

Суворова Э.А.<sup>1,2</sup>, Шаболтас А.В.<sup>1,3</sup>

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ КРАТКОСРОЧНОГО СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОКСАРТРОЗОМ: ОБЗОР ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6);

<sup>2</sup> Клиника высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова (поликлиника, стационар)  
Санкт-Петербургского государственного университета  
(Россия, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 154);

<sup>3</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии  
имени В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

**Введение.** Коксартроз (остеоартроз тазобедренного сустава) представляет собой социально значимое дегенеративно-дистрофическое заболевание, характеризующееся хроническим болевым синдромом, прогрессирующим ограничением подвижности и существенным снижением качества жизни пациентов. В условиях современной системы здравоохранения, ориентированной на краткосрочную госпитализацию, на эффективность терапии наряду с медицинскими параметрами в значительной степени влияет комплекс психологических факторов.

**Цель исследования:** систематизация и анализ современных научных данных о влиянии психологических факторов (личностных, эмоциональных, поведенческих, социально-психологических характеристик и особенностей субъективного восприятия болезни) на эффективность лечения коксартроза, включая хирургические вмешательства и реабилитационные мероприятия, с последующей разработкой научно обоснованных рекомендаций по оптимизации лечебного процесса.

**Методология.** Проведен систематический аналитический обзор 46 рецензируемых отечественных и зарубежных публикаций за период 1999–2024 гг., отобранных из баз данных eLibrary, «КиберЛенинка», PubMed, Scopus и Web of Science. Критериями включения являлись: научная обоснованность, репрезентативность выборки, валидность методик и соответствие тематике исследования. Анализ осуществлялся с позиций биopsихосоциальной модели и принципов доказательной медицины.

**Результаты и их анализ.** Были выявлены значимые психологические предикторы эффективности лечения, такие как личностные факторы, эмоциональные нарушения, когнитивные характеристики и социально-психологические аспекты.

**Заключение.** Полученные данные подтверждают необходимость внедрения комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению коксартроза. Перспективными направлениями дальнейших исследований являются разработка стандартизованных протоколов психологического сопровождения и оценка их эффективности в условиях российского здравоохранения.

**Ключевые слова:** коксартроз, психологические факторы, краткосрочная госпитализация, приверженность лечению, копинг-стратегии, тревожность, депрессия.

✉ Суворова Элина Александровна – аспирант, ф-т психологии, С.-Петербург. гос. ун-т, (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); мед. психолог, травматол. отделение № 2 Клиника высоких мед. технологий им. Н.И. Пирогова (Россия, 190020, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, д. 154), e-mail: elina.aserova@yandex.ru, ORCID: 0009-0004-4591-214X; SPIN: 6742-6238;

Шаболтас Алла Вадимовна – д-р психол. наук, проф., вед. науч. сотр., С.-Петербург. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, наб. Макарова, д. 6); гл. специалист, Нац. мед. науч.-исслед. центр по психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), e-mail: alla.shaboltas@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1966-6924; SPIN: 3659-6209

## Введение

Коксартроз (остеоартроз тазобедренного сустава) – одно из наиболее распространенных дегенеративно-дистрофических заболеваний опорно-двигательного аппарата, приводящее к хроническому болевому синдрому, значительному ограничению подвижности и существенному снижению качества жизни пациентов. В условиях современного здравоохранения все большее распространение получает модель краткосрочного стационарного лечения, в рамках которого срок госпитализации составляет 4–5 дней, что обусловлено как развитием малоинвазивных методов лечения и запросами медицинской практики, так и экономическими факторами. Эффективность лечения и реабилитации в таких условиях в значительной степени зависит не только от медицинских факторов (адекватность медикаментозного лечения, качество хирургического вмешательства, организация реабилитационного процесса), но и от психологических особенностей и специфики реагирования самих пациентов.

В отличие от традиционных длительных госпитализаций, краткосрочное стационарное лечение предполагает интенсивную, высококонцентрированную терапию, включающую купирование острого болевого синдрома, раннюю активизацию и восстановление двигательной активности пациента, обучение самоконтролю и подготовку к дальнейшей амбулаторной реабилитации. При наличии явных преимуществ медицинского, психологического, экономического характера такая модель предъявляет повышенные требования как к медицинскому персоналу (необходимость быстрой и точной диагностики, оперативной коррекции терапии), так и к пациентам, которые должны в сжатые сроки адаптироваться к новым условиям, усвоить рекомендации и мотивировать себя на активное участие в лечебном процессе и приверженность самостоятельной долгосрочной реабилитации. Психологическая готовность пациента к интенсивному режиму терапии становится критически важным фактором успеха, поскольку низкая стрессоустойчивость, тревожность или недостаточ-

ная мотивация могут привести к преждевременному прекращению лечения, отказу от необходимых процедур или несоблюдению реабилитационных рекомендаций после выписки. Кроме того, в условиях ограниченного времени пребывания в стационаре у медицинских работников зачастую отсутствует возможность и время для глубокой психологической работы с пациентом.

В данной статье представлен анализ современных отечественных и зарубежных работ, касающихся изучения психологических факторов различного уровня, которые реально или потенциально могут оказывать существенное влияние как на объективные, так и на субъективные показатели успешности лечения различных заболеваний, в частности патологий опорно-двигательного аппарата, требующих хирургических вмешательств. С целью анализа нами были отобраны наиболее релевантные публикации в психологических и медицинских рецензируемых изданиях за последние 25 лет (с 1999 по 2024 г.), находящиеся в открытом доступе в российских (eLibrary, «КиберЛенинка») и международных (PubMed, Scopus, Web of Science) научных базах. В общей сложности в анализ были включены 46 публикаций, что соответствует общепринятым стандартам обзорных исследований в данной области [28, 37]. Указанный временной период был выбран как наиболее репрезентативный для отражения эволюции взглядов на роль психологических факторов в лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата, включая переход от биомедицинской к биопсихосоциальной модели [45].

