

<https://doi.org/10.34142/23129387.2023.68.07>

УДК 159.97

ORCID 0000-0002-8668-9552

ORCID 0000-0002-9717-7309

## **ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГЕНДЕРНИХ ТА КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ НЕВРОТИЧНО ХВОРИХ**

**Лариса М. Абсалямова<sup>1ACD</sup>, Богдан В. Чернець<sup>2ABE</sup>**

*1 – Харківський національний педагогічний університет  
імені Г.С. Сковороди, м. Харків*

*E-mail: lara.ab2011@ukr.net*

*2 - аспірант кафедри психології і соціальної роботи,  
Західноукраїнський національний університет, Україна*

*E-mail: b.chernets21@gmail.com*

Актуальність дослідження. Наразі у психологічній літературі відсутні систематизовані уявлення щодо психологічних особливостей оцінки хворими на невротичні розлади якості свого життя, що, у свою чергу, підкреслює необхідність проведення спеціального комплексного психодіагностичного дослідження, спрямованого на аналіз оцінки якості життя.

Мета. Стаття присвячена викладу матеріалів експериментального дослідження взаємозв'язку гендерних та клініко-психологічних особливостей хворих на невроз.

Результати. Показано, що якість життя після лікування чоловіки з невротичними розладами оцінили вище, аніж жінки, у сфері особистих вірувань, духовних і релігійних переконань, у сфері фінансових ресурсів, і сфері задоволеності своєю зовнішністю і образом тіла. В той же час жінки з невротичними розладами навіть після лікування не змогли оцінити якість свого життєвого функціонування ні в одній сфері вище, аніж чоловіки.

Висновки. У пацієнтів з невротичними розладами обох статей в процесі терапії відбувається редукція психопатологічної симптоматики, зменшується її тяжкість, різноманітність симптомів і у зв'язку з цим знижується рівень дистресу, викликаного

соматичним і психологічним неблагополуччям. В якості основних психотерапевтичних завдань при лікуванні пацієнтів із невротичними розладами повинні виступати: корекція ірраціональних вимог відносно себе, а також ірраціональних установок катастрофізації, з метою формування адекватнішого ставлення до себе і до оточуючих.. Рекомендується також закріплення конструктивних механізмів копіngu, таких як «Планування вирішення проблеми», «Пошук соціальної підтримки» і «Прийняття відповідальності» і зниження частоти використання неконструктивних форм поведінки, зокрема «Уникнення». Психотерапевтичними мішенями повинні виступати основні компоненти стосунків особистості: когнітивний, емоційний і поведінковий, а психотерапевтична дія в цілому повинна сприяти розширенню сфери самосвідомості, поліпшенню самопізнання, набуттю навичок конструктивнішої поведінки і саморегуляції.. Результати виявлення взаємозв'язків клініко-психологічних показників і рівня якості життя хворих дозволять визначати і контролювати ефективність проведеної психотерапії.

**Ключові слова:** невроз, гендер, клініко-психологічні особливості, образ тіла, психотерапія, переконання, якість життя.

### **Relationship between gender and clinical-psychological characteristics of neurotic patients**

**Larysa M. Absalyamova<sup>1ACE</sup>, Bordan V. Chernets<sup>2ABE</sup>,**

*1 - Professor of the Department of Psychology,*

*H.S. Skovoroda Kharkiv National Pedagogical University,  
Kharkiv, Ukraine*

*E-mail: lara.ab2011@ukr.net*

*2 - graduate student of Department of Psychology and Social Work,  
West Ukrainian National University, Ternopil, Ukraine*

*E-mail: b.chernets21@gmail.com*

**Relevance of research.** Currently, there are no systematic ideas in the psychological literature regarding the psychological features of the assessment of the quality of life by patients with neurotic disorders, which, in turn, emphasizes the need for a special comprehensive psychodiagnostic study aimed at analyzing the assessment of the quality of life.

**Aim.** The article is devoted to the presentation of the materials of an experimental study of the relationship between gender and clinical and psychological characteristics of patients with neurosis.

