8. *Ульев А. В.* Проблемы роста депрессивных расстройств в условиях социально-экономической нестабильности и пути их минимизации // Управление общественными и экономическими системами. – 2009. – № 1. – С. 1–21.

8. *Ul'yev A. V.* Problemy rosta depressivnyikh rasstroystv v usloviyakh sotsial'no-ekonomicheskoy nestabil'nosti i puti ikh minimizatsii // Upravleniye obshchestvennyimi i ekonomicheskimi sistemami. – 2009. – № 1. – S. 1–21.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Н. А. Рябоконь (Сумы)

Во время исследований установлено, что среди пациентов с соматическими заболеваниями симптомы тревожно-депрессивных расстройств (ТДР) встречаются у 52,7 %. Клинические проявления ТДР имеют особенности в зависимости от возраста и пола ребёнка. Дифференциация клинических симптомов ТДР в зависимости от этапов онтогенетического развития ребёнка позволит врачам-педиатрам и семейным врачам на первичном уровне оказания медицинской помощи выделить группу риска развития ТДР.

Ключевые слова: тревожно-депрессивное расстройство, феноменология, дети.

CLINICAL PHENOMENOLOGY OF ANXIETY AND DEPRESSION DISORDERS IN CHILDREN

N. Ryabokon (Sumy, Ukraine)

Sumy Regional Children'sClinical Hospital

The study has defined that among the patients with somatic diseases anxiety and depression symptoms occur in 52.7 % of cases. The clinical manifestations of anxiety and depression disorders have their peculiarities depending on a child's age and gender. Differentiation of anxiety and depression disorders clinical symptoms depending on the stages of ontogenetic development of a child will allow pediatricians and family doctors to define risk groups of anxiety and depression disorders development at the first stage of medical aid.

Key words: anxiety and depression disorder, phenomenology, children.

УДК 616.89–008.442 : 008.454–055.7 DOI 10.31640/JVD.1-2.2018(14) Надійшла 26.11.2016

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО (Полтава)

НОВА МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології (зав. – А. М. Скрипніков)
ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» <larysaherasymenko@gmail.com>

Нова методика психосоціальної дезадаптації дозволяє діагностувати ризик виникнення психосоціальної дезадаптації і її клінічно окреселені форми, визначати поширення психосоціальної дезадаптації серед населення, варіанти психосоціальної дезадаптації залежно від домінуючого ураження певних сфер діяльності, а також тяжкість перебігу психосоціальної дезадаптації і рівень потреби пацієнтів у медико-соціальній допомозі, розробляти програму терапевтичних і реабілітаційних заходів з урахуванням діагностованої структури і тяжкості діагностованих порушень адаптивних процесів. Дану методику можна застосовувати в наукових дослідженнях з проблем психосоціальної дезадаптації населення, коригуванні програм медико-соціальної допомоги населенню, у цільових програмах соціальної спрямованості на муніципальному і загальнодержавному рівнях.

Ключові слова: методика, психосоціальна дезадаптація, невротичні розлади.

© Л. О. Герасименко, 2018

За визначенням ВООЗ (1948 р.), здоров'я – це стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби [5]. Таким чином, згідно з цією точкою зору, має місце прагнення врахувати різноманітні інтереси пацієнтів у процесі лікування. Нині для медицини характерна більш складна і сучасна точка зору, згідно з якою задовільний стан здоров'я індивідуума і його життєве благополуччя є відображенням задоволення його потреб та його адаптації в фізичній, психологічній та соціальній сферах [1].

Психосоціальна адаптація – інтегрованість до системи соціальних, інформаційних, соціально-психологічних та професійних зв'язків і відносин, а також пов'язаних з ними рольових функцій [4].

Дотепер описано велику групу станів, обумовлених порівняно неглибокими психотравмуючими обставинами як гострого, так і хронічного характеру. Такі психогенні реакції на ранніх історичних етапах розвитку психіатрії розглядали як захисні механізми, спрямовані на активну боротьбу психіки для усунення особливо обтяжливого переживання [6]. Ці стани нетривалі, мають різнорідну клінічну картину, призводять до порушення соціального функціонування та викликають душевні переживання [3].