## Роль психологических факторов в эффективности хирургического и терапевтического лечения

Современные исследования в области клинической психологии и поведенческой медицины убедительно демонстрируют значительное влияние психологических факторов на эффективность как хирургического, так и терапевтического лечения различных заболеваний. Этот феномен прослеживает-

ся при широком спектре патологий, начиная с сердечно-сосудистых заболеваний и заканчивая хроническими болезнями опорно-двигательного аппарата, что особенно ярко проявляется в случае коксартроза. При рассмотрении сердечно-сосудистых заболеваний многочисленные исследования [2, 34] выявляют четкую взаимосвязь между психологическим состоянием пациента и клиническими исходами. Так, наличие депрессии у пациентов с ишемической болезнью сердца увеличивает риск осложнений в 2–3 раза, а особенности личности (в частности, тип личности D) существенно влияют на процесс послеоперационного восстановления. Аналогичные закономерности наблюдаются и в онкологии, где психологический стресс может снижать эффективность химиотерапии на 15–20 % [40], а выбор копинг-стратегий [16] становится важным фактором адаптации к заболеванию. Особенno показателен пример сахарного диабета, где психологические факторы определяют около 40 % вариабельности приверженности лечению [26]. Российские исследования [4] подтверждают эффективность психологических вмешательств, в частности мотивационного интервьюирования, в улучшении приверженности лечению у таких пациентов.

Переходя к заболеваниям опорно-двигательного аппарата, следует отметить общие закономерности, характерные для этой группы патологий [44]. Среди них: высокая распространенность тревожно-депрессивных расстройств (до 60 % случаев), значимая роль катастрофизации боли и выраженное влияние кинезиофобии (страха движения) на исход лечения. Эти факторы приобретают особую значимость при коксартрозе – хроническом дегенеративном заболевании тазобедренного сустава, где психологические аспекты становятся критически важными в связи с тремя ключевыми особенностями [38]: хроническим характером болевого синдрома, необходимостью длительной реабилитации и важностью хирургического лечения (эндопротезирования). При консервативном лечении коксартроза исследования [42] выявляют

несколько значимых психологических факторов: влияние мотивации на приверженность лечебной физкультуре, роль ожиданий пациента в эффективности терапии и значение социальной поддержки [43]. В случае хирургического лечения мета-анализ [30] демонстрирует четкую связь между предоперационной тревожностью и интенсивностью послеоперационной боли, влиянием депрессивных состояний на сроки реабилитации и важностью психологической подготовки пациента [15]. Отечественные исследования [9, 10] вносят важный вклад в понимание специфики психологических факторов при коксартрозе, акцентируя внимание на культурных особенностях отношения к болезни, специфике врачебно-пациентских отношений в российском контексте и эффективности адаптированных психологических интервенций. Анализ современных данных позволяет утверждать, что психологические факторы играют ключевую роль в лечении заболеваний различного профиля, причем это влияние особенно выражено в случае коксартроза.

### **Индивидуально-психологические факторы успешности лечения коксартроза**

Многочисленные исследования последних лет убедительно демонстрируют, что успешность терапии определяется не только медицинскими параметрами, но и социально-демографическими факторами (возраст, пол, стаж болезни) и индивидуально-психологическими особенностями пациентов.

Среди ключевых индивидуальных, в т.ч. психологических факторов, определяющих успешность терапии коксартроза в условиях краткосрочного стационара, специалисты выделяют: уровень тревожности и депрессии, особенности копинг-стратегий, отношение к болезни и боли, стаж страдания от заболевания каждого отдельного пациента, степень мотивации и приверженности лечению, а также характер ожиданий пациента от терапии.

Исследования [29] показывают, что более образованные пациенты, как правило, лучше соблюдают врачебные рекомендации. Также значимое влияние оказывают социальный статус и предыдущий опыт лечения, особенно если он был успешным. В условиях краткосрочной госпитализации работа по повышению приверженности лечению должна начинаться с первых дней пребывания пациента в стационаре.

Возрастные особенности пациентов с коксартрозом (преимущественно пожилой возраст) также вносят свои корректиры в процесс лечения. С одной стороны, пожилые пациенты обычно демонстрируют более высокую приверженность лечению по сравнению с молодыми. С другой стороны, они испытывают значительные трудности в изменении устоявшихся поведенческих паттернов и часто страдают от специфических возрастных страхов (падений, потери самостоятельности, зависимости от окружающих). Эти особенности необходимо учитывать при разработке индивидуальных программ реабилитации. Гендерные различия также оказывают влияние на процесс лечения. Согласно данным исследований [31], женщины в целом демонстрируют более высокую болевую чувствительность, но при этом лучше адаптируются к хроническому болевому синдрому. Мужчины же часто склонны недооценивать серьезность своего состояния и обращаются за медицинской помощью на более поздних стадиях заболевания, что осложняет процесс лечения.

#### *Отношение к болезни и совладание с болью*

Хронический болевой синдром, неизбежно сопровождающий коксартроз, тесно связан с развитием эмоциональных нарушений. В отечественной психосоматике [4, 8, 11, 15] сформировалось понимание того, что субъективная картина болезни представляет собой сложную систему представлений, включающую когнитивные, эмоциональные и поведенческие компоненты. При коксартрозе, характеризующемся хроническим прогрессирующим течением, у пациентов часто формируется так называемый «болевой образ жизни» [36], когда вся жизнеде-

ятельность начинает подчиняться логике болезни и избегания боли. Современные исследования [30] демонстрируют тесную взаимосвязь между типом отношения к болезни и особенностями болевого синдрома. Пациенты с гармоничным типом отношения, сохраняющие активную жизненную позицию, как правило, имеют менее выраженный болевой синдром и лучше реагируют на терапию. В то же время для больных с тревожно-ипохондрическим или депрессивным типом отношения характерна более интенсивная и плохо купируемая боль, что объясняется феноменом сенситизации центральной нервной системы [46]. Особого внимания заслуживает феномен «совладания с болью», активно изучаемый в последние годы [35]. Этот конструкт предполагает способность пациента признавать хронический характер боли без попыток безуспешной борьбы с ней; продолжать значимую деятельность несмотря на болевые ощущения.

