

**Литература:**

1. Александровский Ю.А. Преболлезненные состояния и пограничные психические расстройства. Серия "Практические руководства" // М: Литтерра (Litterra), 2010. - 272 с.
2. Пинчук И.Я. Распространенность психических расстройств в Украине / (Представлено чл.-кор. АМН Украины В. В. Безруковым) // "Журн. АМН України", 2010, т. 16, № 1. — С. 168–176.
3. The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People // DHHS (NIOSH) Publication No. 2002 – 116, April 2002 - <http://www.cdc.gov/niosh/>
4. Орлов Г.В. Влияние условий труда банковских служащих на состояние их психического здоровья // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия - 2009. № 06. – с.37-39.
5. Менделевич Д.М., Орлов Г.В., Яхин К.К. Препринципальные психические расстройства у банковских служащих // Практическая медицина – Казань: Казанская государственная медицинская академия - 2009, №38. - с.60-62.
6. STRESS Among Bank Employees Dr. Ripudaman Singh , Mrs Arishtant Kaur Bhalla Er. Indpreet Kaur / LAP LAMBERT Academic Publishing 2011. - 72 p.

7. Барабаничкова В.В. Анализ профессионального стресса банковских служащих // Национальный психологический журнал. – Москва: Московский государственный университет им. Ломоносова - 2010 №1(3). – с. 118-121.
8. Артамонова Л.Н., Леонова А.Б. Организационный стресс у сотрудников банка. – Вестник Московского университета. Сер. 14. ПСИХОЛОГИЯ. 2009. - N 1. - С. 39-52.
9. Картрайт С. Стресс на рабочем месте: пер. с англ. / С.Картрайт, К.Купер. Харьков : Гуманит. центр, 2004. - 236 с.
10. Волгина, О.Н. Мотивация труда персонала финансово-кредитных организаций [Текст] / О.Н. Волгина, Ю.Г. Одегова. - М.: Экзамен, 2002. - 128 с.
11. Ильясов, С.М. О мотивации персонала коммерческого банка. Банковское дело 2010. № 4. - С.68-71
12. Самоукина Н.В. Искусство управления персоналом банка. — М.: Русская Деловая литература, 1997. — 208 с.
13. Пионтковская Ю.А. Проблема эмоционального выгорания банковских работников // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов, 07.11.2011. - <http://www.jurnal.org/articles/2011/psih10.html>

**ФАКТОРИ РИЗИКУ І КЛІНІЧНА СТРУКТУРА НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ РОЗЛАДІВ У РОБІТНИКІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ ЗАКЛАДІВ**

**М.А. Соловйова**

Захворювання невротичними і соціально-стесовими розладами на Україні займають третє місце по розповсюдженості. У зоні ризику знаходяться службовці фінансово-кредитних закладів. На теперішній час фінансово-кредитна система переживає відносний спад. Робота у банку стала втрачати свій престиж, відбулися масові скорочення штату та внутрішня реорганізація співробітників. Робітники страхових компаній та пенсійних фондів змушені вести роботу в умовах економічної та нормативно-правової нестабільності.

Таким чином, існує цілий ряд вірогідних факторів, які можуть викликати порушення адаптації серед співробітників фінансово-кредитних установ.

**Ключові слова:** стрес, розлади, робітники фінансово-кредитних закладів

**RISK FACTORS AND CLINICAL STRUCTURE NEUROTIC, STRESS-RELATED DISORDERS IN WORKERS FINANCIAL CREDIT INSTITUTIONS**

**M.A. Solovyova**

Diseases and neurotic social stress-related disorders in Ukraine ranked third in prevalence. At risk are employees of financial and credit institutions. At present financial and credit system is experiencing a relative decline. Working in a bank began to lose its prestige; there were massive downsizing and internal reorganization of staff. Workers insurance companies and pension funds are forced to work in conditions of economic and regulatory instability.

Thus, there are a number of possible factors that can cause adaptation among employees' financial institutions.

**Keywords:** stress, frustration, workers financial and credit institutions

УДК 616.85-008.47-092-02

**В. Ю. Федченко**

**ПРОВІДНІ ФАКТОРИ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ В ГЕНЕЗІ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

**Ключові слова:** соматоформні розлади, тривожно-фобічні розлади, дисоціативні розлади, фактори психічної травматизації провідні, неврозогенез

Звернення до проблем психічної травматизації обумовлене зростанням захворюваності на психогенні розлади психіки в умовах високого рівня напруги в усіх сферах життєдіяльності людини [1-3].

Відповідно до сучасних уявлень невротичний розлад є психогенним нервово-психічним розладом, що виникає в результаті порушення особливо значущих життєвих обставин і проявляється в специфічних клінічних феноменах за відсутності психотичних явищ [4-6].

