

*А.М.Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І. Ісаков*

**ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ  
ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК**

Полтава - 2016

УДК 616.085-039-008.047:89-008.441.44-084

ББК 56.14

C45

Рекомендовано до друку Вченою Радою ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія». Протокол № 4 від 16 листопада 2016р

Рецензенти:

професор кафедри психіатрії ХМАПО, д.мед.н. Долуда Світлана Михайлівна

професор кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», д.мед.н. Сонник Григорій Трохимович

**А.М. Скрипніков, Л.О. Герасименко, Р.І.Ісаков**

Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок

*Полтава, 2016. – 167 с.*

ISBN №978-966-182-435-4

У монографії представлено дані щодо вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей жінок із ознаками психосоціальної дезадаптації на фоні посттравматичного розладу. У результаті проведеного дослідження наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення наукової проблеми діагностики та реабілітації психосоціальної дезадаптації при психотравматичному розладі у жінок. Проблема вирішена на основі системного підходу до оцінки клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей розвитку у них психосоціальної дезадаптації, що стало підставою для розробки та впровадження диференційованої програми реабілітації та профілактики зазначених порушень.

Для психіатрів, медичних психологів, наркологів, сімейних лікарів і студентів медичних ВУЗів.

А.М. Скрипніков  
Л.О. Герасименко  
Р.І. Ісаков

## ЗМІСТ

ЗМІСТ .....	3
ГЛАВА 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ .....	4
ГЛАВА 2. МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ .....	43
ГЛАВА 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК .....	75
ГЛАВА 4. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК.....	88
ГЛАВА 5. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК .....	100
ГЛАВА 6. СИСТЕМА ТЕРАПІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД.....	114
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	123
ДОДАТОК .....	153

# Глава 1

## ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

### **1.1. Особливості діагностики посттравматичного розладу і психосоціальної дезадаптації у жінок**

Ще у 1948 році Всесвітня організація охорони здоров'я визначила здоров'я як «стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби» [72,73]. Таким чином, затверджена точка зору, що прагне врахувати різноманітні інтереси пацієнтів у процесі лікування. Зараз медицина переходить до більш складної і сучасної точки зору, згідно якої задовільний стан здоров'я індивідуума і його життєве благополуччя є відображенням задоволення його потреб та адаптації в фізичній, психологічній та соціальній сферах [74-76].

Наш час характеризується невпинним зростанням інформаційних навантажень, пов'язаних із участю у суспільних процесах [77]. Така тенденція спостерігається у всьому світі і в Україні зокрема. Найбільш чутливими до соціальних змін у суспільстві, насамперед, виявляються жінки, котрі історично несуть основну відповідальність не тільки за себе, але і безпосередньо забезпечують побутовий добробут сім'ї. Така функціональність в епоху соціальних катаклізмів робить жінок особливо вразливими до розвитку психогеній, зокрема, посттравматичного стресового розладу, і станів дезадаптації [78-80]. Виявлені також суто гендерні відмінності показників чутливості до певних стресових факторів [81].

В умовах впливу на особистість психічної травми є проста альтернатива: або людина лишається розумово і соматично здоровою по причині власної стійкості до стресу і наявності ефективного психологічного захисту, або ж виникає психогенна патологія. Проте, є переконливі докази того, що між нормальними і патологічними явищами можливі і насправді існують

численні межові прояви. Більше того, у більшості випадків, при психогенних реакціях і реактивних станах діють ті ж самі механізми, що і в "нормальному" психічному житті [82,83].

Загалом, поняття межі норми в поведінкових реакціях є дуже розмитим. Реакцію на безпосередній подразник можна вважати нормальною, якщо вона по силі відповіді адекватна інтенсивності стимулу, а її тривалість дорівнює тривалості дії психотравми [84,85]. Нормальна реакція завжди мотивована і є чуттєво адекватною відповіддю на переживання.

Категорії норми і патології, здоров'я і хвороби мають надважливе значення. Категорія норми використовується як базовий критерій порівняння поточного (актуального) і постійного (звичного) стану людини. Відхилення від норми розглядається як хвороба - стан, що не є "нормальним" і "звичайним" [86]. Однак змістовне, а не інтуїтивне визначення клінічної норми - важлива методологічна проблема.

Норма- це термін, у який можуть вкладатися два основних змісти [87].

1. Статистична норма - відображає діапазон рівнів функціонування психіки, що є найбільш поширеним, властивим більшості людей. Статистична норма об'єктивно існує і визначається за допомогою обчислення середньоарифметичних значень деяких емпіричних (що піддаються спостереженню і обліку) даних. Наприклад, більшість людей не бояться опинитися в замкнутому просторі, отже, відсутність такого страху є статистично нормальною.

2. Оціночна норма - деякий ідеальний з філософської та світоглядної точки зору стан людини, до якого, в силу його "досконалості" мають тією чи іншою мірою прагнути всі люди. У цьому аспекті норма виступає в якості суб'єктивного, довільно встановлюваного нормативу, що приймається за зразок експертами.

Така ідеальна норма виступає засобом спрощення та уніфікації різноманіття форм психічної діяльності, у результаті чого деякі з них

виявляються за межею прийнятного рівня функціонування. Усе не відповідне вибраному ідеалу, оголошується ненормальним.

Проблема норми пов'язана із проблемою вибору нормативної групи - людей, чия життєдіяльність виступає стандартом ефективності рівня функціонування [88].

До кола норм-нормативів включаються не тільки ідеальні характеристики, але також функціональні, соціальні та індивідуальні норми [85].

Функціональні норми оцінюють діяльність людини через призму наслідків (шкідливо або нешкідливо) або можливості досягнення певної мети (сприяє або не сприяє).

Соціальні норми контролюють поведінку людини, спонукаючи її відповідати певному бажаному (запропонованому оточенням) або встановленому суспільством зразкові.

Індивідуальна норма передбачає порівняння стану людини не з іншими людьми, а зі станом, у якому вона перебувала раніше і який відповідає її особистим можливостям. Інакше кажучи, індивідуальна норма є ідеальним з погляду індивіда, а не домінуючої соціальної групи станом, що враховує можливості конкретної людини.

Об'єктивне визначення граничного діапазону безпечних рівнів функціонування можливе відносно біологічної норми. Відносно ж психічної норми ніяких чітких об'єктивних меж установити неможливо, оскільки тут домінує довільний оціночно-нормативний підхід [89]. Встановлення меж, що характеризують норму, тісно пов'язане із теоретичними уявленнями про природу особистості, у яких моделюється деяке ідеальне уявлення про людину як соціальну істоту.

Будь-яке відхилення від усталеної норми може характеризуватися як патологія [90]. У медичному лексиконі під патологією зазвичай мається на увазі порушення функціонування організму на

біологічному рівні, однак, у психіатрії до змісту поняття "патологія" також включаються і такі відхилення від норми, що не мають біологічних компонентів [91].

Оригінальне значення давньогрецького слова *patos*, від якого й походить термін "патологія", - це страждання, або ж незвичний стан. Отже, патологічними можна вважати тільки ті відхилення від норми, що супроводжуються емоційним дискомфортом [85].

На соціальному рівні функціонування людини норма та патологія (розлад) виступають у якості станів здоров'я і хвороби.

Існує два наукових підходи до визначення стану здоров'я: негативний і позитивний [92].

Негативне визначення здоров'я розглядає останнє як просту відсутність патології. Тут норма розглядається як синонім здоров'я, а патологія - хвороби.

Однак, насправді поняття норми і патології ширше за здоров'я і хворобу. Норма й патологія завжди континуальні та охоплюють цілу низку взаємопов'язаних станів. А здоров'я й хвороба виступають як дискретні, чітко окреслені у своїх межах стани. Вони пов'язані не з об'єктивно виявленим відхиленням від норми, а із суб'єктивним станом самопочуття, що впливає на виконання повсякденних функцій [93].

Характеристика загального самопочуття виступає центральною ланкою розмежування здоров'я і хвороби [94].

Здорова людина - це та, яка благополучно себе почуває і тому може виконувати повсякденні соціальні функції.

Хвора людина - це та, яка має погане самопочуття і тому не може виконувати повсякденні соціальні функції.

При цьому наявність або відсутність відхилень від норми на біологічному рівні існування переважно не є визначальним фактором для віднесення себе до здорових або хворих. Наприклад, люди, що

вжили алкоголь на вечірці, мають відхилення від "нормальних" параметрів психічного функціонування ("змінений стан свідомості"), однак, вони не є хворими доти, доки в них системно не порушується виконання соціальних функцій. Ця колізія привела дослідників до необхідності пошуку позитивних концепцій здоров'я [95].

Позитивне визначення здоров'я не зводить останнє до простої відсутності хвороби, а намагається розкрити його автономний від хвороби зміст [96].

З цієї точки зору, здоров'я являє собою динамічне сполучення різних показників, тоді як хворобу, навпаки, можна визначити як порушення критеріїв здоров'я, його особливий випадок [97].

У визначенні хвороби існують дві точки зору [98]:

- 1) хвороба - будь-який стан, діагностований професіоналом;
- 2) хвороба - суб'єктивне відчуття себе хворим.

У першому випадку хвороба розглядається як оцінений за об'єктивними ознаками розлад функціонування [99]. Але з приводу багатьох хвороб люди не звертаються до професіоналів, та й об'єктивних стандартів функціонування людини майже не існує.

Другий підхід теж має свої обмеження: повідомлений пацієнтом стан швидше відображає проблеми пацієнта, а не сам розлад. До того ж, при ряді важких соматичних станів (наприклад, туберкульоз) суб'єктивного погіршення самопочуття може й не бути [100].

Поняття хвороби являє собою не стільки відображення об'єктивного стану людини, скільки виступає загальним теоретичним і соціальним конструктом, за допомогою якого намагаються дати визначення виникаючим порушенням здоров'я [101]. Конструкт хвороби, що існує в європейській культурі, передбачає наступну послідовність: причина - дефект - клінічна картина – наслідки [102].

Загалом, окрім описаного вище домінуючого конструкту хвороби є й альтернативні. По-перше, психічні й поведінкові відхилення



можна інтерпретувати як прояв порушених процесів соціальної взаємодії [103,104]. По-друге, їх можна розглядати не як прояв внутрішнього дефекту, а як крайній ступінь вираженості окремих психічних функцій або паттернів поведінки [105]. По-третє, психічні й поведінкові відхилення можуть бути розглянуті як наслідок затримки процесу особистісного росту [106].

Всі перераховані альтернативні конструкти хвороби акцентують увагу на тому, що межа між станами здоров'я й хвороби встановлюється довільно, відповідно домінуючій моделі хвороби. Варто змінити модель хвороби, як багато чого з того, що сьогодні вважається психічним захворюванням, може виявитися крайнім варіантом норми [107].

Повертаючись до умов виникнення психогенних розладів, зокрема, посттравматичного стресового розладу, варто зазначити, що індивідуум майже завжди знаходиться в певній суспільній ситуації, при цьому окремі її елементи діють як стресори, викликаючи емоційну реакцію. Кожна людина має властивий їй конституційний соматотип і живе у своєму «стресовому фоні» соціального середовища, проявляючи як вибіркочу чутливість до різного роду впливів, так і певні форми реагування на них. Додатковими стресорами, що порушують психічну адаптацію, можуть бути перевтома, напруга, конфлікти і невдачі, нещасні випадки [108,109].

Індикатором таких процесів є епідеміологія межової психічної патології, зокрема, посттравматичного стресового розладу [110], та пов'язаних із цим явищ психосоціальної дезадаптації [111], що в силу своєї реактивності особливо чутливі до суспільних метаморфоз.

Психологічна адаптація - це психосоціальна інтегрованість до системи соціальних, інформаційних, соціально-психологічних та професійних зв'язків і відносин, а також пов'язаних із ними рольових функцій [112].

Процес психологічної адаптації особистості характеризується активністю людини, що проявляється цілеспрямованими діями щодо

узгодження балансу між гомеостазом і середовищем. В активній цілеспрямованій пристосувальній діяльності людини виділяються дві паралельні тенденції: пристосувальна і перетворююча. Перша прилаштовує потреби індивіда до навколишнього, а друга навпаки, пристосовує середовище до нього [113].

У світовій та вітчизняній медичній науці психічна адаптація як системне явище розглядається переважно в рамках трьохкомпонентної моделі [114,115]:

а) як система, що забезпечує оптимальне співвідношення між психічними і фізіологічними адаптаційними процесами (психофізіологічна адаптація);

б) як система, що забезпечує збереження психічного гомеостазу та сталої цілеспрямованої поведінки (власне психічна адаптація);

в) як система адекватної взаємодії із соціальним оточенням (соціально-психологічна адаптація).

Таким чином, з точки зору системного підходу психічна адаптація розуміється як цілісна, багатовимірна і самокерована функціональна система, спрямована на підтримання сталої взаємодії індивіда із навколишнім середовищем і ставлення до самого себе [116].

Така теоретична системна модель дослідження психічної адаптації передбачає аналіз взаємозв'язків біологічних (фізіологічних), психологічних (індивідуально-особистісних) і соціальних (особистісно-середовищних) її компонентів, кожен з яких, відрізняючись своєрідністю і неповторністю, вносить свій внесок у загальний адаптаційний механізм [117].

Іншими словами, в існуючій системі адаптивної поведінки соматичні, нервово-психічні та соціально-психологічні компоненти тісно взаємопов'язані. Зміни хоча б одного з них викликають необхідність включення компенсаторних механізмів.

Зокрема, адаптованість особистості ділиться на внутрішню, зовнішню і змішану [118]. Окрім того, виділяють кілька рівнів реагування на психічну

травму: позаособистісний (шоковий), емоційний, істеричний, астеничний, характерологічний [119,120].

Внутрішня адаптованість характеризується перебудовою функціональних структур у відповідь на зміни середовища.

Зовнішня (поведінкова) адаптованість характеризується відсутністю внутрішньої (змістовної) перебудови, збереженням ідентичності.

Змішана адаптація характеризується частковою модифікацією як внутрішніх структур, так і інструментальною адаптацією.

В результаті ряду досліджень встановлено, що в основі психогеній лежить збій системи психічної адаптації у відповідь на психологічний конфлікт, як фактор, що завдає шкоди. Цей психологічний конфлікт може лежати у інформаційній площині, або ж у сфері сімейних, економічних чи професійних стосунків [121-123].

На сьогодні, описана велика група станів, обумовлених порівняно неглибокими психотравмуючими обставинами як гострого, так і хронічного характеру. Такі психогенні реакції на ранніх історичних етапах розвитку психіатрії розглядались як захисні механізми, спрямовані на активну боротьбу психіки задля усунення найбільш обтяжливого переживання [124,125].

Ці стани короткострокові, мають різнобарвну клінічну картину і призводять до порушення соціального функціонування та викликають душевні страждання [126].

Стадія таких дисфункцій і розглядається як дезадаптація, тобто як один із проміжних станів здоров'я людини в континуумі від норми до патології, що є найбільш близьким до клінічних проявів хвороби [127].

У вітчизняній психіатрії також є спроби опису цих розладів у вигляді наступних категорій: "синдром психоемоційного напруження" [128], преморбідні форми емоційного напруження [129], психічна дезадаптація [130], психосоціальна дезадаптація [131], донозологічні стани [132],

дезадаптація або непатологічні невротичні прояви [133]. Цей список можна продовжити.

Деадаптація - порушення пристосування організму та психіки людини до змін навколишнього середовища, що проявляється неадекватними характеру подразників психічними і фізіологічними реакціями [134].

Соціальна дезадаптація - термін, що позначає в найзагальнішому вигляді порушення процесів взаємодії людини із навколишнім середовищем і може проявлятися порушенням норм моралі і права, асоціальними формами поведінки і деформацією системи внутрішньої регуляції, ціннісних орієнтацій і соціальних установок [135].

При соціальній дезадаптації мова йде про порушення процесу соціального розвитку індивіда, коли є порушення як функціональної, так і змістовної сторони соціалізації. По суті своїй, мова йде про соціальну недостатність людини, нездатність виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності. Це може призводити до втрати здатності до самостійного існування, встановлення соціальних зв'язків, залежності від допомоги інших осіб, порушення професійної діяльності [136].

У більшості випадків порушення соціалізації виникають внаслідок дії прямих десоціалізуючих впливів, коли найближче оточення демонструє приклади асоціальної, антисуспільної поведінки, поглядів, установок, виступаючи, таким чином, як інститут десоціалізації. Але досить поширений також і варіант непрямих десоціалізуючих впливів, коли на перший план виходить зниження референтної значимості провідних інститутів соціалізації, якими для людини є сім'я, робота [137].

У вітчизняній, переважно психіатричній літературі, цей термін з'явився порівняно недавно. Вживання даного поняття в клінічному контексті найчастіше неоднозначне і навіть суперечливе, що виявляється, зокрема, в оцінці ролі і місця станів дезадаптації по відношенню до категорій «норма» і «патологія» [138]. Звідси і досить поширене трактування дезадаптації як

процесу, що протікає поза патологією і обумовлений відвиканням від одних звичних умов життя та, відповідно, звиканням до інших [139].

Деякі автори [140-142] вважають за необхідне для вивчення процесів адаптації-дезаптації розглядати особливості функціонування особистості на трьох рівнях - біологічному (фізіологічному), психологічному (індивідуально-особистісному) і соціально-психологічному (особистісно-середовищному). Поняття адаптації (дезаптації) в рамках цієї системної моделі грає роль системоутворюючого фактора.

У цьому контексті надзвичайно важливим є поняття бар'єру психічної адаптації – індивідуального функціонально-динамічного утворення, що профілактує перенапруження механізмів психічної адаптації, наслідком чого може бути формування стану психічної дезаптації і психічних розладів, зокрема неврозів [143,144].

Бар'єр психічної адаптації є динамічним і при стані психічної напруги відбувається його наближення до індивідуальної критичної величини. При цьому людина використовує всі свої резервні можливості і у випадку гармонійного психологічного ставлення до стресової ситуації стає іноді здатною виконувати особливо складну діяльність не відчуваючи тривоги, страху і розгубленості, що перешкоджають максимально адаптивній поведінці [145].

Але тривале і особливо різке напруження функціональної активності бар'єру адаптації призводить до його перенапруження, що проявляється станом дезаптації. Якщо ж тиск на механізми психічної адаптації посилюється, а резервні можливості виявляються вичерпаними, то відбувається «надрив бар'єру» і формування психічної патології [146,147].

Як уже зазначалось раніше, прорив адаптаційного бар'єру в умовах кризової ситуації може відбуватися на різних рівнях: біологічному (вегетовісцеральному), психологічному (емоційно-афективному, мотиваційному) чи соціальному, під яким маються на увазі суспільні фактори, що блокують

актуальні потреби особистості і перешкоджають досягненню життєвих цілей [148,149].

Схематично процес дезадаптації розгортається за принципом «замкненого порочного кола» [150,151], де пусковим механізмом, як правило, виступає різка зміна умов життя, звичного середовища, наявність стійкої психотравмуючої ситуації. А у подальшому, дезадаптація посилює наявні у жінок психічні та соматичні порушення, що веде до ще більшої дезадаптації і подальших відхилень у розвитку. У літературі достатньо детально описані, зокрема, численні невротичні та психосоматичні симптоми, що супроводжують психосоціальну дезадаптацію [152-154].

Слід особливо підкреслити, що в психічній сфері адаптивні процеси мають більш складний характер, ніж аналогічні явища в інших системах організму. Початкові етапи порушення психічної адаптації виникають у субклінічній, донозологічній формі та розглядаються рядом авторів як преморбід, передхворобливий стан [155,156]. Такий стан займає проміжне місце між практичним здоров'ям (непатологічна адаптація) та конкретною нозологічно оформленою нервово-психічною та психосоматичною патологією.

В рамках концепції «передхвороби» дезадаптація розглядається як перехідний, предпатологічний стан, головною відмінною рисою якого є відсутність виразних підстав для постановки нозологічного діагнозу [157]. При цьому ймовірність розвитку захворювання наближається до 100% за умови триваючого впливу на організм і особистість патогенних умов і факторів, з одного боку, та порушення адаптаційно-компенсаторних механізмів з іншого. Такі стани характеризуються підвищеною готовністю організму до виникнення того чи іншого захворювання, викликаного впливом різних несприятливих факторів, як екзогенного, так і ендogenous ряду [158-160].

Дезадаптація виникає при наявності одного або декількох стресів. Стресори можуть бути періодичними або постійними, одиничними або

множинними, різного характеру. Окремо наголошується, що тяжкість стресу не завжди обумовлює тяжкість розладу [161,162].

У кожному конкретному випадку, патогенність тих чи інших факторів, визначається не тільки об'єктивним характером психотравмуючої ситуації, але і суб'єктивним ставленням до неї особистості, тому процес дезадаптації більшою мірою залежить від мотиваційної структури, емоційних та інтелектуальних особливостей індивіда [163,164]. Врешті визначальне значення мають саме ті особливості або недоліки в індивідуальному розвитку людини, що не дозволяють їй виробити адекватні новим умовам форми поведінки і діяльності [165].

Власне ж розвиток хвороби може проходити через стадію різних дисфункцій, вкрай невизначених в сенсі прогнозу та нозологічної приналежності, але переважно функціональних, здатних до зворотного розвитку [166,167].

Аналіз літератури показує, що раніше психічні розлади, зумовлені впливом психотравмуючих факторів, розглядалися переважно в рамках декомпенсацій психопатії. Вважалось, що психогенні реакції розвиваються тільки у психопатичних особистостей і сам факт виникнення психогенних реакцій уже свідчив про діагноз психопатії [168].

Французька школа психіатрів, як відомо, створила вчення про патологічні реакції, як прояви дегенеративної конституції [169]. Німецькі психіатри також пов'язували психогенні патологічні реакції з психопатіями і відзначали необхідність особливої конституціональної схильності для розвитку клінічно окресленого дезадаптивного стану [170].

Але багато інших провідних дослідників цієї проблеми вважали неправильними спроби розцінювати реактивні реакції як ознаки "латентної психопатичності» [171]. Ряд дослідників зазначали, що немає взагалі ніяких підстав пов'язувати схильність до розвитку психогенних реакцій із якою-небудь конкретною конституцією, але у деяких випадках доводиться констатувати «певну готовність» до запуску психогенних реакцій [172].

Говорячи про конституціональні типи реакцій, необхідно враховувати два моменти. З одного боку, під впливом психічної травми можуть проявлятися властиві особистості риси, які до моменту психотравми перебували в латентному стані. З іншого боку, можуть виявлятися психопатологічні синдроми, що їх слід відносити не до властивостей особистості, а до розладу психічних функцій. Ці два типи реагування відповідно можна позначати як гомономні (характерологічні або конституціональна) і гетерономні (невротичні), але різкої межі між ними проводити не варто [173,174].

Ряд провідних науковців намагалися розмежувати психопатії та психогенії, пропонуючи відмовитися від розуміння психогенних реакцій у якості безпосередніх клінічних проявів психопатій. Зокрема, Jaspers K. (1965) зазначав, що кожна людина має свої межі витривалості, за межами яких вона реактивно занедужує. При цьому він підкреслював роль психопатичного ґрунту у виникненні психогеній [175].

Завдяки вивченню і систематизації динаміки психогенних розладів стало можливим виділити ряд проміжних форм: патохарактерологічні реакції [176], аномальні варіанти розвитку [177], невротичні реакції і стани [178].

Врешті, психогенні реакції було виділено в окремі нозологічні форми психічних захворювань із визначеним етіопатогенезом, синдромкінезом, спільними варіантами розвитку і перебігу, типами повного одужання чи одужання із залишковими змінами особистості і постреактивним розвитком у подальшому [181]. Крім того, зверталась увага на участі нейродинамічних, а не органічних факторів. Залежність багатьох межових психічних розладів від процесів вегетативної нервової системи є очевидною для клініцистів [187-189].

Ряд авторів відзначають, що в клінічній практиці при виражених вегетативних симптомах стресу (дистресу) формуються вторинні патологічні реакції (іпохондричні, тривожні), що є лише проявами більш складного розладу. Це обумовлено тим, що вегетативна нервова система бере на себе



перший удар при дії на організм будь-якого шкідливого чинника [190,191]. При цьому дистрес є обов'язковим або провідним компонентом цих розладів [192].

Проте, у сучасних дослідженнях виявлено, що у 91,5% обстежених хворих на посттравматичний стресовий розлад виявляються ознаки резидуального органічного ураження головного мозку у вигляді неврологічної мікросимптоматики [193].

Термінологічно, вживання слова "патологія" передбачає наявність однієї провідної причини відхилення від норми [194]. Однак доведено, що у одного й того самого психічного стану може бути не одна, а декілька причин. Наприклад, депресії можуть бути обумовлені нейрохімічними та гормональними змінами, але з такою ж імовірністю вони можуть викликатися психогенним стресом. І, виходячи з цього, часто дуже важко однозначно стверджувати, зміни якого рівня виступають першопричиною наявних відхилень від норми.

Нарешті, термін "патологія" має дуже сильно виражений оціночний компонент, що у випадку зловживання дозволяє навішувати на будь-яку людину, що не відповідає домінуючим ідеальним або статистичним нормам, ярлик "хворої".

Через ці три вищезгадані особливості вживання терміну "патологія" (обов'язкова наявність страждання; припущення продію однієї провідної причини порушення; виражений оціночний компонент) багато вчених виступили за його виключення з лексики психіатрів [195,196]. У якості замітника запропоновано вживати термін "розлад", лишивши застосування слова "патологія" виключно для характеристики біологічного рівня функціонування [197].

Необхідно визнати, що для багатьох психічних розладів встановлено тільки кореляційний, а не причинно-наслідковий зв'язок між патологічною симптоматикою та морфо-функціональними

змінами [198]. До того ж, подібні морфо-функціональні зміни виявляються і у практично здорових осіб. У цьому випадку прихильники традиційного конструкту хвороби говорять про так званий "латентний" перебіг захворювання. Цей підхід у клінічній практиці отримав назву "нозоцентричного" [199,200].

Перераховані проблеми вживання поняття «хвороба», призвели до того, що сьогодні оптимальнішим є термін "психічні, особистісні й поведінкові розлади" [201], що охоплює різні види порушень, включаючи хвороби у вузькому розумінні цього слова.

Розлад - порушення існуючого раніше звичайного для людини стану [202].

Про ПТСР у літературі вперше згадується в роботах американських дослідників в кінці 70-х років ХХ століття; тоді ж вводяться поняття: «поств'єтнамський синдром», «наслідки бойової психічної травми», «бойові неврози». Як самостійна нозологічна одиниця, поняття ПТСР вперше було введено у МКХ-10 і характеризувало «виражену і затяжну реакцію організму на сильні стресові фактори» [203-205].

Віддалені наслідки психічної травми, що розглядаються в основному в руслі концепції ПТСР, є і сьогодні предметом численних дискусій[206-208].

Дослідження наступних років дозволили розширити поняття ПТСР і застосовувати його не тільки до наслідків бойових дій, але і психотравм мирного часу, оскільки клінічні прояви і патогенетичні чинники цих станів виявилися досить схожими[209].

Серед причин виникнення ПТСР мирного часу виділяють [210-212] природні, екологічні та техногенні катаклізми - пожежі, нещасні випадки в результаті транспортних і виробничих аварій, терористичні дії, присутність при насильницькій смерті інших, сексуальне

наси́льство, сімейні драми, звістка про які загрожують життю захворюваннях, ситуації втрати об'єкта особливої прихильності.

ПТСР діагностували у осіб з екстремальними умовами трудової діяльності та у жертв терактів. Описані симптоми ПТСР в умовах конфліктної ситуації на роботі або в родині, пропонується [213,214] включити в поняття ПТСР окремі варіанти розладів адаптації.

Частота виникнення ПТСР серед мирного населення становить «в загальній популяції від 3 до 6%» [215].

Підвищення рівня соціальної напруженості в розвинених країнах Європи і Азії в останні десятиліття призвело до зростання ПТСР серед населення цих країн, підтверджуючи актуальність вивчення цієї патології.

Клінічні ознаки ПТСР, описані в DSM-III-R (1987) на відміну від МКХ-10 більш систематизовані. У DSM-IV (1994), в порівнянні з DSM-III-R (1987), діагностичні критерії ПТСР уточнені і розширені.

ПТСР виникає на віддалених етапах після виходу зі стресової ситуації і характеризується поєднанням 4-х основних критеріїв [216]:

- 1) короткочасним або тривалим перебуванням у загрозовій для життя катастрофічної ситуації;
- 2) наявністю стійких мимовільних і надзвичайно живих спогадів перенесеної психотравми, які знаходять своє відображення в снах і посилюються при попаданні в ситуацію, що нагадує стресову;
- 3) уникнення ситуацій, що нагадують стресову або пов'язану з нею ситуацію;
- 4) наявність часткової або повної амнезії пережитого стресу або поява невластивих раніше ознак підвищеної психічної чутливості і збудливості поряд із порушеннями сну.

Однак в зарубіжній літературі зустрічаються описи ПТСР, що включають соціальне уникнення, дистанціювання і відчуження від інших, включаючи близьких членів сім'ї, порушення сну, зміни поведінки,

експлозивні спалахи, дратівливість або схильність до фізичного насильства над іншими людьми; антисоціальну поведінку або протиправні дії; депресію, суїцидальні думки або спроби до самогубства; високі рівні тривожної напруженості; зловживання алкоголем або наркотиками для «зняття гостроти» хворобливих переживань, спогадів або почуттів; неспецифічні соматичні скарги.

Концептуально, діагностика базується на трьох основних критеріях:

1) перевищення статистично припустимої частоти виникнення певних реакцій у деякий проміжок часу. Наприклад, якщо п'ять із дев'яти ознак депресії спостерігаються в людини протягом не менш ніж двох тижнів, то такий стан визнається депресивним розладом;

2) дисфункція - стан, що заважає людині адекватно досягати поставлених цілей;

3) поведінка, від якої страждає сам індивід або навколишні.

У сучасній медицині існують дві моделі хвороби: біомедична та біопсихосоціальна [217].

Біомедична модель хвороби існує з XVII століття і зосереджена на вивченні природних факторів як зовнішніх причин захворювання.

Біомедичну модель хвороби характеризують чотири основні ідеї:

1) теорія збудника;

2) концепція трьох взаємодіючих сутностей - "хазяїна", "агента" і "оточення";

3) клітинна концепція;

4) механістична концепція, відповідно до якої людина - це насамперед тіло, а її хвороба - поломка якоїсь частини організму.

У рамках цієї моделі немає місця соціальним, психологічним та поведінковим факторам розвитку хвороби. Дефект (у тому числі й психічний), якими б факторами він не викликався, завжди має

виключну соматичну природу. Тому й відповідальність за лікування цілком і повністю покладається на лікаря.

На початку ХХ століття біомедична модель була піддана ревізії під впливом концепції загального адаптаційного синдрому Hans Selye (1936). Відповідно до цієї концепції, хвороба є наслідком маладаптації (від лат. *malum* + *adaptum* - зло + пристосування - хронічна хвороба) - неправильно спрямованої або надмірної адаптаційної реакції організму [218].

Біопсихосоціальна модель хворобивиникла наприкінці 70-х років ХХ сторіччя і ґрунтується на баченні хвороби як ієрархічного континууму, в якому кожний нижчий рівень виступає компонентом вищого, включає його характеристики і відчуває на собі його вплив. У центрі цього континууму перебуває особистість із її переживаннями та поведінкою [219,220]. Теоретичною базою цієї моделі є діада "діатез - стрес", де діатез - це біологічна схильність до певного хворобливого стану, а стрес - психосоціальні фактори, що актуалізують цю схильність. Взаємодія діатезу та стресу пояснює будь-яке захворювання [221,222].

Оцінка стану здоров'я в рамках біопсихосоціальної моделі передбачає провідну роль психологічних факторів. Суб'єктивно здоров'я проявляється почуттям оптимізму, соматичного й психологічного благополуччя, радості життя. Цей суб'єктивний стан обумовлений наступними психологічними механізмами, що забезпечують здоров'я [223]:

- 1) прийняття відповідальності за своє життя;
- 2) самопізнання як аналіз своїх індивідуальних тілесних і психологічних особливостей;
- 3) саморозуміння й прийняття себе як результат процесу внутрішньої інтеграції;
- 4) вміння жити в сьогоденні;

5) усвідомленість індивідуального буття і як наслідок - усвідомлена ієрархія цінностей;

6) здатність до розуміння й прийняття інших;

7) базова довіра – термін Е. *Ericsson (1982)*, що означає психологічну рису душевної довіри до процесу життя, уміння додержуватися природного плину життя [224].

У рамках біопсихосоціальної парадигми хвороба розглядається як дисфункція - нездатність адаптуватися у певному соціокультурному просторі [225]. При цьому хворобою є тільки такий розлад функціонування, що має потребу в зміні (лікуванні), оскільки завдає шкоди працездатності та соціальним відносинам, заподіює страждання [226].

Відповідальність за одужання у біопсихосоціальній моделі хвороби повністю або частково покладається на самих хворих людей.

## **1.2. Етіопатогенетичні та клінічні особливості психосоціальної дезадаптації при посттравматичному розладі у жінок**

Отримані результати досліджень дозволяють стверджувати, що в основі психогенних розладів лежить взаємодія реакція-грунт. Описані наступні механізми взаємодії зовнішніх факторів і преморбідного ґрунту. Перший варіант: соціальна ситуація - стрес (напруга, конфлікти, втома) - емоційна реакція - порушення внутрішньої секреції – хвороба. Другий варіант: соціальний конфлікт (усамітнення, напруга, відокремлення) - дезінтеграція особистості - хвороба [227-229].

На поточний період увага медиків переважно фокусується не так на окремій хворобі та її симптомах, а на пацієнті як цілісній особистості з усіма його життєвими негараздами, турботами та проблемами [230].

З одного боку, ПТСР не виникає тільки під дією психічної травми, а формується в умовах попередньої конституціональної недостатності систем,

або на тлі стану втоми, перенапруження психіки [231]. З іншого боку, повторювані реакції визначають динамізм і особливості функціонування в органах і системах, формуючи преморбідний ґрунт [232,233].

Для розуміння сутності психогенних механізмів, що лежать в основі соціально-психологічної дезадаптації, велике значення має теорія стресу Hans Selye (1936), згідно якої стрес є реакцією захисту організму, спробою відновити гомеостатичну рівновагу в рамках адаптаційного синдрому [234].

До теперішнього часу загальноприйнятого визначення стресу не існує. Вперше це поняття було введено для групи психопатологічних станів, що виникають в результаті нещасних випадків, психічних травм і т.п. [235-237]. Загальновизнаною є концепція "загального адаптаційного синдрому", в якій стрес визначається як "сукупність всіх неспецифічних змін всередині організму, функціональних або органічних" [238,239]. Особливості адаптаційного синдрому на психологічному рівні можуть співвідноситися із теорією фрустрації S. Rosenzweig (1945) [240].