Стадію таких дисфункцій і розглядають як дезадаптацію, тобто як один з проміжних станів здоров'я людини в континуумі від норми до патології, що найбільш наближено до клінічних проявів хвороби [7].

Стрімкі соціальні трансформації та напружений ритм життя сучасної людини призвели до актуалізації проблеми різноманітних форм психосоціальної дезадаптації як явища не тільки суто психологічного чи медичного, а глобально цивілізаційного. На жаль, з огляду на розвиток подій протягом останнього десятиліття особливо гострою ця проблема є для України. Очевидно, що для більшості населення ці роки запам'ятались насамперед початком бойових дій на території України, високим рівнем інфляції, скороченням доходів, зростанням безробіття, високим рівнем злочинності та іншими негативними явищами.

Усвідомлення негативних соціальних процесів не може не вплинути на якість індивідуальної психосоціальної адаптації у всіх її проявах. У результаті спостерігаємо чітку тенденцію до збільшення поширення станів, які визначають як психосоціальну дезадаптацію. Основними причинами розвитку психосоціальної дезадаптації є негативний вплив різноманітних психологічних і соціальних чинників в короткому часовому інтервалі та відсутність напрацьованих механізмів адаптації особистості до їх дії.

Наслідком таких тенденцій є суттєва шкода, якої зазнає індивідуальне і суспільне здоров'я [2]. У зв'язку з цим має місце нагальна необхідність розробки ефективної системи надання медико-соціальної допомоги психосоціально дезадаптованим пацієнтам.

Розробку такої системи гальмує відсутність загальновизнаної системної класифікації різновидів психосоціальної дезадаптації і методик визначення ступеня їх вираженості.

Мета дослідження – розробка методики визначення, класифікації та оцінки тяжкості психосоціальної дезадаптації.

Попередній скринінг проводили серед пацієнтів, які звертались за консультативною допомогою до співробітників кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Початковий етап відбору клінічного матеріалу полягав у скринінговому обстеженні пацієнтів для виявлення імовірних клінічно окреслених станів психосоціальної дезадаптованості.

Матеріали і методи. Застосовували аналіз їх соціального і сімейного становища: вивчали різноманітні аспекти професійного й економічного функціонування, а також стан сімейних стосунків, комунікативної сфери, задоволеності сексуальними стосунками. Вивчали анамнестичні дані, зокрема історії хвороби, у разі їх наявності та доступу до них. Здійснювали клініко-психопатологічне обстеження. Патопсихологічне дослідження передбачало використання методики «Патохарактерологічний діагностичний опитувальник» Н. Я. Іванова та А. Є. Лічко і шкали

Ю. В. Попова – Н. Я. Іванова, що дозволяють визначити акцентуацію характеру та ризик розвитку соціальної дезадаптації. Використовували також неспецифічний опитувальник якості життя SF36, що має порівняльний характер і складається з восьми доменів: фізичного функціонування (ФФ), рольового функціонування, обумовленого фізичним станом (РФФ), тілесного болю (Б), загального здоров'я (ЗЗ), життєздатності/енергійності (Ж), соціального функціонування (СФ), рольового функціонування, обумовленого емоційним станом (РЕФ), і психічного здоров'я (ПЗ). Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 уособлює повне здоров'я. Усі шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя. Результати подаються у вигляді оцінок в балах за вісьмома шкалам, складеними таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень якості життя.

Таким чином, було виділено із 112 пацієнтів (72 чоловіки і 40 жінок), які, за попередньою інформацією, мали ознаки психосоціальної дезадаптації і попередньо відповідали критеріям участі у дослідженні згідно з визначеним дизайном та теоретичною науковою концепцією.

Визначеному контингенту пацієнтів було запропоновано участь у дослідженні і видано для ознайомлення стандартизовані форми поінформованої згоди на участь у дослідженні. З різних причин на безпосередню участь у дослідженні дав згоду 91 пацієнт (54 чоловіки і 37 жінок).

