

**МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

До захисту допустити:
В.о. завідувача кафедри

 Ірина ДЕСНОВА
«18» листопада 2024р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ПРОЯВАМИ
ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО
М'ЯЗОВОГО СИНДРОМУ**

Кваліфікаційна робота

здобувача другого (магістерського)
рівня вищої освіти
освітньо-професійної програми
«Практична психологія»

Осіпова Віталія Миколайовича

Науковий керівник:

Шахов В.В., к.псих.н., доцент

Рецензент:

Яценко Тетяна Володимирівна,

кандидат психологічних наук, доцент,
завідувач кафедри педагогіки, психології
та дошкільної освіти Кременчуцької
гуманітарно-технологічної академії
імені А.С.Макаренка

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 95 А / відмінно

Секретар ЕК 

Ольга РЕБРО

«20» грудня 2024р.

Київ – 2024

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, ОДИНИЦЬ,
СИМВОЛІВ І СКОРОЧЕНЬ**

АКТГ	— адренокортикотропний гормон
ВООЗ	— Всесвітня організація охорони здоров'я
ВАШ	— візуальна аналогова шкала болю
ЕФТ	— емоційно-фокусована терапія
ІМС	— індекс м'язового напруження
КПТ	— когнітивно-поведінкова терапія
КТ	— комп'ютерна томографія
МКХ-11	— міжнародна класифікація хвороб 11 випуск
МТТ	— міофасціальні тригерні точки
МФБС	— міофасціальний больовий синдром
МРТ	— магнітно-резонансна томографія
НЛП	— нейро-лінгвістична психотерапія
ПМР	— прогресивна м'язова релаксація
ХБМС	— хронічний больовий м'язовий синдром
ХСМБ	— хронічний скелетно-м'язовий біль
ХНСМБ	— хронічний неспецифічний скелетно-м'язовий біль

ЗМІСТ

ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ПРОЦЕС РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	10
1.1. Теоретичні засади медико-психологічної реабілітації в системі охорони здоров'я України	10
1.2. Роль психологічних чинників у розвитку та перебігу хронічних більових м'язових синдромів.....	22
1.3. Сучасні підходи до психологічної допомоги в реабілітації хронічних більових м'язових синдромів	31
Висновки до розділу 1.....	41
РОЗДІЛ 2. МЕТА, ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	43
2.1. Мета, завдання та методи дослідження.....	43
2.2. Методи психологічної підтримки осіб з больовими м'язовими синдромами в рамках комплексної програми реабілітації	55
2.3. Комплексна модель психотерапії для осіб з больовими м'язовими синдромами в рамках програми реабілітації	63
2.4. Організація дослідження.....	68
Висновки до розділу 2.....	70
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ ОСІБ З ПРОЯВАМИ БОЛЬОВОГО М'ЯЗОВОГО СИНДРОМУ	72
3.1. Вплив комплексної програми реабілітації та психотерапевтичної допомоги на неврологічний статус і больовий синдром пацієнтів.....	72
3.2. Вплив комплексної програми реабілітації та психотерапевтичної допомоги на психологічний статус пацієнтів	78

	4
Висновки до розділу 3.....	84
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	90
ДОДАТКИ.....	100

ВСТУП

Актуальність теми. Біль є проблемою, з якою час від часу стикається кожна людина протягом свого життя. Це один з найпоширеніших симптомів широкого спектру захворювань, впливаючи на життя мільйонів людей по всьому світу. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кожна п'ята людина на планеті страждає від хронічного болю, пов'язаного з хворобами різних органів і систем організму.

Враховуючи значний вплив на фізичне та емоційне благополуччя людини, біль став предметом пильної уваги з боку спеціалістів з різних галузей. Його вивчають на стику медицини, психології, соціології, філософії та багатьох інших дисциплін. Важливим кроком у боротьбі з цією проблемою стало створення у 1973 році Міжнародної асоціації з вивчення болю (IASP). Ця організація об'єднує зусилля вчених, медиків, стоматологів, медсестер, фізіологів, фізіотерапевтів та інших фахівців, які працюють над питаннями терапії гострого та хронічного болю. Її діяльність спрямована на допомогу пацієнтам та сприяння розвитку науки про біль.

Хронічні больові м'язові синдроми (ХБМС) є однією з найпоширеніших причин звернень до лікарів первинної ланки та фахівців з фізичної реабілітації. Їх поширеність у світі сягає 20-30% спричиняючи значні економічні витрати. Хронічні м'язові болі значно знижують якість життя пацієнтів, обмежуючи їх фізичну активність, знижуючи працездатність і впливаючи на психоемоційний стан. Це призводить до соціальної ізоляції, депресії та тривожності.

Лікування хронічних больових синдромів вимагає значних фінансових витрат як з боку пацієнтів, так і з боку системи охорони здоров'я. Це включає витрати на діагностику, лікування, медикаменти, фізіотерапію та реабілітацію. ХБМС є складними для діагностики і лікування. Вони можуть мати різні причини, такі як травми, перенапруження, стрес або інші патологічні стани. Це вимагає комплексного підходу до діагностики та індивідуалізованого

плану лікування, який може включати медикаментозну терапію, фізіотерапію, психотерапію та інші методи.

Лікування хронічних м'язових болів часто потребує залучення спеціалістів з різних галузей медицини, таких як неврологія, ревматологія, фізіотерапія, психологія та інші. Це вимагає координації та співпраці між різними професіоналами, оскільки сьогодні вся система охорони здоров'я, надання медичних і реабілітаційних послуг переходить від вузькопрофільної моделі до мультидисциплінарної. І важливим фахівцем цієї системи стає також психолог (ЗУ «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» від 03.12.2020 № 1053-IX). Тому в лікувально-реабілітаційних закладах системи охорони здоров'я нашої держави з 2022 року офіційно було введено посади клінічного психолога та психотерапевта, як професіоналів з вищою немедичною освітою за спеціальністю «Психологія» (Наказ МОЗ України від 30.09.2022 № 1782).

Враховуючи вище викладене, наше дослідження буде спрямоване на розробку ефективної моделі психологічної допомоги, що сприятиме підвищенню ефективності реабілітаційних заходів та покращенню якості життя осіб з тривалими проявами больового м'язового синдрому.

Мета дослідження – вивчити вплив психологічних чинників на розвиток і перебіг хронічного болю в осіб з міофасціальними больовими синдромами та розробити й апробувати модель їх психологічної підтримки в рамках програми лікувально-реабілітаційних заходів.

Для досягнення цієї мети були поставлені **наступні завдання**:

1) проаналізувати стан проблеми в науково-методичній літературі щодо розвитку сучасної системи реабілітації медико-психологічного спрямування в сфері охорони здоров'я;

2) вивчити роль і вплив психологічних чинників на розвиток і перебіг хронічного болю в осіб з міофасціальними больовими синдромами та розглянути існуючі підходи до психологічної допомоги в процесі їх лікування та реабілітації;

3) визначити комплекс методів для оцінки клініко-психологічного статусу осіб з хронічними міофасціальними больовими синдромами та розробити ефективну модель їх психологічної підтримки в рамках програми лікувально-реабілітаційних заходів;

4) оцінити ефективність запропонованої моделі психологічної підтримки в комплексі реабілітаційних заходів для осіб з хронічними міофасціальними больовими синдромами на основі зібраних емпіричних даних в умовах профільного реабілітаційного центру поліклінічного типу.

Об'єкт дослідження – клініко-психологічний статус осіб, які страждають на хронічні м'язові больові синдроми (ХМБС).

Предмет дослідження – модель психологічної підтримки осіб з хронічними м'язовими больовими синдромами в рамках їх комплексної програми лікувально-реабілітаційних заходів.

Методи дослідження. Для вирішення поставлених завдань дослідження будуть використані наступні методи:

1) теоретичні: аналіз та узагальнення науково-методичної літератури;

2) методи визначення вираженості больового і м'язово-тонічного синдромів за: 10-ступінчатою візуально-аналоговою шкалою болю (ВАШ), опитувальником болю Мак-Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ), індексом вираженості м'язового синдрому (ІМС), 5-бальною шкалою оцінки неврологічної симптоматики;

3) спеціалізовані методи психологічної діагностики: визначення типу ставлення індивіда до хвороби за допомогою опитувальника ТОБОЛ; Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Giessen Subjective Complaints List, GBB); госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS);

4) методи математичної статистики. Обробка цифрових даних дослідження проводилась з визначенням: середньої арифметичної величини (М), помилки середньої арифметичної ($\pm mn$), значимості зміни показників (Р).

Наукова новизна одержаних результатів:

- розроблено та експериментально апробовано програму психотерапії в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з хронічними м'язовими больовими синдромами, яка продемонструвала свою ефективність.
- розширено теоретичні уявлення про роль і вплив психологічних чинників на розвиток і перебіг хронічного болю в осіб з м'язовими больовими синдромами та нові підходи до психологічної допомоги в процесі їх лікування та реабілітації.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в наступному:

- розроблено протокол оцінки клініко-психологічного статусу осіб з хронічними м'язовими больовими синдромами, що дозволяє уніфікувати оцінювання вираженості фізичної та психосоціальної дизадаптації хворих цієї категорії і визначати ефективність проведених заходів медико-психологічної реабілітації;
- запропоновані методи клініко-реабілітаційного обстеження, використані в дослідженні, не потребують спеціальних умов та значних витрат на обладнання, що дозволяє широко застосовувати їх в лікувально-реабілітаційних закладах;
- запропонована модель психотерапії для осіб з хронічними м'язовими больовими синдромами може бути інтегрована в існуючі програми реабілітації у профільних реабілітаційних центрах поліклінічного типу, що сприятиме комплексному підходу до лікування та реабілітації осіб з хронічними м'язовими больовими синдромами;
- практичний ефект роботи підтверджено актом впровадження розробленої програми психотерапії в практику проведення реабілітаційних заходів для пацієнтів з хронічними м'язовими больовими синдромами в Центрі реабілітації «POSTAVA» м. Чернівці.

Апробація результатів дослідження. Матеріали дослідження були оприлюднені в доповідях на наукових конференціях, а саме: Міжнародній

науково-практичній конференції «Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни: міжнародний досвід та українські реалії», 30 квітня, 2024 року (Київ, Україна); Міжнародній науково-практичній конференції «Наукові дослідження та методи їх проведення: світовий досвід та вітчизняні реалії», 04 жовтня, 2024 року (Відень, Австрія).

Публікації. За результатами дослідження одноосібно опубліковано 3 наукові праці:

1. Осіпов В. Програма підготовки клінічних психологів у контексті реформування сфери охорони здоров'я. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». 2024. № 1. С. 125-133.

2. Осіпов В. Медико-психологічна реабілітація в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку в контексті реформи охорони здоров'я. ГРААЛЬ НАУКИ: міжнародний науковий журнал. 2024. № 44. С. 142-149.

3. Осіпов В. Психологічні чинники розвитку хронічного болю. Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни: міжнародний досвід та українські реалії: зб. матеріалів міжнар. науково-практ. конф., м. Київ, 01 травня 2024 р. 2024. С. 268-277.

Структура та обсяг роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел (84 джерела), додатків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА ПРОЦЕС РЕАБІЛІТАЦІЇ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.1. Теоретичні засади медико-психологічної реабілітації в системі охорони здоров'я України

У сучасному світі, який переживає масштабні соціальні зміни та інтенсивний потік різноманітної інформації, люди часто опиняються під величезним емоційним тиском. Ці обставини сприяють формуванню стресових станів, які при тривалому впливі можуть перерости в хронічний стрес. Таке тривале негативне навантаження веде до психологічного дискомфорту через постійне незадоволення основних людських потреб, що безпосередньо впливає на соціальну поведінку індивіда [26].

Загострення потреби в безпеці стає відчутним в умовах соціальної нестабільності та радикальних змін у суспільстві. Це, у свою чергу, веде до порушення психологічної стабільності, що проявляється тривогами, страхом і навіть посттравматичним стресовим розладом [30, 32]. Відповідно, актуальним стає надання медико-психологічної допомоги, зорієнтованої на адресування та вирішення цих проблем.

На тлі реформування системи охорони здоров'я в Україні [9, 27] особливого значення набуває розробка та впровадження реабілітаційних програм, які базуються на медико-психологічному підході [33]. Незважаючи на значні наукові досягнення та законодавчі ініціативи, існує нагальна потреба в подальшому розвитку теоретичних та методологічних основ реабілітаційних практик, спрямованих на збереження та відновлення ментального здоров'я нації, зокрема в умовах постійних соціальних викликів [26, 30].

Здоров'я людини є не лише безцінним скарбом, а й критично важливою передумовою економічного процвітання будь-якої країни та одним із

основних показників якості життя її населення. Відновлення здоров'я значною мірою залежить від ефективних реабілітаційних заходів, які є невід'ємною частиною надання комплексу медичних послуг, включаючи оздоровлення, профілактику, лікування та паліативну допомогу [47].

Реабілітація охоплює широкий спектр різних заходів: медичні, психологічні, фізіотерапевтичні, соціальні, педагогічні, юридичні та професійні, які спрямовані на відновлення порушених функцій організму та фізичної працездатності людини. Основна мета реабілітаційних заходів полягає у якнайшвидшому поверненні осіб, що хворіють, до активного соціального життя, що відповідає економічним та соціальним пріоритетам ефективності процесу реабілітації [9, 47].

Розробка та удосконалення ефективної системи реабілітації, зокрема з акцентом на психічне здоров'я, є одним із найважливіших завдань не тільки в галузі охорони здоров'я, а й у контексті державної політики в цілому [1]. Нові виклики, пов'язані з інформаційно-психологічною безпекою, включаючи воєнні дії, соціально-економічні кризи та наслідки інформаційно-психологічного впливу, актуалізують завдання для вчених, законодавців, урядовців та спільнот, які вимагають негайного вирішення [26, 47].

Центральною ідеєю цього дослідження є психічне благополуччя, яке визначається як здатність людини гнучко реагувати на постійно мінливі умови життя. Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічне здоров'я – це не просто відсутність психічного розладу, це стан благополуччя, в якому кожна людина зможе реалізувати свій потенціал, справлятися з життєвими стресами, ефективно працювати і вносити вклад у життя своєї спільноти [84]. Отже, психічно здорова людина – це особа, яка немає симптомів та синдромів психічного розладу, соціально адаптована та задоволена життям.

Сучасне розуміння терміну «психічне здоров'я» включає не тільки відсутність психічних розладів у індивіда, але й стан гармонії та рівноваги між особистістю та її соціальним та природним оточенням. Це також стосується

нааявності психічних резервів, які допомагають особі впоратися зі стресами та викликами в умовах надзвичайної ситуації [4].

Психічне здоров'я та благополуччя є вирішальними для високої якості життя, забезпечуючи людям відчуття повноцінності й значущості їхнього існування, що дозволяє їм бути активними й творчими членами суспільства. Психічне здоров'я служить основою для загального добробуту і ефективного функціонування людини та спільноти, сприяючи також повному фізичному, інтелектуальному та емоційному розвитку. Тобто, здоровий психічний стан є ключовим чинником для соціальної єдності, продуктивності праці, громадського спокою і стабільності, а також зростання соціального капіталу та економічного розвитку суспільства [4].

Наразі в українському законодавстві відсутній термін «психічне здоров'я». Закон України «Про психіатричну допомогу» [8], прийнятий 22 лютого 2000 року, фокусується лише на комплексі спеціальних заходів, що включають обстеження, профілактику, діагностику, лікування, нагляд, догляд та реабілітацію осіб із психічними розладами, зокрема викликаними вживанням психоактивних речовин. Цей Закон охоплює важливий спектр реабілітаційних заходів, але він спрямований на допомогу специфічному контингенту – особам з психічними розладами.

В проєкті «Психічне здоров'я для України» до 2020 року [3, 84], Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендує розширити законодавче регулювання у сфері психічного здоров'я. Підкреслюється важливість мультидисциплінарного підходу, міжвідомчої взаємодії та координації зусиль між різними інституціями, що працюють у цій сфері. Послуги мають включати діагностику стану психічного здоров'я, профілактику та діагностику психічних розладів, лікування, медико-психологічну реабілітацію та повинні надаватись на різних рівнях: від закладів довгострокового перебування й спеціалізованих послуг, до послуг на первинному рівні та самопомоги на рівні громад.

Цей підхід відображає необхідність розширення фокусу законодавства з лікування психічних розладів до загальної підтримки та зміцнення психічного здоров'я населення, включаючи профілактику та раннє втручання, що може сприяти кращій психічній резилієнтності та загальному благополуччю громадян.

«Концепція розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» [43], схвалена Кабінетом Міністрів України 27 грудня 2017 року, спрямована на створення єдиної та ефективної системи охорони психічного здоров'я. Її основною метою є покращення якості життя громадян та дотримання їхніх прав і свобод. Цей документ став першим комплексним політичним рішенням, що визначає напрямки державної політики та законодавчих ініціатив у цій сфері. В березні 2018 року Міністерство охорони здоров'я спільно з експертами та представниками громадськості розробили проєкт плану заходів для реалізації цієї концепції, який передбачав п'ять основних напрямків діяльності: забезпечення доступності та якості послуг з охорони психічного здоров'я; захист прав та свобод осіб з психічними розладами; профілактика психічних розладів та сприяння психічному здоров'ю; розвиток наукових досліджень у сфері охорони психічного здоров'я; залучення громадськості до процесу прийняття рішень у сфері охорони психічного здоров'я. Однак, цей план не був затверджений.

З кінця 2020 року почалася розробка нового плану дій, який вже стосувався періоду з 2021 по 2023 роки. Цей план був затверджений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 6 жовтня 2021 року [44], який включає 14 основних напрямків: удосконалення планування та координації у сфері охорони психічного здоров'я; приведення законодавства, що регулює питання щодо надання послуг з охорони психічного здоров'я, у відповідність з актами міжнародного права з питань прав людини; забезпечення впровадження положень Конвенції про права осіб з інвалідністю щодо прав осіб, які страждають на психічні розлади, зокрема осіб з інтелектуальними порушеннями; впровадження міжвідомчої системи збору і обробки даних

щодо надавачів послуг з охорони психічного здоров'я; впровадження програм збереження психічного здоров'я для надавачів послуг з охорони психічного здоров'я; забезпечення надання інтегрованої та доступної допомоги з охорони психічного здоров'я; посилення соціального захисту та захисту прав осіб із стійкими інтелектуальними та/або психічними розладами, які за станом здоров'я потребують стороннього догляду; підвищення рівня та поліпшення якості надання послуг з охорони психічного здоров'я; підвищення рівня надання послуг з охорони психічного здоров'я дітям та підліткам з психічними розладами; підвищення рівня надання допомоги особам з психічними розладами, які вчинили кримінальні правопорушення; підвищення рівня популяризації психічного здоров'я та профілактики психічних розладів; забезпечення профілактики психічних розладів у дітей та підлітків; забезпечення профілактики психічних розладів у дорослих (в тому числі осіб похилого віку); запобігання самогубствам та самоушкодженням.

Затвердження цього плану [44] на 2021-2023 роки стало важливим кроком у реалізації стратегічних цілей Концепції розвитку охорони психічного здоров'я [43], що дозволить систематично підходити до вирішення актуальних проблем у цій важливій сфері.

Отже, реформа системи охорони психічного здоров'я в Україні, хоч і триває, але на жаль, просувається повільно. Її мета – створити цілісну та ефективну структуру, що відповідатиме міжнародним стандартам, і, зрештою, покращити психологічне благополуччя населення. З огляду на те, що різні соціальні проблеми загрожують психічному здоров'ю нації, важливість превентивних заходів стає ще більш очевидною. Проте, на жаль, вони часто не дають очікуваного результату, пробуксовуючи на місці. У зв'язку з цим зростає роль системи реабілітації, яка має забезпечувати ефективну підтримку та відновлення осіб з психічними розладами.

Комплексна система реабілітації [53] має за мету відновлення та покращення якості життя людей, які зазнали певних медичних, соціальних або психологічних втрат. Її діяльність виходить за рамки простої медичної

реабілітації, що зосереджена на відновленні фізичних функцій та здоров'я. Комплексний підхід охоплює також психологічну, соціальну та педагогічну складові.

Медична складова системи реабілітації допомагає визначити межі функціональних можливостей людини, необхідні для її повернення до повсякденного життя. Однак, у випадку з людьми, які мають порушення психічного здоров'я, реабілітація не може обмежуватися лише медичним відновленням [53]. Її завданням є комплексне відновлення: відновлення працездатності: людина має не лише одужати, але й повернутися до трудової діяльності, якщо це можливо; відновлення психологічного благополуччя: важливо допомогти людині подолати психологічні травми, відновити душевний стан та емоційну рівновагу; відновлення гідності: реабілітація має сприяти тому, щоб людина знову відчула себе цінною та повноцінною особистістю; відновлення соціальної самостійності: важливо допомогти людині повернутися до нормального життя в суспільстві, спілкуватися з іншими людьми та виконувати соціальні ролі; відновлення самоактуалізації: реабілітація має допомогти людині розкрити свій потенціал, знайти сенс життя та реалізувати свої цілі; сприяти мотивації до здорового способу життя: важливо навчити людину дбати про своє фізичне та психічне здоров'я, вести здоровий спосіб життя.

Оскільки психологічне благополуччя є невід'ємною складовою якості життя, логічним кроком стає залучення до реабілітаційних заходів методів спеціальної (корекційної) психології. У цьому контексті реабілітація повинна включати комплекс медико-психологічних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій та станів, а також на покращення особистісного та соціально-трудового статусу осіб, що зазнали психічних захворювань або психологічних травм [26, 33].

У 2017 році Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оприлюднила рекомендації «Реабілітація в системі охорони здоров'я» [79], чітко окресливши

сім базових принципів, які мали б лягти в основу національної системи реабілітації. В Україні, відповідно до цих рекомендацій, розпочалась робота над законопроектом, який би чітко регламентував цю сферу. Першим кроком став проєкт Закону «Про систему реабілітації в Україні» [34], представлений для публічного обговорення у жовтні 2017 року. Він охоплював широкий спектр видів реабілітації: фізичну та медичну, психологічну, професійну, соціальну та рекреаційно-спортивну.

Згідно з проєктом, психологічна реабілітація могла бути як самостійною програмою, так і складовою частиною індивідуальної програми реабілітації, що включала також медичну та фізичну реабілітацію. Цей комплексний підхід відповідав рекомендаціям ВООЗ та підкреслював важливість психологічного благополуччя для загального оздоровлення людини.

Однак, у червні 2020 року на розгляд Верховної Ради було винесено інший законопроект «Про реабілітацію осіб з обмеженнями життєдіяльності». Після прийняття у грудні 2020 року та введення в дію 30 червня 2021 року, він став відомим як закон України [9] «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Незважаючи на гучну назву, при детальному аналізі стає очевидним, що цей закон має вузькоспеціалізований характер. Про це свідчать дебати щодо його назви, де окрім вищезгаданих варіантів, пропонувались й інші, чітко окреслюючи медичну спрямованість реабілітації. Також саме визначення поняття «реабілітація» зазнало значних змін, його звузили до медичного аспекту, що суперечить рекомендаціям ВООЗ та несе ризик недооцінювання психологічної та соціальної складових реабілітаційного процесу.

Отже, шлях від світових рекомендацій до українських законів про реабілітацію виявився тернистим. Замість комплексної системи, що охоплює всі аспекти відновлення людини, наразі маємо закон, який фокусується лише на медичній складовій. Це потребує подальших зусиль з боку фахівців та громадськості, щоб привести українське законодавство у відповідність до

світових стандартів та гарантувати доступ до якісної та комплексної реабілітації для всіх, хто її потребує.

При детальному аналізі тексту Закону України [9] «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» стає зрозумілим, що в ньому існують суттєві прогалини і недоліки. Саме визначення поняття «реабілітація» викликає певні запитання. В останній версії закону воно представлено як «комплекс заходів для особи», але без чіткої мети чи опису процесу динамічного розвитку. Також, формулювання «у взаємодії з її середовищем» надто вузьке і не включає соціальну інтеграцію та незалежність особи, що є важливими аспектами успішної реабілітації. Додатково, закон вводить поняття «стан здоров'я» як загальний показник для хвороб або травм, що ще раз підкреслює медичну спрямованість закону, звужуючи його до відновлення лише фізичних функцій.

Ще одним значним недоліком закону є відсутність поняття «психологічна реабілітація», яка є життєво важливою для багатьох категорій населення. Замість цього, документ містить термін «психологічна допомога в реабілітації», яка включає методи психотерапії, консультування та надання первинної психологічної допомоги, і має виконуватися клінічним психологом або психотерапевтом у складі мультидисциплінарної команди [51].

В тексті закону відчувається зосередженість передусім на фізичній складовій реабілітації, що підтверджується змістом статті 10 закону [9], де лікар фізичної та реабілітаційної медицини має пріоритетну роль перед психологом, який наразі згадується в тексті цієї статті закону на шостому місці, хоча мав би бути значно вище у цьому списку членів реабілітаційної команди, оскільки реабілітація має бути спрямована не лише на фізичне, але й на психологічне, соціальне та духовне відновлення людини.

Варто також зазначити, що сам термін «реабілітаційна допомога», який використовується в законі, не зовсім відповідає філософії реабілітації. Більш доречним було б використовувати термін «реабілітація», який підкреслює активну участь людини в процесі відновлення, а не лише пасивне отримання

допомоги. Однак, незважаючи на недоліки, закон [9] «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» можна розглядати як певний крок уперед на шляху до створення дієвої системи реабілітації в Україні.

