Rationale and analysis of the effectiveness of target-oriented measures of psycho-correction and psychological support of patients with chronic disease

Yu. Khodakivsky

ORCID 0000-0001-5892-444X

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine

Article info

Received 10.02.2019

Accepted 12.06.2019

Kharkiv Medical Academy of
Postgraduate Education,
Kharkiv, Ukraine

Ходаківський Ю.С. (2019).
Обґрунтування та аналіз
ефективності таргетно-
орієнтованих заходів
психокорекції і
психологічної підтримки
хворих з хронічним
больовим синдромом
спини Fundamental and
applied researches in
practice of leading scientific
schools, 33 (3), 46–51.

Khodakivsky, Yu. (2019). Rationale and analysis of the effectiveness of target-oriented measures of psycho-correction and psychological support of patients with chronic disease. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools, 33 (3), 46–51.

The article presents the substantiation of target-oriented methods of psycho-corrective measures of patients with chronic dorsal pain syndrome, which are aimed at the initial removal of negative psycho-emotional states, further work with the personal qualities of the investigated persons, their worldview, provoking somatic disorders, emotional, cognitive, and behavioral disorders. The results of the comparative analysis of indicators of the intervention group and the comparison group before and after conducting psycho-corrective measures are presented.

It is shown that the proposed system of correction and support contributes to the positive changes in the conative and affective sphere of patients with CDPS. There was also a correlation of positive psycho-emotional and personal changes with changes in physical health in a better direction.

It was found that the level of psycho-emotional state, subjective perception of social support and quality of life, vitality, individual and personal qualities, and variants of coping strategies were improved significantly in the intervention group compared to the primary indicators. The indicators either remained unchanged or slightly worsened in the comparison group.

Thus, a targeted-oriented approach can greatly enrich the arsenal of psychological means that will reveal the negative, maladaptive positions of patients with chronic dorsal pain syndrome and will contribute to the improvement of somatic, psycho-emotional states, correction of behavioral patterns and will contribute to personality development.

Keywords: chronic dorsal pain syndrome; dorsalgia; conative and affective sphere; psycho-corrective measures; psychosocial support; quality of life; well-being; social roles; living conditions.

Обґрунтування та аналіз ефективності таргетно-орієнтованих заходів психокорекції і психологічної підтримки хворих з хронічним больовим синдромом спини

Ю.С.Ходаківський

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харків, Україна

У статті представлено обґрунтування таргетно-орієнтованих заходів психокорекції і психологічної підтримки хворих з хронічним больовим синдромом спини (ХБСС), які направлені на первинне зняття негативних психоемоційних станів, подальшу роботу з особистісними якостями досліджуваних, з їх світосприйняттям, що провокують погіршення соматичного стану, емоційні, когнітивні, поведінкові розлади. Представлені результати порівняльного аналізу показників групи втручання та групи контролю до та після проведення психокорекційних заходів.

Показано, що запропонована система корекції і підтримки сприяє позитивним змінам конативно-афективної сфери хворих з ХБСС. Відзначена також кореляція позитивних психоемоційних та особистісних змін зі змінами у фізичному здоров'ї у кращому напрямку.

Виявлено, що рівень психоемоційного стану, суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки та якості життя, життєстійкості, індивідуально-особистісні якості, та варіанти копінг-стратегій статистично значуще покращились в групі втручання у порівнянні з первинними показниками. В групі контролю показники або залишились без змін, або незначуще погіршились.

Таким чином, таргетно-орієнтований підхід може у значному ступені збагатити арсенал психологічних засобів, які дозволять виявити негативні, дезадаптивні позиції хворих з хронічним больовим синдромом спини та сприятимуть поліпшенню психосоматичних станів, корекції поведінкових паттернів та сприятимуть особистісному розвитку.

Ключові слова: хронічний больовий синдром спини, дорсалгія, конативно-афективна сфера, психокорекція, психосоціальна підтримка, якість життя, благополуччя, соціальні ролі, життєві умови.