Концепція стресу, як загальнотеоретична модель адаптації набуває все більшого поширення для інтерпретації механізмів розвитку деяких нервово-психічних захворювань [241-243].

Широкого поширення набула модель стрес-діатезу [244,245], згідно якої зовнішній фактор, стрес, виступає не причиною, але сприяючим фактором для розвитку психопатології. Стрес виступає лише одним із факторів, від якого залежить більш м'яка або більш тяжка клініка. Стресором може бути все, що викликає у людини тривогу або занепокоєння. Відповідно, перед клініцистом ставиться завдання вивчити, що для пацієнта є причиною стресу, і знайти способи зменшити патогенний вплив. Якщо ж людина має схильність до розвитку психічного захворювання, то потрібен лише незначний стресовий вплив, щоб надовго втратити психічну рівновагу. Для деяких пацієнтів рівень потужності стресу для провокації кожного наступного епізоду йде по нисхідній, тобто кожне наступне загострення виникає все легше, якщо тільки не проводиться адекватна терапія. Таким

чином, два фактори - схильність і стрес - доповнюючи один одного, можуть зумовити розвиток захворювання [246,247].

Доведено, що потужні біологічні, фізико-хімічні та соціальні фактори, здатні набувати стресового характеру [248,249]. Психологічний або емоційний стрес, як прояв несприятливих ситуаційно-середовищних впливів і внутрішніх конфліктів особистості, найчастіше вважають причиною психогенних захворювань та дезадаптації.

Важливу роль у цій ситуації відіграють механізми актуалізації психологічного захисту, що сприяють збереженню психічної рівноваги [250-252]. Механізм розвитку конфліктних ситуацій такий, що кожен конфлікт окремо викликає ситуаційні реакції, що є функціональними і зникають безслідно, але у випадку повтору, можуть закріплюватися і приводити до хроніфікації [253,254].

Ефективність механізмів адаптації визначається дієвістю використовуваних захисних механізмів. Патогенна конфліктна ситуація зводиться до невміння раціонально подолати труднощі або до нездатності відмовитися від недосяжних бажань. Крім того, сам хворий не завжди усвідомлює взаємозв'язок наявних розладів із дією психотравмуючого фактора [255-257].

На сьогодні, на рівні гіпотез описані декілька моделей поведінки подолання стресу, що описують боротьбу зі стресом як процес активної взаємодії людини з вимогами навколишнього середовища [258,259].

Механізми психологічного захисту полягають у адаптивній реорганізації сприйняття і оцінки власних дій у випадках, коли особа не може адекватно керувати ситуацією і оцінити свої почуття [260-262].

Виділяють також вторинні патологічні захисні механізми, що формують невротичну поведінку (втеча від хвороби, раціоналізація для виправдання неспроможності у зв'язку із хворобою) [263-266]. З точки зору фізіології, межові психічні розлади розвиваються згідно психологічних механізмів на



фоні персистоючого емоційного стресу, котрий виступає у якості пускової ланки психопатологічних порушень [267,268].

Слід зазначити, що негативний знак емоції визначається не самою подією як такою, а її відповідністю суті діяльності. Навіть найсильніше емоційне напруження, у випадку відповідності мотивації діяльності та завершення очікуваним результатом, не призводить до розвитку емоційного стресу або реактивного стану. У такому випадку емоційне збудження сприяє активізації дій, прийняттю рішення і корекції відповідної поведінки, що веде до мети.

В іншому випадку відбувається активний пошук виходу із ситуації, підбір оптимальних варіантів поведінки за методом "проб і помилок", максимальна активізація енергетичних процесів і вегетативних механізмів забезпечення активності, зокрема, збільшення в крові адреналіну, цукру, почастишання пульсу, підвищення артеріального тиску [269,270].

Занепокоєння виникає по причині внутрішнього чи зовнішнього конфлікту, коли особистість не може впоратися із напругою [271-273]. Тривога - сигнал можливої небезпеки, прогноз якої носить імовірнісний характер, і тим самим залежить не тільки від ситуаційних, а й від особистісних факторів. В умовах хронічного стресу тривожність розвивається у людей з будь-яким типом нервової системи - як слабким, так і сильним, проте у останніх для цього потрібна велика сила і тривалість дії фруструючих факторів [274,275]. У випадках, коли вплив особистісних чинників переважає, інтенсивність тривоги переважно відображає індивідуальні особливості суб'єкта [276,277].

Весь цей комплекс змін і є початковою фазою розвитку емоційно-стресової реакції, що може призвести до невротичних розладів, якщо механізми адаптації не зможуть протистояти стресовому фактору [278].

Сильний психотравмуючий вплив із негативним емоційним забарвленням справляють несподівані неприємні повідомлення, до яких людина не підготовлена. Всяка несподівана зміна ситуації веде до того, що

настає неузгодженість між наявною в даний момент ситуацією і тією ситуацією, яку очікувала людина. Чим більш глобальною є неузгодженість, тим більш патогенною є власне ситуація. До того ж, подібна ситуація викликає необхідність негайного прийняття рішення. Допоки відповідне рішення не буде прийнято і не включиться стереотип діяльності, зберігається патогенна емоційна напруженість [279-281].

Деякі автори відзначають, що більш точні когнітивні уявлення про ситуацію надають вирішальну перевагу в контексті можливостей для адаптації порівняно із людьми, які мають перекручені уявлення стосовно реальності [282]. Вивчення імовірнісного прогнозування при неврозах привело дослідників до висновку, що у хворих на невротичні розлади прогнозування значно порушене і ці особливості прогнозування відіграють певну роль у формуванні компенсаторних механізмів [283].

Стратегія «прогностичної байдужості» є проявом патологічної рухливості ймовірнісного динамічного стереотипу, коли число переходів до вибору однієї із альтернатив у хворих на невротичні розлади значно зростає, що говорить про спрощену стратегію діагностики діяльності [284].

Доведено, що у хворих на ПТСР переважають моноваріантні типи ймовірнісного прогнозування, коли пацієнт очікує тільки один шлях розвитку подій або прогноз розчиняється у великій кількості можливих варіантів розвитку подій. Таким чином, із реальності виключаються несприятливі варіанти розвитку життєвих конфліктів, що змушує вдаватися до "ситуативних сценаріїв», коли людина опиняється в цейтноті для вибору варіантів реакції на стрес [285, 286, 287, 288].

Більш гармонійні особистості схильні висувати два-три високоімовірні варіанти розвитку подій, і здійснювати підготовку програми поведінки до бажаного і небажаного варіантів розвитку подій [289, 290, 291, 292].

І навіть якщо система психологічної компенсації спрацьовує нормально, в умовах значних розбіжностей між прогнозами і реальною ситуацією,

виникають екстремальні емоційні переживання (обурення, тривога, розчарування, здивування), викликані прогностичною помилкою [293].

Відомо також, що формування того чи іншого клінічного варіанту психогенії визначається більшою мірою особливостями «індивідуального аспекту сприйняття» [294-296], а не змістом психотравмуючої події. Хоча ступінь керованості стресоратеж завжди є важливим елементом, від якого значним чином залежить результат адаптивної поведінки [297,298]. Але загалом, реакції на стресори значною мірою визначаються не характером стресора, а особистісними рисами, установками, мотивами і попереднім досвідом [299].

Ризик виникнення психологічних криз і психогенних відхилень визначається наявністю дезадаптивних когнітивів [300,301]. Зокрема, виділяють наступні варіанти дезадаптивних когнітивів: гіперактуалізуючий, ідеалістичний, моноцентричний, контрастний і антагоністичний та негативно-інтерпретуючий. Окрім того, виділяють дезадаптивно-інтегрований когнітив, що поєднує в собі різні комбінації розглянутих вище дезадаптивних когнітивів [302,303].

Виділені дезадаптивно-психогенні варіанти когнітивів, як правило, поєднуються із певними акцентуаціями або аномаліями особистості і в цілому характеризуються порушеннями самооцінки, самокритики, наявністю ригідності неадаптивних поведінкових стратегій. Необхідно також враховувати, що можливість негативного впливу дезадаптуючих когнітивів на адаптацію залежить від особливостей навколишнього середовища.

На думку багатьох дослідників [304-307], тип особистості також є передумовою певних видів патології та дезадаптації. Тобто, виділення типологічних особливостей особистості дозволяє прогнозувати стійкість до емоційного стресу і ризик дезадаптації [308,309, 310].

Важливою особистісною рисою, що сприяє розвитку психічної дезадаптації, є психічна ригідність [311,312]. Вона визначається як

характерна риса в преморбіді, що посилюється при окремих захворюваннях, і, крім того, є причиною порушення особистісно-середовищної взаємодії.

В проблемній ситуації відбувається включення ригідних механізмів реагування, що визначають значні зміни в когнітивній, емоційній та поведінковій сферах [313,314].

Найбільше ж на психологічну адаптивність впливають екстравертованість чи інтровертованість індивіда. Ряд зарубіжних робіт присвячено вивченню впливу факторів нейротизму і екстраверсії на розвиток дезадаптації. Доведено зв'язок дезадаптації з високим рівнем нейротизму і низьким рівнем екстраверсії [ 315-317].

Також, здатність до психічної адаптації, або стресостійкість, визначається особливостями функціональної асиметрії мозку [318].

Важливою характеристикою адаптаційної зрілості особистості є ступінь розвитку почуття особистої відповідальності за все, що відбувається - локус контролю [319,320]. Рівень суб'єктивного контролю обумовлений такими характеристиками особистості, як незалежність, самостійність у досягненні своїх цілей, відчуття особистої відповідальності за свою долю, самоповага, відчуття власної сили і гідності, позитивна самооцінка.

Виділяють два полярних типи локалізації локусу контролю над подіями: екстернальний і інтернальний. У першому випадку індивід інтерпретує значущі події як результат своєї власної діяльності, у другому - вважає, що події є результатом впливу зовнішніх сил.

В цілому прийнято вважати, що інтернальність, як компонент особистісної зрілості, пов'язана з просоціальною поведінкою [321]. Інтернали менше підпорядковуються тиску інших, зовнішньому соціальному контролю; в той же час сильніше реагують на втрату особистої свободи і зазвичай більш обізнані про ситуацію, ніж екстернали [322]. Інтернали більш відповідально ставляться до свого здоров'я і не потребують зовнішньої підтримки, за рахунок чого менш схильні до дистресу в екстремальних умовах, але при дезадаптації ці співвідношення можуть змінюватися на протилежні [323-325].

Очевидно, що в цілому інтернальність сприяє психічній адаптації, а екстернальність - погіршує її. Адаптивна роль інтернальності підтверджується даними дослідження хворих на ПТСР, що свідчать про характерні для них низьких вихідні показники інтернальності та її підвищення в процесі психотерапевтичного впливу [326].

Факторами ризику дезадаптації також є генетична схильність, специфічна організація механізмів психологічного захисту, та конфліктні відносини зі значимими людьми на певних життєвих етапах [327-329].

Важливою причиною у формуванні дезадаптивних станів у жінок є фактори «задоволеності отриманою освітою», «задоволеності обраною професією», «задоволеності досягнутими результатами в роботі» [330, 331].

Багато авторів вказують на зв'язок адаптаційних порушень зі станом психологічного дискомфорту в сім'ї [332-336]. В якості психогенних найчастіше розглядаються причини, що знаходяться у сфері сімейно-побутових проблем. Досить широко досліджувався вплив сімейних відносин на рівень психосоціального пристосування у дівчаток підлітків [337,338]. Визначено наступні фактори ризику: труднощі у взаєминах мати-дитина, конфліктні відносини між батьками, розлучення, проблеми зі здоров'ям у матері.

Пацієнти з діагностованим ПТСР і ознаками психосоціальної дезадаптації статистично достовірно частіше виховувалися у дисфункціональних сім'ях, де мали місце такі травматичні події, як психологічне чи фізичне насильство, епізоди агресії, проживання в неповній або аддиктивній родині, смерть батька, прихід в сім'ю вітчима [339,340].

У частині випадків при несприятливому перебігу і резистентності до терапії приєднуються проблеми зміни соціальної ролі, соціального стану - перехід з керівного становища на роль опікуваного в сім'ї, вимушена зміна професійних обов'язків, відкладені на невизначений строк або зруйновані очікування та затьмарені перспективи, що є додатковим фактором посилення психосоціальної дезадаптації [341,342].

За даними ряду авторів, проблеми в особистому житті і неблагополучні відносини з близькими є провідним стресорами у пацієнтів із психосоціальною дезадаптацією, що здійснювали суїцидальну спробу [343-345].

Реакція сім'ї, як і самої жінки, на виникнення у неї психічного захворювання може бути неоднозначною. Іноді сім'я недооцінює серйозність захворювання і ставиться до нього як короткого епізоду, без розуміння можливості наслідків, хоча зазвичай і в цих випадках мають місце побоювання того, що близька людина перетвориться на хронічно психічно хворого. Частіше, однак, встановлення відповідного діагнозу сприймається членами сім'ї як значний стрес [346,347].

У частині випадків цій ситуації передують тривалий етап, коли члени сім'ї виявляють нерозуміння хворобливого характеру змін поведінки, висловлювань, вчинків у жінки. Вони трактуються як прояви поганого характеру і це може спричинити внутрішньосімейні конфлікти, образи, розкол в сім'ї. Це може стати передумовою встановлення стилю відносин, що супроводжуються надмірною конфронтацією, і провокує повторні загострення і регоспіталізації [348,349].

Деякі дослідники [350,351] пояснюють явища психосоціальної дезадаптації з позиції теорії кризи ідентичності і описують три варіанти кризи - "апатичний", "агресивно-деструктивний" і "негативістичний". Криза ідентичності пояснюється, як психологічний феномен, що визначається ригідністю особистісних установок і характеризується втратою почуття самого себе ("власної самості") у відповідь на радикальні і стрімкі зміни в житті суспільства. Подібні ж результати отримано при обстеженні пацієнтів із розладами адаптації та посттравматичним стресовим розладом і гострими реакціями на стрес, що підтверджує припущення про те, що такі пацієнти переживали кризу ідентичності [352, 353].

Таким чином, під впливом психічної травми люди схильні обирати один із трьох способів реакції[354-361]:

1) "нормальну" адаптацію - за умов наявності особистісної зрілості та сформованості захисних і компенсаторних механізмів психіки;

2) невротичні реакції - при недостатній сформованості механізмів психологічного захисту і компенсації. Імовірно виникнення страху, тривоги, фіксації на неприємних відчуттях;

3) психосоматичні реакції - у разі недостатньої сформованості механізмів психологічного захисту і компенсації та неможливості демонструвати страх і тривогу.

### **1.3. Сучасний стан терапії, реабілітації і профілактичної роботи із психосоціально дезадаптованими жінками, які хворіють на ПТСР**

На сьогодні накопичено достатньо великий обсяг досліджень, присвячених досвіду застосування медикаментозних і немедикаментозних методів та програм лікування психосоціальної дезадаптації у пацієнтів, зокрема жінок, із ПТСР [365-370].

Уже починаючи з 90-х років ХХ сторіччя відбувся перехід від суто медичної моделі надання допомоги психічно хворим до біопсихосоціальної, на якій і базується сучасна тактика терапії і реабілітації.

Біопсихосоціальна модель включає наступні етапи [371-373]:

- Медико-психіатричний (біологічний)
- Психотерапевтичний (психологічний)
- Соціальний

1. Медико-психіатричний (біологічний) етап включає в себе психофармакотерапію, спрямовану на стабілізацію стану хворих, купірування виражених поведінкових і емоційних порушень, а також, за потребою, біологічні методи впливу.

2. Психотерапевтичний (психологічний) етап - його основними завданнями є запобігання розпаду сім'ї, розриву соціальних зв'язків, збереження соціального функціонування, допомога в подоланні почуття

провини, безнадійності, неприязні. Психотерапія може потенціювати антипсихотичний вплив біологічних методів лікування.

3. Соціальний етап біопсихосоціальної моделі реабілітації - патронаж хворих, трудова реабілітація, участь у відновленні соціального стану (отримання пільг, пенсій), соціально-правовий захист).

Накопичено достатньо даних, що свідчать на користь необхідності комплексного підходу до лікування ПТСР, ускладнених соціально-дезадаптивною поведінкою у жінок. Комплексність передбачає застосування різних методів впливу [374-376].

Відомо, що лікувальна мета терапевтичної і реабілітаційної роботи досяжна лише тоді, коли в достатній мірі враховується активність патологічного процесу, психічний стан хворого, його особистість, особливості безпосереднього соціального оточення, його доступність санації та індивідуальні життєві умови, що в сукупності визначають його реальні можливості [377,378].

Науковий прогрес у цьому напрямку пов'язують із підвищенням ефективності використання інформації про психогенез, патоморфоз та етіопатогенез і клініку відповідних станів. Ці знання дозволяють впливати на всі етіопатогенетичні ланки формування психосоціальної дезадаптивної поведінки у жінок, чим поліпшувати якість реабілітаційних та профілактичних заходів.

Залежно від повноти базової інформації, має вирішуватися непросте питання про допустиму глибину втручання до сфери значимих стосунків і про перебудову неефективних форм психологічної компенсації. Це питання є надзвичайно важливим, адже практика дає чимало прикладів зриву адаптації та загострення хворобливого стану (аж до появи суїцидальних тенденцій) при нерозумному розкритті та обговоренні психологічних проблем, що мають нерозв'язний для пацієнта характер [379-381].

Отже, тільки ретельне врахування етіології, патогенезу, пато психологічних механізмів формування психічної патології та можливих



наслідків застосування відповідних методів впливу може забезпечити максимальну ефективність терапевтичного процесу і максимальне потенціювання лікувального ефекту анксиолітичних засобів і антидепресантів [382-384].

Для правильного вибору терапевтичної тактики необхідне вирішення наступних завдань [385-387]:

1. Виявлення соціальних впливів, що створюють зону слабого місця для виникнення емоційної напруженості, особливо в тих умовах, де ці впливи можуть бути взяті під контроль, або, навпаки, де вони неминучі і надлишкові;

2. Раннє виявлення осіб, що характеризуються низьким порогом толерантності до стресових явищ.

3. Розробка прогностичних критеріїв для визначення етіопатогенетичних механізмів формування психогенних розладів.

Терапія ПТСР передбачає необхідність спочатку ідентифікувати симптом і спрямувати зусилля на відновлення механізмів захисту, копінг-стратегій [388-390]. Починати потрібно із нижчих рівнів захисних механізмів, поступово переходячи до більш високих рівнів, зокрема, до механізмів активного прогнозування.

У минулому акцент переважно робився на трудовій терапії та реабілітації. Діяли лікувально-трудова майстерні, в яких працювала значна кількість хворих, була розвинена трудотерапія [391]. Зміна економічної та політичної ситуації в країні призвела до практично повного руйнування системи трудової терапії. Поряд із тим, досягнуто вагомих успіхів в напрямку синтезу новітніх, ефективних медикаментозних засобів із психотропним ефектом [392-397]. Але, не зважаючи на це, основним засобом лишається психотерапія [398].

Психотерапія виявляється особливо ефективною, якщо вдало була застосована медикаментозна терапія і підготовлено ґрунт для її застосування у комплексному лікуванні [399-405].

Ефективність психотерапевтичного лікування значною мірою залежить від взаємин лікаря і пацієнта, їх психотерапевтичного альянсу. Правильно побудовані взаємини лікар - хворий залежать від багатьох факторів, серед яких не останнє місце займають досвід і мистецтво лікаря [406-408]. Психотерапія не може і не повинна стояти поза клінікою, а психотерапевт повинен бути насамперед грамотним клініцистом.

Кінцевими цілями психотерапії є: вирішення наявного психічного конфлікту, формування адекватного ставлення до захворювання, запобігання можливим рецидивам, зниження частоти госпіталізацій, підвищення відповідальності пацієнтів за свою соціальну поведінку і процес лікування [409,410]. Адекватно підбраною психотерапією вдається підвищити мотивацію хворих до продуктивної діяльності та скоротити загальні витрати на лікування [411-415].

Різні форми психотерапії можуть застосовуватися послідовно, одночасно або вибірково, що визначається всією сукупністю клінічних, психологічних і соціальних уявлень про хворого і стан його адаптації.

При виникненні психосоціальної дезадаптації на першому етапі психотерапевтичного лікування рекомендується використовувати тренінги умінь, комунікативних навичок, самовираження, техніки з гештальт-терапії та психодрами. На другому етапі лікування з метою посилення стресостійкості рекомендується вчити хворих методам самогіпнозу, аутогенному тренуванню, методу систематичної десенсибілізації [415-420].

Питання про співвідношення індивідуальної та групової психотерапії може вирішуватися по-різному в бік інтенсивності тієї чи іншої форми роботи. Індивідуальна робота з хворим важлива для виявлення його основної внутрішньо- та міжособистісної проблематики, формування мотивації до ефективної участі в групових заняттях, корекції реакцій на ситуації групової взаємодії [421-425]. У всіх цих випадках вона служить цінним доповненням групової психотерапії та соціотерапії і необхідною передумовою їх продуктивності.

Найчастіше лікування і реабілітація здійснюються в терапевтичних групах. Групова психотерапія у всіх її численних варіантах розглядається як найбільш адекватний метод реабілітації (ресоціалізації) жінок, хворих на неврози. Все більше поширення групових форм психотерапії пов'язується зі зростаючим розумінням ролі міжособистісних відносин як у розвитку неврозів, так і в їх лікуванні [426-432].

Така форма роботи дозволяє сфокусувати лікувальний вплив на одній із найпроблемніших сторін життя жінок, хворих на ПТСР - порушенні міжособистісного спілкування. Тому сама участь у групі - психосоціальна терапія, спрямована на подолання зазначених вище різних сторін соціально-когнітивного дефіциту [433]. Група, як штучно створене захищене середовище надає хворому позитивний емоційний досвід безпечних та ефективних особистісних контактів, дає можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, співвіднести її з власним досвідом.

Не менш важливим аспектом групової роботи є біфокальний терапевтичний підхід, при якому об'єктом психокорекційної роботи поряд з хворим стають члени його сім'ї (сімейна психотерапія) [434]. Групова психотерапія більше, ніж який-небудь інший метод психосоціального впливу, сприяє відновленню системи відносин хворих з мікросоціальних оточенням, приведенню ціннісних орієнтації у відповідність зі способом життя [435]. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, краще розуміти характер і особливості психічного захворювання і те, як воно впливає на хворого і членів його сім'ї [436].

Окрім того, групова психотерапія дозволяє використовувати стимулюючу роль адаптованих пацієнтів. Тому в ідеалі використовуються групи, неоднорідні за нозологічним складом, віком, статтю, освітою, тривалістю хвороби і психотерапевтичним досвідом [437].

В умовах групи здійснюється одночасний вплив на всі основні компоненти відносин - пізнавальний, емоційний і поведінковий; досягається більш глибока перебудова найважливіших властивостей особистості, до яких

відносяться свідомість, соціальність і самостійність. Це першочергові завдання, без яких неможливе успішне соціальне функціонування пацієнтів.

Сімейна психотерапія - це робота з усіма членами сім'ї (включаючи дітей) у зв'язку з проблемами, що виникають у них в рамках внутрішньосімейного спілкування. Її мета - усунення емоційних порушень в сім'ї, пов'язаних з неприйняттям факту хвороби одного з членів сім'ї, допомогу в подоланні почуття провини, формування адекватного ставлення до хвороби [438]. Застосовується також метод групової психотерапії, коли лікар працює одночасно з декількома сім'ями.

Поліпшення сімейної адаптації виступає захисним фактором від аутоагресивних тенденцій. Ризик суїцидальної поведінки є значно нижчим для заміжніх жінок, які відчувають підтримку від близьких людей [439].

На відміну від вузької (тільки лікарської або тільки соціальної) допомоги, комплексний підхід має ряд переваг, оскільки торкається відразу всіх сторін життєдіяльності пацієнтів та їх найближчого оточення. Це вкрай важливо, оскільки дозволяє задіяти в терапевтичному процесі збережені аспекти особистості хворих і створити на цій основі досить високий рівень мотивації до позитивних змін, сформувані свідоме ставлення до лікування та відповідальність за свою поведінку [440].

Сучасна дійсність ставить дуже високі вимоги щодо здатності пацієнтів жити незалежно. Вкрай ускладнилися процедури отримання документів, розрахунку та виплати пенсій та допомог, змінилася система стягування комунальних платежів, виникли зовсім нові проблеми з оформленням права власності на житло, інші юридичні проблеми. У таких умовах навіть людині, яка не має психіатричних проблем нелегко адаптуватися, що уже говорити про дезадаптованих і психічно хворих жінок.

Згідно сучасних підходів до проблеми лікування ПТСР у жінок, ланкою, що найбільшою мірою забезпечує реалізацію комплексного характеру терапевтичного втручання в загальній структурі психіатричної допомоги, виступає реабілітація.

Реабілітація – складна система державних, соціально-економічних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності [441]. В результаті цих заходів у постраждалого формується активне ставлення до порушення його здоров'я і відновлюється позитивне сприйняття життя, сім'ї і суспільства.

В сучасному світі концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і пристосування до життя та праці після хвороби [442]. За останні роки в усьому світі значно виросла зацікавленість у напрямку «психосоціальної реабілітації».

Психосоціальна реабілітація - це процес, що відкриває людям, які страждають психічними розладами, можливість досягти свого оптимального рівня самостійного функціонування в суспільстві. Її метою є вдосконалення соціальних навичок пацієнта, розширення кола його сприйняття і міжособистісного спілкування [443,444].

Для збереження і підтримки комунікативних навичок, навичок самообслуговування і самостійного проживання служать різні тренінгові програми (вироблення адекватних форм поведінки, тренування спілкування та підвищення впевненості в собі) [445].

Реабілітація будується на базових принципах, серед яких можна виділити: партнерство, різнобічність зусиль, єдність психосоціальних і біологічних методів впливу, ступінчастість прикладених зусиль, проведених впливів і заходів. Виділено також основні етапи [446]: відновна терапія, реадптація, реабілітація у власному сенсі цього слова.

Основою всіх реабілітаційних заходів та методів впливу є апеляція до особистості хворого. Корекція особистісної реакції відбувається залежно від успіху «основного» комплексу заходів, спрямованих на відновлення (реституцію) або компенсацію порушених функцій [447].

Існує думка, що стосовно до ПТСР проблеми реабілітації як такої не існує, бо психотерапія за своїми цілями ідентична реабілітації та може вирішити весь комплекс реабілітаційних завдань [448]. Однак, оскільки в реальній практиці допомогу хворим надають переважно шляхом застосування одних лише симптоматичних методів, то при затяжних формах ПТСР питання реабілітації набувають особливого значення і повинні бути постійно в полі зору лікаря [449].

На поточний період розвитку медицини, психотерапія і соціотерапія не повинні розглядатися альтернативно в системі реабілітації психічно хворих. Вони складають єдиний комплекс психосоціальних методів, поєднане застосування яких на клінічно диференційованій основі є вирішальною передумовою досягнення ефективного соціального та трудового відновлення пацієнтів та оптимізації їх особистісного розвитку [450,451]. Можна говорити лише про зміщення акценту в бік психотерапії на різних етапах реабілітації жінок із ПТСР.

На практиці, психосоціальна реабілітація має починатись з першого контакту хворого з медичною службою і продовжуватись до тих пір, доки не буде відновлений його соціальний і професійний статус. Реабілітаційні програми здійснюються в амбулаторних умовах, безпосередньо в суспільстві, а також у стаціонарах. Подібний підхід виправдовує себе в різних країнах [452,453] і є економічно більш вигідним у порівнянні з чисто медичною моделлю надання психіатричної допомоги.

Перехід до біопсихосоціальної моделі надання допомоги хворим призвів до створення при ряді диспансерів поліпрофільних бригад, куди входять лікар-психіатр, психолог і соціальний працівник. Бригадне ведення хворих дозволяє отримати більш повне уявлення про рівень їх соціального функціонування та якості життя. Така форма роботи виявляє реальні життєві обставини пацієнтів шляхом отримання відомостей від родичів, співробітників та інших осіб, що контактують з хворими жінками [454].

Досвід відповідних досліджень показує, що застосування реабілітаційних програм дозволяє пом'якшити психопатологічну симптоматику та психосоціальну дезадаптацію, відновити втрачені соціальні зв'язки [455]. Проте, у значній частині випадків такі жінки потребують тривалої опіки психологічних та психіатричних служб, а також більш глобальної підтримки суспільства [456].

В умовах переходу до надання допомоги з опорою на суспільство важливо активізувати родичів пацієнтів, домогтися їх участі в лікуванні та реабілітації, оскільки саме на найближче оточення пацієнтів випадає найбільше навантаження ресоціалізації [457]. Психосвітні програми для родичів хворих жінок підвищують компетентність учасників програм в питаннях лікування та догляду за пацієнтами, сприяють появі неформальних об'єднань «колишніх» учасників програм.

Для вітчизняної психіатричної практики психосвітня робота із хворими жінками та їх родичами є відносно новим методом. Тим часом, у зарубіжній літературі психосвітні програми вважаються чи не найбільш значимою частиною всіх реабілітаційних заходів [458].

Психосвітній підхід належить до так званого навчального типу, що будується за принципом тематичного семінару з елементами соціально-поведінкового тренінгу. Учасникам надається інформація з конкретних питань, наприклад, освіта в галузі перебігу хвороби або медикаментозної терапії [459,460]. Прояви у пацієнтів алекситимії, неадекватної оцінки ситуації та комунікативна неефективність - все це показання до психосвітньої роботи і для раннього (після зникнення гострої симптоматики під впливом біологічної терапії та психотерапії) використання психосоціальної групової роботи [461,462].

Також психосвітні цикли сприяють розпізнаванню стресових факторів, здатних погіршити перебіг хвороби і допомагають сформуванню стратегій подолання і адаптації [463].

Психоосвітні програми ставлять перед собою дві основні мети, що тісно пов'язані між собою [464]:

1) власне «освіта», коли пацієнт отримує інформацію про психічне захворювання, щоб правильно розуміння свого стану вело якщо не до управління своїми захворюваннями, його ходом і перебігом, то хоча б до своєчасного розпізнавання і контролю окремих хворобливих проявів і симптомів.

2) забезпечення «психосоціальної підтримки», коли група хворих є постійним джерелом підтримки і одночасно терапевтичним середовищем, у якому пацієнти можуть в безпечних умовах виробляти адекватні навички поведінки, спілкування, адаптації у складних ситуаціях. Крім того, за допомогою участі в групі задовольняються потреби у спілкуванні.

У ході навчання, як пацієнти, так і їх родичі, вчаться розпізнавати хворобливі переживання на самому початку їх виникнення, проводити грань між хворобливими і здоровими проявами психіки, звертатися за медичною допомогою при появі перших ознак хвороби [465].

Окрім збільшення обсягу знань та посилення впевненості у боротьбі з хворобою, одночасно досягаються і непрямі завдання [466]:

- поліпшуються можливості для адаптивної поведінки;
- удосконалюються комунікативні навички та навички повсякденного життя;
- з'являються нові стратегії вирішення проблем;
- підвищується рівень соціальної успішності.

Важливе значення має і те, що учасники можуть отримати важливу інформацію не тільки від терапевта, а й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати вирішення проблем. Не менш значущим результатом програм є і те, що вони сприяють створенню додаткової мережі емоційної підтримки [467].

В рамках психоосвітньої роботи важливо, аби пацієнт засвоїв, що у нього одне з багатьох відомих науці захворювань, як, наприклад, діабет або



виразкова хвороба, і що його хвороба піддається лікуванню. Накопичений позитивний досвід, коли учасникам групи доводили інформацію про епідеміологію та етіологію психічних захворювань у порівнянні з такими поширеними недугами, як діабет або гіпертонічна хвороба [468]. При цьому важливо підкреслювати, що більшість хворих, наприклад, хворих на діабет, добре справляються зі своєю хворобою, хоча є деякі, хто відчуває великі труднощі, і вони вчаться з жити із своєю хворобою.

Необхідно підкреслювати, що не дуже важлива назва хвороби. Як би вона не називалася, важливо розуміти, що це певні неполадки в діяльності головного мозку, це хвороба мозку. Симптоми непостійні. Вони з'являються і зникають, часом можуть бути відсутніми протягом тижнів, місяців чи років. Однак дуже важливо розрізняти ці симптоми, бо вони можуть повторюватися [469].

Розповідаючи про причини захворювання, можна познайомити учасників групи з найбільш відомими теоріями. В контексті ПТСР у соціально дезадаптованих жінок є позитивний досвід детального інформування про роль стресу для етіології і патогенезу психопатології, обговорення моделі діатез-стрес-уразливість. З іншого боку, порушення хімічного балансу головного мозку відіграють у розвитку розладу таку ж роль, як, наприклад, порушення синтезу інсуліну при діабеті. При відповідному лікуванні порушений баланс може бути відновлений, призводячи до одужання або значного поліпшення [470,471].

Накопичений досвід психопрофілактичного обслуговування жінок у рамках роботи психологів в освітніх установах, на підприємствах, у жіночих консультаціях, бізнесових структурах [472,473]. Такі служби існують у формі психологічних професійних консультацій або структурних спеціалізованих (психологічних) підрозділів. Незважаючи на відмінність назв (психологічні бюро, лабораторії, медико-психологічні центри, спеціалізовані психологічні служби) суть їх зводиться до надання різнобічної психологічної консультативної допомоги жінкам у кризових ситуаціях.

Діяльність психологічних служб має різні пріоритети: в одних випадках - це психологічна і психотерапевтична допомога жінкам, в інших - професійне консультування і профорієнтація, а у більшості випадків (особливо зарубіжних) - психологічна підтримка і консультування по подоланню явищ психосоціальної дезадаптації [474].

Спектр проблем, що вирішуються консультантами психологічних служб досить широкий. За даними зарубіжних публікацій в середньому 40% займають питання професійної кар'єри, 30% - проблеми, пов'язані з сімейними конфліктами, 30% - особистісні проблеми [475].

В даний час у світі існують різні моделі та підходи в організації роботи психологічних служб та консультативних центрів для жінок. Їх розвиток з одного боку визначається науковими концепціями, існуючими в суспільстві, з іншого - потребою жінок в конкретних культуральних і соціально-економічних умовах [476].

Таким чином, підсумовуючи результати проаналізованої літератури, можна зазначити, що проблема ПТСР та психосоціальної дезадаптації, як у загальній популяції, так і серед жінок, лишається досить суперечливою і не до кінця вивченою. Особливо це стосується клініко-психопатологічних характеристик і динаміки розладів.

Можливість ранньої діагностики та корекції дезадаптивних станів у жінок становить величезний інтерес в плані ефективності терапевтичних підходів, реабілітації та поліпшення прогнозу таких пацієнтів.