Система медико-психологічної реабілітації, що займається відновленням психічного здоров'я осіб, які зіткнулись із складнощами внаслідок різноманітних соціальних обставин, вимагає інтеграції медичних і психологічних послуг. Це потребує об'єднання понять «послуги у сфері психічного здоров'я» та «реабілітаційні послуги», адже відновлення психічного благополуччя та соціальної інтеграції неможливе без комплексного підходу.

Для цього необхідна розробка й прийняття окремого базового законодавчого акту, або внесення доповнень до «Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» [43]. За основу можна взяти п. 4 ст. 8 закону [9] «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я», який чітко окреслює мету реабілітаційної стратегії: «досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності».

Цей підхід передбачає використання інтегрованих методів, які: оптимізують участь людини у процесі реабілітації; допомагають їй розбудувати та зміцнити власні ресурси; забезпечують сприятливе навколишнє середовище; залучають людину до активної взаємодії з цим середовищем. Тільки такий комплексний підхід до реабілітації може гарантувати дійсне відновлення психічного здоров'я та соціальної інтеграції людей, які зазнали шкоди своєму здоров'ю.

Військова агресія, розпочата росією проти України, призвела до значних медико-демографічних наслідків, що вимагають негайного та ефективного реагування. Відповідно до даних МОЗ України, війна спричинила масштабну потребу в психологічній підтримці населення, близько 27 мільйонів громадян нашої держави потребують професійної допомоги у цій сфері [30]. Очікується, що після війни, кожний п'ятий українець матиме проблеми з психічним

здоров'ям. А це означає, що зростає потреба у висококваліфікованих фахівцях, що надають саме професійну психологічну допомогу, мають відповідну освіту, володіють відповідними фаховими знаннями та навичками. До таких фахівців відносяться клінічні психологи та психотерапевти [24, 35].

В рамках світової практики професія клінічного психолога вже давно утвердилась як важлива складова системи охорони здоров'я. В Україні ж цей напрямок лише розпочинає свій шлях до визнання та розвитку [45]. У незалежній Україні, кваліфікацію психолога, отримують випускники педагогічних закладів вищої освіти і в подальшому здійснюють свою професійну діяльність, працюючи переважно в закладах освіти, таких як школи, дошкільні установи та позашкільні організації, не маючи при цьому прямого зв'язку з психіатричною допомогою населенню і продовжують цю роботу й надалі [24].

Згідно з наказом Міністерства соціальної політики України № 518 від 29 березня 2017 року [36] «Про затвердження Випуску 80 “Соціальні послуги” Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників», основним завданням та обов'язком практичного психолога є професійна діяльність, спрямована на надання спеціалізованих послуг з підтримки здорового психічного, фізичного та соціального розвитку дітей, підлітків та молоді в контексті їхнього виховання та освіти. До того моменту, поки країну не зачепали воєнні дії, ця професійна сфера залишалася малопомітною.

Наразі, в умовах війни, що триває в Україні, та її впливу на психічне здоров'я різних верств населення (військовослужбовці, переселенці, діти, люди з вадами психічного здоров'я), важливість та ефективність професійної підготовки фахівців саме для сфери охорони психічного здоров'я в нашій країні зростає. Але за словами професора, д.мед.н. І.Я.Пінчук [29], екс-головного спеціаліста МОЗ з психіатрії, є те, що зараз в країні панує хаос із «психологічним забезпеченням», існує істотна потреба в компетентних та відповідальних спеціалістах, а «існуючий досвід впровадження спеціальності «лікар-психолог» слід визнати неопозитивним». А вирішення цих питань автор

бачить у об'єднанні спеціальностей «Психологія» і «Медична психологія» в одну спеціальність «Психологія» на рівні бакалавра та магістра з впровадженням спеціалізацій «Клінічна психологія» та «Психотерапія».

Відповідно до Страсбурзької декларації [46], міжнародна спільнота узгодила тлумачення професії психотерапевта ще в 1990 році. Не важливо, яку психологічну освіту отримала людина – чи то гуманітарна, чи медична, ключовим є наявність відповідних знань у сфері психології та психіатрії, а також здобуття необхідних практичних навичок і кваліфікації, що дозволяє здійснювати професійну діяльність психотерапевта. Але пострадянська система, яка залишилася нам у спадок до сих пір конфліктує з міжнародними стандартами, а ми залишаємося заручниками її культурних та законодавчих засад. Останні базуються на матеріалістичній філософії, тобто психотерапія – це виключно розділ медицини, а будь-яке нематеріалістичне розуміння світу вважається вигадкою [24].

На початку 21-го століття було прийнято рішення про впровадження нової спеціальності в Україні – «Медична психологія» з кваліфікацією «Лікар-психолог» [24, 55]. Даний спеціаліст отримує освіту в медичному університеті протягом 6 років навчання за напрямом «Охорона здоров'я» та є лікарем по суті. Такі фахівці мають компетенцію призначати медикаментозне лікування та часто співпрацюють з іншими лікарями, особливо у випадках, коли фізичні симптоми мають психосоматичне походження. Вони здатні лікувати ряд клінічних розладів, включаючи гострі панічні атаки, депресивний розлад, а також інсомнію, спричинену стресом і втомою. Проте, стикаючись з психологічними травмами, як-от горе через втрату близької людини або розлучення, лікар-психолог може виявитися не настільки ефективним, оскільки їхня підготовка не завжди включає методики роботи з такими станами. Це пов'язано з тим, що основна їхня кваліфікація зосереджена на діагностиці та лікуванні в рамках медичної сфери [24].

Це стало поштовхом до офіційного запровадження у сфері охорони здоров'я нових посад професіоналів із вищою немедичною освітою

«Клінічний психолог» та «Психотерапевт» з метою забезпечення ефективності надання мультидисциплінарної паліативної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я [35] (Наказ МОЗ від 30.09.2022 р. № 1782). Наказом визначені також освітні вимоги до осіб, які можуть займати зазначені посади, а саме: «До роботи на посаді «клінічний психолог» допускаються особи, які здобули вищу освіту другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Психологія», із умовою пройти спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія»; «До роботи на посаді «Психотерапевт» допускаються особи, які здобули вищу освіту другого (магістерського) рівня за спеціальністю «Психологія» та пройшли спеціалізацію за фахом «Клінічна психологія» з наступною спеціалізацією за фахом «Психотерапія» [51].

За даними МОЗ, з початку війни в Україні до психологів звернулося понад 650 тисяч людей для отримання професійної допомоги, а загальна потреба оцінюється приблизно в 15 мільйонів осіб [30, 52]. За рамками медичної системи також працюють численні психологи в освітніх установах, соціальних службах, в армії та правоохоронних органах. Ринок психологічних послуг значно розширився, але разом з кваліфікованими спеціалістами з'явилися й некомпетентні особи, які пропонують сумнівні послуги через соціальні мережі. У 2023 році у Верховній Раді України було зареєстровано два законопроекти, які регулюють діяльність психологів: проєкт закону 9433 [38], що визначає правила надання психологічної допомоги, та проєкт закону 9434 [39], який вводить відповідальність за надання психологічних послуг без відповідної кваліфікації та поширення недостовірної інформації про освіту надавача послуг.

Проєкт закону 9433 [38] встановлює чіткі рамки для психологічної допомоги, визначаючи її як конкретний вид діяльності, спрямований на профілактику або лікування розладів психіки та поведінки, подолання складних життєвих обставин чи вирішення інших проблем психічного здоров'я. Законопроект також чітко описує форми надання психологічної допомоги, такі як: психотерапія, психологічне консультування, перша

психологічна допомога, кризове психологічне консультування, психологічне втручання низької інтенсивності та психологічна допомога в реабілітації у сфері охорони здоров'я, яка надається відповідно до вимог Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [9].

Психотерапію, психологічну консультацію та інші форми психологічної допомоги мають право надавати психологи, які пройшли, крім базової освіти зі спеціальності, спеціалізоване додаткове навчання. Це навчання повинно відповідати стандартам та програмам міжнародних чи визнаних національних організацій, що підтверджується наявністю відповідного сертифіката або реєстрацією в акредитованих реєстрах цих організацій.

Законопроект 9434 [39] також уводить адміністративну та кримінальну відповідальність за порушення законодавчих вимог щодо надання психологічної допомоги, а також за розповсюдження неправдивої інформації про наявність медичної освіти чи спеціальності, що вводить в оману стосовно права надавати таку допомогу.

Крім встановлення відповідальності, ці законопроекти передбачають також заходи для стимулювання постійного професійного розвитку психологів і підсилення ролі професійних психологічних асоціацій.

1.2. Роль психологічних чинників у розвитку та перебігу хронічних больових м'язових синдромів

Хронічний біль – це не просто медична проблема, а комплексний стан, який впливає на якість життя людини, її психічне здоров'я, соціальну активність та працездатність. Розуміння психологічних аспектів, що сприяють розвитку та підтримці хронічного болю, може відігравати ключову роль у розробці ефективних стратегій лікування та реабілітації [23, 28, 54, 56].

Феномен болю є складним і багатогранним, а його аналіз з різних наукових точок зору відкриває цілісне уявлення про це явище. Вивчення цього феномену потребує міждисциплінарної співпраці, яка охоплює дослідження

біологічних, психологічних, соціальних та філософських аспектів болю, кожен із яких вносить свій вклад у розуміння його природи і функції [23, 56].

З біологічної точки зору, біль є важливим захисним механізмом, що інформує організм про потенційну або фактичну шкоду структурам тіла людини. Біль виникає, коли спеціалізовані нервові рецептори (ноцицептори) активуються і генерують нервові сигнали, які передаються до центральної нервової системи. Ці сигнали передаються через периферичні нерви до спинного мозку, а звідти – до головного мозку [23, 68].

Тонкі мієлінізовані волокна передають гострий локалізований біль, а немієлінізовані волокна відповідають за дифузний, тупий біль [68]. Мозок обробляє всі сигнали болю через таламус, який діє як головний комутаційний вузол для обробки сигналів болю та інших сенсорних сигналів; через соматосенсорну кору, де відбувається ідентифікація болю; через лімбічну систему, яка визначає емоційну реакцію на біль. Переживання болю це суб'єктивний процес на який можуть впливати багато різних факторів, включаючи емоційний стан та попередній досвід [23, 69].

Мозок може модифікувати відчуття болю через процес, відомий як модуляція болю. Це означає, що певні мозкові області можуть відправляти сигнали назад до спинного мозку, щоб підсилити або зменшити передачу болю. Система ендогенних опіоїдів, такі як ендорфіни, відіграють ключову роль у природному зменшенні болю [23, 66].

Пошкодження центральної або периферичної нервової системи може викликати хронічний біль, у цьому випадку він втрачає свою первинну захисну роль і перетворюється на окреме захворювання, викликаючи ряд фізичних, емоційних та соціальних викликів. Нервові клітини в цьому стані продовжують надсилати сигнали болю до мозку, навіть коли причина болю вже не існує. Це явище призводить до формування так званої «пам'яті болю» в клітинах тіла. Отже, хронічний біль може з'явитися через неможливість усунення причинного тригера або коли біль стає хворобою з власним правом існування [23, 25].

Психологічні аспекти болю охоплюють широкий спектр емоційних та когнітивних процесів, які впливають на сприйняття болю, його інтенсивність та тривалість. Емоції дуже сильно впливають на сприйняття болю. Стрес, тривога та депресія можуть посилити відчуття болю, людина в цьому стані стає більш чутливою до больових сигналів. З іншого боку, позитивні емоції та психорелаксація можуть знизити сприйняття болю. Фокусування уваги на відчутті болю може також збільшити його інтенсивність. Люди, які постійно концентруються на своєму болю або очікують його появи, починають відчувати біль сильніше. Навпаки, відволікання уваги або зосередження її на інших завданнях може допомогти зменшити больові відчуття [23, 28].

Попередній досвід переживання болю також впливає на те, як людина починає сприймати повторну появу больового синдрому, тобто формуються відповідні реакції на біль, включаючи розвиток страху й тривожності, що пов'язано з певними подразниками або ситуаціями. Культурні традиції та соціальні норми і вірування теж значно впливають на те, як людина сприймає біль, на готовність її висловлювати біль, а також на стратегії його подолання [23, 56].

Стрес є значним фактором, який може не тільки сприяти розвитку хронічного болю, але і підтримувати його на високому рівні, впливаючи на біологічні процеси в організмі, психологічний стан індивіда, а також на його соціальне життя. Стрес спричиняє викид адренкортикотропного гормону (АКТГ) з гіпофіза, який стимулює вироблення кортизолу наднирниками. Кортизол, відомий як «гормон стресу», може посилювати відчуття болю, збільшуючи чутливість до болю (гіпералгезія) або спричиняючи біль там, де зазвичай його не мало бути (алодинія). Стрес також може порушити баланс нейротрансмітерів, таких як серотонін і норадреналін, що відіграють важливу роль у модуляції болю, сприяючи його хронізації. Довготривалий стрес також може сприяти запальним процесам в організмі, які пов'язані з хронічним болем [23, 77].

Тривога часто супроводжує хронічний біль, може як передувати йому, так і бути його наслідком. Люди з високим рівнем тривоги часто мають підвищену чутливість до загроз, включаючи біль. Це може призвести до посилення сенсорних сигналів болю, що збільшує їх сприйняття та інтенсивність. Тривога також стимулює симпатичну нервову систему, що може посилити спазми мускулатури тіла, порушити сон і підвищити чутливість до болю. Тривога може призвести до гіподинамії через страх посилення болю, що в довгостроковій перспективі призводить до ослаблення м'язів і зменшення толерантності до болю. Тривожні розлади можуть спонукати людину до соціальної ізоляції, що, в свою чергу, може підсилити відчуття болю через відсутність сторонньої підтримки та засобів для його копінгу [10, 15, 23].

Депресія часто спостерігається у людей з хронічним болем і може як посилювати відчуття болю, так і робити людину більш вразливою до розвитку хронічного болю. Депресія може впливати на фізичне здоров'я через біологічні механізми, такі як зміна рівня нейротрансмітерів, що сприяє порушенню обробки сигналів болю в організмі. Депресія може призвести до негативних когнітивних змін, таких як песимістичне мислення, занижена самооцінка та відчуття безпорадності, що може збільшити сприйняття болю та ускладнити його копінг. Зниження активності, погіршення харчування та порушення сну, що часто спостерігаються при депресії, можуть також сприяти підтримці та посиленню відчуття болю [17, 18, 23, 42].

Соматизація [2] є процесом, при якому пацієнт відчуває і говорить про свої фізичні симптоми болю, які важко діагностувати та лікувати, оскільки вони не мають явної медичної причини. Соматизація може спричинити розвиток негативних когнітивних патернів, таких як катастрофізація або надмірна увага до болю, що може ускладнити його сприйняття і зробити його більш інтенсивним та стійким. Соматизація може посилювати тривогу та депресію, які в свою чергу можуть посилити відчуття болю і сприяти його хронізації [23].

Емоційне неблагополуччя є станом, при якому індивід відчуває негативні емоції та настрої, такі як роздратування, гнів, страх, смуток, розпач, відчуття безпорадності і т.д., що може тривати довгий час і впливати на виникнення та підтримку хронічного болю на основі тісного взаємозв'язку між фізичними та психічними аспектами здоров'я. Люди, які переживають емоційне неблагополуччя, схильні до негативних думок про свій біль (перебільшення серйозності болю), безпорадність (віра в те, що нічого не можна зробити для полегшення болю). Емоційне неблагополуччя діє як тригер, який постійно активізує та посилює сигнали болю, а також викликає фізіологічні реакції в організмі, спазми або зміни в мікроциркуляції тканин тіла, що сприяє посиленню больового відчуття та зменшення ефективності механізмів копінгу [23].

Розуміння взаємозв'язків між цими психологічними чинниками та хронічним болем є важливим для розробки ефективних терапевтичних стратегій, що включають як медикаментозну терапію, так і психотерапевтичні підходи, спрямовані на покращення якості життя пацієнтів.

У 11-му перегляді Міжнародної класифікації хвороб [71, 76] (МКХ-11), ВООЗ виділила хронічний біль окремою діагностичною категорією, яка поділяється на первинний та вторинний біль. Вторинний хронічний біль викликається конкретним захворюванням, наприклад, онкологією або артритом, тоді як первинний біль не має чіткої причини, як, наприклад, хронічний скелетно-м'язовий біль (ХСМБ), який супроводжує патології опорно-рухового апарату. Це стало не просто формальним кроком, а визнанням того, що мільйони людей по всьому світу живуть з болем, який не лише псує їм життя, але й стає тягарем для економіки всієї країни [78].

Саме ХСМБ є однією з найпоширеніших причин болю та інвалідності у світі. Остеоартрит (дегенеративне захворювання суглобів) і біль у спині є найпоширенішими причинами ХСМБ [31, 64]. З огляду на старіння населення глобально, прогнозується зростання цих проблем. Наслідки ХСМБ жахливі: зниження якості життя, біль заважає людям працювати, займатися спортом,

спілкуватися з близькими, насолоджуватися життям; інвалідність, мільйони людей втрачають працездатність через ХСМБ; економічні витрати на лікування ХСМБ, що обходиться європейським країнам мільярди доларів щороку [78].

ХСМБ – це не просто неприємні відчуття. Це біль, який триває або повторюється понад три місяці, значно знижує працездатність та емоційний стан людини [12, 74]. Раніше класифікація ХСМБ ґрунтувалася на анатомічній локалізації болю та фокусувалася на локальних ушкодженнях, не враховуючи основні механізми болю. Новий перегляд МКХ-11 [71] запроваджує поняття хронічного первинного та вторинного болю, звертаючи увагу не лише на анатомо-біологічні причини болю, але й на психологічні та соціальні фактори, які значною мірою впливають на виникнення та підтримку ХСМБ. Це дозволить лікарям краще розуміти причини болю у пацієнтів та підбирати більш ефективні методи лікування.

Біль у скелетно-м'язовій системі залишається однією з найпоширеніших проблем, з якою люди стикаються протягом життя. Найчастіше його причиною є неспецифічні ураження, тобто ті, чітка етіологія яких невизначена. Традиційний термін «остеоартрит» до сих пір використовується для опису таких уражень, але зараз ревматологи вважають його застарілим. Неврологи ж відмовилися від терміна «остеохондроз», оскільки він абсолютно не дає точної картини захворювання. Натомість, фахівці віддають перевагу термінам «неспецифічний біль у спині» або «скелетно-м'язовий біль». Це пов'язано з тим, що ступінь дегенеративних змін не завжди відповідає інтенсивності болю, а також з тим, що часто неможливо визначити чіткі причини болю [61].

Важливу роль у виникненні скелетно-м'язового болю відіграють мікротравми та запалення. Також не можна ігнорувати психосоціальні фактори [82], які можуть значно посилювати больовий синдром. Особливої уваги заслуговує роль м'язового фактора, який традиційно розглядається в контексті міофасціального болевого синдрому (МФБС) [83]. Більшість людей хоча б раз у житті відчували м'язовий біль після травми, фізичного

перенавантаження або розтягнення. Зазвичай такий біль зникає протягом декількох днів чи тижнів. Однак, у деяких випадках біль стає хронічним і може поширюватися на інші ділянки тіла [80].

Міофасціальний комплекс – це не просто м'язи. Це складна система, що складається з м'язової тканини, здатної до скорочення, та сполучної тканини (фасції). Фасція виконує багато важливих функцій: захищає м'язи і утворює «м'язовий чохол», який оберігає м'язи від пошкоджень; організує м'язи, оскільки фасція проникає в глиб м'язів, формуючи орієнтацію м'язових, нервових та судинних елементів; з'єднує м'язи з кістками, утворюючи зв'язки в місцях прикріплення м'язів до кісток [11].

Інервація м'язової та суглобової системи відрізняється від іннервації шкіри. М'язи та суглоби іннервуються чутливими С-волокнами, а також адренергічними та холінергічними симпатичними нервовими волокнами. Ці нервові волокна утворюють трьохмірну сітку з різною щільністю. М'язові ноцицептори – це вільні нервові закінчення, які розташовані не в самих м'язових волокнах, а в стінках артеріол та сполучній тканині. Вони активуються хімічними, механічними та термічними подразниками. Більшість з них мають високий поріг стимуляції і не реагують на фізіологічні рухи або розтягнення м'язів [62].

Деякі ноцицептори активуються, коли тонічні м'язові скорочення стають ішемічними, тобто перевищують максимальне м'язове навантаження (так звані ішемічні скорочення). М'язовий біль виникає при подразненні різних класів рецепторів (капсаїцинових, пуринергічних, ASIC та ін.) такими речовинами, як гіпертонічний сольовий розчин, глутамат, капсаїцин, протони, серотонін і брадикінін, аденозинтрифосфат. Традиційні уявлення про роль лактату в розвитку болю після неадекватної фізичної навантаження (з піком болісності через 24–48 годин) зараз не підтверджуються. Механізм такого болю є наслідком ультраструктурних пошкоджень, що призводять до вивільнення альгогенів та ішемії [62, 63, 83].

Термін «міофасціальний біль» відображає уявлення про залучення як м'язових, так і фасціальних структур у формування болю, що самопідтримується у вигляді циклу «біль – м'язовий спазм – біль». Раніше м'язовий біль поділяли на два типи: рефлекторний м'язово-тонічний синдром, що виникає як рефлекторний м'язовий спазм у відповідь на болючий подразник при первинній патології суглобово-зв'язкових або інших структур і міофасціальний больовий синдром (МФБС), як первинне ураження м'язів з утворенням у них тригерних точок, які стають джерелом болю. Наразі використовується один термін «міофасціальний болевий синдром» (МФБС). Це специфічний стан, який слід відрізняти від інших захворювань, пов'язаних з больовим синдромом м'яких тканин, таких як фіброміалгія, тендиніт, бурсит та інші. МФБС може виникати з різних причин: гостре розтягнення м'язів; постійна мікротравматизація м'язів при надмірному навантаженні; тривале перебування в неприродних позах; одноманітні повторювані рухи; локальне переохолодження; стресові ситуації [61, 62, 70].

МФБС може проявлятися болем різної інтенсивності, який може посилюватися при рухах, навантаженні або пальпації тригерних точок. Такий біль може поширюватися на інші ділянки тіла, а також супроводжуватися м'язовою слабкістю, втомою, порушеннями сну та іншими симптомами. МФБС часто супроводжує багато інших захворювань, таких як: дискогенні радикулопатії; неспецифічний біль у спині; артрити; дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба; головний біль; тазовий біль; комплексний регіональний больовий синдром; біль при соматичних захворюваннях [61].

Теорія міофасціального болю пояснює основні механізми виникнення хронічного болю у м'язах. Ключовими елементами цього механізму є утворення міофасціальних тригерних точок (МТТ) та зони іррадіації глибокого, тягучого болю. Причини утворення МТТ ще й досі до кінця нез'ясовані, але існує кілька гіпотез [61, 62, 63, 70, 83].

Мікротравматизація м'язів через постійне перенапруження. Це може призвести до перевантаження м'язових волокон переважно І типу, зниження

внутрішньом'язової перфузії, ішемії, недостатнього синтезу аденозинтрифосфату, підвищення кислотності, накопичення іонів Ca^{2+} і, як результат, контрактури саркомерів. Тривала контрактура саркомерів, в свою чергу, може призвести до подальшого зниження м'язової перфузії та формування замкнутого циклу, який веде до появи та підтримки МТТ [62, 70].

Зміна властивостей синаптичної пластинки м'язових волокон в умовах ішемії. Це може призвести до неконтрольованого вивільнення ацетилхоліну, що веде до тривалого скорочення м'язових волокон. Зміна сполучної тканини. Трансформація фібробластів у міофібробласти сприяє скороченню фасціальних тканин та підвищенню тону м'язів, а також трансформації рецепторів фасції в ноцицептори, чутливі до механічних подразників. Зміна в'язкості гіалуронового мастила. Перенапруження може призвести до збільшення тертя в ковзаючих шарах м'язів, що викликає розвиток нейронної гіперстимуляції, сенситизації механорецепторів та больових рецепторів, розташованих у щільній фасції [63, 68, 83].

Важливо зазначити, що це лише деякі з гіпотез, але точного механізму утворення МТТ досі невиявлено.

Для терапії пацієнтів з хронічним неспецифічним болем ефективною є мультидисциплінарна стратегія, яка передбачає залучення до лікувально-реабілітаційного процесу різних фахівців, таких як невролог, психотерапевт або клінічний психолог, фізичний терапевт. Мультидисциплінарний підхід до лікування хронічного неспецифічного болю охоплює застосування комплексної фармакотерапії, обґрунтовану фізичну активність, лікувальну фізкультуру та масаж, психологічні методики й освітні програми (наприклад, «школа для пацієнтів з хронічними болями у спині та суглобах»). Немедикаментозні методи грають ключову роль у терапії пацієнтів з хронічним неспецифічним болем, допомагаючи зменшити залежність від ліків і підвищити якість життя [62].

Хронічний неспецифічний біль – це не просто фізичні відчуття. Це складний стан, який може значно впливати на емоційний стан і якість життя

людини. Саме тому психотерапія стає все більш важливим інструментом у боротьбі з хронічним болем. Психотерапевтична допомога не лише навчає пацієнтів ефективним методам копінг-стратегій подолання болю, але й допомагає знизити рівень емоційного стресу. Це дозволяє людині почуватися більш впевненою та здатною контролювати своє життя [81].