З дослідження було виключено пацієнтів згідно з такими критеріями:

- молодші 18 років;
- пацієнти з високою суїцидальною готовністю згідно з клінічними спостереженнями;
- пацієнти з розумовою відсталістю;
- пацієнти у психотичному стані;
- пацієнти з актуальною залежністю від вживання спиртних напоїв чи наркотичних або токсичних психоактивних речовин;
- особи, які не дали письмової згоди на участь у дослідженні, відмовившись підписувати поінформовану згоду.

На підставі детального вивчення і статистичного аналізу скарг обстежених пацієнтів було спочатку сформовано загальний «банк» виявленої проблематики функціонування у різних сферах діяльності, а потім виокремлено основні найбільш важливі напрями дезадаптації, які відображають основну масу виявлених порушень функціонування.

Таким чином, було виділено шість основних блоків, які відповідають основним напрямам порушеного психосоціального функціонування: сімейний, сексуальний, виробничий (службовий), економічно-майновий, комунікативний, інформаційний. У більшості випадків спостерігалось поєднане ураження кількох з перерахованих компонентів адаптації, іноді мала місце ситуація, за якої ураження одного з компонентів за принципом «ефекту доміно» призводить до дисфункціональності в інших напрямах діяльності. Проте стосовно кожного з них спостерігали також випадки вузькоспрямованого ураження при збереженні нормальної адаптації в інших сферах діяльності.

Використовували такі визначення:

Сімейна дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів сімейних відносин.

Сексуальна дезадаптація – порушення стереотипу сексуальної поведінки, в результаті якого виникає незадоволення статевим життям одного або обох партнерів або дисгармонія стосунків між ними.

Виробнича (службова) *дезадаптація* – стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів професійної діяльності.

Економічно-майнова дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до оточуючого соціального середовища під впливом економічних факторів.

Комунікативна дезадаптація – порушення психологічних механізмів пристосування до нових умов міжособистісного спілкування і соціальної ситуації

розвитку, що призводить до порушення емоційного реагування на процес спілкування та ізольованості.

Інформаційна дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом інформаційних факторів.

Під *змішаною дезадаптацією* мали на увазі стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом комплексу факторів.

Отримані дані було опрацьовано і систематизовано, що дозволило сформулювати питання спеціальної анкети для вивчення структури і тяжкості психосоціальної дезадаптації. При формуванні питань їх характер, кількість і спрямованість узгоджували таким чином, щоб вони максимально корелювали з даними про структуру і тяжкість дезадаптації, отриманими на етапі попереднього скринінгу. Кінцевий примірник листа для опитування мав такий вигляд:

Сімейна адаптація

1. Я незадоволений станом сімейних стосунків – 1 бал.
2. За останній рік стан сімейних стосунків погіршився – 1 бал.
3. Я багато думаю над покращанням стану сімейних стосунків – 1 бал.
4. Я намагаюсь менше спілкуватись із сім'єю – 1 бал.
5. В інших сім'ях стосунки кращі, ніж у моїй, – 1 бал.
6. Я з песимізмом сприймаю майбутнє нашої сім'ї – 1 бал.
7. Я не знаходжу розуміння серед членів своєї сім'ї – 1 бал.
8. Спілкування із сім'єю погіршує мій настрій – 1 бал.
9. Спілкування із сім'єю викликає погіршення працездатності, сну, апетиту – 2 бали.
10. При спілкуванні із сім'єю у мене іноді виникають тремтіння, серцебиття, пітливість тощо – 2 бали.