Помимо этого, работы зарубежных авторов [42, 44] убедительно показывают, что высокий уровень тревожности и депрессии не только усиливает субъективное восприятие боли, но и снижает эффективность анальгетической терапии, замедляя процесс реабилитации. Отечественные исследования [1, 3] подтверждают эти данные, отмечая, что пациенты с выраженной тревожностью хуже адаптируются к условиям стационара, чаще избегают необходимой физической активности из-за страха усиления боли, что в конечном итоге негативно сказывается на результатах лечения.

Особого внимания заслуживает феномен катастрофизации боли – когнитивно-аффективного стиля восприятия боли, характеризующегося ее преувеличением, ощущением беспомощности и навязчивой фиксацией на болевых ощущениях. Многочисленные исследования [22, 41] демонстрируют, что катастрофизация является значимым предиктором худших исходов лечения. При этом зарубежные работы показывают эффективность когнитивно-поведенческой терапии в плане снижения уровня катастрофизации и улучшения послеоперационных результатов.

## *Субъективные ожидания эффективности лечения*

Субъективные ожидания пациентов относительно эффективности лечения представляют собой сложный психологический феномен, изучаемый как в зарубежной, так и в отечественной науке. Современные исследования [15, 36] демонстрируют, что эти ожидания формируются под влиянием когнитивных, эмоциональных и социокультурных факторов и оказывают существенное влияние на результаты терапии. Нейробиологические механизмы этого влияния, изученные зарубежными авторами [25], показывают активацию эндогенной опиоидной системы при позитивных ожиданиях. Отечественные исследователи [4, 6] дополняют эти данные, отмечая специфические особенности российских пациентов: выраженную зависимость от мнения врача, склонность к поляризации оценок, влияние опыта взаимодействия с государственной системой здравоохранения. В контексте поведенческих паттернов зарубежные работы [39] подчеркивают связь позитивных ожиданий с приверженностью лечению. Российские специалисты [13, 16] разработали и успешно внедряют целый ряд эффективных методов коррекции ожиданий, включающих:

- 1) психологическое просвещение с учетом уровня медицинской грамотности;
- 2) когнитивную реструктуризацию иррациональных убеждений;
- 3) семейно-ориентированные вмешательства.

Особый интерес представляют исследования кросс-культурных различий в формировании субъективных ожиданий эффективности лечения. Если зарубежные исследования [20] делают акцент на индивидуальных особенностях ожиданий, то отечественные работы [14, 17] подчеркивают влияние коллективистских установок, роль социального контекста, специфику коммуникации в российской медицине. Как показывают современные исследования [12, 22], работа с субъективными ожиданиями должна стать обязательным компонентом комплексной терапии коксартроза, сочетая международные

практики с учетом специфики отечественного здравоохранения.

## *Личностные и поведенческие факторы*

При рассмотрении эффективности лечения пациентов с коксартрозом в условиях краткосрочной госпитализации особое значение приобретает анализ личностных и поведенческих факторов, которые оказывают существенное влияние как на процесс лечения, так и на его конечные результаты.

По мнению ряда авторов, одним из значимых личностных факторов, влияющих на успешность лечения, является уровень нейротизма, который, согласно современным исследованиям [27], демонстрирует устойчивую корреляцию с интенсивностью болевого синдрома и адаптацией к заболеванию. Пациенты с высокими показателями нейротизма склонны к катастрофизации боли, проявляют повышенную тревожность в отношении своего состояния и часто демонстрируют избегающее поведение, что существенно осложняет процесс реабилитации. В противоположность этому, такая черта личности, как сознательность, характеризующаяся организованностью, самодисциплиной и ответственностью, выступает значимым протективным фактором [21]. Пациенты с выраженной сознательностью более скрупулезно соблюдают врачебные рекомендации, систематически выполняют назначенные упражнения и в целом демонстрируют лучшие показатели восстановления.

Особого внимания заслуживает так называемый тип личности D (дистрессовый тип), который сочетает в себе негативную аффективность и социальную ингибицию. Исследования [45] показывают, что пациенты с таким личностным профилем имеют значительно более медленные темпы восстановления после оперативных вмешательств, в частности после эндопротезирования тазобедренного сустава. Это связано как с особенностями эмоционального реагирования, так и со сложностями в установлении продуктивного контакта с медицинским персоналом.

Поведенческие аспекты играют не менее важную роль как в процессе лечения,

так и в ходе реабилитации и восстановления. Сформировавшееся избегающее поведение, которое развивается по механизму оперантного обусловливания, создает порочный круг: страх перед болью приводит к ограничению двигательной активности, что в свою очередь вызывает мышечную атрофию и дальнейшее усиление болевого синдрома [44]. В условиях стационара это проявляется в нежелании пациентов выполнять назначенные физические упражнения и в их чрезмерной зависимости от анальгетических препаратов. С другой стороны, сверхбдительное поведение, характерное для пациентов с перфекционистскими установками, проявляется в чрезмерной активности через боль и приводит к циклу «перегрузка – ухудшение состояния» [19]. Оба этих поведенческих паттерна требуют своевременной коррекции для достижения оптимальных результатов лечения.

Уровень приверженности лечению представляет собой еще один критически важный поведенческий фактор, который существенно варьирует в зависимости от ряда параметров. Проблема низкой приверженности лечению и соблюдению врачебных рекомендаций остается одной из наиболее актуальных в контексте краткосрочной госпитализации. Данные исследований [30] свидетельствуют, что до 50 % пациентов с хроническими заболеваниями в той или иной степени не следуют предписанному лечению. Среди факторов, улучшающих приверженность, можно выделить: установление доверительных отношений между пациентом и врачом, упрощение схемы лечения, а также обеспечение эмоциональной поддержки со стороны медицинского персонала и близких.