Вступ

Вираженість негативних емоцій, психопатологічні симптоми, зміна поведінки, порушення сімейних та міжособистісних стосунків, посилення ворожості пов'язані з проявом больової симптоматики у хворих з дорсалгією.

На даний момент часу існують багато моделей та підходів щодо лікування болю. Разом з тим, незважаючи на постійне вдосконалення методів терапії дорсалгії, не у всіх випадках настає стійке покращення. Використання індивідуально спрямованих, таргетно-орієнтованих методів (англ. target «ціль, мішень») дозволить знизити рівень негативних емоцій, вираженості психопатологічних симптомів на фоні послаблення або зникнення психогенного болю у пацієнтів з хронічним больовим синдромом спини (ХБСС). У зв'язку з цим стає необхідним та своєчасним визначення, обґрунтування та апробування таргетно-орієнтованих заходів психокорекції і психологічної підтримки хворих з ХБСС, в основі яких може лежати нівелювання та послаблення больової симптоматики через зміну емоційних станів та особистісного сприйняття хвороби та життя загалом.

Мета

Метою даної роботи було обґрунтувати та провести аналіз ефективності таргетно-орієнтованих заходів психокорекції і психологічної підтримки хворих з ХБСС.

Контингент та методи дослідження

Протягом 2016 — 2019 рр. за допомогою клініко-психологічного і психодіагностичного методів було обстежено 78 хворих з ХБСС (основна група, ОГ) та 62 умовно здорові особи (група порівняння, ГП).

За статевою структурою ОГ складалась відповідно з 44 жінок (56,4%) і 34 чоловіків (43,6%). Порівняльну групу (ГП) складали 33 жінки (53,2%) і 29 чоловіків (46,8%). За сімейним станом група ОГ поділялась

наступним чином: 75,6% (59 осіб) були у зареєстрованому шлюбі, 24,4% (19 осіб) розлучені. У групі порівняння всі особи знаходились у зареєстрованому шлюбі.

Критеріями включення до основної групи дослідження були:

- а) інформована згода на участь в дослідженні;
- б) ХБСС в межах рубрики М54.0-9 дорсалгії за МКХ-10 тривалістю не менше 3-х місяців;
- в) вік від 20 до 65 років;
- г) відсутність інших тяжких соматичних захворювань;
- г) відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів;
- е) інтенсивність больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою ≥ 4 балів; за цифровою рейтинговою шкалою ≤ 5 балів (легкий, помірний, середньо-тяжкий біль); за функціональною шкалою болю ≤ 2 балів (допустимий біль, що не перешкоджає діяльності, та допустимий біль, що перешкоджає здійсненню деяких видів діяльності).

Нами було виконано дослідження особливостей конативно-афективної сфери хворих з ХБСС; проведені таргетно-орієнтовані заходи психокорекції і психологічної підтримки даного контингенту хворих, які направлені на первинне зняття негативних психоемоційних станів, подальшу роботу з особистісними якостями досліджуваних, з їх світосприйняттям, що провокують погіршення соматичного стану, емоційні, когнітивні, поведінкові розлади; проведений порівняльний аналіз первісних даних та результатів контрольної психодіагностики.

Основна група (78 осіб) була поділена на групу втручання, кількість осіб у якій складало 37 пацієнтів, з якими проводились психокорекційні заходи та групу контролю (41 особа), з якими ніякої психокорекційної роботи не проводилось.

Виклад основного матеріалу дослідження

Отримані результати дослідження особистісної, поведінкової, психоемоційної та психосоціальної сфер дозволили визначити мішені психокорекції психічної дезадаптації та порушень конативно-афективної сфери хворих з ХБСС і дали підстави для розгляду питання про корекцію певних особистісних, психоемоційних та поведінкових характеристик.

Психологічна допомога включає: психодіагностику, психокорекцію, психологічне консультування, психопрофілактику. Допомогу хворим з ХБСС, в залежності від особливостей конативно-афективної сфери людини, стану фізичного і психічного здоров'я, наявності життєвого досвіду, надають медики, психотерапевти, психологи.

