

САМООЦЕНКА МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН

К. мед. н. Т.Д. БАХТЕЕВА

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Харьков

На основании проведенного исследования установлено, что у больных невротическими расстройствами женщин отмечается высокая степень неудовлетворенности полученным образованием, жилищными условиями и семейным положением, которая не зависела от качественных характеристик этих показателей. Сделан вывод, что установленные закономерности должны учитываться при проведении психотерапии.

На современном этапе развития учения о невротических расстройствах многие авторы отмечают, что на формирование, структурно-динамические особенности и исходы невротических расстройств оказывают влияние не только возрастные, но и половые особенности. Эти различия проявляются как в распространении невротических расстройств (среди больных преобладают лица женского пола), так и в особенностях клинических проявлений, их динамике, исходах и т.д. [1–5].

Вопрос о причинах такой дифференциации рассматривается в различных плоскостях. Часть исследователей считает, что причиной является психофизиологическая специфика пола человека, причем отмечается повышенная эмоциональность женщин [6–8]. Другие находят причину в системе полоролевых отношений и обозначенного социумом гендерного стиля поведения [9, 10]. Третьи считают имеющиеся различия результатом «транквилизирующего», «терапевтического» влияния алкоголизации мужчин, которая является саноженным фактором в отношении развития у них невротической патологии [11–13].

С позиции отечественной концепции неврогенеза половые различия невротических расстройств формируются также под влиянием специфических психотравмирующих факторов, что обусловлено гендерными особенностями и спецификой иерархии ценностей [14–19]. При этом важную роль играют не только факторы среды и окружения, которые определяют патогенность психотравмы, но и степень удовлетворенности ими [20, 21].

Вышеизложенное и определило цель настоящего исследования — сравнить удовлетворенность факторами среды и окружения болеющих невротическими расстройствами мужчин и женщин.

Был использован комплекс методов, включающий клинико-психологическое и социально-психологическое исследование, позволяющее качественно оценить особенности образования больных невротическими расстройствами женщин.

Социально-психологическое исследование проводилось с помощью анкеты, которая состоит из нескольких частей [4]. Первая часть содержит информацию о паспортных данных обследуемого: фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол; вторая — о семейном положении, жилищных условиях, образовании и коммуникациях; третья часть посвящена оценке си-

стемы скрытой удовлетворенности перечисленными факторами. В четвертой части для оценки скрытой системы удовлетворенности выделенными в анкете факторами использован семантический дифференциал.

Семантический дифференциал — метод количественного и качественного индексирования значений эмоционального отношения личности к объектам внутреннего и внешнего мира. Техника семантического дифференциала разработана Ч. Осгудом в 1957 г. Сущность методики сводится к следующей процедуре. Исследуемый объект (стимул), в качестве которого может выступить слово, понятие, символ в вербальной или невербальной форме, оценивают путем соотнесения с одной из фиксированных точек шкалы, заданной полярными по значению признаками (чаще всего они выражены прилагательными). Пространство шкалы между противоположными значениями воспринимается испытуемым как непрерывный континуум градаций выраженности значений, переходящий от средней нулевой точки к различной степени одного или противоположного ему признака. Семантический дифференциал является, таким образом, комбинацией метода контролируемых ассоциаций и процедуры шкалирования.

Оценка значения понятия в шкале семантического дифференциала позволяет поместить его в точку семантического пространства. Положение точки характеризуется двумя основными показателями: направленностью от начала координат — нейтральной позиции шкалы (качественная характеристика, поляризация признака); удаленностью от начала координат (количественная характеристика, интенсивность). Чем длиннее вектор удаленности точки семантического пространства от нейтральной позиции, тем интенсивнее реакция и более значимо для испытуемого оцениваемое понятие. Полученные на основании процедуры семантического дифференциала количественные данные изображаются в виде семантического профиля исследуемого понятия (стимула) — ломаной линии, соединяющей отмеченные испытуемыми точки на шкалах. Комплекс семантического профиля характеризует оцениваемое понятие.

Полученные данные подвергались статистической обработке с помощью методов математической статистики.