***Results.** It is shown that men with neurotic disorders rated the quality of life after treatment higher than women in the sphere of personal beliefs, spiritual and religious beliefs, in the sphere of financial resources, and in the sphere of satisfaction with their appearance and body image. At the same time, even after treatment, women with neurotic disorders could not rate the quality of their life functioning in any area higher than men.*

***Conclusions.** In patients with neurotic disorders of both genders, in the course of therapy, psychopathological symptoms are reduced, their severity and variety of symptoms decrease, and in this connection, the level of distress caused by somatic and psychological discomfort decreases. The main psychotherapeutic tasks in the treatment of patients with neurotic disorders should be: correction of irrational demands regarding oneself, as well as irrational attitudes of catastrophizing, with the aim of forming a more adequate attitude towards oneself and others. It is also recommended to consolidate constructive coping mechanisms, such as "Solution Planning problems", "Seeking social support" and "Accepting responsibility" and reducing the frequency of use of non-constructive forms of behavior, in particular "Avoidance". Psychotherapeutic targets should be the main components of personality relationships: cognitive, emotional and behavioral, and psychotherapeutic action as a whole should contribute to the expansion of the sphere of self-awareness, improvement of self-knowledge, acquisition of more constructive behavior and self-regulation skills. The results of identifying relationships between clinical and psychological indicators and the level of quality of life patients will be allowed to determine and control the effectiveness of the conducted psychotherapy.*

***Keywords:** neurosis, gender, clinical and psychological features, body image, psychotherapy, beliefs, quality of life.*

**Вступ.** Наявність численної кількості невротичних розладів, різноманітність форм порушень у структурі особистості, що призводять до розладів соціально-психологічної адаптації і зниження показників якості життя, демонструють, що дослідження в цьому напрямку є актуальними і мають велике медико-соціальне значення (Александров, 2004; Гурвич, 1999; Максименко, 2012). Ті або інші психологічні особливості і специфіка реагування на психотравмуючі ситуації можуть впливати на сприйняття хворими якості свого життя, виникнення і характер перебігу невротичних розладів. Вивчення проблеми якості життя при різних формах

патології набуває різного відтінку залежно від специфіки захворювання, реакції пацієнтів на психотравмуючу ситуацію і особливостей соціального функціонування (Максименко, 2012; Новик, 2007). Як відомо, невротичні розлади в структурі психічних захворювань займають особливе місце, обумовлене як специфікою психопатологічної симптоматики, так і тим чинником, що ця форма патології призводить до вираженої соціальної дезадаптації хворих практично в усіх сферах життя: трудовій, сімейній, сфері соціальних контактів і в матеріально-побутовій сфері (Александров, 2004; Максименко, 2012; Шевченко, 2003). Якість життя є одним з ключових понять, яке дозволяє дати багатоплановий аналіз біологічних, індивідуально-особистісних і соціальних проблем хворої людини (Новик, 2007; Шевченко, 2003). Наразі у психологічній літературі відсутні систематизовані уявлення щодо психологічних особливостей оцінки хворими на невротичні розлади якості свого життя, що, у свою чергу, підкреслює необхідність проведення спеціального комплексного психодіагностичного дослідження, спрямованого на аналіз оцінки якості життя.

**Мета статті** – презентування результатів експериментального дослідження взаємозв'язку гендерних та клініко-психологічних особливостей невротично хворих особистостей.

**Матеріал і методи дослідження.** У дослідження були включені хворі, що страждають на невротичні розлади, відповідно до критеріїв рубрик класифікації МКХ-10: F.40 - 23 людини, F.41 - 32 людини і F.45 - 25 людей. Всього було обстежено 80 пацієнтів (жінок - 48 і чоловіків - 32) у віці від 18 до 65 років. Тривалість захворювання у хворих складала від 1 року до 5 років, в середньому 3,2 роки. Усі пацієнти отримували психотерапевтичну допомогу у рамках індивідуальної особистісно-орієнтованої (реконструктивної) психотерапії.

Психофармакотерапія здійснювалася диференційовано, залежно від структури встановленого психопатологічного синдрому.

В процесі дослідження були використані наступні методи:

1. Опитувальник «Способи копіngu» (The Ways of Coping Questionnaire - WOCQ) для визначення ситуаційно-специфічних копіng-стратегій.

2. Опитувальник для дослідження особистісних переконань.

3. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL.

4. Опитувальник якості життя BOOЗ (BOOЗЯЖ-100).

5. Математико-статистична обробка результатів дослідження.

З метою порівняння якості життя хворих на невротичні розлади і контингенту здорових, з числа останніх була виділена порівняльна група (67 осіб), що не відрізнялася від основної за основними соціально-демографічними параметрами.

Для математико-статистичної обробки була складена відповідна карта, що включала паспортні, соціальні, клінічні і клініко-психологічні показники. Подальший аналіз включених в неї даних проводився за допомогою пакету статистичних програм STATISTICAL, SPSS for Windows 21 версія. По кожному показнику визначалися середньоквадратичні відхилення, обчислювалися середні величини і середні похибки, визначалися середні значення змін показників від першого до другого дослідження. Для визначення статистичної достовірності використовувався непараметричний критерій Манна-Уїтні (внаслідок того, що вибірка ненормальна за розподілом).

**Основні результати дослідження.** Аналіз результатів Опитувальника якості життя BOOЗ (BOOЗЯЖ-100) показав, що чоловіки, хворі на неврози, після лікування оцінили якість свого життя значно вище, ніж жінки, за такими параметрами: «Духовна сфера» ( $i=530$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Можливості для здобуття нової інформації і навичок» ( $i=607$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Духовність/релігія/особисті переконання» ( $i=530$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Фінансові ресурси» ( $i=584,5$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Образ тіла і зовнішність» ( $i=598,5$ ;  $p<0,05$ ). Жінки, хворі на неврози, після лікування не оцінили якість свого життя значно вище ( $p>0,05$ ), аніж чоловіки, за жодним параметром.

Якість життя після лікування чоловіки з невротичними розладами оцінили вище, ніж жінки, у сфері особистих вірувань, духовних і релігійних переконань, у сфері фінансових ресурсів, і сфері задоволеності своєю зовнішністю і образом тіла. А жінки з невротичними розладами навіть після лікування не змогли оцінити якість свого життєвого функціонування ні в одній сфері вище, ніж чоловіки.

По стратегіях копінг-поведінки, яким віддається перевага, значущі відмінності були виявлені тільки щодо стратегії «Пошук соціальної підтримки». Ця стратегія після лікування значущо частіше вибиралася як провідна респондентами жіночої статі, в порівнянні з респондентами чоловічої статі ( $t=599,5$ ;  $p<0,05$ ).

Таким чином, після лікування жінки з невротичними розладами частіше, ніж чоловіки докладали зусиль в пошуку інформаційної, дієвої або емоційної підтримки оточення.

Аналіз вираженості ірраціональних переконань після лікування у чоловіків і жінок, хворих на неврози, показав, що значущі відмінності визначилися тільки за критерієм «Низька фрустраційна толерантність». У чоловіків з невротичними розладами після лікування раціональність мислення відносно шкали «Низька фрустраційна толерантність» виявилася значущо вище, ніж у жінок з аналогічною патологією ( $t=521$ ;  $p<0,01$ ). Таким чином, після лікування респонденти-чоловіки менше, ніж респонденти жіночої статі, використовували ірраціональні переконання, що відбивають нездатність людини витримувати або терпіти світ, якщо він відрізняється від того, яким йому належить або слід бути за твердженням індивіда.

В ході аналізу результатів Опитувальника SCL - 90, отриманих при виписці хворих із стаціонару, не було виявлено статистично значущих відмінностей ( $p>0,05$ ) між вираженістю психопатологічної симптоматики після лікування у респондентів чоловічої і жіночої статі. Вираженість невротичної симптоматики після лікування у пацієнтів з невротичними розладами обох статей виявилася однаковою.

