

**В. О. Курило**, канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології  
Запорізький державний медичний університет МОЗ України  
(м. Запоріжжя)

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ, КЛІНІКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ, КЛІНІКО-СЕКСОЛОГІЧНІ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ Й СИСТЕМА ПСИХОТЕРАПІЇ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ СІМЕЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В ОСІБ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

У статті здійснено комплексний аналіз клініко-психопатологічних, клініко-психофеноменологічних, психодіагностичних, спеціальних сексологічних характеристик осіб із невротичними розладами. Вищезазначені характеристики покладено в основу створення системи психотерапії та заходів щодо психопрофілактики цих контингентів. Розглядаються критерії застосованих методів, методик, психотехнік в залежності від клінічних особливостей невротологічних порушень. Показана роль розробленої системи психотерапії та психопрофілактики для запобігання подальшого розвитку ускладнень сімейної дезадаптації. Описано результати проведених досліджень та висновки щодо можливостей подальшого застосування системи психотерапії.

*Ключові слова:* психотерапія, психопрофілактика, психофеноменологія, невротичні розлади, сімейна дезадаптація, мультидисциплінарний підхід.

Сімейна дезадаптація у межах психотичних досліджень є однією з найбільш достойних наукової уваги. Сучасне розуміння феномена сімейної дезадаптації залишається недостатньо розкритим. Останнє вимагає від дослідників багатовимірного забезпечення інформацією про різні соціальні, психологічні й біофізичні чинники, які є можливим отримати за допомогою міждисциплінарного підходу до вивчення [1, 5, 6, 11, 13].

Сутність сімейної адаптації дуже суперечлива тому, що в клінічній практиці немає однорідного тезаурусу. Так, можливим є зустрічати терміни: «сімейна дезадаптація», «сімейно- подружня дезадаптація», «дисгамія», «подружня дезадаптація», «партнерські сексуальні проблеми». Крім того, навіть однозначно вживаний термін трактується авторами по-різному. Це призводить до втрати міжсуб'єктного контролю результатів досліджень, утрудняє визначення об'єкта та змісту терапевтичних й реабілітаційних заходів [20].

Водночас існують прикладні клінічні проблеми, пов'язані із сімейною дезадаптацією та коморбідністю їх із психогенно обумовленими психічними й соматичними розладами різного походження. Велика кількість вітчизняних та зарубіжних досліджень вищевказаних проблем вже дісталась до розробки терапевтичних тактик щодо оптимізації відносин у подружжя на фоні невротологічного аранжування [3, 5, 7, 9, 15].

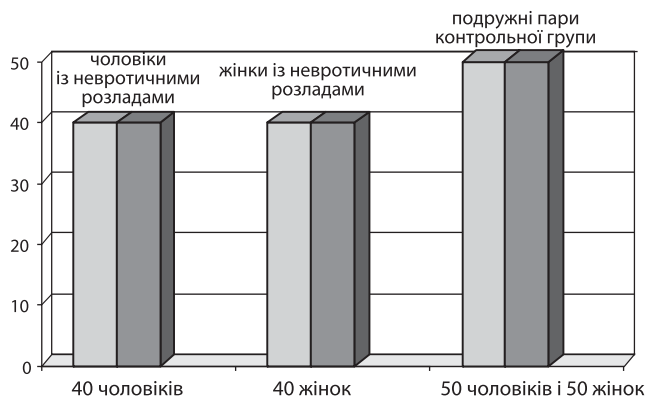
Особливої уваги потребують прояви сімейної дезадаптації, коли в одного або в обох з подружжя мають місце невротичні розлади психогенного походження. Найбільшою мірою відображення формулювання проявів сімейної дезадаптації при невротичних розладах, подано в роботах В. В. Кришталія, де вона визначена як сукупність психологічних, соціальних, соціально-

психологічних, сексуально-фізіологічних взаємин [14].

Важливим напрямком терапії та, фактично, методом вибору у лікуванні сімейної дезадаптації — як «чистої» (тобто необтяженої будь-яким психопатологічним підґрунтям), так і тієї, в основі якої лежать або патопластично впливають на неї невротичні розлади — є психотерапія. Психотерапія ж є методом вибору у лікуванні психогенно обумовлених розладів [4, 5, 7, 8, 10, 12—14, 16—21].