А. А. Осіпова (2002) сформулювала принципи психокорекційної роботи: єдності діагностики і корекції, нормативності розвитку, корекції «зверху вниз», корекції «знизу нагору», системності розвитку психічної діяльності, діяльнісний принцип корекції.

Одне з головних місць у вирішенні особистісних, емоційних, поведінкових, соматичних проблем хворих з ХБСС займає психопрофілактика та психокорекція. Очевидно також, що без медичних знань і досліджень психопрофілактика та психокорекція відбуватись не можуть. Л. В. Куліков (2004) підкреслює, що володіння основами психогігієни і психопрофілактики необхідно розглядати, як важливіший показник професійної компетентності психолога, особливо психолога практикуючого.

У психологічній культурі А. А. Осіпова (2002) виділяє три основних компоненти: самопізнання і самооцінка; пізнання інших людей; вміння управляти своєю поведінкою, емоціями, спілкуванням. У нашому дослідженні ми маємо справу з соматичними проблемами, з хронічним боєм, а також з проблемами порушення конативно-афективної сфери хворих. Таким чином, саме на вирішення негативної дезадаптації хворих з ХБСС, які знаходяться у кризових станах повинна бути направлена допомога медиків, практичних психологів, медичних психологів, психотерапевтів різних напрямків, соціальних робітників, бо саме такий стан, як правило, за словами В. В. Козлова (2014) супроводжується деструктивними змінами особистості, зниженням загальної стійкості, рівня збалансованості, більшою фрагментарністю і тенденцією до соціальної аутизації особистості. Особистість втрачає енергію, загальну вітальність, зменшується комунікативність.

Останнім часом в медицині вкрай актуальна проблема прихильності пацієнта до лікування — комплаєнтності (від англ. compliance — згода), що надає важливого впливу як на ефективність терапії, так і на якість життя хворого (Keefe F.J., 2009). Необхідність враховувати прихильність хворого до лікування особливо гостро стоїть і при лікуванні дорсалгії. В процесі лікування лікар безпосередньо вступає в психологічну взаємодію з хворим. Найважливішою умовою початку медико-психологічного супроводу є необхідність оцінки інтенсивності болю, проведеної самим пацієнтом. Саме в залежності від цього

призначаються певні медикаментозні препарати та допоміжна терапія.

Дослідники відзначають, що реакція людини на больовий стимул визначається декількома факторами: індивідуальними особливостями особистості, досвідом, емоційним станом у момент больового впливу, зовнішніми обставинами. Саме тому одні і ті ж больові стимули породжують у різних людей неоднакові за характером і вираженістю відчуття. При дії больового стимулу включаються механізми трьох рівнів і біль має три основних радикали: фізіологічний (стимуляція ноцицептивних рецепторів, активація больових нейропептидів), поведінковий (больові пози, міміка, особлива мовна і рухова активність) і особистісний (думки, почуття, емоції) (Absi M.A., Rokke P.D., 1991; Thome S.E., Bultz B.D., Baile W.F., 2005).

Психологічні фактори відіграють одну з основних ролей, причому внесок цих факторів у больову перцепцію істотно розрізняється при переживанні людиною гострого, короткочасного болю і при наявності хронічного больового стану. Однак, при цьому психологічна сторона захворювання: особистість самого хворого, його переживання і психоемоційний стан, що впливають на лікування, враховуються лікарем в меншому ступеню (McCaul K.D., Malott J.M., 1984). Однак вивчення взаємин між тривогою, депресією, особливостями особистості, сімейними, соціальними факторами і ступенем болю, виявило, що найбільш виражені больові відчуття спостерігаються у тих хворих, які мали максимальні показники вищевказаних проблем. Відомо також, що тривожні думки «навіоло» власне болю підвищують больову перцепцію, в той час як тривога за будь-якого іншого приводу дає зворотний ефект, полегшуючи біль (Mallow R.M., West J.A., Sutker P.B., 1989).