Сексуальна адаптація

1. Я незадоволений станом сексуального життя – 1 бал.
2. За останній рік стан сексуального життя погіршився – 1 бал.
3. Я багато думаю над зміною сексуального життя – 1 бал.
4. Я уникаю сексуальних стосунків – 1 бал.
5. В інших сім'ях (сексуальних парах) стосунки кращі, ніж у моїй, – 1 бал.
6. Я песимістично оцінюю майбутнє наших сексуальних стосунків – 1 бал.
7. Я не спостерігаю гармонії у своєму сексуальному житті – 1 бал.
8. Сексуальні стосунки погіршують мій настрій – 1 бал.
9. Сексуальні стосунки супроводжуються для мене дискомфортом, болем, погіршенням сну чи апетиту – 2 бали.
10. Сексуальні стосунки або згадка про них супроводжуються для мене нудотою, неприємним тремтінням, серцебиттям, пітливістю тощо – 2 бали.

Виробнича (службова) **адаптація**

1. Я незадоволений своєю професійною (службовою) діяльністю – 1 бал.
2. Я незадоволений стосунками з колегами по роботі – 1 бал.
3. Я незадоволений вибором своєї професії – 1 бал.
4. Я примушую себе продовжувати професійну діяльність, роблю це вольовим зусиллям – 1 бал.
5. Я іноді думаю про непотрібність своєї професійної діяльності – 1 бал.
6. Я багато думаю над тим, як змінити ситуацію стосовно своєї професійнії діяльності – 1 бал.
7. Я не прагну професійного вдосконалення – 1 бал.
8. Розмови про роботу погіршують мій настрій – 1 бал.
9. Думки про роботу викликають у мене погіршення працездатності, сну, апетиту – 2 бали.
10. Думки про роботу іноді викликають у мене серцебиття, тремтіння, пітливість тощо – 2 бали.

Економічно-майнова адаптація

1. Я незадоволений станом свого добробуту – 1 бал.
2. Мої прибутки за останній рік зменшились – 1 бал.

3. Мої доходи не задовольняють більшість моїх потреб – 1 бал.
4. У мене проблеми через недостатній рівень доходів – 1 бал.
5. Я багато думаю над збільшенням своїх доходів – 1 бал.
6. У мене немає плану щодо збільшення своїх доходів – 1 бал.
7. Я не очікую покращання свого добробуту найближчим часом – 1 бал.
8. Мій настрій погіршується від думок про рівень своїх доходів – 1 бал.
9. Думки про рівень доходів погіршують мою працездатність, сон, апетит – 2 бали.
10. Думки про стан доходів іноді викликають у мене тремтіння, пітливість, серцебиття тощо – 2 бали.

Комунікативна адаптація

1. Я незадоволений якістю і обсягом спілкування з оточуючими – 1 бал.
2. За останній рік спілкування стало для мене менш приємним – 1 бал.
3. Я багато думаю над покращанням спілкування з оточуючими – 1 бал.
4. Я намагаюсь менше спілкуватись – 1 бал.
5. Інші люди отримують більше задоволення від спілування – 1 бал.
6. Я песимістично оцінюю свої перспективи отримувати задоволення від спілкування – 1 бал.
7. Я не знаходжу розуміння своїх проблем і почуттів у людей, з якими переважно спілкуюсь, – 1 бал.
8. Спілкування погіршує мій настрій – 1 бал.
9. Спілкування викликає у мене погіршення працездатності, сну, апетиту – 2 бали.
10. При спілкуванні у мене іноді виникають тремтіння, серцебиття, пітливість тощо – 2 бали.

Інформаційна адаптація

1. Я незадоволений отриманою інформацією – 1 бал.
2. Протягом останнього року отримана мною інформація загалом стала менш приємною – 1 бал.
3. Часто аналізую отриману інформацію – 1 бал.
4. Нова інформація викликає у мене песимізм щодо майбутнього – 1 бал.
5. Я надто емоційно сприймаю нову інформацію – 1 бал.
6. Іноді у мене є передчуття неприємної інформації – 1 бал.
7. Нова інформація переважно псує мені настрій – 1 бал.
8. Іноді я уникаю нової інформації, щоб не псувати свій настрій, – 1 бал.
9. Нова інформація викликає у мене зниження працездатності, порушення сну, апетиту – 2 бали.
10. Нова інформація викликає у мене тремтіння, серцебиття, пітливість тощо – 2 бали.

