

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВДНЗУ «УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА  
АКАДЕМІЯ»

Л.О. ГЕРАСИМЕНКО

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ,  
ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА  
РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ  
ТА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ**

Навчально методичний посібник

Полтава 2015

У навчально-методичному посібнику, з урахуванням клініко-психопатологічних особливостей викладені сучасні уявлення про психотерапевтичну корекцію, фармакотерапію, жінок, які хворіють на невротичні та соматоформні розлади.

Також окрема увага приділена питанням психосоціальної реабілітації жінок, описані їх соціально-психологічні особливості.

Для магістрів, клінічних ординаторів, аспірантів та лікарів загальної практики.

**Автор:** к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
Л.О. Герасименко

**Рецензенти:**

Професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» доктор мед. наук,  
Г.Т.Сонник

Завідувач кафедри нервових хвороб з нейрохірургією та медичною генетикою ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»  
доктор мед. наук професор Н.В. Литвиненко

## ВСТУП

Згідно статистики ВООЗ, протягом останніх років у розвинутих країнах світу спостерігається своєрідна епідемія захворювань, у розвитку яких визначальну роль відіграють несприятливі для людини форми емоційного напруження, так звані емоційні стреси. До таких захворювань передовсім відносять наркоманії, психосоматичні захворювання та неврози. Уже доведено, що стреси сприяють розвитку широкого кола психічної та соматичної патології – від розладів адаптації, посттравматичного стресового розладу до карієсу і злоякісних пухлин.

Згідно даних Національної ради здоров'я, навіть у індустріально розвинених країнах Європи із високим рівнем соціального захисту, кожен третій дорослий страждає від немочі, порушень сну, млявості, депресії або тривожності; у кожній третій чотирирічній дитині мають місце симптоми соціального неблагополуччя (надмірна агресивність, нічні кошмари, енурез тощо); кожен десятий страждає на алкоголізм; тисячі людей здійснюють суїцидальні спроби. Згідно даних Президентської комісії з психічного здоров'я США, майже 15% населення цієї країни потребує відновлення психічного здоров'я; 5-15 % дітей віком від 5 до 15 років мають стресогенні порушення поведінки або затримку психічного розвитку; приблизно 10 млн. жителів США зловживають спиртними напоями, а кожен четвертий страждає від депресії, тривожності та емоційного дискомфорту. Структура захворюваності на психічні розлади в Україні характеризується неухильним ростом розповсюдження захворювань на непсихотичні розлади, серед яких переважають невротичні, соматоформні та стресові розлади. (Бітенський В.С., 2011; Табачников С.І. зі співавт., 2011; Казакова С.Є., 2012; Бабюк І.О., 2012; Lyracos G.N., 2013).

В умовах сучасного патоморфозу, серед невротичних розладів найчастіше зустрічаються форми, обтяжені соматичним і неврологічним фоном, стійкі до лікування стани, що призводять до інвалідизації хворих. І це надає даній проблемі не тільки медичного, але й соціального значення. Однією з головних передумов створення і широкого поширення концепції стресу є актуальність проблеми захисту людини від несприятливих факторів навколишнього середовища. Цей вплив постійно ускладнюється в усіх аспектах людського існування – від екологічного до соціального і, звичайно, психологічного. Людина у цій системі розглядається найважливішим елементом біосфери, який підлягає захисту.

Останніми десятиріччями відзначається значне посилення інтересу до вивчення проблеми виникнення та розвитку невротичних розладів. Це обумовлюється значною поширеністю і вираженістю їхніх медичних та соціально-демографічних наслідків (Чабан О.С., 2009; Хаустова О.О., 2011; Юрьєва Л.Н., 2012; Скрипніков А.М., 2012; Вуссі Р. et al., 2012).]. Дані про епідеміологію невротичних розладів свідчать, що їхній рівень серед населення лишається досить таки високим. Невротичні розлади діагностуються у 3-5 % в популяції та до 60 % у осіб, які первинно

звернулись за медичною допомогою [14, 145]. Генералізована тривога спостерігається у 2–9 % населення. Змішаний тривожно-депресивний розлад у рамках розладів адаптації зустрічається у 9,8 % пацієнтів лікаря загальної практики [125, 208, 224, 306].

Поширеність та вираженість медико-соціальних наслідків невротичних розладів все частіше роблять їх об'єктом сучасних досліджень (Напреєнко О.К., 2009; Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О., 2010; Александровский Ю.А., 2011; Абрамов В.А., 2012; Михайлов Б.В., 2012; Kasper, S., 2012; Grasse M. et al., 2013 ).

Медико-соціальні наслідки невротичних розладів включають хронічний перебіг, вираженість соціального дистресу, зниження працездатності та якості життя (Краснов В.Н., 2008; Скрипніков А.М., 2011; Подкоритов В.С. зі співавт., 2012; Пшук Н.Г., 2012; Aloulou J., 2012).

Протягом останнього десятиріччя зазнали певної корекції погляди на чинники ризику та механізми розвитку невротичних і соматоформних розладів. Встановлено, що все різноманіття гіпотез, пов'язаних із етіопатогенезом цих станів, поділяється на дві групи – психодинамічні (психоаналітичні) та біологічні (соматичні) концепції (Марута Н.О., 2010 Михайлов Б.В., 2012). Сучасний етап вивчення патогенетичних закономірностей формування тривожних розладів характеризується зростанням питомої ваги біологічних досліджень з акцентом на «ендогенні» чинники, що наближує їх до широкого спектру порушень при шизофренії (Мішиєв В.Д., 2007; Рачкаускас Г.С., 2009; Кожина Г.М., 2012; Erbas O. et al., 2012; Montgomery S. et al., 2012).

Незважаючи на визнаний взаємозв'язок формування дезадаптивних станів із невротичними розладами, системних досліджень цього питання не проводилось. Пріоритетним у даному напрямку є визначення типології неврозу у поєднанні з визначенням стану соціальної та сімейної адаптації, стресдолаючої поведінки, впливу коморбідної патології на рівень постстресорного реагування, ризику розвитку постстресорної депресії, предикторів формування дезадаптивної поведінки (біологічних, психологічних та соціальних), а також успішність медикаментозних та психотерапевтичних стратегій, що застосовуються до даної категорії хворих (Смулевич А.Б., 2010; Морозов П.В., 2011; Марута Н.О., 2011; Paraschacki S.A. et al., 2012).