В процессе работы были обследованы 316 женщин с различными формами невротической патологии;

109 — с соматоформными расстройствами (F 45.0), 113 — с неврастенией (F 48.0) и 94 — с тревожно-фобическими расстройствами (F 40.0). В группу сравнения вошли 127 мужчин с аналогичными формами патологии: 43 — с соматоформными расстройствами (F 45.0), 46 — с неврастенией (F 48.0) и 38 — с тревожно-фобическими расстройствами (F 40.0). Возраст больных обеих групп находился в диапазоне 20–49 лет, при этом большинство обследованных женщин (44,3%) и мужчин (51,9%) были в возрасте от 30 до 39 лет.

Анализируя удовлетворенность женщин полученным образованием, мы отметили, что большинство из них (81,3%) высказывали различную степень неудовлетворенности своим образованием. Удовлетворены своим образованием были лишь 18,7% обследованных женщин. Женщины с соматоформными расстройствами в наибольшей степени не удовлетворены средним специальным ($-3,45 \pm 1,05$) и незаконченным высшим образованием ($-1,95 \pm 0,75$), причем неудовлетворенность средним специальным образованием отмечалась у 60,6% и достигала средневысокого уровня. Средним и высшим образованием пациентки с соматоформными расстройствами были в целом удовлетворены в средней степени (табл. 1).

У женщин, страдающих неврастенией, регистрировались неудовлетворенность всеми формами образования, причем в наибольшей степени они были не удовлетворены высшим образованием. У женщин с тревожно-фобическими расстройствами отмечалась средневысокая неудовлетворенность высшим и незаконченным высшим образованием ($-2,9 \pm 1,1$ и $-2,65 \pm 0,65$). Средним и средним специальным образованием пациентки с тревожно-фобическими расстройствами были удовлетворены.

Сравнивая уровень удовлетворенности образованием женщин с аналогичным показателем у мужчин (табл. 2), мы отметили, что большинство обследованных мужчин (68,5%) были удовлетворены полученным образованием ($p < 0,05$).

Неудовлетворенность высказывали 31,5% обследованных ($p < 0,001$). При этом мужчины с соматоформными и тревожно-фобическими расстройствами высказывали неудовлетворенность средним образованием ($-1,9 \pm 0,4$ и $-2,4 \pm 0,4$), а больные неврастенией — средним и высшим образованием ($-2,5 \pm 0,75$ и $-2,9 \pm 1,7$).

Обобщая полученные данные, следует отметить, что большинство женщин (81,3%) высказывали различную степень неудовлетворенности своим образованием (независимо от его уровня). При этом в наибольшей степени неудовлетворенными образовательным уровнем оказались женщины, больные неврастенией. Мужчины были в меньшей степени не удовлетворены полученным ими образованием, что чаще касалось среднего образования.

Анализ удовлетворенности профессией женщин с невротическими расстройствами (табл. 3) отражал тот факт, что 52,5% обследованных были в значительной степени не удовлетворены своей профессиональной деятельностью.

47,5% обследованных женщин были удовлетворены своей профессией в значительной степени. У боль-

ных с различными формами отмечались аналогичные соотношения, за исключением группы больных тревожно-фобическими расстройствами, в которой большинство женщин (73,4%) были удовлетворены своей профессиональной активностью.

Большинство мужчин (75,6%) были в высокой степени не удовлетворены своей профессиональной деятельностью ($p < 0,05$) (табл. 4).

Аналогичная закономерность выявлена и в группах пациентов с различными формами патологии.

В целом в изучаемых группах женщин и мужчин отмечалась личностная неудовлетворенность профессиональной активностью. Следует отметить, что такая неудовлетворенность в группе мужчин была более частой и выраженной.

При изучении уровня удовлетворенности жилищными условиями у больных женщин было установлено, что большинство из них (63,9%) были не удовлетворены или в малой степени удовлетворены (36,1%) своими жилищными условиями (табл. 5). При этом высокая степень неудовлетворенности отмечалась у женщин, не имеющих собственного жилья, живущих в общежитии и коммунальной квартире. Относительно удовлетворены своими жилищными условиями были женщины, имеющие собственную квартиру или дом.

Полученные данные не дают оснований для выделения различной степени удовлетворенности жилищными условиями при различных формах невротической патологии у женщин (меньше неудовлетворенных было среди больных тревожно-фобическими расстройствами).

