

Формування поняття про розумову відсталість у психолого-педагогічних дослідженнях

У статті розглядається формування поняття про розумову відсталість у дослідженнях науковців різних країн, дається короткий огляд психічним захворюванням від давнини до сьогодення в контексті визначення інтелектуальної неповноцінності, показано формування напрямку, прихильники якого намагаються у визначенні розумової відсталості показати сукупність факторів: етіологічних (причинних), патогенетичних (механізмів порушення мозкової діяльності), клінічних, психологічних, соціокультурних, адаптивних, поведінкових та інших.

Ключові слова: розумова відсталість, фактори, слабоумство, олігофренія, психічні та соматичні розлади.

В статье рассматривается формирование понятия об умственной отсталости в исследованиях учёных различных стран, даётся краткий обзор психических болезней с древних времён до нашего времени в контексте обозначения интеллектуальной неполноценности, показано формирование направления, сторонники которого пробуют в обозначении умственной отсталости показать совокупность факторов: этиологических (причинных), патогенетических (механизмов нарушения мозговой деятельности), клинических, психологических, социокультурных, адаптивных, поведенческих и других.

Ключевые слова: умственная отсталость, факторы, слабоумие, олигофрения, психические и соматические расстройства.

Серед багатьох проблем, які перебувають на межі клінічних дисциплін, спеціальної психології й педагогіки, проблема розумової відсталості посідає особливе місце. Проблема ця надзвичайно актуальна, оскільки все більшій кількості дітей уже на першому році життя ставиться діагноз “розумова відсталість”. Це загальнолюдська проблема, із якою зустрічаються батьки в усіх країнах. На жаль, такі діти будуть народжуватись і надалі. За даними ВООЗ, число людей з порушеннями інтелектуального розвитку досягає приблизно 1% (при деякій перевазі осіб чоловічої статі) [5].

Якщо раніше розумово відстала дитина могла викликати лише співчуття, то тепер у більшості країн їх рахують рівноправними громадянами. Якщо раніше вона розглядалась як потребуюча допомоги і додаткової системи обслуговування, то тепер – як

незалежна, але потребує супроводу і підтримки. Усі ці зміни ставлення до людей з розумовою відсталістю пов'язані з інтенсивними прогресивними процесами, які відбуваються зараз у США, Західній Європі, а в останні десятиліття – і в Україні. Прогресивні процеси обумовлені інтеграцією дітей з особливостями психофізичного розвитку, в тому числі і з порушеннями інтелектуального розвитку, в суспільство і в освітнє середовище.

У зв'язку з прийнятою Міжнародною Конвенцією про права дитини, Стандартних правил про забезпечення рівних можливостей для інвалідів (ООН), Саламанської Декларації і Рамок дій по освіті осіб з особливостями психофізичного розвитку (ЮНЕСКО) ці діти законодавчо отримали право на інтегроване навчання. Набули особливого значення питання виявлення їх потенційних можливостей, розробки інноваційних освітніх програм з метою пристосування їх до життя та інтеграції у соціум [5].

Для ефективної організації роботи спеціалістів з розумово відсталими дітьми потрібне правильне розуміння феномена розумової відсталості та знання причин її виникнення. Усвідомлене й обережне використання терміна для називання проблеми – не лише показник високого рівня професійної майстерності, але й важливий чинник створення атмосфери довіри у стосунках з дитиною та членами її сім'ї, спосіб протидії стигмі, пов'язаній з діагнозом. Помилкове визначення розумової відсталості може привести до того, що у спеціальні заклади можуть потрапити діти, які за своїми параметрами стоять на значно вищому щаблі інтелектуального розвитку, але мають низькі інтелектуальні показники через порушення мовлення, слуху, фізичну ослабленість. Ця патологія називається “відставання у розумовому розвитку”, носить тимчасовий характер і може бути компенсована шляхом використання корекційної роботи з розвитку тих чи інших ушкоджених функцій або функціональних систем.