1.3. Сучасні підходи до психологічної допомоги в реабілітації хронічних больових м'язових синдромів

Однією з ключових проблем малоефективності традиційних методів лікування хронічного болю в медицині є вплив застарілого картезіанського світогляду Рене Декарта, який штучно розділив людину на тіло і душу. Його дуалістична концепція «*Cogito ergo sum*» (думаю, значить існую) ставить дух над тілом, ігноруючи їхній нерозривний зв'язок. Однак відомий невролог Антоніо Дамасіо (2004) спростував цю хибну теорію. Він довів, що жодна розумна дія людини неможлива без емоцій та відчуттів. Ми усвідомлюємо своє існування завдяки тому, що відчуваємо. Спочатку ми відчуваємо неприємний клубок у горлі, тремтіння, а потім усвідомлюємо, що нас охопила тривога [26].

Між тілом і емоціями завжди існує постійний діалог, який забезпечують периферична та центральна нервові системи. Як зазначає Антоніо Дамасіо: «Центральна нервова система, нейрональна за своєю суттю, разом з периферичною, що складається з нервів, охоплює практично кожен куточок людського тіла. Нерви слугують каналами для передачі імпульсів з мозку до тіла і навпаки». Будь-які захворювання, соматичні симптоми, як фізичні, так і психічні, завжди охоплюють усе тіло, тобто мозок і тіло нерозривно пов'язані. Ця єдність тіла і душі лежить в основі нового підходу до терапії хронічного болю [26].

Ще в далекому 1994 році Міжнародна асоціація з вивчення болю [67] дала визначення поняттю «біль», яке й досі залишається актуальним: «Біль – це

неприємне чуттєве й емоційне переживання, що виникає у випадку пошкодження чи загрози пошкодження тканини». Це визначення йде значно далі, ніж просто опис фізичного відчуття. Воно підкреслює, що біль – це цілий спектр переживань, який включає: власне фізичне відчуття дискомфорту або болю, емоційну реакцію (страх, тривогу, гнів, розпач та інше), які пов'язані з болем; рефлекторні зміни в роботі внутрішніх органів, такі як прискорене серцебиття, підвищення артеріального тиску, нудота та блювання; біохімічні та нейрогуморальні зрушення, такі як каскад хімічних реакцій в організмі, які можуть призвести до запалення, зниження імунітету та інших проблем зі здоров'ям; рухові реакції у вигляді мимовільних та свідомих рухів, спрямованих на уникнення або зменшення болю; поведінкові реакції, такі як зміни в поведінці, уникнення певних дій, відмова від їжі або соціальних контактів; мотивацію у вигляді сильного бажання позбутися болю, яка може призвести до пошуку різноманітних методів терапії. Отже, важливо розуміти, що біль – це не просто сприйняття мозком імпульсу з уражених тканин тіла. Це складне явище, яке залучає до себе весь організм і емоційну сферу людини [14, 77, 82].

Кожна людина має свій унікальний досвід переживання болю, який формується на основі особистих вражень, починаючи з дитинства. Чи то падіння, домашні або спортивні травми, чи психічні переживання – усе це складає індивідуальний досвід. Те, як ми здатні осмислити та інтегрувати цей досвід, залежить від багатьох факторів, включаючи біопсихосоціальні аспекти нашого життя [82]. Особливе та важливе значення мають умови, в яких людина переживала біль: чи були вони комфортні, чи була присутня соціальна підтримка, чи особа зіткнулася з болем сам на сам, чи страждання були спричинені іншими людьми. Ці переживання, разом з пов'язаними з ними емоціями, думками та обставинами, зберігаються в пам'яті людини та реактивуються під час подібних травматичних моментів. Наприклад, ступінь тривожності перед майбутнім болісним медичним втручанням може залежати

від психічної чутливості та впевненості особи. Інтенсивність болю визначається психікою людини, яку не можна просто вимкнути чи ігнорувати.

Фізичний біль завжди є емоційним болем (емоційним оцінюванням події в лімбічній системі й у префронтальній корі головного мозку). У разі гострого болю ноцицептивні волокна (шляхи болю) через рецептори болю в шкірі посилають больові подразники у спинний мозок і таламус (парна симетрична ділянка головного мозку, частина проміжного мозку, що відповідає за перерозподіл інформації від органів чуття, за винятком нюху, до кори головного мозку). У мозку больовий стимул додатково опрацьовується, оцінюється емоційно й когнітивно (процедура модулюється сірим стовбуром мозку) і гострий біль стихає. Проте досвід переживання залишається в пам'яті [14].

Хронічний біль – це не просто фізичне відчуття, а справжня пастка для мозку. На відміну від гострого болю, який сигналізує про пошкодження тіла, хронічний біль може не зникати, навіть коли травма вже загоїлася. Причина цього криється в нейронних мережах болю в мозку, які стають гіперактивовані. Ці мережі, подібно до зацикленої пластинки, постійно надсилають сигнали болю, навіть коли їх джерела вже немає. Наприклад, при фіброміалгії, коли болить все тіло, «фізичні карти» болю в соматосенсорній корі мозку постійно активовані, створюючи ілюзію болю [14].

Дослідження Карін Йенсен [72] прояснили нейрофізіологічні механізми хронічного болю, даючи ключ до нових методів лікування. Один із таких методів – травмафокус – ґрунтується на розумінні болю як емоційної кризи. Цей метод дозволяє протягом кількох сеансів зняти хронічний біль у коліні, спині, позбутися головного болю, хронічного регіонального больового синдрому, поліневропатії та фіброміалгії. Травмафокус – це не просто метод терапії, а справжня подорож у глибини мозку, де ховаються травми та стрес. Цей метод, запропонований Томасом Вебером [5], ґрунтується на багаторічній співпраці з Девідом Грандом, засновником брейнспотінгу (Brainspotting), який, у свою чергу, розвивався на основі EMDR.

Травмафокус можна назвати удосконаленим методом Brainspotting, адже він вбирає в себе найкраще з різних психотерапевтичних підходів [5]:

- ***focusing (Gendlin)*** – зосередження на власних відчуттях та емоціях;
- ***somatic Experiencing (Levine)*** – робота з тілесними проявами травми;
- ***brainspotting (Grand)*** – пошук «очної точки», де активуються травматичні спогади;
- ***pranayama*** – практики йоги, спрямовані на роботу з диханням;
- ***дослідження болю*** (Melzack & Wall, Engel та ін.) – розуміння механізмів сприйняття болю;
- ***гіпнозосистематичні підходи (Schmidt)*** – використання гіпнозу для роботи з несвідомим;
- ***нейробиологічна теорія*** (Del Monte, Trepel, Hirsch, Schiepeck, Hüther, Roth та інші) – розуміння роботи мозку;
- ***результати актуальних досліджень мозку*** (Damasio, Schore та ін.) – нові знання про нейропластичність мозку.

Під час застосування травмафокусу глибинні структури мозку активуються, вивільняючи травмівний та стресовий досвід. Цей досвід може проявлятися різними невербальними реакціями: часте моргання, посіпування, коливальні рухи очима, розширення чи звуження зіниць, уривчасте дихання.

Одним із найважливіших досягнень травмафокусу є його ефективність у лікуванні гострого та хронічного болю. Цей метод дає можливість глибоко проникнути в підсвідому історію болю, активуючи нейронну та тілесну регуляцію. Завдяки цьому «матриця болю», що відповідає за больові процеси в мозку, руйнується, і тіло перестає відчувати біль. Перспективність травмафокусу підтверджується довгостроковими дослідженнями, які проводяться кваліфікованими терапевтами в психосоматичній клініці Німеччини.

Сьогодні все більше фахівців визнають, що в основі багатьох психіатричних симптомів, описаних в МКХ-11 [71] та DSM-IV, лежать травми розвитку та дитинства. Травмафокус дає можливість ефективно лікувати такі

розлади: гострі, комплексні та прості психотравми, посттравматичні стресові розлади; панічні атаки; генералізовані тривожні розлади; депресії; obsесивно-компульсивні розлади; залежності; хронічні психосоматичні захворювання; розлади прив'язаності; межові розлади особистості; порушення сну та апетиту; хронічні головні болі; мігрені; кластерні головні болі; фіброміалгія; різні форми дисоціативних розладів. Травмафокус – це потужний інструмент, який може допомогти людям звільнитися від болю, травм та покращити якість життя.

Наказом МОЗ України № 2118 від 13.12.2023 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» [33] визначено ряд методів психотерапії з доведеною ефективністю, які слід використовувати при наданні психосоціальної допомоги та психосоціальних послуг. До цих методів належать:

- ***геіштальт терапія*** – метод ґрунтується на тому, що люди живуть у сьогоденні й важливо усвідомлювати свої поточні емоції, думки та відчуття. Допомагає людям розібратися в незакінчених справах, покращити самоусвідомлення та навчитися жити більш цілісно. Цей метод використовується для лікування тривоги, депресії, проблем з особистістю та інших;
- ***десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR)*** – метод використовується для лікування травм та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Допомагає людям переробити травматичні спогади, зменшити емоційний дискомфорт та покращити якість життя. Під час EMDR терапевт просить пацієнта рухати очима вперед-назад, одночасно згадуючи травматичний досвід;
- ***емоційно-фокусована терапія (ЕФТ)*** – метод ґрунтується на тому, що емоції відіграють важливу роль у стосунках. Допомагає людям краще розуміти та виражати свої емоції, а також покращити комунікацію з партнерами. Цей метод використовується для покращення подружніх стосунків, а також для лікування проблем у сім'ї;

- **майндфулнес-базований підхід** – метод ґрунтується на практиці усвідомленого перебування у сьогоденні. Допомагає людям зменшити стрес, тривогу та депресію, а також покращити концентрацію уваги та самоконтроль. Цей метод може використовуватися як самостійно, так і в поєднанні з іншими методами психосоціальної допомоги;
- **нейро-лінгвістична психотерапія (НЛП)** – метод ґрунтується на тому, що наші думки, мова та поведінка взаємопов'язані. НЛП допомагає людям змінити негативні патерни мислення та поведінки, щоб досягти своїх цілей. Цей метод використовується для лікування тривоги, депресії, фобій та інших проблем;
- **позитивна психотерапія (ППТ за Пезешкіаном)** – метод ґрунтується на тому, що люди мають вроджену здатність до самозцілення та зростання. ППТ допомагає людям зосередитися на своїх сильних сторонах та ресурсах, щоб покращити своє психічне та емоційне благополуччя. Цей метод використовується для лікування тривоги, депресії, проблем з особистістю та інших;
- **когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)** – метод ґрунтується на тому, що наші думки, емоції та поведінка взаємопов'язані. КПТ допомагає людям ідентифікувати та змінювати негативні думки та поведінкові шаблони, які можуть призводити до емоційного дискомфорту. КПТ використовується для лікування широкого спектру проблем, включаючи тривогу, депресію, фобії, розлади харчової поведінки та інші;
- **психоаналітична терапія** – метод ґрунтується на теорії Зіґмунда Фрейда, яка стверджує, що несвідомі процеси відіграють важливу роль у нашому психічному житті. Психоаналітична терапія допомагає людям дослідити свої несвідомі думки та почуття, щоб краще зрозуміти себе та свої стосунки з іншими. Цей метод використовується для лікування тривоги, депресії, проблем з особистістю та інших;
- **системна терапія** – метод ґрунтується на тому, що люди є частиною систем, таких як сім'я, друзі та робочі колективи. Системна терапія

допомагає людям зрозуміти, як їхні проблеми пов'язані з динамікою цих систем, і знайти способи покращити взаємодію з ними. Цей метод використовується для лікування проблем у сім'ї, подружніх стосунків, а також проблем на роботі;

- **екзистенційно-гуманістична терапія** – метод ґрунтується на тому, що люди мають свободу волі та відповідальність за своє життя. Екзистенційно-гуманістична терапія допомагає людям знайти сенс і ціль у своєму житті, а також навчитися справлятися з важкими емоціями та екзистенційними питаннями. Цей метод використовується для лікування тривоги, депресії, проблем з особистістю та інших;
- **танцювально-рухова терапія** – метод використовує рух і танець для дослідження емоцій та почуттів, а також для покращення тілесної свідомості. Танцювально-рухова терапія може бути корисною для людей, які мають труднощі з вираженням емоцій словами, а також для людей з фізичними обмеженнями. Цей метод використовується для лікування широкого спектру проблем, включаючи травми, тривогу, депресію та проблеми з особистістю;
- **арт-терапія** – метод використовує мистецтво як спосіб вираження емоцій та почуттів, які важко вербалізувати. Арт-терапія може включати малювання, ліплення, танці, музику та інші форми творчого самовираження. Цей метод використовується для лікування широкого спектру проблем, включаючи травми, тривогу, депресію та проблеми з особистістю.

Психотерапія широко використовується для лікування хронічного неспецифічного скелетно-м'язового болю (ХНСМБ) у країнах Європи, США та Канади [13]. У зарубіжних міждисциплінарних клініках та центрах болю психологічні методи включені до всіх терапевтичних програм. Автори недавнього міжнародного огляду 15 керівних документів з діагностики та лікування ХНСМБ дійшли висновку, що більшість (82%) з них рекомендують

використовувати психологічні методи при лікуванні пацієнтів з хронічним неспецифічним болем [80].

Психологічні методи підвищують прихильність пацієнтів з ХНСМБ до виконання рекомендацій лікаря. Відомо, що лікувальна фізкультура та підтримка раціональної фізичної активності мають високу ефективність при ХНСМБ і рекомендуються всіма провідними експертами [22]. Однак багато пацієнтів з ХНСМБ мають низьку мотивацію до фізичної активності, а також помилково вважають, що займатися лікувальною фізкультурою та підвищувати щоденну активність можна лише після регресу або значного зменшення інтенсивності болю.

Психологічні методи [6, 40] допомагають змінити уявлення пацієнтів про фізичну активність та пов'язані з нею очікування, підвищити їх прихильність до лікувальної фізкультури та інших видів фізичних вправ (наприклад, плавання, аквааеробіка, ходьба, заняття фітнесом).

Психологічні методи лікування ХНСМБ [6, 17, 18, 19, 20] дозволяють пацієнтам: перебороти катастрофізацію болю (драматичне, дисфункціональне сприйняття болю та його наслідків для життя); здолати кінезіофобію (страх пацієнта підвищувати фізичну активність, займатися фізичними вправами); змінити «обмежувальну» або «больову» поведінку (вироблені пацієнтом дезадаптивні моделі поведінки, які насправді лише погіршують його стан); полегшити симптоми тривоги та депресії, а також покращити сон; підвищити якість життя загалом. Застосування психологічних методів може також збільшити тривалість досягнутого клінічного ефекту після лікування.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним з найбільш ефективних психотерапевтичних підходів [42] для лікування невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів (F40-F48). Основною метою КПТ в контексті лікування хронічних больових синдромів є зміна способу мислення пацієнта про його біль, реакції на біль та модифікація поведінки, що підтримує цикл хронічного болю.

Основні компоненти КПТ при хронічних проявах болю:

- надання інформації пацієнту про фізіологію болю, про те, як його емоційні та когнітивні фактори можуть впливати на сприйняття болю. Це допомагає зрозуміти, що хронічний біль є складною проблемою, що вимагає комплексного підходу до лікування;

- визначення негативних думок пацієнта, які пов'язані з посиленням болю та його наслідками для життєдіяльності. Наприклад, думка «Я ніколи не зможу побороти цей біль» може бути переосмислена на «Я зможу навчитися керувати своїм болем»;

- формування навичок подолання болю, що включає навчання технікам релаксації, таким як дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном, методи покращення сну, фізичні активності та вправи на витривалість;

- зміна поведінкових реакцій на біль, що включає навчання пацієнта змінювати свою поведінку у відповідь на біль, замість уникання активності або надмірної активності, яка може провокувати біль, навчають знаходити баланс і поступово збільшувати свою фізичну активність;

- підвищення стресостійкості, що включає навчання стратегій копінгу для ефективного керування стресом, який може посилювати біль або сприяти його виникненню;

- постановка цілей пацієнтам, що допомагає їм встановлювати реалістичні цілі для поступового зниження впливу болю на їх життя та в цілому покращення якості життя.

Майндфулнес-базовані методики [49, 60] такі як: зниження стресу на основі майндфулнес (MBSR), майндфулнес-базована когнітивна терапія (МВСТ) рекомендуються для лікування стійких соматоформних больових розладів (F45.4). Ці методики стають все більш популярними для лікування хронічного болю, пропонуючи пацієнтам немедикаментозні способи керування болем та його наслідками. Вони навчають пацієнта зосереджувати увагу на поточному моменті, спостерігаючи за своїми думками, емоціями та

фізичними відчуттями без оцінювання. Це допомагає зменшити емоційну реакцію на біль.

Практика медитації на усвідомленість (Mindfulness Meditation) [65]. Ця форма медитації зосереджується на уважному спостереженні за диханням, думками, емоціями, та фізичними відчуттями. Це допомагає пацієнтам вчитися залишатися зосередженими на теперішньому моменті, а не зациклюватися на болю або його потенційних наслідках.

Практика медитації співчуття та самоспівчуття. Ці практики фокусуються на розвитку співчуття до себе та інших, що може допомогти зменшити емоційне навантаження, пов'язане з хронічним болем, і сприяти більш позитивному ставленню до власного досвіду. Йога, яка включає елементи міндфулнесу через усвідомлену присутність під час виконання асан, також допомагає зміцнити тіло, покращити гнучкість та знизити фізичний біль.

Терапія прийняття та зобов'язання (Acceptance and commitment therapy або АСТ) - це терапія із сімейства когнітивно-поведінкової терапії [13]. Цей підхід звертає особливу увагу на емоції і пропонує конкретні техніки роботи з ними, пацієнти вчаться жити повноцінним життям, не зважаючи на біль, та зосереджуються на тому, що є важливим і значущим для них.

Гіпнотерапія [13] може використовуватися для зниження сприйняття болю через гіпнотичну індукцію, яка вводить пацієнта в стан зосередженої уваги або трансу, де він може бути більш відкритим до сугестій зі зниженням болю та керування стресом.

Вибір психотерапевтичних інтервенцій залежить від індивідуальних особливостей пацієнта, включаючи тип та інтенсивність болю, особистісні характеристики та переваги в лікуванні. Комбінування різних підходів може забезпечити найкращі результати в зниженні інтенсивності хронічного болю.

Отже, стрес, тривога, депресія, соматизація та емоційне неблагополуччя негативно впливають на сприйняття болю, його інтенсивність та тривалість, що, в свою чергу, може перетворити гострий біль на хронічний.

Серед психотерапевтичних інтервенцій, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та практики міндфулнесу та медитації є найбільш ефективними в зниженні інтенсивності хронічного болю та покращенні якості життя пацієнтів [13, 17]. КПТ допомагає впоратися з негативними думками та емоціями, пов'язаними з болем, в той час як міндфулнес та медитація зосереджуються на розвитку усвідомленості та прийнятті, що допомагає зменшити відчуття болю.

Враховуючи все вищесказане, для досягнення найкращих результатів у лікуванні хронічного болю необхідний інтегрований підхід, який включає як медичні, так і психотерапевтичні стратегії. Такий підхід дозволяє не тільки розглядати фізичні аспекти болю, але й ефективно впливати на психологічні чинники, що сприяють його підтримці та хронізації.

Висновки до розділу 1

Розвиток системи реабілітації медико-психологічного спрямування в сфері охорони здоров'я є важливим кроком для забезпечення комплексного підходу до фізичного, соматичного, психологічного та психічного стану пацієнтів. Цей підхід спрямований на відновлення соматичного самопочуття та ментального здоров'я людини з подальшим патронатом і супроводом. Однак, для більш ефективного розвитку цієї системи необхідно враховувати наступні питання: урегулювання нормативно-правових документів для забезпечення відповідної правової бази; наявність сучасного медичного обладнання, яке відповідає б сучасним стандартам та потребам; підготовка спеціально навченого персоналу, який володіє необхідними навичками та знаннями, зокрема з клінічної психології та психотерапії; удосконалення освітньої системи базової підготовки спеціалістів, щоб вони могли отримувати відповідну фахову спеціалізацію; розширення можливостей для післядипломного удосконалення професійних компетентностей фахівців системи реабілітації через державні програми.

Аналіз спеціальної наукової літератури та досвіду медико-психологічної реабілітації осіб з міофасціальними больовими синдромами показує, що психологічні чинники відіграють важливу роль у хронізації м'язового болю. Стрес, тривога, депресія, соматизація та емоційне неблагополуччя посилюють сприйняття болю, його інтенсивність та тривалість, сприяючи переходу гострого болю в хронічний. Взаємозв'язок між фізичними та психічними аспектами здоров'я визначає вплив емоційного неблагополуччя як тригера для постійного активації та посилення больових сигналів, що ускладнює лікування.

Для зниження інтенсивності хронічного болю та покращення якості життя пацієнтів найбільш ефективними методами є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та практики мандфулнесу і медитації. КПТ допомагає справлятися з негативними думками та емоціями, пов'язаними з болем, тоді як мандфулнес та медитація спрямовані на розвиток усвідомленості та прийняття, що зменшує відчуття болю.

Крім цих методів, наказом МОЗ України № 2118 від 13.12.2023 рекомендовано також застосування й інших психотерапевтичних інтервенцій з доведеною ефективністю при наданні психосоціальної допомоги. До них належать: гештальт терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей, емоційно-фокусована терапія, нейро-лінгвістична психотерапія, позитивна психотерапія, психоаналітична терапія, системна терапія, екзистенційно-гуманістична терапія, танцювально-рухова терапія, арт-терапія.

Таким чином, для ефективного лікування та реабілітації хронічного міофасціального болю важливо враховувати психологічні чинники та застосовувати комплексний підхід, використовуючи різні психотерапевтичні методи.

РОЗДІЛ 2

МЕТА, ЗАВДАННЯ, МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета, завдання та методи дослідження

Мета дослідження – вивчити вплив психологічних чинників на розвиток і перебіг хронічного болю в осіб з міофасціальними больовими синдромами та розробити й апробувати модель їх психологічної підтримки в рамках програми лікувально-реабілітаційних заходів.

Для досягнення цієї мети були поставлені наступні завдання:

1) проаналізувати стан проблеми в науково-методичній літературі щодо розвитку сучасної системи реабілітації медико-психологічного спрямування в сфері охорони здоров'я;

2) вивчити роль і вплив психологічних чинників на розвиток і перебіг хронічного болю в осіб з міофасціальними больовими синдромами та розглянути існуючі підходи до психологічної допомоги в процесі їх лікування та реабілітації;

3) визначити комплекс методів для оцінки клініко-психологічного статусу осіб з хронічними міофасціальними больовими синдромами та розробити ефективну модель їх психологічної підтримки в рамках програми лікувально-реабілітаційних заходів;

4) оцінити ефективність запропонованої моделі психологічної підтримки в комплексі реабілітаційних заходів для осіб з хронічними міофасціальними больовими синдромами на основі зібраних емпіричних даних в умовах профільного реабілітаційного центру поліклінічного типу.

Для вирішення поставлених завдань були використані наступні методи дослідження:

- аналіз та узагальнення науково-методичної літератури;
- методи психологічного тестування;
- методи визначення неврологічного больового статусу;

- методи психотерапії;
- методи математичної статистики;

2.1.1. Аналіз та узагальнення науково-методичної літератури

Для теоретичного аналізу проблеми дослідження було здійснено вивчення доступних вітчизняних та зарубіжних наукових джерел. Ця література підтвердила актуальність досліджуваної теми та необхідність удосконалення методологічних підходів до реабілітації осіб з хронічними міофасціальними больовими синдромами за допомогою методів психотерапії. На основі вивченої наукової літератури нами було визначено методики оцінки психологічного статусу осіб, які страждають від хронічного м'язового болю. Це дало змогу сформулювати мету та завдання кваліфікаційної роботи.

2.1.2. Методи психологічного тестування

Для комплексної оцінки психологічного стану осіб з хронічним м'язовим болем нами було відібрано та використано три основні методики психологічної діагностики. Оскільки люди, які страждають від хронічних больових синдромів, зазвичай емоційно вразливі, тому обрані методики дозволили нам за короткий час обстеження максимально детально описати психологічну картину пацієнта.

У дослідженні було застосовано такі методи психологічного тестування:

- визначення типу ставлення індивіда до хвороби за допомогою опитувальника ТОБОЛ (Додаток В);
- Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Giessen Subjective Complaints List, GBB) (Додаток Б);
- Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) (Додаток Г).

Всі ці методи належать до активних методів психодіагностики. Завдяки їх комбінації ми отримали комплексну оцінку початкового стану пацієнта, включаючи: ставлення пацієнта до свого захворювання (включаючи

мотивацію до лікування); загальний психологічний стан, який може слугувати рекомендацією для подальших лікувально-реабілітаційних заходів.

Методика ТОБОЛ [16] використовується для психологічної діагностики типів ставлення пацієнтів до їхніх захворювань. За допомогою цієї методики визначають 12 типів ставлення: сенситивний, тривожний, іпохондричний, меланхолічний, апатичний, неврастенічний, егоцентричний, параноїдальний, анозогнозичний, дисфоричний, ергопатичний і гармонічний. Ці типи поділяються на три групи залежно від критеріїв «адаптивність-дезадаптивність» (які відображають вплив ставлення до хвороби та адаптацію пацієнта) та «інтер-/інтрапсихічна спрямованість» дезадаптації (у випадку дезадаптивного характеру ставлення).