0–1 бал – адаптованість;
2–3 бали – межовий стан, група ризику дезадаптації;
4–6 балів – дезадаптація легкої тяжкості;
7–9 балів – дезадаптація середньої тяжкості;
10–12 балів – тяжка дезадаптація;
Декілька піків (4 бали і вище) – змішана дезадаптація.

Соціально адаптований індивід – особа, здатна до самосвідомості і рольової поведінки, самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими у повному обсязі.

Індивід з ризиком соціальної дезадаптації – особа, здатна в неповному обсязі до самосвідомості і рольової поведінки, самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими.

Соціально дезадаптований індивід – особа, не здатна до самосвідомості і рольової поведінки, самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими.

Нами встановлено, що серед обстежених психосоціально дезадаптованих індивідів найбільш поширеним був змішаний варіант дезадаптації, діагностований у 68,1 % обстежених.

Отримані результати наведено у табл. 1.

Таблиця 1. **Результати варіантів дезадаптації серед психосоціально дезадаптованих індивідів**

Кількість уражених сфер діяльності	Кількість виявлених випадків дезадаптації	
	абс. од.	%
Адаптованість	–	–
Межовий стан	2	2,2
Одна сфера діяльності	27	29,7
Дві сфери діяльності	26	28,6
Три сфери діяльності	14	15,4
Чотири сфери діяльності	16	17,5
П'ять сфер діяльності	2	2,2
Тотальна дезадаптованість	4	4,4

Результати структурного аналізу виявлених варіантів психосоціальної дезадаптації наведено в табл. 2.

Таблиця 2. **Варіанти психосоціальної дезадаптації в обстежених пацієнтів**

Варіант дезадаптації	Легка тяжкість		Середня тяжкість		Тяжкий перебіг		Всього	
	абс. од.	%	абс. од.	%	абс.од.	%	абс. од.	%
Сімейна	28	24,8	24	33,3	8	23,5	69	31,8
Сексуальна	31	27,4	14	19,4	9	26,5	45	20,7
Економічно-майнова	28	24,8	20	27,8	4	11,8	52	24,0
Виробнича (службова)	19	16,8	9	12,5	5	14,6	33	15,2
Комунікативна	5	4,4	1	1,4	4	11,8	10	4,6
Інформаційна	2	1,8	4	5,6	4	11,8	8	3,7

Згідно з отриманими даними, найвищу питому вагу з діагностованих мав сімейний варіант психосоціальної дезадаптації. У більшості випадків мова йшла про порушення сімейного функціонування у рамках змішаного варіанта дезадаптації і вторинне ураження компонента сімейних стосунків як наслідок дисфункціональності в інших сферах. Відігравала роль інтегрованість сімейних стосунків з різними сферами діяльності, їх взаємний вплив. Разом з тим первинна сімейна дезадаптація теж була найчастішою причиною розвитку дезадаптації в інших сферах діяльності.

Найменш поширеними були комунікативний та інформаційний варіанти психосоціальної дезадаптації, але вони мали високу питому вагу тяжких форм перебігу. Зокрема, розвиток інформаційної дезадаптації у понад половини випадків був тим чи іншим чином пов'язаний з подіями навколо антитерористичної операції на сході України.

Звертає на себе увагу те, що при досить високому поширенні економічно-майнового варіанта психосоціальної дезадаптації статистично переважали її легкі варіанти перебігу. Це може бути несподіваним на фоні соціально-економічної ситуації в країні. Частково таку тенденцію можна пояснити тим, що особливе напруження механізмів адаптації до матеріальних труднощів виникає на фоні раптової зміни економічних умов. Для більшості обстежених проблеми матеріально-побутової невлаштованості мали хронічний характер і не супроводжувались радикальною трансформацією соціальних стандартів.