Зазначені обставини стали причиною реалізації дослідження щодо розроблення системи психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації при існуванні невротичних розладів різного походження.

У межах цього наукового дослідження нами було обстежено 180 профільних пацієнтів, а саме: 40 жінок та 40 чоловіків із невротичними розладами (неврастеною, невротичною депресією, тривогою, obsesивно-компульсивним, соматизованим розладами). Вони склали основну групу обстежених. Контрольна група складалася з 50 сімейних пар, в яких один з подружжя виявляє ознаки невротичних розладів. Для наочного уявлення контингентів надано рисунок.



Контингенти обстежених із невротичними розладами

Мета дослідження: на підставі вивчення клініко-психопатологічних, клініко-психофеноменологічних, клініко-сексологічних, а також медико-психологічних проявів сімейної дезадаптації у хворих із невротичними розладами розробити критерії її діагностики та систему психотерапії і психопрофілактики.

Тривалість перебування подружжя у шлюбі наведена у табл. 1, згідно з якою підкреслено, що переважну більшість з них мали відносно невеликий стаж сімейного життя від 2 до 5 років.

Таблиця 1  
Тривалість перебування у шлюбі серед обстежених чоловіків та жінок

Термін перебування у шлюбі	Основна група (n = 80)		Контрольна група (n = 100)		Всього (n = 180)	
	абс. п.	%	абс. п.	%	абс. п.	%
до 1 року	15	18,75	11	11,00	26	14,44
1—2 роки	13	16,25	24	24,00	37	66,60
2—5 років	42	52,50	53	53,00	95	52,77
до 10 років	10	12,50	12	12,00	22	12,22

Завдання дослідження:

1. Вивчити клініко-психопатологічні особливості чоловіків і жінок із невротичними розладами.
2. Вивчити клініко-психофізіологічні особливості чоловіків і жінок із невротичними розладами.
3. Вивчити клініко-сексологічні особливості чоловіків і жінок із невротичними розладами.
4. Вивчити медико-психологічні особливості чоловіків і жінок із невротичними розладами.
5. Розробити критерії діагностики сімейної дезадаптації подружжя, де один з подружжя страждає на невротичний розлад.
6. Створити систему психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації в чоловіків і жінок із невротичними розладами.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (прийнятий у психіатричній практиці задля визначення нозологічних особливостей, виокремлення неврозологічних одиниць); клініко-психофеноменологічний (прийнятий у психотерапії задля виявлення психофеноменологічного статусу хворих і адекватного підбору методів, методик і технік психологічної корекції), спеціальний клініко-сексологічний (прийнятий у сексологічній практиці системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я за В. В. Кришталем), психодіагностичний (або ж експериментально-психологічний, що закріплений у медичній психології задля вивчення психоемоційного стану, індивідуально-психологічних й міжособистісних властивостей, спілкування тощо), статистичний (для підрахунків отриманих результатів).

Медико-психологічний (психодіагностичний) етап дослідження проводився за допомогою заповнення «Особистісного опитувальника Г. Ю. Айзенка», шкали тривоги та тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, методики діагностики міжособистісних стосунків Т. Лірі, а також особистісного опитувальника Бехтерєвського інституту («Особистісний опитувальник ставлення до хвороби»).

Серед допоміжних вимірюваних засобів були використані антропометричні прилади у рамках сексологічної антропометрії, а також соціально-демографічне дослідження використовували з метою аналізу факторів ризику формування та розвитку сімейної дезадаптації у досліджуваного контингенту. Для цього збирали інформацію про пацієнта, його родину, матеріально-побутові умови, схильність до розвитку девіантних та перверсних форм сексуальної поведінки, проводили якісний аналіз розвитку конфліктів.

Клініко-психопатологічна характеристика контингентів відображена таким чином. Завдяки аналізу проявів невротичних розладів у чоловіків та жінок, а саме

таких як неврастенія, невротична депресія, тривога, obsesивно-компульсивний та соматизований розлад, нами було визначено частоту зустрічаємості психопатологічної синдромології (табл. 2).