Опитувальник ТОБОЛ був розроблений та вдосконалений в Науково-дослідному інституті ім. Бехтерева. Його мета – допомогти фахівцям оцінювати психічний стан та особистісні характеристики пацієнтів, з якими важко спілкуватися, коли немає доступу до кваліфікованої психоневрологічної діагностики. Опитувальник надає інформацію про ставлення пацієнта до різних аспектів життя, пов'язаних із захворюванням. Ці аспекти вивчаються як 12 підсистем у загальній системі відношень особистості: ставлення до хвороби, її лікування, до лікарів та медперсоналу, до рідних і близьких, до оточуючих, до роботи (навчання), самотності, майбутнього, а також оцінка самопочуття, настрою, сну та апетиту.

Опитувальник складається з 12 таблиць, які містять набори тверджень. Кожен набір включає від 10 до 16 тверджень, створених на основі клінічного досвіду. Пацієнт повинен вибрати два твердження, які найбільш точно описують його ставлення до кожної теми. Кожна таблиця також має додаткове твердження: «Жоден варіант мені не підходить». Формат опитувальника ТОБОЛ вважається оптимальним для виявлення найважливіших характеристик ставлення пацієнта до своєї хвороби, оскільки дозволяє комплексно оцінити систему відношень.

Гіссенський опитувальник соматичних скарг (Giessen Subjective Complaints List, GBB), нами був теж використаний для створення психологічного портрету пацієнта зі скаргами на фізичне здоров'я, які він асоціює зі своїм емоційним станом [73]. Цей інструмент особливо корисний для виявлення симптомів, що корелюють з важкою депресією. Таким чином, опитувальник допомагає оцінити вплив міофасціальної дисфункції на життя пацієнта. Для правильної інтерпретації результатів необхідно було перевірити, чи немає у пацієнта встановлених соматичних захворювань з підтвердженими діагнозами.

Опитувальник складається з низки питань, що стосуються різних соматичних симптомів (табл.2.1). Пацієнти відповідають на ці питання, оцінюючи інтенсивність та частоту симптомів, що дозволяє досліднику отримати комплексну картину їх фізичного та психічного стану.

Таблиця 2.1

Симптоми, які відчуває пацієнт

Е	Г
Відчуття слабкості	Болі в суглобах і кінцівках
Підвищена сонливість	Болі в попереку або спині
Швидка виснаженість	Болі в шиї, потилиці
Втома	або плечових суглобах
Почуття оглушення	Головний біль
Млявість	Відчуття тяжкості в ногах
	Відчуття тиску в голові
М	Н
Відчуття переповнення в животі	Серцебиття, перебої у серці
Блювота	Запаморочення
Нудота	Відчуття кома в горлі
Відрижка	Важкість у грудях
Печія	Напади задишки
Болі у шлунку	Серцеві напади

Гіссенський опитувальник включає питання, згруповані в 5 основних розділів, що охоплюють різні системи організму:

Е: Виснаження.

М: Шлункові скарги.

Г: Ревматичний чинник.

Н: Серцеві скарги.

Загальний бал.

Процедура проведення тесту:

Дослідник пояснює пацієнту мету опитувальника та інструкції щодо його заповнення. Пацієнт самостійно або за допомогою відповідає на питання, оцінюючи кожен симптом за шкалою:

0 – не турбує ніколи.

1 – турбує дуже рідко.

2 – часом турбує.

3 – часто турбує.

4 – турбує майже постійно.

Аналіз відповідей:

Дослідник збирає та аналізує відповіді, визначаючи загальний рівень соматичних скарг та їх розподіл за системами організму.

Інтерпретація результатів:

Е: Виснаження. Характеризує суб'єктивне уявлення людини про наявність/втрату життєвої енергії і потребу в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією.

М: Шлункові скарги. Шкала відображає вираженість психосоматичних шлункових нездужань (епігастральний синдром).

Г: Ревматичний чинник. Шкала виражає суб'єктивні страждання людини, що носять алгічний або спастичний характер.

Н: Серцеві скарги. Зазвичай, у здорових обстежуваних серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за шкалою свідчить про приписування собі неіснуючих симптомів з метою привернути увагу або звернутися за допомогою.

Загальний бал показує інтенсивність соматичних скарг.

Низький рівень соматичних скарг: пацієнт рідко відчуває фізичні симптоми, що можуть бути ознакою доброго здоров'я або низького рівня стресу.

Середній рівень соматичних скарг: пацієнт періодично відчуває певні фізичні симптоми, які можуть потребувати додаткового обстеження або корекції способу життя.

Високий рівень соматичних скарг: пацієнт часто відчуває різноманітні фізичні симптоми, що можуть свідчити про наявність хронічного стресу, тривожних розладів або інших психосоматичних станів.

Вікових та параметральних нормативів для окремих шкал не передбачено. Оцінюється загальний бал опитування відповідно до того, що при максимально можливій сумі в 100 балів серед здорових людей 50% має менше 14 балів, 75% – менше 20, 100% – менше 40 балів.

Оцінка психоемоційного стану індивіда за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS). Для оцінки психоемоційного стану пацієнтів з хронічним болем використовувалася госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), розроблена Zigmond A.S., Snaith R.P. у 1983 році [7]. Ця шкала призначена для первинного виявлення депресії та тривоги у загальноклінічній практиці.

Шкала HADS складається з 14 тверджень, поділених на дві підшкали: тривоги та депресії. Кожне твердження має 4 варіанти відповіді (Додаток Г).

Підшкала «Депресія»: включає твердження, що відображають найбільш поширені симптоми депресії, з акцентом на ангедонію (втрата здатності отримувати задоволення).

Підшкала «Тривога»: складена на основі стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination. Твердження відображають переважно психологічні прояви тривоги.

Процедура проведення тесту:

Пацієнт отримує інструкції щодо заповнення шкали та самостійно відповідає на всі твердження. Пацієнт обирає один з чотирьох варіантів відповіді для кожного твердження, що найкраще описує його актуальний стан.

Інтерпретація результатів:

Дослідник аналізує результати, враховуючи сумарний показник для кожної підшкали.

0-7 балів: відсутність достовірно виражених симптомів тривоги або депресії.

8-10 балів: субклінічні вираження тривоги або депресії.

11 балів і більше: клінічно виражена тривога або депресія.

Переваги методу:

Легкість у використанні: пацієнти можуть самостійно заповнювати шкалу, що економить час дослідника.

Стандартизація: шкала забезпечує надійну та точну оцінку рівня тривоги та депресії.

Швидкість: швидка процедура заповнення та інтерпретації результатів дозволяє оперативно виявляти психоемоційні розлади.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) є ефективним інструментом для первинного виявлення психоемоційних розладів у пацієнтів в загальній клінічній практиці, що допомагає психологу своєчасно надавати необхідну психологічну допомогу.

2.1.3. Методи визначення неврологічного больового статусу

Модифікована 10-ступінчата візуально-аналогова шкала болю FPS-R (на основі Bayers) є провідним методом діагностики больових синдромів у медичній і психологічній практиці [67] і сьогодні визнана найпопулярнішою та найпоширенішою у світі й рекомендована Всесвітньою асоціацією з вивчення болю (IASP) та Українською асоціацією з вивчення болю (УАВБ).

Візуально-аналогова шкала болю (ВАШ) призначена для оцінки інтенсивності болю у пацієнтів різного віку та з різними типами болю та

використовується для швидкої та надійної оцінки больових відчуттів, що дозволяє фахівцям ефективніше планувати лікування та реабілітацію.



Рис. 2.1. Модифікована візуально-аналогова шкала болю FPS-R

ВАШ складається з 10 рівнів, де кожен рівень відповідає певному ступеню інтенсивності болю (рис.2.1). Пацієнт вибирає один із рівнів, що найкраще відповідає його поточному больовому відчуттю.

Компоненти шкали:

1) візуальні зображення облич, які відображають різні рівні болю – від «відсутності болю» до «дуже сильного болю». Кожне зображення супроводжується цифровим значенням від 0 до 10;

2) цифрові позначення біля кожного зображення обличчя:

0 – відсутність болю

1-3 – слабкий біль

4-6 – помірний та сильний біль

7-9 – дуже сильний біль

10 – нестерпний біль

Процедура проведення тесту:

Дослідник пояснює пацієнту мету тесту та інструкції щодо його проведення. Пацієнту повідомляється, що він має вибрати обличчя, яке найкраще відображає інтенсивність його болю.

Представлення шкали: показують шкалу з 10 зображеннями облич, що виражають різні рівні болю.

Вибір рівня болю: пацієнт вибирає обличчя, яке найкраще відповідає його відчуттям болю в даний момент.

Реєстрація результату: дослідник записує вибране пацієнтом числове значення.

Інтерпретація результатів:

0: пацієнт не відчуває болю.

1-3: слабкий біль, який не суттєво впливає на повсякденну активність.

4-6: помірний та сильний біль, що може заважати певним видам діяльності.

7-9: дуже сильний біль, який суттєво обмежує активність пацієнта.

10: нестерпний біль, який пацієнт може уявити, що потребує негайної медичної уваги.

Модифікована 10-ступінчаста шкала FPS-R (на основі Bayers) є ефективним інструментом для оцінки болю, дозволяючи медичним працівникам точно визначати інтенсивність больових відчуттів і відповідно планувати подальші лікувально-реабілітаційні заходи.

Основними перевагами цього методу є його зрозумілість для пацієнтів, легкість в опрацюванні результатів та мінімальний час, необхідний для проведення тесту, при цьому зберігається достатня об'єктивність отриманих суб'єктивних даних. За рекомендаціями психотерапевтів, відповідь пацієнта вважається достовірною, якщо час на її формування не перевищує трьох секунд.

Методика оцінки якості болю за допомогою опитувальника Мак-Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Опитувальник Мак-Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ) [75] призначений для оцінки якісних та кількісних характеристик болю. Він допомагає виявити не лише інтенсивність болю, але й його якісні аспекти, що дає можливість скласти детальну картину больових відчуттів пацієнта.

Якісні особливості болю поділяються на три основні групи

1. Сенсорні дескриптори (1-13-й підкласи): ноцицептивні шляхи проведення, описують біль у термінах механічного чи термічного впливу, а також зміни просторових або часових параметрів болю (приклад: пекучий, ріжучий, пульсуючий біль).

2. Афективні дескриптори (14-19-й підкласи): ретикулярна фармація та лімбічні структури, відображають емоційну складову болю, включаючи напруження, страх, гнів або вегетативні прояви (приклад: виснажливий, безжалісний, жахливий).

3. Оцінювальні дескриптори (20-й підклас): кора головного мозку, характеризують суб'єктивну оцінку пацієнтом інтенсивності та важливості болю (приклад: нестерпний, незначний).

Опитувальник складається з 20 позицій, кожна з яких містить кілька дескрипторів, що описують різні аспекти болю. Всі дескриптори розподілені на три основні групи: сенсорні, афективні та оцінювальні (Додаток А).

Процедура проведення тесту:

Дослідник пояснює пацієнту мету опитувальника та інструкції щодо його заповнення. Пацієнту повідомляється, що він має обрати та обвести кружочком ті слова, які найточніше описують його біль. Слова дескрипторів розташовані за порядком відповідно до інтенсивності болю.

Реєстрація результату:

Розраховувалися такі параметри, як ІВД (індекс вибраних дескрипторів), що представляє суму обраних пацієнтом слів, та РІБ (ранговий індекс болю) за трьома шкалами: сенсорною, афективною та оцінювальною.

5-бальна шкала оцінки неврологічної симптоматики. Для комплексної оцінки прояву неврологічних больових синдромів [57] та їх динаміки нами було використано шкалу «5-бальна оцінка неврологічної симптоматики», яка представляє собою оцінку в балах наступних показників: обсяг рухів в ураженому відділі опорно-рухового апарату, ступінь анталгічного сколіозу, корінцевий синдром, нейродистрофічний синдром. Відсутність порушень відповідає 0 балам, а максимальна вираженість зазначених ознак – 4 балам.

Значення 0-2 бали свідчили про легку вираженість неврологічних порушень, 3 бали – про середню, а 4 бали – про тяжкий неврологічний стан.

Індекс вираженості м'язового синдрому (ІМС). Для оцінки вираженості та динаміки м'язового больового синдрому проводили визначення індексу м'язового синдрому (ІМС). Цей індекс являє собою суму балів суб'єктивних та об'єктивних ознак і розраховується за формулою: $ІМС = ВБ + ТМ + БМ + ТБ + СІ$, де: ВБ – вираженість болю; ТМ – тонус м'язів; БМ – болючість м'язів при пальпації; ТБ – тривалість болю; СІ – ступінь іррадіації болю при пальпації. Кожен із компонентів індексу оцінюється в балах від одного до трьох. Дослідженню підлягали такі м'язи: сідничні м'язи, триголовий м'яз гомілки, прямий м'яз стегна, кравецький м'яз, грушоподібний м'яз і розгинач хребта. Залежно від значення ІМС, визначалася ступінь тяжкості м'язового больового синдрому: I ступінь (легка) – при ІМС до 5 балів; II ступінь (середня) – при ІМС від 5 до 12 балів; III ступінь (тяжка) – при ІМС понад 12 балів.

Отже, зазначені вище методи дозволили комплексно оцінити вираженість та динаміку м'язового больового синдрому, а також визначити його ступінь тяжкості.

2.1.4. Методи фізичної реабілітації при хронічному міофасціальному больовому синдромі

Для комплексної реабілітації всіх учасників дослідження використовували індивідуально підібраний комплекс фізичних вправ та психотерапевтичну корекцію. Фізична реабілітація проводилась диференційовано, з урахуванням вираженості больового синдрому, особливостей неврологічного статусу та супутніх захворювань. Для кожного пацієнта розроблявся комплекс терапевтичних вправ з фізичної реабілітації. Заняття проводились через день у залі реабілітаційного центру (по 30 хвилин) та рекомендувалися для виконання пацієнтам щодня вдома (по 30 хвилин) в обсязі 15 процедур.

Важливим компонентом реабілітаційної програми була психотерапевтична корекція наявних нейропсихологічних розладів та

соціальна реадаптація, що відповідає біопсихосоціальному підходу до реабілітаційних стратегій. Психокорекційні заходи включали: індивідуальні заняття з використанням релаксаційних технік для зниження емоційної напруги; формування адаптивних стратегій подолання труднощів, навичок саморегуляції, внутрішніх способів контролю та управління своїм станом; індивідуальні сеанси з використанням тілесно-орієнтованих та раціональних методів психотерапії. Заняття психотерапією проводились 2 рази на тиждень, обсягом до 10 занять.

Соціальна реабілітація, включена до комплексної програми реабілітації, полягала в проведенні інформаційно-роз'яснювальної роботи в рамках індивідуальної «Школи пацієнта». Програма включала інформацію про фактори способу життя як важливі причини розвитку та прогресування захворювання. Особлива увага приділялась навчанню пацієнтів навичкам та принципам здорового способу життя, формуванню біосоціальної поведінки, сприятливої для збереження здоров'я.

2.1.5. Методи математичної статистики

Математична обробка цифрових даних дослідження проводилась методами варіаційної статистики з визначенням:

- середньої арифметичної величини (M);
- помилки середнього арифметичного ($\pm m$);
- значимості зміни показників (P).

Для математичної обробки цифрових результатів дослідження використовувалася операційна система Windows 11 та програма Microsoft Office Excel 2016. Достовірність різниці при зрівнянні непов'язаних міжгрупових даних оцінювалася за t-критерієм Стюдента. Достовірними вважалися розбіжності при рівнях значимості – $P < 0,05$, що визначалося за таблицею вірогідності Стюдента. Застосований нами комплекс методів дослідження забезпечив отримання всебічної та об'єктивної інформації про стан респондентів. Ця інформація дозволила виробити індивідуальну

стратегію й тактику реабілітаційної допомоги та оцінити ефективність запропонованих психокорекційних заходів у комплексній програмі реабілітації.

2.2. Методи психологічної підтримки осіб з больовими м'язовими синдромами в рамках комплексної програми реабілітації

Враховуючи мету та завдання цього дослідження, психотерапевтична корекція застосовувалася з урахуванням психологічних характеристик досліджуваної групи пацієнтів. У роботі використовувався індивідуальний підхід. Під час психотерапії застосовувалися найбільш доцільні, раціональні та безпечні методи.

2.2.1. Метод раціональної психотерапії

Метод раціональної психотерапії застосовувався для встановлення психотерапевтичного контакту з пацієнтом, знайомства з ним, вивчення його психологічних особливостей та формування довірливих стосунків. Проводилися бесіди з пацієнтами, пояснювалася суть їх захворювання, його причини та механізми розвитку, а також надавалися рекомендації щодо методів лікування та самодопомоги. З метою корекції ставлення пацієнта до свого стану, використовувалися способи непрямого навіювання під час пояснення результатів тестування та в ході психотерапевтичних бесід з метою допомогти пацієнту змінити своє негативне ставлення до хвороби та виробити більш оптимістичний погляд. З метою позитивного підкріплення, починали інтерпретацію результатів тестування пацієнта з акцентом на позитивних моментах, підкреслюючи сильні сторони пацієнта та його ресурси для подолання труднощів. І закріплювали результати використанням повторного тестування та його інтерпретації для закріплення досягнутих позитивних змін у свідомості та поведінці пацієнта.

2.2.2. Метод нейролінгвістичного програмування

Метод нейролінгвістичного програмування (НЛП) [21, 59] дозволяв швидко налагодити психотерапевтичний контакт, що покращувало взаєморозуміння з пацієнтом та узгодженість подальших дій. Більшість хворих з больовими синдромами перебувала в астенічному стані, коли вся їх увага зосереджувалася на соматичних симптомах, які служать для них як спосіб уникнути неприємних ситуацій або складних проблем за рахунок перенаправлення психічної енергії у фізичну сферу.

Пацієнтам пояснювалося, що будь-яка хвороба може:

- дозволити уникнути неприємної ситуації або складного рішення;
- дати можливість отримати турботу, увагу та любов оточуючих;
- створити умови для переорієнтації психічної енергії, необхідної для вирішення проблеми, або перегляду розуміння ситуації;
- стати стимулом для переоцінки себе як особистості або зміни звичних стереотипів поведінки;
- прибрати необхідність відповідати високим вимогам, які ставить оточуюче середовище та сама людина.

Обов'язковою частиною терапії також була робота з вторинними вигодами пацієнта, як потребою людини уникати чогось неприємного або отримувати щось бажане. Для цього використовувалася техніка НЛП «шестикроковий рефреймінг». Ця техніка ґрунтується на простому принципі: змінивши сприйняття проблеми, ми змінюємо своє ставлення до неї і відкриваємо нові шляхи до її вирішення.

Техніка «Шестикроковий рефреймінг» [58] складається з шести кроків:

1. Визначення проблеми. Важливо чітко визначити проблему, з якою стикається пацієнт, перебуваючи в хворобливому стані.
2. Зміна ракурсу. Пацієнт повинен описати свою проблему з точки зору іншої людини, наприклад, друга, члена сім'ї або навіть вигаданого персонажа.
3. Використання протилежного. Пацієнт описує свою проблему з протилежної точки зору. Наприклад, якщо він стурбований тим, що в чомусь

недостатньо успішний, то може описати свою проблему як «я занадто успішний» і уявити, які проблеми це може створити.

4. Контекстуалізація. Пацієнт розглядає свою проблему в більш широкому контексті. Наприклад, він стурбований тим, що старіє, може подумати про те, що старіння – це природний процес, який відбувається з усіма, і що є багато переваг у тому, щоб бути старшим.

5. Пошук ресурсів. Пацієнт ідентифікує ресурси, які можуть допомогти йому вирішити свою проблему. Це можуть бути люди, речі або навіть ідеї.

6. Новий погляд. Пацієнт використовує всю інформацію, яку він зібрав на попередніх кроках, щоб сформулювати новий погляд на свою проблему.

2.2.3. Методи психотерапії спрямовані на корекцію негативних емоцій та тілесно-орієнтовані техніки

У сучасному світі, сповненому стресів та тривог, багато людей стикаються з негативними емоціями, які суттєво впливають на їхнє життя. Ці емоції можуть проявлятися у вигляді страху, гніву, тривоги, депресії, апатії та інших станів, що негативно впливають на самопочуття, стосунки з людьми та загальну якість життя. Спілкування з пацієнтами ґрунтувалося на тому, щоб ненав'язливо, опосередковано впливати на свідомість індивіда, щоб він зміг самостійно прийти до нових, більш продуктивних моделей мислення та поведінки, навчити пацієнта керувати своїми емоціями та здобути внутрішню гармонію.

Під час психокорекції використовувалися такі методи та техніки:

- бесіди з психотерапевтом щоб допомогти клієнту зрозуміти причини негативних емоцій, а також розробити стратегії їх подолання;
- вправи прогресивної м'язової релаксації за Джекобсоном, ці вправи допомагали зняти м'язову напругу та розслабитися, що впливало на покращення самопочуття пацієнта та зниження його тривоги;
- техніка систематичної десенсибілізації (федінг), що допомагало пацієнту поступово справлятися з джерелом своїх страхів у безпечному середовищі, що призводило до зниження їх інтенсивності;

- техніка усвідомленості (майндфулнес), що допомагає людям жити більш усвідомлено та приймати все, що з ними відбувається без осуду та негативних емоційних реакцій.

Прогресивна м'язова релаксація (ПМР) за Джекобсоном – це техніка релаксації, яка полягає в поступовому напруженні та розслабленні різних груп м'язів тіла [40, 48]. Цю методику розробив американський лікар і фізіолог Едмунд Джекобсон у 1920-х роках. Основна ідея ПМР полягає в тому, що фізичне розслаблення м'язів призводить і до психічного розслаблення. Переваги ПМР: зниження стресу та тривожності; покращення сну, релаксація перед сном може допомогти поліпшити якість сну; підвищення самоусвідомлення своїх фізичних та емоційних станів; покращення фізичного здоров'я, шляхом зниження м'язового напруження, що усуває головний біль, біль у спині та інші фізичні симптоми, пов'язані зі стресом.

Техніка проведення вправ ПМР за Джекобсоном:

1. Підготовка. Сісти або лягти в зручну позу, закрити очі. Почати з глибокого та рівного дихання. Вдихати через ніс, наповнюючи легені повітрям, і повільно видихати через рот.

2. Напруження та розслаблення. Розпочати вправи можна з м'язів ніг або голови, поступово рухаючись вгору або вниз по всьому тілу, напружувати певну групу м'язів протягом 5-10 секунд, звертаючи увагу на відчуття напруги. Потім різко розслабити м'язи та відчутти, як напруження зникає. Тривалість розслаблення має бути вдвічі довшою за стан напруження. Такий процес необхідно повторити для кожної групи м'язів: ноги, живіт, груди, руки, плечі, шия, обличчя.

3. Завершення. Після того як всі групи м'язів будуть опрацьовані, необхідно провести кілька хвилин у стані повного розслаблення та сфокусуватися на відчуттях повного спокою та релаксації.

Систематична десенсибілізація (федінг), також відома як градуйована експозиційна терапія або метод «федінг», є психотерапевтичною технікою, яка використовується для лікування різних фобій, тривожних розладів та інших

станів, пов'язаних із страхами. Цю методику розробив Джозеф Вольпе в 1950 роках [50]. В основі методу лежать принципи класичного обумовлення. Він передбачає поступове й систематичне підведення пацієнта до стимулів, які викликають у нього страх, у безпечних та контрольованих умовах.

Основні етапи методу систематичної десенсибілізації:

1. Підготовка та релаксація. Пацієнт виконує техніку ПМР за Джекобсоном, це важливо, оскільки релаксація допомагає зменшити тривожність під час експозиції до страху.

2. Створення ієрархії страху. Пацієнт разом з психотерапевтом складає список ситуацій, які викликають страх або тривогу, ранжуючи їх від найменш страшних до найбільш страшних. Цей список називається ієрархією страху.

3. Поступове підведення до страху (десенсибілізація). Починаючи з найменш страшної ситуації з ієрархії, пацієнт поступово піддається цій ситуації в уяві або в реальності, зберігаючи стан релаксації.

Коли пацієнт здатний залишатися спокійним у цій ситуації, він переходить до наступного, більш складного елемента ієрархії. Процес повторюється, поки пацієнт не зможе зіткнутися з найбільш страшною ситуацією без значного рівня тривоги.

Приклад застосування систематичної десенсибілізації для фобії болю (алгінофобія). Після підготовки та релаксації, пацієнт разом з психотерапевтом складає список ситуацій, які викликають у нього страх болю, ранжуючи їх від найменш страшних до найбільш страшних.

Приклад ієрархії для фобії болю:

- Думка про можливість виникнення болю.
- Читання про біль у книзі чи статті.
- Перегляд зображень людей, що зазнають болю.
- Перегляд відео про ситуації, які можуть спричинити біль.
- Спогади про власний досвід болю.
- Думка про майбутню медичну процедуру, яка може бути болючою.
- Спостереження за медичною процедурою.

- Перебування у лікарні чи медичному кабінеті.
- Реальна медична процедура, яка може бути болючою.

Поступове підведення до страху (десенсибілізація):

Думка про можливість болю. Пацієнт зручно сідає або лягає, виконує техніку релаксації та концентрується на думці про можливість болю, зберігаючи при цьому спокій.

