

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ  
НАМН УКРАЇНИ»

**ГЕРАСИМЕНКО ЛАРИСА ОЛЕКСАНДРІВНА**

УДК 616.85-039-008.47:616.89-008.441.44-084

**ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ  
РОЗЛАДАХ У ЖІНОК (КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА  
ХАРАКТЕРИСТИКА, ПРИНЦИПИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА  
ПРОФІЛАКТИКИ)**

**14.01.16 - Психіатрія**

**Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
доктора медичних наук**

**Харків – 2016**

**Дисертацією є рукопис**

Робота виконана у Вищому державному навчальному закладі України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України

**Науковий консультант:**

доктор медичних наук, професор **Скрипніков Андрій Миколайович**, Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології

**Офіційні опоненти:**

доктор медичних наук, професор **Чабан Олег Созонтович**, Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, завідувач кафедри психосоматичної медицини та психотерапії

доктор медичних наук, професор **Кожина Ганна Михайлівна**, Харківський національний медичний університет МОЗ України, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології

доктор медичних наук, професор **Долуда Світлана Михайлівна**, Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, професор кафедри психіатрії

Захист дисертації відбудеться «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2016 р. о\_\_\_\_\_ годині на засіданні Спеціалізованої Вченої Ради Д. 64.566.01 при ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

З дисертацією можна ознайомитися у бібліотеці ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (61068, м. Харків, вул. Академіка Павлова, 46).

Автореферат розісланий «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_2016 р.

Вчений секретар  
Спеціалізованої Вченої Ради,  
к.мед.н.

Байбарак Н.А.

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Наш час характеризується неухильним зростанням поширеності непсихотичних психічних розладів. Навіть у індустріально розвинених країнах Європи із високим рівнем медицини та соціального захисту, кожен третій дорослий страждає від порушень сну, млявості, депресії або тривожності (Kessler, R., 2009; Марута Н.О., 2010; Хобзей М.К., Волошин П.В., 2010; Чабан О.С., 2011; Кожина Г.М., 2012; Скрипніков А.М., 2014; Мішиєв В.Д. 2015). За поширеністю чільне місце серед психічних розладів посідає невротична патологія. Однією із головних причин формування таких тенденцій є постійне ускладнення функціонування в усіх аспектах людського життя – від екологічного до соціального і, звичайно, психологічного (Спіріна І.Д., 2012; Шестопалова Л.Ф., 2013; Кришталь Є.В., 2014). В результаті, згідно статистичних даних, у розвинених країнах світу спостерігається своєрідна епідемія захворювань, для розвитку яких визначальну роль відіграють певні несприятливі форми емоційного напруження, так звані емоційні стреси (Табачников С.І., 2010; Sartorius N., 2012; Maruta, N., 2012). Структура захворюваності на психічну патологію в Україні характеризується неухильним ростом непсихотичних станів серед яких чільне місце займають невротичні розлади (Сонник Г.Т. зі співавт., 1995; Чабан О.С., 2011; Юр'єва Л.М., 2011; Михайлов Б.В., 2012; Волошин П.В. зі співавт., 2014).

В умовах сучасного патоморфозу, серед невротичних розладів найчастіше зустрічаються форми, обтяжені соматичним і неврологічним фоном, стійкі до лікування стани, що призводять до інвалідизації хворих. Це надає даній проблемі не тільки медичного, але й надзвичайно важливого соціального значення. Зокрема, медико-соціальні наслідки невротичних розладів включають хронічний перебіг, вираженість соціального дистресу, зниження працездатності та порушення соціальної адаптації (Підкоритов В.С, 2010; Pitman R., 2011; Пшук Н.Г., 2012; Aloulou J., 2012; Долуда С.М., 2013; Скрипніков А.М., 2014).

За таких умов, однією із головних передумов створення і широкого поширення концепції психогенії є актуальність проблеми захисту людини від несприятливих факторів навколишнього середовища. Людина у цій глобальній екосистемі розглядається у якості найважливішого елемента біосфери, що потребує першочергового захисту. Тому, останнім часом науковці здійснили цілу хвилю нових досліджень різноманітних аспектів психогенної патології. В результаті, протягом останнього десятиріччя зазнали певної корекції погляди на чинники розвитку невротичних розладів (Гавенко В.Л., 2010; Сухоруков В.І., 2011; Montgomery S., 2012; Stewart D.E., 2012).

В останні роки сформувались принципово нові підходи до систематики і типологізації невротичних розладів. Встановлено, що невротичні, соматоформні і тривожні розлади являють собою досить гетерогенну групу, відрізняючись між собою клініко-психопатологічними характеристиками,

механізмами формування і терапевтичними підходами, що суттєво ускладнює систематизацію і класифікацію цих клінічних станів (Kendell, 2009; Марута Н.О., 2012; Чугунов В.В., 2012; Михайлов Б.В., 2014).

Поширеність та вираженість медико-соціальних наслідків невротичних розладів все частіше роблять їх об'єктом сучасних досліджень, але при цьому явно недостатньо подібних досліджень, проведених із урахуванням гендерних відмінностей. Незважаючи на визнаний взаємозв'язок формування станів дезадаптації із невротичними розладами, зокрема у жінок, системних досліджень цього питання не проводилось (Чабан О.С., 2009; Бахтєєва Т.М., 2010; Долуда С.М., 2013, Маркова М. В., 2015, Венгер О.П., 2015). Невирішеність перелічених проблем суттєво утруднює своєчасну діагностику та профілактику формування психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами.

Пріоритетним у даному напрямку є визначення типології неврозу у поєднанні з визначенням стану соціальної 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 (Пішель В.Я. зі співавт., 2003; Мішиєв В.Д., 2007; Михайлов Б.В., 2009; Бітенський В.С., 2011; Lyracos G.N., 2013).

У сучасній літературі описана значна кількість терапевтичних, психокорекційних, психотерапевтичних, психоосвітніх програм лікування та профілактичної роботи із пацієнтами, які страждають на невротичні розлади (Явдак І.А., 2010; Смулевич А.Б., 2010; Кожина Г.М., 2012; Колядко С.П., 2012; Марута Н.О., 2014; Hermann Н., 2014). З метою підвищення їх ефективності необхідно враховувати особливості психосоціальної дезадаптації даної категорії пацієнтів. Отримані знання дозволять впливати на етіопатогенетичні ланки формування психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок із невротичними розладами і, відповідно, поліпшити якість реабілітаційних та профілактичних заходів.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційне дослідження виконано у відповідності до плану науково-дослідних робіт ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» за темами: «Психосоціальна дезадаптація при невротичних розладах у жінок (клініко-психопатологічна характеристика, принципи реабілітації та профілактики)» (№ держреєстрації 0115U004877) і «Сексуальна дезадаптація подружньої пари при епілепсії у чоловіка та її корекція з урахуванням індивідуального хронотипу» (№ держреєстрації 0112U000939).

**Мета даного дослідження** – основні закономірності формування психосоціальної дезадаптації на підставі клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей жінок з невротичними розладами і розробка на цій основі принципів реабілітації та профілактики.

Для досягнення вказаної мети вирішувалися наступні **завдання**:

1. Визначити типи психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами залежно від форми патології.

2. Оцінити ступінь вираженості ризику розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок з невротичною патологією.

3. Виявити чинники психотравми, що призводять до розвитку невротичних розладів і психосоціальної дезадаптації у жінок.

4. На основі аналізу клініко-психопатологічних проявів невротичних порушень у жінок встановити предиктори розвитку станів психосоціальної дезадаптації.

5. Встановити патопсихологічні закономірності розвитку психосоціальної дезадаптації жінок хворих на невротичні розлади.

6. Розробити принципи реабілітації та профілактики психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами.

**Об'єкт дослідження** – психосоціальна дезадаптація у жінок, хворих на невротичні розлади.

**Предмет дослідження** – феноменологія, клініко-психопатологічні та патопсихологічні предиктори формування психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами, вираженість ризику її розвитку та принципи реабілітації і профілактики у жінок, хворих на невротичні розлади.

**Методи дослідження** – клініко-психопатологічний, психодіагностичний, психометричний, анамнестичний, психофеноменологічний, статистичні методи обробки отриманих результатів.

**Наукова новизна отриманих результатів.** На підставі комплексного дослідження із використанням клініко-психопатологічного, психодіагностичного та психометричного методів отримано нові дані щодо клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей розвитку психосоціальної дезадаптації, предикторів її формування у жінок із невротичними розладами.

Вперше встановлено, що типологія психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами має суттєві відмінності залежно від клінічних особливостей невротичних розладів.

Вперше виявлено предиспозиційні чинники формування психосоціальної дезадаптації у хворих на невротичні розлади (біологічні, психологічні та соціальні). Встановлено, що клініко-психопатологічними корелятами психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами є специфічні для кожної форми патології варіанти її розвитку.

Визначено специфічні клініко-психопатологічні і патопсихологічні предиктори психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами.

Вперше доведено, що у патопсихологічних механізмах формування психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами пусковим чинником є фрустрація важливих життєвих мотивацій, що виникла внаслідок хвороби та спричиняє реакції у формі психосоціальної дезадаптації, із акцентом на сферу життєдіяльності, що має особливо важливе значення в індивідуальній системі цінностей.

Науково обґрунтовано принципи диференційованої реабілітації та психопрофілактики у жінок із невротичними розладами.

**Практичне значення отриманих результатів.** Практичне значення результатів дослідження полягає в підвищенні якості реабілітації та профілактики у жінок із невротичними розладами за наявності психосоціальної дезадаптації із урахуванням гендерних факторів та особливостей окремих видів дезадаптації.

За результатами отриманих даних, встановлено, що чинниками ризику розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами є преморбідні особистісні особливості, рівень та структура тривожності, тип внутрішньої картини хвороби та психічна патологія.

Розроблено обґрунтовану комплексну систему диференційованої реабілітації та профілактики психосоціальної дезадаптації при невротичних розладах у жінок, що базується на поєднанні фармако- та психотерапії.

Доведено, що мішенями фармакотерапії у розробленій системі є клініко-психопатологічні предиктори формування психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами та мішенями диференційованої, патогенетично обґрунтованої психотерапевтичної тактики є вирішення невротичного конфлікту і подолання явищ психосоціальної дезадаптації.

З позицій інтегративного підходу доведено високу ефективність запропонованої системи реабілітації та профілактики, що реалізується у три етапи та застосовуються для надання допомоги, планових заходів та психосоціальної реабілітації та психопрофілактики.

Перелічені особливості обумовлюють високу ефективність розробленої системи, а також стійкість отриманого психопрофілактичного ефекту.

Опубліковано та впроваджено в практичну діяльність лікувальних закладів психоневрологічного профілю навчально-методичний посібник «Психотерапевтична корекція, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація жінок, хворих на невротичні та соматоформні розлади», рекомендований для вдосконалення практичних навичок магістрів, клінічних ординаторів та лікарів-психіатрів.

Результати дослідження впроваджено в практичну роботу Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева, Тернопільської обласної комунальної клінічної психоневрологічної лікарні, Івано-Франківської обласної психоневрологічної лікарні №3, Комунального закладу «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради», Чернігівської обласної психоневрологічної лікарні, КУ «Обласна психіатрична лікарня» Запорізької обласної ради, Комунального закладу «Херсонська обласна психіатрична лікарня».

Отримані наукові дані впроваджені в навчальний процес кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти, кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти, кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Д. Галицького.

**Особистий внесок здобувача.** Автором особисто сформульовано мету, завдання дослідження, здійснено планування та організацію наукової роботи.

Самостійно проведений аналіз даних вітчизняної та іноземної літератури з використанням інтернет-ресурсів, реалізована програма комплексного клініко-психопатологічного, психометричного, анамнестичного, психофеноменологічного та психодіагностичного дослідження 224 жінок з невротичними розладами та психосоціальною дезадаптацією основної групи та 94 жінки групи порівняння (без психосоціальної дезадаптації), здійснено статистичну обробку отриманих даних, їх узагальнення та інтерпретацію.

