

**О. О. Чистова**  
**ТИПОЛОГІЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК,  
 ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ**

**О. А. Чистова**  
**ТИПОЛОГІЯ ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЖЕНЩИН,  
 СТРАДАЮЩИХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

**О. А. Chystova**  
**TYPOLOGY OF INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURES WOMEN WHO SUFFER FROM ENDOMETRIOSIS**

Обстежено 100 жінок, хворих на генітальний ендометріоз, та їх чоловіки. Під час вивчення преморбідних особистісних і характерологічних особливостей встановлено, що у пацієток з генітальним ендометріозом найбільш поширеними були демонстративний і емотивний типи акцентуації характеру, у їхніх чоловіків — педантичний і застрягаючий типи. Виховання за типом гіпопротекції однаково часто сприяло загостренню емотивних і тривожних рис характеру, а домінуючої гіперпротекції — посилюванню педантичних і застрягаючих рис, потурлива гіперпротекція призводила до загострення демонстративної акцентуації, умови жорстоких взаємин — збудливої, а підвищена моральна відповідальність — дистимічної акцентуації характеру.

За аналізом особистісних властивостей жінок, хворих на генітальний ендометріоз, встановлені три їх варіанти: невпевнено-депресивний, імпульсивний та тривожно-іпохондричний. Перший варіант профілю особистості відзначався у 47 % обстежених, характеризувався підвищенням профілю на 2-й (депресії), 7-й (психастенії), 0-й (соціальної інтроверсії) і зниженням на 9-й (гіпоманії) шкалах. Другий варіант профілю особистості відзначався у 27 % обстежених і характеризувався підвищенням на 3-й (истерії), 4-й (психопатії), 9-й (гіпоманії) і зниженням на 5-й (мужності — жіночності) і 0-й (соціальної інтроверсії) шкалах. Третій варіант профілю особистості виявлений у 26 % обстежених, відрізнявся підвищенням за шкалами невротичної триади — 1-й (іпохондрії), 2-й (депресії) і 3-й (истерії), а також на 6-й (ригідності), 0-й (соціальної інтроверсії) шкалах і зниженням на 4-й шкалі (психопатії).

**Ключові слова:** генітальний ендометріоз, характерологічні й особистісні особливості жінок

Обследовано 100 женщин, больных генитальным эндометриозом, и их мужья. При изучении преморбидных личностных и характерологических особенностей установлено, что у пациенток с генитальным эндометриозом наиболее распространенными были демонстративный и эмотивный типы акцентуации характера, у их мужей — педантичный и застревающий типы. Воспитание по типу гипопротекции одинаково часто способствовало обострению эмотивных и тревожных черт характера, а доминирующей гиперпротекции — ужесточению педантичных и застревающих черт, потворствующая гиперпротекция приводила к обострению демонстративной акцентуации, условия жестоких взаимоотношений — возбуждающей, а повышенная моральная ответственность — дистимической акцентуации характера.

На основе анализа личностных свойств женщин, страдающих генитальным эндометриозом, установлены три их варианта: неуверенно-депрессивный, импульсивный и тревожно-ипохондрический. Первый вариант профиля личности отмечался у 47 % обследованных, характеризовался подъемом профиля на 2-й (депрессии), 7-й (психастении), 0-й (социальной интроверсии) и снижением на 9-й (гипомании) шкалах. Второй вариант профиля личности отмечался у 27 % обследованных и характеризовался подъемами на 3-й (истерии), 4-й (психопатии), 9-й (гипомании) и снижением на 5-й (мужественности — женственности) и 0-й (социальной интроверсии) шкалах. Третий вариант профиля личности, диагностированный у 26 % обследованных, отличался подъемами по шкалам невротической триады — 1-й (ипохондрии), 2-й (депрессии) и 3-й (истерии), а также на 6-й (ригидности), 0-й (социальной интроверсии) шкалах и снижением на 4-й шкале (психопатии).