## Глава 2

### МЕТОДИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ. МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### **2.1. Організація і процедура дослідження. Характеристика обстежених пацієнтів**

Дослідження здійснювалось на базі Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О.Ф. Мальцева, відділення неврозів та межових станів, відділення 5А та 5Б. Усі заходи щодо планування і організації дослідження, психодіагностичні, терапевтичні, реабілітаційні та профілактичні впливи здійснювались безпосередньо дисертантом. Практичне впровадження отриманих результатів здійснювалось як особисто дисертантом, так і лікарями-психіатрами, лікарями-психологами, загальними психологами та лікарями-психотерапевтами декількох закладів психіатричного профілю в системі охорони здоров'я України.

На початковому етапі дослідження було розроблено загальний дизайн і обгрунтовано узагальнену наукову концепцію запланованої роботи. З цією метою було виконано патентно-інформаційний пошук стосовно теми запланованого дослідження і аналітичний огляд літератури. Огляд літературних джерел стосувався накопиченого досвіду з питань вивчення ПТСР у жінок, питання різноманітних аспектів психосоціальної дезадаптації та методів терапії, реабілітації і профілактики в роботі із даним контингентом пацієнтів.

В рамках виробленої загальної концепції наукового дослідження було сформульовано мету і задачі планованої роботи, а також розроблене методичне забезпечення для обстеження планованої вибірки пацієнтів. Це дозволило виділити і обгрунтувати основні етапи роботи.

Покроковий алгоритм дисертаційного дослідження передбачав наступні послідовні етапи:

1. Скринінгове обстеження пацієнтів і матеріалів їхніх історій хвороби, зокрема, висновків стосовно стану психосоціальної адаптації пацієнтів з особливою увагою на аспекті частоти госпіталізацій та звертання за медичною допомогою.

2. Аналіз структури діагностованої патології у виділеного контингенту пацієнтів, формування груп, здатних забезпечити статистичну достовірність дослідження.

3. Формування основної групи пацієнтів, включених у дослідження, та групи порівняння.

4. Соціально-демографічне та анамнестичне обстеження пацієнтів.

5. Визначення домінуючих форм психосоціальної дезадаптації у жінок із ПТСР.

6. Вивчення клініко-психопатологічних особливостей жінок із ПТСР і їх зв'язку із типологією порушень психосоціального функціонування.

7. Аналіз патопсихологічних закономірностей формування психосоціальної дезадаптації у жінок із ПТСР.

8. Виявлення предикторів формування психосоціальної дезадаптації у жінок із ПТСР.

9. Розробката апробація принципів реабілітації психосоціально дезадапованих жінок із ПТСР та профілактичної роботи з ними.

Початковий етап відбору клінічного матеріалу полягав у скринінговому обстеженні пацієнтів і матеріалів їхніх історій хвороби, зокрема, стосовно стану психосоціальної адаптації пацієнтів. Таким чином, було окреслене коло жінок, які страждали на ПТСР і за попередньою інформацією, мали ознаки психосоціальної дезадаптації. Попередній скринінг проводився серед пацієнтів, які, звертались за консультативною допомогою до співробітників кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична

стоматологічна академія». Таким чином було окреслене коло пацієнтів (112 жінок), які попередньо відповідали критеріям участі у дослідженні згідно визначеного дизайну та теоретичної наукової концепції.

Виходячи із визначеної теоретичної концепції та попередньо сформульованого дизайну дослідження було прийняте рішення формувати контингент пацієнтів для включення у дослідження на підставі вищевказаних нозологічних одиниць, що дозволяє забезпечити статистичну достовірність отриманих результатів.

Визначеному контингенту пацієнтів була запропонована участь у дослідженні і видано для ознайомлення стандартизовані форми поінформованої згоди на участь у дослідженні. З різних причин, на безпосередню участь у дослідженні дали свою згоду тільки 44 жінки із ПТСР, які мали ознаки психосоціальної дезадаптації і склали основну групу.

Серед обстежених основної групи посттравматичний стресовий розлад (F43.1) у 29 жінок;

У групі порівняння - посттравматичний стресовий розлад (F43.1) у 15 жінок;

Основна група та група порівняння були гомогенними за клініко-психопатологічними характеристиками.

Основні критерії включення хворих у дослідження були наступними:

- жінки;
- діагноз посттравматичний стресовий розлад (F43.1);
- наявність попередньо діагностованої психосоціальної дезадаптації;
- наявність письмової поінформованої згоди на участь у дослідженні.

Із дослідження були виключені пацієнти згідно наступних критеріїв виключення:

- молодші 18 років;
- пацієнти із високою суїцидальною готовністю згідно клінічних спостережень;
- пацієнти із розумовою відсталістю;

- пацієнти у психотичному стані;
- пацієнти із актуальною залежністю від вживання алкоголю чи наркотичних або токсичних психоактивних речовин;
- ті, хто не дали письмової згоди на участь у дослідженні, відмовившись підписати поінформовану згоду.

Усі включенні до основного етапу дослідження жінки проходили детальне соматичне обстеження для виключення різноманітних системних чи церебральних захворювань, медикаментозної чи іншої інтоксикації, що тією чи іншою мірою могли би викликати психотичні та амнестичні розлади. У дослідження включались тільки ті пацієнти, соматичний стан яких на момент обстеження відповідав стану компенсації чи ремісії. Пацієнти з вираженою соматичною патологією, в тому числі з цукровим діабетом, у дослідження не включалися.

Процес набору клінічного матеріалу здійснювався у період з 2008 по 2014 роки. Задля відповідності між обсягом вибірки і достовірністю майбутніх результатів, при плануванні дослідження використовувалось математичне планування.

На основному етапі дослідження матеріалом наукової роботи являлись результати комплексного стандартизованого соціально-демографічного, анамнестичного, клініко-психопатологічного, психометричного, психодіагностичного дослідження та статистичні методи обробки отриманих результатів.

Серед пацієнтів із **психосоціальною дезадаптацією при посттравматичному стресовому розладі** переважали жінки із середнім віком  $37,5 \pm 4,5$  роки.

Розподіл пацієнтів за віком був наступним: від 18 до 28 років – 9 (31,03%) жінок; від 28 до 38 років – 12 (41,38%) жінок; від 38 до 48 років – 6 (20,69%) жінок; від 48 і старше – 2 (6,90%) обстежені жінки.

Вік початку захворювання на посттравматичний стресовий розлад: від 18 до 28 років – 6 (20,69%) жінок; від 28 до 38 років – 18 (62,07%) жінок; від

38 до 48 років – 5 (17,24%) жінок; від 48 і старше – пацієток із таким віком початку невротичного захворювання у цій групі не було. Середній вік пацієнтів цієї групи під час дебюту невротичного захворювання склав  $34,1 \pm 7,2$  роки,  $p < 0,01$ .

Тривалість актуального невротичного розладу менше 1 року була у 22 (75,86%) жінок; від 1 до 5 років у 4 (13,79%) жінок; від 5 до 10 років у 2 (6,90%) жінок, більше 10 років у 1 (3,45%) із обстежених жінок. Середня тривалість посттравматичного стресового розладу загалом у цій групі обстежених пацієнтів склала 1,79 років,  $p < 0,01$ .

Переважали жінки, які були виховані у повних родинях – 20 (68,97%,  $p < 0,05$ ) жінок. У неповних родинях виховувались 9 (31,03%) жінок. Сиріт (вихованих у дитячому будинку) серед обстежених жінок із посттравматичним стресовим розладом не було.

Переважали у цій групі пацієнтки із вищою освітою - 17 (58,62%) жінок. Повну середню (або спеціальну середню) освіту мали 9 (31,03%) обстежених. Неповну середню освіту мали 3 (10,34%) жінки, незакінченої середньої освіти або відсутності освіти не було зафіксовано у жодної із обстежених жінок цієї групи.

Згідно сімейного статусу у даній групі переважали особи, що на момент обстеження перебували у шлюбі - 19 (65,51 %). Ніколи не були у шлюбі 6 (20,69 %) жінок і розлученими на момент обстеження були 4 (13,79 %) обстежених.

У сімейних стосунках більшості жінок цієї групи переважали симбіотичні стосунки – 12 (41,38 %) випадків, другими за поширеністю були псевдосолідарні стосунки – 7 (24,14 %) випадків. Рідше зустрічались стосунки за гармонійним типом – у 5 (17,24 %) жінок, також було діагностовано 4 (13,79 %) випадки стосунків за типом гіперпротекції і 1 (3,45 %) випадок емоційно-відчужених стосунків у рамках сім'ї. Напружено-дисоціативних стосунків у жінок цієї групи виявлено не було.

Згідно самооцінки стану сімейних стосунків, описували їх як конфліктні 12 (41,38 %) пацієток, 11 (37,93 %) жінок вважали їх задовільними і лише у 6 (20,69 %) випадках стан сімейних стосунків був описаний як близький до гармонійного.

У цій групі 14 (48,28 %) жінок мали одну дитину, не мали дітей 9 (31,03 %) жінок, а у 6 (20,69 %) із пацієток цієї групи було двоє і більше власних дітей.

Більшість жінок цієї групи займались інтелектуальною працею - 16 (55,17 %,  $p < 0,05$ ) жінок. Фізично працювали 10 (34,48%) жінок, безробітними були 2 (6,90%) жінки, іще 1 (3,45%) обстежена була домогосподаркою

Власний майновий статус оцінювали як задовільний 16 (55,17 %) жінок цієї групи, а 7 (24,14 %) жінок вважали його низьким і 6 (20,69 %) пацієток оцінювали рівень власних доходів як високий.

В анамнезі у хворих даної групи достовірно частіше спостерігалися чинники хронічної психічної травми (74,2 %,  $p < 0,05$ ), обумовлені відчуттям самотності, потребою у любові та близьких стосунках (56,1 %,  $p < 0,05$ ), а також конфліктами у родині (43,9 %;  $p < 0,05$ ).

Анамнестичні дослідження у хворих цієї групи свідчили про наявність спадкової обтяженості афективними розладами (44,8 %;  $p < 0,05$ ), преморбідних акцентуацій (психастенічних – 31,3 %, дистимічних – 20,7 %, циклотимічних – 17,2 %,  $p < 0,01$ ) особистості. У 62,07 % жінок цієї групи спадкової обтяженості окресленими нозологічними формами не виявлено, але отримані дані стосовно відсутності спадкової обтяженості можуть бути неточними, що обумовлено часто недостатньою поінформованістю пацієнтів про стан здоров'я своїх родичів старших поколінь.

Серед коморбідної патології, згідно міри інформативності за Кульбаком, для пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом і ознаками психосоціальної дезадаптації найбільшу інформативність ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) мали захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразкова хвороба



шлунку і дванадцятипалої кишки) і серцево-судинної системи (гіпертонія, дистонія, ішемічна хвороба серця).

Із шкідливих звичок найчастіше зустрічалось побутове пияцтво, що було виявлене у 18 (62,07 %) жінок, клінічно окресленої алкогольної залежності діагностовано не було. Ознаки ніотинової залежності були виявлені у 15 (51,72 %) обстежених жінок цієї групи. Про вживання наркотичних речовин в анамнезі повідомили 3 (10,34 %) пацієнтки цієї групи, а в актуальному часі всі жінки цієї групи вживання наркотиків заперечили. Не мали виявлених шкідливих звичок та залежностей 12 (41,38 %) жінок цієї групи.

У 7 (24,14%) жінок цієї групи в анамнезі мали місце суїцидальні висловлювання, а у 2 (6,90 %) мали місце незавершені суїцидальні спроби. На момент обстеження всі жінки цієї групи не мали суїцидальних тенденцій.

Аналіз розподілу пацієнтів досліджуваних груп показав відсутність достовірних відмінностей між основною групою і групою порівняння у соціально-демографічних, клінічних, клініко-анамнестичних, патопсихологічних і клініко-організаційних показниках, що дозволяє зробити висновок про їх співставність для проведення дослідження і оцінки ефективності системи реабілітаційних і профілактичних заходів на заключному етапі дослідження.

## **2.2. Методи дослідження**

Для досягнення мети і реалізації завдань даного дослідження були використані наступні методи: інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичне дослідження та статистичні методи математичної обробки отриманих результатів.

Інформаційно-аналітичний метод передбачав аналіз літературних джерел стосовно актуальної наукової проблеми психосоціальної дезадаптації жінок із невротичними розладами (сомато-вегетативна дисфункція серцево-судинної системи, розлади адаптації, obsesивно-компульсивний розлад,

посттравматичний стресовий розлад, неврастенія); дослідження основних положень нової концепції предикторів формування психосоціальної дезадаптації у жінок, що страждають на невротичні розлади; вивчення стану сучасних досліджень стосовно проблеми створення системи лікувально-реабілітаційних заходів, спрямованих на реабілітаційну і профілактичну роботу з жінками, що хворіють на невротичні розлади.

Додатково застосовувалась спеціально розроблена структурована анкета, що містила 30 питань, котрі включали наступні основні аспекти:

1. Демографічні дані про пацієнта: вік, отримана освіта, сімейний стан, наявність дітей, основна професія, професійна діяльність, статус зайнятості.

2. Інформація про соціальні умови проживання, становище в сім'ї характер сімейних стосунків, матеріальне забезпечення і його самооцінка, основне джерело доходів, наявність факторів хронічної психотравматизації.

3. Інформація про захворювання: вік початку захворювання, тривалість невротичного розладу, кількість госпіталізацій до стаціонару, тривалість госпіталізацій, тип перебігу захворювання.

За допомогою клініко-анамнестичного методу було здійснено аналіз архівних історій хвороби та поліклінічних карток диспансерного нагляду пацієнтів. Отримані результати були широко використані на скринінговому етапі дослідження і для пошуку предикторів формування психосоціальної дезадаптації у жінок із ПТСР.

Клініко-психопатологічний метод використовувався на загальноприйнятих засадах психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження із подальшою верифікацією отриманих даних на підставі діагностичних критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду. Цей метод, що вважається основним в клінічній психіатрії та психопатології для вивчення розладів психічної діяльності, особистості і поведінки, включав у себе оцінку психічного статусу жінок із невротичними розладами та ознаками психосоціальної дезадаптації. Оцінка базувалась головним чином на спостереженні і бесіді з пацієнтами, їх найближчим

оточенням, та оцінці даних медичної документації від лікарів-психіатрів, які дали направлення пацієнтам. Бесіда із пацієнтами носила цілеспрямований, структурований характер, проводилось опитування за певними правилами стосовно того, що стосується їх психічного стану у даний час і в минулому, психофізіологічного розвитку, спадкової обтяженості по лінії психіатричної та іншої патології, біографії, сімейної ситуації, перенесених раніше захворювань. Здійснювалось динамічне спостереження за поведінкою пацієнтів, їх міжособистісним стосунками, афектами, експресивними проявами, реакцією на здійснювані методи терапії. Також проводились бесіди із родичами пацієнтів і особами, що їх добре знають, а також збір і оцінка даних із різних джерел (характеристики із навчальних закладів, місця роботи, письмова і художня творчість пацієнтів, аудіо і відеозаписи та ін.).

Оцінювалась також динаміка клінічного стану пацієнтів в процесі участі їх у дослідженні та здійснення терапевтичних, реабілітаційних і профілактичних заходів.

Психометричні методи були покликані встановити причинно-наслідкові зв'язки між виявленими особливостями і симптомами в рамках психічного статусу обстежених пацієнтів. Обрані методики доповнювали клініко-психопатологічне дослідження та застосувалися з метою отримання кількісної оцінки клінічних показників. До їх складу увійшли:

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

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

- шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Юрьєва Л.Н., 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 (Райгородский Д.Я., 2000);

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

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

- шкалатипів 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 Фанталової О.Б., 1992);

2.2.1. Методика визначення та класифікації типів соціальної дезадаптації індивідів

Методика визначення та класифікації типів соціальної дезадаптації індивідів (І.П. Артюхов зі співавт, 2009) – методика, що розроблена на підставі емпіричних даних і дозволяє визначати і класифікувати типи соціальної дезадаптації населення. Ця методика дозволяє надавати медико-соціальну допомогу пацієнтам із урахуванням типу і вираженості їхньої психосоціальної дезадаптації.

За основу було взято наступні визначення:

- соціальна дезадаптація це здатність індивіда пристосовуватись до умов соціального середовища у повному обсязі;

- соціальна дезадаптація це часткова або повна втрата людиною здатності пристосовуватись до умов соціального середовища.

В шкалі авторами виділено основні категорії соціальних стосунків, кожна із яких оцінюється балами від 1 до 3. За кількістю набраних балів визначається ступінь вираженості соціальної дезадаптації у конкретного індивіда:

- 14 балів – соціально адаптований індивід;

- 15 – 28 балів – індивід соціально дезадаптований із ризиком I групи;
- 29 – 41 бал – індивід соціально дезадаптирований із ризиком II групи;
- 42 бали – соціально дезадаптований індивід.

*Класифікація типів соціальної дезадаптації*

- економічна;
- інформаційна;
- сімейна;
- виробнича (службова);
- змішана.

*Економічна соціальна дезадаптація* – стан порушеної адаптації індивіда до оточуючого соціального середовища під впливом економічних факторів.

*Інформаційна соціальна дезадаптація* - це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом інформаційних факторів.

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

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

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

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

Індивід із ризиком соціальної дезадаптації - людина, здатна до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими, але в неповному обсязі.

Соціально дезадаптований індивід - індивід, не здатний до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими [64].

### 2.2.2. Шкала Гамільтона для оцінки депресії

Шкала Гамільтона для оцінки депресії (HRDS) (Юрьєва Л.Н., 2006) - (англ. Hamilton Rating Scale for Depression, скор. HRDS) являє собою одну із найбільш загально визнаних методик клінічної діагностики депресії та оцінки динаміки стану пацієнтів.

Використаний мінімальний варіант шкали, що містить 17 пунктів. Пункти, що не включені до мінімальної версії, висвітлюють малопоширені у популяції хворих депресію розлади, і мають меншу клінічну значимість. Кожен пункт оцінюється в балах: мінімальна оцінка - 0, максимальна - 4, при цьому не для всіх пунктів можливі максимальні відповіді.

Стандартні пункти, що складають депресивний симптомокомплекс у шкалі HRDS: настрій, почуття провини, суїцидальні наміри, раннє, середнє і пізнє безсоння, працездатність, загальмованість, ажитація, психічна тривога, соматична тривога, шлунково-кишкові симптоми, загальносоматичні симптоми, генітальні симптоми, іпохондрія, втрата апетиту і ваги, критика до хвороби.

Незалежно від обсягу шкали, для оцінки ступеня тяжкості депресії враховуються дані лише перших 17 питань. Оцінки інших питань служать для оцінки решти розладів, безпосередньо не пов'язаних з депресією.

Сумарний бал перших 17-ти пунктів:

- 0-7 – норма;
- 8-13 – легкий депресивний розлад;
- 14-18 – депресивний розлад середнього ступеня тяжкості;
- 19-22 – депресивний розладтяжкого ступеня вираженості;
- більше 23 – депресивний розладвкрай тяжкого ступеня вираженості.

### 2.2.3. Шкала Гамільтона для оцінки тривоги

Шкала Гамільтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS) для оцінки тривоги (Краснов В.Н. зі співавт., 2008) - клінічна рейтингова шкала, призначена для вимірювання тяжкості тривожних розладів у пацієнтів.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється за шкалою Ліккена. 13 пунктів відносяться до проявів тривоги в повсякденному житті. 14-ий - до прояву тривоги при огляді. На відміну від HDRS, в HARS варіанти відповідей стандартизовані: кожен пункт може внести рівну кількість балів у значення шкали, і немає необхідності прописувати окремі варіанти відповідей для кожного пункту, що значно спрощує розуміння шкали і процедуру підрахунку.

Перелік стандартних пунктів, що входять в HARS:

- тривожний настрій;
- напруга;
- страхи;
- інсомнія;
- інтелектуальні порушення;
- депресивний настрій;
- соматичні м'язові симптоми;
- соматичні сенсорні симптоми;
- серцево-судинні симптоми;
- респіраторні симптоми;
- гастроінтестинальні симптоми;
- сечостатеві симптоми;
- вегетативні симптоми;
- поведінка при огляді.

Для отримання загального балу, що відображає рівень тяжкості тривожного розладу, необхідно скласти бали за всіма пунктами. Крім того,

перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а інші вісім - як прояви тривоги в соматичній сфері.

Значення в 17 балів і менше свідчать про відсутність тривоги, 18-24 балів - про середній вираженості тривожного розладу, 25 балів і вище - про важку тривогу.

#### 2.2.4. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики

Шкала адаптації/деадаптації, або опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised-SCL-90-R), адаптований Н. В. Тарабриною зі співавт., 2001 – застосовується для оцінки психопатологічного статусу широкого спектру індивідів, починаючи від осіб з групи "норми" і різних пацієнтів: від хворих загального профілю до індивідів з психічними розладами.

Пацієнтам пропонується в рамках обстеження обвести кружком номер тієї відповіді, яка найбільш точно описує ступінь їх дискомфорту або стривоженості у зв'язку з тією чи іншою проблемою протягом останнього тижня, включаючи поточний день.

Опитувальник містить 90 питань, які оцінюють патерни психологічних ознак у психіатричних пацієнтів і здорових осіб. Кожне питання оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиції "зовсім немає", а 4 - "дуже сильно". Відповіді на 90 питань підраховуються і інтерпретуються по 9 основних шкалами психопатологічних симптоматичних розладів і по 3 узагальненим шкалами другого порядку (загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс готівкового симптоматичного дистресу (ПТСП), загальне число ствердних відповідей - PST).

Підрахунок показників методики проводиться наступним чином: спочатку підсумовуються бали для кожного із 9 симптоматичних розладів і для додаткових питань. Це робиться шляхом додавання всіх відмінних від нуля значень по кожному пункту, що належить до цієї групи розладів. Далі, ця сума ділиться (за винятком значень за додатковими пунктами) на відповідне йому



число питань. Наприклад, бал за шкалою соматизації виходить розподілом на 12, за шкалою тривожності - на 10 і т. д. Розподіл слід виконувати до другого знаку після коми. Таким чином, виходять сирі значення за кожною шкалою.

Для того щоб обчислити три узагальнених індикатора (шкали другого порядку), необхідно отримати загальну суму балів по всьому тесту, включаючи додаткові запитання. Поділ цього числа на 90 дозволяє отримати загальний індекс тяжкості (GSI). Наступний етап - підрахунок ствердних відповідей (відмінних від нуля) для того, щоб отримати загальну кількість симптомів, на які дано позитивну відповідь, тобто значення індексу PST. Останній етап обробки - це обчислення значення індексу готівкового симптоматичного дистресу PSDI, який отримують діленням загальної суми на бал PST.

Після того як підраховані сирі значення для кожної шкали і значення загальних індексів, вони співвідносяться з нормативними даними.

При пропущених відповідях на деякі питання підрахунок результатів виконується інакше. У цій ситуації головна корекція полягає у зменшенні знаменника при кожному діленні підсумовуваних значень за шкалою на число пунктів, пропущених у цій категорії. Таким чином, якщо 2 питання із шкали тривожності пропущено, то бал вираховується з решти 8 і сума балів за цією шкалою ділиться на 8 замість 10. Для шкали GSI буде також відбуватися зменшення знаменника, яке в наведеному прикладі буде означати зменшення з 90 до 88. На значних PST і PSDI пропущені питання не будуть відображатися прямо. Однак неможливо знати, чи мали припущення питання насправді ствердні відповіді, так що інтерпретація цих індексів буде в чомусь умовною. У випадку, коли пропущено 20% питань для тесту в цілому або більш ніж 40% для будь-якої шкали, дані для тесту в цілому, і по окремій шкалі вважаються загалом недостовірними.

Результати SCL-90-R можуть бути інтерпретовані на трьох рівнях:

1. Загальна вираженість психопатологічної симптоматики.
2. Вираженість окремих шкал
3. Вираженість окремих симптомів.

Індекс GSI є найбільш інформативним показником, що відображає рівень психічного дистресу індивіда. Індекс PSDI являє собою вимір інтенсивності дистресу і, крім того, може служити для оцінки "стилю" вираження дистресу обстежуваного пацієнта: чи проявляє він тенденцію до перебільшення або до приховування своїх симптомів. Індекс PST відображає широту діапазону симптоматики індивіда.

Більш детально загальні характеристики основних і додаткових шкал SCL-90-R виглядають наступним чином.

*Соматизація (СДЛ)* - відображає дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги кардіоваскулярної, гастроінтестинальної, респіраторної та інших систем. Компонентами розладів є також головні болі, інші болі і дискомфорт загальної мускулатури і на додаток - соматичні еквіваленти тривожності.

*Обсесивно-компульсивний розлад (О-С)* - відображає симптоми, що дуже тотожні стандартному клінічному синдрому з тією ж назвою. Ці питання стосуються думок, імпульсів і дій, які переживаються індивідом як безперервні, нездоланні і чужі "Я". У цю шкалу також включені питання, що стосуються поведінки або переживань більш загального когнітивного забарвлення.

*Міжособистісна сензитивність (INT)* - визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо, коли людина порівнює себе з іншими. Відчуття неспокою і помітний дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, індивіди з високими показниками по INT повідомляють про загострене почуття усвідомлення власного Я і негативні очікування щодо міжособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з іншими людьми.

*Депресія (DEP)* - відображає широку область проявів клінічної депресії, зокрема, симптоми дисфорії і афекту, такі як ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид та інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

*Тривожність (ANX)* - складається з ряду симптомів і ознак, що клінічно пов'язані з високим рівнем маніфестованої тривожності. У визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильства. В якості ознак тривожності сюди відносяться когнітивні компоненти, що включають почуття небезпеки, побоювання і страху і деякі соматичні кореляти тривожності.

*Ворожість (HOS)* - включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості. До складу пунктів входять всі ознаки, що відображають такі якості, як агресія, дратівливість, гнів і обурення.

*Фобічна тривожність (PHOB)* - стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, що характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу, що веде до унікаючої поведінки. Пункти, що відносяться до представленого розладу, спрямовані на найбільш патогномічні і руйнівні прояви фобічної поведінки.

*Паранояльні симптоми (PAR)* - представляє паранояльну поведінку як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрливості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу, і вибір питань орієнтований на представленість цих ознак.

*Психотизм (PSY)* - містить питання, що вказують на унікаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, а також симптоми шизофренії, як галюцинації або «голоси». Шкала психотизму являє собою градуйований континуум від м'якої міжособистісної ізоляції до очевидних доказів наявності психотичної симптоматики.

*Додаткові питання* - сім питань, які входять до SCL і не потрапляють ні під одне визначення симптоматичних розладів; ці симптоми є індикаторами деяких розладів, але не належать до жодного з них. Додаткові питання SCL використовуються "конфігурально". Наприклад, високі значення DEP в поєднанні з "раннім ранковим пробудженням" і "поганим апетитом" означають інший стан, відмінний від тих же значень DEP без цих симптомів. У тому ж сенсі

наявність "почуття провини" є важливим клінічним індикатором, що надає необхідну інформацію клініцистам. Додаткові питання не об'єднані між собою як окремий розлад, але важливі для загальної обробки тесту.

*Додаткові шкали індексу дистресу* - три узагальнених індекси дистресу: загальний індекс тяжкості (GSI); індекс наявного симптоматичного дистресу (PSDI); загальне число ствердних відповідей (PST). Функцією кожного з них є приведення до єдиного масштабу рівня і глибини особистісної психопатології. Кожен індекс робить це деяким особливим способом і відображає якісь окремі аспекти психопатології.

GSI є оптимальним індикатором поточного стану і глибини розладу, який слід використовувати у більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. GSI є комбінацією інформації про кількість симптомів і інтенсивності пережитого дистресу.

PSDI є виключно мірою інтенсивності стану, що відповідає кількості симптомів. Цей показник працює в основному як індикатор типу реагування на взаємодію: підсилює або применшує пацієнт симптоматичний дистрес при відповідях.

PST це підрахунок числа симптомів, на які пацієнт дає позитивні відповіді, кількість тверджень, на які пацієнт дає відповіді вище нуля. Інформація про тип реагування та кількість ствердних відповідей для симптомів може бути дуже корисна для розуміння клінічної картини.

Ряд дослідників у своїй роботі відзначають цінність шкали SCL-90 для діагностики і контролю за динамікою стану хворих із межовими нервово-психічними розладами (Захарова М.Л., 2001; DerogatisL.R., LipmanR.S., CoviL. etal, 1975; ClarkD.A. etal,1990; TurnerS.M. etal, 1991; RudermanA.J. etal., 1993; RoseD.T. etal, 1994).

Загалом, дана методика дозволяє оцінити наявність і вираженість у пацієнта спектру психопатологічних проявів і окремих симптомів.

#### 2.2.5. Шкала оцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна

Шкала оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна (Райгородський Д.Я., 2000) - інформативний спосіб самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (стійка характеристика людини). Розроблено Ч.Д.Спілбергером, адаптовано Ю.Л.Ханіним.

Пацієнтам пропонувалось прочитати уважно кожне з наведених тверджень і закреслити цифру у відповідній графі праворуч залежно від самопочуття в даний момент. Над питаннями пропонується довго не замислюватись, оскільки правильних і неправильних відповідей немає.

Загальний підсумковий показник по кожній із підшкал може перебувати у діапазоні від 20 до 80 балів. При цьому чим вище підсумковий показник, тим вище рівень тривожності (ситуативної або особистісної).

При інтерпретації показників використовуються наступні орієнтовні оцінки тривожності:

- до 30 балів - низька,
- 31 - 44 бали - помірна;
- 45 і більше - висока.

Стан реактивної (ситуаційної) тривоги виникає при потраплянні у стресову ситуацію і характеризується суб'єктивним дискомфортом, напруженістю, занепокоєнням і вегетативним збудженням. Цей стан нестійкий у часі і має різну інтенсивність залежно від сили впливу стресової ситуації. Таким чином, значення підсумкового показника по даній підшкالی дозволяє оцінити не тільки рівень актуальної тривоги, а й визначити, чи знаходиться пацієнт під впливом стресової ситуації, та яка інтенсивність цього впливу на нього.

Особистісна тривожність являє собою конституціональну межу, що обумовлює схильність сприймати загрозу в широкому діапазоні ситуацій. При високій особистісній тривожності кожна із можливих ситуацій буде мати стресовий вплив на суб'єкта і викликати у нього виражену тривогу. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює із наявністю

невротичного конфлікту, емоційними і невротичними зривами та психосоматичними захворюваннями.

Зіставлення результатів по обом підшкалам дає можливість оцінити індивідуальну значимість стресової ситуації для пацієнта.

#### 2.2.6. Тест опису поведінки К. Томаса

Тест визначення засобів урегулювання конфліктів за методикою К. Томаса у модифікації Н.В.Гришиної – опитувальник призначений для вивчення особистісної схильності до конфліктної поведінки, виявлення певних стилів вирішення конфліктної ситуації. Методика може використовуватися як орієнтовна на вивчення адаптаційних і комунікативних особливостей особистості, стилю міжособистісної взаємодії.

У кожній парі запропонованих судження обстежуваний пацієнт обирає те, яке найбільш точно описує типову для нього поведінку в конфліктній ситуації.

За кожен відповідь, що співпадає з ключем, нараховується один бал.

Кількість балів, набраних індивідом за кожною шкалою, дає уявлення про вираженість у нього тенденції до прояву відповідних форм поведінки у конфліктних ситуаціях. Домінуючим вважається тип (типи), що набирає максимальну кількість балів.

*Суперництво* - найменш ефективний, але найбільш часто використовуваний спосіб поведінки в конфліктах, що полягає у прагненні домогтися задоволення своїх інтересів на шкоду іншому.

*Пристосування* - означає, на противагу суперництву, принесення в жертву власних інтересів заради іншого.

*Компроміс* - угода між учасниками конфлікту, досягнута шляхом взаємних поступок.

*Ухилення (уникнення)* - відсутність прагнення до кооперації у поєднанні із відсутністю тенденції до досягнення власних цілей.

*Співпраця* – ситуація, коли учасники ситуації приходять до альтернативи, що повністю задовольняє інтереси обох сторін.

### 2.2.7. Методика «Тип ставлення до хвороби»

Шкала *типів ставлення до хвороби*, або ж методика визначення переважаючого типу ставлення до хвороби (за Л.Й. Вассерманом зі співавт., 2005) складається зі списків тверджень, в кожному з яких респонденту необхідно вибрати 1 або 2 (на відміну від тестів, у яких потрібно відповісти на ряд питань так / ні, або вказати ступінь згоди із твердженням).

Випробуваному пред'являється бланк з 12 групами тверджень, від 10 до 16 у кожній групі. Пацієнт повинен вибрати одне або максимум два твердження, що найбільш повно описують його стан. Якщо жодне з тверджень не підходить, потрібні вибрати «жодне твердження мені не походить».

При підрахунках по таблиці коду для кожного зазначеного в реєстраційному листі твердження визначаються діагностичні коефіцієнти, які заносяться в бланк «Результати обстеження». Діагностичні коефіцієнти в кожному зі стовпців, що відповідають 12 шкалами типів ставлення до хвороби, підсумовуються, і значення 12-ти шкальних оцінок заносяться в графу «сума». Варіант відповіді «жодне твердження мені не походить» не має діагностичного ваги ні для однієї шкали.

Графічно величини шкальних оцінок зображують у вигляді профілю на бланку «Результати обстеження», де по горизонталі відзначені літерні символи 12-ти шкал, а по вертикалі - числові значення шкальних оцінок. Якщо серед тверджень, обраних випробуваним, зустрічається хоча б одне, вказане в коді знаком (\*), то шкальна величина відповідного цьому знаку типу ставлення до хвороби прирівнюється нулю, і такий тип не діагностується.

Для діагностики типу знаходять шкалу (або шкали) із максимальним значенням суми діагностичних коефіцієнтів і визначають, чи є в профілі такі

шкали, які знаходяться в межах діагностичної зони (оцінки від максимальної у межах 7 балів). Якщо шкала з максимальною оцінкою є єдиною, і немає інших шкал, оцінки яких відрізняються від максимальної не більше ніж на 7 балів, то діагностують лише тип, відповідний цій шкалі. Якщо ж у діагностичний інтервал рівний 7 балам, крім шкали з максимальною оцінкою потрапляють ще одна або дві шкали, то діагностують змішаний тип, який позначають відповідно назвам складових його шкал. Якщо в діагностичний інтервал, рівний 7 балам, потрапляє більше трьох шкал, то діагностують дифузний тип.

При змішаному типі, якщо в діагностичну зону поряд з іншими шкалами потрапляє шкала гармонійного типу, то він виключається з розгляду. Гармонійний тип діагностують лише як «чистий», коли шкала цього типу має максимальну оцінку і немає інших шкал, які потрапляють в діагностичний інтервал.

Якщо серед тверджень, обраних випробуванням, зустрічається хоча б одне, вказане в коді знаком (\*), при діагностиці типу ставлення до хвороби необхідно використовувати додатковий профіль, що відображає скориговані відповідно до пункту 5 шкальні оцінки гармонійного, ергопатичного і анозогностичного типів.