В результаті проведеного аналізу встановлено, що перспективи поліпшення якості життя досліджуваних хворих зумовлювалися змінами в їх клінічному стані, які спостерігалися в процесі здійснюваної терапії. Так у 31,25% (25 пацієнтів) з невротичними розладами, у яких редукувалися в процесі лікування відразу усі симптоматичні індекси: вираженість психопатологічної симптоматики (GSI), різноманіття скарг (PSI) і рівень вираженості дистресу (PDSI), статистично значущо ( $p < 0,05$ ) підвищилася якість життя. При редукції в процесі лікування індексу вираженості (GSI) і індексу різноманіття (PSI) симптоматики статистично значущо ( $p < 0,05$ ) підвищилася якість життя у 30% (24 хворих). І тільки у 17,5% (14 хворих) з невротизмом редукція психопатологічної симптоматики : вираженості дистресу (PDSI) не призвела до значущого покращення якості життя. Таким чином, вірогідність поліпшення якості життя хворих на невротизм пов'язана зі зменшенням у процесі терапії тяжкості симптомів захворювання.

Разом з цим необхідно відзначити, що можливості поліпшення якості життя хворих із невротичними станами залежали і від тривалості останніх.

Для виявлення значущих відмінностей за результатами до і після лікування було використано критерій Манна-Уїтні (і). Цей критерій був застосований, оскільки кількість досліджуваних у групах відрізнялася, розподіл показників у групах відрізнявся від нормального.

У пацієнтів з невротичними розладами після лікування були виявлені істотні відмінності за результатами практично усіх методик, використаних в дослідженні, в порівнянні з аналогічними результатами, отриманими за тими ж методиками при прийомі хворих у стаціонар (до лікування).

Аналіз результатів Опитувальника якості життя ВООЗ (ВООЗЯЖ-100) (до і після лікування) показав, що чоловіки, хворі на невротизм, після лікування стали оцінювати якість свого життя значущо вище за такими параметрами: субсфера «Біль і дискомфорт» ( $i = 213,5$ ;  $p < 0,01$ ), субсфера «Енергія і втома»

( $i=296,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Сон» ( $i=386,5$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Позитивні емоції» ( $i=339$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Пізнавальні функції» ( $i=280$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Самооцінка» ( $i=350,5$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Образ тіла і зовнішність» ( $i=365,5$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Негативні емоції» ( $i=253,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Здатність виконувати повсякденні справи» ( $i=301,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Залежність від ліків і лікування» ( $i=290,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Працездатність» ( $i=318$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Особисті стосунки» ( $i=339,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Медична і соціальна допомога» ( $i=393,5$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Можливості для набуття нової інформації і навиків» ( $i=261,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Можливості для відпочинку і розваг і їх використання» ( $i=342,5$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Транспорт» ( $i=252$ ;  $p<0,01$ ), а також «Сфера фізичного функціонування» ( $i=272$ ;  $p<0,01$ ), «Психологічна сфера» ( $i=299$ ;  $p<0,01$ ), «Рівень незалежності» ( $i=284,5$ ;  $p<0,01$ ), «Сфера соціального функціонування» ( $i=318,5$ ;  $p<0,01$ ), «Сфера довкілля» ( $i=400,5$ ;  $p<0,05$ ).

Після лікування у респондентів чоловічої статі значущо ( $p<0,05$ ) покращилася якість життя за всіма параметрами «Сфери фізичного функціонування», усіма показниками «Психологічної сфери» і «Рівня незалежності», меншою мірою, але також значущо покращилася якість життя у сфері довкілля і «Сфері особистісних стосунків».

Респонденти чоловічої статі після лікування стали почувати себе краще фізично (редукувалася або зникла симптоматика, з'явилася енергія, бадьорість, покращився сон, зменшився фізичний дискомфорт). Можливо, як наслідок, вони стали краще себе відчувати психологічно, емоційно (покращилися когнітивні функції, з'явилися позитивні емоції, знизилася актуальність, інтенсивність і напруга негативних переживань, сформувалося позитивніше відношення до себе і оточуючих); підвищилася працездатність, здатність виконувати повсякденні справи, знизилася залежність від ліків, виникли поліпшення у сфері міжособистісного і соціального функціонування, і як результат у хворих з'явилося суб'єктивне відчуття поліпшення загальної якості життя і стану здоров'я.



Також були виявлені статистично значущі відмінності ( $p<0,05$ ) за результатами дослідження за допомогою Опитувальника якості життя ВООЗ (ВООЗЯЖ-100) до і після лікування у жінок, хворих на неврози.