Встановлення мішеней психокорекції, визначення принципів психопрофілактики та психокорекції дозволило приступити до складання та опробування цільно-орієнтованих (цілеспрямованих, персоніфікованих) специфічних заходів психокорекції і психологічної підтримки даного контингенту пацієнтів, яка направлена на первинне зняття негативних психоемоційних станів, подальшу роботу з особистісними якостями досліджуваних, з їх світосприйняттям, що провокують погіршення соматичного стану, емоційні, когнітивні, поведінкові розлади.

До мішеней психокорекції відносяться особистісні якості, такі як невротичність, спонтанна та реактивна агресивність, дратівливість, комунікабельність, врівноваженість, сором'язливість, відкритість, емоційна лабільність. Важливим напрямком психокорекційної та психотерапевтичної роботи у нашому дослідженні є робота з тривожними, депресивними станами, психопатологічною симптоматикою. Для хворих з дорсалгією мішенями психокорекції також виступають деструктивні стратегії подолання (орієнтовані на емоції, уникнення), компоненти життєстійкості (залученість, контроль та прийняття ризику), сприйняття якості власного життя та соціальної підтримки сім'ї, друзів, «значащих інших».

Таким чином, психокорекційна робота включала наступні напрямки роботи: адаптаційний тренінг, глибинний особистісний тренінг, групова психотерапія, мотиваційний тренінг, тренінг комунікацій та конструктивного вирішення конфліктів, медико-психологічне консультування (психолог, лікар), індивідуальна психокорекція, тілесно-орієнтована психотерапія, когнітивно-поведінкова психотерапія, релаксаційні методи.

Завданням даного етапу дослідження було визначення динаміки психоемоційного стану, індивідуально-особистісних якостей, життєстійкості, копінг-стратегій, суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки та якості життя хворих групи втручання (ГВ) і групи контролю (ГК) та перевірки ефективності системи психологічної корекції та підтримки хворих з ХБС.

Ми аналізували досліджених, які погодились на участь у психокорекційних заходах (ГВ) та тих, хто відмовився від співпраці з медичним психологом та лікарями. Порівняльний аналіз результатів дослідження показав наступне.

Аналіз отриманих результатів групи втручання (табл. 1) за показниками психопатологічної симптоматики, тривоги і депресії (госпітальні шкали) виявив виражену позитивну динаміку (при рівні значимості $p < 0,001$) за всіма шкалами, окрім шкал (обсесивно-компульсивні розлади, паранойяльна симптоматика, психотизм), за якими первинно були невисокі показники відхилень. Однак за цими шкалами також відзначена позитивна динаміка (при рівні значимості $p < 0,05$).

Таблиця 1

Порівняльна динаміка показників психоемоційного стану в ГВ та ГК

Групи	Психопатологічна симптоматика, тривога, депресія (госпітальні шкали)												
	С	ОКР	Мос	Д	Тр	В	ФТр	Пс	П	Дп	Рпд	Тг	Дг
ГВ	↑↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑	↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑
ГК	↓	—	↓↓	↓	—	↓	—	↓	↓	↓↓	↓	↓	↓

Примітки: ↓↓ — значуще погіршення, ↓ — незначуще погіршення, ↑↑ — значуще покращення, ↑ — незначуще покращення, — — без змін, С — соматизація, ОКР — обсесивно-компульсивні розлади, Мос — міжособистісна сензитивність, Д — депресія, Тр — тривожність, В — ворожість, ФТр — фобічна тривожність, Пс — паранойяльна симптоматика, П — психотизм, Дп — додаткові питання, Рпд — рівень психічного дистресу, Тг — тривога (госпітальна), Дг — депресія (госпітальна)

Аналіз результатів ГК показав різноспрямованість динаміки рівнів досліджуваних показників. За показниками обсесивно-компульсивних розладів, тривожності, фобічної тривожності та психотизму змін майже не відбулось. Статистично значущі негативні зміни відбулись за показниками міжособистісної сензитивності та додаткових питань (при рівні значимості $p > 0,05$). Негативна динаміка, однак

статистично не значуща, відзначена за шкалами соматизації, ворожості, рівня психічного дистресу, тривоги і депресії (госпітальні шкали), депресії, паранойяльної симптоматики, психотизму.