Висновки. Підсумовуючи наведені дані, слід зазначити, що розроблена методика дозволяє діагностувати ризик виникнення психосоціальної дезадаптації і її клінічно окреселені форми; визначати поширення психосоціальної дезадаптації серед населення; визначати варіанти психосоціальної дезадаптації залежно від домінуючого ураження певних сфер діяльності; оцінювати тяжкість перебігу психосоціальної дезадаптації і рівень потреби пацієнтів у медико-соціальній допомозі; розробляти програму терапевтичних і реабілітаційних заходів з урахуванням діагностованої структури і тяжкості діаностованих порушень адаптивних процесів.

Дану методику можна застосовувати в наукових дослідженнях з проблем психосоціальної дезадаптації населення, коригуванні програм медико-соціальної допомоги населенню, у цільових програмах соціальної спрямованості на муніципальному і загальнодержавному рівнях.

Список літератури

1. *Доклад* о состоянии здравоохранения в мире, 2010: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ. – М.: Весь мир, 2010. – 215 с.
2. *Чабан О. С., Хаустова О. О.* Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання // Журн. психиатрии и мед. психологии. – 2009. – № 3. – С. 13–21.

1. *Doklad* o sostoyanii zdravoohraneniya v mire, 2010: Psihicheskoe zdorove: novoe ponimanie, novaya nadezhda. VOZ. – M.: Vesmir, 2010. – 215 s.
2. *Chaban O. S., Haustova O. O.* Dezadaptatsiy alyudini v umovah suspilnoyi krizi: novi sindromi ta napryamki yih podolannya // Zhurn. Psihiatrii i med. psihologii. – 2009. – # 3. – S. 13–21.

3. *Deutsch M.* The Resolutionof Conflict: Constructive and Destructive Processes. – New Haven: Yale University Press, 1973. – 420 p.
4. *Soeteman D. I., Hakkaart van Roijen L., Verheul R., Busschbach J. J.* The economic burden of personality disorders in mental health care // J. Clin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 69. – P. 259.
5. *International* Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007 / World Health Organization. – Geneva, 2007. – 131 p.
6. *Jaspers K.* Allgemeine Psychopathologie. Acte, unveränderte Auflage. Mit 3 Abbildungen. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag, 1965. – 748 S.
7. *Pearlin L. I.* The social contexts of stress // Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects / Eds. L. Goldberger, S. Breznitz. – N. Y.: The Free Press, 2012. – P. 367–379.

НОВАЯ МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Л. А. Герасименко (Полтава)

Новая методика диагностики психосоциальной дезадаптации позволяет диагностировать риск возникновения психосоциальной дезадаптации и её клинически очерчённые формы, определять распространённость психосоциальной дезадаптации среди населения, варианты психосоциальной дезадаптации в зависимости от доминирующего поражения определённых сфер деятельности, а также тяжесть течения психосоциальной дезадаптации и уровень потребности пациентов в медико-социальной помощи, разрабатывать программу терапевтических и реабилитационных мероприятий с учётом диагностированной структуры и тяжести диагностированных нарушений адаптивних процессов. Данную методику можно использовать в научных исследованиях проблем психосоциальной дезадаптации населения, корректировке программ медико-социальной помощи населению, в целевых программах социальной направленности на муниципальном и общегосударственном уровнях.

Ключевые слова: методика, психосоциальная дезадаптация, невротические расстройства.

A NEW METHOD OF DIAGNOSIS OF PSYCHOSOCIAL MALADJUSMENT

L. A. Herasymenko (Poltava, Ukraine)

Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy”

A new method of psychosocial maladjustment allows diagnosing the risks of psychosocial maladjustment and its clinically outlined forms, to determine the spread of psychosocial maladjustment among the population, to determine the options for psychosocial maladjustment depending on the dominating damage to certain scopes of activity, to determine the severity of psychosocial maladjustment course and the level of patients’ need for medical and social assistance, to create a program of therapeutic and rehabilitation activities taking into account the diagnosed structure and severity of diagnosed disorders of adaptive processes. This method can be used in scientific research on the problems of psychosocial maladjustment of the population, the adjustment of programs of medical and social assistance to the population, in target programs of social orientation at the municipal and state levels.

Key words: method, psychosocialmaladjustment, neuroticdisorders.