

## **ЗАГАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ, ІСТОРІЯ ПСИХОЛОГІЇ**

**Данілова О.О.**

*докторнат,*

*Міжрегіональна академія управління персоналом*

**Паначук А.Ю.**

*студент,*

*Національний педагогічний університет*

*імені М.П. Драгоманова*

### **БАГАТОФАКТОРНИЙ ПІДХІД У КОРЕКЦІЇ БОЛЬОВИХ СИНДРОМІВ У ХВОРИХ З ДИСКОГЕННИМ ДОРСОПАТІЯМИ**

За даними експертів ВООЗ поширеність больових синдромів досягає розмірів пандемії і є серйозною медичною і соціально-економічною проблемою для більшості країн. Наприклад, в Україні, болі різної локалізації – головний і лицьова біль, невропатії, міофасціальні болі, фіброміалгії, артралгії, вісцеральний біль з різною етіологією є другою за частотою первинного звернення за медичною допомогою, після респіраторних захворювань і третьої – госпіталізації. Якщо до цієї проблеми додати і інші больові синдроми, то дійсно вимальовується своєрідна епідемія болю.

Згідно з визначенням, затвердженим Міжнародною асоціацією з вивчення болю (IASP), «Біль – це неприємне відчуття і емоційне переживання, пов'язане з реальним або потенційним пошкодженням тканини або описувані в термінах такого ушкодження».

Біль виконує надзвичайну для організму сигнальну функцію, попереджаючи про зовнішній або внутрішній вплив, що ушкоджує. Як правило, біль, особливо хронічна, виступає патогенним фактором, будучи основним, а часто і єдиним проявом цілого ряду захворювань, що представляють серйозну небезпеку для організму (Цимбалюк В.І., Сапон Н.А., 2003).

Тривалий, хронічний біль стає важким випробуванням як для хворого і його родини, так і для його лікуючих лікарів. Досить часто у хворих даної групи відбувається порушення функції пов'язаних органів і постійно погіршується самопочуття, обумовлене болем, що

в свою чергу призводить до розвитку тривожно-депресивних розладів у даної групи хворих (Самосюк І.З. і співавт., 2015).

Біль, на думку більшості дослідників, завжди забарвлена емоційними переживаннями, і це надає їй індивідуальний характер. Найважливішими факторами визначальними рівень болю є емоційно-особистісні особливості суб'єкта, рівень його невротизації, наявність депресивно-іпохондричних проявів.

Істотно, що антиноцицептивні системи і психічний стан взаємодіють один з одним за рахунок анатомо-функціональних і нейрохімічних зв'язків.

Разом з тим ряд питань діагностики та лікування больових синдромів все ще не вирішені. Аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури показав, що мануальна терапія, фізіотерапія, тракції хребетного стовпа, а також інші рекомендовані ВООЗ методи лікування больових синдромів повністю не вирішують цю проблему. Хірургічна стабілізація з декомпресією хребта досить дорогим методом лікування, який застосовується у невеликого числа хворих з дискогенними дорсопатіями, найчастіше з ускладненим перебігом захворювання – ймовірним виникненням грижі міжхребцевих дисків, стенозу хребетного каналу і ін. [4-6].

Для визначення найбільш ефективного протоколу лікування хворих з дискогенними дорсопатіями авторами проводилися пілотні дослідження на основі бінауральної терапії і магнітофотостимуляції. Для проведення досліджень було відібрано 30 хворих-добровольців, які ділилися на 2 групи. Критерієм для включення в досліджувану групу було наявність у хворих дискогенної дорсопатії на тлі тривожної депресії, а також інформаційної згоди на участь в дослідженні. У дослідженні брали хворі у віці 32-47 років, включаючи 14 жінок і 16 чоловіків. Хворі розподіляються випадковим чином на дві групи по 15 хворих (7 жінок і 8 чоловіків).