Анализ уровня удовлетворенности жилищными условиями у мужчин (табл. 6) показал, что большинство из них (70,8%) также были не удовлетворены жилищными условиями, но в меньшей степени, чем женщины (мужчины проявляли средневысокую степень неудовлетворенности). Относительно удовлетворенными своими жилищными условиями были мужчины, имеющие собственную квартиру или дом и снимающие квартиру.

Обобщая полученные данные об особенностях жилищных условий у больных невротическими расстройствами женщин, мы отметили, что большинство из них не имели собственного жилья (60,2%). Большинство обследованных были в высокой степени не удовлетворены своими жилищными условиями. Интересен тот факт, что и имеющие собственное жилье женщины были в невысокой степени удовлетворены своим жильем.

59,8% мужчин, больных невротическими расстройствами, имели собственное жилье и были удовлетворены этим фактом в большей степени, чем женщины.

Использование методики семантического дифференциала позволило изучить удовлетворенность женщин своим семейным положением и в определенной мере оценить степень психогенности неудовлетворенности им.

Оценивая показатели семантического дифференциала в группах, мы отметили, что большинство больных неврастенией женщин в разной степени не удовлетворены своим семейным положением

Таблица 1

Уровень удовлетворенности образованием больных женщин

Образование	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 109	неврастения, n = 113	тревожно-фобические расстройства, n = 94
Среднее	0±1,5 (n = 4, 3,7%)	-1,2±1,0 (n = 5, 4,4%)	1,65±0,65 (n = 7, 7,4%)
Среднее специальное	-3,45±1,05 (n = 66, 60,6%)	-0,9±1,0 (n = 27, 23,9%)	1,9±1,1 (n = 18, 19,1%)
Незаконченное высшее	-1,95±0,75 (n = 5, 4,6%)	-2,5±1,3 (n = 8, 7,1%)	-2,65±0,65 (n = 8, 8,5%)
Высшее	1,25±0,95 (n = 34, 31,2%)	-3,55±1,55 (n = 73, 64,6%)	-2,9±1,1 (n = 61, 64,9%)

Таблица 2

Уровень удовлетворенности образованием больных мужчин

Образование	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 43	неврастения, n = 46	тревожно-фобические расстройства, n = 38
Среднее	-1,9±0,4 (n = 3, 6,9%)	-2,5±0,75 (n = 2, 4,3%)	-2,4±0,4 (n = 5, 13,2%)
Среднее специальное	3,2±1,25 (n = 9, 20,9%)	2,0±1,1 (n = 9, 19,6%)	1,8±1,1 (n = 16, 42,1%)
Незаконченное высшее	2,1±0,6 (n = 6, 13,9%)	2,3±0,2 (n = 5, 10,9%)	2,0±0,7 (n = 2, 5,3%)
Высшее	1,6±0,25 (n = 25, 58,1%)	-2,9±1,7 (n = 30, 65,2%)	0,1±1,5 (n = 15, 39,5%)

Таблица 3

Уровень удовлетворенности профессиональной деятельностью больных женщин

Характеристика удовлетворенности	Показатели семантического дифференциала			% от общей выборки женщин, n = 316
	соматоформные расстройства, n = 109	неврастения, n = 113	тревожно-фобические расстройства, n = 94	
Удовлетворены	1,35±1,75 (n = 47, 43,1%)	2,25±1,75 (n = 34, 30,1%)	2,75±1,75 (n = 69, 73,4%)	150 (47,5%)
Не удовлетворены	-0,75±2,25 (n = 62, 56,9%)	-1,5±1,5 (n = 79, 69,9%)	0±2,0 (n = 25, 26,6%)	166 (52,5%)

Таблица 4

Уровень удовлетворенности профессиональной деятельностью больных мужчин

Характеристика удовлетворенности	Показатели семантического дифференциала			% от общей выборки мужчин, n = 127
	соматоформные расстройства, n=43	неврастения, n = 46	тревожно-фобические расстройства, n = 38	
Удовлетворены	2,7±1,5 (n = 13, 30,2%)	2,0±1,3 (n = 7, 15,2%)	1,1±1,8 (n = 11, 28,9%)	31 (24,4%)
Не удовлетворены	-3,1±1,5 (n = 30, 69,8%)	-3,9±0,4 (n = 39, 84,8%)	-3,7±1,07 (n = 27, 71,1%)	96 (75,6%)

(табл. 7). При этом наибольшую степень неудовлетворенности проявляли: разведенные, живущие вместе (-4,0±0,8); замужние, но живущие отдельно (-3,05±0,95); незамужние (-2,15±0,85); вдовствующие (-1,95±1,15).