Правильне визначення розумової відсталості має також велике теоретичне значення, адже воно сприятиме глибокому розумінню суті аномального психічного розвитку і створенню найбільш сприятливих умов для корекції даного відхилення. Незрозуміле виокремлення самого поняття негативно впливатиме на наукові пошуки у даному напрямку, викликати розмитість і невизначеність даних досліджень. Помилкове трактування даного поняття неправильно орієнтує дослідження у патопсихології, сприяє неправомірному розширенню або звуженню кола дітей, який потрібно вивчати [1].

З глибокої давнини аж до VI ст. до н.е. не існувало наукового пояснення психічної діяльності. Ця діяльність не пов'язувалась з

роботою мозку. Мозок не був місцем локалізації розуму. В цей час усі психічні порушення пояснювались впливом темних сил.

Перші спроби знайти наукове пояснення психічним захворюванням відносяться до VI ст. до н.е. – в період формування древньої греко-римської цивілізації. Вважається, що Піфагор (VI ст. до н.е.) першим висловив думку, що розум розміщений у головному мозку, а душа – в серці. Більшість наступних дослідників уже не відходили від “мозкової” теорії, а продовжували її розвивати.

Перші праці стосовно розумової відсталості належать відомому французькому психіатрові Платтеру. У своїх книжках “Спостереження” (1614) та “Медична практика” (1625) Платтер дає свою першу класифікацію, в якій серед психічно хворих указує на людей, які мають різні порушення інтелекту [6].

В епоху Відродження виникають, а потім розвиваються гуманістичні тенденції у ставленні до розумово відсталих та інших осіб із проблемами розвитку. Вцей час розумово відсталі викликають зацікавлення філософів, лікарів, літераторів і педагогів.

Першим представником педагогіки, який висловив думку про необхідність турботи й виховання розумово відсталих, був знаменитий педагог Ян Амос Коменський. У своїй “Великій дидактиці” він писав: “Хто має сумніви в тому, що виховання необхідно людям тупим, щоб звільнитись від природної тупості. Хто по природі більш за все повільний і злий, той тим більше потребує допомоги, щоб по можливості звільнитись від цього. І не можна знайти такого малодумства, якому не могла б допомогти освіта” [7].

Велика заслуга в організації допомоги розумово відсталим належить відомому французькому психіатру Ф. Пінелю. Він зробив свою класифікацію розумової відсталості, в якій тугодумство та ідіотія почали розглядатись як дві особливі форми психозів. Він був одним із перших психіатрів, які почали розглядати ідіотію як таке психічне захворювання, при якому спостерігається зупинка розвитку інтелектуальних та афективних здібностей. Він визначає цей стан як більш або менш абсолютне порушення функцій розуму й почуттів, характеризує його стійкістю.

Ф. Пінель, перебуваючи на посаді головного лікаря в двох французьких психіатричних лікарнях Бісестр і Сен-Сімом ввів поняття “но-рестрента”, яке знімало спочатку частково, а потім повністю обмежувальні й каральні заходи з розумово відсталих. Він першим провів диференціацію розумово відсталих і психічно хворих, розділив і відокремив одну групу від іншої. Після цього душевний стан розумово відсталих значно покращився. Їхня

поведінка втратила ознаки афективності, збудливості, негативізму, агресивності, які притаманні людям із психічними захворюваннями. На основі цього він визначив одну з притаманних розумово відсталим рис – наслідування.

Система “но-рестрента” швидко набула поширення в країнах Західної Європи через своє гуманістичне спрямування і ефективність у наданні допомоги розумово відсталим.

Одним із перших, хто зробив докладну класифікацію розумової відсталості, був учень Ф. Пінеля Ж.Е.Д. Ескіроль. Він увів термін “імбецилізм”, а для позначення легких форм – “розумова відсталість”. Він дотримувався того погляду, що ідіотія – це вроджене слабоумство, а розумова відсталість – набуте. Імбецилізм може бути і вродженим, і набути. Ж. Ескіроль також зробив спробу встановити взаємозалежність між симптомами слабоумства. Після нього вивчення розумової відсталості стає самостійною психіатричною, а надалі – психолого-педагогічною наукою.