На підставі комплексного обстеження жінок з невротичними розладами і психосоціальною дезадаптацією розроблено систему диференційованої реабілітації та психопрофілактики для визначеного контингенту хворих, здійснено апробацію та впровадження якої в практичну діяльність.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення та результати дисертаційного дослідження були представлені на наступних конференціях, конгресах, семінарах, з'їздах: XIV конгрес світової федерації українських лікарських товариств (Донецьк, 4-6 жовтня 2012); XII з'їзд Всеукраїнського лікарського товариства (Київ, 5-7 вересня 2013); Друга міжнародна науково-практична конференція «Медична психологія: здобутки, розвиток, перспективи» (Київ, 21-22 листопада 2013); науково-практичній конференції за участю міжнародних спеціалістів «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології» (Харків, 14-15 квітня 2014); третій міжнародній науково-практичній конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи» (Київ, 23-25 жовтня 2014); Всеукраїнській навчально-методичній конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 21 листопада 2014); міжнародній науково-практичній конференції «Вітчизняна та світова медицина в сучасних умовах» (Дніпропетровськ, 16-17 січня 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку» (Львів, 30-31 січня 2015); міжнародній науково-практичній конференції «Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук» (Дніпропетровськ, 13-14 лютого 2015); на засіданнях наукового товариства психіатрів, неврологів та наркологів Полтавської області (Полтава, 2010-2015рр).

**Публікації.** За темою дисертації надруковано 35 наукових праць (з них – 23 статті у спеціалізованих фахових виданнях, із них 19 – одноосібні; 11 тез в журналах і збірниках наукових праць (із них 10 – одноосібно).

**Обсяг і структура дисертації.** Дисертацію викладено на 372 сторінках машинопису (320 сторінок основного тексту). Дисертація структурно складається зі вступу, огляду літератури, 5 розділів власних досліджень, висновків, переліку літературних джерел (477 джерел, з них 229 вітчизняних та 248 іноземні). Роботу ілюстровано 65 таблицями і 5 малюнками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ ДИСЕРТАЦІЇ

**Матеріали і методи дослідження.** У процесі виконання дисертації було обстежено 224 жінки із невротичними розладами, які мали ознаки психосоціальної дезадаптації і склали основну групу. Серед обстежених основної групи у 45 (20,09 %) виявлено соматоформну вегетативну дисфункцію серцево-судинної системи (F45.30), у 66 (29,46 %) – розлади адаптації (F43.2), у 29 обсессивно-компульсивний розлад (12,95%, F.42), у 29 посттравматичний стресовий розлад (12,9%, F43.1), а ще у 55 жінок діагностовано неврастенію (24,55 %, F48).

До групи порівняння увійшли 94 жінки із аналогічними формами невротичних розладів без психосоціальної дезадаптації.

Для реалізації мети і завдань дослідження у роботі було використано комплекс методів, що включав клініко-психопатологічне, психометричне, психодіагностичне дослідження та статистичні методи обробки отриманих результатів.

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

Психометричні методи доповнювали клініко-психопатологічне дослідження та застосовувалися з метою отримання кількісної оцінки клінічних показників. У дослідженні застосовувалися:

- методика визначення та класифікації типів соціальної дезадаптації індивідів (І.П. Артюхов зі співавт, 2009);

- шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (В.Н. Краснов зі співавт., 2008);

- шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Л.Н. Юрьєва, 2006);

- шкала адаптації/дезадаптації (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., 2001);

- шкала оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна (Д.Я Райгородский., 2000);

Патопсихологічні закономірності формування психосоціальної дезадаптації при невротичних розладах вивчалися за допомогою наступних методів:

- засоби урегулювання конфліктів за методикою К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної;

- шкала типів ставлення до хвороби (методика визначення переважаючого типу ставлення до хвороби за Л.Й. Вассерманом зі співавт., 2005);

- тест-опитувальник акцентуацій характеру К. Leongard – Н. Schmieschek, 1970;

- методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Rokeach (модифікація О.Б. Фанталової, 1992);



Статистичну обробку результатів дослідження було виконано із використанням кореляційного та факторного аналізу. Досліджувалась також міра інформативності Кульбака  $J(x_i)$ , яка дозволяє виявити ступінь відмінностей між показниками.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Аналіз характеру психосоціальної дезадаптації, а також клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей невротичних розладів у жінок дозволив встановити відмінності пов'язані з формою досліджуваної патології.

Серед обстежених основної групи із **сомато-вегетативною дисфункцією (СВД) серцево-судинної системи** переважали жінки середнього віку – ( $44,8 \pm 6,1$  роки,  $p < 0,01$ ), які були виховані у неповних родинах ( $55,55\%$ ,  $p < 0,05$ ).

За даними дослідження стану соціальної дезадаптації за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у жінок із СВД серцево-судинної системи у  $40,00\%$  було визначено її виробничий (службовий) тип, та у  $31,11\%$  змішаний тип. Інші види соціальної дезадаптації мали значно меншу поширеність серед представниць даної групи: економічна дезадаптація –  $13,33\%$ , сімейна дезадаптація –  $8,89\%$ , інформаційна дезадаптація –  $6,67\%$ . Аналіз структури виробничої (службової) дезадаптації показав, що найбільш типовими її проявами для пацієнтів цієї групи були наступні: незадоволеність психологічним кліматом на роботі, стосунками із колегами по роботі і оточуючими, незадоволеність фінансовим станом сім'ї та пов'язування відчуття комфорту із самотністю.

Серед жінок групи порівняння із СВД серцево-судинної системи більшість ( $70,59\%$ ) належали до групи першого рівня ризику розвитку соціальної дезадаптації. Середній бал за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у цій групі склав  $24,62 \pm 4,1$ .

Найпоширенішими факторами психотравми були незадоволення характером професійної діяльності ( $73,3 \pm 3,8\%$ ) та незадоволені професійні амбіції ( $66,7 \pm 2,7\%$ ) і погіршення професійного статусу ( $64,4 \pm 5,9\%$ ), обумовлені невідповідністю реальних можливостей системі цінностей та вимогам, пов'язаним із професійною діяльністю. Значно рідше спостерігалась невідповідність у формі домінування побутових інтересів на фоні високих вимог щодо професійної діяльності. У групі порівняння ці фактори теж були провідними, хоча і дещо менш поширеними.

Клінічна картина СВД серцево-судинної системи у обстежених нами жінок характеризувалась домінуванням астено-депресивної симптоматики з багатоманітними проявами соматизації і депресивним забарвленням. Синдромальна структура характеризувалась переважанням астено-депресивного ( $93,3 \pm 3,9\%$ ), тривожно-депресивного ( $44,4 \pm 4,7\%$ ) і астено-іпохондричного ( $44,4 \pm 3,7\%$ ) синдромів.

У жінок основної групи переважали наступні симптоми астено-депресивного синдромокомплексу: зниження настрою у  $93,3 \pm 3,4\%$  жінок; психічна втомлюваність  $93,3 \pm 1,5\%$ ; емоційна лабільність  $82,2 \pm 2,4\%$ ; тривога  $75,6 \pm 3,9\%$ ; занижена самооцінка – у  $75,6 \pm 4,3\%$  обстежених; роздратованість – у

68,9±4,6%; зниження працездатності – у 64,4±4,8% осіб; фізична втомлюваність – у 82,2±3,8%; зниження рівня концентрації уваги у 68,7±4,3% обстежених; ідеаторна загальмованість – у 64,4±2,8%; інсомнія – у 60,0±4,9% обстежених.

У групі порівняння клініко-психопатологічна структура була подібною при дещо меншій клінічній тяжкості виявлених симптомів. Статистично достовірна відмінність визначена стосовно переважання частоти тривожно-депресивного і астено-іпохондричного синдромів у групі дезадаптованих жінок ( $p < 0,01$ ).

За даними опитувальника SCL-90-R, у жінок основної групи спостерігались піки за шкалами соматизації (3,11±0,56 бали) і депресії (3,41±0,49 бали). Така конфігурація профілю відображає наявність у пацієток цієї групи дистресу, що виникає через відчуття тілесної дисфункції і соматичних еквівалентів тривожності. Це призводить до появи депресивних радикалів, втрати інтересу до життя, виснаження життєвої енергії і нестачі мотивації. У групі порівняння спостерігався пік за шкалою соматизації (3,18±0,53 бали).

Жінкам основної групи були притаманні міжособистісна сензитивність (68,3 %;  $p < 0,01$ ), ворожість (60,9 %;  $p < 0,05$ ) та психологічний дистрес (51,2 %;  $p < 0,05$ ), а участь цих факторів у підтримці відповідної клінічної симптоматики для хворих із групи порівняння була помітно меншою: міжособистісна сензитивність (32,3 %;  $p < 0,01$ ), ворожість (30,1 %;  $p < 0,05$ ) і виражений психологічний дистрес (40,2 %;  $p < 0,05$ ).

За даними аналізу результатів, отриманих при застосуванні методики Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, у обстежених жінок основної групи були визначені досить високі рівні особистісної (середній бал 54,5) і ситуативної (48,5) тривожності. У групі порівняння реєструвалися показники реактивної тривоги, що відповідали середньому рівню (39,2) і низький рівень особистісної тривожності (середній бал 18,2).

Відповідно до результатів HARS, в структурі тривожних порушень домінували побоювання повторного серцевого нападу (3,3±0,2 бали) та безсоння (3,1±0,3 бали) тяжкого ступеня вираженості ( $p < 0,01$ ), що супроводжувалися тривожною напругою (2,7±0,2 бали), серцево-судинними тривожними еквівалентами (2,8±0,2 бали), вегетативними порушеннями (2,6±0,3 бали) помірного ступеня вираженості ( $p < 0,05$ ). Для жінок із групи порівняння отримано відповідні результати: побоювання повторного серцевого нападу (2,9±0,6 балів) та безсоння (1,9±0,6 балів) помірного ступеня вираженості ( $p < 0,01$ ), що супроводжувалися серцево-судинними тривожними еквівалентами (2,4±0,7 бали), вегетативними порушеннями (2,5±0,5 балів) помірного ступеня вираженості ( $p < 0,05$ ).

При вивченні рівня депресії за шкалою HDRS у більшості жінок основної групи були діагностовані легкі (46,7±3,8%) або ж помірні за тяжкістю (22,2±4,5%) її рівні, а для жінок групи порівняння цей показник склав відповідно: легкі - 29,4 ± 3,5% та помірні 6,7±4,7% рівні депресії.

За даними методики Л.Й. Вассермана зі співавт. специфіка самооцінки жінок основної групи відігравала певну роль у формуванні дезадаптації, що проявлялось тяжінням інтегрального показника власного «Я» до негативного

полюсу, низькій самоповазі, очікуванні негативного ставлення інших, самоаналізі, що на фоні зниження інших компонентів самоствавлення утворювало найвищий пік у профілі самоствавлення. Це забезпечувало надмірне занурення у аналіз власного стану та пильну увагу до нього. У структурі самоствавлення жінок групи порівняння основне навантаження мала самоповага, яка змістовно об'єднувала віру в свої сили, здібності, енергію і самостійність та очікування позитивного відношення від інших.

За даними методики К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної, жінки із СВД серцево-судинної системи у вирішенні конфліктних ситуацій використовували переважно метод уникання від вирішення проблеми, а це призводило до наростання конфліктної ситуації. Жінкам із групи порівняння були притаманні більш контрольовані конфлікти, за рахунок поєднання стратегії суперництва і уникання, що сприяли збереженню соціальних відносин.