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, характерологические и личностные особенности женщин

The study involved 100 women with endometriosis and their men. In the study of premorbid personality traits and found that in patients with endometriosis were the most common types of demonstrative and emotive character accentuation in their men often met pedantic and paranoiac types. Parenting by type hypoprotection equally often helped exacerbate anxiety and emotional traits and dominant hyperprotection — tightening pedantic and paranoiac features hyperprotection led to increased demonstrative accentuation, a brutal relationship — exciting and high moral responsibility — dysthymic accentuation of character.

Based on the analysis of personality characteristics of women with endometriosis do not set them three options: insecure-depressed, impulsive and anxious-hypochondriac. The first option personality profile observed in 47 % of patients, characterized by elevation profile on the 2<sup>nd</sup> (depression), 7 (psychasthenia) 0<sup>th</sup> (social introversion) and decreased to 9 (hypomania) scales. The second option personality profile was observed in 27 % of patients and was characterized by the rise in the 3<sup>rd</sup> (hysteria), 4<sup>th</sup> (psychopathy), 9 (hypomania) and decreased after 5 (masculinity — femininity) and the 0<sup>th</sup> (social introversion) scales. The third option is the profile of the individual, found in 26 % of patients, was characterized by elevations on scales neurotic triad — 1<sup>st</sup> (hypochondria), 2 (depression) and 3<sup>rd</sup> (hysteria) and after 6 (rigidity), 0<sup>th</sup> (social introversion) scales and decreased after 4 scale (psychopathy).

**Keywords:** endometriosis, characterological and personality traits women

У структурі гінекологічної захворюваності генітальний ендометріоз (ГЕ) займає третє місце після запальних процесів і міоми матки, вражаючи до 50 % жінок із збереженою менструальною функцією, причому найбільш часто — в репродуктивному періоді [1]. ГЕ призводить до функціональних та структурних змін

в репродуктивній системі, в багатьох випадках негативно впливаючи на психоемоційний стан й сексуальну активність жінок, призводячи до порушення їх подружньої взаємодії та істотно знижуючи якість життя [2, 3].

На сьогодні в світі визнано, що ключовою ланкою будь-якого реабілітаційного процесу є сім'я, реабілітаційний потенціал якої залежить від стану подружніх стосунків. Саме тому вивчення особливостей подружньої

взаємодії для оцінки реабілітаційного потенціалу сім'ї є облігатним під час розроблення будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі, і медико-психологічної допомоги жінкам, що страждають на ГЕ [4, 5]. Між тим, дослідження закономірностей виникнення та розвитку порушення подружньої взаємодії неможливе без ретельного аналізу характерологічних й особистісних особливостей подружжя, з точки зору їх провокаційного або превентивного впливу на розвиток деформації подружніх стосунків.

Враховуючи вищевикладене, метою даної роботи стало дослідження індивідуально-психологічних особливостей жінок, що страждають на ГЕ, та їхніх чоловіків.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, протягом 2010—2013 рр. на базі Медичного центру «Союз» м. Харкова обстежено 150 подружніх пар (ПП), з них 100 — основна група — в яких дружини страждали на ГЕ (N80.0) і 50 — порівняльна група, з гострими запальними захворюваннями органів малого тазу (N70.0). Подружжя були віком від 27 до 53 років і в кожній парі входили в одну вікову групу, не перевищувала 5 років. Давність шлюбу в обстежених ПП становила від 3-х до 15 років.

Визначення характерологічних й особистісних особливостей здійснювали із застосування методики діагностики акцентуацій К. Леонгарда — Г. Шмішека [6], вивчення індивідуальних особистісних особливостей проводили за допомогою методики багатостороннього дослідження особистості (MMPI) в модифікації Ф. В. Березіна і співавт. [7].

Акцентуації характеру, як відомо, багато в чому визначають міжособистісні відносини і адаптацію особистості на всіх рівнях взаємодії. Виявлені у обстежених виражені акцентуації характеру наведені в таблиці.