Перші спроби організації роботи з розумово відсталими належать також французькому психіатрові Ж. Ітару. Він провів навчання Віктора (“Авейронський хлопчик”), використовуючи методики першого вчителя глухонімих Я. Перейри, в основі яких лежить розвиток відчуттів як основи всієї психічної діяльності людини. Хоч значних результатів це навчання не принесло, але ті показники, яких він досягнув, сформуливали у суспільства думку розуміння того, що навчання ідіотів можливе. Досвід Ж. Ітара був покладений в основу всіх систем навчання й виховання розумово відсталих, які створювались в першій половині ХІХ століття.

У другій половині ХІХ століття визначились два основні напрямки експериментальних досліджень розумової відсталості.

Представники першого напрямку основні зусилля зосереджували на клінічному вивченні цієї патології, на пошуках причин її виникнення, на розкритті матеріальної основи аномалії. Представники цього напрямку розглядали розумову відсталість як стан атипового розвитку в результаті тих чи інших негативних впливів, які впливали на організм дитини в певних періодах вікового розвитку. Представники цього напрямку – В. Гризінгер, В. Айренд, Б. Морель, Д. Бурневіль, В. Вейгандом, Е. Крепелін, І.П. Мержеєвський, П.І. Ковалевський, С.С. Корсаков, В.П. Сербський, О.М. Берштейн, Г.І. Россолімо, Г.Я. Трошин та іншими.

Другий напрямок досліджень мав психолого-педагогічне спрямування. Прихильники цього напрямку – А. Біне, С. Сімон, Санте де Санктіс – основну увагу приділяли вивченню легких форм розумової відсталості. Сутність розумової відсталості розумілась

ними як кількісне відставання ненормальної дитини від її нормального однолітка. Виходячи з цього, ці дослідники, в основному, займались пошуками шляхів виявлення психічного розвитку дитини і менше уваги приділяли визначенню причин цієї патології.

Значним кроком в уточненні поняття розумової відсталості були дослідження Е. Крепеліна. Він вважав за доцільне об'єднати всі клінічні групи вродженого слабоумства в одну, назвавши їх терміном “олігофренія”. Заздалегідь попередивши, що ця назва має збірний характер, і різниться етіологічною, клінічною картиною і морфологічними проявами – він зазначив їхню спільну патогенну основу – тотальну затримку психічного розвитку. Вказівка на патологічний розвиток як основний фактор, який визначає особливості структури і динаміки розумової відсталості, була продуктивною, оскільки включала вивчення розумової відсталості в загальну проблему дизонтогенії.

Але олігофренія як клінічне поняття вже тоді не мала чітких меж. Е. Блейер (1920) підкреслював труднощі відмежування недорозвитку психіки при олігофренії від психічної норми. Оскільки хворі з великим ступенем розумової відсталості становлять малий контингент психічно хворих, то їхньому вивченню приділялось мало уваги.

Виключення становлять учні Ж. Ескіроля – Васіс і Е. Сеген, праці яких мали значний вплив на розвиток науки про розумово відсталих, їхнє навчання й виконання. Е. Сеген дав визначення і клінічний опис ідіотії та імбецильності, а також склав свою систему лікувальної і педагогічної корекції, розроблену й особисто перевірену ним протягом тривалого часу. Наголошуючи на необхідності лікування й виховання розумово відсталих дітей, Е. Сеген писав “Про невиліковність ідіотії так багато говорилось, що ніхто не хоче торкатись до неї, надаючи все природі”.

У 1952 році А. Трегольд дав визначення розумової відсталості як стану, при якому психіка не може досягти нормального розвитку, і розробив критерії для її діагностики: інтелектуальний, біологічний і соціальний. Скоро від відкинув перший критерій на основі того, що навіть інтелектуально повноцінні діти дуже різняться за успішністю. Головним Трегольд вважав соціальний критерій. Суттєвою метою діагнозу, таким чином, є оцінка здатності людини адаптувати себе до оточення і підтримувати незалежне існування.