За даними методики ціннісних орієнтацій М. Rokeach (адаптація О.Б. Фанталової) жінки основної групи із СВД серцево-судинної системи серед ціннісних орієнтацій надавали перевагу прагматичним цінностям, як то «цікава робота», «матеріальна забезпеченість», а жінки із групи порівняння надавали перевагу «впевненості в собі» і «здоров'ю». У основній групі переважали (88,9%) випадки конфліктного співвідношення важливості і доступності термінальних життєвих цінностей, із них 92,5% мають дефіцитарний конфлікт, а 7,5 % переважно конфлікт через пересиченість. Серед жінок групи порівняння конфліктне співвідношення життєвих цінностей виявлене у 58,9% обстежених, із них 60,0% мають дефіцитарний характер конфлікту, а 40,0% по типу пересиченості, коли доступність основних життєвих цінностей переважає їх важливість.

Згідно аналізу результатів обстеження за допомогою характерологічного опитувальника К. Leongard – Н. Schmieschek, у жінок основної групи найчастіше відмічались педантичні (35,5±2,5%) і циклотимні (29,2±2,8%) акцентуйовані характерологічні риси, а для жінок групи порівняння більш характерними були тривожний та педантичний радикали.

Найбільшу інформативність ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) стосовно розвитку виробничого типу психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи мали наступні патопсихологічні фактори: висока особистісна і ситуативна тривожність, наявність тривожних і депресивних розладів, неврастенічний тип ставлення до захворювання, уникання і пристосування як домінуючі стратегії при урегулюванні конфліктів, а також перевага прагматичним життєвим цінностям «цікава робота», «матеріальна забезпеченість» на тлі високого індексу розбіжності між їх суб'єктивною важливістю і доступністю і акцентуйовані педантичні та циклотимні характерологічні риси.

Найбільшу інформативність ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) серед клініко-психопатологічних факторів мали зниження настрою, роздратованість, зниження працездатності, страхи повторного серцевого нападу.

У основі формування моделі поведінки жінок із СВД серцево-судинної системи на тлі помірної та легкої депресивної симптоматики є дисоціація між важливістю і неможливістю досягнення основних життєвих цінностей (матеріальна забезпеченість і цікава робота). Внутрішньособистісний конфлікт,

що, як правило, поєднувався з інтернальністю, порушенням комунікативних здібностей і тенденцією звинувачувати себе в усіх негативних подіях навколо, призводив передовсім до дезадаптації у суб'єктивно найбільш значимій сфері виробничих стосунків.

Серед жінок основної групи із розладами адаптації переважали жінки вікової групи  $35,5 \pm 5,3$  роки, із повною середньою освітою (59,09 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (65,15 %;  $p < 0,01$ ).

При дослідженні стану соціальної дезадаптації за методикою І.П. Артюхова зі співавт. у жінок із розладами адаптації у 57,58% випадків було визначено змішаний її тип із домінуванням у внутрішній структурі факторів сімейної та виробничої дезадаптації, а у 31,82% сімейний тип дезадаптації. Виробничий тип соціальної дезадаптації був діагностований у 7,57% випадків. Випадків інформаційної дезадаптації у цій групі зафіксовано не було. Серед структурних елементів кліматом у сім'ї, незадоволення фінансовим станом сім'ї, висока кратність змішаного типу дезадаптації домінували такі ознаки: незадоволення психологічним дратівливості, незадоволення психологічними стосунками в рамках подружжя.

Більшість (72,00%) обстежених жінок групи порівняння були віднесені до другого рівня ризику розвитку психосоціальної дезадаптації. Середньогруповий бал за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у цій групі склав  $34,2 \pm 5,2$  бали.

В основній групі найпоширенішими факторами психотравми були конфлікти зі співробітниками (68,1 $\pm$ 3,1%), конфлікти із чоловіком або співмешканцем (68,1 $\pm$ 2,5%), незадоволення характером професійної діяльності (62,1 $\pm$ 3,9%) та безробіття (59,1 $\pm$ 3,9%). У групі порівняння основні чинники були наступними: відчуття самотності (68,0 $\pm$ 12,0%), незадоволені професійні амбіції (56,0 $\pm$ 4,0%), конфлікти із співробітниками (48,0 $\pm$ 6,0%).

Стресові ситуації переважно виникали у зв'язку із фрустрацією потреб у здоров'ї, любові, щасливому сімейному житті. У частини жінок дезадаптація сімейних стосунків сягала ступеня аверсії, що охоплювала власне як психологічну, так і сексуальну сферу. Психологічна і сексуальна форми аверсії проявлялись як ізольовано, так і у поєднаній формі.

Дезадаптуючі фактори у жінок, хворих на розлади адаптації, відзначались різноманітністю та комплексністю, що призводило до формування переважно змішаних варіантів психосоціальної дезадаптації, в структурі якої найбільше були представлені сімейні та виробничі (службові) аспекти. Загалом же, провідною групою психотравмуючих чинників для цієї групи жінок були фактори сімейного характеру в обох групах обстежених.

Синдромальна структура характеризувалась переважанням змішаного тривожно-депресивного (51,5 $\pm$ 4,9%) та тривожного (21,2 $\pm$ 2,9%) і депресивного (18,1 $\pm$ 3,7%) варіантів психопатологічних синдромів. У групі порівняння співвідношення психопатологічних синдромів було схожим. Статистично достовірна відмінність визначена стосовно переважання частоти тривожного і астено-агрипнічного синдромів у групі адаптованих жінок порівняно із дезадаптованими.

При обстеженні із використанням опитувальника Simptom Check List-90-Revised-SCL-90-R у жінок основної групи у структурі тривожних розладів переважали фобічна тривожність (61,3 %;  $p < 0,01$ ), соматизація (38,7 %;  $p < 0,05$ ) з наявністю дистресу (у 77,4 %;  $p < 0,05$ ), а у групі порівняння фобічна тривожність (41,9 %;  $p < 0,01$ ) і сензитивність (31,3 %;  $p < 0,01$ ).

За допомогою методики Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна виявлено, що показники реактивної тривожності в обох групах були схожими. У жінок основної групи було визначено досить високий груповий рівень особистісної тривожності ( $46,9 \pm 2,4\%$ ). Середньогрупові показники були наступними: високий груповий рівень особистісної (45,4) та середній рівень ситуативної (40,8) тривожності. У групі порівняння реєструвалися показники особистісної та реактивної тривоги, що відповідали середньому рівню.

При результатами обстеження шкалою HARS встановлено, що 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,  $p < 0,05$ ). У групі порівняння найбільш поширеними були наступні прояви: безсоння ( $2,1 \pm 0,6$  балів) легкого ступеня вираженості ( $p < 0,01$ ), напруга ( $1,9 \pm 0,5$  балів), вегетативні порушення ( $1,7 \pm 0,5$  балів) легкого ступеня вираженості ( $p < 0,05$ ).

При обстеженні за допомогою клінічної шкали HDRS в основній групі у більшості жінок були діагностовані легкі ( $48,5 \pm 2,5\%$ ) або ж помірні за тяжкістю ( $22,7 \pm 3,2\%$ ) рівні депресії, а для жінок групи порівняння у більшості випадків клінічно значимі ознаки депресії були відсутні ( $48,0 \pm 4,0$ ), легкі депресивні прояви склали  $40,0 \pm 4,5\%$ .

За підсумками вивчення типів ставлення до хвороби за методикою Л. Й. Вассермана зі співавт. у жінок із розладами адаптації встановлено статистично достовірне переважання поширеності гармонійного типу ставлення до хвороби пацієнок групи порівняння. Загалом для жінок із психосоціальною дезадаптацією характерною була інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що обумовлює реакції «занурення» у хворобу. Це є фактором формування дезадаптивних моделей поведінки. В основній групі гармонійний тип внутрішньої картини хвороби виявлений не був. Провідним типом ставлення до хвороби в обох групах став тривожний ( $36,4 \pm 2,2\%$  в основній групі та  $32,0 \pm 6,0$  у групі порівняння).

За даними методики К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної, жінки основної групи із клінічно діагностованими розладами адаптації у вирішенні конфліктних ситуацій використовували переважно методи пристосування та ухиляння, що не зменшувало істотно напругу у стосунках, часто призводило до зростання протиріч. Жінки із групи порівняння частіше за все для вирішення конфліктів використовували стратегії компромісу та суперництва і розглядаючи конфліктну ситуацію як неприпустиму, прагнули до її зміни. Такі поведінкові стратегії, хоча і не були оптимальними для виходу зі складних ситуацій, проте, забезпечували збереження і «виживання» подружніх взаємин.

За допомогою методики М. Rokeach (адаптація О.Б. Фанталової), жінки основної групи із розладами адаптації серед ціннісних орієнтацій надавали перевагу цінностям-стосункам «любов» і «щасливе сімейне життя», а також «цікавій роботі», а жінки із групи порівняння орієнтувались на «щасливе сімейне життя», «матеріальну забезпеченість» та «здоров'я». Для жінок основної групи суб'єктивно найбільш значимі для них цінності (цікава робота, любов, щасливе сімейне життя) мали низьку доступність, що створювало ситуацію конфлікту (індекс розбіжності), обумовлену недоступністю найбільш важливих життєвих цінностей.

Згідно аналізу результатів обстеження за допомогою тесту опитувальника акцентуацій характеру К. Leongard – Н. Schmieschek у основній групі найчастіше відмічались демонстративні ( $37,9 \pm 4,1\%$ ), афективно-екзальтовані ( $28,8 \pm 4,4\%$ ) і тривожні ( $27,3 \pm 5,2\%$ ) типи акцентуацій, а у групі порівняння найпоширенішими були циклотимні і тривожні акцентуації.

Згідно даних аналізу міри інформативності Кульбака, найбільшу інформативність ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) стосовно ризику розвитку змішаного типу психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи мали: висока особистісна тривожність, наявність тяжких тривожних розладів, середніх і тяжких депресивних станів, уникання і пристосування як домінуючі стратегії при урегулюванні конфліктів, перевага «любові», «цікавій роботі» і «щасливому сімейному життю» на тлі високого індексу розбіжності між їх суб'єктивною важливістю і доступністю, а також акцентуовані демонстративні, афективно-екзальтовані і тривожні характерологічні риси.

Найбільшу міру інформативності ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) серед клініко-психопатологічних ознак мали помірний рівень депресії, іпохондричні думки, нервово-психічна виснаженість.

У жінок із розладами адаптації пусковим чинником розвитку дезадаптивної психосоціальної поведінки, за даними дослідження, була фрустрація потреб у здоров'ї, любові, щасливому сімейному житті. Така фрустрація формувалась на тлі високого рівня особистісної тривожності, інтровертованості, неконструктивних стереотипних способів вирішення конфліктних ситуацій.

Серед хворих із **психосоціальною дезадаптацією при обсессивно-компульсивному розладі (ОКР)** домінували особи із середньою освітою ( $65,5\%$ ), які займалися розумовою працею.

Згідно даних, отриманих у результаті дослідження стану соціальної дезадаптації за методикою І. П. Артюхова зі співавторами у  $65,52\%$  жінок з ОКР було визначено змішаний її тип із переважанням у внутрішній структурі елементів сімейної, виробничої (службової) та економічної дезадаптації, та у  $17,24\%$  економічний тип соціальної дезадаптації. Сімейна соціальна дезадаптація була діагностована у  $13,79\%$  обстежених жінок цієї групи. Інформаційна соціальна дезадаптація у жінок цієї групи не зустрічалась. Серед складових елементів у структурі дезадаптації змішаного типу виявлено домінування наступних проявів: незадоволеність фінансовим станом сім'ї,

роботою, психологічними стосунками із близькими людьми та дітьми, пов'язування відчуття комфорту із самотністю.

У соціально адаптованих жінок із ОКР переважно (70,59 %) визначався перший рівень ризику розвитку соціальної дезадаптації. Середній бал за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у цій групі склав  $24,41 \pm 2,1$ .