Не менее важным фактором успешности терапии является мотивация пациента и его приверженность лечению. Согласно теории самодетерминации [39], пациенты с высокой внутренней мотивацией, т.е. те, кто воспринимает лечение как осознанную необходимость, а не как внешнее принуждение, демонстрируют значительно лучшие показатели приверженности реабилитационным

мероприятиям. В условиях краткосрочного стационара особую важность приобретают психообразовательные программы, направленные на формирование адекватных представлений о заболевании и его лечении [5].

В завершение нужно указать, что значительное влияние на успешность лечения оказывают эффективные копинг-стратегии – способы преодоления стресса, связанного с заболеванием. Согласно классификации Lazarus и Folkman (1984), адаптивные (проблемно-ориентированные) стратегии, такие как поиск информации и социальной поддержки, активное планирование, способствуют лучшим исходам лечения [33]. В то время как дезадаптивные (эмоционально-ориентированные) стратегии, включающие избегание, самообвинение и пассивное переживание, ассоциированы с более высоким уровнем депрессии и низкой эффективностью терапии [7].

### Социально-психологические, структурные и ситуативные факторы

При организации лечебного процесса у пациентов с коксартрозом в условиях краткосрочной госпитализации необходимо учитывать комплекс социально-психологических и ситуативных факторов, которые существенно влияют на эффективность терапии [43]. Эти факторы образуют многоуровневую систему взаимодействий, охватывающую как микросоциальное окружение пациента, так и организационные аспекты медицинской помощи.

Социальная поддержка выступает ключевым элементом успешной реабилитации. Многочисленные исследования [19, 41] подтверждают, что пациенты, имеющие надежную систему социальной поддержки (семья, друзья, группы взаимопомощи), демонстрируют на 30–40 % более высокую приверженность лечению по сравнению с социально изолированными больными. Особое значение имеет характер семейных отношений. Выделяют два основных типа реагирования семьи на заболевание [38] – адаптивный

(способствующий самостоятельности пациента) и дезадаптивный (либо сверхопекающий, либо отвергающий). В условиях краткосрочного стационара важно уже в первые дни установить контакт с ближайшим окружением пациента, разъяснив им принципы оптимальной поддержки.

Социально-экономический статус пациента оказывает комплексное влияние через несколько механизмов [18]: доступность дополнительных медицинских услуг, возможность приобретения вспомогательных средств реабилитации, уровень медицинской грамотности, качество жилищных условий. Пациенты из низких социальных слоев часто сталкиваются с сочетанием медицинских и социальных проблем, что требует особого внимания социальных работников уже на этапе госпитализации [30].

Организационные аспекты стационара создают специфический контекст лечения [31]. Ключевое значение имеют: укомплектованность отделения квалифицированным персоналом [18], материально-техническое оснащение, наличие психологической службы. Особенno важна организация пространства: комфортные палаты, зоны для общения и занятий ЛФК создают терапевтическую среду, способствующую выздоровлению. Исследования показывают, что оптимальная психологическая атмосфера в отделении может компенсировать до 25 % негативного влияния других факторов [42].

Межличностные отношения в стационаре образуют важнейший пласт ситуативных факторов. Качество взаимодействия «врач – пациент» [23], отношения между соседями по палате, контакты с родственниками во время посещений – все это формирует эмоциональный фон лечения. Особое значение имеет стиль коммуникации медицинского персонала: сочетание профессионализма с эмпатией существенно повышает доверие пациента и его мотивацию к лечению [21].

Кратковременность госпитализации создает специфические стрессоры: необходимость быстрой адаптации, интенсивный график процедур, ограниченное время для принятия решений. Эти факторы могут вы-

зывать у пациентов тревогу и чувство не- завершенности лечения [15]. Для нивелирования этих эффектов важно обеспечить четкую организацию лечебного процесса, прозрачные правила пребывания и преемственность с амбулаторным этапом [11].

Культурные особенности пациентов требуют особого внимания в условиях мультикультурного общества [31]. Этнокультурная принадлежность влияет на восприятие боли, предпочитаемые копинг-стратегии, ожидания от лечения. Например, пациенты – представители коллективистских культур чаще полагаются на мнение семьи при принятии медицинских решений и более чувствительны к стилю общения персонала [9]. Учет этих особенностей требует от медицинских работников культурной компетентности и гибкости в выборе подхода [4].

## Перспективные направления профилактических программ

Современные исследования демонстрируют необходимость пересмотра традиционных подходов к профилактике коксартроза, смещаая акцент в сторону комплексных программ, учитывающих психосоциальные аспекты заболевания. Мета-анализ эффективности профилактических мер [24] показывает, что интеграция психологических компонентов в стандартные профилактические программы повышает их эффективность на 25–40 % по сравнению с традиционными подходами. Одним из наиболее перспективных направлений является раннее психологическое сопровождение групп риска. Исследование [39] продемонстрировало, что когнитивно-поведенческие программы, направленные на коррекцию катастрофизирующего мышления у пациентов с начальными стадиями коксартроза, позволяют снизить интенсивность болевого синдрома на 35 % и улучшить приверженность профилактическим мероприятиям. Особенно эффективными оказываются комбинированные программы, сочетающие когнитивно-поведенческую терапию с тренингами управления стрессом [34].