Таблиця 2  
Частота виявлення психопатологічних синдромів за категоріями

Психопатологічні синдроми	Частота виявлення у обстежених		
	Основна група (80 пацієнтів)	Контрольна група (100 пацієнтів)	Всього (180)
астенічний	27	23	50
психастенічний	9	7	16
неврастенічний	6	16	22
істероподібний	8	14	22
obsesивний	9	13	22
іпохондричний	30	10	40
безсоння	10	14	24
гіперсомнії	5	3	8
діссомнії	4	18	22
тривожний	11	22	33
субдепресивний	26	21	47
фобічний	13	34	47
панічний	6	19	25

З наведеної таблиці психопатологічної синдромології, яка спостерігається у хворих на невротичні розлади, підкреслимо синдроми, що є найбільш вираженими у групах.

В основній групі обстежених чоловіків та жінок максимально виявлялися іпохондричний (37,50 %), астенічний синдром (33,75 %), субдепресивний синдром (32,5 %), фобічний синдром (16,25 %). Інші синдроми, такі як — психастенічний, неврастенічний, істероподібний, гіперсомнії, діссомнії, панічний спостерігались із найменшою вираженістю (від 5,0 % до 13,0 %).

У контрольній групі, у 50 сімейних парах, де один з подружжя страждає на невротичний розлад спостерігались виражені астенічний (23,0 %), неврастенічний (16,0 %), істероподібний (14,0 %), obsesивний (13,0 %), фобічний (34,0 %) синдроми, а також панічний (19,0 %), тривожний (22,0 %) синдроми.

При проведенні спеціального клініко-сексологічного обстеження було виявлено, що в більшості сімейних пар (59,70 %) в чоловіків й жінок з невротичними розладами домінуючою мотивацією було забезпечення життєвих інтересів. Результати системно-структурного аналізу стану сексуального здоров'я контингенту дали змогу виокремити варіанти й форми наявних в них сексуальних порушень, окремих проявів так званої сімейної дезадаптації.

Міжособистісні стосунки в парах були конфліктними і задля їх урегулювання подружжя застосовували неадекватні засоби, деякі механізми психологічного захисту. Серед таких чоловіки здебільшого застосовували змагання і пристосування, жінки — компроміс та уникнення.

Біологічний компонент сексуального здоров'я був уражений у подружжя в основному за рахунок психічної його змістовності, патоперсоналогічної реакції партнерів на особистісні характеристики чоловіка/жінки.

Медико-психологічна характеристика хворих на невротичні розлади мала такі особливості.

За результатами заповнення пацієнтами «Особистісного опитувальника Г. Ю. Айзенка» на початку дослідження були отримані такі дані. Поряд із розподілом рівнів та розрахунків середніх групових показників нейротизму було виявлено ступені екстравертованості й інтровертованості у досліджених контингентах хворих. У основній групі хворих було більше інтровертованих ( $63,78 \pm 2,36 \%$ ,  $p < 0,001$ ), а ніж екстравертованих ( $33,72 \pm 2,35 \%$ ,  $p < 0,001$ ) та амбвертованих ( $2,49 \pm 0,74 \%$ ). У контрольній групі було менше інтровертованих ( $23,73 \pm 2,36 \%$ ,  $p < 0,001$ ), а ніж екстравертованих ( $43,72 \pm 2,31 \%$ ,  $p < 0,001$ ) та амбвертованих ( $28,49 \pm 0,74 \%$ ).

За результатами шкали особистісної і ситуативної тривожності Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна, яка була використана перед застосуванням психотерапевтичних втручань, було виявлено такі значення: у основній групі хворих — підвищений рівень загальної тривожності (61,3 %), показники рівня ситуативної тривожності — 50,4 %; у контрольній групі хворих — підвищений рівень загальної тривожності (68,1 %), ситуативної тривожності — 57,2 %.

Методика діагностики міжособистісних відносин Т. Лірі показала, що в досліджених основної групи середні бали за типом ставлення до оточуючих були такими: альтруїстичний — 3,6 %, дружелюбний — 4,7 %, підозрілий — 7,6 %, агресивний — 13,5 %, залежний — 16,9 %, авторитарний — 17,0 %, егоїстичний — 18,2 %, підлеглий — 18,5 %.