Фактори психотравми, виявлені у жінок, хворих на ОКР, переважно стосувались сфери професійних (виробничих), сімейних і економічних стосунків. Зокрема, в основній групі найпоширенішими факторами були невпевненість у майбутньому через економічні причини ( $75,9 \pm 5,7\%$ ), конфлікти із співробітниками ( $65,5 \pm 3,9\%$ ), незадоволення характером професійної діяльності ( $55,2 \pm 4,0\%$ ) та незадоволення станом добробуту ( $55,2 \pm 4,9\%$ ). В анамнезі у хворих даної групи достовірно частіше спостерігалися психогенні чинники, зумовлені сексуальними проблемами ( $48,4\%$ ;  $p < 0,01$ ) та незадоволеною потребою у любові та близьких стосунках ( $35,5\%$ ;  $p < 0,05$ ).

У групі порівняння ці фактори теж були провідними, хоча і дещо менш поширеними. Загалом, можна відзначити меншу поширеність факторів психотравми у контрольній групі, що частково пояснює відсутність у них ознак психосоціальної дезадаптації.

У значній частині випадків економічна, виробнича і сімейна дезадаптація формувались майже одночасно і неможливо було встановити хронологічну послідовність дезадаптивних процесів. Але найбільша питома вага тяжких клініко-психопатологічних проявів була пов'язана із явищами економічної дезадаптації, що супроводжувалась клінічно виразними і різноманітними соматичними реакціями, як то тремтіння, пітливість, серцебиття, головні болі, порушення сну, апетиту і т.п. у відповідь на невирішені ситуації економічних конфліктів.

Клінічна картина у обстежених нами жінок характеризувалась домінуванням obsesivної і тривожно-депресивної симптоматики. Синдромальна структура клінічної картини характеризується переважанням obsesivно-фобічного (100%) і тривожно-депресивного ( $44,8 \pm 4,1\%$ ) синдромів. У групі порівняння співвідношення психопатологічних синдромів було схожим. Статистично достовірна відмінність не була зареєстрована.

Згідно отриманих нами даних, у структурі тривожних порушень домінували безсоння тяжкого ступеня вираженості ( $p < 0,01$ ), що супроводжувалося тривожною напругою, вегетативними порушеннями помірного ступеня вираженості ( $p < 0,05$ ). Для групи порівняння найбільшу вираженість мали наступні показники: вегетативні порушення, психічна напруга і побоювання (передчуття чогось поганого).

У випадку розгортання клінічної симптоматики obsesivно-компульсивного розладу тривожно-депресивна симптоматика потенціювала відчуття втрати самоконтролю і контролю за подіями, панічне очікування «непоправного», ускладнюючи наявну фобічну симптоматику. Поява ознак дезадаптації і девіантних особистісних тенденцій на фоні незадоволеності значущими аспектами життєдіяльності сприяла виникненню фрустрації потреб, появи відчуття самотності в рамках сім'ї, меншовартості, професійної

неспроможності і, як наслідок, різкого погіршення економічної самозабезпеченості.

За даними опитувальника SCL-90-R, у жінок основної групи домінували наступні ознаки: міжособистісна сензитивність (55,2 %;  $p < 0,01$ ), ворожість (51,7%;  $p < 0,05$ ) та психологічний дистрес (58,6 %;  $p < 0,05$ ). Погіршення комунікативних функцій (неадекватна ситуації поведінка, вибіркоче спілкування, нескладна поведінка, відсутність реакції на задані питання) спостерігались у 86,7±3,4% жінок основної групи. Пацієнтки із групи порівняння мали наступні показники: сензитивність (42,2%;  $p < 0,05$ ), фобічна тривожність (25,6%;  $p < 0,05$ ), психологічний дистрес (21,7%;  $p < 0,05$ ).

Оцінка рівня тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна у жінок основної групи показала, що більшості з них були притаманні середні рівні особистісної (65,5%) та високий рівень реактивної (51,7%) тривожності. Жінки з групи порівняння мали середньогруповий бал особистісної тривожності 37,7±1,84, а стосовно ситуативної тривожності середньогруповий показник склав 47,1±2,1 балів. У групі порівняння реєструвалися показники особистісної тривоги, що відповідали низькому рівню (середній бал 28,4±2,2) і помірний рівень ситуативної тривожності (середній бал 39,4±1,27).

У зв'язку зі значним впливом особистісної тривожності на поведінкові патерни пацієнток проводилася оцінка рівня тривожності за допомогою шкали Гамільтона (HARS). Згідно отриманих даних, у структурі тривожних порушень домінували безсоння (3,0±0,3 бали) тяжкого ступеня вираженості ( $p < 0,01$ ), що супроводжувалося тривожною напругою (2,8±0,2 бали), вегетативними порушеннями (2,6±0,3 бали) помірного ступеня вираженості ( $p < 0,05$ ). Для групи порівняння найбільшу вираженість мали наступні показники: вегетативні порушення (2,1±0,3 бали), психічна напруга (2,1±0,3 бали) і побоювання (передчуття чогось поганого) – (2,0±0,3 бали).

За методикою HDRS у більшості жінок основної групи із obsесивно-компульсивними розладами (48,3%) спостерігався помірний (середній бал 15,1±0,7) рівень депресії, легкий рівень депресії був виявлений у 41,4% (середній бал 11,3±1,08), а у 10,3% депресія була відсутня. У групі порівняння помірний рівень депресії (середній бал 14,7±0,8) мали 17,6% обстежених, легкий рівень 35,3% (середній бал 11,5±1,5) та у 47,1% не було ознак депресії.

За даними методики Л. Й. Вассермана зі співавт., серед жінок основної групи найбільш поширеними були тривожний і сенситивний типи ставлення до хвороби. У жінок із групи порівняння спостерігалось адекватне ставлення до стресу, домінували ергопатичний і гармонійний типи внутрішньої картини хвороби.

Аналіз способів регулювання конфліктів за методикою К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної засвідчив, що жінки з основної групи із obsесивно-компульсивними розладами у вирішенні конфліктних ситуацій використовували переважно метод змагання, досить поширеними були також стратегії уникання і суперництва, що передбачало неконструктивні шляхи вирішення конфліктної ситуації. Жінкам із групи порівняння були притаманні стратегії уникання і компромісу.



За даними методики М. Rokeach (адаптація Фанталової О.Б.), жінки основної групи, серед ціннісних орієнтацій надавали перевагу цінностям любові і матеріальна забезпеченість, що свідчить про пріоритетність для них стосунків у сімейній і економічній сфері, а жінки із групи порівняння найбільше надавали перевагу любові і сімейному життю, як цінностям сімейного життя. Для жінок, що склали групу порівняння, суб'єктивно найбільш значимі цінності (любов і матеріальна забезпеченість) мали досить таки низьку доступність, що створювало ситуацію конфлікту (високий індекс розбіжності), обумовлену недоступністю найбільш важливих життєвих цінностей. У свою чергу, для жінок із групи порівняння найбільший індекс розбіжності був виявлений стосовно бажаності і доступності такої цінності, як впевненість у собі. Хоча стосовно найбільш важливих цінностей (любов, щасливе сімейне життя, здоров'я, цікава робота) теж спостерігалась конфліктна розбіжність, але вона була значно меншою, а отже меншою мірою впливала на адаптацію.

У жінок, які мали ознаки психосоціальної дезадаптації і були віднесені до основної групи, за даними методики К. Leongard – Н. Schmieschek серед типів акцентуацій домінували тривожні ( $41,4 \pm 4,2$  %) і застрягаючий ( $31,0 \pm 4,8$  %). У групі порівняння найчастіше зустрічались тривожний та гіпертимні типи.

Для розвитку змішаного типу психосоціальної дезадаптації (із домінуванням у її структурі сімейних і економічних факторів) найбільшу міру інформативності за Кульбаком ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) мали наступні патопсихологічні механізми: високий рівень ситуативної тривожності, наявність депресивних розладів, тривожний і сенситивний варіанти ставлення до хвороби, суперництво як провідний метод урегулювання конфліктів, низька доступність основних життєвих цінностей «любов» і «матеріальна забезпеченість», тривожні і застрягаючі акцентуації характеру.

Серед виявлених клініко-психопатологічних ознак найбільшу міру інформативності ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) мали помірний рівень депресії, а також безсоння, внутрішнє напруження, вегетативні порушення.

При obsesивно-компульсивному розладі виникненню стану дезадаптації сприяли низька нервово-психічна стійкість обстежених жінок, на тлі якої спостерігались підвищена реактивна тривожність, що призводило до відчуття втрати самоконтролю. У результаті виникала виражена психічна перенапруга із схильністю до компенсаторної агресивної поведінки у вигляді негативізму, роздратованості та вербальної агресії. Поява ознак дезадаптації і девіантних особистісних тенденцій на фоні незадоволеності значущими аспектами життєдіяльності сприяла виникненню фрустрації потреб, появи відчуття самотності, меншовартості, професійної неспроможності.

Серед жінок із психосоціальною дезадаптацією при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) переважали пацієнтки із середнім віком  $37,5 \pm 4,5$  роки, із вищою освітою (58,6 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (55,2 %;  $p < 0,01$ ).

За даними дослідження стану соціальної дезадаптації за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у 72,42% жінок із ПТСР було визначено

інформаційний тип соціальної дезадаптації. Інші види соціальної дезадаптації у жінок цієї групи мали значно меншу поширеність: виробнича (службова) – 13,79%, змішана – 13,79%. Економічної та сімейної соціальної дезадаптації не було діагностовано у жодної із жінок цієї групи. Найбільш визначальними ознаками стану дезадаптації для жінок цієї групи із інформаційним типом соціальної дезадаптації були: незадоволення психологічними стосунками із найближчим оточенням, колегами по роботі, висока кратність дратівливості, пов'язування стану комфорту із самотністю.

Жінки групи порівняння із ПТСР у більшості (73,33%) були віднесені до першого рівня ризику розвитку соціальної дезадаптації. Середній бал за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у цій групі склав  $26,9 \pm 0,9$  балів.

Фактори психотравми, виявлені у жінок із ПТСР, переважно стосувались інформаційної сфери: негативні очікування від інформаційних повідомлень ( $82,8 \pm 1,2\%$ ), наявність суб'єктивно значимої негативної інформації ( $72,4 \pm 1,7\%$ ), фіксація на певній негативній інформації ( $72,4 \pm 1,7\%$ ) та незадоволення загальним інформаційним фоном ( $68,9 \pm 1,6\%$ ). У групі порівняння ці фактори теж були провідними, хоча і дещо менш поширеними. Достовірна відмінність поширеності зафіксована лише стосовно таких факторів, як незадоволення характером професійної діяльності та негативні очікування від інформаційних повідомлень. Найбільш важливим і поширеним фактором стали негативні очікування від інформаційних повідомлень, що у більшості випадків супроводжувалось яскравими соматичними проявами (пітливість, тремор, коливання артеріального тиску, головні болі). Фактори інформаційного характеру, призводячи до зниження нервово-психічної стійкості та напруження адаптивних механізмів, вторинно викликали комплексне погіршення психосоціального функціонування в інших сферах, зокрема, професійній (виробничій) та сімейній і, як наслідок, економічній.

Загалом, структура психопатологічних розладів у обстежених жінок із ПТСР характеризувалась переважанням тривожно-депресивного ( $75,9 \pm 2,5\%$ ) і obsesивно-фобічного ( $58,6 \pm 1,9\%$ ) синдромів. Переважали наступні симптоми: вегето-судинні пароксизми – у  $86,2 \pm 1,5\%$ ; психічна втомлюваність у  $75,9 \pm 1,6\%$  жінок; тривога  $75,9 \pm 2,5\%$ ; obsесії – у  $58,6 \pm 1,9\%$  обстежених; порушення уваги  $51,7 \pm 2,0\%$ ; зниження настрою  $55,2 \pm 1,3\%$ ; емоційна лабільність  $68,9 \pm 2,2\%$ ; коливання артеріального тиску – у  $62,1 \pm 1,8\%$ ; гіпергідроз – у  $51,7 \pm 3,9\%$  обстежених. Клініко-психопатологічні особливості у групі порівняння мали подібну структуру при дещо меншій тяжкості виявлених симптомів. Статистично достовірна відмінність визначена стосовно переважання частоти астено-депресивного синдрому у основній групі.