У разведенных женщин в данной группе отмечалась относительно невысокая степень неудовлетворенности семейным статусом. Замужние женщины в этой группе высказывали среднюю степень удовлетворения своим семейным положением.

В группе больных соматоформными расстройствами замужние женщины были в меньшей степени удовлетворены своим семейным положением (0,75±1,15). В наибольшей степени не удовлетворены были следующие категории женщин: незамужние (-2,95±1,15); вдовствующие (-2,8±0,9); разведенные (-2,9±0,6).

У больных тревожно-фобическими расстройствами, живущих в браке, отмечалась наибольшая среди всех групп степень удовлетворенности своим

Таблица 5

Уровень удовлетворенности жилищными условиями больных женщин

Жилищные условия	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 109	неврастения, n = 113	тревожно-фобические расстройства, n = 94
Место в общежитии	-4,05±0,95 (n = 2, 1,8%)	-4,4±0,6 (n = 12, 10,6%)	-3,7±0,8 (n = 6, 6,4%)
Отдельная комната в коммунальной квартире; комната в общежитии; снимаю комнату	-3,9±1,1 (n = 15, 13,8%)	-4,05±0,95 (n = 10, 8,8%)	-3,35±1,45 (n = 8, 8,5%)
Проживаю у родителей	-1,05±1,45 (n = 32)	-3,25±0,65 (n = 21)	-0,65±1,75 (n = 13)
Снимаю квартиру	-0,5±1,5 (n = 12)	-0,9±0,8 (n = 23)	1,0±0,8 (n = 36)
Отдельная квартира; собственный дом	-1,55±1,55 (n = 48)	1,9±2,1 (n = 47)	2,3±1,1 (n = 31)

Таблица 6

Уровень удовлетворенности жилищными условиями больных мужчин

Жилищные условия	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 43	неврастения, n = 46	тревожно-фобические расстройства, n = 38
Место в общежитии	—	-2,8±0,2 (n=2, 4,3%)	-2,7±0,4 (n = 2, 5,3%)
Отдельная комната в коммунальной квартире; комната в общежитии; снимаю комнату	-2,1±1,0 (n = 8, 18,6%)	-2,0±0,7 (n=5, 10,9%)	-2,4±1,0 (n = 9, 23,7%)
Проживаю у родителей	-2,4±0,7 (n = 6, 13,9%)	-3,1±0,9 (n=3, 6,5%)	-2,1±0,6 (n = 2, 5,3%)
Снимаю квартиру	1,2±0,8 (n = 5, 11,6%)	1,5±1,4 (n=6, 13,0%)	2,0±1,2 (n = 3, 7,8%)
Отдельная квартира; собственный дом	2,9±1,3 (n = 24, 55,8%)	2,8±1,5 (n = 30, 65,2%)	3,1±0,9 (n = 22, 57,9%)

Таблица 7

Уровень удовлетворенности семейным положением у больных женщин

Семейное положение	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 109	неврастения, n = 113	тревожно-фобические расстройства, n = 94
Замужем	0,75±1,15 (n = 51, 46,8%)	1,65±2,85 (n = 40, 35,4%)	2,05±1,65 (n = 49, 52,1%)
Замужем с детьми	-2,9±0,6 (n = 12, 11,1%)	-0,35±2,15 (n = 34, 30,1%)	-1,4±0,6 (n = 41, 43,6%)
Замужем без детей	-2,8±0,8 (n = 39, 35,8%)	-1,95±1,15 (n = 6, 5,3%)	-1,75±0,65 (n = 8, 8,5%)
Разведена	-2,95±1,15 (n = 12, 11,1%)	-2,15±0,85 (n = 33, 29,2%)	-0,15±1,95 (n = 14, 14,8%)
Вдова	-0,5 (n = 8)	-3,05±0,95 (n = 10)	0,1±1,1 (n = 4)
Не замужем	-2,3±0,6 (n = 34, 31,2%)	-4,0±0,8 (n = 19, 16,8%)	-1,15±0,25 (n = 13, 13,8%)
Замужем, но живут раздельно	-2,1±0,9 (n = 1, 0,9%)	-0,8±2,0 (n = 6, 5,3%)	-1,8±1,1 (n = 6, 6,3%)
Разведена, но живут вместе	-2,9±0,6 (n = 3, 2,8%)	-0,35±2,15 (n = 5, 4,4%)	-1,4±0,6 (n = 8, 8,5%)