Акцентуації характеру в обстежених, % ± *m*

Тип акцентуації	Групи обстежених			
	основна, <i>n</i> = 100		порівняльна, <i>n</i> = 50	
	жінки	чоловіки	жінки	чоловіки
Демонстративний	32 ± 4,7	—	8 ± 2,7	—
Педантичний	7 ± 2,6	29 ± 4,5	2 ± 1,4	8 ± 2,7
Збудливий	12 ± 3,2	12 ± 3,2	6 ± 2,4	4 ± 2,0
Емотивний	26 ± 4,4	—	12 ± 1,4	6 ± 2,4
Застрагаючий	7 ± 2,6	26 ± 4,4	2 ± 1,4	6 ± 2,4
Тривожний	10 ± 3,0	—	4 ± 2,0	—
Дистимічний	6 ± 2,4	15 ± 3,6	2 ± 1,4	4 ± 2,0
Гіпертимний	—	18 ± 3,8	24 ± 4,4	38 ± 4,1

З даних таблиці випливає, що у пацієток з ГЕ найбільш поширеними були демонстративний і емотивний типи акцентуації характеру, у чоловіків найчастіше спостерігалися педантичний і застрагаючий типи.

Пацієнтки з демонстративною акцентуацією не виносили байдужого ставлення до себе, прагнули перебувати в центрі уваги, бути об'єктом захоплення. Любили говорити, розповідати, причому охочіше, якщо їх слухали з інтересом. У дружбі цінували тільки постійну увагу до себе і вважали, що не можуть знайти таких друзів. В гендерних стосунках надавали перевагу флірту, ніж сексуальним контактам. Основними рисами осіб з педантичною акцентуацією характеру були

крайня нерішучість, боязкість, проблема в прийнятті будь-якого рішення. Через постійно виникаючі сумніви будь-яка робота була болісною для них. Ці особи завжди шукали підтримки, боялися за своє здоров'я, за долю близьких, постійно відчували тривогу, побоювання, занепокоєння. Вони губилися, коли на них звертали увагу, не любили фізичної праці, вважаючи себе незграбними, були схильні до самоаналізу і ні до чого не зобов'язуючих міркувань на загальні теми. Чоловіки і жінки зі збудливим типом акцентуації відрізнялися запальністю, легко впадали в лють, були образливі і злопам'ятні, не проминали нагоди «розрахуватися» за образу. У той же час вони проявляли вимогливість до інших, не прощали того, що не відповідало їхнім бажанням, вважали своїм обов'язком давати поради і не терпіли їх по відношенню до себе. Іноді в осіб зі збудливою акцентуацією безпричинно виникав тужливий настрій, і вони ставали особливо дратівливими. Обстеженим з емотивною акцентуацією характеру були властиві чутливість, вразливість і чуйність. Вони любили природу, захоплювалися творами мистецтва, легко плакали і від засмучення, і від радості. Душевні потрясіння чинили на них болісно глибокий вплив і могли викликати реактивну депресію. Ці особи не здатні були відчувати безпричинні радощі і сприймали будь-яку життєву подію з глибокою серйозністю. Особистостям із застрягаючою акцентуацією була властива характерна для цього типу патологічна стійкість афекту. Якщо в нормі, як відомо, афект через деякий час слабшає і зникає, то у застрягаючій особистості дія його припинення проходить набагато повільніше і супроводжуючі стрес емоції легко оживають навіть через тривалий час. Афект у них тримався дуже довго, хоча ніякі нові переживання його не підтримували і не активізували. Застрагання афекту особливо яскраво проявлялося в тих випадках, коли порушувалися їхні особисті інтереси й афект ставав відповіддю на зачеплене самолюбство, а також на різні форми пригнічення, навіть якщо об'єктивно моральний збиток для особистості був незначним. Образа і збиток для особистих інтересів, як правило, ніколи не забувалися застрягаючими особистостями, вони були злопам'ятні і мстиві.