Прийняття концепції соціальної компетенції як єдиного критерію розумової відсталості науково не обґрунтоване, оскільки в групу розумово відсталих, таким чином, попадуть хворі з неврозами, психопатіями тощо. Стандарти соціального пристос-

сування спірні і різняться в різних країнах і в різних вікових періодах. Також існують різні підходи до визначення відсталості на основі соціальних оцінок.

У зв'язку з необхідністю вироблення критеріїв психічного недорозвитку А. Біне і С. Сімон в 1905 році запропонували три ступеня відсталості. У 1908 році А. Біне розробив спосіб оцінки психічної неповноцінності дітей відповідного віку. В 1914 році У. Штерн увів поняття інтелектуального коефіцієнта (IQ).

Неможливість в основу розумової відсталості покласти лише один критерій сприяла пошукам нових критеріїв розпізнавання неповноцінності. Одним із таких шляхів був запропонований Е. Доллом. Він розглядав 6 критеріїв розумової відсталості:

- 1) соціальна некомпетентність;
- 2) розумовий недорозвиток;
- 3) відсталість розумового розвитку, що призводить до зупинки психічного розвитку;
- 4) стійкість стану;
- 5) конституціональне походження відсталості;
- 6) інкурабельність стану психічного недорозвитку.

У 1973 році Американська асоціація з психічної неповноцінності в "Керівництві по термінології й класифікації психічного недорозвитку" термін "психічний недорозвиток" називає відповідно "значно зниженому інтелектуальному функціонуванню, що виражається в недостатності адаптивної поведінки і виникає протягом періоду розвитку".

Дане визначення підкреслює три моменти:

- 1) порівняння з нормальним розвитком;
- 2) раннє виникнення інтелектуальної недостатності;
- 3) порушення пристосовуваної поведінки.

Ці моменти досить значимі для розуміння розумової відсталості, але вказівка лише на них недостатньо розкриває це поняття.

В.В. Ковальов (1995) розглядає олігофренію як групу різних за етіологією, патогенезу, клінічних проявів непрогресивних патологічних станів. Загальною ознакою для них є вроджений або набутий в ранньому дитинстві (до 3-х років) психічний недорозвиток із переважною недостатністю інтелектуальних здібностей. Дане визначення буде більш точним, якщо доповнити його ряд загальних ознак спадковим походженням розумової відсталості, оскільки вроджені й набуті форми психічного недорозвитку різні в патогенезі, а часто і в клінічних проявах.

С.Я. Рубінштейн (1970) називає розумово відсталою таку дитину, у якої стійко порушена пізнавальна діяльність внаслідок

органічного ураження головного мозку. Стверджувати факт розумової відсталості можна лише при наявності такого ушкодження.

Г.І. Каплан і Б.Дж. Седок (1994) розглядають термін “розумова відсталість” як синонім ретардації і рахують, що розумова відсталість – це “поведінковий синдром”, який не має єдиної етіології, механізму, динаміки, прогнозу і відображає установку суспільства по відношенню до даної групи.

Сьогодні в багатьох країнах (в США, Німеччині, Англії, Нідерландах, Франції і т.д.) з’являються нові терміни, які замінюють термін “олігофренія” через його недосконалість. Пропонуються наступні назви: “психічна відсталість”, “психічна затримка”, “психічна недостатність”, “психічна субнормальність”, “розумовий дефіцит”, “відстала дитина” тощо. Є спроби відділення важких форм розумової відсталості від легких.