Тому дана робота, що узагальнює досвід психотерапевтичної, психокорекційної роботи, фармакологічного лікування та психосоціальної реабілітації жінок, що страждають на невротичні і соматоформні розлади, має стати у нагоді широкому колу спеціалістів, що працюють у галузі охорони психічного здоров'я.

## МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ

У процесі виконання дослідження було обстежено 246 жінок основної групи із психосоціальною дезадаптивною поведінкою при невротичних, соматоформних розладах. Серед обстежених основної групи у 45 (18,3 %) виявлено соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи (F41.0), у 66 (26,8 %) – розлади адаптації (F42.2), у 29 обсесивно-компульсивний розлад (42), у 29 з посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (F42.1), 77 жінок з неврастенією (41,9 %) – (F48). До групи порівняння увійшов 101 пацієнт з аналогічними формами невротичних розладів без ознак психосоціальної дезадаптивної поведінки. Основна група та група порівняння були гомогенними за клініко-психопатологічними характеристиками.

Для реалізації мети та завдань дослідження у роботі використаний комплекс методів, що містив клініко-психопатологічне, психометричне, психодіагностичне дослідження та статистичні методи обробки отриманих результатів.

Клініко-психопатологічний метод використовувався на загальних засадах психіатричного обстеження шляхом інтерв'ю та спостереження із подальшим співставленням отриманих даних з діагностичними критеріями МКХ-10.

Психометричні методи доповнювали клініко-психопатологічне дослідження та застосувалися з метою кількісної оцінки клінічних показників. До їх переліку увійшли:

- шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В.Н. зі співавт., 2008);
- шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Юрьєва Л.Н., 2006);
- опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) (Derogatis L.R. et al., 1975);
- оцінка рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна (Райгородській Д.Я., 2000);
- засоби урегулювання конфліктів за методикою К. Томаса у модифікації Н.В.Гришиної;
- шкала *адаптації/дезадаптації* (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., 2001);
- шкала *типів ставлення до хвороби* (методика визначення переважаючого типу ставлення до хвороби за Л. Й. Вассерманом зі співавт., 2005);
- шкала *особистісних особливостей* (стандартизований багатofакторний метод дослідження особистості (СБМДО) Л. М. Собчак, 2003);
- шкала сексуальності W.E. Snell, D.R. Papini (1989);
- методика Е. Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги» (2002);
- методика Жилия;
- сексуальні фантазії кожного з подружжя за класифікацією, запропонованою W. Masters, V. Jonson (1989)

Патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптивної поведінки при невротичних розладах вивчалися за допомогою наступних патопсихологічних методів:

- «Характерологічний опитувальник К.Леонгарда – Шмішека»;
- методика вивчення ціннісних орієнтацій (Фанталова Е.Е., 1992);

Методи статистичної обробки результатів дослідження було виконано із розрахунками середньої величини (M), похибки середньої величини (m), середньоквадратичного відхилення ( $\sigma$ ). Достовірність відмінностей аналізувалася методом порівняння двох показників (t – критерій Ст'юдента), за допомогою яких визначалася значущість відмінностей двох груп за середнім значенням будь-якого показника. Для оцінки достовірності відмінностей параметрів за даними вибіркової сукупності щодо кількісних показників бралися до уваги три рівні значимості 5 % ( $p = 0,05$ ), 1 % ( $p = 0,01$ ) та 0,1 % ( $p = 0,001$ ) (Антомонов М.Ю., 2006).

Обробка даних здійснювалася із використанням статистичної програми SPSS 16.0 for Windows.

## РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ

Вивчення соціально-демографічних характеристик пацієнтів із психосоціальною дезадаптивною поведінкою при невротичних і соматоформних розладах показало, що серед цього контингенту були виключно особи жіночої статі, особи чоловічої статі (56,5 %;  $p < 0,05$ ) входили до подружніх пар, у віковому діапазоні 26-46 років (75,8 %;  $p < 0,01$ ), самотні (62,44 %;  $p < 0,01$ ), з вищою освітою (54,1 %;  $p < 0,01$ ), зайняті розумовою працею (59,8 %;  $p < 0,01$ ).

Аналіз феноменології психосоціальної дезадаптивної поведінки при невротичних розладах засвідчив, що така поведінка достовірно частіше спостерігалася у пацієнтів із розладами адаптації (59,1%;  $p < 0,05$ ), посттравматичним стресовим розладом (41,9 %;  $p < 0,05$ ) та obsесивно-компульсивним розладом (33,1 %;  $p < 0,05$ ).

Дослідження психосоціальної дезадаптивної поведінки у хворих на невротичні розлади показало, що в її структурі переважали (57,3 %;  $p < 0,05$ ), фантазування та переживання (42,7 %;  $p < 0,05$ ). Суїцидальних спроб у пацієнтів із невротичними розладами не спостерігалось.

Психосоціальна дезадаптивна поведінка відрізнялась при різних формах невротичних розладів. У хворих із СВД серцево-судинної системи і розладами адаптації частіше реєструвалися незадоволеність собою, добові коливання настрою (63,4 %;  $p < 0,05$ ), ангедонія (82,2%;  $p < 0,05$ ), а у пацієнтів із ПТСР та зі змішаним тривожно-депресивним розладом – наміри та задуми (61,3 % при  $p < 0,05$  та 71,2 % при  $p < 0,01$  відповідно).

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей невротичних і соматоформних розладів, у структурі яких формувалася психосоціальна дезадаптивна поведінка, здійснювався нами у відповідності до форми патології.

Серед обстежених пацієнтів із СВД серцево-судинної системи у клініці психопатологічних розладів переважали наступні симптоми: зниження настрою у 100% жінок; знижена самооцінка – у  $75,6 \pm 4,3\%$  обстежених; роздратованість – у  $68,9 \pm 4,6\%$ ; зниження працездатності – у  $64,4 \pm 4,8\%$  осіб; втома – у  $91,1 \pm 2,8\%$ ; інсомнія у вигляді сну з нічними пробудженнями – у  $60,0 \pm 4,9\%$  обстежених; ідеаторна загальмованість – у  $91,1 \pm 2,8\%$ ; звуження кола інтересів реєструвалось у 100% обстежених; труднощі у прийнятті рішень, неможливість приймати рішення, тенденція до відкладання прийняття рішень – у  $84,4 \pm 3,6\%$  хворих; зниження рівня концентрації уваги у  $95,6 \pm 2,1\%$  обстежених. Погіршення комунікативних функцій (неадекватна ситуації поведінка, вибіркоче спілкування, нерозважлива поведінка, відсутність реакції на задані питання) спостерігались у  $86,7 \pm 3,4\%$ . Цей факт засвідчив, що при вищевказаних розладах жінки були соціально дезадаптовані та у них не були збереженими комунікативні можливості особистості. У цих пацієнтів реєструвалися спадкова обтяженість невротичними розладами ( $31,7\%$ ;  $p < 0,01$ ), тривожні ( $60,9\%$ ;  $p < 0,05$ ) та афективно-ригідні ( $36,6\%$ ;  $p < 0,01$ ) преморбідні особистісні особливості. В анамнезі у хворих даної групи достовірно частіше спостерігались психогенні чинники ( $65,9\%$ ;  $p < 0,05$ ), що обумовлені конфліктами в родині ( $36,6\%$ ), загрозою власному здоров'ю внаслідок хвороби ( $31,7\%$ ;  $p < 0,01$ ) та втратою соціального статусу ( $29,3\%$ ;  $p < 0,05$ ).