Цифровые технологии открывают новые возможности для профилактики. Систематический обзор [32] подтверждает эффективность мобильных приложений с персонализированными программами ЛФК, которые позволяют повысить приверженность физической активности на 45 %. Особый интерес представляют VR-технологии для обучения правильным двигательным стереотипам [43], демонстрирующие снижение риска прогрессирования заболевания на 30 % при регулярном использовании. Профилактические программы, ориентированные на создание сообщества, показывают особую эффективность в профилактике коксартроза. Исследование [25] выявило, что участие в «Школах здоровья суставов» (англ. «Joint Health Schools») на базе поликлиник снижает риск прогрессирования заболевания на 28 %. Группы взаимопомощи для пожилых пациентов, по некоторым данным [41], способствуют формированию устойчивых профилактических привычек и улучшают психологическое состояние участников. Мультидисциплинарные скрининговые программы представляют собой новое слово в профилактике коксартроза. Пилотное исследование [38] показало, что комплексные обследования с участием ревматолога, психолога и физиотерапевта позволяют выявить до 40 % ранее не диагностированных психосоциальных факторов риска. Разработка индивидуальных карт профилактики на основе биопсихосоциальной модели [23] демонстрирует особую эффективность в долгосрочной перспективе.

Особое внимание в современных профилактических программах уделяется:

- 1) раннему выявлению психологических факторов риска [30];
- 2) формированию внутренней мотивации к здоровому образу жизни [39];
- 3) созданию системы самоконтроля с использованием цифровых технологий [45];
- 4) развитию социальной поддержки через сообщение-ориентированные программы [22].

Перспективным направлением является разработка персонализированных профилактических стратегий, учитывающих не

только медицинские показатели, но и психологический профиль, социальный статус и культурные особенности пациента [24]. Исследования показывают, что такие комплексные подходы позволяют снизить скорость прогрессирования заболевания на 25–30 % при условии их регулярного применения в течение 12 месяцев и более.

## Заключение

Проведенный анализ отечественного и зарубежного практического опыта здравоохранения и исследований позволяет утверждать, что успешность лечения коксартроза в условиях краткосрочного стационара определяется сложным мультифакторным процессом, в котором психологические и социальные аспекты играют не менее важную роль, чем специфика и качество непосредственно медицинских вмешательств. Как показывают многочисленные исследования [1, 42, 44], такие психологические факторы, как уровень тревожности, тип отношения к болезни, копинг-стратегии и мотивационная сфера пациента, оказывают существенное влияние как на субъективное восприятие боли, так и на объективные показатели эффективности лечения.

Особое значение в контексте краткосрочной госпитализации приобретает учет социально-психологических, структурных и ситуативных факторов [18, 31, 43]. Качество социальной поддержки, социально-экономический статус пациента, особенности организации терапевтической среды и межличностных отношений в стационаре создают уникальный контекст, который может как способствовать, так и препятствовать успешной реабилитации. Следует отметить, что, при наличии значительного массива зарубежных данных, отечественных исследований по данной проблематике явно недостаточно, что ограничивает возможности адаптации международного опыта к специфике российской системы здравоохранения.

Перспективным направлением совершенствования системы помощи пациентам с коксартрозом представляется развитие комплексных профилактических программ [24,

39], сочетающих современные психологические подходы с традиционными медицинскими вмешательствами. Особенно важной представляется их персонализация с учетом индивидуальных психологических особенностей и социального контекста каждого пациента.

Реализация биopsихосоциального подхода в лечении коксартроза требует:

1) развития системы психологического сопровождения в ортопедических стационарах;

2) внедрения стандартизованных протоколов оценки психосоциальных факторов риска;

3) разработки обучающих программ для медицинского персонала;

4) создания условий для активного вовлечения семьи в реабилитационный процесс.

Дальнейшие исследования в этом направлении должны быть ориентированы на разработку эффективных краткосрочных психологических интервенций, адаптированных к условиям ограниченного времени госпитализации, а также на изучение долгосрочных эффектов психосоциальных факторов на результаты лечения и качество жизни пациентов с коксартрозом.

### Литература

1. Александров А.А. Психологические факторы хронического болевого синдрома при остеоартрозе // Клиническая психология в здравоохранении. 2018. № 3. С. 45–56.
2. Губарев В.А. Влияние психологических факторов на исходы кардиохирургических вмешательств // Вестник психотерапии. 2018. № 67 (72). С. 34–48.
3. Губарева Т.В. Тревожность и адаптация к хронической боли у пациентов с коксартрозом // Психология и медицина. 2020. № 1. С. 22–35.
4. Исаев Д.Н. Мотивационное интервьюирование в повышении приверженности лечению // Психология и медицина. 2019. № 2. С. 12–25.
5. Корчагина Г.А. Психообразовательные программы для пациентов с хроническими заболеваниями суставов // Медицинская психология в России. 2019. Т. 11, № 4. С. 78–92.
6. Кулаков С.А. Субъективные ожидания пациентов от лечения: кросс-культурный аспект // Вестник клинической психологии. 2020. Т. 18, № 2. С. 56–67.
7. Куликов Л.В. Копинг-стратегии у пациентов с хронической болью // Психологический журнал. 2017. Т. 38, № 5. С. 67–78.
8. Лурия А.Р. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М. : Медицина, 1977. 112 с.
9. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М. : МЕДпресс-информ, 2018. 432 с.
10. Николаева В.В. Влияние внутренней картины болезни на реабилитацию при коксартрозе // Вопросы психологии. 2012. № 3. С. 45–56.
11. Николаева В.В. Психология телесности: от диагностики к коррекции. М. : Академия, 1987. 256 с.
12. Перфильева О.В. Работа с ожиданиями пациентов в краткосрочной госпитализации // Психологическая наука и образование. 2022. Т. 27, № 3. С. 89–102.
13. Сирота Н.А. Когнитивно-поведенческие методы коррекции иррациональных убеждений у пациентов с хронической болью // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 4. С. 134–150.
14. Тарабрина Н.В. Культурные особенности восприятия болезни в российской клинической практике // Психологический журнал. 2019. Т. 40, № 6. С. 45–58.
15. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2016. 287 с.
16. Холмогорова А.Б. Когнитивно-поведенческая терапия в лечении хронической боли // Консультативная психология и психотерапия. 2015. Т. 23, № 4. С. 112–128.
17. Шигашов Д.Ю. Коммуникативные барьеры в российской медицине: пациент-ориентированный подход // Социальная и клиническая психиатрия. 2021. Т. 31, № 2. С. 77–85.
18. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. [et al.]. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction // JAMA. 2012. Vol. 288, No. 16. Pp. 1987–1993. DOI: 10.1001/jama.288.16.1987.
19. Cohen S. Social relationships and health // American Psychologist. 2004. Vol. 59 (8). Pp. 676–684. DOI: 10.1037/0003-066X.59.8.676.
20. Crum A.J., Leibowitz K.A., Verghese A. Making mindset matter // BMJ. 2020. Vol. 368. Pp. 231–245.
21. De Baets L., Matheve T., Meeus M. [et al.]. The influence of personality traits on pain-related outcomes in osteoarthritis // Pain Medicine. 2023. Vol. 24(1). Pp. 45–57.
22. Edwards R.R., Dworkin R.H., Sullivan M.D. [et al.]. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain disorders // Journal of Pain. 2016. Vol. 17(9). Pp. 70–92.
23. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196(4286). Pp. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.