Відомо, що в генезі невротичних розладів поєднуються конституціонально-біологічні, психологічні, соціальні, екологічні та інші чинники, проте останнім часом найбільшої значущості набувають соціально-психологічні причини, що сформувалися в умовах перетворень в соціально-економічній, політичній і морально-етичній сферах та призвели до зміни суспільної свідомості і життєвих орієнтирів населення [7-10].

На сучасному етапі більшість авторів вважають, що в одних випадках психотравми можуть виступати про-

відними етіологічними факторами, в інших – в якості етіологічних умов. Частіше за все поєднання факторів набуває патогенної ролі [9-12].

Перераховані життєві обставини стають патогенними тільки в тому разі, якщо вони виявляються в поєднанні з відповідним значущим ставленням до них особистості, тобто має значення не стільки об'єктивна складність проблеми, скільки суб'єктивне ставлення до неї [11;12].

Отже, вплив факторів психічної травматизації на неврозогенез є загально визнаним, проте актуальним залишається вивчення їх специфіки для певного невротичного розладу.

**Метою** дослідження стало визначення провідних факторів психічної травматизації, що впливають на формування соматоформних, тривожно-фобічних та дисоціативних розладів.

Для реалізації поставленої мети у відділі неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України»

було обстежено 150 хворих на невротичні розлади, які проходили стаціонарний курс лікування в відділенні неврозів та граничних станів ДУ «ІНПН АМН України»: 50 – на соматоформні розлади (F 45.0, F 45.30, F 45.31), 50 – на тривожно-фобічні розлади (F 40.0, F 40.1, F 40.2), 50 – на дисоціативні розлади (F 44.7). Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10.

В ході дослідження використовувався комплексний підхід, що включав клініко-психопатологічний метод (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки) в сполученні з анкету-опитувальником «Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ)» [13] з метою всебічної кількісної та якісної оцінки факторів психічної травматизації.

Загальна характеристика хворих на невротичні розлади представлена в Таблиці 1.

Таблиця 1

Загальна характеристика хворих на невротичні розлади

Показник, який оцінюється	Хворі на соматоформні розлади	Хворі на тривожно- фобічні розлади	Хворі на дисоціативні розлади
	(n = 50) % ± m %	(n = 50) % ± m %	(n = 50) % ± m %
Стать: - чоловіча - жіноча	22,00 ± 5,92 78,00 ± 5,92	38,00 ± 6,93 62,00 ± 6,93	8,00 ± 3,88 92,00 ± 3,88
Вікові групи: - 18 – 29 - 30 – 39 - 40 – 49 - 50 – 59	26,00 ± 6,27 42,00 ± 7,05 20,00 ± 5,71 12,00 ± 4,64	32,00 ± 6,66 40,00 ± 7,00 12,00 ± 4,64 16,00 ± 5,24	16,00 ± 5,24 44,00 ± 7,09 32,00 ± 6,66 8,00 ± 3,88
Освіта: - середня - середня спеціальна - незакінчена вища - вища	4,00 ± 2,80 20,00 ± 5,71 4,00 ± 2,80 72,00 ± 6,41	2,00 ± 2,00 28,00 ± 6,41 14,00 ± 4,96 56,00 ± 7,09	10,00 ± 4,29 24,00 ± 6,10 2,00 ± 2,00 64,00 ± 6,86
Місце проживання: - місто - сільська місцевість	84,00 ± 5,24 16,00 ± 5,24	78,00 ± 5,92 22,00 ± 5,92	80,00 ± 5,71 20,00 ± 5,71
Сімейне положення: - перебувають у шлюбі - не перебувають у шлюбі	76,00 ± 6,10 24,00 ± 6,10	56,00 ± 7,09 44,00 ± 7,09	68,00 ± 6,66 32,00 ± 6,66
Відношення до праці: - працюють - тимчасово не працюють - не працюють та не шукають роботу - студенти	70,00 ± 6,55 12,00 ± 4,64 16,00 ± 5,24 2,00 ± 2,00	54,00 ± 7,12 24,00 ± 6,10 18,00 ± 5,49 4,00 ± 2,80	68,00 ± 6,66 14,00 ± 4,96 18,00 ± 5,49 0,00 ± 0,00
Характер праці: - розумова - фізична	71,43 ± 7,75 28,57 ± 7,75	66,67 ± 6,73 33,33 ± 6,73	92,00 ± 3,88 8,00 ± 3,88

За даними Таблиці 1 необхідно відмітити, що в усіх групах хворих на невротичні розлади значно переважає особи жіночої статі, особливо серед хворих на дисоціативні розлади (92,00 %).