Найбільш розповсюдженими емоційними проявами у жінок із СВД серцево-судинної системи були нудьга, незадоволеність собою, добові коливання настрою – у 100% обстежених; журба – у  $93,3 \pm 2,5\%$  хворих; гіркота – у  $93,3 \pm 2,5\%$ ; ангедонія – у  $82,2 \pm 3,8\%$  обстежених.

Сомато-вегетативні розлади у пацієток з СВД серцево-судинної системи діагностувались у структурі астено-депресивних розладів ( $p < 0,005$ ). Найбільш розповсюдженими серед них були: головні болі – у  $51,1 \pm 5,0\%$  обстежених; порушення апетиту – у  $77,8 \pm 4,2\%$ ; порушення діяльності серцево-судинної системи – у  $83,3 \pm 5,0\%$ ; сексуальні порушення – у  $80,0 \pm 4,0\%$ ; порушення діяльності шлунково - кишкового тракту – у  $35,6 \pm 4,8\%$  обстежених жінок.

Згідно аналізу результатів обстеження за допомогою характерологічного опитувальника К.Леонгарда – Шмішека у жінок та чоловіків в ПП найчастіше відмічались педантичні і циклотимні акцентуйовані характерологічні риси.

За даними методики Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна у обстежених нами жінок були визначені досить високі рівні особистісної ( $54,5 \pm 4,8\%$ ) і ситуативної ( $48,5 \pm 4,7\%$ ) тривожності.

При вивченні рівня депресії за шкалою Hamilton G. у 60% жінок були діагностовані легкі ( $42,4 \pm 4,7\%$ ) або ж помірні ( $27,3 \pm 4,5\%$ ) її рівні.

У хворих на СВД серцево-судинної системи відповідно до результатів HARS в структурі тривожних порушень домінували побоювання повторного серцевого нападу ( $3,3 \pm 0,2$  бали) та безсоння ( $3,1 \pm 0,3$  бали) тяжкого ступеня

вираженості ( $p < 0,01$ ), що супроводжувалися тривожною напругою ( $2,7 \pm 0,2$  бали), серцево-судинними тривожними еквівалентами ( $2,8 \pm 0,2$  бали), вегетативними порушеннями ( $2,6 \pm 0,3$  бали) помірного ступеня вираженості ( $p < 0,05$ ).

За даними опитувальника SCL-90-R, описані у хворих із СВД розлади серцево-судинної системи із психопатологічними проявами підтримувалися за рахунок міжособистісної сензитивності (68,3 %;  $p < 0,01$ ), ворожості (60,9 %;  $p < 0,05$ ) та психологічного дистресу (51,2 %;  $p < 0,05$ ), а також високої інтенсивності (46,3 %;  $p < 0,05$ ).

Клініко-психопатологічний аналіз структури клінічної симптоматики у пацієнтів з психосоціальною дезадаптивною поведінкою при СВД серцево-судинної системи показав, що емоційний спектр у цих хворих формувався із переважанням відчаю (46,3 %;  $p < 0,01$ ), незадоволення (39,0 %;  $p < 0,05$ ) та обурення (24,4 %;  $p < 0,01$ ). Такий емоційний стан сприяв переважанню поведінки із домінуванням експлозивного компонента у 41,5 % пацієнтів ( $p < 0,01$ ).

Сомато-вегетативне оформлення описаного емоційного стану проявилось у вигляді вегето-вісцеральних кризів змішаного характеру (у 75,6 %;  $p < 0,05$ ), порушень сну (у 51,2 %;  $p < 0,01$ ) та серцево-судинної діяльності (у 41,5 %;  $p < 0,01$ ).

Аналізуючи дані, отримані за методикою «Індекс життєвого стилю» ми визначали особливості механізмів психологічного захисту у жінок. У пацієток із СВД серцево-судинної системи переважно використовувався механізм «витіснення», спрямований на захист від небажаних імпульсів. У своїх поведінкових реакціях жінки підсвідомо заміняли вирішення більш складних завдань на відносно більш прості та доступні.

Використання у якості механізму психологічного захисту «компенсації» і «інтелектуалізації» було більш характерним для жінок із кардіалгічною формою СВД.

Механізм психологічного захисту «проекція» частіше виявлявся у пацієток із аритмічною формою СВД серцево-судинної системи. Вони частіше за інших підсвідомо локалізували свої неприємні відчуття та думки щодо інших людей.

Особливості мислення у цій групі пацієнтів характеризувалися підвищеною чутливістю щодо критики на свою адресу (75,6 %), труднощами у прийнятті рішень (58,5 %), зниженням рівня інтересів (53,7 %;  $p < 0,05$ ).

В основі формування моделі поведінки жінок з СВД серцево-судинної системи лежить дисоціація між важливістю і можливістю досягнення основних життєвих цінностей (впевненості у собі, активної життєвої діяльності, цікавої роботи). Внутрішньособистісний конфлікт, як правило, поєднувався із інтернальністю і свідчив про пасивну життєву позицію та бажання звинувачувати передовсім себе в усіх негативних подіях, що були причиною його розвитку.



Серед хворих із **психосоціальною дезадаптивною поведінкою при обсессивно-компульсивному розладі** серед ПП частіше відмічалися особи чоловічої статі (67,7 %), такі, що мали середню спеціальну освіту (38,7 %;  $p < 0,01$ ), працювали у сфері розумової праці (54,8 %). А серед жінок теж домінували особи з середньою освітою (65,5%), які займалися розумовою працею.