За даними шкали SCL-90-R, у жінок основної групи спостерігались фобічна тривожність ( $62,0\%$ ;  $p < 0,01$ ), соматизація ( $37,9\%$ ;  $p < 0,05$ ) з наявністю дистресу (у  $79,3\%$ ) високої інтенсивності ( $65,5\%$ ;  $p < 0,05$ ). Для адаптованих жінок із посттравматичним стресовим розладом більш характерними були дистрес ( $53,3\%$ ;  $p < 0,01$ ) помірної інтенсивності ( $46,7\%$ ;  $p < 0,01$ ), фобічна тривожність ( $40,0\%$ ;  $p < 0,05$ ) і напруження ( $33,3\%$ ;  $p < 0,05$ ).

Важливу роль у процесі психічної адаптації відіграють рівень тривожності на даний момент (реактивна тривожність) та особистісна тривожність (стала характеристика). З метою об'єктивізації дослідження рівня особистісної і реактивної тривожності в усіх обстежених було застосовано методіку Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна, (2001). Встановлено, що у жінок основної групи переважали особи із середнім рівнем особистісної ( $39,7 \pm 1,83$ ) та високим рівнем реактивної ( $52,3 \pm 1,83$ ) тривожності, тоді як для адаптованих жінок із групи порівняння спостерігався також середній рівень ( $33,9 \pm 4,1$ ) особистісної і високий рівень ( $45,3 \pm 4,5$ ) реактивної тривожності.

У структурі тривожної симптоматики, визначеної за методикою HARS, найбільшу вираженість мали наступні показники: соматична тривога –  $1,6 \pm 0,4$  бали, інсомнія –  $1,6 \pm 0,6$  бали, жажливі сновидіння –  $1,3 \pm 0,4$  бали, побоювання (передчуття чогось поганого) –  $1,3 \pm 0,4$  бали. На відміну від основної групи, у обстежених адаптованих жінок із групи порівняння не виявлено жодного випадку тяжкої тривоги.

За методикою Л.Й. Вассермана було досліджено різноманітні аспекти ставлення до хвороби. Результати у жінок основної групи засвідчили їх намагання визначити власну концепцію хвороби при домінуванні ірраціональних стереотипних установок. Вони відзначались труднощами в описі власних проблем, що свідчило про когнітивну неоформленість концепції хворобливого стану. Найчастіше (69,0%) у жінок основної групи мав місце змішаний тип ставлення до хвороби. Серед чистих типів домінував сенситивний тип (37,9%), а тривожний тип ставлення до хвороби спостерігався у 27,6% жінок. У жінок із групи порівняння переважно спостерігалось адекватне ставлення до стресу, домінували ергопатичний і гармонійний типи ставлення до хвороби. Найбільшу загрозу наслідків стресової ситуації вбачали у тимчасовій втраті працездатності, рецидиві стресу і як наслідок, загостренню хворобливого стану.

При аналізі результатів методики К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної, жінки основної групи із ПТСР для вирішення конфліктних ситуацій використовували малоефективні стратегії вирішення конфліктів: суперництво ( $34,5 \pm 5,9\%$ ) і уникання ( $31,0 \pm 4,8\%$ ), що передбачало або відкрите протистояння і викликало ще більшу напругу у стосунках та небажання спілкування, або уникнення від вирішення проблеми, що призводило до зростання конфліктної ситуації. Жінкам із групи порівняння переважно були притаманні більш контрольовані конфлікти, із домінуванням стратегії співпраці, що сприяло збереженню подружніх відносин.

При проведенні дослідження за методикою М. Rokeach (адаптація О.Б. Фанталової) встановлено, що домінуючою мотивацією у жінок основної групи було забезпечення життєвих потреб: «впевненість у собі» та «творчість» (частіше сприймалися не зовсім конгруентно звичайним соціальним зразкам). У їхніх ціннісних орієнтаціях переважали професійні потреби, а при трансформації невротичного розладу – побут. У вільний час більшість жінок надавали перевагу самовдосконаленню. Високий індекс розбіжності між важливістю та доступністю основних життєвих цінностей було виявлено у 65,5% випадків, що, безумовно, сприяло розвитку психосоціальної дезадаптації.

Для жінок групи порівняння більш властивими були цінності-стосунки «любов» і «щасливе сімейне життя» при значно нижчих показниках індексу конфлітності.

За методикою К. Leongard – Н. Schmieschek у основній групі найчастіше відмічались емотивні ( $41,4 \pm 5,5\%$ ) і педантичні ( $34,5 \pm 5,5\%$ ) акцентуації, а для жінок групи порівняння більш характерними були циклотимні ( $40,0 \pm 5,0\%$ ) та емотивні ( $33,3 \pm 4,6\%$ ) типи. Негативна інформація, відчуття несправедливості і образи мали для них суб'єктивно найбільш важливе значення з огляду на їх особистісні характеристики, що впливало на формування дезадаптації саме у інформаційній сфері стосунків.

Для розвитку інформаційного типу психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом найбільшу міру інформативності за Кульбаком ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) мали наступні патопсихологічні фактори: тяжкі депресивні розлади; сенситивний варіант ставлення до хвороби із інтерпсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу; «суперництво» і «уникання» як домінуючі стратегії вирішення конфліктів; високий індекс розбіжності між бажаністю та доступністю «впевненості в собі» як основної життєвої цінності; акцентуація емотивних характерологічних рис.

Найбільшу міру інформативності ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) серед клініко-психопатологічних ознак мали соматична тривога, інсомнія, жакливі сновидіння.

У жінок із посттравматичним стресовим розладом на формування інформаційного типу дезадаптації впливала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні сензитивних і педантичних рис характеру. Ситуація зриву захисних психологічних механізмів ускладнювалась неконструктивним типом внутрішньої хвороби, що не дозволяв повністю усвідомити свій реальний стан і виробити конструктивні шляхи його подолання. Підвищенню рівня реактивної тривожності сприяли риси надконтролю, педантичності, що посилювали стрес від фрустрації потреби у самовпевненості, творчій самореалізації. Поєднання особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси. Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок із посттравматичним стресовим розладом прояви дезадаптації є наслідком констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників.

Серед обстежених жінок із **психосоціальною дезадаптацією при неврастенії** переважали особи, середній вік яких складав  $38,5 \pm 4,2$  роки, з вищою освітою ( $54,55\%$ ;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею ( $58,18\%$ ;  $p < 0,01$ ).

За даними дослідження стану соціальної дезадаптації за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у жінок із неврастенією у  $49,09\%$  випадків було визначено сімейний її тип. На змішаний тип соціальної дезадаптації припадало  $50,91\%$ . Випадків інформаційної, виробничої чи економічної дезадаптації у чистому вигляді діагностовано не було. Основними елементами сімейної дезадаптації у жінок цієї групи були: кратність дратівливості, незадоволення психологічним кліматом у сім'ї, стосунками із чоловіком та дітьми, а також оцінка періоду подружнього життя як «не дуже вдалий» і «дуже невдалий».

Серед жінок групи порівняння більшість (70,00%) мали другий рівень ризику розвитку соціальної дезадаптації. Середній бал за методикою І.П. Артюхова зі співавторами у цій групі склав  $31,63 \pm 2,9$  бали.

Серед факторів психотравми, виявлених у жінок, хворих на неврастенію, відзначається домінування стресорів, віднесених до сфери сімейних стосунків. Зокрема, в основній групі найпоширенішими факторами були конфлікти із родичами та близькими людьми ( $85,5 \pm 1,1$  %) та конфлікти із чоловіком ( $81,8 \pm 1,4$  %). У групі порівняння ці фактори теж були провідними, хоча і дещо менш поширеними. У більшості випадків відмінності не сягали рівня статистичної достовірності. У хворих основної групи статистично достовірно частіше спостерігалися почуття самотності ( $72,7 \pm 3,4$  % проти  $30,0 \pm 3,8$  % у групі порівняння) і незадоволення загальним інформаційним фоном ( $41,8 \pm 3,6$  % проти  $20,0 \pm 5,4$  % у групі порівняння).

Важливу роль для перебігу цих процесів відіграло власне сімейне оточення пацієнток. Низька культура сімейних стосунків, відсутність емпатії і толерантності сприяли формуванню додаткових факторів дисгармонізації спілкування у рамках сім'ї, формуванню у хворих відчуття провини, самотності, безвиході, підштовхуючи ситуацію до розпаду сім'ї. І навпаки, наявність синтонної особистості у якості партнера, довірливий характер стосунків і взаємопідтримка формували додаткові механізми сімейної адаптації в умовах невротичного розладу у жінки.

Клінічна картина у обстежених жінок основної групи характеризувалась переважанням астено-депресивного ( $54,6 \pm 3,4$  %) синдрому, а також психічна втомлюваність, зниження працездатності у всіх обстежених жінок; дратівливість  $87,3 \pm 1,4$  %; фізична втомлюваність  $76,4 \pm 2,2$  %; метеочутливість  $83,6 \pm 1,7$  %; коливання артеріального тиску  $80,0 \pm 1,9$  %; вегето-судинні пароксизми  $67,3 \pm 2,0$  %; порушення уваги  $69,1 \pm 3,3$  % обстежених. Статистично достовірні відмінності при порівнянні основної групи і групи порівняння спостерігались стосовно наступних клінічних ознак: плаксивість, метеочутливість, емоційна лабільність, кардіалгії, коливання артеріального тиску, нудота і блювання, вегето-судинні пароксизми. У всіх перелічених випадках спостерігалось переважання поширеності клінічних ознак у основній групі жінок.

За даними опитувальника SCL-90-R, у жінок основної групи описані прояви дезадаптації у хворих на неврастенію підтримувалися за рахунок міжособистісної сензитивності ( $61,8$  %;  $p < 0,01$ ), ворожості ( $52,7$  %;  $p < 0,05$ ) та психологічного дистресу ( $54,6$  %;  $p < 0,05$ ). У групі порівняння психопатологічна симптоматика підтримувалась переважно за рахунок ворожості ( $40,0$  %;  $p < 0,01$ ) і психологічного дистресу ( $35,0$  %;  $p < 0,01$ ).

За даними методики Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна у обстежених нами жінок основної групи були визначені помірні рівні особистісної ( $38,5 \pm 4,7$  %) і ситуативної ( $43,5 \pm 4,8$  %) тривожності. У групі порівняння обстеженим жінкам були притаманні низький рівень особистісної і помірний рівень ситуативної тривожності.

У структурі тривожної симптоматики за шкалою HARS у жінок основної групи із неврастенією найбільшу вираженість мали наступні показники: психічна напруга – 3,6 бали, реакція страху – 3,5 бали і психічна тривога – 3,4 бали. А для жінок групи порівняння із неврастенією більш властиві: напруга – 2,7 бали, тривожні соматичні і м'язові симптоми – 2,6 балів.

При вивченні рівня депресії за шкалою HDRS, у 60,0±3,4% жінок були діагностовані легкі та у 18,2±4,2% помірні рівні депресії. Серед обстежених жінок групи порівняння у 40,0 ± 4,0% випадків було діагностовано легкий рівень депресії, в інших випадках показники депресії знаходились у межах норми.

Вивчення типу ставлення до хвороби за методикою Л. Й. Вассермана зі співавт. у жінок з неврастенією визначило домінування неврастенічного (43,6±4,1%) та іпохондричного (38,2±5,6%) типів внутрішньої картини хвороби. У жінок групи порівняння статистично достовірно частіше ( $p < 0,05$ ) мав місце гармонійний тип ставлення до хвороби.