Читання про біль. Пацієнт читає статтю про біль, використовуючи техніки релаксації для зниження тривожності.

Перегляд зображень людей, що зазнають болю. Пацієнт переглядає зображення, які викликають у нього страх, зберігаючи релаксацію.

Перегляд відео про ситуації, які можуть спричинити біль. Пацієнт переглядає відео про нанесення травми або інші ситуації, що можуть викликати біль, зберігаючи спокій.

Спогади про власний досвід болю. Пацієнт згадує власні болючі ситуації, працюючи над збереженням релаксації.

Думка про майбутню медичну процедуру. Пацієнт концентрується на думці про майбутню процедуру, яка може бути болючою, зберігаючи спокій.

Спостереження за медичною процедурою. Пацієнт спостерігає за медичною процедурою, використовуючи техніки релаксації.

Перебування у лікарні. Пацієнт відвідує лікарню, працюючи над збереженням спокою.

Реальна медична процедура. Пацієнт проходить медичну процедуру, яка може бути болючою, зберігаючи релаксацію.

Переваги систематичної десенсибілізації для фобії болю:

- Покращення контролю над тривожністю. Пацієнт навчається ефективно знижувати тривожність, що допомагає краще контролювати страх болю.
- Зниження самої тривожності. Регулярна практика допомагає поступово знизити загальний рівень тривожності, пов'язаний зі страхом болю.

- Підвищення якості життя. Зменшення страху болю покращує здатність пацієнта жити повноцінним життям, не уникаючи ситуацій, які можуть спричинити біль.

Техніка усвідомленості (майндфулнес) [20]. Методика усвідомленості (майндфулнес) при хронічних болях є ефективним підходом, який допомагає пацієнтам змінити своє сприйняття болю і поліпшити якість життя. Майндфулнес заснований на медитаційних практиках і включає концентрацію на поточному моменті без осуду. Це означає усвідомлювати свої думки, почуття та відчуття без залучення до них. Основна мета цієї техніки полягає в тому, щоб пацієнти стали більш усвідомленими щодо своїх тілесних відчуттів, думок та емоцій, і навчилися ефективно з ними справлятися.

Приклад сеансу з майндфулнесу. Пацієнт сидить або лежить і зосереджується на своєму диханні. Він відчуває біль, але не намагається його змінити, він просто приймає його без опору та негативних емоцій, як частину своєї реальності. Спостерігає за відчуттям болю, за його характером (пекучий, ниючий, пульсуючий, тупий), за його інтенсивністю, намагається сприйняти цей біль без осуду себе, емоційної реакції, а просто як фізичне відчуття. Він не очікує, що біль зникне за мить, а просто зосереджується на тому, що відбувається зараз, і на тому, як можна з цим продовжувати жити далі та насолоджуватися життям.

Пацієнти вчаться інтегрувати практики майндфулнесу у своє повсякденне життя, зосереджуючи увагу на поточних діях і відчуттях, які допомагають залишатися зосередженим на поточному моменті й знижувати рівень стресу.

Практики майндфулнесу, які були рекомендовані пацієнтам для повсякденного життя:

- Усвідомлене дихання. Протягом дня зупиніться на кілька хвилин і зверніть увагу на своє дихання. Вдихайте через ніс, відчуваючи, як повітря наповнює легені, і видихайте через рот. Зосередьтеся на відчуттях, що виникають під час вдиху та видиху. Робіть це протягом 1-3 хвилин.

- Усвідомлене ходіння. Практикуйте майндфулнес під час ходьби, навіть якщо це коротка прогулянка до роботи або магазину. Звертайте увагу на кожен крок, відчувайте контакт стоп із землею, спостерігайте за рухами свого тіла. Намагайтеся бути повністю присутнім у цьому процесі.

- Усвідомлене приймання їжі. Під час їжі зосереджуйтеся на смаку, текстурі та запаху їжі. Вимкніть телевізор та відкладіть телефон. Повільно пережовуйте їжу, звертаючи увагу на кожен шматочок. Зосередьтеся на відчуттях у роті та на тому, як ви відчуваєтеся під час споживання їжі.

- Усвідомлена гігієна. Застосовуйте майндфулнес під час виконання рутинних гігієнічних процедур, таких як миття рук або приймання душу. Звертайте увагу на відчуття води на шкірі, звук води, відчуття мила або шампуню. Відчуйте кожен момент цих дій.

- Усвідомлене слухання. Під час спілкування з іншими людьми зосереджуйтеся на слуханні, а не на відповіді. Слухайте співрозмовника, звертайте увагу на його слова, інтонацію та мову тіла. Намагайтеся бути повністю присутнім у моменті розмови.

- Усвідомлене спостереження за природою. Виділіть час для спостереження за природою. Вийдіть на вулицю або погляньте у вікно. Спостерігайте за деревами, квітами, птахами чи небом. Зосередьтеся на красі природи та відчуттях, які вона викликає.

- Усвідомлене пробудження та засинання. Починайте і завершуйте свій день з майндфулнес. Вранці перед тим, як встати з ліжка, зосередьтеся на своєму диханні і відчуттях у тілі. Перед сном виділіть кілька хвилин для усвідомленого дихання або медитації, щоб заспокоїти розум і підготуватися до сну.

Переваги впровадження майндфулнесу в повсякденне життя:

- Зниження рівня стресу. Практики майндфулнес допомагають знизити рівень стресу і покращити загальний психоемоційний стан.

- Покращення концентрації. Регулярні практики усвідомленості покращують здатність концентруватися на завданнях.

- Покращення фізичного здоров'я. Усвідомленість допомагає зменшити напругу в тілі, покращити сон і загальне самопочуття.

- Збільшення задоволення життям. Практики майндфулнес допомагають насолоджуватися моментами повсякденного життя і відчувати більше задоволення.

2.3. Комплексна модель психотерапії для осіб з больовими м'язовими синдромами в рамках програми реабілітації

Хронічний біль – це складне явище, яке потребує комплексного підходу до лікування і психотерапія відіграє важливу роль у цьому процесі, допомагаючи пацієнтам впоратися з болем та покращити якість життя.

Традиційно психотерапія ґрунтується на певному теоретичному підході, наприклад, психодинамічному або когнітивно-поведінковому. Проте, останнім часом все більшої популярності набуває комплексна психотерапія, яка поєднує в собі методи з різних напрямків.

Існують дві основні передумови для застосування комплексної психотерапії в нашому дослідженні. По-перше, це багатогранність психотерапевтичних інтервенцій, оскільки психотерапія, орієнтована на особистісні зміни, які зазвичай фокусуються на одній з трьох сфер: когнітивній, емоційній або поведінковій. Проте, для досягнення максимального лікувального ефекту, важливо враховувати всі ці аспекти. По-друге, комплексна психотерапія інтегрує методи з різних психотерапевтичних підходів, таких як психодинамічний, когнітивно-поведінковий та інші. Це дозволяє охопити ширший спектр проблем та потреб пацієнта.

Комплексна психотерапія не обмежується впливом лише на один аспект особистості (думки чи поведінку), а охоплює всі сфери функціонування людини, включаючи емоції, когнітивні процеси та поведінкові патерни. Завдяки поєднанню різних методів, комплексна психотерапія може дати кращий результат, ніж будь-який з них окремо. Такий підхід можна адаптувати

до індивідуальних потреб кожного пацієнта, враховуючи його особливості та проблеми.

Під час сеансів комплексної психотерапії пацієнти осмислюють свої проблеми та разом з психотерапевтом досліджують коріння своїх труднощів, розуміючи їх зв'язок з минулим досвідом, думками, емоціями та поведінкою. Переживають емоції, де психотерапевт створює безпечний простір і пацієнти можуть досліджувати та виражати свої емоції, не боячись осуду. Змінюють свою поведінку, за допомогою психотерапевта пацієнти навчаються новим способам мислення та поведінки, які допомагають їм краще справлятися з проблемами та жити більш щасливим та повноцінним життям.

Окрім використання різних психотерапевтичних методів, на результат комплексної психотерапії впливають й інші фактори. Особистісні якості пацієнта, готовність до змін, мотивація та відкритість до нового досвіду є ключовими для успішної психотерапії. Особистісні якості психотерапевта: професіоналізм, емпатія та вміння створити атмосферу довіри та підтримки є важливими його якостями. Стосунки між психотерапевтом та пацієнтом, довіра, повага та співпраця є основою для успішної терапії.

Цілі та завдання комплексної моделі психотерапії. На основі даних, отриманих в результаті експериментального психологічного дослідження особливостей особистості пацієнтів з хронічними больовими м'язовими синдромами та враховуючи інформацію з літературних джерел, нами була розроблена комплексна модель психотерапії.

Мета комплексної моделі психотерапії: усвідомлення пацієнтом психологічних механізмів свого захворювання та їх опрацювання; досягнення пацієнтом стійкого емоційного стану, подолання неврологічної симптоматики, почуття психологічного й соматичного дискомфорту, а також покращення соціального функціонування.

Завдання для досягнення мети:

1. Формування готовності пацієнта до лікування: спільно з пацієнтом визначається психологічна основа його захворювання, досліджується зв'язок його симптоматики з проблемними ситуаціями.

2. Корекція уявлення пацієнта про соматичну природу його захворювання: акцентується увага на зв'язку емоцій з симптомами розладу; роз'яснюється роль негативних емоцій у виникненні, закріпленні та посиленні больової симптоматики, формується мотивація пацієнта до психотерапевтичного лікування.

Комплексна модель психотерапії, розроблена для пацієнтів з хронічним МФБС ґрунтується на індивідуальному підході з урахуванням психологічних особливостей кожного пацієнта та включає декілька етапів, на кожному з яких було застосовано найбільш прийнятні психотерапевтичні методики.

Ефективність запропонованої моделі була досліджена на основній групі з 30 пацієнтів з МФБС. Терапевтичні сесії тривали близько місяця, з частотою 2 рази на тиждень, тривалість одного заняття – 1 година. Загальна тривалість психотерапії за курс в середньому склала 10 годин.

Психотерапія – це не просто розмова, це подорож до глибин свого «Я», де можна дослідити емоції, думки та поведінку, які впливають на життя людини. Розпочинаючи цю подорож, важливо мати чітку карту та знати, куди ми йдемо.

Комплексна модель психотерапії пропонує таку карту, ґрунтуючись на п'яти ключових принципах:

1. Самоусвідомлення. Першим кроком на шляху до зцілення є розуміння себе. Психотерапевт допомагає пацієнту розпізнати зв'язок між тілом, розумом та душею, прояснити емоції та ідентифікувати психотравмуючі події, які впливають на його життя.

2. Зв'язки між минулим, сьогоденням та майбутнім. Людина несе в собі відбитки минулого досвіду, який може впливати на її реакції та поведінку в теперішньому часі. Комплексна модель психотерапії допомагає розірвати ці негативні зв'язки та збудувати нові, здоровіші патерни поведінки.

3. Фокус на актуальних проблемах. Психотерапія не зациклюється на минулому, а концентрується на вирішенні поточних проблем пацієнта. Це робить терапію більш практичною та орієнтованою на результат.

4. Структурований підхід. Комплексна модель психотерапії має чітку структуру, що дає пацієнтам відчуття безпеки та передбачуваності. Кожна сесія має свою мету та чітко визначені завдання, що допомагає пацієнтам зосередитися та просуватися лише вперед.

5. Співпраця терапевта та пацієнта. Психотерапевт не є всезнаючим авторитетом, а радше виступає в ролі провідника на шляху до самозцілення. Пацієнти беруть активну участь у процесі терапії, роблячи свій унікальний внесок у подорож до себе.

Етапи роботи в комплексній моделі психотерапії. Комплексна модель психотерапії передбачає чітку структуру, що складається з кількох послідовних етапів. Кожен етап має чітко визначені цілі, методи їх досягнення та орієнтовну тривалість. Опис етапів комплексної моделі психотерапії представлено в таблиці 2.2.

Окрім того, в рамках дослідження пацієнти також пройшли курс навчання психоміорелаксації. Їм рекомендували практикувати цю техніку вдома декілька разів на день: після пробудження, під час обідньої перерви та перед сном. Протягом усього дослідницького періоду пацієнти вели щоденник, де записували дані про свій фізичний та емоційний стан, думки та активності.

Отже, новими аспектами створеної нами комплексної моделі психотерапії є:

- Чітка структура: модель чітко структурована з послідовним проходженням визначених етапів, що забезпечує системний підхід до терапії.
- Інтегровані техніки: до моделі включені адаптовані психотерапевтичні техніки, які прискорюють катарсичне опрацювання емоцій та скорочують загальну тривалість терапії.
- Пацієнтоорієнтований підхід: психотерапевт активно направляє та підтримує пацієнта, не нав'язуючи йому зміст роботи.

- Індивідуальний підбір методів: використовуються чітко визначені прийоми та техніки, які оптимально відповідають можливостям пацієнта на кожному етапі терапії.

- Співпраця з лікарем: психотерапевт співпрацює з лікарем пацієнта, узгоджуючи свої дії з регламентом та можливостями прийому.

Таблиця 2.2

Задачі та методи психотерапії на етапах комплексної моделі психотерапії для пацієнтів з хронічними міофасціальними больовими синдромами

№ з/п години	Опис	Діяльність
I етап 2 год	Задачі	- встановлення контакту з пацієнтом - формування готовності до психотерапії - звернення пацієнта до емоціональних аспектів своєї життєдіяльності - роз'яснення психотерапевтом ролі емоцій у виникненні симптоматики, їх зв'язок з проблемними ситуаціями
	Методи	Раціональна психотерапія
II етап 2 год	Задачі	- катарсичне відреагування емоцій та емоційне очищення та розрядка
	Методи	Тілесно-орієнтована психотерапія
III етап 2 год	Задачі	- дистанціювання симптому та розототожнення хворого з ним
	Методи	Майндфулнес (усвідомленість)
IV етап 4 год	Задачі	- корекція внутрішньої картини хвороби - психотерапевтична робота з психологічними захистами та вторинними вигодами захворювання - вироблення адекватного ставлення до комплексного підтримуючого лікування - корекція супутніх нервово-психічних порушень - підтримка самостійності та ініціативності пацієнта
	Методи	Систематична десенсибілізація (федінг) Нейролінгвістичне програмування (НЛП) Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

2.4. Організація дослідження

Дослідження було проведено на базі Центру хребта «POSTAVA» м. Чернівці в період з 2023 року по 2024 рік.

Центр хребта «POSTAVA» – це мережа реабілітаційних закладів України, яка є на сьогодні одним із лідерів на ринку послуг з фізичної реабілітації пацієнтів з порушеннями опорно-рухового апарату. Колектив Центру – це мультидисциплінарна команда високопрофесійних фахівців: неврологів, ортопедів-травматологів, фізіотерапевтів, кінезіотерапевтів, які мають відповідну спеціалізацію та великий досвід роботи у цій сфері.

Експериментальне дослідження проводилося в три взаємопов'язаних етапи.

Перший етап – присвячений вивченню та теоретичному узагальненню відомостей щодо проблеми дослідження в науково-методичній літературі. Аналіз спеціальних наукових джерел з проблеми дослідження дозволив обґрунтувати його мету, визначити об'єкт, предмет та основні завдання, розробити індивідуальний план роботи.

На другому етапі у відповідності до поставлених завдань дослідження було проведено обстеження 60 пацієнтів з установленими діагнозами МФБС переважно нижньої частини спини, тазу, нижніх кінцівок, віком від 25 до 50 років, із них: чоловіки – 15 (25%), жінки – 45 (75%). Середній вік пацієнтів, що були включені в дослідження, склав $48,56 \pm 0,98$ років, середня тривалість захворювання $2,49 \pm 0,28$ років. Всі пацієнти чітко відповідали установленим критеріям включення в наше дослідження: вік пацієнтів; інструментальна верифікація больового синдрому (КТ, МРТ); підписана інформована згода на обстеження, реабілітацію та обробку отриманих персональних даних.

Критерії виключення пацієнтів з дослідження: синдроми здавлювання нервових корінців або структур спинного мозку міжхребцевими грижами та зміщеними хребцями (спонділолістез); онкологічні утворення в нервовій та кістковій системі; травми хребта; інфекційні та неінфекційні запальні захворювання, судинні захворювання спинного та головного мозку.

Відповідно до критеріїв включення в дослідження всі пацієнти були розділені на дві групи: основну і контрольну.

Пацієнти контрольної групи, яка включала 30 осіб отримували традиційний комплекс лікувально-реабілітаційних процедур: лікувальний масаж, заняття індивідуально підібраними терапевтичними вправами, ортезування ортопедичними засобами, фізіопроцедури (магнітотерапія, ампліпульс-терапія, ударно-хвильова терапія, пресотерапія), психорелаксаційні техніки, копінг-стратегії подолання труднощів. В основній групі пацієнтів, де входило теж 30 осіб, була застосована комплексна модель медико-психологічної реабілітації, яка включала методи психотерапії.

Формування груп для проведення експерименту було обумовлено поставленими завданнями дослідження: визначити клініко-психологічний статус осіб з хронічними больовими міофасціальними синдромами та розробити ефективну модель їх медико-психологічної реабілітації.

Вибір об'єкта дослідження зумовлений необхідністю підвищення ефективності реабілітаційних заходів для осіб з хронічними больовими міофасціальними синдромами, які відвідують реабілітаційні центри.

На третьому етапі дослідження було проведено ґрунтовний аналіз результатів дослідження з використанням сучасних інформаційних технологій та статистичної обробки даних. Оцінено ефективність запропонованої моделі медико-психологічної реабілітації в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів з хронічними больовими м'язовими синдромами в клінічній практиці.

Проведено апробацію основних положень кваліфікаційної роботи на наукових конференціях та викладено основні результати дослідження в наукових публікаціях. Оформлено рукопис кваліфікаційної роботи та подано на кафедру для рецензування.

Висновки до розділу 2

У другому розділі розкрито систему методів дослідження, відповідних до мети й завдань кваліфікаційної роботи, подано організацію дослідження. Базою дослідження був реабілітаційний центр хребта та суглобів «POSTAVA» в місті Чернівці, який надає послуги з фізичної реабілітації порушень опорно-рухового апарату.

У процесі дослідження було проведено обстеження 60 пацієнтів з установленими діагнозами міофасціального больового синдрому переважно в області нижньої частини спини, тазу та нижніх кінцівок, віком від 25 до 50 років, із них: чоловіки – 15 (25%), жінки – 45 (75%). Середній вік пацієнтів, що були включені в дослідження, склав $48,56 \pm 0,98$ років, середня тривалість захворювання $2,49 \pm 0,28$ років. Всі пацієнти чітко відповідали установленим критеріям включення в наше дослідження.

Протокол дослідження включав наступні методи: оцінку ставлення пацієнта до хвороби за опитувальником ТОБОЛ; оцінку інтенсивності болю за візуально аналоговою 10-ступінчатою шкалою болю FPS-R (заснованою на шкалі Байерса); якісні та кількісні характеристики болю оцінювались за опитувальником МакГілла (McGill Pain Questionnaire), який дозволяв також визначити якісні аспекти проявів болю (сенсорні, афективні та когнітивно-оцінювальні); вплив болю на якість життя оцінювався за Гіссенським опитувальником соматичних скарг (Giessen Subjective Complaints List); психоемоційний стан пацієнтів оцінювався за госпітальною шкалою тривоги та депресії (HADS).

Для оцінки вираженості та динаміки м'язової дисфункції проводили визначення індексу м'язового синдрому (ІМС), який розраховувався за формулою: $ІМС = ВБ + ТМ + БМ + ТБ + СІ$ (ВБ – вираженість спонтанного болю, ТМ – тонус м'язів, БМ – болючість м'язів, ТБ – тривалість болю, СІ – ступінь іррадіації болю при пальпації). Кожен із компонентів індексу оцінювався в балах від одного до трьох. Дослідженню підлягали такі м'язи:

сідничні м'язи, триголовий м'яз гомілки, прямий м'яз стегна, кравецький м'яз, грушоподібний м'яз і розгинач хребта.

Для комплексної реабілітації всіх учасників дослідження було підібрано індивідуальний комплекс фізичної реабілітації та психотерапевтичної допомоги.

Фізична реабілітація проводилась з урахуванням:

- інтенсивності больового синдрому: терапевтичні вправи підбирались з акцентом на зменшення болю та покращення рухливості.
- неврологічного статусу: враховувались особливості ураження нервової системи, щоб уникнути шкоди та максимізувати користь від вправ;
- супутніх захворювань: програма реабілітації адаптувалась до інших проблем зі здоров'ям, щоб не загострити їх.

Важливою складовою реабілітаційної програми була психотерапія, яка мала на меті:

- корекцію нейропсихологічних розладів: допомага учасникам дослідження впоратися з такими проблемами, як тривога, депресія, розлади сну, порушення уваги, емоційна нестабільність, тощо;
- соціальну реадaptaцію: допомага учасникам дослідження повернутися до нормального життя в суспільстві.

Психотерапевтичні методи включали:

- індивідуальні заняття з релаксаційними техніками, які допомагали учасникам дослідження зняти емоційне напруження та тривогу;
- формування адаптивних стратегій подолання труднощів: навчання учасників дослідження, як ефективно справлятися з проблемами, що виникають внаслідок травми чи захворювання;
- навчання навичок саморегуляції: допомагав учасникам дослідження навчитися контролювати свої емоції та поведінку;
- індивідуальні сеанси з використанням тілесно-орієнтованих та раціональних методів психотерапії, які допомагали учасникам дослідження опрацювати психологічні проблеми та покращити своє психічне здоров'я.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ ОСІБ З ПРОЯВАМИ БОЛЬОВОГО М'ЯЗОВОГО СИНДРОМУ

Оцінка ефективності комплексної програми реабілітаційних заходів, яка включала методи психотерапевтичної допомоги при хронічних міофасціальних болях здійснювалася за результатами 5 тижнів проведення курсу реабілітації. З цією метою було проведено реабілітаційне обстеження та порівняльний аналіз отриманих показників з вихідними, в тому числі в порівнянні з даними в контрольній і основній групах дослідження.

3.1. Вплив комплексної програми реабілітації та психотерапевтичної допомоги на неврологічний статус і больовий синдром пацієнтів

З метою оцінки результативності комплексної програми реабілітації щодо неврологічного статусу, пацієнтам проводилось обстеження на початку лікування, а також через 5 тижнів після його завершення. Обстеження включало: динаміку рухів в ураженому відділі хребта, оцінку ступеня вираженості сколіозу за кутом викривлення хребта, оцінку корінцевої симптоматики (біль, оніміння, поколювання), оцінку нейродистрофічного синдрому (м'язова слабкість, атрофія) за п'ятибальною шкалою. Окремо проводилась оцінка динаміки міофасціального больового синдрому за показником індексу м'язового напруження (ІМС).

3.1.1. Результати оцінки стану пацієнтів за п'ятибальною шкалою неврологічної симптоматики та індексом м'язового синдрому

На початку дослідження, у всіх пацієнтів спостерігалися порушення біомеханіки рухів з обмеженням активних рухів в уражених ділянках тіла та тонічне напруження м'язів. У більшості випадків виявлявся гомо- або

гетеролатеральний сколіоз з різним ступенем вираженості м'язово-тонічного синдрому, що свідчило про м'язове напруження та локальну болючість у місці ураження.

У пацієнтів з радикулопатією клінічна картина доповнювалася зниженням сухожильних рефлексів, слабкістю денервованих м'язів, гіпестезією в зоні відповідного дерматома, гіпотрофією уражених м'язів та симптомами корінцевого натягу (Ласега, Нери, Бехтерева та ін.). При МРТ-обстеженні хребта у всіх пацієнтів виявлені ознаки остеохондрозу та деформуючого спондиліозу хребта, вираженість яких зазвичай не корелювала з клінічною картиною.

В ході дослідження було продемонстровано, що запропонована програма реабілітації з включенням методів психотерапії призвела до суттєвого покращення стану пацієнтів основної групи (табл.3.1).

Таблиця 3.1

**Динаміка неврологічної симптоматики (бали) в пацієнтів
з хронічним м'язовим болем у процесі комплексної реабілітації**

Показники	Групи	Результати дослідження		Різниця
		До реабілітації (бали)	Після реабілітації (бали)	p
5-бальна шкала оцінки неврологічної симптоматики	Основна (n=30)	2,77±0,16	1,50±0,10	<0,05
	Контрольна (n=30)	2,63±0,18	1,87±0,18	<0,05
Індекс м'язового синдрому (ІМС)	Основна (n=30)	11,42±0,46	3,85±0,12	<0,05
	Контрольна (n=30)	11,53±0,3	7,53±0,2	<0,05

Так, у пацієнтів основної групи значення неврологічної симптоматики, оцінені за 5-бальною шкалою, знизилися з 2,77±0,16 балів на початку дослідження до 1,50±0,10 бала (p<0,05) через 5 тижнів терапії, що свідчить про перехід від порушень середньої тяжкості (до 3 балів) в легку форму (0-2 бали).

У пацієнтів контрольної групи ці значення також знизилися з $2,63 \pm 0,18$ балів до $1,87 \pm 0,18$ балів ($p < 0,05$). Важливо зазначити, що, хоча покращення спостерігалися і в контрольній групі, але вони були меншими, що дає підстави стверджувати про специфічну дію запропонованої терапії.