Анамнестичні дослідження у цих хворих виявили наявність спадкової обтяженості на алкогольну залежність (22,6 %;  $p < 0,05$ ); розладів особистості (25,8 %;  $p < 0,01$ ); тривожних (71,0 %;  $p < 0,05$ ) та інтровертованих (51,6 %;  $p < 0,01$ ) особистісних особливостей; психогенних чинників, зумовлених сексуальними проблемами (48,4 %;  $p < 0,01$ ), незадоволеною потребою в любові та близьких стосунках (35,5 %;  $p < 0,05$ ).

Аналіз способів регулювання конфліктів за методикою К. Томаса у модифікації Н.В.Гришиної засвідчив, що у випадку сімейної дисфункціональності і сексуальної дезадаптації спостерігались переважно два шляхи урегулювання конфліктів – змагання і уникнення, а у випадку соціально-психологічної дезадаптації вибір відбувався на користь змагання і пристосування. У значної частини ПП спостерігались такі способи урегулювання конфліктів, як уникнення і компроміс. Співробітництво, як найбільш гармонійний спосіб регулювання конфлікту частіше був притаманним жінкам першої групи із сексуальною формою дезадаптації.

Невміння знайти конструктивний спосіб вирішення конфліктної ситуації при обох формах дезадаптації сприяло розвитку та поглибленню внутрішньособистісного і міжособистісного конфлікту у жінок, що погіршувало стан сімейного функціонування.

Системно-структурний аналіз стану сімейного функціонування за його інтегральними критеріями, дозволяє виявити порушення психологічного і соціально-психологічного компонентів, обумовлені присутністю у жінок негативно оцінюваних чоловіками рис характеру, неспавпадінням сімейно-рольових позицій подружжя, неспівпадінням ціннісних орієнтацій і домінуючої мотивації, відсутністю почуття взаємної любові. Це призводило до порушення сексуально-еротичної адаптації подружжя та низького рівня інформованості у питаннях психогігієни статевого життя. Стрижневим є ураження психічної складової біологічного компонента СФ за психічного розладу у жінок.

Серед пацієнтів із **психосоціальною дезадаптивною поведінкою при розладах адаптації** у ПП переважали жінки, середній вік яких складав  $35,5 \pm 5,3$  роки, з вищою освітою (55,1 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (65,2 %;  $p < 0,01$ ). Серед осіб чоловічої статі у 76,9 % середній вік складав  $40,3 \pm 5,1$  роки, з вищою освітою (68,2 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (74,2 %;  $p < 0,01$ ).

Психоанамнестичні дослідження у хворих цієї групи свідчили про наявність спадкової обтяженості афективними розладами (30,8 %;  $p < 0,05$ ),

преморбідних особистісних акцентуацій (психастенічних – 43,9 %, дистимічних – 25,7 %, циклотимічних – 18,2 %,  $p < 0,01$ ) та хронічних чинників психічної травматизації (74,2 %;  $p < 0,05$ ), обумовлених відчуттям самотності, потребою в любові та близьких стосунках (56,1 %;  $p < 0,05$ ), конфліктами у родині (43,9 %;  $p < 0,05$ ).

При обстеженні за методикою Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна серед чоловіків переважали високий і середній рівні ОТ, а у чоловіків групи порівняння – середній і низький. У більшості жінок з ПД превалював середній рівень ОТ, тоді як для сексуально успішних характернішим виявився низький її рівень ( $p < 0,01$ ). На відміну від показників ОТ, тенденція в розподілі РТ з превалюванням середнього її рівня, виявилася схожою серед жінок обох груп. Для чоловіків у групі з ПД та СД виявилось характерним домінування високого і середнього рівнів РТ, тоді як у чоловіків групи порівняння встановлено переважання середнього і низького її рівнів ( $p < 0,01$ ).

Суб'єктивний стан легкої депресії ситуативного генезу діагностовано у 56% чоловіків та у 31% жінок основної групи, у 12% виявлено масковану депресію ( $p < 0,01$ ). Серед чоловіків основної групи 20% потерпали, за їх суб'єктивною оцінкою, від субдепресивного стану, така ж кількість – від ситуативної депресії ( $p < 0,01$ ).

При аналізі результатів об'єктивного дослідження психопатологічної симптоматики, в основній групі встановлено дисоціацію між самооцінкою своїх проявів і реальним станом обстежених. При об'єктивізації психопатологічної симптоматики за допомогою клінічної шкали MADRS, в основній групі у  $25 \pm 4,3\%$  чоловіків і жінок діагностовано помірний, а у  $37,5 \pm 4,8\%$  чоловіків і  $50 \pm 5,0\%$  жінок – легкий депресивний епізод. У  $37,5 \pm 4,8\%$  чоловіків і  $25 \pm 4,3\%$  жінок основної групи і в усіх обстежених в групі порівняння не виявлено депресивного розладу. При верифікації ознак тривожного розладу за шкалою CAS виявлено, що не дивлячись на наявність у  $31,3 \pm 4,6\%$  чоловіків з СД та ПП з ПД високого рівня ситуативної тривожності, клінічно виражений тривожний стан було діагностовано лише у відносно невеликої групи обстежених.

У структурі тривожних розладів цих хворих, за даними шкали SCL-90-R, переважали фобічна тривожність (61,3 %;  $p < 0,01$ ), соматизація (38,7 %;  $p < 0,05$ ) з наявністю дистресу (у 77,4 %;  $p < 0,05$ ) високої інтенсивності (64,5 %;  $p < 0,05$ ).

Відповідно до результатів шкали HARS, клінічна картина розладів у хворих даної групи включала наявність вираженої напруги ( $3,4 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ), помірно виражених побоювань за своє життя, здоров'я близьких та інших тривожних передчуттів ( $2,6 \pm 0,1$  бали,  $p < 0,01$ ), тривожних соматичних м'язових симптомів ( $2,5 \pm 0,3$  бали,  $p < 0,01$ ) та тривожних розладів поведінки ( $2,3 \pm 0,2$  бали,  $p < 0,05$ ).

Емоційні розлади у хворих цієї групи характеризувалися переважанням жахів (61,3 %,  $p < 0,01$ ), побоювань (45,2 %;  $p < 0,01$ ), незадоволеності собою (32,3 %;  $p < 0,05$ ). У поведінці хворих цієї групи спостерігалися ананкастні

(54,8 %;  $p < 0,05$ ) та астеничні (35,5 %;  $p < 0,01$ ) компоненти із вираженим руховим неспокоєм (38,7 %;  $p < 0,01$ ).