За даними методики К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної, жінки із неврастенією для вирішення конфліктних ситуацій переважно використовували малоефективну стратегію вирішення конфліктів: суперництво, що передбачало відкрите протистояння і викликало ще більшу напругу у стосунках та небажання спілкування. Контрольовані конфлікти в рамках стратегії співпраці та пристосування, що були притаманні жінкам із групи порівняння, більше сприяли встановленню адекватної атмосфери подружніх відносин.

У жінок основної групи з неврастенією, за даними методики М. Rokeach (адаптація О.Б. Фанталової), серед ціннісних орієнтацій переважали сімейні цінності «щасливе сімейне життя» та «любов», а у групі порівняння також найбільш цінними були «щасливе сімейне життя» та «любов». Для жінок із основної групи суб'єктивно найбільш значимі цінності мали низьку доступність, що створювало ситуацію конфлікту (індекс розбіжності), обумовлену недоступністю найбільш важливих життєвих цінностей. У свою чергу, для жінок із групи порівняння показники розбіжності (глибини конфлікту) є значно нижчими, ніж у жінок з основної групи на відповідних показниках.

Згідно даних аналізу результатів обстеження за допомогою опитувальника К. Leongard – Н. Schmieschek, у жінок основної групи, які хворіли на неврастенію, найчастіше відмічались циклотимні (36,4±5,8 %) і педантичні (32,7±4,8%) акцентуації особистості. У групі порівняння найбільш поширеними були циклотимні (40,0±6,2%) та емотивні (35,0±5,6 %) типи акцентуацій.

Згідно даних аналізу міри інформативності за Кульбаком, найбільшу інформативність ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) стосовно розвитку сімейного типу психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи мали такі патопсихологічні особливості як помірний і високий рівень ситуативної тривожності, тривожні розлади середнього і важкого ступеня вираженості, депресивні розлади середнього і важкого ступеня вираженості, дисгармонійні варіанти ставлення до захворювання, суперництво як домінуюча стратегія при урегулюванні

конфліктів, перевага сімейним життєвим цінностям «любов» і «щасливе сімейне життя» на тлі високого індексу розбіжності між їх суб'єктивною важливістю і доступністю, акцентувані педантичні характерологічні риси.

Найбільшу міру інформативності ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) серед клініко-психопатологічних факторів мали відчай, дратівливість, незадоволення, напруга, ворожість, легкий рівень депресивної симптоматики.

При неврастенії, на тлі низької нервово-психічної стійкості і дисгармонійної ВКХ, обстежені жінки переважно обирали неконструктивні методи вирішення конфліктних ситуацій (суперництво) і це призводило до загострення кризових явищ передовсім у пріоритетній для них сфері сімейних стосунків. Невирішені конфлікти у родині, відчуття самотності, загострення потреби в любові та близьких стосунках призводили до фрустрації пріоритетних життєвих потреб і, як наслідок, розвитку психосоціальної дезадаптації.

Характерною ознакою розвитку психосоціальної дезадаптації при неврастенії був комплексний, поєднаний характер впливу, коли різноманітні психотравмуючі фактори взаємно потенціювали одне одного. Зокрема, дратівливість і низька нервово-психічна стійкість погіршували функціонування як в сімейній сфері, так і в професійній, економічній та інформаційній, а невдачі професійного і економічного характеру, у свою чергу, впливали на сімейне функціонування.

Результати дослідження клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей стали основою для розробки **диференційованої програми реабілітації та психопрофілактики психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на невротичні розлади**. В основу цієї програми було покладено результати проведеного дослідження із використанням комплексного системного диференційованого підходу до лікувальних заходів. Загальним спрямуванням реабілітаційних і профілактичних заходів було вирішення невротичного конфлікту, формування гармонійного ставлення до хвороби, позитивних настанов, корекція психоемоційного стану, формування конструктивних модулів поведінки, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивації щодо терапевтичного процесу.

Базовими принципами запропонованої програми були системність, диференційованість та етапність.

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

Диференційований підхід дозволяв визначати необхідність здійснення тих чи інших заходів з урахуванням специфіки розвитку психосоціальної дезадаптації при різних формах невротичних розладів.

Принцип етапності передбачав реалізацію лікувальних, реабілітаційних та профілактичних заходів на послідовних етапах: початковому (ініціальному), основному та етапі профілактичних і підтримуючих заходів. Тривалість та дизайн кожного із етапів залежали від форми патологічного процесу та особливостей психосоціальної дезадаптації у кожному конкретному випадку.

Метою початкового етапу було купірування основних клінічних проявів невротичних розладів і гострих проявів психосоціальної дезадаптації, вторинно обумовлених невротичними розладами. Це дозволяло встановити психотерапевтичний контакт із пацієнтом, зробити його сприйнятливим до подальших психотерапевтичних впливів. Тривалість даного етапу складала орієнтовно 7-14 днів.

Основою лікувальних впливів на цьому етапі було поєднання психо- та фармакотерапії. Психотерапія у межах даного етапу використовувалася за допомогою методу індивідуальної раціональної психотерапії (Дюбуа П., 1995). Фармакотерапія проводилася у відповідності зі стандартами стаціонарної психіатричної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей жінок та синдромальної структури невротичного розладу.

На основному етапі система реабілітації складалась із двох базових блоків – власне реабілітаційного та реадаптаційного. Процес реалізації запланованих заходів відбувався у трьох напрямках: медично-соціальному, індивідуальному та внутрішньосімейному.

Власне реабілітаційна складова являла собою диференційовану програму психокорекції, подолання невротичного конфлікту, що виконувалась у два етапи. Перший етап – психодіагностично-адаптаційний, другий – корекційний, що реалізовувався амбулаторно та у стаціонарі.

Залежно від форми невротичного розладу використовувались основні і допоміжні методи психотерапевтичного впливу, а також різноманітні індивідуально обгрунтовані варіанти фармакотерапії.

У випадку соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи, за якої провідним був виробничий (службовий) тип психосоціальної дезадаптації, провідною формою терапевтичного впливу була групова психотерапія. З метою усвідомлення механізмів «соматизації» до пацієнтів доводився зв'язок між психогенними впливами і соматичними клінічними проявами, що призводять до порушення професійної і службової адаптації. Корекція явищ дезадаптації досягалась за рахунок гармонізації співвідношення «образу я» та «образу світу» в результаті психотерапевтичного процесу. У якості допоміжних методів використовувались раціональна, поведінкова та сімейна психотерапія.

При розладах адаптації у якості основного методу застосовувалась когнітивна психотерапія Бека (Beck A.T., 2006), що дозволяла усувати «когнітивні помилки» і нормалізувати емоційний стан. У якості допоміжних і доповнюючих методів застосовувались техніки, що моделюють поведінку (для корекції поведінкових розладів) і техніка прогресивної м'язової релаксації для корекції вегетативних порушень. Комплексне застосування когнітивно-поведінкової психотерапії (когнітивна терапія Бека і моделюючі техніки) та методики прогресивної м'язової релаксації дозволяло ефективно коригувати як власне невротичний конфлікт, так і прояви психосоціальної дезадаптації, що для пацієнтів даної групи стосувалась переважно сімейної і виробничої сфери. Повний курс комплексного психотерапевтичного втручання становив від 2 до 3 місяців.



Для жінок із obsесивно-компульсивним розладом комплекс психотерапевтичних заходів передбачав застосування поведінкової психотерапії (умовно-рефлекторного тренінгу), зокрема, тренінгу подолання тривоги (Wolpe J., 1980), у якості базового патогенетичного методу. Як доповнюючі симптоматичні впливи застосовувались індивідуальна раціональна психотерапія через роз'яснення, переконання, відволікання та переключення уваги (Дюбуа П., 1995), а також сімейна психотерапія. Завдяки здійснюваному комплексу заходів вдавалось купірувати сомато-вегетативні прояви тривожних розладів, подолати умовно-рефлекторну фіксацію у патогенезі obsесивно-компульсивних розладів. Результатом стало формування саногенних поведінкових стереотипів, що дозволяють долати прояви психосоціальної дезадаптації, передовсім, у сімейній та економічній сфері.

Застосовування інтегративного підходу із апеляцією до особистості пацієнток при посттравматичному стресовому розладі у жінок передбачало спрямованість психотерапевтичного процесу на: створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, переоцінку травматичного досвіду, відновлення почуття цінності власної особистості і, як наслідок, відновлення здатності до адаптивного функціонування у суспільстві, що було порушеним переважно у інформаційній сфері.

Базовим методом для жінок цієї групи була когнітивно-біхевіоральна психотерапія із поєднанням індивідуальної і групової форми роботи. Індивідуально і патогенетично обґрунтовано застосовувались наступні психотерапевтичні стратегії:

- *підтримка адаптивних навичок «Я»*, зокрема через техніки систематичної десенсибілізації і тренінги релаксації;
- *формування «позитивного ставлення» до симптому* через доведення до жінок розуміння нормальності власних реакцій і екстремальності пережитого, що дозволяє уникнути подальшої психотравматизації та актуалізувати власні особистісні ресурси;
- *зменшення уникання* на рівні спогадів, емоцій, поведінковому і когнітивному задля активнішого перероблення травматичного досвіду у рамках психотерапевтичного процесу;
- *зміна атрибуції змісту* стосовно травматичної ситуації і її наслідків, формування «контролю за травмою».

Найчастіше використовувались наступні біхевіоральні підходи: імплізивна терапія, систематична десенсибілізація, поведінковий тренінг, тренінг стійкості до стресів.

У якості доповнюючих методів застосовувались групова сімейна психотерапія, подружня психокорекція (часто у тандемі із сексологом), екзистенціальна психотерапія за Дж. Бьюдженталем (2001).

Для жінок, хворих на неврастенію, у якості базових патогенетично спрямованих методів застосовували раціональну психотерапію в групі і аутогенне тренування та сугестивну психотерапію. Як доповнюючий вплив, симптоматично застосовувалась сімейна психотерапія.

Комплекс здійснюваних заходів дозволяв подолати астенію, підвищити адаптивність особистісних механізмів реагування на стрес і коригувати дезадаптивне ставлення до себе. Результатом було формування саногенних поведінкових стереотипів, спрямованих на нівелювання наслідків сенсорної депривації і подолання проявів психосоціальної дезадаптації, переважно у сфері сімейного функціонування.

Тривалість даного комплексу заходів складала 1-2 місяці.

Головним завданням етапу реадаптації була розробка навичок пристосування жінок до життя та трудової діяльності у змінених хворобою умовах. Реедаптаційна складова системи психосоціальної реабілітації включала у себе соціальну, трудову та сімейну реадаптацію. Цей етап психосоціальної реабілітації проводився в умовах амбулаторного сімейного лікування після відповідного попереднього навчання жінок і їх сімейного оточення належним методам та методикам. Основним методом психокорекційного впливу була супортивна терапія. Таким чином досягалась повна чи парціальна адаптація, що наближала пацієнтку до відчуття індивідуальної й суспільної повноцінності, властивого їй до хвороби.

Заключний етап підтримуючих і профілактичних заходів носив комплексний характер, базувався на мультидисциплінарному підході і був спрямований на реадаптацію жінок із залишковими явищами психосоціальної дезадаптації. Для цього здійснювались медичні, психологічні та соціальні заходи.

Диференційовані профілактичні заходи щодо психосоціальної дезадаптації у жінок, базувались на загальноприйнятих вимогах до первинної, вторинної та третинної профілактики. Первинна профілактика передбачала запобігання формуванню невротичних розладів, усунення дії чинників ризику, що призводили до психосоціальної дезадаптації. Вторинна профілактика полягала у попередженні загострень, декомпенсації та рецидивів невротичних розладів, що обумовлювали психосоціальну дезадаптацію. Третинна профілактика передбачала реадаптацію жінок з невротичними розладами у суспільстві, забезпечувала їх ресоціалізацію та реабілітацію гармонійних стосунків у основних сферах соціального спілкування.