У I групі лікування проводилося методом ультрафонофорезу протибольового препарату на зону болю. Параметри процедури: апарат для проведення процедур МІТ-11, частота ультразвукових коливань – 44 кГц, частота повторення пачок ультразвукових коливань – 9,4 Гц, амплітуда ультразвукових коливань – 3 мкм. Протибольовий препарат, безпосередньо перед процедурою, наносять на серветку, яка накладалася на зону болю. Процедури проводилися в стані декомпресії хребта (на кушетці з кутом нахилу 20 градусів відносно горизонту і фіксацією грудного відділу хребта). Процедура проводилася по лабільною методикою в зоні болю через

серветку з протибольовими препаратом. Тривалість однієї процедури становила 15 хвилин, на курс лікування призначалося 9 процедур 3 рази в тиждень.

У II групі лікування проводилося аналогічно першій групі, з додаванням одночасної корекції психологічного стану хворого, на основі бінауральної терапії на протибольовий частоті 77 Гц і магнітофотостимуляції міжбровної області і великого потиличного отвору на індивідуальній терапевтичній частоті з використанням червоного і інфрачервоного лазерного випромінювання відповідно.

Бінауральна корекція психологічного стану хворого проводилася із застосуванням програмно-апаратного комплексу бінауральної психофізіологічної корекції МІТ-БІН на протибольовий частоті звучання 77 Гц для лівого каналу. Частота звуку правого каналу встановлювалася як сума частоти лівого каналу і індивідуальної терапевтичної частоти, отриманої в результаті дослідження. Визначення індивідуальної терапевтичної частоти виконувалося за методом САМОСЮК-Чухраєва [3]. У всіх хворих, які брали участь в дослідженні, вона становила  $(9,5 \pm 1,1)$  Гц. Гучність звучання визначалася самостійно хворими на основі комфортних суб'єктивних відчуттів. Під час процедури очі хворого закриті. Тривалість однієї процедури – 15 хвилин, на курс лікування призначалося 9 процедур, які проводилися 3 рази на тиждень.

В результаті застосування запропонованих варіантів лікування хворі відзначали зниження рівня болю, і поліпшення загального стану. За результатами аналізу отриманих даних на основі шкали ВАШ і психометричної таблиці А. Бека кращі показники лікування больових синдромів у хворих з дискогенними дорсопатіями на тлі тривожної депресії були досягнуті в 2 групі.

До лікування клінічна картина в обох групах була типовою. Основним симптомом у хворих з дискогенною дорсопатією була біль і супутні їй депресивні стани. До початку лікування всі показники, які оцінюються хворими по ВАШ, були однорідні в обох групах хворих.

Результати наших досліджень показали позитивну динаміку клінічних проявів в обох групах хворих. Було встановлено, що поєднання місцевого лікування болю на основі ультрафонофорезу протибольового препарату на зону болю в стану декомпресії хребта і корекції депресивного стану на основі поєднання фотоманітної стимуляції кори головного мозку на індивідуально підібраних терапевтичній частоті з бінауральною корекцією психологічного

стану на основі запропонованої методики на 49-60% знижуються клінічні прояви болю і майже на 29-43% рівень депресії. У II групі спостерігається більш виражена, ніж у першій групі позитивна динаміка зменшення больового синдрому і рівня депресії.

Визначено, що лікування дискогенної дорсопатії на основі місцевого введення в зону болю протибольового препарату методом ультрафонофорезу в стані декомпресії хребта знижує рівень суб'єктивної оцінки болю за шкалою ВАШ практично в 2 рази. Додаткова корекція тривожної депресії із застосуванням магнітофотостимуляції на індивідуальній частоті з одночасним звуковим впливом на бінауральних ритмах підсилює терапевтичний ефект у порівнянні з раніше використовуваними методиками (додатково майже на 10%) і ефективно знижує рівень депресії (майже на 26%) у порівнянні з першою групою.