Сомато-вегетативні порушення реєструвалися у вигляді сексуальних розладів (65,2 %;  $p < 0,05$ ) та головного болю (45,2 %;  $p < 0,01$ ).

Розлади мислення у цій групі хворих проявлялися у вигляді іпохондричних думок (45,2 %,  $p < 0,05$ ) та виснаженості психічної діяльності (35,5 %;  $p < 0,05$ ).

За результатами обстеження жінок із РА порушення загальної, міжособистісної та сексуальної комунікації у них відбувається внаслідок констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. Переважаючим типом СД у жінок з РА з ПДР є відсутність сексуального задоволення, втрата статевого потягу та оргазмічна дисфункція. За даними проведених досліджень встановлено, що при РА у вигляді ПДР, ЗТДР переважають нефункціональні типи шлюбу.

Серед пацієнтів з **психосоціальною дезадаптивною поведінкою при посттравматичному стресовому розладі** у ПП переважали жінки, середній вік яких складав  $37,5 \pm 4,5$  роки, з вищою освітою (58,6 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (55,2 %;  $p < 0,01$ ). Серед осіб чоловічої статі середній вік яких складав  $41,2 \pm 4,6$  роки, з вищою освітою були (68,2 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (59,6 %;  $p < 0,01$ ).

Психоанамнестичні дослідження у хворих цієї групи свідчили про наявність спадкової обтяженості афективними розладами (44,8 %;  $p < 0,05$ ), преморбідних особистісних акцентуацій (психастеничних – 31,3 %, дистимічних – 20,7 %, циклотимічних – 17,2 %,  $p < 0,01$ ) та хронічних чинників психічної травматизації (74,2 %,  $p < 0,05$ ), обумовлених відчуттям самотності, потребою в любові та близьких стосунках (56,1 %,  $p < 0,05$ ) та конфліктами у родині (43,9 %;  $p < 0,05$ ).

Серед типів акцентуованих характерологічних рис домінували у чоловіків – збудливі і педантичні, у жінок – циклотимні і емотивні.

Визначення типів ставлення до хвороби, особистісних особливостей, емоційної сфери, протективних стратегій особистості, «Я-концепції» та особливостей шлюбних стосунків дало змогу встановити, що найчастіше (69,56%) у дезадаптованих жінок мав місце змішаний тип ставлення до хвороби. Серед чистих типів (32,31%) домінував сенситивний тип (21,73%); що стосується змішаних типів ставлення до хвороби, то в 50% випадків сенситивне ставлення входило до складу цих типів. Отже, домінуючим типом ставлення до хвороби у дезадаптованих жінок, був сенситивний тип, якому притамана інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу. Тривожний тип ставлення до хвороби, що відображає інтрапсихічну спрямованість, спостерігався у 17,24% жінок.

У адаптованих жінок спостерігалось адекватне ставлення до стресу, серед яких домінували гіперсоціальний і гармонійний типи. Також був досліджено аспект внутрішньої картини хвороби, що класифікується як інтелектуальний рівень ВКХ. Результати засвідчили занурення дезадаптованих жінок у процес

хвороби, намагання визначити власну концепцію хвороби при домінуванні ірраціональних стереотипних установок.

Адаптовані жінки відзначались труднощами виділення патогенезу хворобливого стану, мали складності в описі власних проблем, що свідчило про когнітивну неоформленість концепції хворобливого стану. Найбільшу загрозу наслідків стресової ситуації вбачали у тимчасовій втраті працездатності, рецидиві стресу і, як наслідок, загостренні хворобливого стану.

Особистісні особливості є переддиспозицією стану, що розгортається під впливом стресової ситуації, та можуть виступати як «слабкий ґрунт», котрий спричиняє розвиток дезадаптації, або, навпаки, створює основу успішної адаптації за складних умов. В групі дезадаптованих жінок було виділено п'ять варіантів типологічно схожих особистісних профілів, а в групі адаптованих жінок – 3 варіанти профілів.

Встановлено зв'язки між рисами особистості та дезадаптивними симптомами різних реєстрів, що дозволило стверджувати наявність певних характеристик, що серед іншого зумовлюють появу дезадаптивних станів у жінок з ПТСР, а саме: появу симптомів соматизації і були пов'язані з такими особистісними характеристиками, як спонтанність і емоційна несталість. Переддиспозиційною основою депресивної симптоматики виявились песимістичні та сенситивно-тривожні риси, риси надконтролю та індивідуалістичність. На появу симптоматики міжособистісної сенситивності впливала песимістичність, гіпостенічні риси та риси невпевненості і інтровертності. Передумовою виникнення фобічної тривожності були риси надконтролю та песимістичності.

Виявлено розбіжності між стійкими емоційними рисами, а саме: здивуванням, відразою, що більш властиві дезадаптованим жінкам, та провинною, що була більш вираженою у адаптованих жінок. В актуальному емоційному профілі дезадаптованих жінок відбувалося підвищення практично всіх негативних емоцій, серед яких домінував сором у зв'язку з неприйняттям та неможливістю подолання стресової ситуації. Стала і актуальна емоційна сфера адаптованих жінок характеризувались «придушенням» негативних стеничних емоцій. Алекситимічний симптомокомплекс був більш властивий адаптованим жінкам ( $\phi=2,25$ ,  $p \leq 0,01$ ).

За допомогою t-критерію Стьюдента була встановлена різниця між групами за рівнем вираженості механізмів психологічного захисту. Більш використовуваним механізмом психологічного захисту у дезадаптованих жінок була регресія ( $t = 6,37$ ,  $p=0,000$ ). У адаптованих жінок найбільш вираженими механізмами захисту ставали заперечення ( $t = 7,04$ ,  $p=0,000$ ), реактивне утворення ( $t = 3,57$ ,  $p=0,001$ ), інтелектуалізація ( $t = 6,04$ ,  $p=0,000$ ) та заміщення ( $t = 6,04$ ,  $p=0,000$ ). Ступінь напруження захисту виявився вищим у адаптованих жінок ( $t = 2,20$ ,  $p=0,032$ ).

Типи сексуальної мотивації і мотиви статевого акту ми досліджували – за В.В.Кришталем (2008), сексуальні фантазії – відповідно до класифікації Дж. Мастерс, В. Джонсон (1998).