Побудова профілактичних програм відбувалась диференційовано, з урахуванням основних факторів і умов формування невротичних розладів і психосоціальної дезадаптації. Спираючись на результати дослідження було виділено «пускові», найбільш патогенні фактори, що відігравали провідну роль у розвитку невротичних розладів і психосоціальної дезадаптації, а отже потребували першочергового подолання (зменшення впливу).

Надзвичайно важливе значення мала психотерапевтична робота не тільки із хворими жінками, але і їхніми чоловіками, дітьми та родичами, широко застосовувались психоосвітні програми.

Фармакотерапія проводилася диференційовано у відповідності до загальноприйнятих протоколів надання допомоги хворим на невротичні розлади з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнток.

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

Тривалість даного етапу складала 3–4 місяці.

Апробація розробленої програми реабілітації та профілактики проводилася в основній групі серед жінок із психосоціальною дезадаптацією при невротичних розладах. Пацієнтки із групи порівняння з аналогічною патологією отримували лікування за традиційними принципами і методами.

Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, стану психосоціальної дезадаптації, рівня вираженості депресивної симптоматики, особистісної та реактивної тривожності, нервово-психічної стійкості, спрямованості ціннісних орієнтацій.

Аналіз ефективності розробленої системи здійснювався на підставі клінічних, параклінічних і психодіагностичних показників. Загалом, в основній групі обстежених одужання було зареєстровано у 70,5 % випадків, покращення психічного стану – у 26,8 %, відсутність динаміки психічного стану – у 2,7 % обстежених. Випадків погіршення психічного стану в основній групі пацієнтів виявлено не було. У групі порівняння показник одужання склав 41,4 %, покращення психічного стану – 32,9 %, відсутність динаміки виявлена у 21,4 %, погіршення стану – у 4,3 % пацієнтів.

Співставлення результатів в основній та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої системи реабілітації та психопрофілактики, про що свідчить 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.

Згідно результатів катamnестичного дослідження, у хворих основної групи зберігалися отримані під час лікування результати, що підтверджує ефективність розробленої диференційованої системи психосоціальної реабілітації жінок із невротичними розладами.

### **ВИСНОВКИ:**

1. У дисертаційній роботі на підставі здійсненого дослідження наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової проблеми діагностики та реабілітації психосоціальної дезадаптації при невротичних розладах у жінок. Проблема вирішена на основі системного підходу до оцінки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей розвитку психосоціальної дезадаптації при невротичних розладах у жінок, що стало підставою для розробки та впровадження диференційованої програми реабілітації та профілактики зазначених порушень.

2. Установлені особливості психосоціальної дезадаптації у жінок при досліджуваних формах невротичних розладів: при СВД серцево-судинної системи переважаючим був виробничий тип (40,00%); при розладах адаптації - змішаний варіант із домінуванням у внутрішній структурі факторів сімейної та виробничої дезадаптації (57,58%); при obsesивно-компульсивному розладі -

змішаний тип дезадаптації із переважанням елементів сімейної та економічної дезадаптації (65,52%); у жінок із ПТСР було визначено інформаційний тип дезадаптації (72,42%); у пацієнток із неврастенією – сімейний тип дезадаптації склав 49,09% випадків.

3. Визначено ступінь ризику розвитку психосоціальної дезадаптації у адаптованих жінок із невротичними розладами: до першого рівня ризику віднесено жінок групи порівняння із СВД серцево-судинної системи ( $24,62 \pm 4,1$  бали), обсесивно-компульсивним розладом ( $24,41 \pm 2,1$ ) і ПТСР ( $26,9 \pm 0,9$ ), а до другого (вищого) рівня ризику віднесено жінок із розладами адаптації ( $29,2 \pm 3,2$ ) та неврастенією ( $31,63 \pm 2,9$ ).

4. Встановлені провідні фактори психотравми при досліджуваних формах невротичних розладів:

- незадоволення професійною діяльністю ( $73,3 \pm 3,8\%$ ) і незадоволені професійні амбіції ( $66,7 \pm 2,7\%$ ) у жінок із СВД серцево-судинної системи;

- конфлікти зі співробітниками ( $68,1 \pm 3,1\%$ ) та чоловіком або співмешканцем ( $68,1 \pm 2,5\%$ ) для жінок із розладами адаптації;

- невпевненість у майбутньому через економічні причини ( $75,9 \pm 5,7\%$ ) та конфлікти із співробітниками ( $65,5 \pm 3,9\%$ ) при ОКР у жінок;

- негативні очікування від інформаційних повідомлень ( $82,8 \pm 1,2\%$ ), наявність суб'єктивно значимої негативної інформації ( $72,4 \pm 1,7\%$ ) та фіксація на негативній інформації ( $72,4 \pm 1,7\%$ ) у жінок із ПТСР;

- конфлікти із родичами та близькими людьми ( $85,5 \pm 1,1\%$ ) та конфлікти із чоловіком ( $81,8 \pm 1,4\%$ ) у жінок, хворих на неврастенію.

5. Виявлені клініко-психопатологічні предиктори розвитку психосоціальної дезадаптації невротичних розладів у жінок:

- астено-депресивний синдром ( $93,3 \pm 3,9\%$ ), психічна втомлюваність ( $93,3 \pm 1,5\%$ ) та емоційна лабільність ( $82,2 \pm 2,4\%$ ) у жінок із СВД серцево-судинної системи;

- тривожно-депресивний синдром ( $51,5 \pm 4,9\%$ ) та симптоматика зниження працездатності ( $93,9 \pm 2,2\%$ ), зниження настрою ( $90,9 \pm 3,9\%$ ), тривоги ( $75,7 \pm 3,8\%$ ) при розладах адаптації;

- обсесивно-фобічний синдрому (100 %) із обсесіями (100%) та психічною втомлюваністю ( $89,7 \pm 2,5\%$ ) у жінок із ОКР;

- тривожно-депресивний синдром ( $75,9 \pm 2,5\%$ ) і вегето-судинні пароксизми ( $86,2 \pm 1,5\%$ ), психічна втомлюваність ( $75,9 \pm 1,6\%$ ) та тривога ( $75,9 \pm 2,5\%$ ) при посттравматичному стресовому розладі;

- астено-депресивний синдром ( $54,6 \pm 3,4\%$ ) та симптоматика психічної втомлюваності, зниження працездатності (100%), а також дратівливості ( $87,3 \pm 1,4\%$ ) при неврастенії;

6. Формування психосоціальної дезадаптації детерміновано патопсихологічними особливостями:

- високим рівнем особистісної тривожності (62,2%), схильністю до уникання від вирішення проблеми у конфліктних ситуаціях (48,9%) і низькою доступністю суб'єктивно найбільш значимих цінностей (цікава робота,

матеріальна забезпеченість, впевненість у собі) у жінок із сомато-вегетативною дисфункцією серцево-судинної системи;

- високою особистісною тривожністю (46,9%), тривожним типом ставлення до хвороби (36,4%), акцентуйованими демонстративними характерологічними рисами (37,9%) для змішаної психосоціальної дезадаптації у жінок із розладами адаптації;

- високим рівнем ситуативної тривожності (51,7%), тривожним (34,5%) і сенситивним (41,4%) варіантами ставлення до хвороби, низькою доступністю основних життєвих цінностей «любов» і «матеріальна забезпеченість» для розвитку змішаного варіанту дезадаптації у жінок із obsесивно-компульсивними розладами;

- наявністю депресивних розладів (17,2%), сенситивним варіантом ставлення до хвороби (37,9%), високим індексом розбіжностей між бажаністю та доступністю «впевненості в собі» як основної життєвої цінності для інформаційної дезадаптації при посттравматичному стресовому розладі;

- неврастенічним варіантом ставлення до захворювання (43,6%), низькою доступністю суб'єктивно важливих цінностей «любов» і «щасливе сімейне життя», акцентуйованими педантичними характерологічними рисами (32,7%) для розвитку сімейної дезадаптації при неврастенії.

7. На основі встановлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей жінок з психосоціальною дезадаптацією при невротичних розладах розроблена система реабілітації та профілактики, яка показала високу ефективність в комплексі з лікувальними заходами та сприяла повному одужанню 70,5 % хворих, покращенню психічного стану 26,8% жінок та зберігала ефективність за даними катamnестичного спостереження.

8. Висока ефективність застосованої системи реабілітації та профілактики психосоціальної дезадаптації при невротичних розладах у жінок визначає необхідність використання її при наданні допомоги зазначеному контингенту хворих.

## **СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Герасименко Л.О. Состояние семейной адаптации при неврастении у женщин / Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков // Медична психологія. - 2011. – Т.6, №2 (22) – С. 65-70. *(Особисто дисертантом вивчено стан сімейної адаптації, проведено клінічне та психологічне обстеження хворих, статистично оброблено отримані данні та підготовлено текст до публікації).*

2. Герасименко Л.О. Механізми розвитку сексуальної дисфункції і подружньої дезадаптації за неврастенії у жінок / Л.О. Герасименко// Медична психологія. - 2012. – Т.7, №4(28) – С. 32-35.

3. Герасименко Л.О. Особенности психосексуального, соматосексуального развития и мотивационной сферы при неврастении у женщин /Л.О. Герасименко// Медична психологія –2013.– Т.8, №1(29).–С.96-102.

4. Герасименко Л.О. Масковані депресії в загальносоматичній практиці / Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2013. – Т.13, вип.2 (42) – С. 80-82. *(Особисто дисертантом проведено обстеження хворих, наведено узагальнення результатів обстеження, статистично оброблено дані, підготовлено текст до публікації).*
5. Герасименко Л.О. Механизмы развития супружеской дезадаптации и качество жизни при неврастении у женщин / Л.О. Герасименко // Медична психологія. - 2013. – Т.8, №3(31) – С. 3-7.
6. Герасименко Л.О. Сучасні аспекти сімейної психотерапії сексуальної дезадаптації при неврастенії у жінок / Л.О. Герасименко // Архів психіатрії. - 2013. – Т.19, 4(75) – С.207- 209.
7. Герасименко Л.О. Состояние здоровья семьи при неврастении у женщин / Л.О.Герасименко // Медична психологія.–2014.–Т.9, №1(33).–С.13-19.
8. Герасименко Л.О. Сучасний підхід та особливості проведення когнітивно-поведінкової психотерапії при тривожно-депресивних розладах у жінок із соматичною патологією / Л.О. Герасименко // Архів психіатрії. – 2014. – Т.20,1(76) – С.109-112.
9. Герасименко Л.О. Деякі аспекти сімейного функціонування та якості життя у пацієнтів з невротичними розладами / Л.О. Герасименко // Світ медицини та біології. – 2014. - №1(43) - С.25-28.
10. Герасименко Л.О. Клінічні особливості психічних непсихотичних розладів у жінок, які страждають на оргазмічну дисфункцію / Л.О. Герасименко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2014. – Т.14, вип.1 (45) – С. 56-58.
11. Герасименко Л.О. Развитие сексуальности и мотивационные аспекты сексуального поведения при обсессивно-компульсивном расстройстве / Л.О. Герасименко // Georgian Medical News. – 2014. - №9 (234) – С.85-88.
12. Герасименко Л.О. Особенности семейной адаптации при тревожно-депрессивных расстройствах у женщин / Л.О. Герасименко // «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология». – 2014. - №3(17) – С.43-49.
13. Герасименко Л.О. Клинико-онтогенетические особенности формирования и состояния мотивационной сферы при соматоформной вегетативной дисфункции у женщин / Л.О. Герасименко // Психічне здоров'я. – 2014. – вип.3(44) – С. 4-7.
14. Герасименко Л.О. Індивідуально-психологічні особливості, характер особистісної та реактивної тривожності у жінок з посттравматичними стресовими розладами / Л.О. Герасименко // Архів психіатрії. – 2014. – Т.20,3(78) – С.31-33.
15. Герасименко Л.О. Особливості психопатологічного стану спрямованості особистості, сексуальної поведінки жінок з розладом адаптації / Л.О. Герасименко // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Т.1, вип.3(110) – С.64-68.
16. Герасименко Л.О. Клинико-психопатологические особенности и мотивационная сфера у женщин с соматоформной вегетативной дисфункцией / Л.О. Герасименко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т.22, вип.4(81) - С.66-68.