Жінки з тривожною акцентуацією відрізнялися боязкістю з елементами покірності, приниженості. Деякі з них іноді демонстрували гіперкомпенсацію у вигляді самовпевненої або навіть зухвалої поведінки, але її неприродність кидалась в очі. Часом у тривожних особистостей до боязкості приєднувалася лякливність, яка або мала чисто рефлекторний характер, або була проявом раптового страху. Страх нерідко супроводжувався соматичною реакцією, яка через систему іннервації серця у свою чергу посилювала страх.

Основною відмінною особливістю осіб з дистимічною акцентуацією характеру, частіше чоловіків, був природжений песимізм. У них завжди був поганий настрій, в усьому вони бачили лише похмурі сторони, постійно чекали неприємностей, їм здавалося, що оточуючі погано до них ставляться, третирують їх. Дистимічні особистості були похмурі, завжди всім незадоволені, не здатні до вольових зусиль; стикаючись з труднощами, впадали у відчай, часто віддавалися думкам про нікчемність, безглуздість існування. Характерними для них були також пасивність у діях і уповільнене мислення.

Виразність акцентуації характеру, їх загострення здебільшого залежать від типу виховання, отриманого людиною в батьківській сім'ї. Порівняльний аналіз даних про виявлені у наших обстежених акцентуації характеру і типи їх виховання показав, що між цими характеристиками є певна залежність. Так, більшість жінок з демонстративною акцентуацією отримали виховання за типом потурливої гіперпротекції, а більшість чоловіків і всі жінки з педантичною акцентуацією виховувалися за типом домінуючої гіперпротекції. Виховання в умовах жорстоких взаємин сприяло загостренню збудливої акцентуації характеру, тоді як емотивна акцентуація спостерігалася у переважній більшості жінок, що отримали виховання за типом гіпопротекції. За цього ж типу виховувалися також жінки з тривожною акцентуацією. Більшість осіб із застрягаючою акцентуацією отримали виховання за типом домінуючої гіперпротекції, а особи з дистимічною акцентуацією — виховання в умовах підвищеної моральної відповідальності.

Таким чином, гіпопротекція однаково часто сприяла загостренню емотивних і тривожних рис характеру, а домінуюча гіперпротекція — посилюванню педантичної і застрягаючих рис. Потурлива гіперпротекція приводила до загострення демонстративної акцентуації, умови жорстоких взаємин — збудливої, а підвищена моральна відповідальність — дистимічної акцентуації характеру (дані статистично достовірні в діапазоні від  $p \leq 0,05$  до  $p \leq 0,01$ ).

Особливості особистості жінок були досліджені також, як зазначалося, за методикою ММРІ. Профілі особистості обстежених виявилися неоднорідними (відмінності між групами, встановлені як клінічно, так і за допомогою психодіагностичного методу, мали статистично значиму ( $p \leq 0,05$ ) кореляцію; на підставі отриманих даних були виділені три їх варіанти. В усіх розглянутих випадках показники оціночних шкал (L — брехні, F — достовірності, K — корекції) були в межах норми, що свідчило про достовірність отриманих результатів та адекватне ставлення обстежуваних до психодіагностики.

Перший варіант профілю особистості (невпевнено-депресивний) виявлявся у 47 % обстежених (рис. 1), характеризувався підйомом профілю на 2-й (депресії), 7-й (психастенії), 0-й (соціальної інтроверсії) і зниженням на 9-й (гіпоманії) шкалах.