В середньому, у всіх пацієнтів, включених в дослідження, індекс м'язового синдрому (ІМС) становив $11,42 \pm 0,46$ балів, що відповідало помірному ступеню вираженості м'язово-тонічного синдрому, але після проведення комплексної програми реабілітації з включенням психотерапевтичних методів, середні значення ІМС стали відповідати легкому ступеню вираженості $3,85 \pm 0,12$ бали. У той же час, в контрольній групі значення ІМС залишилися в діапазоні показників середньої тяжкості $7,53 \pm 0,2$ бали.

3.1.2. Результати оцінки вираженості больового синдрому пацієнтів за 10-ступінчатою візуальною шкалою болю FPS-R

Для того, щоб визначити ступінь вираженості больового синдрому, використовувалася шкала ВАШ (FPS-R). Порівняння результатів, отриманих до та після завершення програми реабілітації, дало можливість оцінити динаміку больового синдрому за ВАШ.

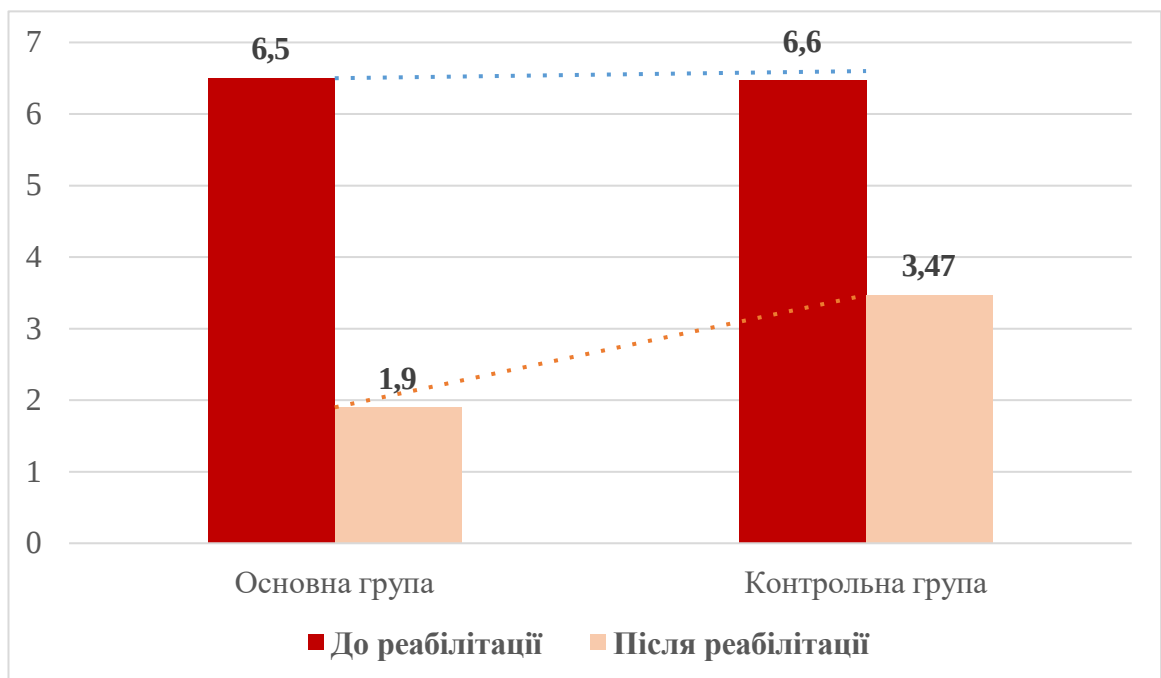


Рис. 3.1. Динаміка болю за шкалою ВАШ

Попри схожі вихідні значення даного параметра в групах дослідження (в середньому – $6,5 \pm 0,11$ бала), вже через 5 тижнів терапії, вираженість больового синдрому в пацієнтів основної групи за шкалою ВАШ, відповідала слабкій інтенсивності та становила $1,90 \pm 0,13$ бали, що статистично значно нижче, порівняно з вихідними показниками ($p < 0,05$). У той же час, значення ВАШ болю у пацієнтів контрольної групи залишилося на рівні $3,47 \pm 0,13$ бала, що відповідає болю помірної інтенсивності.

3.1.3. Результати оцінки больового синдрому пацієнтів за опитувальником Мак-Гілла (The McGill Pain Questionnaire)

Для суб'єктивної оцінки болю використали опитувальник Мак-Гілла (The McGill Pain Questionnaire), за допомогою якого вираховували ранговий індекс болю (РІБ) як суму балів за прикметники, що описували сенсорні та емоційні відчуття болю пацієнта. І як свідчать дані, середні фонові показники результатів анкетування за опитувальником МакГілла до терапії, суттєвої різниці щодо вираженості больового синдрому в пацієнтів різних клінічних груп з хронічними м'язовими болями не було виявлено. Середні їх значення свідчать, що больовий синдром здебільшого був вираженим (рис.3.2).

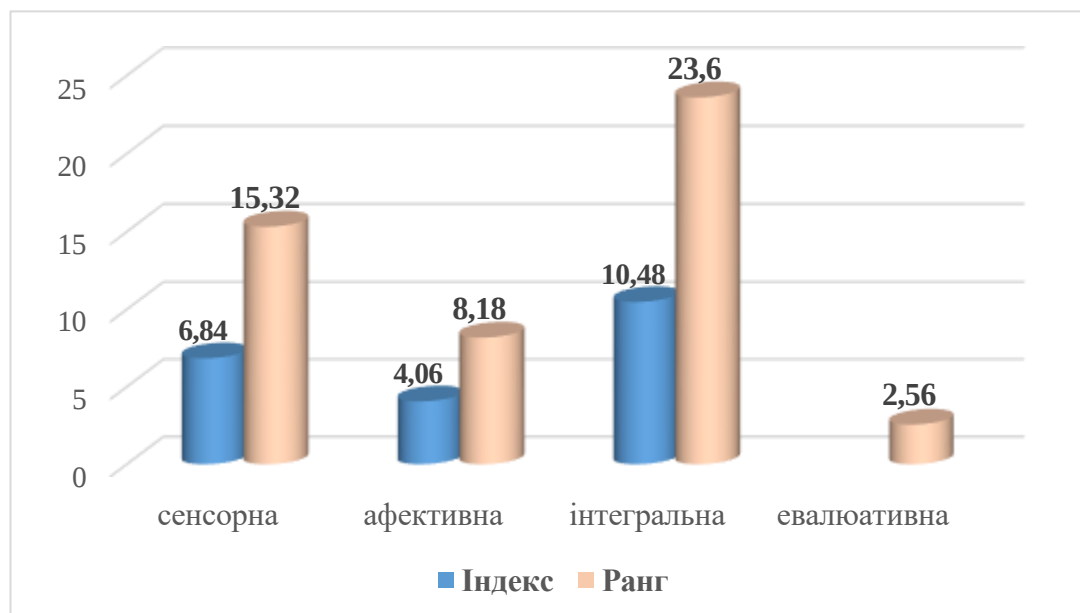


Рис. 3.2. Показники болю в пацієнтів з хронічними м'язовими синдромами за опитувальником Мак-Гілла

За даними опитувальника Мак-Гілла (рис. 3.2), на початку дослідження, найвищі показники болю спостерігалися за сенсорною шкалою, що відображає соматичне сприйняття болю (індекс – $6,84 \pm 4,1$; ранг – $15,32 \pm 12,8$). Показники афективної шкали, яка характеризує емоційну складову болю, були нижчими: індекс – $4,06 \pm 1,4$; ранг – $8,18 \pm 3,28$. Найнижчі значення отримані за оціночною шкалою, яка виражає суб'єктивну оцінку інтенсивності больового синдрому (ранг – $2,56 \pm 0,68$). Інтегральний показник «сенсорна+афективна» (індекс – $10,48 \pm 5,47$; ранг – $23,6 \pm 14,27$) переважає над ранговим показником оціночної шкали.

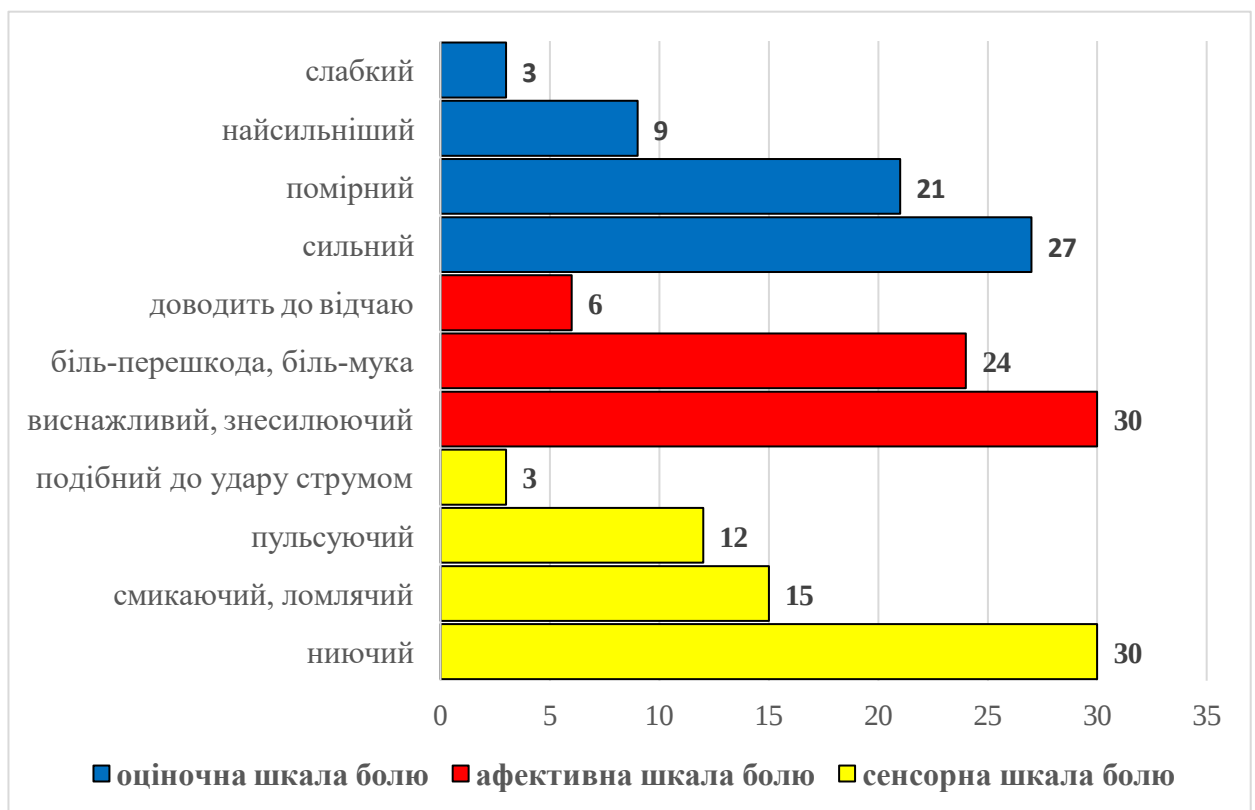


Рис. 3.3. Частота вибору пацієнтами основних дескрипторів болю за опитувальником Мак-Гілла

Частота вибору пацієнтами основних дескрипторів болю за опитувальником Мак-Гілла представлена на рис. 3.3.

Словесний опис болю (сенсорна шкала): половина пацієнтів 30 (50%) описували біль, як «ниючий». Чверть опитаних 15 (25%) використовували

слова «переймоподібний», «смикаючий», «ломлячий». Рідше вживалися терміни «пульсуючий» 12 (20%) та «подібний до удару струмом» 3 (5%).

Афективна шкала: половина пацієнтів 30 (50%) для опису емоцій, які викликає біль, використовували слова «виснажливий», «знесилюючий», «стомлюючий». 24 (40%) опитаних обирали слова «біль-перешкода», «біль-мука». І лише 6 (10%) пацієнтів використовували терміни «біль-катування» і «доводить до відчаю».

Оціночна шкала: терміни оцінки інтенсивності болю пацієнтами використовувалися з такою частотою: близько половини опитаних 27 (45%) характеризували біль як «сильний», 21 (35%) – як «помірний», 9 (15%) – як «найсильніший» і лише 3 (5%) пацієнти – як «слабкий».

Цікаво зазначити, що найчастіше пацієнти з міофасціальним больовим синдромом (МФБС) описують біль як «ниючий», «виснажливий» та «знесилюючий». При цьому більшість з них оцінюють його інтенсивність як «сильний». Ця невідповідність може бути пов'язана з тим, що біль при МФБС має хронічний характер, тобто триває довго, і починає більше залежати від емоційного стану людини. Цей постійний біль викликає стрес, який впливає на роботу нервової та ендокринної систем, призводить до слабкості, пригніченого настрою, міалгії, порушення сну, втоми, зниження імунітету. Також він погіршує настрій і викликає тривогу, що ускладнює будь-яке лікування.

Завдяки комплексному підходу до реабілітації, який поєднував у собі методи психотерапії, значна частина пацієнтів основної групи відчувала суттєве покращення самопочуття. Вони зазначили зменшення болю та збільшення амплітуди рухів. Це сприяло значному зниженню як сенсорної, так і афектної складової больового синдрому (табл.3.2). При порівнянні абсолютних значень змін цих складових болю в основній групі та групі контролю, отримані дані виявилися статистично достовірними ($p < 0,01$).

Таблиця 3.2

Динаміка показників болю за опитувальником Мак-Гілла

Шкали Опитувальника Мак-Гілла	Зсув показника основна група n=30	Зсув показника контрольна група n=30	Різниця (P)
Сенсорна шкала (1-13)	3,16±1,3	1,6±0,68	<0,01
Афективна шкала (14-19)	1,5±0,46	0,68±0,32	<0,01
Оціночна шкала (20)	0,97±0,26	0,56±0,18	<0,01

Отже, результати дослідження показали, що пацієнти, які отримували комплексну програму реабілітації з методами психотерапії, мали більш виражені покращення за показниками: інтенсивності болю за шкалою ВАШ, неврологічної симптоматики за 5-бальною шкалою, вираженістю м'язового синдрому за шкалою ІМС, якісними показниками болю за опитувальником Мак-Гілла. Це дослідження підтверджує, що психотерапевтичні методи можуть бути ефективним доповненням до традиційних методів лікування та реабілітації пацієнтів з МФБС. Комплексна програма реабілітації, яка поєднує в собі фізичні та психотерапевтичні методи, може призвести до значного покращення якості життя пацієнтів.

3.2. Вплив комплексної програми реабілітації та психотерапевтичної допомоги на психологічний статус пацієнтів

Відомо, що психологічний стан пацієнта відіграє суттєву роль у процесі одужання. Позитивний настрій, віра у власні сили та оптимістичний погляд на майбутнє сприяють покращенню динаміки лікування, зниженню рівня тривоги та депресії, а також пришвидшують відновлення після хвороби. Останнім часом значна увага приділяється саме психосоматичним аспектам захворювань, а психотерапія все частіше використовується як доповнення до традиційних методів лікування та реабілітації.

3.2.1. Результати оцінки психологічного стану пацієнтів за типом відношення їх до свого захворювання за опитувальником ТОБОЛ

З метою визначення типу відношення пацієнтів, які страждають на хронічні больові м'язові синдроми, до свого наявного захворювання, нами було застосовано опитувальник ТОБОЛ. Аналіз та узагальнення отриманих результатів дозволили виявити п'ять основних типів сприйняття хвороби пацієнтами з хронічними больовими м'язовими синдромами. Результати дослідження представлені на рисунку 3.4.

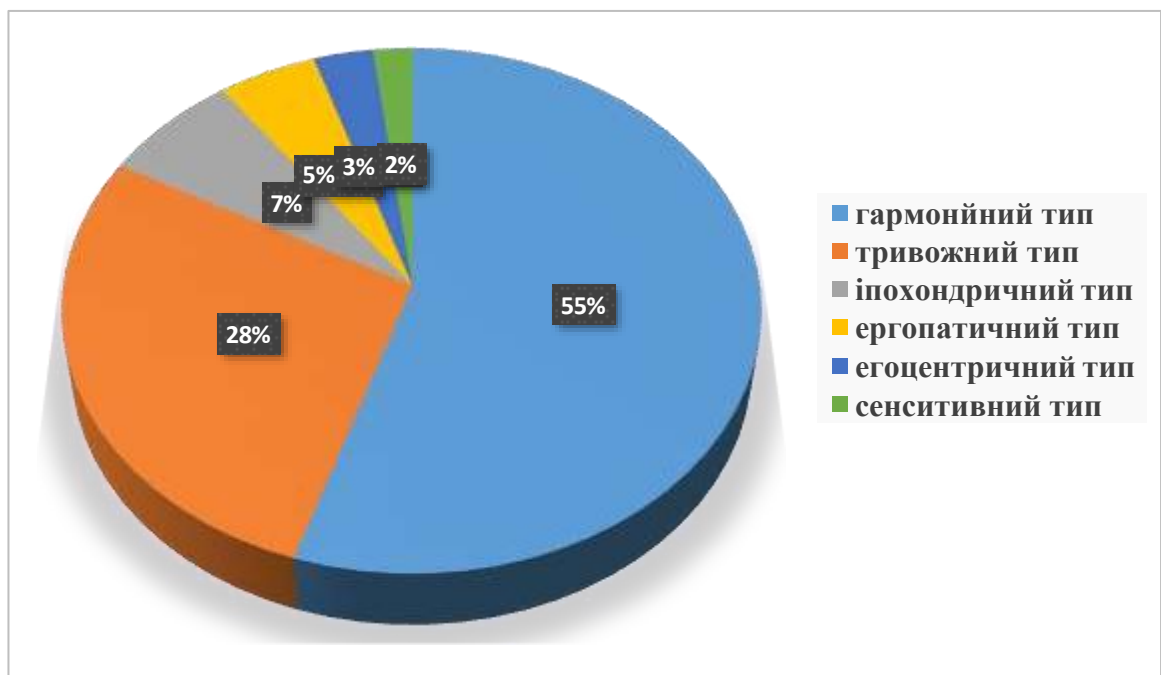


Рис.3.4. Показники типів відношення пацієнтів з МФБС до свого фізичного стану за опитувальником ТОБОЛ

Гармонійний тип (33 пацієнти, 55%). Ці пацієнти не відчують значних соціальних та психологічних проблем, пов'язаних з хворобою. Вони прагнуть до одужання, не сприймають себе як хворих, зберігають активність в житті та працездатність.

Тривожний тип (17 пацієнтів, 28%). Пацієнти постійно турбуються про перебіг хвороби, можливі ускладнення та безпеку лікування. Їх характеризує постійний тривожний настрій.

Іпохондричний тип (4 пацієнти, 7%). Ці пацієнти зосереджені на суб'єктивних тілесних відчуттях. Вони часто звертаються до лікарів, перебільшуючи свої страждання та постійно вимагають додаткових обстежень та лікування.

Ергопатичний тип (3 пацієнти, 5%). Пацієнти повністю занурені в роботу та відповідально виконують свої трудові обов'язки. Водночас, вони нехтують своїм здоров'ям, заперечують хворобу та ігнорують рекомендації лікарів.

Егоцентричний тип (2 пацієнти, 3%). Ці пацієнти зосереджені на власних відчуттях та потребах. Вони не слухають порад лікарів, постійно дратують медичний персонал своїми вимогами, важко сприймають критику.

Сенситивний тип (1 пацієнт, 2%). Пацієнти надзвичайно чутливі до зовнішніх подразників, вразливі та емоційно ранимі. Вони болісно реагують на зауваження та критику, схильні до самоізоляції.

При розподілі пацієнтів на клінічні групи основну та контрольну за типами реакції їх на свій фізичний стан здоров'я, обидві групи були ідентичними (табл.3.3).

Таблиця 3.3

**Типи реакції пацієнтів з МФБС до свого фізичного стану
за опитувальником ТОБОЛ**

Тип відношення пацієнта до стану здоров'я	Основна група (n=30)		Контрольна група (n=30)	
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
Гармонійний	16	53,4	17	56,7
Тривожний	9	30,0	8	26,6
Іпохондричний	2	6,7	2	6,7
Ергопатичний	1	3,3	2	6,7
Егоцентричний	1	3,3	1	3,3
Сенситивний	1	3,3	0	0

В основній групі пацієнтів, які пройшли комплексну програму реабілітації, динаміка показників за опитувальником ТОБОЛ продемонструвала ефективність терапії у 36,6% випадків, тоді як у

контрольній групі цей показник становив лише 6,6%. Після проведеної терапії частка пацієнтів з гармонійним типом ставлення до хвороби в основній групі сягнула 93%, що значно вище за аналогічний показник в контрольній групі (63,3%) ($p < 0,01$). Результати дослідження представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

**Порівняльна оцінка ефективності терапії в основній
та контрольній групах хворих після проведеного курсу реабілітації
за показником типу ставлення до хвороби**

Тип відношення пацієнта до стану здоров'я	Основна група (n=30)		Контрольна група (n=30)	
	Абс. к-ть	%	Абс. к-ть	%
Гармонійний	27	90,0	19	63,3
Тривожний	0	0,0	6	20,0
Іпохондричний	2	6,7	2	6,7
Ергопатичний	0	0,0	2	6,7
Ергоцентричний	1	3,3	1	3,3
Сенситивний	0	0,0	0	0,0

Найгірше на терапію реагували пацієнти з негармонійним типом ставлення до хвороби, до якого належали іпохондричний та ергоцентричний типи. Ймовірна причина цього вбачається в тому, що для пацієнтів з негармонійним типом ставлення до хвороби, значно більшу роль у клінічній картині відіграє вторинна вигода від хвороби, а також підсвідоме небажання позбуватися симптомів.

Отже, комплексна реабілітаційна програма з включенням методів психотерапії демонструє значну ефективність у покращенні ставлення пацієнтів до власного стану здоров'я та хвороби, особливо у тих, хто має гармонійний тип.

3.2.2. Результати оцінки психологічного стану пацієнтів за Гіссенським опитувальником соматичних скарг (Giesener Beschwerdebogen, GBB)

Використання Гіссенського опитувальника соматичних скарг дало можливість оцінити емоційну інтенсивність скарг пацієнтів на стан фізичного здоров'я, які вони пов'язували з хворобою та депресією.

Опитувальник містить чотири основні шкали та одну узагальнюючу. 1-а (виснаження) – оцінює неспецифічний фактор виснаження, який характеризується загальною втратою життєвої енергії та потребою пацієнта в реабілітації; 2-а (шлункові скарги) – визначає синдром нервових (психосоматичних) шлункових розладів (епігастральний синдром); 3-а (ревматичний фактор) – оцінює суб'єктивні страждання пацієнта, що мають алгічний або спастичний характер; 4-а (серцеві скарги) – показує, як локалізує пацієнт свої скарги переважно в серцево-судинній системі.

Узагальнююча шкала (частота скарг) оцінює загальну інтенсивність скарг та «іпохондричність» з точки зору психосоматичного підходу. Підрахунок результатів за основними шкалами здійснюється шляхом сумування балів за відповідями на питання кожної шкали. За останньою шкалою – сумою значень відповідей на питання всіх основних шкал. Після курсу комплексної програми реабілітації в основній групі пацієнтів середні значення показників за всіма шкалами Гіссенського опитувальника соматичних скарг наблизилися до показників здорових людей (табл.3.5).

Таблиця 3.5

Динаміка показників Гіссенського опитувальника соматичних скарг у пацієнтів основної та контрольної груп у процесі проходження комплексної програми реабілітації (М±м)

Шкали Гіссенського опитувальника	До реабілітації Основна група(n=30)	Після реабілітації Основна група (n=30)	До реабілітації Контрольна група(n=30)	Після реабілітації Контрольна група (n=30)
Виснаження	15,8±1,2	7,4±2,0*	12,4±1,6	10,2±1,4*
Шлункові скарги	12,5±1,6	5,9±1,6*	11,3±1,4	10,4±1,9*
Ревматичний чинник	6,4±0,7	2,4±0,5*	6,5±0,4	4,2±0,8*
Серцеві скарги	8,1±0,7	4,1±1,0*	8,0±0,3	6,5±0,1*
Інтенсивність скарг	40,8±3,2	20,1±2,7*	34,1±3,6	33,8±3,0*

Примітка: * p<0,01

Виходячи з даних таблиці 3.5, маємо наступні результати: шкала «Виснаження»: з 15,8 до 7,4 балів; шкала «Шлункові скарги»: з 12,5 до 5,9 балів; шкала «Ревматичний чинник»: з 6,4 до 2,4 балів; шкала «Серцеві скарги»: з 8,1 до 4,1 балів.

Загальне середнє значення скарг, що відображає рівень «іпохондрії» пацієнтів, знизилася з 40,8 до 20,1 балів, як показано в таблиці 3.5. У контрольній групі пацієнтів, які проходили курс реабілітації за стандартною методикою, зниження рівня скарг не досягло рівня основної групи.

3.2.3. Результати оцінки психологічного стану пацієнтів за госпітальною шкалою тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Для оцінки впливу міофасціального больового синдрому на психоемоційний стан пацієнтів використовувалась госпітальна шкала тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Середні бали за підшкалою тривоги у всіх пацієнтів на початок дослідження склали $8,67 \pm 0,26$ балів, що відповідало помірному рівню тривоги. Значних відмінностей у вихідних значеннях HADS між групами дослідження не спостерігалось (табл.3.3).