Оцінку сімейної тривоги проводили за допомогою методики Е.Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги» (2002), яка містить три шкали: а) вини, що визначає неадекватне відчуття індивідом відповідальності за все негативне, що відбувається в сім'ї; б) тривожності, яка діагностує відчуття, що ситуація в родині не залежить від зусиль індивіда; в) нервового напруження, яка виявляє відчуття, що виконання сімейних обов'язків є непосильним завданням для індивіда. Оцінка проводилась згідно кількості балів за кожною із шкал, а також за сумарним показником узагальненої шкали, що характеризує загальну сімейну тривожність.

Задоволеність сексуальними відносинами оцінювали за шкалою сексуальності W.E. Snell, D.R. Papini (1989), що включає субшкали самооцінки: 1) своїх сексуальних можливостей, 2) сексуальної стурбованості, 3) сексуальної депресії.

Для статистичної обробки даних клінічних, психодіагностичних та соціологічних досліджень використовувались такі методи: описової статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників  $M \pm SD$ , частоти для якісних параметрів), математичної статистики за таблицями відсотків та помилок, критерій U Вілкоксона – Манна – Уїтні та t-критерій Стьюдента з достовірною імовірністю  $p < 0,05$  – для обробки результатів психодіагностичних досліджень.

Важливу роль у процесі психічної адаптації відіграють рівень тривожності на даний момент (реактивна тривожність) та особистісна тривожність (стала характеристика). З метою об'єктивізації рівня особистісної і реактивної тривожності (відповідно OT та PT) виконано обстеження за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, (2001).

Встановлено, що у жінок з ПТСР переважали особи із середнім рівнем ситуативної та особистісної тривожності. Серед незаміжніх кількість осіб із низьким рівнем тривожності ( $p < 0,01$ ) була вірогідно меншою.

У більшості жінок із ПТСР превалював середній рівень OT, тоді як для сексуально успішних характернішим виявився низький її рівень ( $p < 0,01$ ). На відміну від показників OT, тенденція в розподілі PT з превалюванням середнього її рівня, виявилася схожою серед заміжніх та незаміжніх жінок.

При аналізі стану сексуальності у чоловіків і жінок за допомогою психоанамнестичного дослідження, спеціального сексологічного анамнезу було встановлено, що серед типів сексуальної мотивації, у значної частини обстежених жінок відносно часто зустрічались дисгармонійні типи – (46,8%). Досить часто у жінок з проявами ПТСР відмічались агресивні типи сексуальної мотивації (агресивно-егоїстичний – 17,39%). Гомеостабілізуючий та шаблонно-регламентований типи сексуальної мотивації спостерігались рідко та практично однаково часто). Ігровий тип сексуальної мотивації (гармонійний), відмічався лише у 21,73% обстежених жінок. Невідповідність типів сексуальних мотивацій також була фактором формування дисгармонійного стану особистості. Серед мотивів статевого акту найбільш розповсюдженим, як у чоловіків, так і у їх дружин з ПТСР,

було отримання оргазму. На другому місці у чоловіків було зняття статевої напруги, на третьому (у вкрай незначній кількості випадків) – бажання подарувати чуттєву насолоду сексуальному партнеру (партнерці).

У більшості (71,9%) жінок визначалися такі адекватні мотиви вступу до шлюбу, як побоювання самотності та короткочасне захоплення. Навіть ті подружжя, які брали шлюб через закоханість, до моменту обстеження втратили це почуття.

Домінуючою мотивацією у жінок із клінічними ознаками ПТСР було забезпечення життєвих потреб, – престижу та творчості (які частіше сприймалися не зовсім конгруентно звичайним соціальним зразкам). У ціннісних орієнтаціях жінок переважали професійні потреби, при трансформації ПТСР – побут. У вільний час більшість жінок надавали перевагу самовдосконаленню. Розбіжність спрямованості особистості відмічалась у 47,82% випадків, що, безумовно, сприяло розвитку дисгармонійних стосунків.

Встановлення психосексуальних типів обстежених засвідчило, що у обстежених жінок з ПТСР частіше зустрічалися психосексуальні типи «жінка-мати» (43,47%) та пасивно-підкорюваний варіант типу „жінка-жінка” (34,78%). Приблизно у 1/3 подружніх пар зустрічались несприятливі сполучення психосексуальних типів чоловіка та жінки.

Дослідження оцінки жінок із клінічними ознаками ПТСР своєї сексуальності за методикою W. Snell, D. Papini встановило, що у них відзначалися досить високі показники самооцінки щодо сексуальних можливостей, сексуальної стурбованості та середні щодо сексуальної депресії.

Жінки, по відношенню до яких чоловіки відчували сексуальну або поєднану аверсію, низько оцінювали свої сексуальні можливості; адекватно високі оцінки цього аспекту сексуальності були притаманні жінкам другої групи, чії чоловіки відчували психологічну аверсію. Відповідно, показники сексуальної депресії виявилися низькими тільки у жінок другої групи. Активно виявляли сексуальну заклопотаність жінки першої групи, іншим були притамані середній рівень сексуальної заклопотаності та стурбованості.

Інтегральний показник багатомірного феномена ПА – рівня подружнього щастя – був не досить високим у обстежених жінок з клінічними проявами ПТСР.

Значну роль у забезпеченні сексуальної функції відіграють сексуальні фантазії. Вони дають можливість зміцнити впевненість у собі, посилити сексуальне збудження і допомагають зняти емоційний стрес. Тим не менш, вивчення сексуальних фантазій приділяється недостатня увага при діагностиці і корекції порушень сексуальної функції. Ми використовували при визначенні сексуальних фантазій подружжя і неодружених чоловіків класифікацію, запропоновану W. Masters, V. Johnson (1998).

Серед обстежених нами жінок із ПТСР, які перебували у шлюбі, в сексуальних фантазіях переважало експериментування, на другому місці -

заміна партнера; на третьому - груповий секс і садистичні фантазії. У обстежених жінок найчастішими з сексуальних фантазій були заміна партнера, при уяві заміни партнера найчастіше виступали у жінок знамениті особистості, рідше знайомі чоловіки, друзі. Відзначено, що у 27,58% жінок мало місце зниження інтересу до статевого життя.

Отримані в дослідженні дані дозволили визначити функціональність (адаптивність) шлюбу обстежених жінок із ПТСР. Виявилось, що переважали нефункціональні (69,56%) типи шлюбу, решта були умовно функціональними. Нефункціональність та умовна функціональність сімей у жінок з клінічними проявами ПТСР була підтверджена під час визначення типології шлюбу. У більшості випадків мав місце антагоністичний тип порушення СФ (60,86%), особливо часто з чоловіками, які мали збудливі та астено-невротичні риси характеру.