Аналіз отриманих результатів показав статистично значущі позитивні зміни з невротичності та емоційної лабільності (при рівні значимості $p < 0,001$) (табл. 2).

Таблиця 2

Порівняльний аналіз індивідуально-психологічних характеристик в ГВ і ГК

Групи	Показники											
	Н	Са	Д	Др	К	Вр	Ра	С	В	Е/і	Ел	М/ф
ГВ	↑↑	↑	↑↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑	—	↑↑	—
ГК	↓	—	↓	↓	—	↓	—	—	—	—	↓	—

Примітки: Н — невротичність, Са — спонтанна агресивність, Д — депресивність, Др — дратівливість, К — комунікабельність, Вр — врівноваженість, Ра — реактивна агресивність, С — сором'язливість, В — відкритість, Е/і — екстра-інтроверсія, Ел — емоційна лабільність, М/ф — маскуліність/фемініність.

Статистично значуще покращення (при рівні значимості $p < 0,05$) відбулось за показниками спонтанної та реактивної агресивності, дратівливості, депресивності, відкритості. Позитивна динаміка, хоча статистично не значуща виявлена за шкалами комунікабельності, врівноваженості, сором'язливості. Показники екстра/інтроверсії та маскуліності/фемінільності не змінились.

У респондентів ГК відбулось незначуще погіршення показників невротичності, депресивності, дратівливості, врівноваженості та емоційної лабільності. Змін у показниках спонтанної та реактивної агресивності,

комунікабельності, сором'язливості, відкритості, екстра-інтроверсії та маскуліності/фемінільності не відзначено.

Аналіз результатів вивчення копінг-стратегій, які використовували досліджувані, показало, що статистично значуще (при рівні значимості $p < 0,05$) збільшилась кількість осіб, які використовують копінг-поведінку, орієнтовану на вирішення завдань, відволікання та соціальне відволікання та зменшилась кількість досліджуваних, які орієнтуються на уникнення та емоції. Статистично значуще зменшилась кількість хворих з низьким рівнем життєстійкості (з 75,6% до

14,1%) за рахунок збільшення осіб з середнім з тенденцією до високого рівня (при рівні значимості $p < 0,001$). Кількість таких осіб складає 62,8%. Кількість досліджуваних з середнім з тенденцією до низького зменшилась на 7,7% і складає 16,7% від загальної кількості досліджених.

Статистично значуще змінили показники суб'єктивного оцінювання соціальної підтримки та якості життя. Якщо первинно високих показників рівнів соціальної підтримки відзначено не було і переважали низький і занижений рівні, то після проведення психокорекційної роботи та переосмислення ролі сім'ї, рідних, близьких людей та друзів у житті пацієнтів, статистично значуще зменшилась кількість досліджуваних з низькими рівнями, та збільшилась з підвищеним (при рівні значимості $p < 0,001$) та високим рівнями. За шкалою соціальної підтримки сім'ї відзначено 11,5%, у яких відзначений низький рівень (порівняно з первинними показниками — 64,1%), 5,1% — занижений, 26,9% — високий (порівняно з первинними показниками — 0,0%) та підвищений — 56,4% (порівняно з первинними показниками — 5,1%). Таким чином зміни що відбулись явно виражені і статистично значущі.