У контрольній групі середні бали такі: за альтруїстичним типом — 1,4 %, дружелюбним — 3,7 %, підозрілим — 9,6 %, агресивним — 17,5 %, залежним — 11,9 %, авторитарним — 15,3 %, егоїстичним — 14,2 %, підлеглим — 15,5 %.

За результатами особистісного опитувальника Бехтеревського інституту («Особистісний опитувальник ставлення до хвороби») в обстежених пацієнтів основної групи було виявлено такі типи ставлення до хвороби: у 0,4 % — ейфоричний, у 0,9 % — гармонійний, у 1,7 % — апатичний, у 1,5 % — анозогнозичний, у 2,1 % — ергопатичний,

у 7,5 % — паранояльний, у 9,5 % — неврастенічний, у 9,5 % — obsесивно-фобічний, у 13,5 % — сенситивний, у 15,0 % — меланхолічний, у 19,0 % — тривожний, у 20,0 % — іпохондричний.

У контрольній групі пацієнтів виявлено такі типи ставлення до хвороби: у 4,4 % — ейфоричний, у 1,6 % — гармонійний, у 2,7 % — апатичний, у 3,5 % — анозогнозичний, у 3,1 % — ергопатичний, у 5,5 % — паранояльний, у 19,5 % — неврастенічний, у 8,3 % — obsесивно-фобічний, у 14,5 % — сенситивний, у 9,0 % — меланхолічний, у 21,0 % — тривожний, у 17,0 % — іпохондричний.

За результатами психофеноменологічного дослідження було проведено визначення психофеноменологічного профілю осіб з невротичними психогенно обумовленими розладами, розроблено критерії вибору методів, методик та психотехнік. За даними структурованої психотерапевтичної співбесіди, що проводилась на попередньому етапі дослідження, та результатами використання спеціальних діагностичних прийомів, а також внаслідок перманентної діагностики клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів в обстежених пацієнтів було виявлено низку клініко-психофеноменологічних особливостей, що стосуються нормальної та клінічної психотерапевтичної феноменології, клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів і метасиндромів. Результати клініко-психофеноменологічних досліджень наведено у табл. 3.

Під час розроблення системи психотерапії та психопрофілактики осіб із невротичними розладами враховувалися результати клініко-психопатологічного, клініко-психофеноменологічного, клініко-сексологічного, а також медико-психологічного обстежень контингентів.

Критерії вибору методів, методик та технік психотерапії близькі до таких, що прийняті у сучасній клінічній психотерапії, а саме:

- етіопатогенетична конгруентність захворювання та саногенного психотерапевтичного феномена;
- відповідність клінічних проявів захворювання та клінічних особливостей клінічного психотерапевтичного ефект-синдрому, з урахуванням близькості патогенезу та корелят-патернів;
- фармакотерапевтичне потенціювання.

Таблиця 3

Клініко-психофеноменологічна характеристика обстежених контингентів

Контингент	Клініко-психофеноменологічні показники			
	Нормальна психотерапевтична феноменологія, основні тенденції	Клінічна психотерапевтична феноменологія, основні тенденції	Клінічний психотерапевтичний ефект-синдром	Метасиндром, тип
Основна група	Редукція спектра та послаблення терапевтичного впливу саногенних феноменів (перший феноменний клас)	переважання тенденцій до редукції реактивних утворень	релаксаційний, гіпноїдний	1-й (поліпшення зі спрощенням, або «позитивна редукція»); 2-й (поліпшення зі збереженням структури, або «кліше-редукція»); 4-й (погіршення зі спрощенням, або «негативна редукція»); 5-й (погіршення зі збереженням структури, або «кліше-ампліфікація»)
Контрольна група	Переважає конформних (індукційних) феноменів (п'ятий феноменний клас)	переважає клінічних психотерапевтичних ефект-синдромів гістріоїдного типу, а також мнестично-асоційованих	істеріоформний, психовегетативний, гіпомнестичний	1-й (поліпшення зі спрощенням, або «позитивна редукція»); 2-й (поліпшення зі збереженням структури, або «кліше-редукція»); 8-й (структурна перебудова з невизначеним вектором якості, або «нейтральний метаморфізм»)

Специфіка пацієнтів з невротичними розладами передбачає особливі вимоги щодо вибору методів, методик та психотехнік, серед яких: аятрогенність, клінічність, агетеросугестивність, індивідуальність, атрибутивна інтелектуалізація, аутогенний модус, інтроспективність, довготривалість, супортивність.