Відповідно, решту становили негативно-доповнюючі типи СФ, та псевдопозитивно доповнюючий типи СФ.

Майже в усіх жінок із ПТСР діагностувалась недостатність рівня загальної та сексуальної комунікації із порушенням всіх компонентів спілкування:

- особистісний, через дисгармонійні риси характеру;
- інформаційний, через слабку обізнаність у питаннях культури спілкування;
- поведінковий, через неправильні форми поведінки;
- емоційний, через неадекватні реакції на життєві труднощі.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок із ПТСР порушення загальної, міжособистісної та сексуальної комунікації, формуються внаслідок констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. За даними проведених досліджень встановлено, що при ПТСР переважають нефункціональні типи шлюбу.

Серед пацієнтів із **психосоціальною дезадаптивною поведінкою при неврастенії** у ПП переважали жінки, середній вік яких складав  $33,5 \pm 4,2$  роки, з вищою освітою (53,2 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (58,4%;  $p < 0,01$ ). Серед осіб чоловічої статі середній вік яких складав  $40,7 \pm 4,5$  роки, більшість мали вищу освіту (51,9 %;  $p < 0,01$ ), і займалися розумовою працею (55,8 %;  $p < 0,01$ ).

Психоанамнестичні дослідження у хворих цієї групи засвідчили наявність спадкової обтяженості афективними розладами (61,0 %;  $p < 0,05$ ), преморбідних особистісних акцентуацій (психастенічних – 29,9 %, дистимічних – 37,7 %, циклотимічних – 32,5 %,  $p < 0,01$ ) та хронічних чинників психічної травматизації (61,0 %;  $p < 0,05$ ), обумовлених самотністю, потребою в любові та близьких стосунках (42,9 %;  $p < 0,05$ ), а також конфліктами у родині (58,4 %;  $p < 0,05$ ).

Серед типів акцентуованих характерологічних рис у чоловіків домінували циклотимні і педантичні, а у жінок – циклотимні і емотивні.

Варіант формування психосоціальної дезадаптивної поведінки – псевдоадаптивний, тип порушення сімейного функціонування – дезінтегрований.

У ході дослідження виявлено основні патопсихологічні закономірності формування дезадаптивної психосоціальної поведінки у хворих із різними формами невротичних розладів.

У хворих **на розлади адаптації** пусковим чинником розвитку дезадаптивної психосоціальної поведінки, за даними нашого дослідження, була фрустрація потреб у здоров'ї, активній діяльності, щасливому сімейному житті, свободі та незалежності вчинків та дій, а також проблеми у спілкуванні. Така фрустрація формується на тлі наступних особистісних особливостей: високого рівня особистісної тривожності, інтровертованості та експлозивності. У цих умовах формується низька нервово-психічна стійкість із підвищеною реактивною тривожністю та подальшою трансформацією в імпульсивні реакції.

У хворих на обсесивно-компульсивні розлади на тлі низької нервово-психічної стійкості та підвищеної реактивної тривожності розвиваються відчуття втрати самоконтролю, загрози божевілля, самотності. У осіб із експлозивними особистісними рисами це призводило до вираженої психічної перенапруги та компенсаторної агресивної поведінки у вигляді негативізму, роздратованості та вербальної агресії.

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ ТА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ**

Результати клініко-психопатологічних та патопсихологічних досліджень стали основою для розробки диференційованої програми психосоціальної реабілітації та психопрофілактики порушень поведінки у хворих на невротичні розлади, базовими принципами якої були системність, диференційованість та етапність.

Системний характер профілактичних заходів передбачав поєднання медичних, психологічних та соціальних втручань з урахуванням своєчасності, координації та наступності лікувальних впливів.

Диференційований підхід визначав необхідність здійснення профілактичних заходів з урахуванням специфіки розвитку психосоціальної дезадаптованої поведінки при різних формах невротичних розладів.

Принцип етапності передбачав реалізацію профілактичних заходів на трьох послідовних етапах: невідкладної суїцидологічної допомоги, планових профілактичних та підтримуючих профілактичних заходів.

Метою етапу допомоги було купірування гострих проявів патологічних форм поведінки, обумовленої невротичними розладами. Засобами фармакотерапії на даному етапі були антидепресанти (групи СИЗЗС або L<sub>2</sub>-адренергічних агоністів, 5-НТ<sub>2</sub>-антагоністів), нейролептики («малі» або атипові) та транквілізатори (у випадках недостатньої ефективності двох



перелічених груп засобів). Психотерапія у межах даного етапу використовувалася за допомогою методу індивідуальної кризової психотерапії у модифікації Пілягіної Г.Я. (2004) та індивідуальної раціональної психотерапії (Дюбуа П., 1912). Тривалість етапу складала 7-10 днів.

Етап планованих профілактичних заходів був спрямований на терапію тривожних, депресивних та коморбідних розладів, корекцію особистісних особливостей, що стали передумовою формування психосоціальної дезадаптивної поведінки.

Фармакотерапія пацієнтів із ПТСР включала використання антидепресантів (з групи СІЗЗС або СІЗЗС та Н, або L<sub>2</sub>-адренергічних агоністів, 5-НТ<sub>2</sub>-антагоністів), транквілізаторів (при недостатній ефективності антидепресантів, тривалістю до 2-х тижнів), вегетостабілізуючих препаратів. Комплекс психотерапевтичних заходів у хворих із порушеною поведінкою внаслідок ПТСР базувався на застосуванні індивідуальної раціональної психотерапії через роз'яснення, переконання, відволікання та переключення уваги (Дюбуа П., 1912), біхевіоральної терапії із застосуванням техніки десенсибілізації та «переробки» травмуючи переживань, тренінгу подолання тривоги (Wolpe J., 1980).

У хворих із РА на даному етапі в якості засобів фармакотерапії використовувалися: антидепресанти (групи СІЗЗС або СІЗЗС та Н), нейролептики (атипові), анксиолітики, транквілізатори (у випадках недостатньої ефективності вищезазначених препаратів, тривалістю до 2-х тижнів). Психотерапевтичні впливи базувалися на застосуванні когнітивно-поведінкової терапії (методи наводнення, експозиції, контролю наслідків) (Beck A.T., 2006).