Аналіз результатів Опитувальника якості життя ВООЗ (ВООЗЯЖ-100) (до і після лікування) показав, що жінки, хворі на неврози, після лікування стали оцінювати якість свого життя значущо вище за такими параметрами: субсфера «Біль і дискомфорт» ( $i=744$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Енергія і втома» ( $i=832,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Сон» ( $i=799,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Позитивні емоції» ( $i=789$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Пізнавальні функції» ( $i=886$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Негативні емоції» ( $i=753,5$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Здатність виконувати повсякденні справи» ( $i=727$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Працездатність» ( $i=835$ ;  $p<0,01$ ), субсфера «Можливості для набуття нової інформації і навичок» ( $i=863,5$ ;  $p<0,05$ ), субсфера «Можливості для відпочинку і розваг і їх використання» ( $i=825$ ;  $p<0,01$ ), а також «Сфера фізичного функціонування» ( $i=642$ ;  $p<0,01$ ), «Психологічна сфера» ( $i=935$ ;  $p<0,05$ ), «Рівень незалежності» ( $i=878,5$ ;  $p<0,05$ ), «Загальна якість життя і стан здоров'я» ( $i=864,5$ ;  $p<0,05$ ).

У респондентів жіночої статі після лікування значущо ( $p<0,05$ ) покращилася сфера «Загальна якість життя і стан здоров'я», підвищилися усі показники «Сфери фізичного функціонування», покращилися основні параметри «Психологічної сфери», за винятком «Самооцінки» і «Образу тіла і зовнішності», підвищився «Рівень незалежності», хоча збереглася «Залежність від ліків», піднялися «Можливості для придбання нової інформації і навичок» і «Можливості для відпочинку і розваг», не змінилася якість життя у сфері соціальних стосунків.

Жінки з невротичними розладами після лікування (також як і чоловіки з тією ж патологією), стали краще почувати себе фізично і психологічно. Проте слід відзначити, що у цієї групи, на відміну від чоловіків, не сталося значущого поліпшення в процесі терапії ставлення до своєї зовнішності, образу тіла, не підвищилася самооцінка, збереглася залежність від

медикаментів, тим не менш підвищилися активність, працездатність і розширилися можливості, і як результат, з'явилося суб'єктивне відчуття поліпшення загальної якості життя і стану здоров'я.

Таким чином, після лікування у пацієнтів з невротичними розладами обох статей підвищилася загальна якість життя і стан здоров'я, а також якість життя в окремих сферах функціонування, головним чином за рахунок покращення фізичного самопочуття і емоційного стану, крім того, покращилися пізнавальні функції, підвищилися активність, енергія і працездатність, розширився спектр можливостей. При цьому у чоловіків, на відміну від жінок, піднялася самооцінка, задоволеність собою і своєю зовнішністю, зменшилася залежність від лікарських препаратів, і покращилося соціальне функціонування, чого не сталося у жінок.

При аналізі результатів дослідження, отриманих при виписці у чоловіків з невротичними розладами за допомогою Опитувальника «Способи копінга» (The Ways of Coping Questionnaire - WOCQ) для визначення ситуаційно-специфічних копінг-стратегій, не було виявлено статистично значущих відмінностей ( $p > 0,05$ ) в стратегіях копінг-поведінки, яким віддавалася перевага, до і після лікування. Таким чином, респонденти чоловічої статі відпочатково (до лікування) використовували конструктивні механізми оволодіння: «Планування вирішення проблеми», «Прийняття відповідальності», «Пошук соціальної підтримки», «Самоконтроль» і після лікування продовжували вибирати ці ж копінг-стратегії.

У жінок з невротичними розладами в процесі лікування сталися статистично значущі ( $p < 0,05$ ) зміни у виборі стратегій копінг-поведінки.

Так, респонденти жіночої статі після лікування стали частіше вибирати «Планування вирішення проблеми» ( $i=917$ ;  $p < 0,05$ ), і рідше «Втеча» ( $i=935$ ;  $p < 0,05$ ). Таким чином, у жінок з неврозами після лікування виробилося більш конструктивне ставлення відносно подолання життєвих труднощів, вони стали

більшу перевагу віддавати цілеспрямованим і проблемно-фокусованим зусиллям щодо зміни ситуації, включаючи аналітичний підхід до вирішення проблеми і меншу перевагу уявному прагненню і поведінці, спрямованій на уникнення проблеми.