семейным положением ($2,05 \pm 1,65$). При этом наибольшая степень неудовлетворенности регистрировалась у вдовствующих ($-1,75 \pm 0,65$); разведенных ($-1,4 \pm 0,6$); разведенных, но живущих вместе с бывшим супругом ($-1,1 \pm 0,25$).

Следовательно, результаты исследований свидетельствуют о том, что большинство обследованных женщин не удовлетворены своим семейным положением, а женщины, удовлетворенные этим статусом, высказывают невысокую степень удовлетворения, что является предпосылкой для развития психогении.

У мужчин (табл. 8) отмечался различный уровень удовлетворенности своим семейным положением: от низкого при соматоформных расстройствах ($0,82 \pm 1,05$) до относительно высокого при тревожно-фобических расстройствах ($0,85 \pm 1,56$). У всех одиноких мужчин регистрировалось неудовлетворение своим семейным положением, которое с различной степенью выраженности было характерно для разведенных, вдовцов и неженатых.

Следовательно, у больных невротическими расстройствами мужчин имела место различная степень удовлетворенности и неудовлетворенности своим се-

мейным положением. При этом неудовлетворенность разной степени была характерна для одиноких мужчин, что в целом повторяет закономерности, выявленные у женщин.

Изучение уровня удовлетворенности межличностными взаимоотношениями у больных невротическими расстройствами женщин показало, что для всех групп обследованных характерны общие закономерности (табл. 9).

Все обследованные женщины высказывали средненизкую удовлетворенность спокойными, доброжелательными отношениями. Спокойные, холодно-формальные отношения также удовлетворяли женщин, но в значительно меньшей степени. Конфликтные отношения характеризовались женщинами как не удовлетворяющие их, причем максимальное неудовлетворение было обусловлено конфликтными, нарушающими единство семьи.

При анализе уровня удовлетворенности межличностными отношениями мужчины, как и женщины, наибольшую степень удовлетворенности высказывали спокойными, доброжелательными отношениями и были максимально не удовлетворены конфликтными

Таблица 8

Уровень удовлетворенности семейным положением больных мужчин

Семейное положение	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 43	неврастения, n = 46	тревожно-фобические расстройства, n = 38
Женат	$0,82 \pm 1,05$ (n = 15, 34,9%)	$1,4 \pm 2,7$ (n = 29, 63,1%)	$2,2 \pm 1,55$ (n = 29, 76,3%)
Разведен	$-1,5 \pm 0,4$ (n = 7, 16,2%)	$-0,1 \pm 1,6$ (n = 11, 23,9%)	$-1,8 \pm 0,3$ (n = 3, 7,8%)
Вдовец	$-1,8 \pm 0,7$ (n = 3, 6,9%)	$-1,6 \pm 1,0$ (n = 8, 17,4%)	$1,9 \pm 0,3$ (n = 1, 2,6%)
Не женат	$-2,1 \pm 1,75$ (n = 18, 41,9%)	$-1,1 \pm 0,4$ (n = 4, 8,6%)	$0,2 \pm 1,0$ (n = 5, 13,2%)
Женат, но живут раздельно	—	$-1,0$ (n = 1, 2,2%)	$1,1 \pm 0,6$ (n = 2, 5,3%)
Разведен, но живут вместе	$-1,05 \pm 1,0$ (n = 4, 9,3%)	$-1,4 \pm 1,3$ (n = 1, 2,2%)	$-0,5 \pm 0,2$ (n = 1, 2,6%)