Запропонована система психотерапії визначалась прийнятими у клінічній психотерапії принципами комплексності, диференційованості, послідовності та етапності. Відповідно, вибір психотерапевтичних методів, методик і технік та їх зміст залежали від розладу особистості, типу патосиндромального аранжування, форми сексуальної дисфункції та варіанту перебігу сімейної дезадаптації.

Психотерапію проводили у чотири основні етапи:

- 1) корекція психогенно обумовлених порушень та стану дезадаптації за основним захворюванням — неврастенією, невротичною депресією, тривогою, obsесивно-компульсивним, соматизованим розладами;
- 2) корекція сексуальної дисфункції (якщо вона має місце в більшості обстежених);
- 3) корекція сімейної дезадаптації;
- 4) корекція вторинної невротизації (як реакції на існування феномена сімейної дезадаптації).

Етапи застосування системи психотерапії наведено в табл. 4.

Таблиця 4

Система психотерапії сімейної дезадаптації та її етапи

Етапність психотерапевтичного впливу				
«Мішені» терапевтичного впливу		Застосовані елементи та форми психотерапії	Етапи	Фармакологічне тло
психогенні порушення	розлади особистості	індивідуальна	перший	факультативне
подружня дезадаптація	сексуальна дисфункція	сімейна, групова	другий	облігатне
вторинна невротизація	міжособистісні конфлікти	сімейна, групова	третій	немає
проблеми міжособистісного спілкування		тренінгова сімейна	четвертий	немає

Під час проведення першого етапу психотерапії, вибираючи методи лікування пацієнтів з неврастенією, невротичною депресією, тривогою, obsесивно-компульсивним, соматизованим розладами, слід враховувати динаміку розладу, що обумовлена взаємодією конституціональних особливостей особистості і різноманітних зовнішніх і внутрішніх чинників: психогенних, соматогенних, співвідношення яких визначає клінічну картину сімейної дезадаптації.

Водночас із можливим психофармакотерапевтичним втручанням проводиться раціональна психотерапія, спрямована на нівелювання тривоги, побоювань, страху, неправильної сексуальної поведінки тощо.

Психотерапія міжособистісних стосунків подружжя — психологічної і соціально-психологічної дезадаптації проводиться в декілька заходів.

Діагностичні заходи виявляють особливості кожного з подружжя, які призвели до сексуальної і міжособистісної дезадаптації.

Корекційні заходи характерологічних особливостей і міжособистісних стосунків проводяться у формі дискусій з орієнтацією на тематичне і інтерактивне обговорення, для чого проводяться заняття на такі теми: психологія спілкування; подружні конфлікти і шляхи їх розв'язання; зв'язок сімейної дезадаптації з подружніми конфліктами; психологія міжособистісних стосунків подружжя та на роботі; любов та ревності. Заняття спрямовані на підвищення рівня спілкування і культури стосунків подружжя.

На заходах останнього порядку пацієнтам надають інформацію щодо підвищення обізнаності пацієнта про його розлад, про пов'язану з ним сексуальну і соціально-психологічну дезадаптацію і роль особистих особливостей в їх виникненні. На індивідуальних і групових сесіях застосовують методи роз'яснення, переконання, навіювання.

На останньому етапі формуються нові настанови, типи особистого і подружнього реагування, виробляються адекватні форми розв'язання конфліктів, проводиться перебудова активності, спрямованості особистості, самооцінки і рівня домагань пацієнта відповідно

до реальних обставин життя. Особливий акцент повинен витримуватися при корекції вторинної невротизації на механізмах психологічного захисту особистості.

Описаний курс психотерапії складається з 10—15 занять тривалістю від 1 до 1,5 години, що проводяться 2—3 рази на тиждень.

Підвищенню ефективності коригуючих дій сприяє поєднання індивідуальної психотерапії з груповими її методами. Групова психотерапія, спрямована на ліквідацію неадекватних форм реагування, спілкування і поведінки, які обумовлені психотравмуючими ситуаціями, чинниками й особливостями особистості пацієнтів, заснована на використанні групової динаміки, що виникає при взаємодії членів групи між собою, лікарем і психологом.