Аналіз ірраціональних переконань, діагностованих по Опитувальнику для дослідження особистісних переконань (Kassinove & Berger, 1998) у респондентів чоловічої статі виявив статистично значущу ( $p < 0,05$ ) редукцію після лікування таких ірраціональних переконань : «Обов'язковість відносно себе» ( $i=390$ ;  $p < 0,05$ ), «Обов'язковість відносно інших» ( $i=368,5$ ;  $p < 0,05$ ), «Низька фрустраційна толерантність» ( $i=403$ ;  $p < 0,05$ ), «Самооцінка» ( $i=376,5$ ;  $p < 0,05$ ). Таким чином, після лікування у чоловіків з невротичними розладами підвищилася раціональність мислення, вони стали менше використовувати ірраціональні переконання, що стосуються жорстких вимог і оціночних суджень відносно себе, інших людей і світу в цілому, при цьому збереглися ідеї катастрофізації (ірраціональні судження про те, що все навкруги погано, що люди, предмети не такі, якими вони мають бути).

Аналіз ірраціональних переконань у респондентів жіночої статі не виявив статистично значущих відмінностей ( $p > 0,05$ ) за результатами Опитувальника для дослідження особистісних переконань (Kassinove & Berger, 1988) до і після лікування.

Таким чином, в процесі лікування у жінок з невротичними розладами не сталося значущого підвищення раціональності мислення, як у чоловіків, а зберіглася прихильність до ірраціональних переконань, діагностованих до терапії.

В ході аналізу результатів Опитувальника SCL - 90 у чоловіків, хворих на неврози, була виявлена статистично значуща редукція ( $p < 0,01$ ) усіх показників методики. Так значущо знизились у процесі лікування: «Загальний симптоматичний індекс» ( $i=339$ ;  $p < 0,01$ ), «Індекс проявів симптоматики» ( $i=354$ ;  $p < 0,01$ ), «Індекс вираженості дистресу» ( $i=369$ ;  $p < 0,05$ ), «Соматизація» ( $i=376,5$ ;  $p < 0,05$ ), «Обсесивність-компульсивність» ( $i=362$ ;  $p < 0,01$ ),

«Міжособистісна тривожність» ( $i=360$ ;  $p<0,01$ ), «Депресивність» ( $i=372,5$ ;  $p<0,05$ ), «Тривожність» ( $i=401,5$ ;  $p<0,05$ ), «Ворожість» ( $i=368,5$ ;  $p<0,05$ ), «Фобії» ( $i=393$ ;  $p<0,05$ ), «Додаткові пункти» ( $i=390,5$ ;  $p<0,05$ ).

В ході аналізу результатів Опитувальника SCL - 90 у жінок з невротичними розладами, також як і у чоловіків з аналогічною патологією була виявлена статистично значуща редукція ( $p<0,01$ ) усіх показників методики. Так значущо знизилися в ході лікування: «Загальний симптоматичний індекс» ( $i=614,5$ ;  $p<0,01$ ), «Індекс проявів симптоматики» ( $i=724$ ;  $p<0,01$ ), «Індекс вираженості дистресу» ( $i=571$ ;  $p<0,01$ ), «Соматизація» ( $i=650,5$ ;  $p<0,01$ ), «Обсесивність-компульсивність» ( $u=738$ ;  $p<0,01$ ), «Міжособистісна тривожність» ( $u=725$ ;  $p<0,01$ ), «Депресивність» ( $u=613,5$ ;  $p<0,01$ ), «Тривожність» ( $i=615,5$ ;  $p<0,01$ ), «Ворожість» ( $i=798,5$ ;  $p<0,01$ ), «Фобії» ( $i=850,5$ ;  $p<0,05$ ), «Паранояльність» ( $i=855$ ;  $p<0,05$ ), «Додаткові пункти» ( $i=684$ ;  $p<0,01$ ).

Таким чином, у пацієнтів з невротичними розладами обох статей в процесі терапії сталася виражена редукція психопатологічної симптоматики, зменшилася її тяжкість, різноманітність симптомів і у зв'язку з цим знизився рівень дистреса, викликаного соматичним і психологічним неблагополуччям.