Таблица 9

Уровень удовлетворенности межличностными взаимоотношениями больных женщин

Особенности взаимоотношений в семье, с родственниками, друзьями	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 109	неврастения, n = 113	тревожно-фобические расстройства, n = 94
Спокойные, доброжелательные	$3,75 \pm 0,95$ (n = 44, 40,4%)	$2,95 \pm 1,15$ (n = 30, 26,5%)	$2,85 \pm 0,75$ (n = 59, 62,8%)
Спокойные, холодно-формальные	$0,35 \pm 1,65$ (n = 8, 7,3%)	$0,95 \pm 1,15$ (n = 16, 14,2%)	$0,5 \pm 0,9$ (n = 9, 9,6%)
Конфликтные	$-3,1 \pm 1,4$ (n = 57, 52,3%)	$-2,8 \pm 1,35$ (n = 67, 59,3%)	$-2,95 \pm 1,2$ (n = 26, 27,7%)
Конфликты эпизодические	$-0,2 \pm 1,2$ (n = 10, 9,2%)	$-0,6 \pm 1,0$ (n = 32, 28,3%)	$-2,8 \pm 1,0$ (n = 8, 8,5%)
Конфликты систематические	$-2,85 \pm 1,05$ (n = 36, 33,0%)	$-2,5 \pm 0,6$ (n = 26, 23,1%)	$-3,15 \pm 0,95$ (n = 12, 12,8%)
Конфликты, нарушающие единство семьи	$-3,3 \pm 1,5$ (n = 11, 10,1%)	$-3,7 \pm 1,3$ (n = 9, 7,9%)	$-3,1 \pm 1,3$ (n = 6, 6,3%)

Уровень удовлетворенности межличностными отношениями больных мужчин

Особенности взаимоотношений в семье, с родственниками, друзьями	Показатели семантического дифференциала		
	соматоформные расстройства, n = 43	неврастения, n = 46	тревожно-фобические расстройства, n = 38
Спокойные, доброжелательные	3,0±1,2 (n = 10, 23,3%)	1,9±1,2 (n = 8, 17,4%)	1,6±0,9 (n = 13, 34,2%)
Спокойные, холодно-формальные	0,4±1,5 (n = 19, 44,2%)	0,1±1,5 (n = 23, 50,0%)	-0,5±1,0 (n = 14, 36,8%)
Конфликтные	-2,4±1,8 (n = 14, 32,6%)	-3,2±1,9 (n = 15, 17,4%)	-3,6±0,8 (n = 11, 28,9%)
Конфликты эпизодические	-0,4±1,2 (n = 5, 11,6%)	-1,3±0,8 (n = 7, 15,2%)	-3,5±0,6 (n = 6, 15,8%)
Конфликты систематические	-3,0±1,0 (n = 6, 13,9%)	-3,0±1,0 (n = 3, 6,5%)	-3,9±1,0 (n = 3, 7,9%)
Конфликты, нарушающие единство семьи	-2,9±1,6 (n = 3, 6,9%)	-4,2 (n = 5, 10,8%)	-3,8±1,2 (n = 2, 5,3%)

ми отношениями, особенно нарушающими единство семьи (табл. 10).

Сопоставляя результаты исследований особенностей межличностных отношений у больных невротическими расстройствами женщин и мужчин, следует отметить, что женщины чаще, чем мужчины, характеризовали свои межличностные отношения как конфликтные (у мужчин преобладали холодно-формальные). Женщины чаще отмечали наличие систематических конфликтов, а мужчины — эпизодических.

Уровень удовлетворенности межличностными отношениями у женщин и мужчин не имел существенных отличий. Он был высоким по отношению к спокойным, доброжелательным отношениям и низким — по отношению к конфликтным, особенно нарушающим единство семьи.

Обобщая полученные данные, мы отметили, что среди больных невротическими расстройствами женщин наблюдается высокая степень неудовлетворенности полученным образованием, жильем и семейным положением. Неудовлетворенность этими категориями регистрировалась не только у пациенток, имеющих низкий уровень образования или плохие жилищные условия. Высокая степень неудовлетворенности в це-

лом была характерна для женщин с невротическими расстройствами и в большинстве случаев не зависела от качественных характеристик образования, жилья и семейного статуса.

В отличие от женщин у мужчин регистрировалась высокая степень неудовлетворенности в отношении профессиональной деятельности.

В оценках межличностных отношений у мужчин и женщин имелись черты сходства: и те, и другие были удовлетворены спокойными, доброжелательными отношениями и максимально не удовлетворены конфликтными отношениями.