17. Герасименко Л.О. Сравнительная оценка качества жизни, механизмы развития нарушений семейного функционирования у женщин с неврастенией и соматоформной вегетативной дисфункцией / Л.О. Герасименко // Архів психіатрії. – 2014. – Т.20,4(79) – С.70-73.

18. Герасименко Л.О. Мотиваційні аспекти сексуальної поведінки у жінок з посттравматичними стресовими розладами / Л.О. Герасименко // Вісник проблем біології та медицини. – 2014. – Т.2, вип.4(114) – С.107-110.

19. Герасименко Л.О. Функциональность семьи при обсессивно-компульсивном расстройстве у женщин / Л.О. Герасименко // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2014. – Т.14, вип.4(48) – С.49-53.

20. Герасименко Л.О. Когнітивно-поведінкова психотерапія при тривожно-депресивних розладах у жінок із соматичною патологією / Л.О. Герасименко // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2014. - Т.7,4(26) – С.51-56.

21. Герасименко Л.О. Ефективність та доцільність проведення сімейної психотерапії при невротичних розладах у жінок / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков // Архів психіатрії. – 2015. – Т.21, вип.1(80) – С.140-142. *(Особисто дисертантом проведено обстеження хворих, створені бази одержаних даних, обґрунтовано ефективність сімейної психотерапії).*

22. Герасименко Л.О. Особенности личности, эмоциональной сферы, механизмы психологических защит, копинг стратегии и типы отношения к болезни у пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией / Л.О. Герасименко // «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология». – 2015. - №1(19) – С.54-61.

23. Герасименко Л.О. Прогностичне значення визначення типів психосоціальної дезадаптації у жінок з невротичними розладами / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков // Світ медицини та біології. – 2015. - №2 (50) – С.73-76. *(Особисто дисертантом проведено обстеження пацієнток, створені бази одержаних даних, підготовлено текст до публікації).*

24. Герасименко Л.О. Принципи психосоціальної реабілітації жінок з невротичними розладами / Л.О. Герасименко // Вісник проблем біології та медицини. – 2015. – Т.3, вип.2(118) – С.64-68.

25. Герасименко Л.О. Механізми розвитку подружньої дезадаптації за невротичної депресії у жінок / Л.О. Герасименко // Матеріали XIV конгресу світової федерації українських лікарських товариств». - 2012. – С. 195.

26. Герасименко Л.О. Особливості психотерапевтичної корекції подружньої дезадаптації у жінок з невротичними розладами / Л.О. Герасименко // Матеріали XII з'їзду Всеукраїнського лікарського товариства. - 2013. – Т.10, №1-4(76-79) – С.210.

27. Герасименко Л.О. Психотерапевтична корекція подружньої дезадаптації у жінок з тривожно-депресивними розладами / Л.О. Герасименко // Матеріали другої міжнародної науково-практичної конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток, перспективи». – 2013 – С.40-41.

28. Герасименко Л.О. Особливості сексуальної поведінки у жінок із посттравматичним стресовим розладом / Л.О. Герасименко // Архів психіатрії. – 2014. – Т.20.3(78) – С.124.

29. Герасименко Л.О. Клініко-психопатологічна характеристика жінок із невротичними розладами та сімейною дезадаптацією / Л.О. Герасименко // Матеріали науково-практичної конференції «Актуальні питання сучасної психіатрії, наркології та неврології». – 2014 - С.24-27.

30. Герасименко Л.О. Особливості сімейного функціонування у пацієнтів із невротичними розладами / Л.О. Герасименко // Всеукраїнський журнал студентів і молодих вчених «ХИСТ». – 2014. – вип.16 – С. 250.

31. Герасименко Л.О. Особливості психотерапевтичної корекції подружньої дезадаптації у жінок з посттравматичним стресовим розладом / Л.О. Герасименко // Матеріали третьої міжнародної науково-практичної конференції «Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи». - 2014 – С.27-28.

32. Герасименко Л.О. Функциональность семьи при обсессивно-компульсивном расстройстве у женщин / Л.О. Герасименко // матеріали Всеукраїнської навчально-методичної конференції молодих учених «Медична наука в практику охорони здоров'я». – 2014. – С.19.

33. Герасименко Л.О. Особенности личности, механизмы психологических защит, типы отношения к болезни у женщин с соматоформной вегетативной дисфункцией / Л.О. Герасименко // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Вітчизняна та світова медицина в сучасних умовах». - 2015 – С.29-30.

34. Герасименко Л.О. Сучасні підходи до психосоціальної реабілітації пацієнтів з невротичними розладами / Л.О. Герасименко // Міжнародна науково-практична конференція «Світова медицина: сучасні тенденції та фактори розвитку». - 2015 – С.23-24.

35. Герасименко Л.О. Порівняльна характеристика психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок при розладах адаптації та посттравматичному стресовому розладі / А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков // Збірник матеріалів міжнародної науково-практичної конференції «Перспективні напрями розвитку сучасних медичних та фармацевтичних наук». - 2015 – С.21-23. *(особисто дисертантом проведено обстеження хворих, узагальнення матеріалу, статистичну обробку).*

## АНОТАЦІЯ

**Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація при невротичних розладах у жінок (клініко-психопатологічна характеристика, принципи реабілітації та профілактики) - Рукопис.**

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків, 2016.



Дисертацію присвячено вивченню актуальної проблеми сучасної психіатрії – реабілітації та психопрофілактиці психосоціальної дезадаптації при невротичних розладах у жінок на підставі вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей її формування. З цією метою було обстежено 224 жінки із невротичними розладами, які мали ознаки психосоціальної дезадаптації та 94 жінки із аналогічними формами невротичних розладів без психосоціальної дезадаптації.

На підставі комплексного дослідження отримано нові дані щодо клініко-психопатологічних та патопсихологічних закономірностей розвитку психосоціальної дезадаптації, предикторів її формування у жінок із невротичними розладами. Визначено ризик формування певних варіантів психосоціальної дезадаптації залежно від форми невротичних розладів.

Доведено, що у патопсихологічних механізмах формування психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами пусковим чинником є фрустрація життєво важливих мотивацій, що виникла внаслідок хвороби та спричиняє реакції у формі психосоціальної дезадаптації, із акцентом на певну сферу життєдіяльності.

Вивчення закономірностей формування психосоціальної дезадаптації у жінок із невротичними розладами дозволило сформулювати і науково обґрунтувати принципи диференційованої реабілітації та психопрофілактики, що базуються на засадах системності, диференційованості та етапності. Поєднання фармакологічних та психотерапевтичних втручань із одночасним впливом на психопатологічні та патопсихологічні мішені обумовило високу ефективність розробленої системи, що дозволяє рекомендувати її до широкого впровадження.

**Ключові слова:** невротичні розлади, психосоціальна дезадаптація, клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості, диференційована система психосоціальної реабілітації, психопрофілактика.

## АННОТАЦИЯ

**Герасименко Л.А. Психосоциальная дезадаптация при невротических расстройствах у женщин (клинико-психопатологическая характеристика, принципы реабилитации и профилактики)». – Рукопись.**

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.01.16 – психиатрия. – Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», Харьков, 2016.

Диссертация посвящена изучению актуальной проблемы современной психиатрии - реабилитации и психопрофилактике психосоциальной дезадаптации при невротических расстройствах у женщин на основании изучения клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностей ее формирования. С этой целью было обследовано 224 женщины с невротическими расстройствами, которые имели признаки психосоциальной дезадаптации и 94 женщины с аналогичными формами невротических расстройств без психосоциальной дезадаптации.

На основании комплексного исследования получены новые данные о клинико-психопатологических и патопсихологических закономерностях развития психосоциальной дезадаптации, предикторах ее формирования у женщин с невротическими расстройствами. Определены риски формирования определенных вариантов психосоциальной дезадаптации в зависимости от формы невротических расстройств.

Доказано, что в патопсихологических механизмах формирования психосоциальной дезадаптации у женщин с невротическими расстройствами пусковым фактором является фрустрация жизненно важных мотиваций, возникающая в результате болезни и вызывающая реакции в форме дезадаптации, с акцентом на определенную сферу жизнедеятельности.

Изучение закономерностей формирования психосоциальной дезадаптации у женщин с невротическими расстройствами позволило сформулировать и научно обосновать принципы дифференцированной реабилитации и психопрофилактики, основанные на системности, дифференцированности и этапности. Сочетание фармакологических и психотерапевтических вмешательств с одновременным воздействием на психопатологические и патопсихологические мишени обусловило высокую эффективность разработанной системы, что позволяет рекомендовать ее к внедрению.

**Ключевые слова:** невротические расстройства, психосоциальная дезадаптация, клинико-психопатологические и патопсихологические особенности, дифференцированная система психосоциальной реабилитации, психопрофилактика.

## SUMMARY

**Herasymenko L.O. Psycho-social maladjustment with neurotic disorders in women (clinical and psychopathological characteristics, principles of rehabilitation and prevention).** – Manuscript.

Thesis for a Doctorate Degree in Medical Sciences 14.01.16 – psychiatry. – Governmental Institution «Institute of Neurology, Psychiatry and Addiction of NAMS of Ukraine», Kharkiv, 2016.

This thesis is devoted to the study of the actual problem of modern psychiatry namely rehabilitation and psychoprophylaxis of psychosocial maladjustment with neurotic disorders in women. It is based on the study of clinical and psychopathological and pathopsychological patterns of its formation. 224 women who had neurotic disorders with signs of psychosocial maladjustment and 94 women with similar forms of neurotic disorders without signs of psychosocial maladjustment were examined.

New data about clinical and psychopathological and pathopsychological development patterns of psychosocial maladjustment, predictors of its formation in women with neurotic disorders were obtained on the basis of comprehensive analysis. Risks of formation of definite variants of psychosocial maladjustment depending on the forms of neurotic disorders were determined.

It was proved that the trigger factor in pathopsychological mechanisms of psychosocial maladjustment in women with neurotic disorders is frustration of vital

motivations resulting from disease and causes reaction in the form of psychosocial maladjustment with a focus on a particular area of vital activity.

Study of patterns of formation of psychosocial maladjustment in women with neurotic disorders gave possibility to formulate and scientifically substantiate principles of differentiated rehabilitation and psychoprophylaxis based on consistency, differentiation and staging. Combination of pharmacological and psychotherapeutic interventions with simultaneous action on psychopathological and pathopsychological targets resulted in a high efficiency of the developed system that makes it possible to recommend it to wide introduction.

**Key words:** neurotic disorders, psychosocial maladjustment, psychopathological and pathopsychological patterns, differentiated system of psychosocial rehabilitation, psychoprophylaxis.

### **ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ**

**ВКХ** – внутрішня картина хвороби

**ВООЗ** – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

**МКХ-10** – міжнародна класифікація хвороб 10 перегляду

**ОКР** – обсесивно компульсивні розлади

**ПД** – психосоціальна дезадаптація

**ПТСР** – посттравматичні стресові розлади

**РА** – розлади адаптації

**СР** – соматоформні розлади

**СВД** – соматоформна вегетативна дисфункція

**СД** – соціальна дезадаптація

**ЦНС** – центральна нервова система

**ЧМТ** – черепно-мозкова травма

**ЯЖ** – якість життя

**HDRS** - Hamilton Depression Rating Scale (шкала депресії Гамільтона)

**HARS** - Hamilton Anxiety Rating Scale (шкала тривоги Гамільтона)