Для визначення взаємозв'язків отриманих даних використовувався коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (цей критерій був використаний, оскільки розподіл ознак у отриманих результатах відрізняється від нормального).

Проведений аналіз показав, що у чоловіків з невротичними розладами вираженість шкали соматизації взаємозв'язана з наступними характеристиками: показниками оцінки якості життя в субсфері «Енергія і втома» ( $r = -0,420$ ;  $p<0,05$ ) і у сфері рівня незалежності ( $r = -0,363$ ;  $p<0,05$ ).

Таким чином, у чоловіків з невротичними розладами вираженість у картині хвороби фізичного неблагополуччя (скарги на серцево-судинну, шлунково-кишкову, дихальну і інші системи, - соматоформних розладів і еквівалентів тривоги)

спричиняла за собою зниження енергії, бадьорості і витривалості, спад активності, що призводило у свою чергу до зниження здатності виконувати повсякденні справи, обмежувало свободу при виборі діяльності.

Вираженість шкали міжособистісної тривожності у чоловіків з невротичними розладами взаємопов'язана з такими характеристиками: показником оцінки якості життя в субсфері «Свобода, фізична безпека і захищеність» ( $r = -0,372$ ;  $p < 0,05$ ), з перевагою таких стратегій копінг-поведінки, як «Самоконтроль» ( $r = 0,426$ ;  $p < 0,05$ ) і «Втеча» ( $r = 0,554$ ;  $p < 0,01$ ).

Отже, у респондентів чоловічої статі з невротичними розладами виражена міжособистісна сенситивність, відчуття особистої неадекватності і неповноцінності в соціальних контактах, тривожність і дискомфорт при спілкуванні примушували відчувати загрозу власній свободі, безпеці і захищеності, а при зіткненні з необхідністю рішення проблем, пацієнти прагнули до їх уникнення і докладали зусилля із регулювання своїх почуттів і дій.

### **Висновки:**

1. У пацієнтів з невротичними розладами обох статей в процесі терапії відбувається редукція психопатологічної симптоматики, зменшується її тяжкість, різноманітність симптомів і у зв'язку з цим знижується рівень дистресу, викликаного соматичним і психологічним неблагополуччям.

2. В якості основних психотерапевтичних завдань при лікуванні пацієнтів із невротичними розладами повинні виступати: корекція ірраціональних вимог відносно себе, а також ірраціональних установок катастрофізації, з метою формування адекватнішого ставлення до себе і до оточуючих.

3. Рекомендується також закріплення конструктивних механізмів копіngu, таких як «Планування вирішення проблеми», «Пошук соціальної підтримки» і «Прийняття відповідальності» і зниження частоти використання неконструктивних форм поведінки, зокрема «Уникнення».

4. Психотерапевтичними мішенями повинні виступати основні компоненти стосунків особистості: когнітивний,

емоційний і поведінковий, а психотерапевтична дія в цілому повинна сприяти розширенню сфери самосвідомості, поліпшенню самопізнання, набуттю навичок конструктивнішої поведінки і саморегуляції.

5. Результати виявлення взаємозв'язків клініко-психологічних показників і рівня якості життя хворих дозволять визначати і контролювати ефективність проведеної психотерапії.

### *Література*

Александров А. А. Психотерапия: Учебное пособие / Александров А.А. — СПб.: Питер, 2004. — 455 с.

Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич. - СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 1999. — 388 с.

Максименко С.Д. Психология внутреннего пространства свободы личности / С.Д. Максименко // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. — Київ, 2012. — Том 11, вип. 6. — С. 3-12.

Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Новик А. А., Ионова Т. И., под ред. академика РАМН Ю.Л. Шевченко. — 2-е издание. — М.ЮЛМА Медиа Групп. 2007. — 314 с.

Шевченко Ю.Л. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении России / Шевченко Ю.Л. // Вестник Межнационального Центра исследования качества жизни, 2003. — С. 3-21.

Kassinove H. Survey of personal beliefs / H. Kassinove, A. Berger. - Hofstra University, 1988. — 214 p.

*Оригінальний рукопис отриманий 2 квітня 2023 року*

*Стаття прийнята до друку 11 квітня 2023 року*