На даному етапі профілактичні впливи у хворих на РА здійснювалися за допомогою фармакологічних засобів антидепресантів (групи МТ<sub>1</sub> та МТ<sub>2</sub>-агоністів, 5-НТ<sub>2</sub>-антагоністів, або СІЗЗС), стабілізаторів настрою (при наявності проявів резистентності), транквілізаторів (при наявності ажитації), а також засобів, що покращують мозковий метаболізм. Методи психотерапії включали використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії за Д. Мак-Каллоу (2002) та екзистенціальної психотерапії за Дж. Бьюдженталем (Хайл-Еверс, А., 2001). Тривалість даного етапу складала 1-2 місяці.

Етап підтримуючих профілактичних заходів був спрямований на адаптацію та реадаптацію пацієнтів із психосоціальною дезадаптивною поведінкою при розладах адаптації.

У якості засобів фармакотерапії використовувалися антидепресанти, анксиолітики, нейролептики та інші препарати, які підтвердили свою безпечність та ефективність на попередніх етапах.

Психотерапія проводилась за допомогою систематичної десенсибілізації за J. Wolpe (1980), аутогенного тренування за I.H. Schultz (1932), а також сімейної психотерапії (Эйдемиллер Э.Г., 2003).

Тривалість даного етапу складала 3–4 місяці.

В основу програми психотерапевтичної корекції, фармакотерапії, психосоціальної реабілітації жінок, хворих на невротичні та соматоформні розлади, покладено результати проведеного дослідження із використанням комплексного системного диференційованого підходу до лікувальних заходів.

Програма психосоціальної реабілітації була спрямована на формування гармонійного ставлення до хвороби, позитивних настанов, корекцію психоемоційного стану, невротичних розладів, компенсацію патоперсонологічних рис, формування конструктивних модулів поведінки, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивацій щодо лікування. Система психосоціальної реабілітації формувалась із двох блоків відповідно до визначених нами варіантів психосоціальної дезадаптивної поведінки – реадaptaційного та реабілітаційного. Вона реалізувалася у трьох напрямках: медично-соціальному, індивідуальному та внутрішньосімейному.

Реабілітаційна складова являла собою диференційовану програму психокорекції, що виконувалась нами у два етапи. Перший етап – психодіагностично-адаптаційний, другий – корекційний, що реалізовувався амбулаторно та у стаціонарі.

Терапевтичний вплив було спрямовано на лікування невротичних, соматоформних розладів, декомпенсації патохарактерологічних змін, досягнення відповідного рівня комплаєнсу та реалізовувався за допомогою застосування гіпносуггестивної і раціональної психотерапії, а також когнітивно-бівхевіоральної, психоаналітично-орієнтованої психотерапії. При лікуванні невротичних та соматоформних розладів широко застосовувались психоосвітні програми.

Реадaptaційна складова системи психосоціальної реабілітації включала у себе соціальну, трудову та сімейну реадaptaцію. Це був фактично підтримуючий етап у системі психосоціальної реабілітації, і він проводився в умовах амбулаторного сімейного лікування після відповідного попереднього навчання належним методам та методикам. Тут основним методом психокорекційного впливу була супортивна терапія.

Завданням етапу реадaptaції була розробка навичок пристосування жінок до життя та трудової діяльності у змінених хворобою умовах. Провідне значення мала психотерапевтична робота із хворими, їхніми чоловіками, дітьми та родичами, що виражалася у розробці більш гармонійного ставлення пацієнток до хвороби, роботи, соціального оточення та перспектив у лікуванні. Таким чином ми досягали повної або ж парціальної адаптації, індивідуальної й суспільної повноцінності хворої, відновлення її стосунків із навколишньою дійсністю, що існували до розвитку хворобливого стану. Далі, на етапі стаціонарного лікування здійснювався індивідуальний підбір фармакологічних препаратів відповідно типу невротичного розладу, тяжкості перебігу.

Апробація розробленої програми психосоціальної реабілітації і психопрофілактики проводилася у 104 пацієнтів із психосоціальною дезадаптивною поведінкою при невротичних розладах, які склали основну групу. До групи порівняння увійшли 49 пацієнток з аналогічною патологією, які отримували лікування за традиційними принципами.

Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, аналізу психосоціальної дезадаптивної поведінки, рівня особистісної та реактивної тривожності, нервово-психічної нестійкості, спрямованості ціннісних орієнтацій, а також показників соціально-психологічної адаптації.

Аналіз ефективності розробленої системи показав наступні результати. В основній групі обстежених одужання зареєстровано у 70,6 %, покращення психічного стану – у 26,6 %, і відсутність динаміки психічного стану – у 2,8 %. Випадків погіршення психічного стану в основній групі пацієнтів виявлено не було.

У групі порівняння показник одужання складав 41,1 %, покращення психічного стану – 32,1 %, відсутність динаміки виявлена у 23,2 %, погіршення стану – у 3,6 %.

Співставлення результатів в основній та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої системи психосоціальної реабілітації та психопрофілактики, про що вказує достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в основній групі. У контрольній групі достовірно частіше реєструвалися пацієнти з відсутністю динаміки психічного стану під впливом лікування.

Задля підтвердження клінічних результатів ефективності розробленої системи психосоціальної реабілітації декілька разів проводилось дослідження ЯЖ. При проведенні першого дослідження було встановлено, що ЯЖ значно погіршується за всіма критеріями опитувальника, особливо при ПТСР та РА.

Після застосування розробленої нами системи психосоціальної реабілітації катамнестичне спостереження проілюструвало, що через 12 місяців у 89,4% хворих було зафіксовано покращення ЯЖ за усіма показниками.

Відповідно до результатів дворічного катамнестичного дослідження, у хворих основної групи зберігалися отримані під час лікування результати, що підтверджує ефективність розробленої системи диференційованої системи психосоціальної реабілітації та психопрофілактики психосоціальної дезадаптивної поведінки при невротичних і соматоформних розладах.

Визначення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей формування порушень сімейного функціонування, психосоціальної дезадаптивної поведінки при невротичних розладах у хворих на невротичні розлади стало основою розробки системи психосоціальної реабілітації і психопрофілактики, що базується на принципах системності, диференційованості та етапності. Поєднання

фармакологічних та психотерапевтичних впливів з одночасним впливом на психопатологічні та патопсихологічні мішені, обумовило високу ефективність розробленої системи, що дозволяє рекомендувати її до широкого впровадження при наданні психіатричної допомоги хворим на невротичні розлади.

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	2
МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ОБСТЕЖЕННЯ .....	4
РЕЗУЛЬТАТИ ОБСТЕЖЕННЯ .....	5
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ, ФАРМАКОТЕРАПІЯ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК, ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ ТА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ .....	15