Якщо піки шкальних оцінок розташовані в області одного першого блоку, то можна робити висновок про те, що ставлення до хвороби у пацієнта характеризується прагненням подолати недуг, неприйняттям «ролі» хворого, збереженням ціннісної структури та активного соціального функціонування без виразних проявів психічної і соціальної дезадаптації. Якщо ж піки шкальних оцінок розташовані в області другого або третього блоків, то ставлення до хвороби є переважно дезадаптивним.

Класифікація типів відношення до хвороби

*Гармонійний (Г), (реалістичний, зважений)* - оцінка свого стану без схильності перебільшувати його тягар, але й без недооцінки тяжкості хвороби. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування, полегшити



близьким тяготи догляду за собою. У разі розуміння несприятливого прогнозу захворювання - переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними, зосередження уваги на своїх справах, турботі про близьких.

*Ергопатичний (Р), (стенічний)* - «втеча від хвороби у роботу», властива надміру відповідальним людям із відношенням до роботи, яке іноді стає вираженим ще більшою мірою, ніж до хвороби. Вибіркове ставлення до обстеження та лікування обумовлене, перш за все, прагненням, незважаючи на тяжкість захворювання, продовжувати роботу, зберегти професійний статус і активну трудову діяльність у колишній якості.

*Анозогностичний (З), (ейфорійний)* - активне відкидання думки про хворобу та її наслідки, аж до заперечення очевидного. Виразні тенденції розглядати симптоми хвороби як прояви «несерйозних» захворювань або випадкових коливань самопочуття. У зв'язку з цим нерідко виникає відмова від лікарського обстеження та лікування, бажання «розібратися самому» і «обійтися своїми методами», надія на те, що «саме все обійдеться». Бажання продовжувати отримувати від життя все що і раніше незважаючи на хворобу, легкість порушень режиму і лікарських рекомендацій згубно позначаються на перебігу хвороби.

*Тривожний (Т) (тривожно-депресивний і obsесивно-фобічний)* - безперервне занепокоєння і недовірливість щодо несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності чи навіть небезпеки лікування. Пошук «авторитетів», часта зміна лікуючого лікаря. На відміну від іпохондричного типу ставлення до хвороби, більшою мірою виражений інтерес до об'єктивних даних (результати аналізів, висновки фахівців), ніж до суб'єктивних відчуттів. Тому надають перевагу інформації про прояви захворювання у інших, а не пред'являють без кінця свої скарги. При obsесивно-фобічному варіанті цього типу - тривожна недовірливість щодо малоймовірних ускладнень хвороби, невдач лікування, а також можливих (але малообгрунтованих) невдач в житті у зв'язку з хворобою. Уявні

небезпеки хвилюють більш ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети і ритуали.

*Іпохондричний (I)* - надмірне зосередження на суб'єктивних хворобливих відчуттях, перебільшення дійсних і вишукування неіснуючих хвороб і страждань. Перебільшення неприємних відчуттів у зв'язку з побічними діями ліків та діагностичних процедур. Поєднання бажання лікуватися і зневіри в успіх, постійних вимог ретельного обстеження в авторитетних фахівців і боязні шкоди процедур.

*Неврастенічний (H)* - поведінка по типу «дратівливої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при болях і неприємних відчуттях, при невдачах лікування. Роздратування нерідко виливається на першого-ліпшого і завершується каяттям і докорами совісті. Невміння і небажання терпіти больові відчуття. Нетерплячість в обстеженні та лікуванні, нездатність терпляче чекати полегшення. У подальшому - критичне ставлення до своїх вчинків і необдуманих слів.

*Меланхолійний (M), (вітально-тужливий)* – пригніченість через хворобу, зневіра в одужанні, ефекті лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидних думок, песимістичний погляд на все навколо. Сумніви в успіху лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних і задовільному самопочутті.

*Апатичний (A)* - повна байдужість до своєї долі, результату хвороби, результатів лікування. Пасивне підпорядкування процедурам і лікуванню при наполегливому спонуканні. Млявість і апатія в поведінці, діяльності і міжособистісних відносинах.

*Сензитивний (C)* - надмірна вразливість, заклопотаність можливими несприятливими враженнями, що можуть справити на оточуючих відомості про хворобу. Побоювання, що оточуючі стануть жаліти, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати плітки і несприятливі чутки про причину і природу хвороби, чи навіть уникати

спілкування з хворим. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу, коливання настрою.

*Егоцентричний (Е), (істероїдний)* - пошук вигод у зв'язку із хворобою. Виставлення напоказ своїх страждань і переживань з метою викликати співчуття і повністю заволодіти увагою оточуючих. Вимога виняткової турботи про себе на шкоду іншим справам і турботам, повна неухвага до близьких. Розмови оточуючих швидко переводяться «на себе». Інші люди, що також потребують уваги і турботи, розглядаються як «конкуренти», ставлення до них - неприязне. Постійне бажання показати іншим свою винятковість, емоційна нестабільність і непрогнозованість.

*Паранойяльний (П)* - впевненість, що хвороба є результатом зовнішніх причин, чийогось злого наміру. Крайня підозрілість і настороженість до розмов про себе, до ліків і процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення або побічні дії ліків недбалості або злему наміру лікарів і персоналу. Звинувачення і вимоги покарань у зв'язку з цим.

*Дисфоричний (Д), (агресивний)* - домінування гнівливо-похмурого озлобленого настрою, постійний похмурий і незадоволений вигляд. Заздрість і ненависть до здорових, включаючи рідних і близьких. Спалахи озлобленості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших. Вимога особливої уваги до себе і підозрілість до процедур і лікування. Агресивне, часом деспотичне ставлення до близьких, вимога у всьому догоджати.

«Блоки» типів ставлення до хвороби

Перший блок включає гармонійний, ергопатичний і анозогностичний типи ставлення до хвороби, при яких психічна і соціальна адаптація істотно не порушуються. Виражені явища психічної дезадаптації у цих хворих відсутні.

Другий блок включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи відношення, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації хворих.

У третій блок увійшли сенситивний, егоцентричний, дисфоричний і паранойяльний типи відношення, для яких характерна інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що також обумовлює порушення соціальної адаптації хворих.

У другій і третій блоки включені типи реагування на хворобу, що характеризуються наявністю психічної дезадаптації у зв'язку із захворюванням і різняться переважно інтрапсихічною або інтерпсихічною спрямованістю реагування на хворобу.

При використанні пропонованого опитувальника одержувані з його допомогою дані рекомендується розглядати в контексті даних інших експериментально-психологічних методик (опитувальників, проєктивних методів та ін.).

#### 2.2.8. Тест-опитувальник акцентуацій характеру К. Леонгард – Н. Schmieschek

Тест-опитувальник акцентуацій характеру К. Леонгард – Н. Schmieschek (1970) - особистісний опитувальник, призначений для діагностики типу акцентуації особистості (адаптація Блейхера В.М., 1973).

Методика складається з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» чи «ні». За допомогою даної методики визначаються наступні 10 типів акцентуації особистості (за класифікацією К.Леонгарда):

*Демонстративний тип* - характеризується підвищеною здатністю до витіснення.

*Педантичний тип* - особи цього типу відрізняються підвищеною ригідністю, інертністю психічних процесів, нездатністю до витіснення травмуючих переживань.

*Застрагаючий тип* - характерна надмірна стійкість афекту.

*Збудливий тип* - підвищена імпульсивність, ослаблення контролю над потягами і спонуканнями.

*Гіпертимний тип* - підвищений фон настрою у поєднанні з оптимізмом і високою активністю.

*Дистимічний тип* - знижений фон настрою, песимізм, фіксація тіньових сторін життя, загальмованість.

*Тривожно-боязкий тип* - схильність до страхів, боязкість і лякливість.

*Циклотимічний тип* - зміна гіпертимічних і дистимічних фаз.

*Афективно-екзальтований тип* - легкість переходу від стану захвату до стану печалі.

*Емотивний тип* - споріднений афективно-екзальтованого, але прояви не настільки бурхливі. Особи цього типу відрізняються особливою вразливістю і чутливістю.

Максимальний показник по кожному типу акцентуації складає 24 бали. Ознакою акцентуації вважається показник вище 12 балів. Отримані дані можуть бути представлені у вигляді графічного «профілю особистісної акцентуації».

Максимальне значення набраних балів за шкалою щирості становить 10. При сумі балів, що не перевищують 5, можна вважати, що більшість відповідей є щирими. При сумі балів 6 ... 7 достовірність відповідей піддається сумніву. При значеннях 8 ... 10 балів відповіді визнаються недостовірними.

Сума балів по кожній з основних шкал множиться на відповідний коефіцієнт, зазначений у Ключі. Максимально можливе значення набраних балів - 24.

Результат множення на коефіцієнт розглядається виходячи з 4-х рівнів вираженості акцентуваної риси: низькі значення - 0 ... 6 балів; середні значення - 7 ... 12 балів; значення вище середнього - 13 ... 18 балів; високі значення - 19 ... 24 бали (акцентуація).

Специфічні групи показників

При аналізі окремих сполучень рис, у першу чергу, слід звернути увагу на дві групи показників.

1. Акцентуації, в основі яких лежать енергодинамічні прояви - гіпертимність, циклотимність, демонстративність. Якщо всі показники за відповідними шкалами нижче 7-ми балів, то це - свідчення нестачі енергетичних ресурсів, необхідних для активної діяльності. Якщо ці показники перевищують межі 18-ти балів, ми маємо справу з особистістю, що володіє потужними життєвими силами.

2. Акцентуації, в основі яких лежать емоції і почуття, - застрягання, збудливість, емотивність, тривожність, екзальтованість. Якщо всі або майже всі показники цих акцентуацій нижче 7-ми балів, це свідчить про відсутність виразних реакцій на події, що, як правило, призводить до низької контактності з оточуючими.

Якщо багато з позначених характеристик виявилися вище 18-ти балів, то ми маємо справу з прямо протилежною особистістю, у якої емоційне життя настільки різноманітне, що стає невідладним розуму. Наслідком є комунікативні проблеми, оскільки емоції і почуття можуть виявлятися дуже яскравими і неадекватними ситуації.

#### 2.2.9. Методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Rokeach

Методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Rokeach (модифікація Фанталової О.Б., 1992) досліджує змістовну сторону спрямованості особистості, що складає основу ставлення до навколишнього світу і ядро мотивації життєдіяльності, основу життєвої концепції і «філософії життя».

Методика заснована на прямому ранжуванні списку цінностей, її результат сильно залежить від адекватності самооцінки випробуваного. Тому дані, отримані за допомогою тесту Рокича бажано підкріплювати даними інших методик.

М. Rokeach розрізняє два класи цінностей, що відповідає традиційному поділу на цінності-цілі і цінності-засоби:

- термінальні - переконання в тому, що кінцева мета індивідуального існування варта того, щоб до неї прагнути;

- інструментальні - переконання в тому, що якийсь образ дій або властивість особистості є кращими в будь-якій ситуації.

Респонденту пред'являються два списки цінностей (по 12 у кожному) і у списках пацієнт присвоює кожній цінності ранговий номер, а картки розкладає по порядку значимості. Спочатку пред'являється набір термінальних, а потім набір інструментальних цінностей.

Домінуюча спрямованість ціннісних орієнтацій людини фіксується як займана життєва позиція, що визначається за критеріями рівня залученості в сферу праці, в сімейно-побутову та дозвільну активність. Якісний аналіз результатів дослідження дає можливість оцінити життєві ідеали, ієрархію життєвих цілей, цінностей і уявлень про норми поведінки, які людина розглядає як еталон.

Аналізуючи ієрархію цінностей, слід звернути увагу на їх класифікацію пацієнтом у змістовні блоки. Так, наприклад, виділяються "конкретні" і "абстрактні" цінності, цінності професійної самореалізації та особистого життя і т.д. Інструментальні цінності можуть групуватися в етичні цінності, цінності спілкування, цінності справи; індивідуалістичні і конформістські цінності, альтруїстичні цінності; цінності самоствердження і цінності прийняття інших і т.д. Це далеко не всі можливості суб'єктивного структурування системи ціннісних орієнтацій.

Якщо не вдається виявити жодної закономірності, можна припустити несформованість у респондента системи цінностей або навіть нещирість відповідей.

### **2.3. Статистична обробка результатів дослідження**

Статистичну обробку результатів дослідження було виконано із визначенням середньої величини ( $M$ ), похибки середньої величини ( $m$ ), середньоквадратичного відхилення ( $\sigma$ ). Достовірність відмінностей аналізувалася методом порівняння двох показників ( $t$  – критерій Ст'юдента),

за допомогою яких визначалася значущість відмінностей двох груп за середнім значенням будь-якого показника.

Для кожного варіаційного ряду використовували середню арифметичну величину (M) за формулою:

$$M = \frac{\sum X}{n}, \text{ де}$$

X – сума числових значень всіх вимірювальних величин (варіант),  
n – кількість спостережень.

Квадратичну похибку середнього арифметичного (M) визначали для кожної групи за формулою:

$$m = \pm \frac{(X - M)^2}{\sqrt{n(n-1)}},$$

де  $(X - M)^2$  - сума квадратів відхилень кожної вимірювальної величини від M.

При кількості спостережень менше 30 від n – віднімали 1.

Для визначення показника вірогідності розбіжностей – коефіцієнта Стьюдента – використовували наступну формулу:

$$t = \frac{M_i - M_f}{\sqrt{m_i^2 + m_f^2}}, \text{ де}$$

i, f – групи, що порівнюються,

$M_i, M_f$  – середні значення змінних для груп, що порівнюються,

$m_i, m_f$  – похибки репрезентативності для груп, що порівнюються.

На основі величини t та числа спостережень n за таблицею Стьюдента визначали вірогідність розбіжності. Починаючи із значення  $p \leq 0,05$ , розбіжність оцінювали як вірогідну.

Для оцінки достовірності відмінностей параметрів за даними вибіркової сукупності щодо кількісних показників бралися до уваги три рівні значимості 5 % ( $p = 0,05$ ), 1 % ( $p = 0,01$ ) та 0,1 % ( $p = 0,001$ ).



У випадку, якщо розрахункове значення коефіцієнту кореляції відрізнялось від 0 на рівні значимості  $p \leq 0,05$ , приймалась гіпотеза про наявність між досліджуваними ознаками лінійного кореляційного зв'язку.

В якості статистичного критерія для оцінки інформативності того чи іншого фактору у формуванні рівня дезадаптації застосовувалась міра інформативності Кульбака  $J(x_i)$ , яка дозволяє виявити не достовірність відмінностей між показниками а ступінь цих відмінностей.

Метод Кульбака пропонує у якості оцінки інформативності міру розходження між двома класами (дивергенцію). Згідно цього методу інформативність або дивергенція Кульбака вчислюється по формулі:

$$I(x_j) = \sum_{i=1}^G [P_{i1} - P_{i2}] \times \log_2 P_{i1} / P_{i2}$$

де  $G$ - число градацій ознаки;

$P_{i1}$  – імовірність появи  $i$ -ної градації у першому класі;

$P_{i1} = m_{i1} / \sum_{i=1}^G m_{i1}$ , де  $m_{i1}$  – частота появи  $i$ -ної градації у першому класі;

Знаменник – поява усіх градацій у першому класі, тобто загальна кількість спостережень у першому класі.

$P_{i2}$  – імовірність появи  $i$ -ної градації у другому класі;

$P_{i2} = m_{i2} / \sum_{i=1}^G m_{i2}$ , де  $m_{i2}$  – частота появи  $i$ -ної градації у другому класі;

Знаменник – поява усіх градацій у другому класі, тобто загальна кількість спостережень у другому класі.

*Оцінка інформативності ознак*, значення яких (одиниця або нуль) містяться у стовпчиках варіаційних рядів, проводилась шляхом порівняння останніх. Мірою інформативності ознак служила певна функція від біномінальних коефіцієнтів, що складають зміщений трикутник Паскаля, значення якої знаходяться у взаємно однозначній відповідності до ступеня впорядкованості (монотонності) наборів значень ознак.

Інформація ознаки розглядалась як достовірна відмінність між класами образів у просторі ознак. Якщо при розпізнаванні об'єкту його треба віднести до одного із двох класів, то у якості такої достовірної відмінності може

виступати відмінність розподілу імовірностей ознаки, побудованих по вибіркам із двох порівнюваних класів. Оцінкою інформативності служить величина  $I(x_j)$  - площа одного розподілу ознаки  $x_j$ , не спільна із площею іншого розподілу тієї ж ознаки.

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

Таким чином, було виділено основні статистично достовірні анамнестичні та демографічні особливості обстежених жінок.

Серед пацієнтів із **психосоціальною дезадаптацією при посттравматичному стресовому розладі(ПТСР)** переважали жінки із середнім віком  $37,5 \pm 4,5$  роки, із вищою освітою (58,6 %;  $p < 0,01$ ), які займалися розумовою працею (55,2 %;  $p < 0,01$ ). Анамнестичні дослідження у хворих цієї групи свідчили про наявність спадкової обтяженості афективними розладами (44,8 %;  $p < 0,05$ ), преморбідних особистісних акцентуацій (психастенічних – 31,3 %, дистимічних – 20,7 %, циклотимічних – 17,2 %,  $p < 0,01$ ) та хронічних чинників психічної травматизації (75,9 %,  $p < 0,05$ ), обумовлених відчуттям самотності, потребою у любові та близьких стосунках (55,2 %,  $p < 0,05$ ), а також конфліктами у родині (44,8 %;  $p < 0,05$ ). Найвищу міру інформативності ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) серед коморбідної патології виявлено для захворювань шлунково-кишкового тракту і серцево-судинної системи.

Підсумовуючи, варто зазначити, що обраний матеріал є репрезентативним та дозволяє адекватно застосовувати сучасні методи статистичної обробки. А методи дослідження дозволяють виявити фактори, що мають закономірний (статистичний) достовірний зв'язок між особливостями психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на ПТСР, та їх клініко-психопатологічними і патопсихологічними особливостями. Зокрема, це стосується формування того чи іншого рівня дезадаптації, а також сфери

соціальних відносин, що відіграє важливу роль для формування системи реабілітації та психопрофілактики.

## Глава 3

### ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК

У відповідності до мети даного дослідження було виконано аналіз структури та особливостей психосоціальної дезадаптації у жінок із ПТСР. Для цього використовували шкалу ступеня вираженості соціальної дезадаптації індивідів [477] і запропоновану нами «Шкалу психосоціальної дезадаптації», спрямовану на більш повне розкриття особливостей психосоціальної дезадаптації пацієнтів у різних сферах діяльності.

За основу було взято наступні визначення:

- соціальна адаптація це здатність індивіда пристосовуватись до умов соціального середовища у повному обсязі;

- соціальна дезадаптація це часткова або повна втрата людиною здатності пристосовуватись до умов соціального середовища. Це термін, що позначає в найзагальнішому вигляді порушення процесів взаємодії людини із навколишнім середовищем і може проявлятися порушенням норм моралі і права, асоціальними формами поведінки і деформацією системи внутрішньої регуляції, ціннісних орієнтацій і соціальних установок[73].

*Економічна соціальна дезадаптація* – стан порушеної адаптації індивіда до оточуючого соціального середовища під впливом економічних факторів.

*Інформаційна соціальна дезадаптація* - це стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом інформаційних факторів.

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

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

Під *змішаною соціальною дезадаптацією* мається на увазі стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом комплексу факторів[477].

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

Індивід із ризиком соціальної дезадаптації - людина, здатна до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими, але в неповному обсязі.

Соціально дезадапований індивід - індивід, не здатний до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими[64].

На підставі детального вивчення і статистичного аналізу скарг обстежених жінок, було виокремлено основні прояви психосоціальної дезадаптації в чотирьох основних сферах соціальної активності: економічній, інформаційній, сімейній та виробничій.

Отримані дані було опрацьовано і систематизовано, що дозволило врешті сформулювати питання спеціальної анкети для вивчення структури психосоціальної дезадаптації.

За даними дослідження стану соціальної дезадаптації за методикою Артюхова І.П. зі співавторами у жінок із посттравматичним стресовим розладом у 72,42% було визначено її інформаційний варіант, та по 13,79% виробничий (службовий) і змішаний варіанти. Економічної та сімейної соціальної дезадаптації не було діагностовано у жодної із обстежених жінок цієї групи.

Структурні показники психосоціальної дезадаптації жінок із посттравматичним стресовим розладом за методикою Артюхова І.П. зі співавторами наведено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

**Структурні показники психосоціальної дезадаптації жінок із  
посттравматичним стресовим розладом**

Категорія соціальних стосунків	Критерій оцінки					
	сприятливий		Задовільний		несприятливий	
	абс	%	абс	%	абс	%
Психологічний клімат у сім'ї	11	37,93	18	62,07	0	0
Психологічні стосунки сім'ї	15	51,72	12	41,38	2	6,90
Психологічні стосунки з дітьми	18	62,07	5	17,24	6	20,69
Період проживання у шлюбі	21	72,41	7	24,14	1	3,45
Стосунки з родичами	17	58,62	9	31,03	3	31,03
Клімат на роботі	6	20,69	19	65,52	4	13,79
Стосунки із колегами	6	20,69	19	65,52	4	13,79
Стосунки із начальством	6	20,69	14	48,27	9	31,03
Стосунки із сусідами	8	27,58	19	65,52	2	6,90
Стосунки із друзями знайомими	11	37,93	11	37,93	7	24,14
Задоволення роботою	11	37,93	14	48,27	4	13,79
Фінансовий стан сім'ї	21	72,41	5	17,24	2	6,90
Критерій	0 – 1 разів на тиждень		2-3 рази на тиждень		1 раз на день і більше	
Кратність роздратування	1	3,45	5	17,24	23	79,31
Критерій	Із сім'єю		Із друзями та		На самоті	

			колегами			
Комфортність	4	13,79	4	13,79	21	72,41

Аналіз структури інформаційної дезадаптації показав, що найбільш типовими її проявами для пацієнтів цієї групи були наступні: пов'язування відчуття комфорту із самотністю (72,41 %) і висока кратність роздратування (79,31 %).

Отримані результати ми доповнили аналізом стану психосоціальної дезадаптації жінок цієї групи із використанням анкети вивчення психосоціальної дезадаптації. Результати аналізу наведено у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Результати аналізу анкети вивчення психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом**

Варіант дезадаптації	Тяжкість проявів									
	Адаптація		Група ризику		Легка тяжкість		Середня тяжкість		Тяжкий перебіг	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Економічна дезадаптація	8	27,59	18	62,07	3	10,34	0	0	0	0
Виробнича (службова) дезадаптація	1	3,45	11	37,93	8	27,59	8	27,59	1	3,45
Сімейна дезадаптація	11	37,93	11	37,93	7	24,14	0	0	0	0
Інформаційна дезадаптація	1	3,45	6	20,69	2	6,90	8	27,59	12	41,38

За допомогою обох методів отримано дані про домінування у даній групі інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації.

Дана форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих психотравмуючих інформаційних факторів, на фоні астенічних, сензитивних, компульсивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Ми проаналізували найбільш поширені фактори формування дезадаптації у обстежених жінок.

Найбільш важливим і поширеним фактором інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи стала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні особистісної сензитивності та інтравертованості, іноді педантичності. Однаково важливими патогенними факторами у таких випадках були як преморбідна вразливість особистісних і поведінкових механізмів реагування на стрес, так і фактор суб'єктивної значимості та інформаційної сили самого фактору психогенного стресу.

На відміну від інших видів дезадаптації, досліджених вище, інформаційний варіант психосоціальної дезадаптації переважно розвивався майже синхронно із розвитком власне посттравматичного стресового розладу. Було досить складно хронологічно та каузально визначити вплив невротичного розладу на розвиток дезадаптації. Але можна говорити про те, що клінічна симптоматика невротичного генезу справляла патопластичний вплив на розвиток дезадаптації, суттєво ускладнюючи її перебіг, заважаючи спробам відновити адаптивні механізми реагування на життєві ситуації у обстежених жінок.

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 вищевказаних особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної

стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси.

Ці основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів інформаційної дезадаптації в тій чи іншій мірі були присутніми у всіх обстежених жінок із посттравматичним стресовим розладом та інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок із посттравматичним стресовим розладом прояви дезадаптації є наслідком констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників.

Розвиток і формування інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом ілюструє наступне клінічне спостереження.

*Хвора В. 42 роки.*

*Скарги: на втрату апетиту, безсоння (утруднення засинання), тривогу, важкість концентрації уваги, дратівливість, тремор, пітливість.*

*Анамнез життя. Спадковість психічними захворюваннями не обтяжена. Єдина дитина у сім'ї, від передчасних пологів, що протікали без ускладнень. В ранньому дитинстві часто хворіла на інфекційні та дитячі захворювання, росла фізично слабкою. Батько із сім'єю не проживав, контакт із ним не підтримує. Мама в минулому службовець, нині пенсіонерка. У школі навчалась добре, відзначалась стараністю, за спогадами «завжди боялась отримати низьку оцінку». Була вразливою до негативних оцінок оточуючих, критики. Виховувалась мамою, в умовах жорсткого контролю із елементами гіперопіки.*

*До ВУЗу вступила за наполяганням мами. Навчалась успішно, здобула спеціальність учителя. Заміж вийшла під час навчання, чоловік старший на десять років. Під час розвитку стосунків до шлюбу декілька разів переживала сварки із майбутнім чоловіком, які переживала тяжко*



*(втрачала сон і апетит, одного разу відзначає нав'язливі думки про самогубство, які зникли після відновлення стосунків). Нині перебуває у шлюбі вже 20 років. Народила двох доньок, аборти заперечує. Декретні відпустки після пологів використовувала у повному обсязі.*

*Даних про суїцидальні спроби в анамнезі немає.*

*Не палить. Спиртне вживає епізодично у помірних обсягах, залежність заперечує. Вживання наркотиків заперечує.*

*Анамнез захворювання.* *З даних анамнезу відомо, що психічні розлади відзначаються орієнтовно з вересня 2011 року, коли пацієнтка стала дратівливою, дещо загальмованою, зовні зреченою, порушився сон і апетит. Переживала ві сні ремінісценції подій, пов'язаних із пережитою три тижні перед цим автомобільною аварією, крім того часто подумки поверталась до пережитого і відчувала страх сідаючи в автотранспорт. За три тижні до появи симптоматики стала свідком аварії, в якій сама не постраждала, але на її очах відбулась загибель велосипедиста, тіло якого було понівечене автомобілем. За її спогадами, пережила шок від побаченого, ридала, але досить швидко заспокоїлась і деякий час почувала себе звично. Поява вищезгаданої симптоматики відбулась без видимих на те причин, через три тижні після події. Ремінісценції описує як яскраві, реалістичні, але такі, що лише частково відтворюють пережиту ситуацію, деякі обставини стійко випали із пам'яті. Переживання супроводжуються бурхливою вегетативною реакцією у вигляді прискореного серцебиття, пітливості, тремору, іноді головного болю. Іноді ремінісценції провокує згадка про автомобілі, дорогу, або перебування в автотранспорті. На цьому фоні свій стан описує як «пелену», відзначає, що втратила інтерес до звичного кола професійних і сімейних інтересів, стала дратівливою, але усвідомлювала «ненормальність» свого стану і докладала зусиль, аби підтримувати звичний рівень функціонування. Аби уникнути ремінісценції стала обмежувати себе в новій інформації, відмовилась від перегляду новин, обмежила спілкування, щоб таким чином зменшити ризик згадування ситуацій, пов'язаних із*

автомобілями та дорогою. Зверталась до психолога і відвідувала курси психотерапії, але без відчутного клінічного ефекту. Симптоматика зберігалась на приблизно стабільному рівні і мала тенденцію до посилення лише фоні нервово-психічних переживань. До психіатра звернулась через 5 місяців після появи симптомів і був встановлений чинний діагноз F43.1. Від госпіталізації відмовилась, в амбулаторних умовах приймала фармакотерапію, декілька разів проходила курси психотерапії. Ефект від здійснюваної терапії був частковим. Стан покращувався, але повністю симптоматика не зникала, періодично виникали загострення.

Соматичний статус. Без клінічно значимих відхилень від норми.

Неврологічний статус. Без клінічно значимих відхилень від норми.

Психічний статус. Свідомість ясна. Орієнтування у місці, часі оточуючому і власній особистості правильне. Міміка адекватна, різноманітна. В бесіді контакт продуктивний, на питання відповідає детально, охоче. Деяко дратівлива. Зовні напружена, насторожена. Деяко астенична, швидко виснажується. Рухливо деяко загальмована. Мова зв'язна, послідовна, у звичному темпі. Маячні ідеї не висловлює. Інтелектуально розвинена у межах норми, абстракції доступні у повному обсязі. Увага послаблена, відчуває труднощі зосередження. Пам'ять відповідає нормі. Агресивні думки заперечує, налаштована дружеско. Ставлення до свого стану критичне. Плани на майбутнє реалістичні.

Сімейні стосунки описує як засновані на домінуванні чоловіка, схильна до пасивного підкорення. У ситуації захворювання відзначає розуміння та допомогу з боку чоловіка і дітей. Сексуально-еротичний компонент стосунків оцінює як посередній в силу вікових особливостей і домінування інших аспектів стосунків. Стосунки із дітьми з елементами гіперпротекції, надмірного контролю, але малоконфліктні.

Економічний стан сім'ї середній, загалом задовільний. Основний тягар наповнення сімейного бюджету несе чоловік. Управління сімейним

бюджетом переважно здійснює пацієнтка, конфлікти на цьому ґрунті заперечує.

В інформаційній сфері відзначає надзвичайно болісну реакцію на будь-які згадки про автомобілі, дорогу, а також взагалі про насильство, сцени смерті, крові і т.п. Подібна інформація провокує у неї ремінісценції, що супроводжуються вегетативними реакціями і зниженням працездатності та емоційним пригніченням, тривожністю. З метою захисту уникає перегляду новин та взагалі телебачення, уникає спілкування із знайомими, які «не знають про проблему». Поведінка уникання не приносить значимого полегшення, оскільки вона «знаходить» відповідні асоціації у все нових і нових обставинах.

Професійна сфера. Працює після закінчення інституту в школі. Власною роботою задоволена. Після початку захворювання відчуває труднощі із провадженням професійної діяльності у повному обсязі, але здатна долати ці труднощі. Стосунки з колегами і керівництвом неконфліктні, регламентовані.

Результати психодіагностичного обстеження. За даними опитувальника SCL-90-R діагностовано фобічну тривожність, соматизацію з наявністю дистресу високої інтенсивності. За методикою Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна визначено високий рівень реактивної і середній рівень особистісної тривожності. Відповідно HARS в структурі тривожних порушень домінували соматична тривога, інсомнія, жахливі сновидіння, побоювання (передчуття чогось поганого), вегетативні порушення помірного ступеня вираженості.

При вивченні рівня депресії за шкалою HDRS діагностовано легкий її рівень. За даними методики Л.Й. Вассермана зі співавт. виявлено труднощі в описі власних проблем, когнітивну неоформленість концепції хворобливого стану. Найбільша загроза вбачалась у рецидиві стресу і, як наслідок, загостренні хворобливого стану. Діагностовано сенситивний тип внутрішньої картини хвороби, якому притамана інтерпсихічна спрямованість особистісного

реагування на хворобу. За даними методики К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної у вирішенні конфліктних ситуацій використовувався переважно метод уникання, що передбачало втечу від вирішення проблеми.

За даними методики ціннісних орієнтацій М. Rokeach (адаптація Фанталової О.Б.) серед ціннісних орієнтацій надавалась перевага забезпеченню життєвої потреби в престижі. Після розвитку посттравматичного стресового розладу відбулось деяке зміщення направленості орієнтацій у бік побуту. Згідно характерологічного опитувальника К. Leongard – Н. Schmiechek діагностовано педантичну акцентуацію.

#### Діагностичний висновок

Посттравматичний стресовий розлад.

Психосоціальна дезадаптація в інформаційній сфері.

Формування посттравматичного стресового розладу і психосоціальної дезадаптації у даному випадку було обумовлене взаємодією факторів психічної травматизації, що характеризувались надзвичайною силою та суб'єктивною значимістю, із преморбідними особливостями, що обумовлювали стан зниженої нервово-психічної стійкості.

Пусковим патохарактерологічним чинником, що створював сприятливий ґрунт для розвитку інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації була фрустрація потреби у престижі та самовпевненості. Основою ж для формування такої фрустрації були особистісні риси пацієнтки, серед яких домінували особистісна тривожність та педантичні і психастенічні характерологічні особливості. Поєднання особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості, підвищенню рівня реактивної тривожності та послабленню захисних механізмів реагування на стрес, що проявилось у ситуації, коли пацієнтка стала свідком автокатастрофи.

Таким чином, прояви дезадаптації стали наслідком констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників, що у подальшому ускладнювалось на фоні

*формування власне клінічної симптоматики посттравматичного стресового розладу і дисгармонійного типу ВКХ. Таке поєднання призвело до захисного блокування інформаційних факторів загалом при невирішеному по суті невротичному конфлікті. Результатом стало поглиблення дезадаптації і формування системи взаємного потенціювання між симптоматикою невротичного розладу і психосоціальної дезадаптації, коли невротичні симптоми погіршували адаптивні можливості, а захисне «інформаційне блокування» негативно впливало на перебіг невротичного розладу.*

У групі порівняння, до якої було включено жінок із клінічно діагностованим посттравматичним стресовим розладом, але які згідно психометричного обстеження не мали показників окресленої психосоціальної дезадаптації у жодній із сфер, було визначено ризик дезадаптації за методикою Артюхова І.П. зі співавторами.

Із загальної кількості ( $n = 15$ ) обстежених цієї групи більшість (73,33%) мали перший рівень ризику розвитку соціальної дезадаптації, а другий (більш тяжкий) рівень розвитку соціальної дезадаптації мали 26,67% жінок. Жінок із окресленою соціальною дезадаптацією у цій групі пацієнтів не було згідно дизайну дослідження. Не було також виявлено жінок із ознаками повної соціальної адаптації в усіх сферах соціальної активності. Середній бал за методикою Артюхова І.П. зі співавторами у цій групі склав  $26,9 \pm 0,9$  балів.

Структурно, серед елементів ризику розвитку психосоціальної дезадаптації, у групі порівняння, як і в основній групі пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, переважали елементи інформаційної дезадаптації.

Структурні показники елементів ризику розвитку психосоціальної дезадаптації жінок із посттравматичним стресовим розладом за методикою Артюхова І.П. зі співавторами наведено у таблиці 3.3.