Наслідком хаосу термінологічних формулювань, які позначають “вроджене слабоумство”, а, як наслідок, і труднощів розуміння самої розумової відсталості, стало те, що за пропозицією Всесвітньої організації охорони здоров’я у класифікації хвороб і наявної там “Міжнародної класифікації психічних і поведінкових розладів” різні аспекти вродженого слабоумства розглядаються під єдиною назвою “розумова відсталість”. Цю позицію підтримали більше 30 розвинених країн, в тому числі й Україна. Пояснюється це не лише прагненням подолати термінологічну багатогранність, але й – головним чином – тим, що відбулися значні зміни в трактуванні розумової відсталості, її причин, механізмів виникнення, ступенів і форм, діагностики, варіантів динаміки тощо [4].

Поступово формується напрямок, прихильники якого намагаються у визначенні розумової відсталості показати сукупність факторів: етіологічних (причинних), патогенетичних (механізмів порушення мозкової діяльності), клінічних, психологічних, соціокультурних, адаптивних, поведінкових та інших.

Наведемо відповідно до 10 перегляду міжнародної класифікації хвороб позначенні розумової відсталості, які використовуються спеціалістами психолого-медико-педагогічних консультацій та психіатрам:

- F – розумова відсталість;
- F 70 – легка розумова відсталість;
- F 71 – помірна розумова відсталість;
- F 72 – важка розумова відсталість;
- F 73 – глибока розумова відсталість;

F 78 – інша розумова відсталість;

F 79 – неуточнена розумова відсталість.

Окрім основного діагнозу, діти можуть мати супутні психіатричні проблеми:

F 7x.0 – мінімальні поведінкові відхилення або їхня відсутність;

F 7x.1 – значні поведінкові відхилення, що потребують уваги або лікувальних заходів;

F 7x.8 – інші поведінкові відхилення;

F 7x.9 – поведінкові відхилення не визначені.

Наведемо докладний перелік діагнозів, які використовуються на практиці ПМПК та їхніх шифрів у відповідності з МКХ-10.

F70.1 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які вимагають лікування і догляду (+ психопатоподібний синдром) (IQ = 50-70)

F70.11 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.

F70.12 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування.

F70.13 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена фенілкетанурією.

F70.14 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена хромосомними порушеннями.

F70.17 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена недоношеністю

F70.18 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена іншими уточненими причинами.

F70.19 Розумова відсталість легкого ступеня зі значними порушеннями поведінки, які потребують догляду і лікування, обумовлена неуточненими причинами.

F70.8 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки (+ епілептоформний синдром).

F70.81 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.

F70.82 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.

F70.83 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена фенілкетанурією.

F70.84 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями.

F70.87 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена недоношеністю.

F70.88 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена іншими уточненими причинами.

F70.89 Розумова відсталість легкого ступеня з іншими порушеннями поведінки, обумовлена неуточненими причинами.

F70.9 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки.

F70.91 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою інфекцією або інтоксикацією.

F70.92 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена попередньою травмою або фізичним агентом.

F70.93 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена фенілкетанурією.

F70.94 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена хромосомними порушеннями

F70.97 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена недоношеністю.

F70.98 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена іншими уточненими причинами.

F70.99 Розумова відсталість легкого ступеня без вказівки на порушення поведінки, обумовлена неуточненими причинами.

F71 Помірна розумова відсталість (IQ = 35-49)

* розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення.

F 72 Важка розумова відсталість (IQ = 20-34)

* розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення.

F 73 Глибока розумова відсталість (IQ = 0-19)

* розширення діагнозу має ті ж позначення, що і при розумовій відсталості легкого ступеня вираження відхилення [3].

Характеризуючи класифікацію ICD-10 потрібно зазначити, що в ній поряд із когнітивними, мовленнєвими, моторними порушеннями може спостерігатись весь діапазон психічних і соматичних розладів. Для діагностики можуть використовуватись 2 з 3-х критеріїв DSV-III-R, які оцінюють розумову відсталість як:

1) інтелектуальне функціонування на більш низькому, аніж середній, рівні;

2) поєднане з ним погіршення адаптації, тобто низька особистісна ефективність у своїй культурній групі через недостатність соціальних умінь і відповідальності, труднощів спілкування, невмілого повсякденного обслуговування, недостатньої особистісної незалежності й самостійності.