На основании представленных результатов можно сделать вывод, что высокая степень неудовлетворенности в различных сферах у больных невротическими расстройствами женщин является результатом действия психогении, которая, «генерализуясь», распространяется на все новые сферы деятельности. В отличие от женщин для мужчин характерна «фокусированная» неудовлетворенность, адресованная профессиональной деятельности.

Описанные особенности должны учитываться при проведении психотерапии как у мужчин, так и у женщин.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.— М.: Медицина, 2000.— 496с.
2. Психотерапия и медицинская психология в реабилитации женщин: Клин. руковод. / И.А. Бабюк, Б.В. Михайлов, Г.А. Селезнева и др. // Под общ. ред. проф. Б.В. Михайлова и проф. И.А. Бабюка.— Донецк; Харьков: Профи-Донецчина, 2003.— 284 с.
3. Гнатишин М.С. Невротичні розлади у жінок (індивідуальне прогнозування, профілактика): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— К., 1999.— 34с.
4. Долганов А.И. Медико-психологический отбор и система поддержания психического здоровья персонала АЭС.— Энергодар-Запорожье: Видавец, 1998.— 153 с.
5. Морозов А.М. Психотерапия в комплексе лечения вегетативной дисфункции: Метод. рек.— М.: МЗ СССР, 1991.— 14 с.
6. Brawman-Mintzer O., Yonkers K.A. Sex differences in the pharmacologic treatment of depression //Mood Disorders in women.— London: Dunitz, 2000.— P. 509–520.
7. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов.— М.: Медицина, 1994.— 224 с.
8. Kornstein S.G., Schatzberg A. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression // Am. J. of Psychiatry.— 2000.— Vol. 57.— P. 1445–1452.
9. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression / M.W. O`Hara, S. Stuart, L. Gorman et al. // Arch. Gen. Psychiatry.— 2000.— Vol. 57.— P. 1039–1045.

10. What makes women tired? / D.E. Steward, S.A. Abbey, K. Boydell, M. Meana // J. Women Health.— 1998.— Vol. 7.— P. 223–226.
11. *Krupnick J.L., Green B.L., Miranda J.* Interpersonal psychotherapy for lowincome women with PTSD // Arch. Gen. Psychiatry.— 2000.— Vol 57.— P. 459–466.
12. *Steward D.* Whats New in Women`s Mental Health? // Advanc. in Psychiatry.— Beta Med.Pullish., 2002.— P. 223–226.
13. *Spinelli M.* Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study // Am. J. Psychiatry.— 1997.— Vol. 154.— P. 1028–1030.
14. Interpersonal psychotherapy adapted for the treatment of postpartum depression / C.M. Klier, M. Muzik, K.L. Rosenblum et al. // Pract. Res.— 2001.— Vol. 10.— P. 124–131.
15. *Лакосина Н.Д., Трунова М.М.* Неврозы, невротические развития личности.— М.: Медицина, 1994.— 192 с.
16. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина.— М.: МГД пресс-информ, 2002.— 608 с.
17. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы.— Л.,1960.— 426 с.
18. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского.— С.Пб.: Питер ком., 1998.— 753 с.
19. *Семке В. Я.* Превентивная психиатрия.— Томск, 1999.— 403 с.
20. *Лаврова Т.Н., Давыдов Д.М.* К вопросу о факторах и механизмах клинического полиморфизма невротической депрессии у женщин // Рос. психiatr. журн.— 2001.— № 1.— С. 17–23.
21. *Кришталь В.В., Андрух Г.П.* Сексуальная дисгармония супружеской пары.— Харьков: Велес, 1996.— 112 с.
22. Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н.А. Марута, Т.В. Панько, И.А. Явдах и др. / Под общ. ред. Н.А. Маруты.— Харьков: Арсис, 2004.— 240 с.

Поступила 22.11.2004

SELF-ESTEEM OF MICROSOCIAL FACTORS IN DEVELOPMENT OF NEUROTIC DISORDERS IN WOMEN

T.D. Bakteyeva

Summary

The findings of the research allowed establishing high degree of dissatisfaction with the education, living conditions and marital state not depending on qualitative characteristics of these parameters in women with neurotic disorders. It is concluded that the revealed regularities should be taken into consideration during psychotherapy.