**Структурні показники ризику розвитку психосоціальної дезадаптації  
жінок групи порівняння із посттравматичним стресовим розладом**

Категорія соціальних стосунків	Критерій оцінки					
	сприятливий		Задовільний		несприятливий	
	абс	%	абс	%	абс	%
Психологічний клімат у сім'ї	5	33,33	5	33,33	5	33,33
Психологічні стосунки сім'ї	4	26,67	6	40,00	5	33,33
Психологічні стосунки з дітьми	11	73,33	3	20,00	1	6,67
Період проживання у шлюбі	4	26,67	8	53,33	3	20,00
Стосунки з родичами	7	46,67	2	13,33	6	40,00
Клімат на роботі	2	13,33	7	46,67	6	40,00
Стосунки із колегами	3	20,00	5	33,33	7	46,67
Стосунки із начальством	4	26,67	7	46,67	4	26,67
Стосунки із сусідами	9	60,00	5	33,33	1	6,67
Стосунки із друзями та знайомими	5	33,33	5	33,33	5	33,33
Задоволення роботою	4	26,67	8	53,33	3	20,00
Фінансовий стан сім'ї	4	26,67	5	33,33	6	40,00
Критерій	0 – 1 разів на тиждень		2-3 рази на тиждень		1 раз на день і більше	
Кратність роздратування	2	13,33	12	80,00	1	6,67
Критерій	Із сім'єю		Із друзями та колегами		На самоті	
Комфортність	3	20,00	10	66,67	2	13,33

Аналіз структури ризику розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок групи порівняння показав, що найбільш типовими її проявами були наступні: пов'язування відчуття комфорту із самотністю (80,00 %) і висока кратність роздратування (86,67 %), психологічний клімат на роботі (86,67 %).

## Глава 4

### КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК

У відповідності до мети даного дослідження було виконано аналіз клініко-психопатологічних закономірностей формування і розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок із ПТСР. Клініко-психопатологічний метод використовувався на загальноприйнятих засадах психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження із подальшим співставленням отриманих даних з діагностичними критеріями МКХ-10.

Основна група та група порівняння були гомогенними за клініко-психопатологічними характеристиками. Аналіз розподілу пацієнтів досліджуваних груп у розділі 2 даного дослідження показав відсутність достовірних відмінностей ( $p > 0,05$ ) між основною групою і групою порівняння у соціально-демографічних, клінічних, клініко-анамнестичних, патопсихологічних показниках, що зробило групи співставними для проведення дослідження.

Клініко-психопатологічні особливості психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом, вивчались у підгрупі із 29 жінок, а група порівняння складалась із 15 жінок, у яких було діагностовано посттравматичний стресовий розлад, але ознак психосоціальної дезадаптації не спостерігалось.

При проведенні аналізу не було виявлено статистично значимої відмінності розподілу обстежених хворих основної групи і групи порівняння за віком.

Серед коморбідної патології, згідно міри інформативності за Кульбаком, найбільшу інформативність ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) у основній групі мали захворювання шлунково-кишкового тракту (гастрит, виразкова хвороба шлунку і



дванадцятипалої кишки) і серцево-судинної системи (гіпертонія, дистонія, ішемічна хвороба серця).

Із шкідливих звичок найчастіше зустрічалось побутове пияцтво, що було виявлене у  $62,1 \pm 2,4$  % жінок, клінічно окресленої алкогольної залежності діагностовано не було. Ознаки ніотинової залежності були виявлені у  $51,72 \pm 2,4$  % обстежених жінок цієї групи. Про вживання наркотичних речовин в анамнезі повідомили  $10,34 \pm 4,7$  % пацієнтів цієї групи, а в актуальному часі всі жінки цієї групи вживання наркотиків заперечили. Не мали виявлених шкідливих звичок та залежностей  $41,4 \pm 3,8$  % жінок цієї групи.

У групі порівняння ніотинова залежність була виявлена у  $26,7 \pm 2,4$  % жінок, а випадків побутового пияцтва чи інформації про вживання наркотичних і токсикоманічних речовин не було.

У  $24,14 \pm 3,9$  % жінок основної групи в анамнезі мали місце суїцидальні висловлювання, а у  $6,7 \pm 1,9$  % мали місце незавершені суїцидальні спроби. На момент обстеження всі жінки цієї групи не мали виражених суїцидальних тенденцій. У групі порівняння суїцидальні висловлювання були присутні в анамнезі у  $20,0 \pm 2,9$  % жінок, а інформації про суїцидальні спроби в анамнезі у жодної із жінок не було. Жодна із жінок групи порівняння на момент обстеження не мала суїцидальних тенденцій.

Анамнестичні особливості жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад

Окремо нами було проаналізовано анамнестичні фактори, що впливали на клініко-психопатологічні особливості психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад.

У більшості обстежених жінок обох груп зафіксовано перенесені захворювання (передовсім інфекційні, шлунково-кишкові) в анамнезі, а також обтяжену спадковість і фактори психопатології дитячого віку та дизонтогенезу.

Анамнестичні дослідження у хворих основної групи засвідчили наявність спадкової обтяженості афективними розладами (44,8 %;  $p < 0,05$ ), преморбідних особистісних акцентуацій (психастенічних – 31,3 %, дистимічних – 20,7 %, циклотимічних – 17,2 %,  $p < 0,01$ ).

Зафіксоване також переважання факторів дизонтогенезу у основній групі. При цьому основним дизонтогенетичним фактором виступала пренатальна патологія, як то гестози і загрози переривання вагітності.

Отримані дані систематизовано у таблиці 4.1.

Таблиця 4.1

**Анамнестичні дані, виявлені у жінок  
із посттравматичним стресовим розладом**

Анамнестичні фактори	Основна група (n=29) % ± m %	Група порівняння (n=15) % ± m %
<b>I. Спадковість</b>	75,9 ± 3,2*	53,3 ± 2,4
1. Психічна обтяженість	48,3 ± 2,8*	13,3 ± 4,5
2. Соматична обтяженість	72,4 ± 2,2*	46,7 ± 2,2
3. Неврологічна обтяженість	17,2 ± 3,9	26,7 ± 5,5
<b>II. Дизонтогенез</b>	55,1 ± 7,7	60,0 ± 2,1
1. Пренатальна обтяженість	34,5 ± 4,4	26,7 ± 3,5
2. Перинатальна обтяженість	13,8 ± 4,7	26,7 ± 2,1
3. Постнатальний дизонтогенез	6,9 ± 1,9	20,0 ± 2,2
<b>III. Психопатологія дитячого віку</b>	58,6 ± 2,6	46,7 ± 4,0
1. Гіперопіка з боку батьків	31,0 ± 4,1	20,0 ± 2,2
2. Педагогічна занедбаність	17,2 ± 5,5	6,7 ± 3,1
3. Опозиційна поведінка	24,1 ± 5,2	20,0 ± 2,9
4. Гіперактивність	34,5 ± 2,2	26,7 ± 3,9
5. Невротична поведінка	31,0 ± 4,2	40,0 ± 1,4
<b>IV. Сексopatологія</b>	20,7 ± 3,3	20,0 ± 5,1
1. Сексуальна ретардація	13,8 ± 4,6	6,67 ± 3,1
2. Дисменорея	10,3 ± 4,8	20,0 ± 5,1
<b>VI. Перенесені захворювання</b>	100	86,7 ± 2,2
1. Інфекційні захворювання	82,8 ± 1,7	80,0 ± 1,9
2. Серцево-судинні захворювання	17,2 ± 4,8	13,3 ± 4,1
3. Шлунково-кишкові хвороби	44,8 ± 4,0*	20,0 ± 3,9
4. Хвороби органів дихання	10,3 ± 5,1	0
5. Хвороби нервової системи	31,0 ± 2,8	26,7 ± 4,6
6. Інші захворювання	37,9 ± 4,4	40,0 ± 3,4

Умовні позначки: \*- при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Як свідчать отримані дані, при загальній високій поширеності психопатології дитячого віку як анамнестичного фактору в обох групах, в основній групі домінували такі фактори, як гіперактивність, гіперопіка з боку батьків та невротична поведінка у дитячому віці. А у групі порівняння найбільш поширеною була невротична поведінка дитячого віку. Статистично достовірних відмінностей між групами виявлено не було.

При загальній поширеності факторів спадкової обтяженості ( $75,9 \pm 3,2$  % в основній групі та  $53,3 \pm 2,4$  % у групі порівняння) зафіксовано статистично достовірно більшу поширеність наступних анамнестичних факторів у основній групі: психічна обтяженість ( $48,3 \pm 2,8$  % в основній групі та  $13,3 \pm 4,5$  % у групі порівняння), соматична обтяженість ( $72,4 \pm 2,2$  % в основній групі та  $46,7 \pm 2,2$  % у групі порівняння), шлунково-кишкові захворювання ( $44,8 \pm 4,0$  % в основній групі та  $20,0 \pm 3,9$  % у групі порівняння).

Показники сексопатологічних факторів у анамнезі жінок обох обстежених нами груп жінок, хворих на посттравматичні стресові розлади, не показали статистично достовірних відмінностей при порівнянні і мали невисоку поширеність.

Серед факторів анамнестичної обтяженості перенесеними захворюваннями в обох групах виділялись інфекційні захворювання. У основній групі статистично достовірно частіше виявлялись хвороби шлунково-кишкового тракту в анамнезі ( $44,8 \pm 4,0$  % проти  $20,0 \pm 3,9$  %).

Підсумовуючи отримані нами дані стосовно анамнестичних факторів жінок із посттравматичними стресовими розладами необхідно відзначити, що предриспозитивними факторами розвитку відповідної невротичної патології і психосоціальної дезадаптації у обстежених нами жінок, головним чином були спадкові фактори (психічна патологія у батьків), дизонтогенетичні фактори (патологія вагітності), а також гіперактивність в дитячому періоді та прояви невротичної поведінки в дитинстві.

Фактори психотравми у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад

Фактори психотравми у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, переважно стосуються інформаційної сфери. Це корелює із отриманими нами даними про домінування інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації у основній групі обстежених жінок, та найвищий ризик виникнення інформаційного варіанту дезадаптації у групі порівняння. В основній групі виявлено наявність хронічних чинників психотравми (75,9 %,  $p < 0,05$ ), обумовлених відчуттям самотності, потребою у любові та близьких стосунках (55,2 %,  $p < 0,05$ ), а також конфліктами у родині (44,8 %;  $p < 0,05$ ).

Загалом, можна відзначити меншу поширеність факторів психотравми у групі адаптованих жінок. Проте, у більшості випадків відмінності не сягали рівня статистичної достовірності. Достовірна відмінність поширеності при порівнянні основної і контрольної груп зафіксована лише стосовно таких факторів, як незадоволення характером професійної діяльності та негативні очікування від інформаційних повідомлень.

У жінок із посттравматичним стресовим розладом на формування інформаційного типу дезадаптації впливала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні сензитивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Дана форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих інформаційних факторів, на фоні астенічних, сензитивних, компульсивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Поєднання особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси.

Виявлені фактори ми для наочності групували за ознакою того, в якій сфері соціальних відносин вони виникали, відповідно впливаючи на соціальне функціонування. Отримані дані наведено у таблиці 4.2.

Таблиця 4.2.

**Фактори психотравми, виявлені у жінок  
із посттравматичним стресовим розладом**

Психогенні фактори	Основна група (n=29) % ± m %	Група порівняння (n=15) % ± m %
<b>I. Виробничі (службові)</b>		
1. Безробіття	17,2 ± 3,7	6,7 ± 3,2
2. Зміна місця роботи	24,1 ± 4,2	20,0 ± 2,9
3. Погіршення професійного статусу	41,4 ± 3,2	26,7 ± 4,5
4. Конфлікт із начальством	27,6 ± 3,5	26,7 ± 4,5
5. Конфлікт зі співробітниками	37,9 ± 2,8	40,0 ± 2,4
6. Незадоволення професійною діяльністю	44,8 ± 1,8*	20,0 ± 3,2
7. Незадоволені професійні амбіції	48,3 ± 2,5	33,3 ± 2,7
<b>II. Сімейні:</b>		
1. Конфлікти з чоловіком (співмешканцем)	44,8 ± 3,0	40,0 ± 2,0
2. Конфлікти з дітьми	17,2 ± 4,9	26,7 ± 3,7
3. Конфлікти з близькими людьми	27,6 ± 3,5	40,0 ± 2,2
4. Переживання за долю близьких людей	27,6 ± 4,7	33,3 ± 4,6
5. Розлучення	10,3 ± 3,6	0
6. Відчуття самотності	34,5 ± 3,6	26,7 ± 3,6
<b>III. Економічні</b>		
1. Погіршення матеріально-побутових умов	37,9 ± 2,9	33,3 ± 1,9
2. Зниження доходів	34,5 ± 3,8	26,7 ± 3,6
3. Невпевненість у майбутньому через економічні причини	48,3 ± 2,0	40,0 ± 2,6
4. Незадоволення станом добробуту	41,4 ± 1,6	40,0 ± 2,6
<b>IV. Інформаційні</b>		
1. Незадоволення загальним інформаційним фоном	68,9 ± 1,6	60,0 ± 2,1
2. Наявність суб'єктивно значимої негативної інформації	72,4 ± 1,7	53,3 ± 2,3
3. Негативні очікування від інформаційних повідомлень	82,8 ± 1,2*	46,7 ± 2,6
4. Фіксація на певній негативній інформації	72,4 ± 2,2	53,3 ± 2,3

Умовні позначення: \*- при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Як свідчать дані, представлені у таблиці, зокрема, в основній групі найпоширенішими факторами були негативні очікування від інформаційних повідомлень ( $82,8 \pm 1,2 \%$ ) та наявність суб'єктивно значимої негативної інформації ( $72,4 \pm 1,7 \%$ ) і 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: негативні очікування від інформаційних повідомлень ( $46,7 \pm 2,6 \%$ ) та наявність суб'єктивно значимої негативної інформації ( $53,3 \pm 2,3 \%$ ) і фіксація на певній негативній інформації ( $53,3 \pm 2,3 \%$ ) та незадоволення загальним інформаційним фоном ( $53,3 \pm 2,3 \%$ ).

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).

Однаково важливими патогенними факторами у таких випадках були як преморбідна вразливість особистісних і поведінкових механізмів реагування на стрес, так і фактор суб'єктивної значимості та інформаційної сили самого фактору психогенії.

Варто відзначити, що фактори інформаційної психотравми, призводячи до зниження нервово-психічної стійкості та напруження адаптивних механізмів, вторинно викликали комплексне погіршення психосоціального функціонування в інших сферах, зокрема, професійній (виробничі) та сімейній і, як наслідок, економічній.

Підводячи підсумок аналізу факторів психотравми у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, варто наголосити на тому, що прояви дезадаптації стали наслідком констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. Провідною групою психогенних чинників для цієї групи жінок були фактори інформаційного характеру.

Психопатологічні прояви у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад

Клініко-психопатологічні прояви, виявлені у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, систематизовано у таблиці 4.4.

Таблиця 4.4.

**Клініко-психопатологічні прояви у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад**

Клінічнаознака	Основна група (n=29)% ± m %	Група порівняння (n=15)% ± m %
1. Фізичнавтомлюваність	41,4 ± 3,7	33,3 ± 4,2
2. Психічна втомлюваність	75,9 ± 1,6*	46,7 ± 3,0
3. Зниження працездатності	48,3 ± 3,0	33,3 ± 4,2
4. Дратівливість	37,9 ± 4,1	20,0 ± 6,1
5. Плаксивість	17,2 ± 5,9	13,3 ± 4,8
6. Інсомнія	44,8 ± 2,9	33,3 ± 2,7
7. Розлади пам'яті	31,0 ± 2,8	40,0 ± 3,5
8. Порушення уваги	51,7 ± 2,0*	26,7 ± 4,8
9. Зниження настрою	55,2 ± 1,3	33,3 ± 2,7
10. Знижена самооцінка	10,3 ± 4,3	6,7 ± 3,2
11. Моторна загальмованість	0	0
12. Емоційна лабільність	68,9 ± 2,2	53,3 ± 2,8
13. Тривога	75,9 ± 2,5*	46,7 ± 4,6
14. Обсесії	58,6 ± 1,9	40,0 ± 4,3
15. Метеочутливість	17,2 ± 4,9	20,0 ± 5,2
16. Агрвація	10,3 ± 3,0	0
17. Іпохондричність	17,2 ± 4,7	0
18. Парестезії	17,2 ± 4,7	20,0 ± 5,2
19. Ідеаторна загальмованість	6,9 ± 2,3	0
20. Головні болі	48,3 ± 3,2	33,3 ± 5,4
21. Запаморочення	37,9 ± 2,6	26,7 ± 5,1
22. Кардіалгії	24,1 ± 4,4	20,0 ± 6,5
23. Коливання АТ:	62,1 ± 1,8	40,0 ± 4,3
- гіпертензія	34,5 ± 4,0	26,7 ± 6,5
- гіпотензія	34,5 ± 1,9	0
- лабільність	24,1 ± 3,4	13,3 ± 3,6
24. Задуха	34,5 ± 4,0	26,7 ± 4,3
25. Нудота, блювання	27,6 ± 3,2	33,3 ± 4,1
26. Порушення апетиту	34,5 ± 3,7	26,7 ± 3,8
27. Диспепсія	13,8 ± 2,9	0
28. Дизурія	17,2 ± 3,3	0
29. Гіпергідроз	51,7 ± 3,9	60,0 ± 3,1
30. Вегето-судинні пароксизми	86,2 ± 1,5*	46,7 ± 4,5
31. Зниження лібідо	24,1 ± 3,8	6,7 ± 2,3

32. Дисменорея	27,6 ± 4,1	20,0 ± 3,1
----------------	------------	------------

Умовні позначки:\*- при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Як видно із даних таблиці, у клініці психопатологічних розладів жінок основної групи переважали наступні симптоми тривожно-депресивного і obsесивно-фобічного синдромокомплексу: 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.

Клініка психопатологічних розладів у групі порівняння мала подібну структуру при дещо меншій клінічній тяжкості виявлених симптомів. Статистично достовірні відмінності при порівнянні основної групи і групи порівняння спостерігались стосовно наступних клінічних ознак: психічна втомлюваність, порушення уваги, тривога, вегето-судинні пароксизми. У всіх перелічених випадках спостерігалось переважання поширеності клінічних ознак у основній групі жінок.

Загалом, клінічна картина посттравматичного стресового розладу у обстежених нами жінок характеризувалась домінуванням тривожно-депресивної і obsесивно-фобічної симптоматики із багатоманітними проявами соматизації і депресивним забарвленням.

Виявлені закономірності клініко-психопатологічних особливостей у жінок із ознаками психосоціальної дезадаптації були підтверджені при синдромальному аналізі клінічних проявів посттравматичного стресового розладу.

У психосоціально дезадаптованих жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, синдромальна структура клінічної картини характеризується переважанням тривожно-депресивного ( $75,9 \pm 2,5 \%$ ) і obsесивно-фобічного ( $58,6 \pm 1,9 \%$ ) синдромів. Результати синдромального аналізу клінічних проявів зведено у таблиці 4.15.





**Психопатологічні синдроми, виявлені у жінок, хворих на  
посттравматичний стресовий розлад**

Синдроми	Основна група (n=29)	Група порівняння (n=15)
	% ± m %	% ± m %
1. Тривожно-депресивний	75,9 ± 2,5	53,3 ± 2,8
2. Обсесивно-фобічний	58,6 ± 1,9	66,7 ± 2,3
3. Астено-депресивний	51,7 ± 3,7*	26,7 ± 5,5
4. Астено-агрипнічний	44,8 ± 2,9	33,3 ± 4,3
5. Астено-іпохондричний	17,2 ± 3,5	13,3 ± 2,3

Умовні позначки: \*- при порівнянні показників в основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Аналіз отриманих даних свідчить, що у групі порівняння співвідношення психопатологічних синдромів було схожим. Статистично достовірна відмінність визначена стосовно переважання частоти астено-депресивного синдрому у групі дезадаптованих жінок.

Результати клінічного обстеження підтвердились результатами, отриманими при використанні опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised-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 %;  $p < 0,05$ ).

В цілому, аналіз клініко-психопатологічної симптоматики психосоціально дезадаптованих жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, свідчить про домінування в структурі симптоматики тривожно-депресивних і обсесивно-фобічних проявів із вираженою соматизацією.

Предиспозиційними факторами розвитку відповідної невротичної патології і психосоціальної дезадаптації у обстежених нами жінок, головним чином були спадкові фактори (психічна патологія у батьків), дизонтогенетичні фактори (патологія вагітності), а також гіперактивність в дитячому періоді та прояви невротичної поведінки в дитинстві.

Фактори психотравми, виявлені у жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, переважно стосуються інформаційної сфери. Найбільш важливим і поширеним психогенним фактором стали негативні очікування від інформаційних повідомлень, що у більшості випадків супроводжувалось яскравими соматичними проявами (пітливість, тремор, коливання артеріального тиску, головні болі).

У жінок із посттравматичним стресовим розладом на формування інформаційного типу дезадаптації впливала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні сензитивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Дана форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих психотравмуючих інформаційних факторів, на фоні астеничних, сензитивних, компульсивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Поєднання особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси.

Клініка психопатологічних розладів у групі порівняння мала подібну структуру при дещо меншій клінічній тяжкості виявлених симптомів. Статистично достовірні відмінності при порівнянні основної групи і групи порівняння спостерігались стосовно наступних клінічних ознак: психічна втомлюваність, порушення уваги, тривога, вегето-судинні пароксизми. У всіх перелічених випадках спостерігалось переважання поширеності клінічних ознак у основній групі жінок.

Згідно результатів опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики (SymptomCheckList-90-Revised-SCL-90-R) у жінок основної

групи спостерігались фобічна тривожність, соматизація з наявністю дистресу високої інтенсивності. Для адаптованих жінок більш характерними були дистрес помірної інтенсивності, фобічна тривожність і напруження.

## Глава 5

# ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

У відповідності до мети даного дослідження було виконано аналіз патопсихологічних закономірностей формування і розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом.

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

- шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В.Н. зі співавт., 2008);
- шкала Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Юрьєва Л.Н., 2006);
- шкала оцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Спілбергера-Ханіна (Райгородский Д.Я., 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;
- шкалатипів 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 Фанталової О.Б., 1992);

Основна група та група порівняння були гомогенними за клініко-психопатологічними характеристиками. Аналіз розподілу пацієнтів

досліджуваних груп у розділі 2 даного дослідження показав відсутність достовірних відмінностей ( $p > 0,05$  за критерієм  $\chi^2$ -квадрат) між основною групою і групою порівняння у соціально-демографічних, клінічних, клініко-анамнестичних, патопсихологічних і клініко-організаційних показниках, що зробило групи співставними для проведення дослідження і оцінки ефективності системи реабілітаційних і профілактичних заходів на заключному етапі дослідження.

Патопсихологічні особливості психосоціальної дезадаптації у жінок із ПТСР вивчались у підгрупі із 25 жінок, а група порівняння складалась із 15 жінок, у яких було діагностовано посттравматичний стресовий розлад, але ознак психосоціальної дезадаптації не спостерігалось. Оцінку особливостей рівня особистісної та реактивної тривожності здійснювали за методикою Спілбергера-Ханіна (Райгородський Д.Я., 2000). Отримані дані систематизовано у таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

**Стан тривожності у жінок із посттравматичним стресовим розладом**

Група	Легка тривожність % $\pm$ m %		Помірна тривожність % $\pm$ m %		Висока тривожність % $\pm$ m %	
	Особист	Ситуат	Особист	Ситуат	Особист	Ситуат
Основна група (n = 29)	10,3 $\pm$ 6,9	-	62,1 $\pm$ 3,5	34,5 $\pm$ 5,2	27,6 $\pm$ 5,1	65,5 $\pm$ 4,4
Група порівнян. (n = 15)	13,3 $\pm$ 6,7	-	66,7 $\pm$ 6,9	40,0 $\pm$ 4,2	20,0 $\pm$ 5,6	60,0 $\pm$ 4,1

\*- при порівнянні показників у основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Як видно із даних таблиці, статистично достовірних показників тривожності при аналізі показників основної групи і групи порівняння не спостерігається. У основній групі спостерігався вищий рівень як особистісної, так ситуативної тривожності, але ці показники не сягали статистично достовірного рівня.

У розрізі середньогрупових показників, за даними аналізу результатів, отриманих при застосуванні методики Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, у обстежених нами жінок основної групи були визначено, 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.

Отримані дані корелюють із інформацією про співвідношення пацієнтів із різною вираженістю тривожності в обох групах. Середньогрупові показники як особистісної, так і ситуативної тривожності є вищими у основній групі, але ці показники не сягають рівня статистично достовірних відмінностей. Це дозволяє зробити висновок, що особливості особистісної та ситуативної тривожності не належать до специфічних факторів, що формують психосоціальну дезадаптацію у жінок із посттравматичним стресовим розладом.

Тяжкість тривожних розладів у обстежених жінок визначалась за допомогою шкали Гамільтона (англ. The Hamilton Anxiety Rating Scale, скор. HARS) для оцінки тривоги (адаптація Краснов В.Н. зі співавт., 2008).

Отримані дані систематизовано у таблиці 5.2.

Таблиця 5.2

**Тяжкість тривожних розладів у жінок із посттравматичним стресовим розладом**

Група	Немає тривожного розладу % $\pm$ m %	Помірнатривога % $\pm$ m %	Тяжкатривога % $\pm$ m %
Основна група (n = 29)	-	$65,5 \pm 6,9$	$34,5 \pm 6,2$
Група порівняння (n = 15)	$13,3 \pm 6,7$	$66,7 \pm 4,6$	$20,0 \pm 3,2$

\*- при порівнянні показників у основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Відповідно до інших результатів HARS, у хворих на посттравматичний стресовий розлад у структурі тривожних порушень найбільшу вираженість мали наступні показники: соматична тривога –  $1,6 \pm 0,4$  бали, інсомнія –  $1,6 \pm 0,6$  бали, жахливі сновидіння –  $1,3 \pm 0,4$  бали, побоювання (передчуття чогось поганого) –  $1,3 \pm 0,4$  бали. Для жінок із групи порівняння отримано відповідні результати: безсоння ( $1,2 \pm 0,5$  балів) помірного ступеня вираженості ( $p < 0,01$ ), вегетативні порушеннями ( $1,9 \pm 0,7$  балів) помірного ступеня вираженості ( $p < 0,05$ ).

Отримано дані про переважання тяжких випадків тривоги в основній групі обстежених, що не сягали ступеня статистичної достовірності і відсутність пацієнтів без ознак тривожного розладу в основній групі. Загалом, тяжкість тривожних розладів була вищою в основній групі.

Депресивні прояви у жінок із посттравматичним стресовим розладом визначали за допомогою шкали Гамільтона для оцінки депресії (адаптація Юрьєвої Л.Н., 2006, англ. Hamilton Rating Scale for Depression, HRDS).

Отримані дані систематизовано у таблиці 5.3.

Таблиця 5.3

**Стан депресивної симптоматики у жінок  
із посттравматичним стресовим розладом**

Тяжкість проявів	Основна група (n = 29) % ± m %	Група порівняння (n = 15) % ± m %
Норма	$10,3 \pm 6,9^*$	$33,3 \pm 3,8$
Легкий депресивний розлад	$24,1 \pm 4,8$	$40,0 \pm 5,5$
Депресивний розлад середнього ступеня тяжкості	$41,4 \pm 5,5$	$26,7 \pm 6,7$
Депресивний розлад тяжкого ступеня вираженості	$17,2 \pm 4,7^*$	-
Депресивний розлад вкрай тяжкого ступеня вираженості	$6,9 \pm 4,4$	-

\*- при порівнянні показників у основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .



Як видно із даних таблиці, наявність тяжких і вкрай тяжких депресивних станів виступає фактором формування психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом.

У групі порівняння спостерігалось статистично достовірне переважання випадків норми відносно депресивної симптоматики, а у основній групі достовірно частіше виявлялись випадки депресивних розладів тяжкого ступеня тяжкості. У групі порівняння тяжких і вкрай тяжких депресивних станів виявлено не було.

За допомогою методики «Шкалатипів ставлення до хвороби» (методика визначення переважаючого типу ставлення до хвороби) за Л.Й. Вассерманом зі співавт. (2005) було визначено специфіку самооцінки і ставлення до хвороби у жінок із посттравматичним стресовим розладом.

За методикою Л.Й. Вассермана було досліджено різноманітні аспекти ставлення до хвороби, що класифікуються як інтелектуальний рівень внутрішньої картини хвороби. Специфіка сприйняття факту захворювання з боку жінок основної групи відіграла певну роль у формуванні дезадаптації, що проявлялось намаганням визначити власну концепцію хвороби при домінуванні ірраціональних стереотипних установок. Вони відзначались труднощами в описі власних проблем, що свідчило про когнітивну неоформленість концепції хворобливого стану.

Найбільшу загрозу наслідків стресової ситуації вони вбачали у тимчасовій втраті працездатності, рецидиві стресу і, як наслідок, загостренні хворобливого стану.

В результаті проведеного обстеження виявлено наступні типи ставлення до хвороби у жінок цієї групи.

**Поширеність типів ставлення до хвороби у жінок із  
посттравматичним стресовим розладом**

Типи ставлення до хвороби	Основна група (n = 29) % ± m %	Група порівняння (n = 15) % ± m %
Гармонійний	-	26,7 ± 4,0*
Ергопатичний	24,1 ± 4,6	33,3 ± 5,2
Анозогностичний	20,7 ± 4,7*	-
Тривожний	27,6 ± 2,7	20,0 ± 3,7
Іпохондричний	6,9 ± 4,2	13,3 ± 2,1
Неврастенічний	10,3 ± 5,7	-
Меланхолійний	-	-
Апатичний	-	-
Сенситивний	37,9 ± 7,7*	6,7 ± 4,5
Егоцентричний	6,9 ± 3,0	20,0 ± 4,8
Паранойяльний	-	-
Дисфоричний	10,3 ± 5,9	-

Найчастіше (69,0%) у дезадаптованих жінок мав місце змішаний тип ставлення до хвороби. Серед чистих типів домінував сенситивний тип (37,9 %); що стосується змішаних типів ставлення до хвороби, то у 35,0% випадків сенситивне ставлення входило до складу цих типів. Отже, домінуючим типом ставлення до хвороби у дезадаптованих жінок, був сенситивний тип, діагностований у  $37,9 \pm 7,7$  % обстежених жінок основної групи, якому притамана інтерпсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу. Тривожний тип ставлення до хвороби, що відображає інтрапсихічну спрямованість, спостерігався у  $27,6 \pm 2,7$ % жінок.

У адаптованих жінок із групи порівняння переважно спостерігалось адекватне ставлення до стресу, домінували ергопатичний ( $33,3 \pm 5,2$ %) і гармонійний ( $26,7 \pm 4,0$ %) типи ставлення до хвороби. Найбільшу загрозу

наслідків стресової ситуації вони вбачали у тимчасовій втраті працездатності, рецидиві стресу і як наслідок, загостренню хворобливого стану.

Згідно наведених у таблиці даних, отримано дані про наявність статистично достовірного переважання сенситивного і анозогностичного типів ставлення до хвороби у групі дезадаптованих жінок із обсессивно-компульсивним розладом. Натомість серед адаптованих жінок статистично достовірно переважали випадки гармонійного варіанту внутрішньої картини хвороби. При цьому гармонійний тип в основній групі не був виявлений.

За даними методики К. Томаса у модифікації Н.В. Гришиної, дезадаптовані жінки із посттравматичним стресовим розладом у вирішенні конфліктних ситуацій використовували переважно малоефективні стратегії вирішення конфліктів: суперництво і уникання, що передбачало або відкрите протистояння і викликало ще більшу напругу у стосунках та небажання спілкування, або уникнення від вирішення проблеми, що призводило до наростання конфліктності ситуації. Жінкам із групи порівняння були притаманні більш контрольовані конфлікти, із домінуванням стратегії співпраці, що сприяло збереженню адаптивних соціальних відносин.

Отримані дані систематизовано у таблиці 5.5.

Таблиця 5.5

**Переважні методи вирішення конфліктів у жінок  
із посттравматичним стресовим розладом**

Метод вирішення конфліктів	Основна група (n = 29) % ± m %	Група порівняння (n = 15) % ± m %
Суперництво	34,5 ± 5,9*	13,3 ± 6,2
Пристосування	20,7 ± 7,2	6,7 ± 3,4
Компроміс	6,9 ± 3,1	26,7 ± 4,7*
Ухиляння (уникання)	31,0 ± 4,8*	13,3 ± 6,1
Співпраця	6,9 ± 2,9	40,0 ± 4,8*

\*- при порівнянні показників у основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

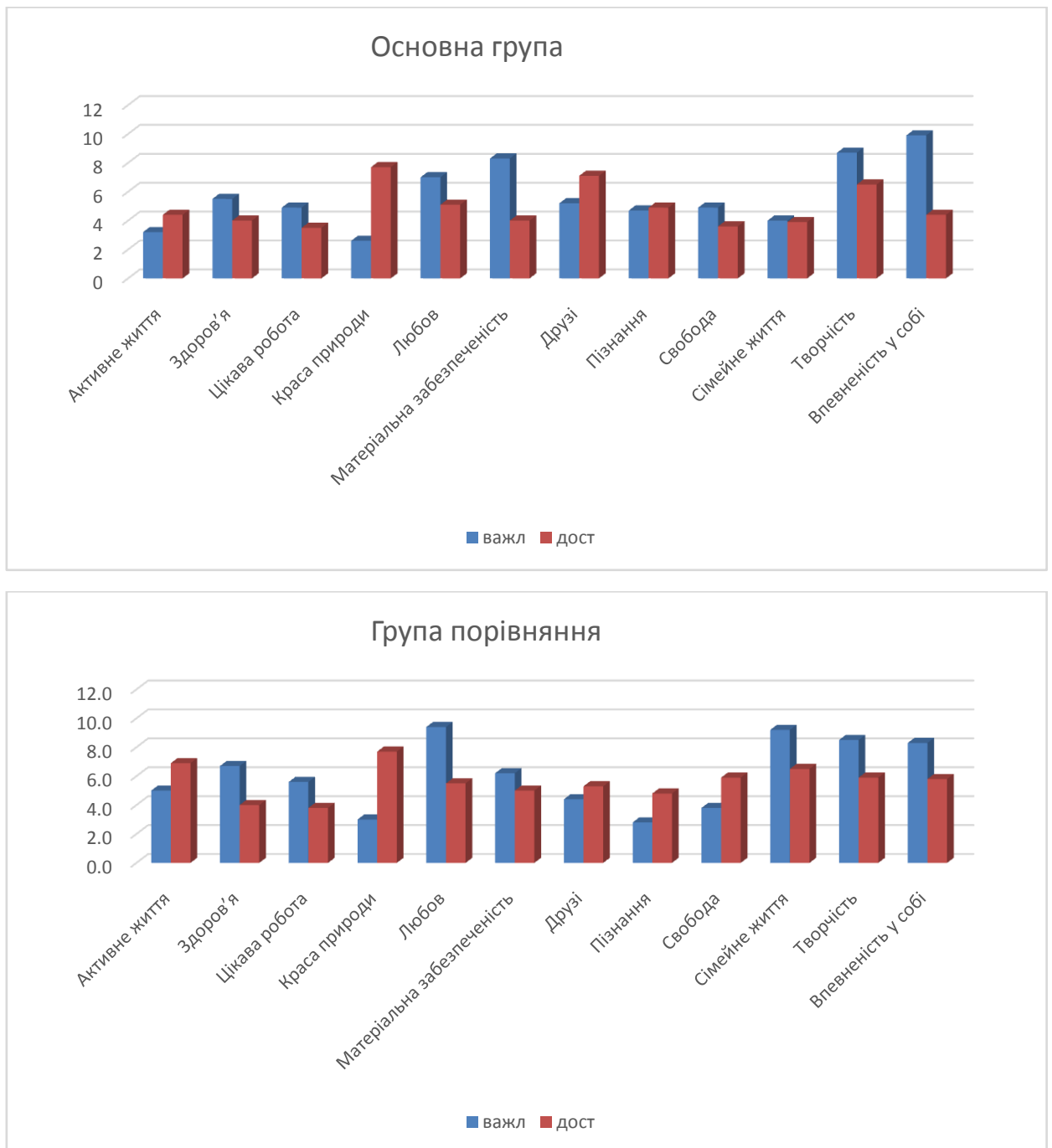
Як видно із даних таблиці, при порівнянні показників у основній групі та групі порівняння спостерігалось статистично достовірне переважання суперництва і уникання як методу вирішення конфліктів у основній групі, і співпраці та компромісу у групі порівняння.