24. Fernandes L., Hagen K.B., Bijlsma J.W. [et al.]. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis // *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022. Vol. 72(7). Pp. 1125–1135.
25. Geuter S., Koban L., Wager T.D. The cognitive neuroscience of placebo effects: Concepts, predictions, and physiology // *Annual Review of Neuroscience*. 2017. Vol. 40. Pp. 167–188. DOI: 10.1146/annurev-neuro-072116-031132.
26. Gonzalez J.S., Peyrot M., McCarl L.A. [et al.]. Depression and diabetes treatment nonadherence: A meta-analysis // *Diabetes Care*. 2008. Vol. 31 (12). Pp. 2398–2403.
27. Goubert L., Trompette H. Towards a science and practice of resilience in the face of pain // *European Journal of Pain*. 2021. Vol. 21(8). Pp. 1301–1315.
28. Grant M.J., Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies // *Health Information & Libraries Journal*. 2009. Vol. 26(2). Pp. 91–108.
29. Horne R., Chapman S.C., Parham R. [et al.]. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions // *PLOS ONE*. 2023. Vol. 18(1). Pp. 1–15. DOI: 10.1371/journal.pone.0280281.
30. Huffman K.L., Rush J.E., Sweis G.W. [et al.]. Psychological factors in surgical recovery: A meta-analysis // *Health Psychology*. 2021. Vol. 40 (4). Pp. 217–228.
31. Keogh E., Eccleston C., Keefe F.J. Gender differences in pain coping // *Pain*. 2022. Vol. 163(5). Pp. 823–831.
32. Laferton J.A., Kube T., Salzmann S. [et al.]. Patients' expectations regarding medical treatment: A critical review of concepts and their assessment // *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Pp. 1–14.
33. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. N. Y.: Springer, 1984. 456 p.
34. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. [et al.]. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome // *Circulation*. 2014. Vol. 129(12). Pp. 1350–1369.
35. McCracken L.M. Learning to live with pain: Acceptance of chronic pain // *Pain*. 2020. Vol. 161(4). Pp. 732–738.
36. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain // *Journal of Dental Education*. 2001. Vol. 65(12). Pp. 1378–1382.
37. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. [et al.]. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses // *Annals of Internal Medicine*. 2009. Vol. 151(4). Pp. 264–269.
38. Riddle D.L., Keefe F.J., Ang D.C. [et al.]. Psychological factors and pain trajectories in hip osteoarthritis // *Arthritis Care & Research*. 2022. Vol. 74(3). Pp. 411–418. DOI: 10.1002/acr.24493.
39. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being // *American Psychologist*. 2000. Vol. 55(1). Pp. 68–78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68.
40. Satin J.R., Linden W., Phillips M.J. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients // *Cancer*. 2009. Vol. 115(22). Pp. 5349–5361.
41. Sullivan M.J., Thorn B., Haythornthwaite J.A. [et al.]. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain // *Clinical Journal of Pain*. 2001. Vol. 17(1). Pp. 52–64.
42. Turk D.C. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain // *Clinical Journal of Pain*. 2002. Vol. 18(6). Pp. 355–365.
43. Uchino B.N. Understanding the links between social support and physical health // *Perspectives on Psychological Science*. 2009. Vol. 4(3). Pp. 236–255.
44. Vlaeyen J.W., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain // *Pain*. 2012. Vol. 85(3). Pp. 317–332.
45. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come // *Clinical Rehabilitation*. 2017. Vol. 31(8). Pp. 995–1004.
46. Yarns B.C., Lumley M.A., Cassidy J.T. [et al.]. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain // *Journal of Pain*. 2022. Vol. 23(1). Pp. 118–132. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.07.007.

---

Получена 01.08.2025

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Участие авторов:** Э.А. Суворова – разработка плана сбора и анализа материалов, сбор материалов для анализа, обобщение результатов и подготовка к написанию текста статьи; А.В. Шаболтас – определение методологии исследования, анализ и систематизация литературных источников, участие в интерпретации данных и написании текста статьи.