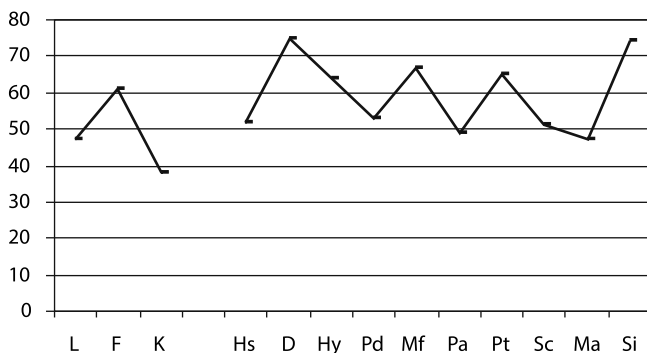


Рис. 1. Перший варіант усередненого профілю особистості жінок (невпевнено-депресивний)

Для цих хворих були характерні песимізм, замкнутість, мовчазність, сором'язливість, знижена самооцінка, невпевненість у собі, надмірна серйозність, постійна напруженість і тривога. Такі особи відчували потребу в міцних контактах з оточуючими, одна загроза розриву зв'язків викликала у них тривогу. Їхня самотність і відгородженість відображали прагнення уникнути розчарування, вони відчували потребу залучити й утримати увагу оточуючих, дорожили їх оцінкою, прагнули встановити близькі стосунки і зберегти їх. Будучи незадоволеними існуючою ситуацією і власними можливостями, ці особи прагнули змінити своє становище, однак необхідність прийняти рішення супроводжувалася у них сумнівами і коливаннями, тривогою і страхом з приводу його наслідків. Вони керувалися не потребою досягти успіху, а прагненням уникнути неспіху.

Побоювання вчинити неправильно або зазнати невдачі в результаті допущеної помилки обумовлювало обмежувальну поведінку таких осіб, що виявлялася у відмові від діяльності, якщо успіх не є гарантованим. Їм було властиве прагнення контролювати успішність своєї діяльності за допомогою розробки високого внутрішнього стандарту. У них легко виникало почуття провини, їх відрізняла недостатня оцінка власних можливостей, увага до емоційних нюансів відносин, сентиментальність, сенситивність, ранимість, сердечність, незахищеність. Встановлення нових контактів давалося їм через силу, вони відчували тривогу при міжособистісних конфліктах, що посилювало їх соціальну інтроверсію, зосередженість на своїх хворобливих переживаннях і особистісних недоліках, почуття власної неповноцінності.

Другий варіант профілю особистості (імпульсивний) відзначався у 27 % обстежених і характеризувався підйомом на 3-й (істерії), 4-й (психопатії), 9-й (гіпоманії) і зниженням на 5-й (мужності-жіночності) і 0-й (соціальної інтроверсії) шкалах (рис. 2).

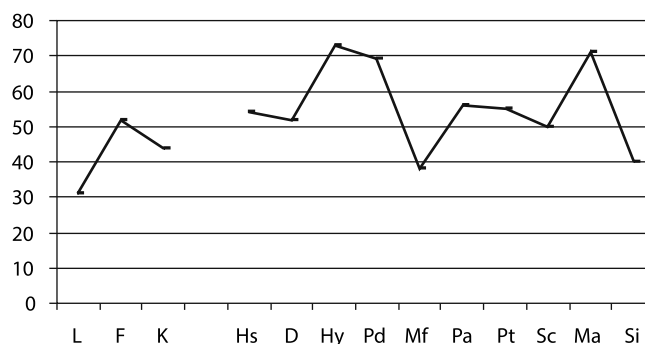


Рис. 2. Другий варіант усередненого профілю особистості жінок (імпульсивний)

Для пацієнток з другим варіантом профілю істотною була проблема стримування імпульсивності. Прояв імпульсивності й агресивності до оточуючих (підйом на 4-й шкалі) контролювався, стримувався, придушувався (підйом на 3-й шкалі), тобто мало місце стримування імпульсів, що виходять за рамки соціальних норм.