Актуально подальше вивчення поєднаного застосування ультрафонофорезу протибольових препаратів і психофізіологічних методів корекції депресивних розладів для підвищення ефективності комплексного лікування дискогенної дорсопатії.

### Список використаних джерел:

1. Самосюк И.З. Системно-многоуровневый принцип использования физических факторов для лечения болевых синдромов / И.З. Самосюк, Н.В. Чухраев, Т.М. Зачатко, Н.И. Самосюк // Вестник физиотерапии и курортологии. - 2002. – № 3. – С. 25-27.
2. Самосюк, И.З. Болевые синдромы» (Клиника, диагностика, лекарственные и физические методы терапии) / Н.И. Самосюк, Н.В. Чухраев, Е.Н. Чухраева // «НМЦ Мединтех», 2007, 268 с.
3. Самосюк І.З., Самосюк Н.І., Чухраєв М.В. Системний принцип організації рухових функцій і можливість багаторівневого впливу для їх відновлення з застосуванням фізичних чинників. Український вісник психоневрології, 2007; 15: 1(50): 110-113.
4. Спосіб фізіотерапевтичної корекції депресії при лікуванні міжхребцевих гриж поперекового відділу хребта, № 104416. Уніченко А.В.; Чухраєв М.В.; Руть Ю.В.; Короткий В.В.; Малишенко О.С. Опубл. 25.01.2016, бюл., № 2/2016.
5. Спосіб лікування міжхребцевих гриж поперекового відділу хребта, № 104417. Чухраєв М.В.; Чухраєва О.М.; Самосюк Н.І.; Левківська В.І.; Грушко Г.І.; Данілова О.О.; Уніченко А.В. Опубл. 25.01.2016, бюл., № 2/2016.
6. Chuhraev N.V. Psychophysiological correction of anxious depressive disorders in patients dorsopathy /N.V. Chuhraev, A.A. Vladimirov,

V.I. Levkovskaya, W. Zukov /Journal of Education, Health and Sport. – 2015 / Vol. 5, № 6. – P. 273-280.

**Яковлева М.В.**

*кандидат психологічних наук,*

*Південноукраїнський національний педагогічний університет  
імені К.Д. Ушинського*

## **ДО ПИТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОМФОРТУ В ІНШОКУЛЬТУРНОМУ СЕРЕДОВИЩІ**

Психологічний комфорт – це відчуття задоволення, прийняття оточення, відповідності стану індивіда до навколишніх умов існування [4].

Світ людей динамічно змінюється в обрії глобальних викликів, котрі стосуються усієї безлічі культур. Тому пом'якшення факторів непорозуміння, що перешкоджають співробітництву представників різних людських цивілізацій є чи не найболючішою проблемою сучасності. Ми не маємо права диктувати представникам інших культур лінію міжкультурною комунікації, проте, зобов'язані розпочати розробку власної стратегії міжкультурного діалогу, котрий має встановити загальні перспективи, які могли б витлумачувати наміри, уточнювати збіги й розбіжності у психологічних настановах усіх його учасників. Однак, у сучасному світі, незважаючи на постійні заклики до ведення й розширення такого діалогу, відчувається його гострий дефіцит. Звісно, влада об'єктивних інтересів часто є сильнішою за бажання й здібність досягти розуміння, і діалог виявляється вбудованим у стратегії відстоювання інтересів і підкоряється їм. А відтак – існують об'єктивні обмеження на бажання зрозуміти й прийняти позицію опонента. Утім, тверде відстоювання цих інтересів впритул підводить людське співтовариство до планетарної кризи, бо протиріччя набувають надто гострого характеру.

Незважаючи на здебільшого добровільний характер тимчасової або постійної міграції, наявність чітких цілей і конкретних планів, матеріальну забезпеченість, досить високий соціальний статус й у цілому доброзичливе відношення місцевого населення, крос-культурна адаптація представників різних культур може