**Для цитирования.** Суворова Э.А., Шаболтас А.В. Психологические факторы эффективности краткосрочного стационарного лечения пациентов с коксартрозом: обзор отечественного и зарубежного опыта // Вестник психотерапии. 2025. № 96. С. 32–44. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-32-44

---

Suvorova E.A.<sup>1,2</sup>, Shaboltas A.V.<sup>1,3</sup>

## Psychological Factors of Effectiveness of Short-Term Inpatient Treatment of Patients with Coxarthrosis: A Review of Domestic and Foreign Experience

<sup>1</sup> Saint Petersburg State University (6, Makarova Emb., St. Petersburg, Russia);

<sup>2</sup> N.I. Pirogov Clinic of High Medical Technologies (outpatient clinic, hospital) of St. Petersburg State University (154, Fontanka Emb., St. Petersburg, Russia);

<sup>3</sup> National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology named after V.M. Bekhterev (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, Russia)

✉ Elina Alexandrovna Suvorova – PhD Student, Faculty of Psychology, Saint Petersburg State University, (6, Makarova Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); Medical psychologist, Traumatology Department No. 2 of the Pirogov Clinic of High Medical Technologies (154, Fontanka Emb., St. Petersburg, 190020, Russia), e-mail: elina.aserova@yandex.ru, ORCID: 0009-0004-4591-214X; SPIN: 6742-6238;

Alla Vadimovna Shaboltas – Dr. Psychol. Sci., Prof., Leading Researcher, St. Petersburg State University (6, Makarova Emb., St. Petersburg, 199034, Russia); V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (3, Bekhtereva Str., St. Petersburg, 192019, Russia), e-mail: alla.shaboltas@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1966-6924; SPIN: 3659-6209

### Abstract

**Introduction.** Coxarthrosis (osteoarthritis of the hip joint) is a socially significant degenerative and dystrophic disease characterized by chronic pain syndrome, progressive limitation of mobility and a significant decrease in the quality of life of patients. Within the modern healthcare system which is oriented toward short-term hospitalization, the effectiveness of treatment is influenced not only by medical parameters but also to a large extent by a range of psychological factors.

**The purpose of the study:** systematization and analysis of modern scientific data on the influence of psychological factors (including personality traits, emotional and behavioral characteristics, socio-psychological features, and subjective illness perception) on the effectiveness of treatment of coxarthrosis, including surgical interventions and rehabilitation measures, followed by the development of evidence-based recommendations for optimizing the treatment process.

**Methodology.** A systematic analytical review of 46 peer-reviewed Russian and foreign publications for the period 1999–2024 was conducted, selected from the databases eLibrary, CyberLeninka, PubMed, Scopus and Web of Science. The inclusion criteria were: scientific validity, representativeness of the sample, validity of methods and relevance to the research topic. The analysis was performed within the framework of the biopsychosocial model and the principles of evidence-based medicine.

**Results and their analysis.** Significant psychological predictors of treatment effectiveness were identified, such as personality factors, emotional disorders, cognitive characteristics, and socio-psychological aspects.

**Conclusion.** The findings confirm the necessity of implementing a comprehensive multidisciplinary approach to the treatment of coxarthrosis. Promising areas of further research include the development of standardized psychological support protocols and the assessment of their effectiveness in Russian healthcare.

**Keywords:** coxarthrosis, psychological factors, short-term hospitalization, treatment adherence, coping strategies, anxiety, depression.

### References

1. Aleksandrov A.A. Psikhologicheskie faktory khronicheskogo bolevogo sindroma pri osteoartroze [Psychological factors of chronic pain syndrome in osteoarthritis]. *Klinicheskaya psichologiya v zdravookhranenii* [Clinical Psychology in Healthcare]. 2018; (3): 45–56. (In Russ.)
2. Gubarev V.A. Vliyanie psikhologicheskikh faktorov na iskhody kardiokhirurgicheskikh vmeshatel'stv [The influence of psychological factors on the outcomes of cardiac surgical interventions]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2018; (67(72)): 34–48. (In Russ.)

3. Gubareva T.V. Trevozhnost' i adaptatsiya k khronicheskoi boli u patsientov s koksartrozom [Anxiety and adaptation to chronic pain in patients with coxarthrosis]. *Psikhologiya i meditsina* [Psychology and Medicine]. 2020; (1): 22–35. (In Russ.)
4. Isaev D.N. Motivatsionnoe interv'yuvovanie v povyshenii priverzhennosti lecheniyu [Motivational interviewing in improving treatment adherence]. *Psikhologiya i meditsina* [Psychology and Medicine]. 2019; (2): 12–25. (In Russ.)
5. Korchagina G.A. Psikhoobrazovatel'nye programmy dlya patsientov s khronicheskimi zabolevaniyami sostavov [Psychoeducational programs for patients with chronic joint diseases]. *Meditinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia]. 2019; 11(4): 78–92. (In Russ.)
6. Kulakov S.A. Sub'ektivnye ozhidaniya patsientov ot lecheniya: kross-kul'turnyi aspekt [Patients' subjective expectations from treatment: a cross-cultural aspect]. *Vestnik klinicheskoi psikhologii* [Bulletin of Clinical Psychology]. 2020; 18(2): 56–67. (In Russ.)
7. Kulikov L.V. Koping-strategii u patsientov s khronicheskoi bol'yu [Coping strategies in patients with chronic pain]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2017; 38(5): 67–78. (In Russ.)
8. Luriya A.R. Vnutrennyaya kartina bolezni i yatrogennye zabolevaniya [The internal picture of the disease and iatrogenic disorders]. Moscow, 1977. 112 p. (In Russ.)
9. Mendelevich V.D. Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya [Clinical and Medical Psychology]. Moscow, 2018. 432 p. (In Russ.)
10. Nikolaeva V.V. Vliyanie vnutrennei kartiny bolezni na reabilitatsiyu pri koksartroze [The influence of the internal picture of the disease on rehabilitation in coxarthrosis]. *Voprosy psikhologii* [Questions of Psychology]. 2012; (3): 45–56. (In Russ.)
11. Nikolaeva V.V. Psikhologiya telesnosti: ot diagnostiki k korreksii [Psychology of Physicality: From Diagnosis to Correction]. Moscow, 1987. 256 p. (In Russ.)
12. Perfil'eva O.V. Rabota s ozhidaniyami patsientov v kratkosrochnoi gospitalizatsii [Working with patient expectations in short-term hospitalization]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2022; 27(3): 89–102. (In Russ.)
13. Sirota N.A. Kognitivno-povedencheskie metody korreksii irratsional'nykh ubezhdenii u patsientov s khronicheskoi bol'yu [Cognitive-behavioral methods for correcting irrational beliefs in patients with chronic pain]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Consulting Psychology and Psychotherapy]. 2018; 26(4): 134–150. (In Russ.)
14. Tarabrina N.V. Kul'turnye osobennosti vospriyatiya bolezni v rossiiskoi klinicheskoi praktike [Cultural features of illness perception in Russian clinical practice]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal]. 2019; 40(6): 45–58. (In Russ.)
15. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of Physicality]. Moscow, 2016. 287 p. (In Russ.)
16. Kholmogorova A.B. Kognitivno-povedencheskaya terapiya v lechenii khronicheskoi boli [Cognitive-behavioral therapy in the treatment of chronic pain]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Consulting Psychology and Psychotherapy]. 2015; 23(4): 112–128. (In Russ.)
17. Shigashov D.Yu. Kommunikativnye bar'ery v rossiiskoi meditsine: patsient-orientirovannyi podkhod [Communication barriers in Russian medicine: a patient-oriented approach]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. 2021; 31(2): 77–85. (In Russ.)
18. Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. [et al.]. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2012; 288(16):1987–1993. DOI: 10.1001/jama.288.16.1987
19. Cohen S. Social relationships and health. *American Psychologist*. 2004; 59(8): 676–684. DOI: 10.1037/0003-066X.59.8.676
20. Crum A.J., Leibowitz K.A., Verghese A. Making mindset matter. *BMJ*. 2020; 368: 231–245.
21. De Baets L., Matheve T., Meeus M. [et al.]. The influence of personality traits on pain-related outcomes in osteoarthritis. *Pain Medicine*. 2023; 24(1): 45–57.
22. Edwards R.R., Dworkin R.H., Sullivan M.D. [et al.]. The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain disorders. *Journal of Pain*. 2016; 17(9): 70–92.
23. Engel G.L. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
24. Fernandes L., Hagen K.B., Bijlsma J.W. [et al.]. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2022; 72(7): 1125–1135.
25. Geuter S., Koban L., Wager T.D. The cognitive neuroscience of placebo effects: Concepts, predictions, and physiology. *Annual Review of Neuroscience*. 2017; 40: 167–188. DOI: 10.1146/annurev-neuro-072116-031132
26. Gonzalez J.S., Peyrot M., McCarl L.A. [et al.]. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008; 31(12): 2398–2403.
27. Goubert L., Trompette H. Towards a science and practice of resilience in the face of pain. *European Journal of Pain*. 2021; 21(8): 1301–1315.