Ці особи були погано пристосовані в сексуальному плані і зазнавали труднощі у спілкуванні з протилежною статтю. Подружні взаємини у них були нестійкими,

почуття глибокої прихильності до чоловіка виникало рідко. Міжособистісні контакти відрізнялися напруженістю і здійснювалися на незрілому і поверхневому рівні, характерним було заперечення емоційних труднощів. Негативні сигнали з боку оточуючих цими пацієнтками, як правило, ігнорувалися, їхня самооцінка контрастувала з оцінкою оточуючих, що, однак, не заважало їм зберігати самовпевненість, поблажливість до власних недоліків. Їм були властиві дратівливість, недружнє ставлення до оточуючих, незадоволеність життям, своїм соціальним становищем. У таких особистостях була відсутня конформність і самоконтроль, спостерігалася явно виражена тенденція до конфліктних ситуацій. Вони нехтували прийнятими нормами, моральними та етичними цінностями, їхня поведінка відрізнялася безцеремонністю. Міжособистісні відносини таких осіб обмежувалися короточасними поверхневими і нестійкими контактами і характеризувалися схильністю до домінування, незалежності, агресивності, суперництва. Поведінка їх була малопередбачуваною, вони не планували вчинки і нехтували наслідками своїх дій, виявляли прагнення до самоствердження, підвищення своєї значущості в очах оточуючих. Соціальна екстраверсія була пов'язана з орієнтацією на зовнішню оцінку, постійною потребою у підтримці з боку оточуючих при низькій чутливості до тонкощів людських відносин. Така конфігурація профілю була характерною для емоційно незрілих особистостей. Демонстративність і орієнтація на зовнішню оцінку перешкоджали прямим проявам асоціальної поведінки, чим більше була соціальна дистанція між цими особистостями і людьми, що входять в коло їх спілкування, тим жорсткіше контролювалися асоціальні імпульси. Тому агресія, протест, нездатність і небажання рахуватися з інтересами оточуючих виявлялися найчастіше у відносинах з близькими людьми.

Третій варіант профілю особистості (тривожно-іпохондричний), виявлений у 26 % обстежених (рис. 3), відрізнявся підйомами на шкалах невротичної тріади — 1-й (іпохондрії), 2-й (депресії) і 3-й (истерії), а також на 6-й (ригідності), 0-й (соціальної інтроверсії) шкалах і зниженням на 4-й шкалі (психопатії).

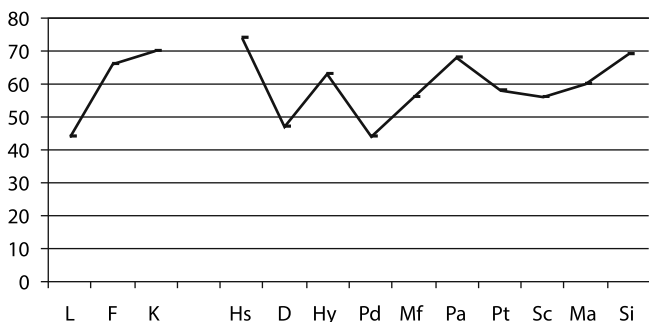


Рис. 3. Третій варіант усередненого профілю особистості жінок (тривожно-іпохондричний)

Для особистостей з таким профілем була характерна стурбованість станом свого фізичного здоров'я, що виникала на тлі високого рівня тривоги. У них спостерігалася початково підвищена увага до себе, у зв'язку з чим відчуття тривоги переносилося з міжособистісних відносин на процеси, що відбуваються у власному орга-

нізмі. Соціальні контакти ускладнювалися дратівливістю, поганим настроєм і тривогою щодо стану свого здоров'я, песимістичним ставленням до вирішення своїх проблем, пригніченістю. Соматичні симптоми використовувалися як засіб вирішення конфліктних ситуацій, зменшення напруженості і як спосіб уникати відповідальності. Декомпенсуючими ситуаціями були порушення міжособистісних відносин. Ці жінки відчували потребу в увазі та підтримці близьких людей, прагнули здобути співчуття оточуючих. Для них було важливим дотримання загальноприйнятих норм поведінки, високий рівень ідентифікації зі своїм соціальним статусом, тенденція до збереження постійних настанов, інтересів і цілей. Встановлення нових міжособистісних контактів було ускладненим. Вони були нетовариські, замкнуті, залежні, тому воліли перебувати у вузькому колі близьких людей.