Керують групою лікар та практичний психолог системи охорони здоров'я, промовці в ролях активного лідера, аналітика, коментатора, посередника і дійсного члена групи. Група зазвичай складається з 8—10 осіб.

Як основний метод групової психотерапії використовують дискусію з біографічною, тематичною орієнтацією або спрямовану на взаємодію; як допоміжні методи ми застосовуємо психомалюнок, бібліотерапію, психогімнастику, музикотерапію, арт-терапевтичні засоби і методи соціотерапії тощо.

У результаті реалізації розробленої системи психотерапії за даними проведених катамнестичних спостережень був досягнутий достатньо високий терапевтичний ефект (у 87,6 % пацієнтів). Сексуальне здоров'я було відновлене майже в усіх пацієнтів з неврастенією, невротичною депресією, тривогою, obsесивно-компульсивним, соматизованим розладами із сімейною дезадаптацією.

Розроблена програма психопрофілактики була спрямована на запобігання розвитку станів дезадаптації за існуванням невротичних розладів, вторинної невротизації, розвитку сімейної дезадаптації.

Таким чином, слід підкреслити, що нами було проведено нове розроблення аналізу сімейної дезадаптації як цілісного феномена, встановлення закономірностей формування порушень сімейної адаптації й закономірностей



сімейного функціонування в подружніх парах, де чоловік або жінка страждають на неврастенію, невротичну депресію, тривогу, obsесивно-компульсивний, соматизований розлад тощо.

Новим у цьому дослідженні є системний підхід до вивчення сімейної дезадаптації у хворих на невротичні розлади. Підхід включає клініко-психопатологічний, медико-психологічний, клініко-психосоціологічний та спеціальний сексологічний ракурси дослідження проблеми.

Вперше розроблено систему психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації, що базуються не тільки на сексологічних та медико-психологічних даних, але й на психосоціологічному профілі обстежених контингентів. Розроблено систему діагностики, а також психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації серед подружніх пар, де чоловік або жінка страждають на невротичні розлади.

Запропоновані методи психотерапії та психопрофілактики сімейної дезадаптації при існуванні в подружжя осіб із психогенно обумовленими розладами можуть застосовуватися у психіатричних, неврологічних, сексологічних, урологічних й інших терапевтичних відділеннях стаціонарної й амбулаторної ланок, де лікарі стикаються із проблеми сімейної дезадаптації.

