé E, Racine M, Tomé-Pires C, Galán S, Jensen MP, Miró J. Social factors, disability, and depressive symptoms in adults with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 2020;36(5):371–378. DOI: 10.1097/AJP.0000000000000815.

16. Gatien C, Too A, Cormier S. Dimensions of relationship adjustment as correlates of depressive and anxiety symptoms among individuals with chronic pain. *Psychology, Health & Medicine*. 2022;27(8):1748–1759. DOI: 10.1080/13548506.2021.1936579.
17. Mellace D, Aiello EN, del Prete-Ferrucci G, de Sandi A, Marfoli A, Ruggiero F, et al. Beyond pain: the influence of psychological factors on functional status in fibromyalgia. *Clinical and Experimental Rheumatology*. 2024;42(6):1224–1229. DOI: 10.55563/clinexprheumatol/9qrqel.
18. Каменюкин АГ, Ковпак ДВ. *Антистресс-тренинг*. Санкт-Петербург: Питер; 2008. 224 с. (Эффективный тренинг). EDN: SDPSCN.
19. Klages U. Zusammenhänge zwischen irrationalen Einstellungen und Schmerzqualitäten bei Patienten mit chronischer Polyarthrit [Correlations between irrational attitudes and pain quality in patients with chronic polyarthritis]. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 1990;49(3):134–137.
20. Коберская НН, Табеева ГР. Роль когнитивных и эмоциональных факторов в формировании боли. *Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова*. 2021;121(11):111–118. DOI: 10.17116/jnevro2021121111111.
21. Cano A, Gillis M, Heinz W, Geisser M, Foran H. Marital functioning, chronic pain, and psychological distress. *Pain*. 2004;107(1):99–106. DOI: 10.1016/j.pain.2003.10.003.
22. López-Martínez AE, Esteve-Zarazaga R, Ramírez-Maestre C. Perceived social support and coping responses are independent variables explaining pain adjustment among chronic pain patients. *Journal of Pain*. 2008;9(4):373–379. DOI: 10.1016/j.jpain.2007.12.002.
23. Brittain DR, Gyurcsik NC, Cary MA, Moser EN, Moser EN, Davis LS. Differences in resilience mechanisms and physical activity among women experiencing chronic pain with higher or lower resilience. *Women's Health Issues*. 2022;32(3):309–316. DOI: 10.1016/j.whi.2021.11.004.
24. Peres MF, Lucchetti G. Coping strategies in chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*. 2010;14(5):331–338. DOI: 10.1007/s11916-010-0137-3.
25. Du S, Hu L, Bai Y, Dong J, Jin S, Zhang H, et al. The influence of self-efficacy, fear-avoidance belief, and coping styles on quality of life for Chinese patients with chronic nonspecific low back pain: a multisite cross-sectional study. *Pain Practice*. 2018;18(6):736–747. DOI: 10.1111/papr.12660.
26. de Boer MJ, Struys MM, Versteegen GJ. Pain-related catastrophizing in pain patients and people with pain in the general population. *European Journal of Pain*. 2012;16(7):1044–1052. DOI: 10.1002/j.1532-2149.2012.00136.x.
27. Traxler J, Hanssen MM, Lautenbacher S, Ottawa F, Peters ML. General versus pain-specific cognitions: pain catastrophizing but not optimism influences conditioned pain modulation. *European Journal of Pain*. 2019;23:150–159. DOI: 10.1002/ejp.1294.
28. Keefe FJ, Rumble ME, Scipio CD, Giordano LA, Perri LM. Psychological aspects of persistent pain: current state of the science. *Journal of Pain*. 2004;5(4):195–211. DOI: 10.1016/j.jpain.2004.02.576.
29. Мигунова ЮМ. Психологические факторы хронификации при головной боли. *Психологические исследования*. 2018;11(57):12–33. EDN: YLPSQX.

Статья поступила в редколлегию 02.10.2025.
Received by editorial board 02.10.2025.