Жінки з даним профілем особистості були ригідні, конформні, педантичні, дистанційовані, поступливі, сентиментальні, афективні, образливі, уперті, працьовиті. Їм властиві тенденції до уникнення конфліктів, до обмірковування дій оточуючих, оминання контактів, соціальна невпевненість, підозрілість, внутрішня напруженість, незадоволення ситуацією. Їхня поведінка визначалася залежністю від соціального схвалення, вони стурбовані своїм соціальним статусом і прагненням викликати до себе симпатію оточуючих.

Усереднений профіль особистості жінок порівняльної групи за жодною шкалою не перевищував 65 Т-балів. За результатами обстеження рис, що були б підґрунтям схильності до дезадаптивної поведінки, в них не було виявлено.

Порівняльний аналіз варіантів профілю особистості з наявними акцентуаціями характеру у жінок дозволив встановити таке. Перший варіант профілю особистості відзначався у жінок з дистимічним, тривожним і емотивним типами акцентуації. Цим особам були властиві песимізм, замкнутість, знижена самооцінка, невпевненість у собі, ранимість, незахищеність, почуття провини, занижена оцінка власних можливостей, почуття власної неповноцінності. Вони часто відчували тривогу, страхи, сумніви і вагалися при необхідності прийняття рішення.

Другий варіант профілю особистості був виявлений у пацієнток з акцентуацією збудливого і демонстративного типів. Для збудливих були характерні безцеремонність, схильність до домінування, незалежність, агресивність, зневага загальноприйнятими нормами поведінки. Демонстративних пацієнток відрізняли орієнтація на зовнішню оцінку, яка приводила до стримування імпульсивності й агресивності, небажання і нездатності рахуватися з думкою оточуючих, тому ці риси виявлялися, в основному, у відносинах з близькими людьми. Будучи вимогливими до інших, вони в той самий час поблажливо ставилися до власних недоліків, конформність і самоконтроль у них були відсутні.

Третій варіант профілю особистості відзначався у переважній більшості обстежених з педантичним і застрягаючим типами акцентуації характеру. Цих жінок відрізняли внутрішня напруженість, соціальна невпевненість, підозрілість, ригідність, конформність, педантичність, нетовариськість, замкнутість, афективність, образливість, упертість, а також понижений настрій і тривога щодо стану свого здоров'я, пригніченість, що ускладнювало соціальні контакти.

В цілому результати проведеного обстеження жінок, які страждають на ГЕ, дозволили зробити висновок, що наявні в них характерологічні й особистісні особливості свідчать про брак індивідуально-психологічних ресурсів адаптації, що обумовлює коморбідні основному захворюванню порушення їх психологічного благополуччя та деформацію подружньої взаємодії, що необхідно враховувати під час розроблення комплексних програм реабілітації хворих з даною патологією.

#### Список літератури

1. Адамян Л. В. Клинико-эмбриологические аспекты эндометриоз-ассоциированного бесплодия (обзор литературы) / Л. В. Адамян, Е. А. Коган, Е. А. Калинина // Проблемы репродукции. — 2010. — № 5. — С. 47—51.
2. Насырова Р. Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец.: 14.01.06; 14.03.03 / Насырова Регина Фаритовна; Федеральное бюджетное государственное учреждение «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. — Томск, 2012. — 50 с.
3. Потемкина Е. А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях

ях : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец.: 19.00.04; 14.01.06 / Потемкина Елена Анатольевна; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — СПб., 2012. — 25 с.