Методи співпраці і компромісу при врегулюванні конфліктів сприяли зменшенню конфронтації у стосунках і виступали у якості фактора, що допомагає зберегти психосоціальну адаптацію в умовах захворювання, на відміну від дезадаптивних методів суперництва і уникання, що практикувались жінками основної групи.

Методика вивчення ціннісних орієнтацій М. Rokeach (модифікація Фанталової О.Б., 1992) застосовувалась з метою дослідження ставлення до навколишнього світу, що є одним із визначальних факторів психосоціальної адаптації.

Результати оцінки пацієнтами запропонованого списку цінностей за їх важливістю і доступністю, подано на рисунку 5.1.

**Середні показники рангів термінальних цінностей жінок із  
посттравматичним стресовим розладом**



Згідно отриманих даних, дезадаптовані жінки із посттравматичним стресовим розладом серед ціннісних орієнтацій надавали перевагу впевненості у собі (9,9) і творчості (8,7), що частіше сприймались 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. Жінки із групи порівняння найбільше надавали перевагу любові (9,4) та щасливому сімейному життю (9,2). При порівнянні отриманих результатів виявлено, що ядро ціннісних орієнтацій в основній групі мало переважно соціальну спрямованість, у той час як адаптовані жінки переважно віддавали перевагу сімейним цінностям, як то любов і щасливе сімейне життя.

Аналіз ієрархії цінностей обстежених нами пацієнтів із точки зору співвідношення їх бажаності та доступності показує, що для дезадаптованих жінок суб'єктивно найбільш значима для них цінність (впевненість у собі) мала досить таки низьку доступність, що створювало ситуацію конфлікту (індекс розбіжності), обумовлену недоступністю найбільш важливих життєвих цінностей. Дещо менший індекс розбіжності спостерігався стосовно інших базових цінностей (творчості і матеріальної забезпеченості). Найбільш доступними для дезадаптованих жінок виявились такі цінності, як краса природи (7,7) і щасливе сімейне життя (7,1), що не належали до найбільш значимих.

У свою чергу, для адаптованих жінок із групи порівняння теж був притаманний високий індекс розбіжності між показниками важливості і доступності основних термінальних життєвих цінностей: любові і щасливого сімейного життя. Але звертає на себе увагу, що показники розбіжності (глибини конфлікту) є значно нижчими, ніж у дезадаптованих жінок на відповідних показниках, що не призводило до ситуації вираженої дезадаптації в сімейній сфері. Найбільш доступними для адаптованих жінок із посттравматичним стресовим розладом були такі життєві цінності, як краса природи (7,7) і активне життя (6,9).

Індекс розбіжності між важливістю і доступністю життєвих цінностей встановлювався для кожного пацієнта індивідуально. Цей показник покликаний охарактеризувати тип співвідношення цінностей (конфліктний/неконфліктний) у індивідуальних ціннісних орієнтаціях. В результаті обробки даних з'ясовано, що в групі дезадаптованих жінок із посттравматичним стресовим розладом переважно конфліктним типом співвідношення термінальних життєвих цінностей характеризуються 65,5 % обстежених, із них 89,5% мають дефіцитарний конфлікт, а 10,5 % переважно конфлікт через пересиченість. Серед адаптованих жінок конфліктне співвідношення життєвих цінностей виявлене у 40,0 % обстежених, всі виявлені випадки мають дефіцитарний характер конфлікту.

Значну роль для перебігу невротичних розладів, зокрема, що стосується форми і типу психогенного розладу, відіграють характерологічні особливості індивідууму. Посилення окремих рис характеру визначає вибіркочуву уразливість відносно одних психогенних впливів при хорошій чи навіть підвищеній стійкості до інших.

Тест-опитувальник К. Leongard – Н. Schmieschek дозволяє виявляти провідні характерологічні риси, що визначають основну лінію реагування і поведінки індивідуума на певному етапі, суттєво впливаючи на різноманітні аспекти адаптації.

Згідно аналізу результатів обстеження за допомогою характерологічного опитувальника К. Leongard – Н. Schmieschek у всіх обстежених жінок було виявлено ті чи інші типи акцентуацій характеру. Ці особливості не сягали рівня розладів особистості, що було одним із критеріїв виключення із дослідження. Гармонійних характерологічних профілів теж не виявлено.

Характерологічні особливості у жінок із посттравматичним стресовим розладом систематизовано у таблиці 5.6.

**Характерологічні особливості жінок  
із посттравматичним стресовим розладом**

Типи акцентуації	Основна група (n = 29) % ± m %	Група порівняння (n = 15) % ± m %
Демонстративна	-	13,3 ± 6,7
Педантична	34,5 ± 5,5	20,0 ± 4,8
Застрягаюча	17,2 ± 7,7	6,7 ± 3,8
Збудлива	-	-
Гіпертимна	-	-
Дистимічна	10,3 ± 6,9	-
Тривожна	24,1 ± 4,8	20,0 ± 5,4
Циклотимна	20,7 ± 2,8	40,0 ± 5,0*
Афективно-екзальтована	-	-
Емотивна	48,3 ± 5,5*	33,3 ± 4,6

\*- при порівнянні показників у основній групі та групі порівняння відмінності достовірні при  $p < 0,05$ .

Серед жінок основної групи найчастіше відмічались емотивна ( $48,3 \pm 5,5$  %) і педантична ( $34,5 \pm 5,5$  %) акцентуйовані характерологічні риси, а для жінок групи порівняння більш характерними були циклотимні ( $40,0 \pm 5,0$  %) та емотивні ( $33,3 \pm 4,6$  %) риси.

Жінкам із емотивною акцентуацією була притаманна висока чутливість і глибокі реакції в області тонких емоцій. У спілкуванні вони відзначались м'якосердністю, добротою, задушевністю, емпатичністю. Характерною особливістю була плаксивість, сльозливість з найменшого приводу на фоні підвищеної вразливості до стресу. Ця особливість заважала їм в процесі спілкування і встановлення приязних стосунків. Такі жінки відзначались чутливістю до зауважень, невдач, тому переважно перебували в печальному настрої і мали дуже вузьке коло друзів і знайомих, які розуміють їх і яким вони довіряють.

У конфлікти вони вступали відносно не часто, і відігравали у них переважно пасивну роль. На образи переважно реагували стримано, тримали переживання у собі. При виконанні професійних обов'язків відзначались



дисциплінованістю, вираженим відчуттям обов'язку. Конфлікти із близькими людьми, смерть і хвороби вони схильні сприймати як глобальні трагедії. Іноді глибоким стресом для них ставали випадки побутового хамства, несправедливості, брутальності або інформація про певні трагічні події у світі, що не стосуються їх безпосередньо.

Негативна інформація, відчуття несправедливості і образи мали для них суб'єктивно найбільш важливе значення з огляду на їх особистісні характеристики, що певним чином впливало на формування дезадаптації саме у інформаційній сфері стосунків.

Пацієнтки групи порівняння поряд із емотивною досить часто мали ознаки циклотимної акцентуації. При загальній подібності співвідношення варіантів характерологічних акцентуацій в обох групах, визначено статистично достовірне переважання емотивної акцентуації в основній групі обстежених та циклотимної акцентуації у групі порівняння.

В цілому, аналіз патопсихологічних особливостей психосоціальної дезадаптації жінок, хворих на посттравматичний стресовий розлад, свідчить про складний мультифакторний характер формування у них дезадаптації. Згідно даних аналізу міри інформативності за Кульбаком, найбільшу інформативність ( $J(x_i) \geq 0,05$ ) стосовно розвитку інформаційного типу психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи 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.

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.

## Глава 6

### **СИСТЕМА ТЕРАПІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД**

Спираючись на результати дослідження було виділено «пускові», найбільш патогенні фактори, що відігравали провідну роль у розвитку ПТСР і психосоціальної дезадаптації, а отже потребували першочергового подолання (зменшення впливу). Виділення «пускових» патогенних факторів допомагало визначити групу первинних стрес-чинників, які мали бути подолані в першу чергу. А виділення «підтримуючих» патогенних факторів дозволило діагностувати вторинні фактори, які самостійно не призводять до формування невротичних розладів і ознак психосоціальної дезадаптації, але відіграють важливу патопластичну роль.

Результати комплексу інформаційно-аналітичних, соціально-демографічних, клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних і психодіагностичних досліджень стали основою для розробки **диференційованої програми реабілітації та психопрофілактики психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на ПТСР**. Безпосередньо розробка і затвердження реабілітаційних заходів для хворих жінок із ознаками психосоціальної дезадаптації відбувалась на основі ретельного вивчення максимально широкого кола всіх аспектів психогенії та явищ дезадаптації, ролі мікросоціуму та особистісних рис пацієнтів.

В основу цієї програми було покладено результати проведеного дослідження із використанням комплексного системного диференційованого підходу до лікувальних заходів із урахуванням гендерних факторів та особливостей окремих видів дезадаптації. Загальним спрямуванням

реабілітаційних і профілактичних заходів було вирішення невротичного конфлікту, формування гармонійного ставлення до хвороби, позитивних настанов, корекція психоемоційного стану, компенсація патоперсонологічних рис, формування конструктивних модулів поведінки у конфліктних ситуаціях, корекція системи цінностей, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивації щодо терапевтичного процесу.

Базовими принципами запропонованої програми були системність, диференційованість та етапність. Терапевтичні заходи здійснювались із дотриманням принципу партнерства, що передбачає спрямованість впливу на особистість хворого з метою формування здорових психологічних установок і мобілізації адаптивних механізмів поведінки.

Системний характер реабілітаційних і профілактичних заходів передбачав поєднання медичних, психологічних та соціальних втручань з урахуванням індивідуального визначення їх обсягу, своєчасності, координації та наступності лікувальних впливів. Застосування різносторонніх впливів в рамках єдиної концепції терапії, реабілітації і профілактики покликане забезпечувати комплексний вплив, спрямований як на особистість пацієнта, так і на корекцію сімейних, соціальних, професійних стосунків, та покращення адаптивних можливостей у економічній сфері. Таким чином забезпечувалась єдність біологічних і соціальних впливів на хворого, що враховує характер захворювання, індивідуальні особливості пацієнта та соціальну ситуацію.

Диференційований підхід дозволяв визначати необхідність здійснення тих чи інших заходів з урахуванням специфіки розвитку психосоціальної дезадаптації. Диференційовано вирішувалось питання про співвідношення групових та індивідуальних форм роботи у кожному випадку. Важливим елементом було врахування гендерних особливостей, що передбачало передовсім перевагу недирективним методам впливу, заснованим на співпереживанні і підтримці.

Принцип етапності передбачав реалізацію реабілітаційних і 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. В рамках такого поступального характеру застосування впливів і заходів передбачається послідовний і раціональний перехід від однієї форми терапевтичного впливу до іншої.

Метою початкового етапу було купірування основних клінічних проявів ПТСР, емоційного напруження і гострих проявів психосоціальної дезадаптації, вторинно обумовлених дисгармонійними формами реакції на них. Первинні заходи дозволяли встановити психотерапевтичний контакт із пацієнтом, зробити його сприйнятливим до подальших впливів у рамках процесу реабілітації. Важливою умовою цього етапу було створення передумов для створення робочого альянсу, що досягається передовсім за рахунок недирективного, партнерського стилю спілкування. Атмосфера довіри до терапевта стимулює розширення конструктивної соціальної активності, яка порушується у більшості хворих на ПТСР жінок. 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 розладу. У відповідності до клінічних протоколів застосовували транквілізатори, снодійні засоби, антидепресанти, тимостабілізатори та атипіві антипсихотичні нейролептики у якості монотерапії або у комбінації з іншими засобами. Анксиолітики та снодійні засоби призначали у поєднанні з антидепресантами при виразній тривозі, емоційно-афективних порушеннях. З анксиолітиків перевагу

надавали гідазепаму, афобазолу. Відповідно до стандартів надання психіатричної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей жінок та синдромальної структури найчастіш призначали наступні антидепресанти: агомелатін (агоніст  $MT_1$ - та  $MT_2$ - рецепторів, антагоніст  $5HT_{2c}$  - рецепторів); венлафаксин (інгібітор зворотного захвату серотоніну та норадреналіну); пароксетин, циталопрам, есциталопрам, (селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну). У випадках неефективності перелічених груп, наявності в клінічній картині психомоторного збудження та/або дезорганізації мислення призначали атипіві нейролептики (рисперидон). Також індивідуально обгрунтовано застосовувались вегетотропні та загальнозміцнюючі засоби (вітаміни, біогенні стимулятори, антиоксиданти).

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

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

Використовувались основні і допоміжні методи психотерапевтичного впливу, а також різноманітні індивідуально обгрунтовані варіанти фармакотерапії.

У хворих на посттравматичний стресовий розлад застосовувався інтегративний підхід із апеляцією до особистості пацієнтів, що передбачало спрямованість психотерапевтичного процесу на: створення нової когнітивної моделі життєдіяльності, афективну 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 пацієнта 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: імпульсивна 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 (Хайл-Еверс, А., 2001).

Метою сімейної психотерапії була корекція міжособистісних стосунків у сім'ї. При проведенні сімейної психотерапії умовно виділяли чотири етапи:

1. Етап сімейної діагностики – типологізація проблем і конфліктів сімейного спілкування. Здійснюється в процесі участі психотерапевта у сімейній групі, шляхом висування так званих «проблемних гіпотез». Цей етап відіграє визначальну роль для подальшого індивідуального вибору психотерапевтичних технік. Обов'язковою умовою є стереоскопічність діагностичного процесу, тобто, обов'язковість підтвердження і верифікація інформації, отриманої від одного із членів сім'ї інформацією від інших.

Остаточним критерієм діагностики є враження психотерапевта від спостереження за учасниками групи.

2. Подолання основних сімейних конфліктів – відбувається шляхом остаточної верифікації конфліктних сімейних ситуацій та їх купірування через техніки емоційного відреагування в рамках недирективної психотерапевтичної роботи. В цьому процесі психотерапевт грає роль посередника і наставника, допомагаючи учасникам навчитись правильно і відверто вербалізувати свої бажання і чути інших, адекватно сприймаючи бажання і дії близьких людей.

3. Реконструкція адаптивних моделей сімейних стосунків – здійснюється групове обговорення актуальних сімейних проблем у конкретній сім'ї та на прикладі сімей, що беруть участь у психотерапевтичному процесі і мають схожу проблематику. Провідну роль відіграє навчання «конструктивній суперечці».

4. Підтримуючий етап – фіксація у природних сімейних умовах навичок емпатичного спілкування і нового діапазону поведінкових моделей, здобутих на попередньому етапі. Здійснюється моніторинг динаміки внутрішньосімейних стосунків, консультування і корекція набутих навичок спілкування при їх зіткненні із реальним життям.

В процесі сімейної психотерапії використовувались наступні психотерапевтичні техніки: навчання ролям, провокація конфронтації, ефективне використання мовчанки і т.д. Вибір конкретної техніки відбувався контекстно, залежно від індивідуальних особливостей перебігу невротичних розладів і психосоціальної дезадаптації.

В результаті психотерапевтичної роботи ставилась мета досягнути реалістичної оцінки стану психосоціальної адаптації у різних сферах діяльності, вирішення найбільш актуальних конфліктів і напрацювання адаптивних стереотипів реагування у стресових ситуаціях.

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 реадптації була розробка навичок пристосування жінок до життя та трудової діяльності у змінених хворобою умовах. Це завдання досягалось через моделювання психосоціальної діяльності у побуті і на виробництві та закріпленні нових психосоціально адаптивних стереотипів поведінки.

Реадаптаційна складова системи психосоціальної реабілітації включала у себе соціальну, трудову та сімейну реадптацію. Цей етап психосоціальної реабілітації проводився в умовах амбулаторного сімейного лікування після відповідного попереднього навчання жінок і їх сімейного оточення належним методам та методикам. Тут 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 адаптацію та реадптацію пацієнтів із залишковими явищами психосоціальної дезадаптації. Для цього здійснювались медичні, психологічні та соціальні заходи. Використовувалась як фармакотерапія, так і психотерапевтичний вплив, але фармакологічний вплив поступово мінімізувався, а психотерапія забезпечувала виконання основних завдань.

У якості засобів фармакотерапії використовувалися анксиолітики, антидепресанти, атипові нейролептики та інші препарати, які підтвердили свою безпечність та ефективність на попередніх етапах. Психотерапія проводилась за допомогою систематичної десенсибілізації за J. Wolpe (1980),

аутогенного тренування, а також сімейної психотерапії (Эйдемиллер Э.Г., 2003).

Профілактична робота мала комплексний характер, базувалась на мультидисциплінарному підході і включала у себе медичні, психологічні та соціальні заходи. Здійснювалась вона амбулаторно і була спрямована передовсім на попередження рецидивів невротичних розладів і, як наслідок, відновлення психосоціальної адаптації.

Побудова профілактичних програм відбувалась диференційовано, з урахуванням основних факторів і умов формування невротичних розладів і психосоціальної дезадаптації: особливостей невротичного конфлікту, характеру психотравми, впливу «професійних», соціально-демографічних і економічних чинників, анамнестичних даних, індивідуально-психологічних відмінностей та коморбідної патології.

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

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

Тривалість даного етапу складала 3–4 місяці.

Апробація розробленої програми реабілітації та профілактики проводилася в основній групі серед жінок із психосоціальною дезадаптацією

при ПТСР. Пацієнтки із групи порівняння з аналогічною невротичною патологією отримували лікування згідно традиційних принципів і методів.

Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, аналізі 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 повне одужання було зареєстровано у 73,7 % випадків, покращення психічного стану – у 21,1 %, відсутність динаміки психічного стану – у 5,2 % обстежених. Випадків погіршення психічного стану в основній групі пацієнтів виявлено не було.

У групі порівняння показник одужання склав 46,7 %, покращення психічного стану – 26,7 %, відсутність динаміки виявлена у 20,0 %, погіршення стану – у 6,6 % пацієнтів.

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

Згідно результатів катamnестичного дослідження, у 89,5% хворих основної групи зберігалися отримані під час лікування результати. У групі порівняння цей показник склав 53,3 %. Це підтверджує ефективність розробленої диференційованої системи психосоціальної реабілітації жінок із невротичними розладами та ознаками психосоціальної дезадаптації.

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007 / World Health Organization. – Geneva, 2007. – 131 p.
2. Марута Н. О. Концепція формування невротичних депресій у сучасному соціумі / Н. О. Марута, І. О. Явдак, Г. Ю. Каленська, С. М. Альохіна // Архів психіатрії. - 2003. - 9, № 1. - С. 17-20.
3. Юрьева Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине // Медицинские исследования. – 2001. – № 1. – С. 32-33.
4. Schnyder U., Valach L. Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry*, 1997, 19, 119-129.
5. Kessler, R. The World Health Organization International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ISPE): initial work and future directions — the NAPE lecture 2008 / R. Kessler // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2009. — Vol. 99. — P. 2—9.
6. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood, Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs. – Arlington, 2000. VA 22201 – 2500, LibraryofCongressCatalogCardNumber 94 – 061486.
7. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001: Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ. — М.: Весь мир, 2001.-215 с.
8. Matisson C. Low recurrence and suicide rates in community depression patients // *Psychol. Med.* – 2007. – № 37. – P. 883-891.
9. Марценковский, И. А. Приоритентные вопросы охраны психического здоровья / И. А. Марценковский. - С.8-10 *НейроNEWS* . - 2010р. № 5.
10. The economic burden of personality disorders in mental health care / D. I. Soeteman [et al.] // *J. Clin Psychiatry*. – 2008. – № 69. – P. 259.
11. Хобзей М. К. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18. – Вип. 3 (64). – С. 10 – 14.
12. Чабан О.С., Харченко Є.М., Венгер О.П., Гнатюк Р.М. Деякі особливості сучасних невротичних розладів // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 3 (30). – С.65-69.
13. Мироненко О. І. Обсесивно-компульсивний розлад, синдром і особистість / О.І. Мироненко, Н.І. Долішня, Д.О. Мироненко // *Нейроnews*. - 2012. - N2. - С. 17-21.
14. Хаустова О. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний аспект / О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук // *Арх. психіатрії*. - 2015. - Том 21, N 1. - С. 6-11.

15. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики // *Международ. мед.журн.* – 2004. - №1. – С. 33-37.
16. Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites / Robins L. N. [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry.* – 1984. – № 41. – P. 949-958.
17. Sartorius N. The economic and social burden of depression // *Journal of Clinical Psychiatry.* – 2001. – № 62. – P. 8-11.
18. Венгер О.П. Вплив соціальних факторів на розвиток неврастенії, дисоціативних та тривожно-фобічних розладів Дис...канд.медичн.наук. – Харків, 2003. – 20 с.
19. Keyes C. Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health / C. L. M. Keyes // *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* — 2005. — Vol. 73. — P. 539—548.
20. Бахтеєва Т.Д. Роль соціально-психологічних факторів в неврозогенезі у жінок // *Український вісник психоневрології.* – 2006. – Т. 14, вип. 2 (47). – С. 36-41.
21. Maruta, N. The role of psychotraumatization factors in formation of anxious-phobic disorders / N. Maruta, T. Pan'ko, V. Fedchenko, O. Kutikov // *Abstr. WPA International Congress 2012 (17-21 october, Prague) // Ceska a slovenska psychiatrie, 2012/* - P. 251.
22. Панько Т. В. Вплив сучасних факторів психічної травматизації на формування соціальної фрустрованості у хворих на соматоформні розлади / Т. В. Панько, О. Є. Семікіна, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська // *Матер. XII Української науково-практичної конференції з міжнародною участю “Довженківські читання: адитивний курс в нормі та патології (діагностичні, терапевтичні та прогностичні аспекти)”*, присвяченої 93-й річниці з дн. нар. Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О. Р. Довженка. – Харків, 2011. – С. 168 – 170.
23. Федченко В. Ю. Специфіка факторів психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади та їх вплив на клініко-психопатологічну структуру даної патології / В. Ю. Федченко // *Український вісник психоневрології.* – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 60-64.
24. Гнатюк Р. М. Причини виникнення, динаміка та вихід невротичних розладів // *Науковий вісник Ужгородського університету.* – 2000, вип. 12. – С. 73 – 77.
25. Напреенко А. К. Депрессии и тревога в общеймедицинской практике (социальные, диагностические и лечебно-профилактические аспекты) // *Вестник психиатрии и психофармакотерапии.* – 2002. – № 1. – С. 7-12.
26. Сердюк А. И. Особенности психотерапии в общесоматической сети // *Международ. мед. журн.* – 2002. – Т. 8, № 4. – С. 46 – 49.
27. Бабіч В. В. Непсихотичні психічні порушення у хворих на серцево-судинні захворювання – стан проблеми // *Архів психіатрії.* – 2005. – Т. 11, № 4 (43). – С. 95 – 99.
28. Quality of life and mental health services / J. Oliver, P. Huxley, K. Bridges, H. Mohamad. – London ; N. Y. : Routledge, 1996. – 310 p.

29. Акимкина, Е. С. Европейская декларация по охране психического здоровья. Проблемы и пути их решения / Е. С. Акимкина // Психиатрия. — 2005. — № 3. — С. 75—77.
30. Марута Н. О. Критерій якості життя в психіатричній практиці: монографія / Н. О. Марута, Т. В. Панько. — Харків : РВФ АРСІС, ЛТД, 2014. — 240с.
31. Тина Берадзе: "Мало кто в нашей стране осознает важность психического здоровья для продуктивной, полноценной и счастливой, полноценной жизни человека. - С.5-7 НейроNEWS. - 2010р. № 5.
32. Alexithymia and Somatization in General Population / A. K. Mattila [et al.] // Psychosom. Med. — 2008. — № 70. — P. 716-722.
33. Підкоритов В.С., Серіков О.І., Дьяченко Л.І., Сазонов С.О., Скринник О.В. Фактори, що в найбільшому ступені впливають на показники врахованої захворюваності та поширеності психічних розладів серед населення України (Перше повідомлення). // — Український вісник психоневрології. Том 17, вип. 2 (59), 2009. С. 51-57.
34. Федченко В. Ю. Провідні фактори психічної травматизації в генезі невротичних розладів / В. Ю. Федченко // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 18, № 3 (70). — С. 50 – 55.
35. Halbreich U. Treatment of lifecycle related dysphorias in women. In book of abstracts of WPA International Congress "Treatment in psychiatry: an update". - Florence (Italy). - November 10-13, 2004. — P. 40.
36. Heim C. Pituitary/Adrenal and Autonomic Responses to Stress in Women After Sexual and Physical Abuse in Childhood. JAMA. — 2000. - Vol. 284. — P. 592-597.
37. Hodlevsky A. Women's mental health situation in Ukraine // Abstracts XI World Congress of Psychiatry. — Hamburg. - 1999. - V.2. - P.309.
38. Федченко В. Ю. Неврозогенез дисоціативних розладів з урахуванням особливостей сучасних факторів психічної травматизації / В. Ю. Федченко // Таврический журнал психиатрии. — 2012. — Т. 16, № 4 (61). — С. 169 – 175.
39. Первый В.С. Современный этиопатогенетические аспекты невротических фобий (обзор) // Арх. психіатрії . — 2004. - № 3. — С. 50 – 58.
40. Pitman R.K. PTSD, Conditioning and Network Theory // Psychiatr. Ann. - 2011. - P. 182-189.
41. Scoog I., Scod G. Life-time comorbidity in obsessive-compulsive disorder // Abstracts XI World Congress of Psychiatry. — Hamburg. - 1999. - V.2. - P.18.
42. Watson S.J. Neuropeptide stress system in brain: molecular and circuit analysis // Abstracts X World Congress of Psychiatry. — Madrid. - 2010. - V.1. - P.72.
43. Maruta N.A., Bachtееva T.D. Psychopathological peculiarities of neurotic disorders in women // book of Abstracts of XIII World Congress of Psychiatry. - Cairo (Egypt). - 2005. - P.765.
44. Марута Н. А., Назарчук А. А. Критерии диагностики и принципы терапии депрессий, коморбидных с психическими и поведенческими расстройствами // Медицинская психология. — 2014 — №9 (3)— С.64 -70.

45. Вельтищев Д.Ю. Прошлое и настоящее диагноза неврастения / Д.Ю. Вельтищев // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал имени П.Б. Ганнушкина. - 2013. - Том15, N1. - С. 4-6.
46. Табачников С. І., Маркова М. В., Харченко Є. М., Бусло О. О., Клименко В. В., Степанова Н. М., Бахтиярова С. А., Бабич В. В., Лещенко О. М., Мартиненко Н. В., Лисенко І. О. Медико-психологичні аспекти розвитку, перебігу та терапії невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – Т. 11 № 2 (39). – С. 32 – 48.
47. Явдак И. А. Патопсихологический портрет больных невротическими расстройствами с суицидальным риском / И. А. Явдак, Е. С. Череднякова, М. М. Денисенко // Тези доповідей Другої науково-практичної міжрегіональної конференції “Інтегративні підходи в діагностиці та лікуванні психічних і психосоматичних хвороб”. – Вінниця: 2010. – С. 74 – 75.
48. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьева. – М. : МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
49. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения, изд-во Ин-та психотерапии, 2004. – 320 с.
50. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. – М.: Медицина, 2000. – 549 с.
51. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Биологическая терапия // Клиническая психиатрия. — М.: Медицина, 2014. — Т. 2. — С. 110–194.
52. Губский Ю. И., Шаповалова В. А., Кутько И. И., Шаповалов В. В. Лекарственные средства в психофармакологии. — Киев: Здоров'я; Харьков: Торсинг, 1997. — 288 с.
53. Costa E. Benzodiazepine/GABA interactions: A model to investigate the Neurobiology of Anxiety / E. Costa. – London : Lawrence Erlbaum Publishers, 1985. – P. 27-52.
54. Скрипніков А. М., Сонник Г. Т., Рудь В. О. Роль психофармакологічних факторів в патоморфозі депресивних станів з суїцидальними проявами / Журнал психиатрии и медицинской психологии. № 1 (10), 2003. – С. 20 – 22.
55. Козідубова В. М., Долуда С. М., Баричева Е. М. Основи клінічної психофармакології: - Х.: ФОП Шейніна О. В., 2009. – 112 с.
56. Чекман І. С., Бобирьов В. М., Кресюн В. Й. Фармакологія. Підручник для студентів стоматологічних факультетів. – К., 2011. – 432 с.
57. Catecholamines and anxiety / R. J. Mathew [et al]. // ACTA Psychiatr. Scand. 1982. – № 65. – P. 142-147.
58. Сердюк А. И. Роль демографических, медицинский и социальных факторов в формировании непсихотических психических расстройств у больных соматическими заболеваниями // Актуал. пробл. пограничной психиатрии, психотерапии, мед. психологии: Материалы науч.-практ. конф. – Х., 1999. – С. 122 – 124.
59. Гавенко В. Л. Психогенные и психосоматические расстройства при массовых исследованиях / В. Л. Гавенко, Н. В. Гавенко, И. В. Лещина //

Матеріали науково-практичної конференції “Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження”, Харків, 2010. – С. 55 – 56.

60. Latas M., Starcevic V., Trajkovic G., Bodojevic G. Comorbid depression in panic Disorder with agoraphobia // Abstracts XI World Congress of Psychiatry. - Hamburg. - 1999. - V.2. - P.20.

61. Lavik N.J., Hauff E., Skrondal A., Solberg O. Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an outpatient population // Br J Psych. - 1996. - Vol. 169. – P.726-732.

62. Nolen-Hoeksema S. Sex differences in depression. Stanford: Stanford Univ. Press, 1990. – 24 p.

63. Ono Y., Yoshimura K., Mizushima H. et al. Gender differences of somatoform symptoms // Abstracts X World Congress of Psychiatry. – Madrid. - 1996. - V.1. - P.78.

64. Чабан О. С. Деадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання / О.С. Чабан, О.О. Хаустова // Журн. психіатрії и мед. психології. - 2009. - №3. - С. 13-21

65. Лещина І. В. Особливості психічного здоров'я та дезадаптивних станів студентів в сучасних умовах / І. В. Лещина // Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених “Медицина третього тисячоліття”, Харків, - 2008. – С. 56 – 57.

66. Марута Н. А. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) / Н. А. Марута, В. В. Мороз. – Х. : РИФ "Арсис, ЛТД", 2002. – 144 с.

67. Лекции по психиатрии для врачей общей практики и семейных врачей / И. А. Марценковский [и др.]. – Киев: Здоровье Украины, 2013. – 516 с.

68. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді // Український вісник психоневрології / Н.Г. Пшук, Д.П. Слободнюк – 2015. – № 2(83). – С. 86-90.

69. Влох І.Й. Психосоціальна реабілітація. Принципи, результати в Україні та Австрії / І.Й. Влох, Г. Гофман // Архів психіатрії. - 2001. - №3. - С. 115-118.

70. Колядко С.П. Психотерапевтична корекція у хворих на невротичні розлади і пароксизмальні стани в клінічній картині / С.П. Колядко // Укр. вісн. психоневрології. - 2010. - Том18, Вип.3. - С. 130.

71. Малюта Л.В. Психотерапевтична корекція депресивних порушень у хворих на невротичні розлади / Л.В. Малюта // Укр. вісн. психоневрології. - 2010. - Том18, Вип.3. - С. 132-133.

72. Eysenck H. J. Causes and Cures of Neurosis / H.J. Eysenck, S. Rach-man. – L. : Roulledge and Kegan Paul, 1965. – 403 p.

73. Shieds J. Heredity and psychological abnormality // Handbook of abnormal psychology. – London. - 1973. – P. 23-31.

74. Марута Н.А., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Динамика интегративного показателя качества жизни в процессе терапии тревожно-фобических



расстройств у женщин // Украинський вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 2 (47), додаток. – С. 128.

75. Hermann H. Quality of life and neurotic disorders in general healthcare / H. Hermann, P. Chopra // Current opinion in psychiatry. – 2009. – № 1. – P. 61-68.

76. Новик А.А., Ионова Т.И. руководство по исследованию качества жизни в медицине.— СПб.: олмаПресс, 2002.— 315 с.

77. Франкова І. О. Психосоціальна модель розвитку гострої соціальної самоізоляції в умовах соціально-економічної трансформації / І.О. Франкова // Арх. психіатрії. - 2014. – Том 20, №3. - С. 35-40.

78. Lee D. Phenomenology of affective disorders in Chinese women // Abstracts XIII World Congress of Psychiatry. – Cairo. - 2005. – P. 92.

79. McGrath E. et al. Women and depression: Risk factors and treatment issues. Washington: Am. Psychol. Ass., 1990. - P. 3-14.

80. Бахтеева Т. Д. Невротические расстройства у женщин в возрастном аспекте // Украинський вісник психоневрології. – 2002. – № 3. – С. 28-30.

81. Бахтеева Т. Д. Микросоциальные отношения при невротических расстройствах (гендерный аспект) // Украинський медичний альманах. – 2003. – № 3. – С.13-16.

82. Шкляр С.П. Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С.П. Шкляр, М.С. Панченко, Д.П. Перцев [та інш.] // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб.наукових праць, - 2011.-Вип.6 (108).- С.495-505.