#### Список літератури

- Агарков, С. Т. Супружеска дезадаптация / С. Т. Агарков. — М.: Эдиториал УРСС, 2004. — 256 с.
- Агишева, Н. К. О факторах, определяющих межличностные отношения супругов / Н. К. Агишева, А. К. Агишева // Материалы науч.-исслед. конф. — Харьков, 1997. — С. 11—15.
- Александровский Ю. А. Пограничная психиатрия / Ю. А. Александровский. — М.: РПС, 2006. — 1280 с.
- Ахола, Т. Краткосрочная позитивная психотерапия: (психотерапия, основанная на решении) / Т. Ахола, Б. Фурман. — СПб.: Сталкер, 1996. — 203 с.
- Бузишвили, Б. С. Дифференцированная психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары при неврозах / Б. С. Бузишвили // Проблемы современной сексологии и сексологии: материалы науч.-практ. конф. сексологов. — М., 1996. — С. 84 — 85.
- Васильченко, Г. С. Семейно-сексуальные дисгармонии / Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега // Частная сексология [под ред. Г. С. Васильченко]. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 293—306.
- Голоцван, Е. А. Применение телесно-ориентированной терапии в лечении дисгармоний / Е. А. Голоцван // Актуальные вопросы планирования семьи, сексологии и репродукции. — Киев, 1998. — С. 71—76.
- Гринвальд, С. Г. Клинические психотерапевтические эффективные: клинико-теоретическое моделирование / С. Г. Гринвальд. — Харьков: Око, 2009. — 171 с.
- Гришина, Н. В. Психология конфликтов / Н. В. Гришина. — СПб.: Питер, 2003. — 464 с.
- Клиническая психология : учебник. 2-е изд. / под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2006. — 960 с.
- Коломиец, В. П. Влияние акцентуаций характера мужчин на формирование сексуально-психологической дисгармонии / В. П. Коломиец, К. В. Подшивалов // Проблемы современной сексологии и сексологии: сб. материалов науч.-практ. конф. сексологов. — М., 1996. — С. 40.
- Кочарян, Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
- Кратохвил, С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / С. Кратохвил; пер. с чешск. — М.: Медицина, 1991. — 336 с.
- Кришталь, В. В. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары : учебное пособие / В. В. Кришталь, Н. К. Агишева. — М.: Изд. ЦОЛИУВ, 1995. — 138 с.
- Луценко, А. Г. Асинхронии психосексуального развития / А. Г. Луценко. — Харьков: Основа, 1996. — 208 с.
16. Психотерапия: учеб. для врачей-интернов высш. мед. учеб. заведений III—IV уровней аккредитации / [Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов]. — Харьков: Око, 2002. — 768 с.
17. Мясичев, В. Н. Некоторые вопросы теории психотерапии / В. Н. Мясичев // Вопросы психотерапии. — М., 1973. — С. 11 — 18.
18. Психотерапевтическая коррекция непсихотических нарушений психической сферы у хворих на хронічні соматичні захворювання : методичні рекомендації / уклад. Сердюк О. І., Михайлов Б. В. — Х., 2002. — 29 с.
19. Чабан, О. С. Наступний крок медицини — інтегративна медицина / О. С. Чабан // Журнал української лікарської еліти. Психосоматика. — № 5 (11). — Х., 2009. — С. 6 — 10.
20. Чугунов, В. В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии / В. В. Чугунов. — К.: Здоров'я; Х.: Око, 2000. — 600 с.
21. Чугунов, В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / В. В. Чугунов. — 2-е изд. стереотипн. — Киев: Здоров'я; Харьков: Око — Наука, 2008. — 768 с.

Надійшла до редакції 07.12.2011 р.

**В. А. Курило**

*Запорожский государственный медицинский университет  
(г. Запорожье)*

#### **Клинико-психопатологические, клинико-психосоциологические, клинико-сексологические и медико-психологические характеристики и система психотерапии и психопрофилактики семейной дезадаптации у лиц с невротическими расстройствами**

В статье проведен комплексный анализ клинико-психопатологических, клинико-психосоциологических, психодиагностических, специальных сексологических характеристик лиц с невротическими расстройствами. Вышеупомянутые характеристики стали основой создания системы психотерапии и мероприятий психопрофилактики указанных контингентов. Рассматриваются критерии примененных методов, методик, психотехники в зависимости от клинических особенностей невротических расстройств. Показана роль разработанной системы психотерапии и психопрофилактики для предотвращения и последующего развития осложнений семейной дезадаптации. Описаны результаты проведенных исследований и выводы относительно возможностей последующего применения системы психотерапии.

*Ключевые слова:* психотерапия, психопрофилактика, психосоциология, невротические расстройства, семейная дезадаптация, мультидисциплинарный подход.

**V. A. Kurilo**

*Zaporizhzhya State medical University (Zaporizhzhya)*

#### **Clinico-psychopathological, clinico-psychosociological, clinico-sexological and medico-psychological characteristic and system of psychotherapy and psychoprophylactic of family disadaptation patients with neurotic disorders**

The complex analysis of clinico-psychopathological is carried out in the article, clinico-psychosociological, psychodiagnostical, special sexology descriptions of patients with neurotic disorders. Afore-mentioned descriptions became basis of creation of the system of psychotherapy and measures of psychoprophylactic of contingents. The criteria of the applied methods, methods, psychotechnical depending on the clinical features of neurotic disorders of patients are examined. The role of the developed system of psychotherapy and psychoprophylactic is rotined for prevention and subsequent development of complications of matrimonial disadaptation. The results of the conducted researches and conclusions are described in relation to possibilities of subsequent application of the system of psychotherapy.

*Key words:* psychotherapy, psychoprophylactic, psychosociology, neurotic disorders, family disadaptation, multidisciplinary approach.