4. Кришталь Е. В. К вопросу о комплексности реабилитации в гинекологической практике / Е. В. Кришталь, В. В. Свиридова // Сучасні методи лікуванні захворювань психогенного походження (XIII Платонівські читання): Матеріали науково-практичної конференції. — Харків, 2010. — С. 111—113.

5. Маркова М. В. Система медико-психологической реабилитации женщины, перенесших оперативные вмешательства на внутренних половых органах: мишени, этапы, эффективность / М. В. Маркова, Е. В. Кришталь, В. В. Свиридова // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2012. — № 3 (09). — С. 35—43.

6. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Издательский дом «БАХРАХ», 1999. — 672 с.

7. Березин Ф. Б. Методика многостороннего исследования личности / Ф. Б. Березин, М. Л. Мирошников, Р. В. Рожнец. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.

Надійшла до редакції 14.08.2013 р.

**ЧИСТОВА Ольга Олександрівна**, головний лікар медичного центру «Союз», м. Харків, e-mail: souzkharkov@gmail.com  
**CHYSTOVA Olga, MD**, Head doctor of "Souz" medical clinic, Kharkiv, e-mail: souzkharkov@gmail.com

УДК 615.1:351.761

*В. В. Шаповалов, О. В. Шувера*  
**ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ ПРОТИДІЇ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ (F10.2)  
РЕГІОНАЛЬНОГО РІВНЯ НА ЗАСАДАХ СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ**

*V. V. Shapovalov, E. V. Shuvera*  
**ВНЕДРЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ (F10.2)  
РЕГИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ НА ОСНОВЕ СУДЕБНОЙ ФАРМАЦИИ**

*V. V. Shapovalov, E. V. Shuvera*  
**IMPLEMENTING MEASURES PREVENTING ALCOHOL DEPENDENCE (F10.2)  
REGIONAL LEVEL ON PRINCIPLES OF FORENSIC PHARMACY**

У статті наведено результати дослідження щодо удосконалення заходів протидії поширенню алкогольної залежності (F 10.2), які впроваджено на регіональному рівні. Використано мультидисциплінарний підхід із включенням методики судової фармації, доказової медицини, доказової фармації, фармацевтичного і медичного законодавства в системі медичного та фармацевтичного права.

**Ключові слова:** судова фармація, медичне та фармацевтичне право, доказова медицина, доказова фармація, алкогольна залежність (F 10.2), медичне та фармацевтичне законодавство

В статье приведены результаты исследования по усовершенствованию мер противодействия распространению алкогольной зависимости (F 10.2), которые внедрены на региональном уровне. Использован мультидисциплинарный подход с включением методики судебной фармации, доказательной медицины доказательной фармации, фармацевтического и медицинского законодательства в системе медицинского и фармацевтического права.

**Ключевые слова:** судебная фармация, медицинское и фармацевтическое право, доказательная медицина, доказательная фармация, алкогольная зависимость (F 10.2), медицинское и фармацевтическое законодательство

A multidisciplinary approach aimed at scientific and practical study countermeasures prevalence of alcohol abuse through the development of integrated regional programs, processing socially oriented schemes of the pharmaceutical correction of the alcohol withdrawal symptoms and improvement of pharmaceutical and health legislation in the health and pharmaceutical law. According to the proposed comprehensive program for prevention of alcohol abuse (F10.2) in cooperation with the working group drew up the basic steps: establish cooperation and coordinate the work of healthcare, law enforcement, social services and educational institutions etc.

**Keywords:** forensic pharmacy, medical and pharmaceutical law, evidence-based medicine, evidence-based pharmacy, alcohol dependence (F10.2), medical and pharmaceutical legislation

Алкогольна залежність (АЗ) — це захворювання, що його спричиняє систематичний прийом психоактивної речовини (ПАР) алкоголю, яке характеризується

наявністю патологічного потягу до алкогольних напоїв і призводить до психічних, фізичних, поведінкових розладів, руйнації соціальних відносин особистості, котра страждає від цього захворювання [1]. У міжнародній