83. Корнацький В. М., Маркова М. В., Харченко Є. М., Степанова Н. М., Бабіч В. В., Лещенко О. М., Бахтіярова С. А., Мартиненко Н. В. Щодо впливу макро- та мікросоціальних чинників на розвиток невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, коморбідних з артеріальною гіпертензією // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 3 (42). – С. 15-24.

84. Blake R. R. Managing Inter-Group Conflict in Industry / R. R. Blake, J. S. Mouton, H. A. Shepard. – Houston : Gulf, 1964. – 340 p.

85. Маркова М. В. Социальная психиатрия / М. В. Маркова // Клиническая психология. Словарь; под ред. Н. Д. Твороговой. – Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах; ред.-сост. Л. А. Карпенко; под общ. Ред. А. В. Петровского. – М.: ПЕР СЭ, 2010. – С. 35 – 36.

86. Руководство по психиатрии. В 2 т. Т 2. / А. С. Тиганов. – М. : Медицина, 2012. – 784 с.

87. Шейдер Р. Психиатрия / Р. Шейдер. — М. : Практика, 2014. – 203 с.

88. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология / В. Д. Менделевич. – М. : Медпресс, 1999. – 592 с.

89. Холмогорова А.Б. Биопсихосоциальная модель как методологическая основа для изучения психических расстройств // Соц. и клин. психиатрия. – 2002. – № 3. – С. 97-104.

90. Нуллер Ю. Л. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) / Ю. Л. Нуллер, С. Ю. Циркина. – К. : «Сфера», 2005 г. – 306 с.

91. Ждан В.М. Основи медичної психології / Ждан В.М., Скрипников А.М., Животовська Л.В. та ін./ – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014. – 255 с.
92. Хитров Н.К., Салтиков А.Б. Хвороби цивілізації та нозологічний принцип медицини з позицій загальної патології //Клин. мед. - 2003. - № 1. - С. 5-11.
93. Приходько В.Ю. Пациент высокого риска - кто он ? / В.Ю. Приходько // Здоров'я України, 2010. - №3. – С.18-19.
94. Pelkonen M, Marttunen M, Henriksson M, et al. Adolescent adjustment disorder: precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. *Eur Psychiatry*. 2007; 22(5):288-295.
95. Почебут Л. Г. Индустриальная социальная психология / Л. Г. Почебут, В. А. Чикер. – СПб. : Еврознак, 1997. – 255 с.
96. Психіатрія та наркологія / В. Л. Гавенко [та. ін.]. – К: Здоров'я, 2009. – 512 с.
97. Руководство по психиатрии. В 2 т. Т 1. / А. С. Тиганов. – М. : Медицина, 1999. – 712 с.
98. Свядоц А. М. Неврозы (руководство для врачей) / А. М. Свядоц. – Санкт-Петербург : Питер; 1997. – 448 с.
99. Концепція формування невротичних депресій у сучасному соціумі / Н. О. Марута [та ін.] // Архів психіатрії. – 2003. – № 1. – С. 17-20.
100. Динаміка психовегетативних порушень при невротичних розладах / Чабан О.С. [та ін.] // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – 2001. – №6. – С. 38.
101. Фурст Д. Невротик, его среда и внутренний мир / Д. Фурст. – М. : ИИЛ, 1957 – 376 с.
102. McGrath E. et al. Women and depression: Risk factors and treatment issues. Washington: Am. Psychol. Ass., 1990. - P. 3-14.
103. Социальная психология. / А. Л. Журавлев [и др.]. – М. : Высш. школа, 2012. – 385 с.
104. Социальная психология / А. Н. Сухов [и др.]. – М. : Просвещение, 2011. – 290 с.
105. Асмолов А.Г. Психология личности. Принцип общепсихологического анализа / А. Г. Асмолов. – М. : МГУ, 1990. – 367 с.
106. Трухін І.О. Соціальна психологія спілкування / І. О. Трухін. – К. : Либідь, 2005. – 385 с.
107. Грановская Р.М. Психологическая защита / Р. М. Грановская. – СПб. : Речь, 2007. – 474 с.
108. Решетников М. И. Психическая травма. История вопроса // Психотерапия. – 2010. – № 1. – С. 86-95.
109. Гришина Н. В. Психология конфликта / Н. В. Гришина. – СПб. : Питер, 2003. – 464 с.
110. Angst J. The Zurich study — a prospective epidemiological study of depressive, neurotic and psychosomatic syndromes / J. Angst, A. Dobler-Mikola, J. Binder // *European Archives of Psychiatry and Neurological Science*. – 1984. – № 234. – P. 13-20.

111. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
112. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія / Л. Е. Орбан-Лембрик. – К. : Академвидав, 2005. – 468 с.
113. Хорни К. Невроз и личностный рост / К.Хорни. –М.: Прогресс, 1996. – 653 с.
114. Александровский Ю.С. Социальные факторы и пограничные психические расстройства // Руководство по социальной психиатрии под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 177-194.
115. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах / І. Я. Пінчук [та ін.]. – Київ: Каліта, 2014. – 92 с.
116. Березовская Н.А. Конструктивное преодоление конфликтов / Н. А. Березовская, И. А. Хрущ, Т. Н. Алыко. – Минск : БГМУ, 2014. – 59 с.
117. Servant D. Лікування порушення адаптації, викликаного страхом: ефективність і безпека етифоксину в подвійному сліпому контрольованому дослідженні // Новини медицини і фармації. – 2006. – № 11-12. – С. 15-16.
118. Остапенко О.В. Клініко-психопатологічна характеристика розладів адаптації в учнів загальноосвітніх і спеціалізованих шкільних закладів / О. В. Остапенко // Медична психологія. – 2010. - № 4. – С. 72 – 74.
119. Мясищев В. Личность и неврозы / В. Мясищев. – Л.: Ленинградский ун-т, 1960. – 428 с.
120. Галецька І. Самоефективність у структурі соціально-психологічної адаптації // Вісник Львівського університету. Сер. "Філософські науки". – 2003. – №5. – С. 433-442.
121. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community / N. Breslau [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1998. – №. 55. – P. 626-632.
122. Попов Ю.В. Реакция на стресс. Комментарии к МКБ-10 / Ю. В. Попов, В. Д. Вид. – М.:«Альта», 1998. – 256 с.
123. Фалева Е.Е. Влияние социальных и семейных ролей на самореализацию женщины // Медицинская психология. – 2013. – №8. – С.52-56.
124. Гнатюк Р.М. Причини виникнення, динаміка та вихід невротичних розладів // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2000. – № 12. – С.73-77.
125. Михайлов Б.В. Психогенные расстройства и проблемы психотерапии // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 85-89.
126. Деякі особливості сучасних невротичних розладів / О. С. Чабан [та ін.] // Архів психіатрії. – 2002. – № 3 (30). – С.65-69.
127. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – М. : Медицина, 2012. – 495 с.
128. Практикум по патопсихологии / Б. В. Зейгарник [и др.]. – М. : ИМУ, 2007. – 183 с.
129. Смулевич А. Б. Тривожні депресії // Новини медицини і фармації. – 2004. – № 6. – С. 8-9.

130. Сосновикова Ю.Е. Психологические состояния человека, их классификация и диагностика. – Горький, 1975. – 118 с.
131. Кришталь В. В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции // Междунар. мед. журн. – 2007. – № 1. – С. 37-40.
132. Гавенко В. Л. Непсихотические психические расстройства у больных с психосоматическими заболеваниями / В. Л. Гавенко, В. И. Коростий // Експериментальна і клінічна медицина. – 2007. – №3. – С. 122-124.
133. Невротичні, соматоформні розлади та стрес / Л. М. Юр'єва [та ін.]. – Дніпропетровськ [б. в.], 2005. – 96 с.
134. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. – СПб : Питер, 2001. – 272 с.
135. Майерс Д. Социальная психология / Майерс Д. – СПб:Питер, 1996. – 520 с.
136. Андреева Г. М. Социальная психология / Г. М. Андреева. – М. : МГУ, 1980. – 280 с.
137. Морозов С. М. Клінічна психологія \ С. М. Морозов, В. В. Бондар. – К. : ІПО КУ ім. Тараса Шевченка, 2001. – 114с.
138. Кулаков С.А. Практикум по клинической психологии и психотерапии подростков / С.А.Кулаков. – СПб. : 2005. – 464 с.
139. Арносон Э. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме / Э. Арносон, Т. Уилсон, Р. Эйкерт. – СПб. : Еврознак, 2002. – 560 с.
140. Психофізіологічні особливості хворих із невротичними розладами / Н. О. Марута [та ін.] // Медицинская психология. – 2013. – №8. – С.57-60.
141. Абрамов В. А. Медична психологія/ В. А. Абрамов [та ін.]. – Донецьк : Каштан, 2008. – 270 с.
142. Лесовая Е. В. Состояние неспецифических адаптационных реакций организма у пациентов с неврастенией // Медицинская психология. – 2013. – №8. – С. 57-61.
143. Психологія; Медична психологія; Психіатрія (термінологія) / І. І. Кутько [та ін.]. – Х., 1997. – 314с.
144. Шебанова С. Г. Клінічна психологія: навчально-методичний посібник / С. Г. Шебанова, В. І. Шебанова. – Херсон, 2009.– 192 с.
145. Корнєв М. Н. Соціальна психологія / М. Н. Корнєв, А. Б. Коваленко. – К. : Либідь, 1995. – 304 с.
146. Сучасні механізми неврозогенезу та їх психотерапевтична корекція / Н. О. Марута // Матеріали IV-го Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє» // Український вісник психоневрології. – 2012. – №. 20. – С. 200.
147. Мороз В.В. Эмоциональные расстройства при невротических депрессиях и некоторые патопсихологические механизмы их формирования. //Український вісник психоневрології. – 1999. – № 4.– С.70-72.

148. Deutsch M. The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes / M. Deutsch. – New Haven: Yale University Press, 1973. – 420 p.
149. Michels R. Psychotherapeutic approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders / J. Clin. Psychiatry. – 1997. - Vol. 58, №13.- P. 30 - 32.
150. Мороз В. В. Динамічні характеристики невротичних депресій за умов формування соматичних порушень //Одеський медичний журнал. – 1998. – №5. – С. 45-47.
151. Напреекно О. К. Соматопсихічні розлади // Український вісник психоневрології. – 1996. – № 5. – С. 292-294.
152. Kholmogorova A., Garanian N., Sheib P., Wiersching M. Social and familial context of emotional disorders in somatoform patients // Abstracts XI World Congress of Psychiatry. – Hamburg. - 1999. - V.2. - P.95.
153. Панченко М.С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М.С.Панченко // Вісник проблем медицини та біології, 2013.-Вип.4.-Т.1.-С.193-197.
154. Чугунов В.С. Неврозы, неврозоподобные состояния и симпатико-адреналовая система / В. С. Чугунов, В. Н. Васильев. – М.: Медицина, 1984. – 192 с.
155. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах. / Марута Н. А. – Харьков : РИФ «Арсис ЛТД», 2000. – 159 с.
156. Психіатрія / В. М. Козідубова [та ін.]. – Харків : «Оберіг», 2013. – 1164 с.
157. Корольчук М. С. Психодіагностика / М. С. Корольчук. – К. : Либідь, 2005. – 372 с.
158. Чабан О. С. Популярная психиатрия: ответы на наиболее часто задаваемые вопросы психиатрам. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова и др. – Київ, 2014. – С 59-66.
159. Вейн А. М. Синдром вегетативной дистонии // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — Т. 89, вып. 10. — С. 13–19.
160. Воробьёва Т. М., Колядко С.П. Значение эмоциогенного мозга в нейробиологических механизмах оперативного биоадаптивного управления (исследование на модели самофотостимуляции) // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 1. — С. 12–15.
161. Маркова М. В. Постстрессові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми / М. В. Маркова, П. В. Козира // Медицинская психология. – 2015. – №10. – С. 8-13.
162. Заболевания вегетативной нервной системы / А. М. Вейн, Т. Г. Вознесенская, В. Л. Голубев и др.; Под ред. А. М. Вейна. — М.: Медицина, 1991. — 624 с.
163. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Ильин Е. П. – Санкт-Петербург :Питер 2000. – 512 с.

164. Обозов Н. Н. Психология межличностных отношений / Н. Н. Обозов. – К. : Буква, 2012. – 191 с.
165. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціально-психологічна структура особистості. // Вісник Прикарпатського ун-ту. Філософські і психологічні науки. – № 3. – Івано-Франківськ, 2002. – С. 129-138.
166. Скрипников А. Н. Эмоции и их нарушения / А. Н. Скрипников – Полтава, 2014. – 23 с.
167. Морозова М.А., Бешиашвили А.Г. Роль ранней терапевтической динамики тревоги в изменении состояния больных с тяжелым депрессивным эпизодом // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – С. 81-84.
168. Скрипніков А. М. Психопатії / А. М. Скрипніков - Полтава, 2012. – 97 с.
169. Eysenck H. J. The Structure of Human Personality / H. J. Eysenck. – London : Methuen, 1952. – 348 p.
170. Goldberg L. R. An alternative «description of personality»: The Big-Five factor structure // Journal of Personality and Social Psychology. – 1990. – № 59. – P. 1216-1229.
171. Cozby P.C. Self-Disclosure: a literature review // Psychological Bulletin. – 1973. – № 79. – P. 73-91.
172. Явдак И. А. Личностные предпосылки формирования резистентности у больных невротическими // Медицинская психология. – 2015. – №10 – С. 73-77.
173. Чугунов В. С., Васильев В. Н. Неврозы, невротоподобные состояния и симпатико-адреналовая система. — М.: Медицина, 1984. — 192 с.
174. Депрессивные расстройства / И. И. Кутько [и др.] – Киев: Здоров'я, 1992. – 160 с.
175. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Acta unveranderte auflage^Mit 3 Abbildungen. Berlin, Heidelberg, New York, Springer Verlag, 1965. - 748 S.
176. Eysenck H. J. Principles and Methods of Personality. Description, Classification and Diagnosis // Brit. Journal of Psychol. – 1964. – № 55. – P. 284-294.
177. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз / В. В. Чугунов – Харьков : Наука, 2010. – 304 с.
178. Rihmer Z. Dysthymic disorder: implications for diagnosis and treatment. Curr Opin Psychiatr. - 1999. - Vol. 12.- P. 69-75.
179. Кутько И. И., Стефановский В. А., Букреев В. И., Шестопалова Л. Ф. Депрессивные расстройства. — Киев: Здоров'я, 1992. — 160 с.
180. Чабан О. С., Харченко Є. М., Венгер О. П., Гнатюк Р. М. Деякі особливості сучасних невротичних розладів // Архів психіатрії. – 2002. - № 3 (30). – С. 65 – 69.
181. Kaplan H.J., Sadock B.J., Grebb J.A. Synopsis of Psychiatry. - 7<sup>th</sup> Ed. - Baltimore, 1994.
182. Katon W. Jnt. J Psychiatry Med. - 1987. - vol.17. - P. 93-112.
183. Reduced caudate nucleus volume in obsessive-compulsive disorder / D. Robinson [ et al.] // Archives of General Psychiatry. – 1995. – № 52. – P. 393-399.

184. Robins R. W. An empirical analysis of trends in psychology / R.W. Robins, S.D. Gosling, K.H. Craik // *American Psychologist*. –1999. – № 54. – P. 117-128.
185. Franklin C.L., Sheeran T., Zimmerman M. Screening for trauma histories, posttraumatic stress disorder (PTSD), and subthreshold PTSD in psychiatric outpatients // *Psychol Assess.* - 2012, 14(4). - P. 467-71.
186. Майдан І.С., Чабан О.С. Психопатологічні особливості пацієнтів з невротичними розладами предменструального періоду. *Вісник психіатрії та психофармакотерапії* 2010. - №1 (17). 38-42.
187. Чабан О.С., Гнатюк Р.М., Білоус С.В., Несторович Я.М., Ящук В.В. Динаміка психо вегетативних порушень при невротичних розладах // *Здобутки клінічної та експериментальної медицини.*- Тернопіль: Укрмедкнига, 2001.- Вип.6. - С.38.
188. Карвасарский Б. Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б. Д. Карвасарский, В. Ф. Простомолотов. – Кишинёв : Штиинца, 1998. – 166 с. 61.
189. Панические состояния. Психотерапия и рефлексотерапия / С. И. Табачников [и др.]. – Киев-Донецк : Медицина тонких энергий, 2012. – 150 с.
190. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 2012. — 384 с.
191. Курако Ю. Л., Волянский В. Е. Пути оптимизации терапии психо вегетативного синдрома // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 1992. — Т. 92, вып. 4. — С. 47–50.
192. Марута, Н. О. Аспекти психотерапевтичної корекції тривожно-фобічних розладів з урахуванням особливостей факторів психічної травматизації / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко // *Тези наукового симпозиуму та Пленуму наук.-практичн. Товариства з міжнародною участю “Індикатори якості надання неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги”* (м. Чернівці, 23-25 вересня 2010) // *Український вісник психоневрології.* – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 137.
193. Kendler K.S., Heath A.C., Marehn N.G. Symptoms of ancilty and symptom of depression some genes, different ewneranments? // *Arch. gen. psychist.* -1987. - vol.44. - № 5. - P. 451-457.
194. Кришталь Е.В., Луценко А.Г., Марченко В.Г. Патопсихологические особенности формирования депрессивных расстройств у женщин с сексуальными нарушениями. *Медицинская психология* 2012; 1 (25): С. 8-10.
195. Hamilton M. *Klinische Psychopathologie.* - Suttgart. Verlog, 2012. - P. 16-19.
196. Jouger M., Frasch K., Becker T. Adjustment disorders - nosological state and treatment options. *Psychiatr Prax.* 2008 Jul;35(5):219-25. *Psychiatr Prax.* 2009 Mar; 36(2):95;(author reply 96-7).
197. Бодалев А. А. *Общая психодиагностика* / А. А. Бодалев, В. В. Столин. – М. : Речь, 2001. – 440 с.

198. Каленська Г. Ю. Патопсихологічні особливості хворих на депресивні розлади невротичного генезу // Український вісник психоневрології. – 2003. – №2. – С. 47-49.
199. Марута Н. А. Депрессии в общемедицинской практике / Н. А. Марута, Л. Н. Юрьева, А. И. Мамчур. – Киев : [б. и.], 2009. – 30 с.
200. Психокardiология / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин, М. Ю. Дробижев, С. В. Иванов. – М. : МИА, 2005. – 778 с.
201. Powel N. Stress disorder/ZFire. - 2014. 88, № 1084. - P. 29-30.
202. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4<sup>th</sup> ed.) Washington, DC. -1994.
203. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness // Brot. Isoc. Clin. Psychol. – 1967. – № 6. – P. 278-296.
204. Мищенко Н. Тревожные расстройства: прерогатива терапевтов или психиатров? //Здоров'я України.– №13–14. – 2006. – С.56-57.
205. Синицкий В.Н. Депрессивные состояния (нейрофизиологическая характеристика, клиника, лечение и профилактика). — Киев: Наукова думка, 1996. — 272 с.
206. Федченко В. Ю. Роль сучасних факторів психічної травматизації в розвитку неврастенії / В. Ю. Федченко // Експерим. і клініч. медицина. - 2012. - N 2. - С. 141-147.
207. Первый В. С. Диагностические аспекты кардиального невроза // Укр. медичний альманах. – 2005. - № 4. С. 190 – 192.
208. Пушкарёва Т. Н. Распространённость и клинико-психопатологические характеристики депрессивных и тревожных расстройств непсихотического уровня у женщин в период беременности // Архив психіатрії. – 2005. – №11 – С. 59-65.
209. Попов Ю.В., Вид В.Д. Реакции на стресс: практический комментарий к 5-ой главе Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ - 10) // Современная психиатрия. - 1998. - № 1. - С. 10-13.
210. Berezovskaya N. Sexual problems of women of reproductive age suffering from neurotic disorders / N. Berezovskaya, V. Domoratsky // The 19th WAS World Congress for Sexual Health “Sexual Health and Rights: A Global Challenge”: Abstract Book. Gothenburg (Sweden). June 21-25, 2009. – 237 p.
211. Семичов СБ. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 2013. -184 с.
212. Кардаш В. Диференційна діагностика неврозів (методичні рекомендації) / В. Кардаш, Н. Кардаш. – Луцьк : Інститут соц. наук Волинс. держ. університету ім. ЛесіУкраїнки, 2000. – 132 с.
213. Москаленко В. В. Соціальна психологія \ В. В. Москаленко. – К. : Центр навчальної літератури, 2015. – 624 с.
214. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические, когнитивные и социальные аспекты / Р. Фрэнкин. – СПб. : Питер, 2013. – 652 с.
215. Абабков В. А. Катамнез больных неврозами с системными соматическими расстройствами // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1981. — Т. 81, вып. 11. — С. 1671–1676.



216. Jung C.G. Personality and Stress. Traits, Types and Biotypes. // Stress and Health. / Ed. P.L.Price. - Brooks & Cole Publishing, Pacific Grove, CA, 2012.-pp. 85-115.
217. Мехилане Л. С. Общемединские проблемы неврозов // Психогенные заболевания. — Тарту: Тартуский государственный университет, 1987. — С. 82–94.
218. Kovacs M. Beck A. Maladaptive cognitive structures in depression // *Amtr. J. Psychiat.* - 2008. - vol.136. - № 5. - P. 526-533.
219. Davidson J. Biological therapies for posttraumatic stress disorder: an overview // *J Clin Psychiatry.* – 1997. – № 9. – P. 29-32.
220. Напреенко О.К. Соматопсихічні розлади // Український вісник психоневрології.– 1996.– Т.4.– Вип. 5(12). – С.292-294.
221. Ormer R.J., Lynch T., Seed P. Long-term traumatic stress reactions in British Falklands War veterans // *Brit. J. Clin. Psychol.* -1993. - 32, №4. - P. 457-459.
222. Posttraumatic Stress Disorder and Identification in Disaster Workers /Ursano R.J., Fullerton C.S., Vance K. et al. // *American Journal of Psychiatry* 1999.- P. 353-359.
223. Палеев Н.Р., Краснов В.Н., Подрезова Л.А. и др. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней // Вестник Российской Академии медицинских наук.– 1998.– № 5.– С.3-7.
224. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин: Клиническое руководство / И. А. Бабюк [и др.]. – Донецк : [б. и.], 2003. – 284с.
225. Батыгин Г. С. Лекции по методологии социальных исследований / Г. С. Батыгин. – М. : Аспект Пресс, 1995. – 286 с.
226. Феноменологическая оценка психических нарушений при синдроме хронической усталости и неврастении / О.Г. Сыропятов, Н.А. Дзержинская, Ю.Н. Астапов, Т.С. Яновский // *Арх. психіатрії.* - 2011. - Том17, №3. - С. 12-16.
227. Powel N. Stress disorder/ZFire. - 2014. 88, № 1084. - P. 29-30.
228. Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Okland /Koopman C Classen C, Spiegl D. at all. // *Amer. J. Psychiat.* -1994. 154, №6. - P. 888-894.
229. Post-traumatic stress disorder and major depression among Italian Nazi concentration camp survivors: a controlled study 50 years later / Favaro A., RodellaF.C, Colombo G. et al. // *Psychological Medicine.* - 1999. - P. 87-95.
230. Первый В. С. Основные принципы психотерапии невротических фобий // *Таврич. журн. психиатрии.* – 2005 - № 1. – С. 16 – 21.
231. Марута Н. А. Критерии диагностики и принципы терапии депрессий, коморбидных с психическими и поведенческими расстройствами / Н. А. Марута, А. А. Назарчук // *Медицинская психология.* – 2014 – №9. – С.64 -70.

232. Молла-заде А. Н. Церебральные механизмы вегетативных расстройств // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — Т. 89, вып. 10. — С. 21–26.
233. Патопсихологические особенности формирования депрессивных расстройств у женщин с сексуальными нарушениями / Е. В. Кришталь [и др.] // Медицинская психология. — 2012. — №7 — С. 8-11.
234. Szabo S. Hans Selye and the development of the stress concept. Special reference to gastroduodenal ulcerogenesis // Ann. N.-Y. Acad. Sci. - 1998. - V.851. - P.19-27.
235. Ursano R.J., Rundell J.R. The prisoner of war. // Mil. Med. - 1990. - V.155, №4, pp. 176-180.
236. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медицинская психология. — 2015. — №10 (1)– С. 8-13.
237. Новиков В. П. Психологические последствия аварии / В. П. Новиков, А. М. Никифорова // Воен.-мед. журн. — 1996. — №6. — С. 57-61.
238. Свядощ А. Неврозы: руководство для врачей / А.Свядощ. — СПб.: Питер Кон, 1998. — 301 с.
239. Шапиро Д. Невротические стили / Шапиро Д. — М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2000. — 176 с.
240. Посттравматические стрессовые расстройства: проблемы лечения и профилактики / П. В. Волошин [и др.] // Междунар. мед.журн. — 2004. — №1. — С. 33-37.
241. Мірошніченко А. І. Клініко-експериментально-психологічна та нейрофізіологічна характеристика особливостей сучасних форм істеричних розладів і методи підвищення ефективності їх лікування. — Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 1996. — 23 с.
242. The potential of anamnestic comparative self-assessment (ACSA) to reduce bias in the measurement of subjective well-being / J. L. Bernheim [et al.] // J. of Happiness Studies. — № 7. — 2006. — P. 227-250.
243. Frequency of subjectively assessed symptoms of sexual dysfunction and sexual disorders / A. Kokozska [et al.] // Psychiatria Polska. — 2009. — № 6. P. 705-718.
244. Wagner D., Heinrichs M., Ehlert U. Prevalence of Symptoms of Post-traumatic Stress Disorder in German Professional Firefighters // American Journal of Psychiatry 1998. -P. 1727-1732.
245. Watson G.G. Appendix: PTSD interview (PTSD-I) DSM-III version. // J. Clin. Psychol. - 1991, №47. -P.186-188.
246. Кожина Г.М. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів / Г. М. Кожина, К. О. Зеленська // Український вісник психоневрології. — 2013. — №21 — С. 90-94.
247. Соломко С. Б. Сучасні форми соматоформних розладів: клініко-психопатологічна, клініко-психофеноменологічна, медико-психологічна характеристика, особливості патоморфозу та підходи до амбулаторної

психотерапії / С. Б. Соломко // Медицинская психология. – Том 4, № 4 (16), Харьков, 2009. – С. 76 – 79.

248. Consensus criteria for traumatic grief /Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C. et al. //British Journal of Psychiatry 1999. -174. - P. 67-73.

249. Jones R., Yates W.R., Zhou M.H. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *JAffectDisord.* 2002; 71(1-3):199-203.

250. Эйдемиллер Э. Г. Семейная психотерапия / Э. Г. Эйдемиллер, Н. В. Александрова, В. Юстицкис. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 512 с.

251. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Харьков : Прапор, 2002. – 108 с.

252. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу хворих на неврологічні та психічні розлади / Л. Ф. Шестопалова [та ін.] // Медицинская психология. – 2013 – №8. – С.3-6.

253. Hornstein C. Physical and psychosocial disturbances of the partners of women with severe postpartum psychiatric disorders // *European Psychiatry.* – 2007. - V.22. – suppl. 1. – P. 3-4.

254. Houtman I.L., Goudswaard A., Dhondt S. et al. Dutch monitor on stress and physical load: risk factors, consequences and preventive action // *Occup. Environ. Med.* - 1998. - V.55. - №2. - P.73-83.

255. Психотерапия / Б. В. Михайлов [и др.]. – Харьков : ОКО, 2002. – 768 с.

256. Шнейдер Л. Б. Психология семейных отношений. Курс лекций / Шнейдер Л. Б. – М. : Апрель-Пресс, 2000. – 512 с.

257. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 656 с.

258. Lazarus R. S. Psychological Stress and the Coping Process / R. S. Lazarus. – N.Y. : McGraw-Hill, 1966. – 673 p.

259. Бильгильдеева Т. Ю. О возрастных аспектах копинг-поведения / Т. Ю. Бильгильдеева, Т. Л. Крюкова // *Личность и общество: актуальные проблемы современной психологии: Матер. Всерос. Симпозиума Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова-РПО.* – 2000. – С.81-82.

260. Кришталь В. В. Сексуальная гармония супружеской пары / В. В. Кришталь, Г. П. Андрух. – Харьков : НПФ Велес, 1996.- 160 с.

261. Михайлов Б.В. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами / Б. В.Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир // *Журнал психиатрии и медицинской психологии.* – 2004. – №4. – С. 35-38.

262. Hodlevsky A. Women's mental health situation in Ukraine // *Abstracts XI World Congress of Psychiatry.* – Hamburg. - 1999. - V.2. - P.309.

263. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс. – СПб. : 2005. – 86 с.

264. Яковцова Т. Е. Клинико-психопатологическая характеристика, закономерности формирования и принципы терапии аффективных и

невротических расстройств : дис. ... канд. мед. наук : 14.01.16 / Яковцова Татьяна Евгеньевна ; Харьк. мед. акад. последиплом. образования. – Х., 2011. – 184 с.

265. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

266. Бахтеева Т. Д. Особенности факторов психической травматизации при невротических расстройствах у женщин // Таврический журнал психиатрии. – 2004. – № 2. – С.17-21.

267. Бахтеева Т. Д. Предикторы формирования невротических расстройств у женщин // Проблемы экологии та медицини. – 2004. – № 1-2. – С. 8-13.

268. Марута Н. О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н. О. Марута, Ж. І. Білостоцька // Архів психіатрії. – 2008. – № 3. – С. 14-19.

269. A cluster analysis of symptom patterns and adjustment in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder / Mazzeo S.E., Beckham J.C, Witvliet Cv C, et al. // J. Clin. Psychol. - 2002, 58(12). - P. 1555-1571.

270. Acute and Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Motor Vehicle Accident Victims / Ursano R. J., Fullerton C.S., Epstein R.S. et al. // Am. J. Psychiatry. -1999. -P. 589-595.

271. Гавенко Н. В. Нарушение сексуального здоровья супружеской пары при неврастении у жены // Медицинская психология. – 2007. – № 1. – С. 51-54.

272. Панченко М.С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М.С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології, 2013.-Вип.4.-Т.2.-С.149-153.

273. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. Курс лекций. – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2014. – 512 с.

274. Проскурина Т. Ю. Особливості лікування депресивних невротичних розладів, коморбідних з тривогою, у підлітків // Український вісник психоневрології. – 2009. – № 17 – С. 48-52.

275. Маркеры-мишені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів / Гриневич Є. Г. [та ін.] // Медицинская психология. – 2013. – №8. – С. 76-82.

276. Анастаси А. Психологическое тестирование: В 2-х томах / Анастаси А. – М. : Педагогика, 1982.

277. Гнатюк Р. М. Вихід неврастенії та дисоціативних невротичних розладів // Український вісник психоневрології. – 2002. – № 2. – С. 100-103.

278. Березовская Н. А. Невротические и сексуальные расстройства у женщин репродуктивного возраста: особенности формирования и взаимовлияние // Психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1. – С. 6-20.

279. Roy A. Feve risk factors for depression // Brit. J. Psychat. - 1987. - vol. 150. -№4.-P. 536-541.

280. Березовская Н. А. Невротические и сексуальные расстройства у женщин репродуктивного возраста: особенности формирования и взаимовлияние // Психотерапия и клиническая психология – 2010. – № 1. – С. 47-61.

281. Sleep complaints are not corroborated by objective sleep measures in post-traumatic stress disorder: a 1-year prospective study in survivors of motor vehicle crashes / E. Klein[et al.] // J. Sleep Res. – 2003. – № 12. – P. 35-41.

282. Вітенко І. С., Чабан О. С., Бусло О. О. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – с. 186.

283. Лесовая Е. В. Состояние неспецифических адаптационных реакций организма у пациентов с неврастенией // Медицинская психология. – 2013. №8 (4)– С.57 - 61.

284. Остапенко О. В. Расстройства адаптации у учащихся средних учебных заведений: клиничко-психопатологические и патопсихологические аспекты / О. В. Остапенко // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16, № 1 (58). – С. 27 – 32.

285. Первый В.С. Основные принципы психотерапии невротических расстройств // Таврич. журн. психиатрии. – 2005.- №1.- С. 16-21.

286. Табачников А. Е. Бихевиоризм и поведенческая терапия (философская и психологическая модели) / А. Е. Табачников, В. С. Табачникова // Архів психіатрії. – 2010. – №15, 2(61) – С. 181-188.

287. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні і психологічні аспекти резистентності невротичних розладів / Н. О. Марута, І. А. Явдак // Український вісник психоневрології. – 1999. – №1. – С. 81-83.

288. Яковцова Т.Е. Клинические и патопсихологические особенности больных с невротическими и аффективными расстройствами // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип.2(63). – С. 78-80.

289. Пшук Н. Г. Дослідження впливу деяких чинників на формування клінічної структури неврозів / Н. Г. Пшук, Р. М. Золотаренко // Український вісник психоневрології. – 1998. – № 1. – С. 57-59.

290. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии / Кернберг О. – М.:Класс, 2001. – 298 с.

291. Омелаєнко І. Невротична поведінка: психолого-конфліктологічна характеристика // Практична психологія та соціальна робота. – 1998. – №9. – С. 8-11.

292. Ташлыков В. А. Внутренняя картина болезни при неврозах и её значение для терапии и прогноза. — Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Л., 1986. — 26 с.

293. Сонник Г.Т. Суїцидальна поведінка в загальній популяції Полтавської області (епідеміологія, клініко-психологічні особливості, біоритмологічні аспекти) / Сонник Г.Т., А.М.Скрипніков та ін. // Монографія. – Полтава, 2007. – 152с.

294. Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д.Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

295. Трифонова С. Ф. Избранные лекции по медицине катастроф / С. Ф. Трифонова. – М. : ГОЭТАР-МЕД, 2001. – 304 с.
296. Соколова Е. Т. Психотерапия: теория и практика / Е. Т. Соколова – Москва : Академия, 2002. – 368 с.
297. Грюнвальд Б. Б. Консультирование семьи / Б. Б. Грюнвальд, Г. В. Макаби. – М.: Когито-Центр, 2004. – 416 с.
298. Сердюк О. І., Михайлов Б. В., Михайлов О. Б. Принципи визначення змісту психотерапії у залежності від особливостей хворих на психосоматичні хвороби // VIII Конгр. світової федерації укр. лікар. т-в: Тез. доп. – Львів – Трускавець, 2000. – С. 301- 302.
299. Bandura A. Behavior theory and the models of man // *American Psychologist*. – 1974. – № 29. – P. 859-869.
300. Bandura A. Cognitive processes mediating behavioral change / A. Bandura, N. E. Adams, J. Beyer // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1977. – № 35. – P. 125-139.
301. Александров А. А. Современная психотерапия: курс лекций / А. А. Александров. – Санкт-Петербург : Академический проект, 1997. – 335 с.
302. Соломко С.Б. Медико-психопатологическая характеристика и механизмы формирования современных форм соматоформных расстройств / С. Б. Соломко // Матеріали III Національного Конгресу неврологів, психіатрів і наркологів України “Профілактика та реабілітація в неврології, психіатрії та наркології” (2 – 5 липня 2007 р.) // Український вісник психоневрології. – Том 15, Вип. 1 (150) (додат.). – Х., 2007. – С. 239.
303. Ричардсон Р. Сила семейных уз. Руководство по психотерапии в помощь семье / Ричардсон Р. – СПб. : Акцидент, 1994. – 435 с.
304. Марута Н. А. Патопсихологические предикторы суицидального поведения у пациентов с паническими расстройствами / Н. А. Марута, Ю. В. Никанорова // *Эксперим. і клініч. медицина*. – 2013. – № 1. – С. 157-162.
305. H.U. Wittchen Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. / H.U.Wittchen, C.A.Essau // *J Clin Psychiat*. – 1993. – № 54. P. 9-15.
306. Mikhailov B. V., Serdyuk A. I., Miroshnichenko A. I., Mikhailov A. B. The psychotherapy techniques in neurorehabilitation // *Eur. j. Neurology*. – 1996. – Vol. 3, № 5. – P. 119.
307. Кабанов М. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. – Л. : Медицина, 1983. – 297 с.
308. Кожина Г.М. Сучасні підходи до терапії депресивних розладів / Г. М. Кожина, К. О. Зеленська // Український вісник психоневрології. – 2013. – №21 – С. 90-94.
309. Мороз В.В. Клинико-психопатологические особенности невротических депрессий и новые подходы к терапии этих состояний. // Український вісник психоневрології. – 1999. – № 3. – С.110-113.
310. Kassinove H. Survey of personal beliefs / H. Kassinove, A. Berger. – Hofstra University : Personal communication, 1988. – 198 p.

311. Гнатюк Р. М. Вихід невротичних розладів з ведучим астеничним синдромом / Р. М. Гнатюк, О. С. Чабан // Український вісник психоневрології.–2000.– № 3. – С. 56-57.
312. Lazarus R. Stress, Appraisal and Coping / R. Lazarus, S. Folkman. – N.Y. : Springer Pub., 1984. – 218 p.
313. Barrick M. R. The Big Five personality dimensions and job performance / M. R. Barrick, M. K. Mount // Personnel Psychology. – 1991. – № 44. – P. 1-25.
314. Beck A. T. Cognitive therapy and the emotional disorders / A. T. Beck. – N.Y : American Book, 1976. – 456 p.
315. Derogatis L. R. The SCL-90-R / L.R. Derogatis. – Baltimore : Clinical Psychometric Research, 1975. – 54 p.
316. Гаврилова Н.В. Нарушение функций семьи как объект социологического исследования / Н.В. Гаврилова // Семья как объект философского и социологического исследования. – М., 1977. – С.34.
317. Coursey R.D. Individual psychotherapy and persons with serious mental illness: The clients' perspective / R. D. Coursey, A. B. Keller, E. W. Farrell // Schizophrenia Bulletin. – 1995. – № 21. – P. 283-301.
318. Beutler L. E. Therapist variables / L. E. Beutler, P. P. Machado, S. A. Neufeldt. – N.Y. : Wiley, 1994. – P. 229-269.
319. Berkowitz L. Aggression: A Social Psychological Analysis /L. Berkowitz. N.Y.: McGraw-Hill, 1962. – 278 p.
320. Parkes K. R. Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes // Journal of Personality and Social Psychology. – 1984. – № 46. – P. 655-668.
321. Dunn J. Separate lives: Why siblings are so different / J. Dunn, R. Plomin. – N.Y. : Basic Books, 1990. – 210 p.
322. Hughson R.L., Yamamoto Y., McCullough R.E. Sympathetic and parasympathetic indicators of heart rate control et altitude studied by spectral analysis // J. Appl. Physiol. - 1994. - №.77. - P. 2537-2542.
323. Jung C.G. Personality and Stress. Traits, Types and Biotypes. // Stress and Health. / Ed. P.L.Price. - Brooks & Cole Publishing, Pacific Grove, CA, 1992.-pp. 85-115.
324. Jacovides A., Fotion F., Nimatondis I., Bascialla F., Kaprinis G.S., Bech P. Neurobiological correlates of suicidal attempts and thoughts of death in patients with major depression // International Journal of Neuropsychopharmacology. – 2004. - Vol. 7, suppl.1. - P. 165.
325. Gychev A.V., Semke V. Mental health of unemployed women // Abstracts XI World Congress of Psychiatry. – Hamburg. - 1999. - V.2. - P.309.
326. Михайлов Б. В., Сарвір І. М., Баженов О. С., Мирошніченко Н. В. Соматоформні розлади – сучасна загальномедична проблема // Український медичний часопис. – 2003. - № 3 (35). – С. 73 – 76.
327. Н.О. Марута Особливості неврозогенезу неврастенії з урахуванням факторів психічної травматизації / Н.О. Марута, Т.В. Панько, В.Ю. Федченко, Г.Ю. Каленська // Таврич. журн. психіатрії. - 2012. - Том16, N2. - С. 52.

328. Гринь К. В. Клініко-синдромальні особливості рекурентних депресивних розладів, залежно від статі пацієнтів / К. В. Гринь // Матеріали науково-практичної конференції “Інноваційні технології в стоматології та клінічній медицині”, 6-7 жовтня 2011 р., м. Полтава. – Проблеми екології та медицини. – 2011. – Том 15, № 1 – 4 (додаток 1). – С. 70.

329. Гавенко В. Л. Диагностика первичной сексуальной дезадаптации у женщин с неврастением / В.Л. Гавенко, Н.В. Георгиевская // Укр. вісн. психоневрології. - 2012. – Том 20, Вип.3(ч. 2). - С. 171.

330. Марута Н. А. Характеристика «социального портрета» женщин, болеющих невротическими расстройствами / Н. А.Марута, Т. Д. Бахтеева // Научные материалы II национального конгресса по социальной психиатрии. Москва (Россия). - 2003. – С. 42.

331. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности различных форм невротической патологии у женщин / Н. А. Марута, Т. Д. Бахтеева // Медицина сьогодні і завтра. – 2004. – № 3. – С.59-64.

332. Кришталь Е. В. Нарушение функционирования семьи при депрессивных расстройствах различного генеза у жены / Е. В. Кришталь, Л. В. Зайцева // Міжнар. мед. журнал. - 2012. - Том 18, N 2. - С. 6-10.

333. Райгородский Д. Я. Психология семьи / Д. Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ.-М., 2002. –752 с.

334. Марута Н. А. Роль семейного положения в генезе невротических расстройств у женщин / Н. А. Марута, Т. Д. Бахтеева // Укр. мед. часоп. – 2004. – № 6. – С. 57-60.

335. Березовская Н. А. К проблеме взаимосвязи невротических и сексуальных расстройств у женщин // Психотерапия и клиническая психология. – 2009. – № 1. – С. 2-6.

336. Олифиревич Н. И. Семейные кризисы: феноменология, диагностика, психологическая помощь / Н. И. Олифиревич, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – Москва: Обнинск, 2005. – 132 с.

337. Repetti R.L., Matthews K.A., Waldron I. Employment and women's health: Effects of paid employment on women's mental and psysical health // American Psychology. - 1989. - № 44. - P. 1394-1401.

338. Нарушения этапности и фазности психосексуального развития и мотивация сексуального поведения женщин с соматизированным расстройством / Е. В. Кришталь [и др.] // Медицинская психология. – 2014 – №9. – С. 98-101.

339. Кришталь Е. В., Марченко В. Г., Кришталь Т. В. Состояние здоровья семьи при неврастении у женщин // Медицинская психология. – 2014 – №9 (3)– С. 7-12.

340. Кожина Г. М. Невротичні розлади у підлітків, які знаходяться в умовах пенітенціарної системи (клініка, механізми формування, корекція, профілактика): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д. мед. наук : спец. 14.01.16 “Психіатрія” / Г. М. Кожина. – Х., 2006. – 32с.



341. Latas M., Starcevic V., Trajkovic G., Bodojevic G. Comorbid depression in panic Disorder with agoraphobia // Abstracts XI World Congress of Psychiatry. - Hamburg. - 2012. - V.2. - P.20.
342. Lavik N.J., Hauff E., Skrandal A., Solberg O. Mental disorder among refugees and the impact of persecution and exile: some findings from an outpatient population // Br J Psych. - 1996. - Vol. 169. – P.726-732.
343. Isacson G. Suicide prevention has saved 2 500 lives in ten years / Lakartidningen, 2010. – 100. – P. 1160-1161.
344. Jellinek M.S., Snyder J.B. Depression and suicide in children and adolescents / Pediatrics in Review. – 2011. – Vol. 19. – N. 8. – P. 255-264.
345. Jianlin Ji. Suicide Rates and Mental Health Services in Modern China / Crisis, 2014. – 21/3. – P. 118-121.
346. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – Харьков : Акад. сексол. исследований, 1999. – 1152с.
347. Зайцева Л. В. Клинические особенности сексуальности и сексуальной дезадаптации при неврастении у женщин / Л.В. Зайцева // Проблемы непрерывной медицинской освіти та науки. - 2012. - №3. - С. 67-73.
348. Stewart D. Whats New in Women's Mental Health ? // In Advances in Psychiatry (Editor: G.N. Christodoulov) Beta Medical Pullisher. – 2002. - P. 223-226.
349. Особенности психосексуального развития и мотивация сексуального поведения женщин с соматизированным расстройством / Е. В. Кришталь [и др.] // Медицинская психология. – 2013. – №8. – С. 3-6.
350. Pearlin, L.I. The social contexts of stress / L.I. Pearlin // Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects / Eds. L. Goldberger, S. Breznitz. N.Y.: The Free Press, 2012. - P. 367-379.
351. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. / К.Роджерс. – М.: Прогресс, 2014. – 314 с.
352. Robins, R. W. An empirical analysis of trends in psychology / R.W. Robins, S.D. Gosling, K.H. Craik // American Psychologist. 1999. - Vol. 54. - P. 117-128.
353. Freud, S. Introductory lectures on psychoanalysis. Standard Edition / S. Freud. London: Hogarth Press, 1963. - Vol. 16. - P. 358-391.
354. Korostiy V. I. Anxiety and depression at patient with psychosomatic diseases / V. I. Korostiy // Abstract book 3th International Scientific Interdisciplinary Congress. – KNMU, Kharkiv. – 2010. – P. 10 – 11.
355. Ehlers A. Somatic sympoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences // Behaviour Research and Therapy. – 1993. – №. 3. – P. 269-278.
356. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пезешкиан Н. – М. : [б. и.], 1996. – 464 с.
357. Проблемы психосоматики и соматопсихиатрии в клинике внутренних болезней / Н. Р. Палеев [и др.]. // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 1998.– № 5.– С.3-7.

358. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М., 2012. - 384 с.
359. Мягер В. К. Дизэнцефальные нарушения и неврозы. — М.: Медицина, 1976. — 166 с.
360. Курако Ю. Л., Волянский В. Е. Клиническое течение вегетососудистой дистонии в нозологической структуре неврозов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1989. — Т. 89, вып. 10. — С. 29–32.
361. Пишель В.Я. Нейробиология депрессивных расстройств / В.Я. Пишель, В.Б. Литвинов, О.О. Хоменко // Архив психиатрии. — 2003. — № 1(32). — С. 49-52.
362. Сердюк А. И. Особенности самооценки влияния болезни на социальный статус больных хроническими соматическими заболеваниями // Журн. психиатрии и мед. психологии. — 1998. - № 1. — С. 68 – 69.
363. Максименко С. Д. Психологічна допомога тяжким соматично хворим / С. Д. Максименко, Н. Ф. Шевченко. — К. : Миланик, 2007. — 142 с.
364. Целибеев Б. А. Психические нарушения при соматических заболеваниях. — М.: Медицина, 2011. — 280 с.
365. Основы психофармакотерапии: Пособие / О. Г. Сыропятов [и др.]. — К. : Наук. світ, 2012. — 208 с.
366. Мосолов С. Н. Новые достижения в терапии психических заболеваний / С. Н. Мосолов. — М. : БИНОМ, 2002. — 624 с.
367. Колядко С. П. Клініко-психологічне і клініко-фізіологічне дослідження ефективності транскраніальної анодної мікрополяризації мозку і оперантного біоадаптивного управління в лікуванні хворих неврозами : автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.01.16 / Світлана Петрівна Колядко. — Харків, 1997. — 18 с.
368. Колядко С.П. Немедикаментозная коррекция эмоциональной саморегуляции у больных неврастенией и неврозом навязчивых состояний // Український вісник психоневрології. — 1996. — № 1. — С. 95-101.
369. Малишко І. В. Використання гіпербаричної оксигенації у комплексному лікуванні хворих на неврастенію : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16 / Малишко Ірина Валентинівна. — Харків, 1996. — 24 с.
370. Парнікоза Т. П. Акупунктура в лікуванні неврастенії / Т.П. Парнікоза, Ю.Д. Залісна // Лікарська справа = Врачебное дело. - 2012. - N 7. - С. 154-155.
371. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Федосеев В.А. Психотерапия в общесоматической медицине. - Харьков: „Прапор” 2002. — 108 с.
372. Первый В. С. Основные принципы психотерапии невротических расстройств // Таврич. журн. психиатрии. — 2005. — №1. — С. 16-21.
373. Карвасарский Б. Д. Групповая психотерапия / Б. Д. Карвасарский, С. Ледер. — М. : Медицина, 2010. — 384 с.
374. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия. Руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков : Торнадо, 2003. — 352 с.

375. Кудінова О.І. Комбінована терапія соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи / Кудінова О.І. // Збірник матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, терапії та реабілітації посттравматичних стресових розладів». - 2015 – С.29-30.

376. Смулевич А.Б. Новый подход к терапии неврастении и соматогенной астении (результаты многоцентрового исследования эффективности и безопасности Ладастена) [Электронный ресурс] / А. Б. Смулевич, А. В. Андрющенко, Д. А. Бескова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – № 1.– С 35.

377. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / [Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс]. — СПб., 2005. — 86 с.

378. Кожина А. М. Возможности достижения стойкой ремиссии при лечении тревожно-депрессивных расстройств, коморбидных психосоматическим заболеваниям / А.М. Кожина, В. И. Коростий // Український вісник психоневрології. - 2011, Том 19, випуск 3 (67), С. 42 – 45.

379. Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. — М.: Смысл, 2008. — 172 с.

380. Москаленко В. Ф. Проблема самогубств в Україні / В. Ф. Москаленко, О. К. Напрєенко, Г. Я. Пилягина // Охорона здоров'я України. – 2008. – № 2. – С. 29-33.

381. Психотерапія при непсихотичних психічних розладах тривожно-депресивного спектру (когнітивно-реверсивний підхід) / М. В. Маркова [та ін.] // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 2. – С. 25-31.

382. Carrasco J. L. Clinical effects of pharmacological variations in selective serotonin reuptake inhibitors: an overview / J. L. Carrasco, C. Sandner // Int. J. Clin. Pract. – 2005. – № 59. – P. 1428-1434.

383. James C. Частота ремісій при терапії пароксетином у пацієнтів з тривожними розладами // Міжнародний неврологічний журнал. – 2006. – № 6. – С. 71-77.

384. Бурчинський С. Г. Стрезам (Етифоксину) – новий підхід до фармакотерапії тривожно-невротичних розладів // Новини медицини і фармації. – 2006. – № 10. – С. 7-8.

385. Ellis A. Rational psychotherapy // Journal of General Psychology. – 1958. – № 59. – P. 35-49.

386. Уманский С. В. Организация психотерапевтической помощи в общесоматической клинике // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. – 2011. – №111. – С. 67-72.

387. Обоснованное применение антидепрессантов в терапии депрессивных расстройств. Национальное совещание экспертов / В. Н. Краснов [и др.]. – Санкт-Петербург : 2014. – 174 с.

388. Ellis A. Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach / A. Ellis. – N.Y. : McGraw-Hill, 1973. – 347 p.
389. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М., 2002. — 490 с.
390. Шухов В. С. Реабилитация: методические подходы к определению эффективности и прогнозированию результатов лечебно-профилактической помощи // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1989. – № 10. – С. 99-101.
391. Табачников А. Е. Бихевиоризм и поведенческая терапия (философская и психологическая модели) / А. Е. Табачников, В. С. Табачникова // Архів психіатрії. – 2010. – №15, 2(61) – С. 181-188.
392. Лекарственные средства в психофармакологии / Губский Ю. И. [и др.]. – Киев : Здоров'я, 2014. – 288 с.
393. Лекарственные средства: в 2 т. / М. Д. Машковский. – М. : Медицина, 2012. – 788 с.
394. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. / С. Н. Мосолов — СПб. :2011. – 568 с.
395. Sertraline in the treatment of panic disorder. A multisite, double-blind, placebo-controlled, fixed-dose investigation / P. D. Londborg [et al.] // British Journal of Psychiatry. –1998. –№ 173. – P. 54-60.
396. Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than the selective serotonin reuptake inhibitors in treating major depressive disorder? / J. I. Papakostas [et al.] // Biological Psychiatry. – 2007. – № 62. – P. 21-29.
397. Efficacy of milnacipran on cognitive dysfunction with post-stroke depression: preliminary open-label study / S. Sato [et al.] // Psychiatry and Clinical Neurosciences. – 2006. – № 5. – P. 584-589.
398. Пустотин Ю. Л. Интеграция психотерапии, психосоциальной реабилитации и психиатрии: итоги и перспективы / Ю. Л. Пустотин, С. М. Бабин, В. П. Сировская. Социальная и клиническая психиатрия – 2003. - Т. 13, №2. - С. 117-120.
399. Немет А., Агостон Г. Ефективність пароксетину в терапії пацієнтів з тривожними розладами //Український медичний часопис. - 2005. - № 6. - С. 30-34.
400. Методологічні підходи до оцінки фармако- та психотерапії у хворих на невротичні розлади / О. Є. Семікіна [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2006. – № 2. – С. 185.
401. Коробка О. Фармакотерапія ПТСР у учасників бойових дій // Нейро News психоневрологія і нейропсихіатрія. – 2015. – № 2(66). – С. 2-7.
402. Бурчинский С. Г. Антидепрессанты — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: на пути клинико-фармакологического совершенствования // Український неврологічний журнал. – 2009. – № 3. – С. 65-69.

403. Baldwin D. S. Evidence-based pharmacotherapy of generalized anxiety disorder / D. S. Baldwin, C. Polkingham // *Int. J. Neuropsychopharmacol.* – 2005. – № 8. – P. 293-302.
404. Громов Л.А., Дудко Е.Т. "Типові" і "атипові" транквілізатори // *Вісник фармакології.* - 2003. - № 10. - С. 11-17.
405. Колюцкий Є.В. Сучасні підходи до психофармакотерапії тривожних розладів // *Міжнародний неврологічний журнал.* - 2006. - № 4. - С. 141-142.
406. Квале С. Исследовательское интервью / Под ред. Д. А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. – 301 с.
407. Трухін І.О. Соціальна психологія спілкування. – К.: Либідь, 2015. – 385 с.
408. Цимбалюк І.М. Психологія спілкування: Навчальний посібник. – К.: В.Д. „Професіонал”, 2014. – 304 с.
409. МОЗ України. Наказ № 59 від 5.02.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Психіатрія». – К.: Канцлер, 2007. – 44 с.
410. Панков Д. В. Рациональная психотерапия. — В кн.: Руководство по психотерапии. - Ташкент: Медицина, 1979, с. 192—205.
411. Соколова Е. Т. Психотерапия: теория и практика / Е. Т. Соколова – Москва: Академия, 2002. – 368 с.
412. Рефлексотерапия астенических состояний при неврозах / В.Д.Кочетков[и др.] // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова.* – 1988. – № 2. – С. 102-106.
413. Кочетков В. Д., Даллакян И. Г., Михайлова А. А. и др. Рефлексотерапия астенических состояний при неврозах // *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 1988. — Т. 88, вып. 2. — С. 102–106.
414. Чугунов В. В., Михайлов Б. В., Заседа Ю. И., Данилевская Н. В. Гипносуггестивная психотерапия в сфере компетенции психосоматики и неврологии // *Медицинская психология.* – 2014 – №9 (2)– С.87 -93.
415. Панов А. Г., Беляев Г. С, Лобзин В. С, Копылова И. А. Теория и практика аутогенной тренировки. — Л.: Медицина, 1980. — 272 с.
416. Гипносуггестивная психотерапия в сфере компетенции психосоматики и неврологии / В. В. Чугунов [и др.] // *Медицинская психология.* – 2014 – №9. – С.87-93.
417. Бахтеева Т. Д. Принципы терапии и профилактики соматоформных расстройств у женщин // *Архів психіатрії.* – 2005. – № 1. – С. 60-64.
418. Dickoffn H. Patients views of group psychotherapy: Retrospection and interpretations / H. Dickoffn, M. Lakin // *International Journal of Group Psychotherapy.* – 1963. – № 13. – P. 61-73.
419. Коростий В. И. Когнитивная психотерапия в лечении тревожных и депрессивных расстройств у молодых лиц с психосоматическими заболеваниями / В. И. Коростий // *Медицинская психология.* – 2011. – Т. 6, № 3 (23). – С. 19 – 22.

420. Ellis A. Reflections on Rational-Emotive Therapy // Journal of consulting and clinical psychology. – 1993. – № 61. – P. 199-201.
421. Романчук О. І. Когнітивно-поведінкова модель розуміння та терапії обсесивно-компульсивного розладу [Текст] / О. І. Романчук // НейроNEWS: Психоневрологія і нейропсихіатрія. - 2011. - N 8. - С. 30-37
422. Emmelkamp P. Behavior therapy with adults / P. Emmelkamp. – N.Y. : Wiley, 2004. – P. 393-446.
423. Теория и практика аутогенной тренировки / Панов А. Г. [и др.]. – Л. : Медицина, 1980. – 272 с.
424. Куэ Э. Школа самообладания путём сознательного самовнушения / Э. Куэ – Н. Новгород : [б. и.], 1928. – 80 с.
425. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 656 с.
426. Greencavage, L.M. What are the commonalities among the therapeutic factors? / L. M. Greencavage, J. C. Norcross // Professional Psychology. – 1990. – № 21. – P. 372-378.
427. Левина Т. М. Показатели госпитализации больных с пограничными нервно-психическими расстройствами // Актуальные вопросы клинической диагностики, терапии и профилактики пограничных состояний: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума. — Томск, 1987. — С. 26–28.
428. Бабюк И.А., Михайлов Б.В., Селезнев Г.А., Сердюк А.И., Федосеев В.А., Седнев В.В. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин: Клиническое руководство. – Донецк, 2003. - 284с.
429. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – 297 с.
430. Гриневич Є. Г., Маркова М. В., Кожина Г. М., Первий В. С., Дворніков В. В. Маркери–мішені та принципи психокорекції різних форм тривожних розладів // Медицинская психология. – 2013 №8 (1)– С. 76-82.
431. Сердюк О. І., Михайлов Б. В. Психотерапевтична корекція непсихотичних порушень психічної сфери у хворих на хронічні соматичні захворювання: Методичні рекомендації. – Ч., 2002. – 29 с.
432. Мурзенко В. А. Групповая психотерапия при неврозах. - В кн.: Групповая психотерапия при неврозах и психозах. - Л., 1975, С. 77 - 83.
433. Семікіна О.Є., Каленська Г.Ю., Панько Т.В., Явдак І.О. Методологічні підходи до оцінки фармако- та психотерапії у хворих на невротичні розлади //Український вісник психоневрології. - 2006. - Том 14, вип.2 (47) (додаток). - С.185.
434. Мазо Г. Э. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г. Э. Мазо, С. Э. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – № 2. – С. 87-96.
435. Bednar R. L. Experiential group research: Can the canon fire? / R. L. Bednar, T. Kaul // Handbook of psychotherapy and behavior change / Eds. S.L. Garfield, A.E. Bergin. 4th ed. – New York: Wiley, 1994. – P. 631-663.
436. Grawe K. Research-informed psychotherapy // Psychotherapy Research. – 1997. – № 7. – P. 1-19.

437. Колотильщикова Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук / Е. А. Колотильщикова. — СПб. : [б. и.], 2004. — 184 с.
438. Федак М. Б. Интегративна психотерапія в лікуванні психосоматичних розладів / М. Б. Федак // Матеріали конференції «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних розладів». — Вінниця, 10 березня 2011. — С. 139.
439. Марута Н. А. Гендерные особенности суицидального поведения у больных депрессиями / Н. А. Марута, Л. Т. Сновида // Архив психиатрии. — 2011. — Т. 17, 4 (67): материалы научно-практической конференции с международною участю “Сучасні проблеми охорони психічного здоров’я населення України”, 15 – 16 вересня 2011 р. — С. 135.
440. Проскурина Т. Ю. Особенности лечения депрессивных невротических расстройств, коморбидных с тревогой, у подростков // Украинский вестник психоневрологии. — 2009. — № 17 — С. 48-52.
441. Энтони В., Коэн М., Фаркас М. Психиатрическая реабилитация. — К.: Сфера, 2001. — 298 с.
442. Harter M., Wunsch A., Bengel J., Reuter K. Epidemiology of mental disorders in medical rehabilitation // Abstracts XI World Congress of Psychiatry. — Hamburg. - 1999. - V.2. - P.226.
443. Коростий В. И. Система комплексной реабилитации пациентов с психосоматической патологией / И. М. Соколова, Л. Д. Коровина, С. Х. Хмаин, А. В. Тимченко, Т. П. Бровко // Таврический журнал психиатрии. — 2011. — Том 15, № 3 (56). — С. 123.
444. Мирошниченко Н. В. Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий у больных соматоформными расстройствами на санаторном этапе // Украинский медицинский альманах. — 2004. Т. 7, № 4. — С. 90 – 92.
445. Михайлов Б. В., Арнаут Л. А., Филатов А. Т., Сердюк А. И. Особенности телесно-ориентированной психотерапии для коррекции невротоподобных нарушений при соматических заболеваниях // Таврич. журн. психиатрии. — 1997. — Т. 1, № 3. — С. 29 – 30.
446. Сонник Г.Т. Реабилитация больных неврастенией в зависимости от типа течения и биоритмологического статуса / Г.Т. Сонник, В.П. Лютенко, Л.В. Животовская // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1995.- №1.- С.27-31.
447. Файн С., Глассер П. Первичная консультация. Установление контакта и завоевание доверия. — М.: Когито-Центр, 2003.
448. Ялтонский В. М. Особенности психокоррекции и психопрофилактики основных форм тревожных расстройств / В.М. Ялтонский, А.А. Атаманов // Неврол. вестник. Журналим. В.М.Бехтерева. - 2013. - Т.45, №3. - С. 33-38.
449. Strieker G. Failures in psychotherapy // J. of Psychotherapy Integration. — 1995. — № 5. — P. 91-94.

450. Волошин П.В. Клініко-психопатологічна структура депресій невротичного спектру / П. В. Волошин [та ін.] // Архів психіатрії. – 2004. – № 1. – С. 80-84.
451. Балашов А. М. К вопросу о резистентности к фармакотерапии / А. М. Балашов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2009. – № 1. – С. 90-91.
452. Лэнг Р. Д. Расколотое «Я» / Р. Д. Лэнг. – СПб., 2015. – 352 с.
453. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник / О. С. Чабан, О. О. Хаустова. – К. : ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96 с.
454. Табачников С. І. Актуальні проблеми психолого-психіатричної та психотерапевтичної допомоги постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф / С. І. Табачников [та ін.] // Архів психіатрії. – 2002. – № 1. – С. 5-8.
455. Каленська Г. Ю. Вивчення показника якості життя у хворих на невротичні розлади //Український вісник психоневрології. – 2006. – №2. – С.53-56.
456. Марута Н. О. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування): методичні рекомендації / Н. О. Марута, О. І. Мінко. – Харків : [б. в.], 2003. – 20 с.
457. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини / Методичні рекомендації МОЗ України; укладачі: С.П. Шкляр, І.М. Кравченко, Л.В. Черкашина [та інш.] // Затверджено ЦМК МОЗ України. -Київ, 2013.- 20 с.
458. Associations of self-reported anxiety symptoms with health-related quality of life and health behaviors / T. W. Strine [etal.] // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. – 2005 – №40. – P . 432-438.
459. Харченко А. В. Аналіз клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження у хворих з гострою реакцією на стрес та розлади адаптації з суїцидальною поведінкою / А.В. Харченко, Т.В. Ткаченко // Психічне здоров'я. - 2012. - N2. - С. 11-14.
460. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад / В. Цихоня // Мистецтво лікування. - 2014. - № 7/8.
461. Остапенко О.В. Патопсихологические особенности учащихся средних учебных заведений с расстройствами адаптации / О. В. Остапенко // Психічне здоров'я. – 2012. - № 1. – С. 60 – 63.
462. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction / Mayou R. A. [et al.] // Psychosom. Med. – 2000. – № 62. – P. 212-219.
463. Первый В. С. Профилактика фобических состояний в структуре невротических и соматоформных // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. - № 2. – С. 75 – 78.



464. Мягер В. К. Актуальные проблемы психогигиены и психопрофилактики. — В кн.: Психогигиена и психопрофилактика. - Л., 1983, С. 5—8.
465. Klier C.M., Muzik M., Rosenblum K.L. et. al. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression // *J. Psychoter Pract Res.* – 2001. -№ 10. – P. 124-131.
466. Halbreich U. Treatment of lifecycle related dysphorias in women. In book of abstracts of WPA International Congress “Treatment in psychiatry: an update”. - Florence (Italy). - November 10-13, 2004. – P. 40.
467. Фетискин Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М. : Издательство института психотерапии, 2002. – 490 с.
468. Krupnick J.L., Green B.L., Miranda J. Interpersonal psychotherapy for low-income women with PTSD // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2000. - Vol. 57. - P. 459-466.
469. McGrath E. et al. Women and depression: Risk factors and tratment issues. Washington: Am. Psychol. Ass., 2012. - P. 3-14.
470. Пишель В. Я. Нейробиология депрессивных расстройств / В. Я. Пишель, В. Б. Литвинов, О. О. Хоменко // *Архив психиатрии.* – 2003. – № 1. – С. 49-52.
471. Марута Н.А. Расстройства сна при неврастении (диагностика и терапия) / Н.А. Марута, Е.Е. Семикина // *Украинский вестник психоневрологии.* – 2007. – Т 15, вып. 2 (51). – С.15–18.
472. Michels R. Psychotherapeutic approaches to the treatment of anxiety and depressive disorders / *J. Clin. Psychiatry.* – 1997. - Vol. 58, №13.- P. 30 - 32.
473. Miranda G.V., Miranda S., Costa M., Castro J.O. Women psychiatric morbidity in a general hospital // *Abstracts X World Congress of Psychiatry.* – Madrid. - 1996. - V.1. - P.158.
474. Nadelson C.C., Notman M.T. Gender and psychotherapy // In book of abstracts of WPA International Congress “Treatment in psychiatry: an update”. - Florence (Italy). – November 10-13, 2014. – P. 39.
475. Niaz U. Aspects of south asian culture concerning violence against women // In abstract book of WPA international Congress “Treatment in psychiatry: an update”. - Florence (Italy). – 2004. - P. 89.
476. O’Hara M.W., Stuart S., Gorman L.L. et.al. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression // *Arch. Gen. Psychiatry.* - 2000. -№ 57. - P. 1039-1045.
477. Артюхов И.П., Новиков О.М., Капитонов В.Ф., Борцов В.А. Методика определения и классификация типов социальной дезадаптации населения // *Сибирское медицинское обозрение* – 2009. – Т. 50., №50. – С. 22-26.

## ДОДАТОК

Анкети вивчення структури психосоціальної дезадаптації у жінок, які страждають на невротичні розлади.

### Економічна дезадаптація

1. Я незадоволений станом свого добробуту – 1 бал.
2. Мої прибутки за останній рік зменшились – 1 бал.
3. Мої доходи не задовільняють більшість моїх потреб – 1 бал.
4. Я маю проблеми через недостатній рівень своїх доходів – 1 бал.
5. Я багато думаю про те, як збільшити свої доходи – 1 бал.
6. Я не маю плану, як збільшити свої доходи – 1 бал.
7. Я не очікую покращення свого добробуту найближчим часом – 1 бал.
8. Мій настрій погіршується від думок рівень своїх доходів – 1 бал.
9. Думки про рівень доходів погіршують мою працездатність, сон або апетит – 2 бали.
10. Думки про стан моїх доходів іноді викликають у мене тремтіння, пітливість, серцебиття і т.п. – 2 бали.

### Інформаційна дезадаптація

1. Я незадоволений інформацією, яку отримую – 1 бал.
2. Протягом останнього року отримувана мною інформація загалом стала неприємнішою – 1 бал.
3. Часто повертаюсь думками до аналізу отриманої інформації – 1 бал.
4. Нова інформація викликає у мене песимізм стосовно майбутнього – 1 бал.
5. Я надто емоційно сприймаю нову інформацію – 1 бал.
6. Іноді я маю передчуття неприємної інформації – 1 бал.
7. Нова інформація переважно псує мені настрої – 1 бал.
8. Іноді я уникаю нової інформації, щоб не псувати собі настрої – 1 бал.
9. Нова інформація викликає у мене зниження працездатності, порушення сну, апетиту – 2 бали.
10. Нова інформація викликає у мене тремтіння, серцебиття, пітливість і т.п. – 2 бали.

### Сімейна дезадаптація

1. Я незадоволений станом сімейних стосунків – 1 бал.
2. За останній рік стан сімейних стосунків погіршився – 1 бал.
3. Я багато думаю над тим, як покращити стан сімейних стосунків – 1 бал.
4. Я намагаюсь менше спілкуватись із сім'єю – 1 бал.
5. В інших сім'ях стосунки кращі ніж у моїй – 1 бал.
6. Я з песимізмом дивлюсь на майбутнє нашої сім'ї – 1 бал.
7. Я не знаходжу розуміння у членів своєї сім'ї – 1 бал.

8. Спілкування із сім'єю погіршує мій настрій – 1 бал.
9. Спілкування із сім'єю викликає у мене погіршення працездатності, сну, апетиту – 2 бали.
10. При спілкуванні із сім'єю у мене іноді виникає тремтіння, серцебиття, пітливість і т.п. – 2 бали.

#### Виробнича (службова) дезадаптація

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

0– 1 бал – адаптованість

2 – 3 бали – межовий стан, група ризику дезадаптації

4 – 6 балів – легкої тяжкості дезадаптація

7 – 9 балів – середньої тяжкості дезадаптація

10 – 12 балів – тяжка дезадаптація

Де кілька піків (4 і більше балів) – змішана дезадаптація