Суб'єктивна оцінка якості життя є важливим критерієм оцінки стану хворих, який свідчить про актуальний афективний стан, оцінює фізичне, психоемоційне, соціальне, особистісне, духовне благополуччя. У досліджуваних групи втручання відбулись позитивні статистично значущі зміни: зменшення низького та збільшення середнього та високого рівнів у показниках фізичного благополуччя (відзначено збільшення відчуття енергійності, зменшення болю і фізичних проблем), психологічного (емоційного) благополуччя (відзначено поліпшення самопочуття, задоволеності собою), самообслуговування і незалежності дій (збільшились можливості виконання повсякденних життєвих завдань

та впевненість у прийнятті власних рішень), працездатності (збільшення можливості виконувати домашні, робочі обов'язки, знаходження нових можливостей для цього), міжособистісної взаємодії (можливість відповідати і підтримувати гарні відносини з родиною, близькими людьми, друзями), соціальної підтримки (позитивне сприйняття людей, довіра до них, можливість та розуміння, що є люди, які можуть запропонувати допомогу й емоційну підтримку), громадської і службової підтримки (налагоджування стосунків з колегами, сусідами), особистісної реалізації (наявність відчуття рівноваги, інтерес та позитивне сприйняття світу, розуміння необхідності духовного розвитку), загального сприйняття життя (відчуття задоволеності і щастя у житті взагалі).

За шкалою суб'єктивного благополуччя/задоволеність відзначено найбільш виражені та статистично значущі зміни (при рівні значимості $p < 0,001$). У досліджуваних ГВ виявлені: низький (12,8%, порівняно з первинними показниками, які складали 85,9%), середній (52,6%, порівняно з 14,1% первинних показників) та високий, якого первинно виявлено не було (34,6%) рівні. В меншому ступені, але статистично значуще покращились показники шкали виконання соціальних ролей та зовнішніх життєвих умов. Високий рівень виражений у 14,1% проти 0,0% первинно (при рівні значимості $p < 0,05$), низький у 20,5% (порівняно з первинним 85,9%, при рівні значимості $p < 0,001$), середній — у 65,4% (збільшився з 14,1%).

Статистично значуще змінились показники сприйняття зовнішніх життєвих умов. Високий рівень виявлений у 11,5% респондентів, низький — у 15,4%, середній — у 73,1% досліджуваних.

Порівняльний аналіз показників якості життя, соціальної підтримки, копінг-стратегій в ГВ та ГК (табл. 3) показало статистично значущу різницю у показниках цих двох груп (при рівні значимості $p < 0,001$).

Таблиця 3

Порівняльна динаміка показників якості життя, соціальної підтримки, копінг-стратегій в ГВ і ГК

Групи	Показники									
	Яж	Спс	Спд	Спз	Жс	ОВз	Ое	Оу	В	Св
ГВ	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↓	↓	↑	↑
ГК	—	↓	↓	↓	—	—	—	—	—	—

Примітки: Яж — інтегративний показник якості життя, Спс — соціальна підтримка сім'ї, Спд — соціальна підтримка друзів, Спз — соціальна підтримка від «значущих інших», Жс — інтегративний показник життєстійкості, ОВз — копінг-поведінка, орієнтована на вирішення завдань, Ое — копінг-поведінка, орієнтована на емоції, Оу — копінг-поведінка, орієнтована на уникнення, В — відволікання, Св — соціальне відволікання.

Показники соціальної підтримки в ГП незначуще погіршились, всі інші показники залишились майже без змін. У респондентів ГВ статистично значуще поліпшились: інтегративний показник якості життя та життєстійкості та показники копінг-поведінки.

Висновки

Таким чином, визначення мішеней психокорекції дозволило обґрунтувати й розробити цільові, орієнтовані заходи психокорекції і психологічної

підтримки хворих з ХБСС, які спрямовані на первинне зняття негативних психоемоційних станів, подальшу роботу з особистісними якостями досліджуваних, з їх світосприйняттям, що провокують погіршення соматичного стану, емоційні, когнітивні, поведінкові розлади.

Для вирішення небажаних особистісних, психоемоційних та поведінкових проявів у хворих с ХБСС доцільно здійснювати комплекс заходів, які включають: консультування на основі діагностики проблемних зон, психологічну корекцію, психотерапію,

психологічну просвіту. Всі напрямки роботи доцільно проводити у рамках психологічного супроводу при використанні певних принципів: принцип єдності діагностики і корекції, принцип нормативності розвитку, принцип корекції «зверху униз», принцип системності розвитку психологічної діяльності, діяльнісний принцип корекції.