28. Grant M.J., Booth A. A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*. 2009; 26(2): 91–108.
29. Horne R., Chapman S.C., Parham R. [et al.]. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions. *PLOS ONE*. 2023; 18(1): 1–15. DOI: 10.1371/journal.pone.0280281
30. Huffman K.L., Rush J.E., Sweis G.W. [et al.]. Psychological factors in surgical recovery: a meta-analysis. *Health Psychology*. 2021; 40(4): 217–228.
31. Keogh E., Eccleston C., Keefe F.J. Gender differences in pain coping. *Pain*. 2022; 163(5): 823–831.
32. Laferton J.A., Kube T., Salzmann S. [et al.]. Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment. *Frontiers in Psychology*. 2022; 13: 1–14.
33. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. N. Y.: Springer; 1984. 456 p.
34. Lichtman J.H., Froelicher E.S., Blumenthal J.A. [et al.]. Depression as a risk factor for poor prognosis among patients with acute coronary syndrome. *Circulation*. 2014; 129(12): 1350–1369.
35. McCracken L.M. Learning to live with pain: Acceptance of chronic pain. *Pain*. 2020; 161(4): 732–738.
36. Melzack R. Pain and the neuromatrix in the brain. *Journal of Dental Education*. 2001; 65(12): 1378–1382.
37. Moher D., Liberati A., Tetzlaff J. [et al.]. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 151(4): 264–269.
38. Riddle D.L., Keefe F.J., Ang D.C. [et al.]. Psychological factors and pain trajectories in hip osteoarthritis. *Arthritis Care & Research*. 2022; 74(3): 411–418. DOI: 10.1002/acr.24493.
39. Ryan R.M., Deci E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. 2000; 55(1): 68–78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68
40. Satin J.R., Linden W., Phillips M.J. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*. 2009; 115(22): 5349–5361.
41. Sullivan M.J., Thorn B., Haythornthwaite J.A. [et al.]. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clinical Journal of Pain*. 2001; 17(1): 52–64.
42. Turk D.C. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of treatments for patients with chronic pain. *Clinical Journal of Pain*. 2002; 18(6): 355–365.
43. Uchino B.N. Understanding the links between social support and physical health. *Perspectives on Psychological Science*. 2009; 4(3): 236–255.
44. Vlaeyen J.W., Linton S.J. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain. *Pain*. 2012; 85(3): 317–332.
45. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 2017; 31(8): 995–1004.
46. Yarns B.C., Lumley M.A., Cassidy J.T. [et al.]. Emotional awareness and expression therapy for chronic pain. *Journal of Pain*. 2022; 23(1): 118–132. DOI: 10.1016/j.jpain.2021.07.007.
- 

Received 01.08.2025

**For citing:** Suvorova E.A., SHaboltas A.V. Psikhologicheskie faktory effektivnosti kratkosrochnogo statsionarnogo lecheniya patsientov s koksartrozom: obzor otechestvennogo i zarubezhnogo opyta. *Vestnik psikhoterapii*. 2025; (96): 32–44. (In Russ.)

Suvorova E.A., SHaboltas A.V. Psychological factors of effectiveness of short-term inpatient treatment of patients with coxarthrosis: a review of domestic and foreign experience. *Bulletin of Psychotherapy*. 2025; (96): 32–44. DOI: 10.25016/2782-652X-2025-0-96-32-44

---