На Україні дотримуються традиційного визначення: розумова відсталість – це стійке порушення пізнавальних процесів внаслідок органічного ураження головного мозку, набутого або спадкового. В цьому визначенні підкреслюється наявність: 1) органічної патології саме пізнавальної сфери, тобто мається на увазі розпад в першу чергу процесів мислення, таких як аналіз, синтез, узагальнення тощо, мовлення, пам'яті, уваги, моторики і т.д.; 2) вказується на його стійкість, тобто мається на увазі незворотність процесу ушкодження інтелектуального потенціалу; 3) зазначається час його виникнення, тобто виникнення як в період внутрішньочеревного розвитку, так і в подальші етапи життя суб'єкта.

Також необхідно вказати на поділ розумової відсталості на олігофренію і деменцію. Олігофренія – одна з найпоширеніших форм психічної недорозвиненості, що виникає внаслідок ураження центральної нервової системи у пренатальний, натальний та постнатальний періоди. При Олігофренії недостатність мозку має не прогресуючий характер, тому такі діти здатні до поступального пізнавального розвитку, хоча і зі значними ускладненнями, зумовленими його патологічною основою. Деменція – набуте слабоумство, стійке ослаблення інтелектуальної діяльності в поєднанні з розладами пам'яті та емоційно-вольової сфери [2].

В підсумку можемо зазначити, що формування визначення розумової відсталості як психолого-педагогічної проблеми, яке б включало всі параметри цієї патології, перебуває в стані розвитку і потребує подальших досліджень.

Список використаних джерел

1. Гаврилов О.В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі / О.В.Гаврилов. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 308 с.
2. Дефектологічний словник: навчальний посібник / За ред. В.І. Бондаря, В.М. Синьова. – К.: МП Леся, 2011. – 528 с.
3. Дробинская О.А. Диагностика нарушений развития у детей: клинические аспекты / О.А.Дробинская. – М.: Школьная пресса, 2006. – 80 с.

4. Краткий дефектологический словарь / Под ред. А.И. Дьячкова. – М.: Просвещение, 1964. – 398 с.
5. Лурье Н.Б. Дети с болезнью Дауна и некоторые особенности их познавательной деятельности / Н.Б.Лурье, С.Д.Забрамная// Дефектология. – 1971. – № 1. – С. 30-37.
6. Маллер А.Р. Основные принципы коррекционно-воспитательной работы с глубоко умственно отсталыми детьми / А.Р.Маллер, Г.В.Цикото// Дефектология. – 1984. – № 1. – С. 34-40.
7. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: Учебное пособие. – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.

Forming of the backwardness concept in the researches of scientists of different countries are overlooked, the short review of mental illnesses since ancient times till today is given in the context of explanation of mental retardness, the forming of move, supporters of which are trying to show aggregate of factors in the explanation of the backwardness concept: etiologic (causal), nosotropic (mechanisms of violation the brain activity), clinical, psychological, sociocultural, adaptive, behavioral and others is shown in the article.

Key words: backwardness, factors, dementia, olihofrenia, psychical and somatic disorders.

Отримано:12.08.2011

УДК 159.9.072: 159.938.363.6

Т.С.Горяча

Психокорекційна програма та основні методи психокорекції для осіб із остеохондрозом хребта

Наше дослідження спрямоване на обґрунтування та реалізацію комплексу психокорекційних заходів, який покращує показники психічного здоров'я осіб з больовим синдромом при остеохондрозі хребта. Основою нашої психокорекції стали дві фундаментальні концепції: концепція “позитивного психічного здоров'я” та концепція цілісності особистості, її психосоматичної єдності. Враховуючи специфіку клієнтів із больовим синдромом вертеброгенного походження, в психокорекції акцент робився на трьох її аспектах, а саме: поведінковому (саморегуляції); емоційному (самовідношенні); когнітивному (саморозумінні).