Складена психокорекційна програма включає: медико-психологічне консультування (психолог, лікар), тренінг зняття первинної емоційної напруги (адаптаційний); глибинний особистісний тренінг; індивідуальну психокорекцію; парну сімейну психокорекцію; групову психокорекцію; тренінг комунікацій та конструктивного вирішення конфліктів, тілесно-орієнтовану корекцію.

Запропонована система корекції і підтримки сприяє позитивним змінам конативно-афективної сфери хворих з ХБСС. Відзначена також кореляція позитивних психоемоційних та особистісних змін зі змінами у фізичному здоров'ї у кращому напрямку. Негативних змін у досліджуваних ГВ не виявлено.

Представлені результати порівняльного аналізу показників ГВ та ГК до та після проведення психокорекційних заходів показали, що рівень психоемоційного стану, суб'єктивного сприйняття соціальної підтримки та якості життя, життєстійкості, індивідуально-особистісні якості, та варіанти копінг-

стратегій статистично значуще покращились в групі втручання у порівнянні з первинними показниками.

В групі ГК або залишились без змін (інтегративні показники якості життя і життєстійкості, копінг-поведінка, obsесивно-компульсивні розлади, тривожність, фобічна тривожність, спонтанна та реактивна агресивність, комунікабельність, сором'язливість, відкритість, екстра-інтроверсія та маскуліність/фемініність), або незначуще погіршилися (соціальна підтримка сім'ї, друзів, «значущих інших», соматизація, міжособистісна сензитивність, депресія, ворожість, паранойяльна симптоматика, психотизм, додаткові питання, рівень психічного дистресу, тривога і депресія (госпітальні шкали), невротичність, депресивність, дратівливість, врівноваженість та емоційна лабільність).

Таким чином, таргетно-орієнтований підхід може у значному ступені збагатити арсенал психологічних засобів, які дозволять виявити негативні, дезадаптивні позиції хворих з хронічним больовим синдромом спини та сприятимуть поліпшенню соматичних, психоемоційних станів, корекції поведінкових паттернів та сприятимуть особистісному розвитку. Розроблений та апробований комплекс психодіагностичних та психокорекційних методик може бути використаний для застосування контролю стану пацієнтів у комплексній терапії психосоматичних розладів.

Література / References

- Osipova AA (2002) General psychocorrection. Moscow: SCOPE, 510 p.
- Осипова А. А. (2002) Общая психокоррекция . Москва: СФЕРА, 510 с.
- Kulikov LV (2004) Psychohygiene of personality. Issues of psychological stability and psychoprophylaxis. St. Petersburg: Peter. 464 p.
- Куликов Л. В. (2004) Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. Санкт-Петербург: Питер. 464 с.
- Kozlov VV (2014) The psychology of crisis. Moscow Inst. Of Consulting and System Solutions. 331 p.
- Козлов В.В. (2014) Психология кризиса. Москва Ин-т консультирования и системных решений. 331 с.
- Keefe F.J. (2009) Cognitive-behavioral approaches to assessing pain and pain behavior. In: G. Gebhart, D.L. Hammond and T.S. Jensen (eds). Proc of the VII World Congress of Pain.
- Abisi M.A., Rokke P.D. (1991) Can anxiety help us tolerate pain? Pain;46:43—51.
- Thome S. E., Bultz B. D., Baile W. F. (2005) Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care?: A Critical Review of the Literature. Psycho-Oncology: special issue: Patient — Professional Communication. Vol. 14. № 10. P. 875-884.
- McCaul K.D., Malott J.M. (1984) Distraction and coping with pain. Psychol Bull ;95:516—33.
- Mallow R.M., West J.A., Sutker P.B. (1989) Anxiety and pain response changes across treatment: sensory decision analysis. Pain 38:35—44.