Таблиця 3.3

Динаміка психоемоційного стану пацієнтів з МФБС за госпітальною шкалою тривоги і депресії HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Підшкала тривоги			
групи	До реабілітації (бали)	Після реабілітації (бали)	Різниця (P)
Основна (n=30)	$8,67 \pm 0,26$	$6,1 \pm 0,29^*$	$<0,05$
Контрольна (n=30)	$8,3 \pm 0,48$	$7,2 \pm 0,27^*$	$<0,05$
Підшкала депресії			
Основна (n=30)	$7,1 \pm 0,47$	$5,6 \pm 0,21^*$	$<0,05$
Контрольна (n=30)	$6,9 \pm 0,32$	$6,8 \pm 0,39^*$	$>0,05$

Примітка: * $p < 0,05$

За результатами проведеної терапії, незалежно від її виду, у всіх пацієнтів відзначалося зниження рівня тривоги ($p < 0,05$) та депресії ($p < 0,05$) порівняно з вихідними значеннями. Але у пацієнтів основної групи через 5 тижнів реабілітації вираженість тривоги склала $6,1 \pm 0,29$ балів ($p < 0,05$), а у пацієнтів контрольної групи – $7,2 \pm 0,27$ балів (табл.3.3). Це свідчить про значне зниження тривоги в обох групах, але результати основної групи були статистично значно кращими ($p < 0,05$) порівняно з результатами контрольної групи. У пацієнтів основної групи через 5 тижнів терапії середній бал за підшкалою депресії склав $5,6 \pm 0,21$ балів ($p < 0,05$), а у пацієнтів контрольної групи – $6,8 \pm 0,39$, що практично не відрізнялося від вихідного рівня.

Аналіз динаміки психоемоційного стану за шкалою HADS показав зниження суммарного числа балів за підшкалою тривоги на 30% та депресії на 21% у пацієнтів основної групи через 5 тижнів спостереження ($p < 0,05$). У контрольній групі ці показники склали 10% та 1% відповідно. Отже, застосування комплексної програми реабілітації, що включає методи психотерапії, призвело до значного зниження рівня тривоги та депресії у пацієнтів основної групи порівняно з контрольною групою.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі кваліфікаційної роботи досліджується ефективність комплексної програми реабілітації, що включає методи психотерапії для пацієнтів з хронічними міофасціальними больовими синдромами.

Дослідження проводилося на двох клінічних групах пацієнтів: основній та контрольній. Протягом 5 тижнів пацієнти основної групи проходили курс реабілітації, що включав психотерапію та інші методи реабілітації. В обох групах проводились реабілітаційні обстеження на початку та в кінці дослідження.

У пацієнтів основної групи після 5 тижнів терапії спостерігалось значне зниження неврологічної симптоматики (з $2,77 \pm 0,16$ до $1,50 \pm 0,10$ балів,

$p < 0,05$). Це свідчить про покращення стану з середньої тяжкості до легкого. У контрольній групі також спостерігалось покращення, але воно було менш вираженим (з $2,63 \pm 0,18$ до $1,87 \pm 0,18$ балів, $p < 0,05$).

Індекс м'язового синдрому (ІМС) на початку дослідження в обох групах відповідав помірному ступеню вираженості м'язово-тонічного синдрому ($11,42 \pm 0,46$ балів). Після 5 тижнів реабілітації ІМС пацієнтів основної групи знизився до $3,85 \pm 0,12$ балів (легкий ступінь), а в контрольній групі залишився в діапазоні показників середньої тяжкості ($7,53 \pm 0,2$ балів).

Вихідні значення ВАШ болю в обох групах були схожі (в середньому $6,5 \pm 0,11$ бала). Після 5 тижнів терапії ВАШ болю в основній групі значно знизився до $1,90 \pm 0,13$ балів (слабка інтенсивність), що статистично значно нижче, порівняно з вихідними показниками ($p < 0,05$). У контрольній групі ВАШ болю залишився на рівні $3,47 \pm 0,13$ балів (помірний біль).

Визначення характеру болю за опитувальником Мак-Гіла показали, що пацієнти з МФБС найчастіше описували біль як «ниючий», «виснажливий» та «знесилюючий». Проте, більшість пацієнтів оцінювали його інтенсивність як «сильний». Це пов'язано з хронічним характером болю при МФБС, який з часом стає залежним від емоційного стану. Комплексна реабілітація з психотерапією призвела до суттєвого покращення самопочуття у значної частини пацієнтів основної групи. Вони зазначили зменшення болю та збільшення амплітуди рухів. Це сприяло значному зниженню як сенсорної, так і афектної складових больового синдрому. Різниця в зміні цих складових болю між основною та контрольною групами була статистично достовірною ($p < 0,01$).

Динаміка показників опитувальника ТОБОЛ продемонструвала ефективність терапії у 36,6% випадків в основній групі, тоді як у контрольній групі цей показник становив лише 6,6%. Після терапії частка пацієнтів з гармонійним типом ставлення до хвороби в основній групі сягнула 93%, що значно вище за аналогічний показник в контрольній групі (63,3%) ($p < 0,01$). Найгірше на терапію реагували пацієнти з негармонійним типом ставлення до

хвороби, до якого належали іпохондричний та ергоцентричний типи. Це може бути пов'язано з тим, що для цих пацієнтів вторинна вигода від хвороби та підсвідоме небажання позбуватися симптомів відіграють значно більшу роль у клінічній картині.

Дослідження соматичних скарг за Гіссенським опитувальником показало, що у пацієнтів основної групи після реабілітації значно знизилась емоційна інтенсивність скарг на стан свого фізичного здоров'я, які вони пов'язували з хворобою та депресією. Це стосувалося всіх підшкал опитувальника: «Виснаження», «Шлункові скарги», «Ревматичний чинник» та «Серцеві скарги». Загальне середнє значення скарг, що відображає рівень «іпохондрії» пацієнтів, знизилося з 40,8 до 20,1 балів. У контрольній групі пацієнтів, які проходили курс реабілітації за стандартною методикою, зниження рівня скарг не досягло рівня основної групи.

Опитування за шкалою HADS показали, що у пацієнтів основної групи через 5 тижнів спостереження значно знизились показники тривоги та депресії. Зниження суммарного числа балів за підшкалою тривоги становило 30%, а за підшкалою депресії – 21% ($p < 0,05$). У контрольній групі ці показники знизились значно менше: 10% за підшкалою тривоги та 1% за підшкалою депресії.

Отже, комплексна програма реабілітації з методами психотерапії продемонструвала свою високу ефективність у лікуванні пацієнтів з хронічним МФБС. Вона значно зменшила емоційні скарги, рівень тривоги та депресії у пацієнтів основної групи порівняно з контрольною групою. Ці результати свідчать про те, що запропонована програма може бути рекомендована для комплексного лікування МФБС, з метою покращення як фізичного, так і психологічного стану пацієнтів.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз законодавчих нормативних актів і спеціальної наукової літератури показує, що розвиток системи реабілітації в Україні з включенням медико-психологічного напрямку, є важливим і необхідним для збереження здоров'я людини, враховуючи сучасні соціальні виклики. Комплексний підхід до реабілітації повинен охоплювати фізичне, соматичне, психологічне та психічне відновлення індивіда. Для ефективного функціонування системи реабілітації необхідно: врегулювати нормативно-правову базу, забезпечити сучасним обладнанням, підготувати спеціально навчений персонал, удосконалити освітню систему для якісної підготовки фахівців, зокрема з клінічної психології та психотерапії та розширити можливості післядипломної освіти у цій сфері.

2. Досвід медико-психологічної реабілітації показує, що психологічні чинники, такі як стрес, тривога, депресія та емоційне неблагополуччя, значно впливають на хронізацію міофасціального болю, підсилюючи його інтенсивність та тривалість. Найбільш ефективними методами для зниження хронічного болю є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та практики майнфулнесу, які допомагають пацієнтам справлятися з негативними думками та емоціями, пов'язаними з болем. Наказом МОЗ України № 2118 від 13.12.2023 «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» також рекомендовано використання в клінічній практиці й інших психотерапевтичних методів, таких як: гештальт терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей, емоційно-фокусована терапія, нейро-лінгвістична психотерапія, позитивна психотерапія та інші.

3. У процесі дослідження було обстежено 60 пацієнтів з хронічними міофасціальними больовими синдромами, віком від 25 до 50 років, з яких 25% чоловіки і 75% жінки. Середній вік пацієнтів становив 48,56 років, а середня тривалість захворювання – 2,49 роки. Протокол дослідження включав такі методи оцінки клініко-психологічного стану пацієнтів: оцінку ставлення до

хвороби за опитувальником ТОБОЛ, оцінку інтенсивності болю за 10-ступінчатою візуально аналоговою шкалою FPS-R, оцінку сенсорних та емоційних характеристик болю за опитувальником Мак-Гілла, оцінку рівня психосоматизації індивіда за Гіссенським опитувальником соматичних скарг та визначення рівня тривожності та депресії за шкалою HADS. Для оцінки стану міофасціальної дисфункції використовувався індекс м'язового синдрому (ІМС), який включав визначення вираженості болю, локального тону та болючості м'язів, тривалість болю та ступінь її іррадіації. Кожен із компонентів ІМС оцінювався в балах від одного до трьох. Дослідженню підлягали такі м'язи: розгиначі хребта, сідничні, триголовий м'яз гомілки, прямий м'яз стегна, кравецький м'яз та грушоподібний.

4. На основі отриманих даних в результаті проведеного обстеження та відповідно визначеним критеріям включення в дослідження всі пацієнти були розділені на дві групи: основну і контрольну. Пацієнти контрольної групи, яка включала 30 осіб отримували традиційний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів: лікувальний масаж, заняття індивідуально підібраними терапевтичними вправами, ортезування ортопедичними засобами, фізіопроцедури, психорелаксаційні техніки. В основній групі, куди входили теж 30 осіб, поряд з традиційними процедурами з реабілітації була застосована експериментальна комплексна модель психотерапії, яка включала елементи: раціональної психотерапії, тілесно-орієнтованих методів психотерапії, майнфулнесу, нейролінгвістичного програмування та систематичної десенсибілізації (федінгу). Тривалість курсу склала п'ять тижнів, 10 занять, частота сесій – 2 рази на тиждень по 1 годині.

5. Застосування комплексної моделі психотерапії в рамках програми реабілітації пацієнтів з хронічними міофасціальними больовими синдромами (МФБС) показало позитивні результати. У пацієнтів основної групи спостерігалось значне зниження неврологічної симптоматики, м'язового тону та болю. Неврологічна симптоматика зменшилася з 2,77 до 1,50 балів (з середньої тяжкості до легкого ступеня); індекс м'язового синдрому (ІМС)

знизився з 11,42 до 3,85 балів (з помірного до легкого ступеня); показники ВАШ болю зменшилися з 6,5 до 1,90 балів (з помірного до слабкого); показники опитувальника ТОБОЛ показали ефективність терапії у 36,6% випадків (проти 6,6% в контрольній групі); Гіссенський опитувальник продемонстрував зниження рівня соматичних скарг пацієнтів з 40,8 до 20,1 балів; за шкалою HADS було відмічено зниження тривоги на 30%, а депресії на 21% (проти 10% за підшкалою тривоги та 1% за підшкалою депресії в контрольній групі). Отже, ефективність запропонованої комплексної моделі психотерапії в рамках програми лікувально-реабілітаційних заходів для пацієнтів основної групи була значно вищою, ніж у контрольній. Це свідчить проте, що вона може бути рекомендована для використання у спеціалізованих реабілітаційних закладах, які займаються реабілітацією хворих з хронічними міофасціальними больовими синдромами.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналіз законодавства й політики у сфері психічного здоров'я в Україні. Проект «Психічне здоров'я для України». 2020. URL: <https://law.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2021/03/mh4u-mh-lawanalysis-report-2021.pdf>
2. Бурдейний А., Стащенко С. Первинний хронічний біль як соматизація дистресу. Психосоматична медицина та загальна практика. Психосоматична медицина та загальна практика. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/431>
3. Бреденкамп Керін, Дейл Еліна, Дорошенко Олена, Джигир Юрій, Хабіхт Ярно та ін. Реформа фінансування системи охорони здоров'я в Україні: прогрес та майбутні напрями. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро і Світовий банк. 2022. <https://iris.who.int/handle/10665/366374>
4. Борисюк А. С. До проблеми психічного та психологічного здоров'я молоді. Збірник наукових праць. Психологічні науки. 2013. Том 2. Випуск 10 (91). С. 46-51.
5. Вебер Т. Травмафокус: спеціалізований психотерапевтичний метод для роботи зі стресом, травмою та хронічним болем. Litera Nova. Харків, 2020. 164 с.
6. Глива Є. Вступ до психотерапії: навчальний посібник. Острог-Київ: Вид-во «Острозька академія», «Кондор». 530 с.
7. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Інформаційний портал MozOk.ua. Доступно про складні хвороби. URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depres-HADS>
8. Закон України «Про психіатричну допомогу» № 1489-III від 22 лютого 2000 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
9. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» №1053-IX від 3 грудня 2020 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>

10. Ісаков Р. Психосоматична патологія: монографія. Київ: Медицина, 2023. 167 с.
11. Ірина М., Дмитро Т., Владислав Б. Про вивчення теорії міофасціальних ланцюгів при підготовці фізичних терапевтів. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2018. Т. 468, № 5 (24). С. 397-403. URL: <https://doi.org/10.31652/2071-5285-2018-5-24-397-403>
12. Купко Н. Настанови щодо оцінювання хронічного болю та ведення пацієнтів із первинним хронічним болем. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2021. №7 (128). С. 51-55. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2021/7%28128%29#gsc.tab=0>
13. Крісп Г., Габбард Г. Психотерапія за Габбардом: посібник. Київ: Медицина, 2024. 912 с.
14. Левада О. Нейропсихологія болю. «НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія». URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2011/8\(35\)/article-569/neyropsihologiya-bolyu#gsc.tab=0](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2011/8(35)/article-569/neyropsihologiya-bolyu#gsc.tab=0)
15. Мурза Х. Рекомендації щодо ведення осіб із посттравматичним стресовим розладом «НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія». URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/3\(104\)/pages-39-43/rekomendaciyi-shchodo-vedennya-osib-iz-posttravmatichnim-stresovim-rozladom-#gsc.tab=0](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2019/3(104)/pages-39-43/rekomendaciyi-shchodo-vedennya-osib-iz-posttravmatichnim-stresovim-rozladom-#gsc.tab=0)
16. Методика ТОБОЛ (діагностика типів ставлення до хвороби). UkrPublic. URL: <https://ukrpublic.com/health/metodika-tobol-diagnostika-tipiv-stavlennya-do-khvorobi.html>
17. Медична психологія: підручник; за заг. ред. проф. І. Д. Спіріної. Дніпро: ЛІРА, 2022. 300 с.
18. Медична психологія: підручник / за редакцією академіка С.Д. Максименка. Том II. 3-є вид. доробл. і доповн. Київ: «Видавництво Людмила», 2023. 520 с.
19. Мушкевич М. Основи психотерапії: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.

20. Мотрук Т. О. Практика майндфулнес у психотерапевтичній практиці. *Sloboda scientific journal. psychology.* 2023. № 2. С. 30-34. URL: <https://doi.org/10.32782/psyspu/2023.2.5>
21. Нейролінгвістичні методи програмування. BDG People. URL: <https://bdgpeople.com/blog/nejrolingvistichni-metodi-programuvannya/>
22. Осіпов В.М. Реабілітаційний масаж при постуральних порушеннях, больових синдромах і вегетативній дисфункції. Актуальні питання сучасного масажу. Збір. статей XI міжн. науково-практ. інтернет-конф. ХДАФК, 2020. С. 53-60.
23. Осіпов В.М. Психологічні чинники розвитку хронічного болю. Підтримка психологічного здоров'я особистості в умовах війни: міжнародний досвід та українські реалії: збірник тез міжнародної науково-практичної конференції. Донецький ДонОблІППО. Київ. 2024. С. 268-277.
24. Осіпов В.М. Програма підготовки клінічних психологів у контексті реформування сфери охорони здоров'я. Науковий вісник Вінницької академії безперервної освіти. Серія «Педагогіка. Психологія». Одеса: Видавничий дім «Гельветика», 2024. № 1. С.125-133.
25. Основні аспекти ведення пацієнтів із хронічним болем. Здоров'я України. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. URL: <https://health-ua.com/article/66082-osnovn-aspekti-vedennya-patcntv-zhronchnim-bolem>
26. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи / за ред. Л. Гридковець. Київ: Organization for Security and Cooperation in Europe (ОБСЕ), 2018. Т. 3. 240 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf>
27. Питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 03.11.2021 р. № 1268 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1268-2021-п#Text>
28. Пилипчак О. Психотерапія хронічного болю. Благодійна організація «Центр психічного здоров'я і травматерапії «Інтеграція». URL: <https://integration.kiev.ua/психотерапія-хронічного-болю>

29. Пінчук І. Психологічне забезпечення населення України: чи зможемо визнати наш досвід неопозитивним? Укрінформ - актуальні новини України та світу. 2018. URL: <https://www.ukrinform.ua/rubric-society/2539743-psihologicne-zabezpecenna-naselenna-ukraini-ci-zmozemo-viznati-nas-dosvid-nepozitivnim.html>

30. Підтримка ментального здоров'я в часи війни // Національний інститут стратегічних досліджень. Коментарі експертів. Київ, 2023. URL: <https://niss.gov.ua/news/komentari-ekspertiv/pidtrymka-mentalnoho-zdorovya-v-chasy-viyny>.

31. Пузік С. На які патології вказує біль у м'язах та кістках? Ваше здоров'я. URL: <https://www.vz.kiev.ua/pryhovani-prychyny-i-ochevydni-naslidky-zagalni-pryntsypy-likuvannya-skeletno-m-yazovogo-bolyu/>

32. Проблеми психічного здоров'я населення у воєнний час та шляхи їх розв'язання. Здоров'я України. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. URL: <https://health-ua.com/article/71709-problemi-psihchnogo-zdorovya-naselennya-u-voynnij-chas-tashlyahi-h-rozvyazan>

33. Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню: Наказ МОЗ України від 13.12.2023 р. № 2118. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#Text>

34. Проєкт Закону України «Про систему реабілітації в Україні». Новинарня – новини України, що воює. URL: <https://novynarnia.com/2017/10/02/zakon-ukrayini-pro-sistemu-reabilitatsiyi-v-ukrayini-proekt/>

35. Про внесення змін до Переліку посад професіоналів з вищою немедичною освітою. МОЗ України; Наказ від 30.09.2022 № 1782. Київ, 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1303-22#Text>

36. Про затвердження Випуску 80 «Соціальні послуги» Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Мінсоцполітики України; Наказ, Довідник, Перелік від 29.03.2017 № 518. Київ, 2017. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0518739-17#Text>

37. Про затвердження змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я»: Наказ МОЗ України від 25.01.2023 № 138. Київ, 2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0138282-23#Text>.

38. Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо системи охорони психічного здоров'я та послуг у сфері психічного здоров'я: Проект Закону 9433 від 28.06.2023. Верховна рада України. Київ, 2023. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/42173>

39. Про внесення змін до деяких законодавчих актів щодо запровадження адміністративної та кримінальної відповідальності за надання психологічної допомоги особами, які не мають такого права та поширення недостовірної інформації про наявність у особи медичної освіти або лікарської спеціальності, права надавати психологічну допомогу: Проект Закону 9434 від 28.06.2023. Верховна рада України. Київ, 2023. URL: <https://itd.rada.gov.ua/billInfo/Bills/Card/42174>

40. Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном: проста методика проти стресу та тривожності. URL: <https://becalm.com.ua/body/progresyvna-m-yazova-relaksatsiya-za-dzhejkobsonom-prosta-metodyka-proty-stresu-ta-tryvozhnosti/>

41. Решетніков М.М. Психічна саморегуляція. перша і друга ступені. Stud.com.ua. URL: https://stud.com.ua/126675/psihologiya/psihichna_samoregulyatsiya_persha_i_druga_stupeni

42. Романчук О. І. Майндфулнес-орієнтована КПТ – новий ефективний метод попередження рецидиву депресії. НейроNews. 2012. № 3. С. 40-45. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk-MBCBT.pdf>

43. Розпорядження КМУ «Про схвалення Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року» від 27 грудня 2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text>

44. Розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів на 2021-2023 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на

період до 2030 року» від 06.10.2021 р. № 1215-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1215-2021-p#Text>

45. Сарвір І., Авраменко А. Післядипломна підготовка за спеціальністю «Клінічна психологія» як складова реалізації Національної програми психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Психосоматична медицина та загальна практика, 8(2). Київ, 2023. URL: <https://doi.org/10.26766/pmgrp.v8i2.430>

46. Страсбурзька Декларація з Психотерапії (прийнята європейською асоціацією психотерапії 21 жовтня 1990 р). Українська спілка психотерапевтів. URL: <https://usp.community/documentation/39-strasburzka-deklaratsiia-z-psykhoterapii>

47. Сердюк І. А. Розвиток системи реабілітації медико-психологічного спрямування в умовах інформаційних викликів. Public management. 2022. № 4 (32). С. 53–59. URL: [https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4\(32\)-7](https://doi.org/10.32689/2617-2224-2022-4(32)-7)

48. Сиротюк П. Прогресивна м'язова релаксація: 5 секретів умиротворення. Психолог Онлайн. URL: <https://psihologonline.pro/prohresyvna-myazova-relaksatsiya-sekreti/>

49. Сумарюк Б. Mindfulness – подолай тривогу самотужки. Блоги БДМУ. URL: <https://www.bsmu.edu.ua/blog/mindfulness-podolaj-tryvogu-samotuzhky/>

50. Системна десенсибілізація за Вольпе. ПСИХОЛОГІС. URL: http://psychologis.com.ua/sistematicheskaya_desensibilizaciya_po_volpe.htm

51. Устінов О. В. У лікарнях України введено посади клінічного психолога та психотерапевта. Український медичний часопис. 2022. URL: <https://umj.com.ua/uk/novyna-235214-u-likarnyah-ukrayini-vvedeno-posadi-klinichnogo-psihologa-ta-psihoterapevta>

52. Українські національні новини, МОЗ: 650 тисяч українців звернулись до психологів і психіатрів з початку війни. УНН. Оперативні новини України та Світу. Українські Національні Новини УНН. URL: <https://unn.ua/news/moz-650-tisyach-ukrayintsiv-zvernulis-do-psikhologiv-i-psikhiativ-z-pochatku-viyni>

53. Федченко В. Ю. Комплексна система реабілітації депресивних розладів. Вісник наукових досліджень. 2018. № 3. С. 89-94. URL: <https://doi.org/10.11603/2415-8798.2018.3.9417>

54. Хронічний біль - коли біль стає хворобою - enableme.org.ua. EnableMe Україна. URL: <https://www.enableme.com.ua/ua/disabilities/hronicnij-bil-koli-bil-stae-hvorobou-7363>

55. Хрол Н.В., Потапенко М.Т. Історія становлення медичної психології України. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2021. № 16. С. 73-79. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-09>

56. Шаттенбург Л., Кульчинський Я. Психодинаміка болю. НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія. 2019. № 4 (105). С. 34-37. URL: https://health-ua.com/journals/j_nero_news/42750-zhurnal-nejroNEWS-psihonevrologiya-ta-nejropsihatrya--4-105-2019

57. Шкали з неврології. Медичний Клуб. URL: <https://medical-club.net/uk/shkaly-po-nevrologii/>

58. Шестикроковий рефреймінг. AlterSystems. URL: <https://alter-systems.com/nlp-tehniki/shestishagovyj-refrejming/>

59. Що таке НЛП та як воно працює?. MC.today, Media for Creators. URL: <https://mc.today/uk/shho-take-nejrolingvistichne-programuvannya-ta-yak-vono-pratsyuje/>

60. Як майндфулнес-практики можуть допомогти адаптуватися до нового життя: поради психолога. The Village Україна. URL: <https://www.village.com.ua/village/knowledge/knowledge/329929-yak-mayndfulness-praktiki-mozhut-dopomogti-perezhati-vtratu-domu-y-zvichnogo-zhittya-poradi-psihologa>

61. Ярошевський О.А. Скелетно-м'язовий біль: клінічна картина, діагностика та лікування. Здоров'я України. Інформація для спеціалістів охорони здоров'я. URL: <https://health-ua.com/article/64766-skeletnomyazovij-bl-klchnna-kartina-dagnostika-talkuvannya>.

62. Bliddal H. Myofascial Pain and Dysfunction. The Trigger Point Manual. Volume 1. Upper Half of the Body, 2nd ed., David G. Simons, Janet G. Travell and

Lois S. Simons, eds. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 2000. Vol. 32, no. 1. P. 3. URL: <https://doi.org/10.1080/003655000750045640>.

63. Bennett R. M., Goldenberg D. L. Fibromyalgia, myofascial pain, tender points and trigger points: splitting or lumping?. *Arthritis Research & Therapy*. 2011. Vol. 13, no. 3. P. 117. URL: <https://doi.org/10.1186/ar3357>

64. Cimmino MA, Ferrone C, Cutolo M. Epidemiology of chronic musculoskeletal pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2011 Apr;25(2):173-83. doi: 10.1016/j.berh.2010.01.012

65. Crane R. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Distinctive Features*. Taylor & Francis Group, 2017. URL: <https://doi.org/10.4324/9781315627229>

66. D'Souza, R. S., Langford, B., Wilson, R. E., Her, Y. F., Schappell, J., Eller, J. S., & Hagedorn, J. M. The state-of-the-art pharmacotherapeutic options for the treatment of chronic non-cancer pain. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2022. 23(7), 775-789. URL: <https://doi.org/10.1080/14656566.2022.2060741>

67. Faces pain scale - revised - international association for the study of pain (IASP). International Association for the Study of Pain (IASP). URL: <https://www.iasp-pain.org/resources/faces-pain-scale-revised/>

68. Flynn D. M. Chronic Musculoskeletal Pain: Nonpharmacologic, Noninvasive Treatments. *Home AAFP*. URL: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2020/1015/p465.html>

69. Gorczyca R, Filip R, Walczak E. Psychological aspects of pain. *Annals of agricultural and environmental medicine: AAEM*, 2013. Spec no. 1, 23-27. URL: <https://www.aaem.pl/Psychological-Aspects-of-Pain,72041,0,2.html>

70. Hall BH. Chronic Myofascial Pain, Fibromyalgia, and Myofascial Trigger Points. In *Evaluation and Management of Chronic Pain for Primary Care*. Springer, Cham; 2020. P. 245-53. URL: <https://www.twirpx.com/file/3216672/>

71. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. ICD-11. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

72. Jensen Karin B., Regenbogen Christina, Ohse Margarete C., Frasnelli Johannes, Freiherr Jessica, Lundström Johan N.. Brain activations during pain: a

neuroimaging meta-analysis of patients with pain and healthy controls. *PAIN* 157(6):p 1279-1286, June 2016. URL: DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000517

73. Kliem S., Lohmann A., Klatt T., Mößle T., Rehbein F., Hinz A., Beutel M., & Brähler E. (2017). Giessen Subjective Complaints List-Brief Form (GGB-8) [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t63780-000>

74. Kohut-Lednjova O. O. Characteristics of the muscular-tonic syndrome and its effect on the mobility of the spine in patients with neurological manifestations of the lumbar spine osteochondrosis during the rehabilitative treatment. *Bulletin of Problems Biology and Medicine*. 2018. Vol. 4. P. 81. URL: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2018-4-1-146-81-85>

75. McGill pain questionnaire. Physiopedia. URL: https://www.physio-pedia.com/McGill_Pain_Questionnaire

76. Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W, et al. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain*. 2019;160(1):28-37. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001390

77. Osipova V.V. Pain: psychological aspects. *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2010;2(1):4-9. doi: 10.14412/2074-2711-2010-62

78. Patterson A. C. Is Economic Growth Good for Population Health? A Critical Review. *Canadian Studies in Population*. 2023. Vol. 50, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1007/s42650-023-00072-y>.

79. Rehabilitation in health systems. World Health Organization. 2017. URL: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1175964/retrieve>

80. Stoop R, Clijsen R, Leoni D, et al. Evolution of the methodological quality of controlled clinical trials for myofascial trigger point treatments for the period 1978-2015: A systematic review. *Musculoskelet Sci Pract*. 2017; 30:1-9. doi:10.1016/j.msksp.2017.04.009.

81. The Prevalence of Psychiatric and Chronic Pain Comorbidities in Fibromyalgia: an ACTION systematic review / B. A. Kleykamp et al. *Seminars in*

Arthritis and Rheumatism. 2021. Vol. 51, no. 1. P. 166-174. URL: <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.10.006>.

82. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. / R. J. Gatchel et al. Psychological bulletin. 2007. Vol. 133, no. 4. P. 581–624. URL: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.4.581>

83. Travell J.G, Simons D.G. Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual: Free Download, Borrow, and Streaming: Internet Archive. URL: <https://archive.org/details/travell-simons-simons-myofascial-pain-and-dysfunction-the-trigger-point-manual-b/page/6/mode/2up>.

84. World Health Organization. Mental health: strengthening our response 30 March 2018. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

ДОДАТКИ

Додаток А

**Бланк «Опитувальник болю МакГілла»
(McGill University Pain Questionnaire – MPQ)**

Дата

Ім'я та прізвище

Питання	Опис	Оцінка
<i>Виберіть із списку ті слова, якими Ви можете описати свій біль ?</i> <i>В стовпчику «Оцінка» поставте цифри, що відповідають обраному слову</i>	[1] 1-пульсуючий, 2-переймоподібний, 3-смикаючий, 4-стьобаючий, 5-колотячий, 6-довблячий	
	[2] подібний до: 1-розряду струму, 2-удару струму, 3-пострілу	
	[3] 1-колючий, 2-впиваючий, 3-буравлячий, 4-свердлячий, 5-пробиваючий	
	[4] 1-гострий, 2-ріжучий, 3-тягнучий	
	[5] 1-давлячий, 2-тиснучий, 3-щемлячий, 4-стискаючий, 5-роздавлюючий	
	[6] 1-тягнучий, 2-викручуючий, 3-вирываючий	
	[7] 1-гарячий, 2-пекучий, 3-ошпарюючий, 4-палючий	
	[8] 1-сверблячий, 2-пощипуючий, 3-роз'ідаючий, 4-жалючий	
	[9] 1-тупий, 2-ниючий, 3-роздроблюючий, 4-ломлячий, 5-розколюючий	
	[10] 1-розпираючий, 2-розтягуючий, 3-надриваючий, 4-розриваючий	
	[11] 1-розлитий, 2-поширений, 3-проникаючий, 4-пронизуючий	
	[12] 1-дряпаючий, 2-ударяючий, 3-деручий, 4-пиляючий, 5-гризучий	
	[13] 1-німий, 2-зводячий, 3-льодяний	
<i>Які відчуття у Вас викликає біль та як впливає на Вашу психіку?</i>	[14] 1-стомлює, 2-вимотує	
	[15] викликає відчуття: 1-нудоти, 2-ядухи	
	[16] викликає відчуття: 1-тривоги, 2-страху, 3-збентеженості	
	[17] 1-гнітить, 2-дратує, 3-сердить, 4-доводить до ярості, 5-доводить до відчаю	
	[18] 1-знесилює, 2-осліплює	
<i>Оцініть свій біль?</i>	[19] 1-біль-перешкода, 2-біль-докір, 3-біль-страждання, 4-біль-мука, 5-біль-катування	
	[20] 1-слабкий, 2-помірний, 3-сильний, 4-дуже сильний, 5-нестерпний	

**Бланк «Гіссенський опитувальник соматичних скарг»
(Giessen Subjective Complaints List, GBB)**

Дата

Ім'я та прізвище

Дайте відповідь на питання, оцінюючи кожен симптом за шкалою:

0 – не турбує ніколи.

1 – турбує дуже рідко.

2 – часом турбує.

3 – часто турбує.

4 – турбує майже постійно.

№ з/п	Опис	0	1	2	3	4
1	Відчуття слабкості					
2	Підвищена сонливість					
3	Швидка виснаженість					
4	Втома					
5	Почуття оглушення					
6	Млявість					
7	Серцебиття, перебої у серці					
8	Запаморочення					
9	Відчуття кома в горлі					
10	Важкість у грудях					
11	Напади задишки					
12	Серцеві напади					
13	Болі в суглобах і кінцівках					
14	Болі в попереку або спині					
15	Болі в шиї, потилиці					
16	або плечових суглобах					
17	Головний біль					
18	Відчуття тяжкості в ногах					
19	Відчуття тиску в голові					
20	Відчуття переповнення в животі					
21	Блювота					
22	Нудота					
23	Відрижка					
24	Печія					
25	Болі у шлунку					

**Бланк опитувальника
«Тип ставлення до хвороби»
(ТОБОЛ)**

Нижче наведено низку тверджень щодо Вашого захворювання, самопочуття, а також деяких аспектів життя в цілому. Будь ласка, відзначте твердження, які Ви вважаєте вірними щодо себе. У кожному розділі, зазначеному римською цифрою, Ви можете зробити не більше двох виборів.

Дата

Ім'я та прізвище

№	Опис	Оцінка
I	Самопочуття	
1	Відколи я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття	
2	Я майже завжди почуваюсь бадьорим і повним сил	
3	Погане самопочуття я намагаюся перебороти	
4	Погане самопочуття я намагаюся не показувати іншим	
5	У мене майже завжди щось болить	
6	Погане самопочуття у мене виникає після прикrostей	
7	Погане самопочуття з'являється в мене від очікування неприємностей	
8	Я намагаюся терпляче переносити біль та фізичні страждання	
9	Моє самопочуття цілком задовільне	
10	Відколи я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами дратівливості та почуттям туги	
11	Моє самопочуття дуже залежить від того, як до мене ставляться оточуючі	
12	Жодне з визначень мені не підходить	
II	Настрій	
1	Як правило, настрій у мене дуже гарний	
2	Через хворобу я часто буваю нетерплячим та дратівливим	
3	У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості у майбутньому	
4	Я не дозволяю собі через хворобу віддаватися зневірі й смутку	
5	Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій	
6	Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття	
7	У мене став зовсім байдужий настрій	
8	У мене бувають напади дратівливості, під час яких дістається оточуючим	
9	У мене не буває засмучення і смутку, але може бути гнів	
10	Найменші неприємності дуже засмучують мене	
11	Через хворобу у мене весь час тривожний настрій	
12	Жодне з визначень мені не підходить	

Продовження додатка В

III	Сон і пробудження від сну	
1	Прокинувшись, я одразу змушую себе встати	
2	Ранок для мене – найважчий час доби	
3	Якщо мене щось засмутить, я довго не можу заснути	
4	Я погано сплю вночі і відчуваю сонливість вдень	
5	Я сплю мало, але встаю бадьорим	
6	З ранку я активніший і мені легше працювати, ніж увечері	
7	У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають болісно-тужливі сновидіння	
8	Вранці я встаю бадьорим та енергійним	
9	Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити	
10	Ночами у мене бувають напади страху	
11	З ранку я відчуваю повну байдужість до всього	
12	Ночами мене особливо переслідують думки про мою хворобу	
13	Уві сні мені бачаться всякі хвороби	
14	Жодне з визначень мені не підходить	
IV	Апетит та ставлення до їжі	
1	Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх людях	
2	У мене гарний апетит	
3	У мене поганий апетит	
4	Я люблю ситно поїсти	
5	Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі	
6	Мені легко можна зіпсувати апетит	
7	Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її доброякісність	
8	Іжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я	
9	Я намагаюся дотримуватись дієти, яку сам розробив	
10	Іжа не приносить мені ніякого задоволення	
11	Жодне з визначень мені не підходить	
V	Ставлення до хвороби	
1	Моя хвороба мене лякає	
2	Я так утомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде	
3	Намагаюся не думати про свою хворобу та жити безтурботним життям	
4	Моя хвороба найбільше пригнічує мене тим, що люди стали цуратися мене	
5	Без кінця думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою	
6	Я думаю, що моя хвороба невиліковна і нічого хорошого на мене не чекає	
7	Вважаю, що моя хвороба запущена через неухваленість та невміння лікарів	
8	Вважаю, що небезпечність моєї хвороби лікарі перебільшують	
9	Намагаюся перебороти хворобу, працювати як раніше, і навіть ще більше	
10	Я відчуваю, що моя хвороба набагато важча, ніж це можуть визначити лікарі.	

Продовження додатка В

11	Я здоровий, і хвороби мене не турбують	
12	Моя хвороба протікає зовсім незвично - не так, як у інших, і тому потребує особливої уваги	
13	Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, запальним	
14	Я знаю з чієї вини я захворів і не пробачу цього ніколи	
15	Я всіма силами намагаюся не піддаватися хворобі	
16	Жодне з визначень мені не підходить	
VI	Ставлення до лікування	
1	Уникаю будь-якого лікування – сподіваюся, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї менше думати	
2	Мене лякають труднощі та небезпеки, пов'язані з майбутнім лікуванням	
3	Я був би готовий на найболючіше і навіть небезпечне лікування аби лише позбутися хвороби	
4	Я не вірю в успіх лікування та вважаю його марним	
5	Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх них постійно розчаровуюсь	
6	Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків та процедур, умовляють мене на нікчемну операцію	
7	Будь-які нові ліки, процедури та операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення та небезпеки, з ними пов'язані	
8	Ліки та процедури нерідко чинять на мене таку незвичайну дію, що це дивує лікарів	
9	Вважаю, що серед застосовуваних способів лікування є настільки шкідливі, що їх слід було б заборонити	
10	Вважаю, що мене лікують неправильно	
11	Я жодного лікування не потребую	
12	Мені набридло нескінченне лікування, хочу, щоб мені надали спокій	
13	Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми	
14	Мене дратує та озлобляє, коли лікування не дає покращення	
15	Жодне з визначень мені не підходить	
VII	Ставлення до лікарів та медперсоналу	
1	Головним у всякому медичному працівнику я вважаю увагу до хворого	
2	Я хотів би лікуватися у такого лікаря, який має велику популярність	
3	Вважаю, що я захворів насамперед з вини лікарів	
4	Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі і тільки вдають, що лікують	
5	Мені байдуже, хто і як мене лікує	
6	Я часто турбуюся про те, що не сказав лікареві щось важливе, що може вплинути на успіх лікування	
7	Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь	
8	Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений в успіху лікування	
9	З великою повагою я належу до медичної професії	
10	Я не раз переконувався, що лікарі та персонал неухважні та недобросовісно виконують свої обов'язки	

Продовження додатка В

11	Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями та медперсоналом і потім шкодую про це	
12	Я здоровий і допомоги лікарів не потребую	
13	Вважаю, що лікарі та медперсонал даремно витрачають на мене час	
14	Жодне з визначень мені не підходить	
VIII	Ставлення до рідних та близьких	
1	Я настільки поглинений думками про мою хворобу, що справи близьких перестали хвилювати мене	
2	Я намагаюся рідним і близьким не показувати виду, що я хворий, щоб не псувати їм настрій	
3	Близькі даремно хочуть зробити з мене тяжко хворого	
4	Мене долають думки, що через мою хворобу моїх близьких чекають труднощі та негаразди	
5	Мої рідні не хочуть зрозуміти тяжкість моєї хвороби і не співчують моїм стражданням	
6	Близькі не зважають на мою хворобу і хочуть жити у своє задоволення	
7	Я соромлюсь своєї хвороби навіть перед близькими	
8	Через хворобу я втратив будь-який інтерес до справ і хвилювань близьких та рідних	
9	Через хворобу я став тягарем для близьких	
10	Здоровий вигляд і безтурботне життя близьких викликає у мене неприязнь	
11	Я вважаю, що захворів через моїх рідних	
12	Я намагаюся поменше доставляти турбот моїм близьким через мою хворобу	
13	Жодне з визначень мені не підходить	
IX	Ставлення до роботи (навчання)	
1	Хвороба робить мене не придатним працівником (нездатним вчитися)	
2	Я боюся, що через хворобу я втрачу хорошу роботу (доведеться піти з хорошого навчального закладу)	
3	Моя робота (навчання) стала для мене абсолютно байдужою	
4	Через хворобу мені тепер стало не до роботи (не до навчання)	
5	Весь час турбуюся, що через хворобу можу допустити помилку на роботі (не впоратися з навчанням)	
6	Вважаю, що захворів через те, що робота (навчання) завдала шкоди моєму здоров'ю	
7	На роботі (за місцем навчання) зовсім не зважають на мою хворобу і навіть чіпляються до мене	
8	Не вважаю, що хвороба може перешкодити моїй роботі (навчанні)	
9	Я намагаюся, щоб на роботі (за місцем навчання) менше знали і говорили про мою хворобу	
10	Я вважаю, що незважаючи на хворобу, треба продовжувати роботу (навчання)	
11	Хвороба зробила мене непосидючим на роботі (у навчанні)	
12	На роботі (за навчанням) я намагаюся забути про свою хворобу	

Продовження додатка В

13	Всі дивуються і захоплюються тим, як я успішно працюю (навчаюся), незважаючи на хворобу	
14	Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчати) там, де я хочу	
15	Жодне з визначень мені не підходить	
X	Ставлення до оточуючих	
1	Мені байдуже, хто мене оточує, і хто біля мене	
2	Мені хочеться, щоб всі оточуючі дали мені спокій	
3	Здоровий вигляд і життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування	
4	Я намагаюся, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби	
5	Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені хочеться	
6	Мені б хотілося, щоб оточуючі на собі випробували, як важко хворіти	
7	Мені здається, що оточуючі цураються мене через мою хворобу	
8	Оточуючі не розуміють моєї хвороби та моїх страждань	
9	Моя хвороба і те, як я її переносю, дивує та вражає оточуючих	
10	З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу	
11	Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не пробачу	
12	Спілкування з людьми тепер стало мені швидко набридати і навіть дратувати мене	
13	Моя хвороба не заважає мені мати друзів	
14	Жодне з визначень мені не підходить	
XI	Ставлення до самотності	
1	Віддаю перевагу самотності, тому що одному мені стає краще	
2	Я відчуваю, що хвороба прирікає мене на самотність	
3	На самоті я прагну знайти якусь цікаву чи потрібну роботу	
4	На самоті мене починають особливо переслідувати нерадісні думки про хворобу та її ускладнення	
5	Часто, залишившись наодинці, я швидше заспокоююсь бо люди стали мене сильно дратувати	
6	Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті сумую за людьми	
7	Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу	
8	Мені стало однаково, що бути серед людей, що залишатися на самоті	
9	Бажання побути одному залежить у мене від обставин та настрою	
10	Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язані з хворобою	
11	Жодне з визначень мені не підходить	
XII	Ставлення до майбутнього	
1	Хвороба робить моє майбутнє сумним	
2	Моє здоров'я поки що не дає жодних підстав турбуватися за майбутнє	
3	Я завжди сподіваюся на щасливе майбутнє, навіть у найвідчайдушній ситуації	

Продовження додатка В

4	Лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся досягти покращення здоров'я в майбутньому	
5	Не вважаю, що хвороба може суттєво вплинути на моє майбутнє	
6	Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчання)	
7	Мені стало байдуже, що станеться зі мною в майбутньому	
8	Через мою хворобу я у постійній тривозі за своє майбутнє	
9	Я впевнений, що в майбутньому розкриються помилки та недбалість тих, через кого я захворів	
10	Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплює туга	
11	Через хворобу я дуже турбуюся за своє майбутнє	
12	Жодне з визначень мені не підходить	

**Бланк опитувальника
«Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)»**

Будь ласка, відзначте твердження, які Ви вважаєте вірними щодо себе.

Дата _____ Ім'я та прізвище _____

Т	Я почуваюся напруженим або знервованим:	
3		Весь час
2		Часто
1		Іноді
0		Ніколи
Д	Те, що раніше приносило мені задоволення, і зараз подобається мені	
0		Безумовно так
1		Напевно, так
2		Лише в деякій мірі
3		Зовсім ні
Т	Я відчуваю якийсь страх, наче ось-ось станеться щось жахливе	
3		Безумовно так, страх дуже сильний
2		Так, але страх не дуже сильний
1		Іноді, але мене це не турбує
0		Зовсім не відчуваю
Д	Я можу сміятися і бачити смішний бік речей	
0		Безумовно так
1		Напевно, так
2		Лише в деякій мірі
3		Зовсім ні
Т	Тривожні думки крутяться в мене в голові	
3		Постійно
2		Велику частину часу
1		Час від часу
0		Іноді
Д	Я почуваюся бадьорим	
3		Зовсім ні
2		Дуже рідко
1		Іноді
0		Майже весь час
Т	Я можу спокійно сидіти та почуватися розслабленим	
0		Безумовно так
1		Напевно, так
2		Лише в деякій мірі
3		Зовсім не можу

Продовження додатка Г

Д	Мені здається, що я почав все робити повільніше	
3		Майже весь час
2		Часто
1		Іноді
0		Зовсім ні
Т	Я відчуваю якийсь страх, внутрішнє напруження	
0		Зовсім не відчуваю
1		Іноді
2		Часто
3		Постійно
Д	Я втратив інтерес до своєї зовнішності	
3		Безумовно так
2		Я не приділяю цьому достатньо часу
1		Можливо, я не дуже піклуюся про себе
0		Я так само дбаю про себе, як і раніше
Т	Я відчуваю неспокій, немов мені постійно потрібно рухатися	
0		Безумовно так
1		Напевно, так
2		Лише в деякій мірі
3		Зовсім ні
Д	Я з нетерпінням чекаю на свої справи (заняття, захоплення)	
0		Так само, як і зазвичай
1		Так, але не так, як раніше
2		Значно менше, ніж зазвичай
3		Зовсім так не вважаю
Т	Мене раптово охоплює відчуття паніки	
3		Дуже часто
2		Досить часто
1		Рідко
0		Ніколи
Д	Я можу насолоджуватися гарною книгою, радіо чи телепрограмою	
0		Часто
1		Іноді
2		Рідко
3		Дуже рідко



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

Психотерапевтичної моделі надання реабілітаційної допомоги пацієнтам
з хронічними м'язовими больовими синдромами
в практику діяльності медичного центру хребта «POSTAVA»
м. Чернівці, Чернівецької області

Назва впровадження «Психотерапевтична модель надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з хронічними м'язовими больовими синдромами в комплексі програми лікувально-реабілітаційних заходів»

Автори розробники: Осіпов Віталій Миколайович

Рекомендації та результати впровадження:

- запропоновано протокол оцінки клініко-психологічного статусу осіб з хронічними м'язовими больовими синдромами, який включає: оцінку інтенсивності болю за 10-ступінчатою візуально аналоговою шкалою (ВАШ), оцінку сенсорних та емоційних характеристик болю за опитувальником Мак-Гілла, оцінку рівня психосоматизації індивіда за Гіссенським опитувальником, оцінку ставлення індивіда до хвороби за опитувальником ТОБОЛ і визначення рівня тривожності та депресії індивіда за шкалою HADS, що дозволяє уніфікувати оцінювання вираженості фізичної та психосоціальної дизадаптації пацієнтів цієї категорії і визначати ефективність проведених реабілітаційних заходів;

- запропоновано та експериментально апробовано на базі центру модель психотерапевтичної допомоги пацієнтам з хронічними м'язовими больовими синдромами в комплексі лікувально-реабілітаційних заходів, яка передбачає чітку структуру і складається з кількох послідовних етапів, що забезпечують системний підхід до терапії. До моделі включені адаптовані психотерапевтичні інтегровані техніки, такі як: раціональна психотерапія, тілесно-орієнтована психотерапія, майндфулнес, нейролінгвістичне програмування та когнітивно-поведінкова терапія.

Ефект від впровадження:

Застосування моделі психотерапевтичної допомоги в рамках 5-ти тижневої програми реабілітації пацієнтів з хронічними м'язовими больовими синдромами показало позитивні результати: неврологічна симптоматика пацієнтів зменшилася з 2,77 до 1,50 балів (з середньої тяжкості до легкого ступеня); індекс м'язового синдрому знизився з 11,42 до 3,85 балів (з помірного до легкого ступеня); показники ВАШ болю зменшилися з 6,5 до 1,90 балів (з помірного до слабкого); показники опитувальника ТОБОЛ показали ефективність терапії у 36,6% випадків (проти 6,6% в контрольній групі); Гіссенський опитувальник продемонстрував зниження рівня соматичних скарг пацієнтів з 40,8 до 20,1 балів; за шкалою HADS було відмічено зниження тривоги на 30%, а депресії на 21%.

ABSTRACT

Vitalii Osipov. Psychological Factors in the Rehabilitation of Individuals with Chronic Myofascial Pain Syndrome. Master's Thesis, Educational Program «Practical Psychology», 2024. 111 pages.

Object of the study: The clinical and psychological status of individuals suffering from chronic musculoskeletal pain syndromes.

Purpose of the study: To investigate the influence of psychological factors on the development and course of chronic pain in individuals with myofascial pain syndrome and to develop and test a model of psychological support for these individuals within a therapeutic rehabilitation program.

Methodology: Literature review: this involved a comprehensive analysis and synthesis of existing scientific literature on the topic; 10-point Visual Analog Scale (VAS): A self-reporting tool used to measure the intensity of pain on a scale of 0 to 10; McGill Pain Questionnaire (MPQ): a standardized questionnaire used to assess the sensory, affective, and evaluative qualities of pain; Muscle Symptom Severity Index (MSSI): a specific index used to measure the severity of muscle symptoms; 5-point neurological symptom rating scale: A scale used to assess the severity of neurological symptoms on a 5-point scale; Psychometric methods: TOBOL questionnaire: used to assess an individual's attitude towards their illness; Giessen Subjective Complaints List (GBB): a questionnaire used to assess somatic complaints; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): a self-report scale used to assess the levels of anxiety and depression; Statistical analysis: various statistical methods were employed to analyze the collected data.

This study is devoted to the development and implementation of a comprehensive medical and psychological rehabilitation program for patients with chronic musculoskeletal pain syndromes within the Ukrainian healthcare system. The role of psychological factors in the pathogenesis and course of these syndromes is analyzed. The developed psychotherapeutic program involves the integration of modern psychotherapeutic techniques (rational psychotherapy, body-oriented therapy, cognitive-behavioral therapy, neuro-linguistic programming, and mindfulness) to provide a comprehensive impact on various aspects of chronic pain syndrome. The results of the program's implementation demonstrated its effectiveness in reducing pain intensity, improving patients' quality of life, and increasing their adaptation to their chronic condition.

Key words: chronic myofascial pain, psychotherapy, rehabilitation.