Більшість хворих належала до вікової групи від 30 до 39 років, значну частину обстежених у групах хворих на соматоформні та тривожно-фобічні розлади складала пацієнти у віці 18-29 років (26,00 % та 32,00 % відповідно), а в групі хворих на дисоціативні розлади – у віці 40-49 років (16,00 %).

Аналіз рівня освіти обстежених показав, що більшість осіб в кожній групі мали вищу освіту. Досить значний відсоток пацієнтів мали середню спеціальну освіту. Переважна більшість обстежених в усіх групах проживали у місті.

Вивчення сімейного стану показало, що більшість хворих на невротичні розлади перебували у шлюбі, проте значна їх частина характеризували власне особисте життя незадовільно. Особливо негативно оцінювали своє подружнє життя і вважали, що їм не вистачає турботи та уваги в тому обсязі, на який вони заслуговують, хворі на дисоціативні розлади.

Найбільша кількість самотніх пацієнтів зареєстрована у групі хворих на тривожно-фобічні розлади (44,00 %). Весь спосіб життя у хворих на дану патологію був підпорядкований прагненню уникати ситуацій, що здатні спровокувати повторення панічного нападу або загострення тривоги. Пацієнти постійно замикалися на власних переживаннях, що суттєво погіршувало міжособистісну взаємодію.

Оцінка соціальної зайнятості продемонструвала, що більшість хворих на соматоформні, тривожно-фобічні та дисоціативні розлади належали до категорії працюючих і займалися розумовою працею. Необхідно відзначити, що найбільша кількість осіб, які тимчасово не працювали, була зареєстрована серед хворих на тривожно-фобічні розлади і становила 24,00 %. У більшості випадків пацієнти цієї категорії самостійно відмовлялися від праці і головною причиною цього висували хворобу.

Для об'єктивізації даних, отриманих на підставі анкети-опитувальника, щодо визначення провідних факторів психічної травматизації у хворих на невротичні розлади був застосований наступний підхід. Серед факторів, які були обрані окремим пацієнтом, виділяли той, що мав найкоротший інтервал від моменту дії до виникнення клінічних проявів. Якщо інтервали декількох факторів співпадали, перевага надавалась більш значущому за бальним показником. Для достовірності в структурі анкети-опитувальника фактори психічної травматизації розподілені згідно сфер життєдіяльності людини.

Аналіз факторів психічної травматизації, що призвели до розвитку соматоформних розладів у обстежених (табл. 2), продемонстрував, що у переважній більшості хворих були зареєстровані ФПТ, пов'язані зі сферою здоров'я (52,00 %), такі як власна хвороба (28,00 %), хвороба близьких (10,00 %), смерть близько-

го члена родини (10,00 %) та хвороба дітей (4,00 %). Необхідно зауважити, що смерть або страждання близьких людей викликали у хворих сумніви щодо власного здоров'я, а погане самопочуття або власні хвороби в минулому змушували неодноразово звертатися до лікарів-інтерністів у пошуках «невиліковної» патології.

Встановлено, що в генезі соматоформних розладів значну роль відігравали і фактори, пов'язані з сімейними стосунками (16,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначались відсутність емоційної підтримки (4,00 %), ревності (4,00 %) та конфлікти подружжя (4,00 %).

В якості психогенних у хворих на соматоформні розлади досить часто реєструвалися фактори, пов'язані з професійною діяльністю (14,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначалися напруга або нерегулярність в навантаженнях у вигляді ненормованого робочого дня, великого обсягу роботи, зміни роду діяльності (12,00%) та звільнення або втрата роботи (2,00 %).

**Таблиця 2**

**Провідні фактори психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади**

<b>Фактори психічної травматизації (ФПТ)</b>	<b>% ± m % (n = 50)</b>
1 Пов'язані зі здоров'ям: власна хвороба хвороба близьких смерть близького члена родини - хвороба дітей	28,00 ± 6,41 10,00 ± 4,29 10,00 ± 4,29 4,00 ± 2,80
2 Сімейні: - відсутність емоційної підтримки - ревності конфлікти подружжя конфлікти з дітьми конфлікти з родичами подружжя	4,00 ± 2,80 4,00 ± 2,80 4,00 ± 2,80 2,00 ± 2,00 2,00 ± 2,00
3 «Сепараційні»: втрата близької / коханої людини розлучення - переживання самотності	4,00 ± 2,80 2,00 ± 2,00 2,00 ± 2,00
4 Пов'язані з професійною діяльністю: напруга / нерегулярність в навантаженнях (ненормований робочий день, великий обсяг роботи, зміна роду діяльності) - звільнення / втрата роботи	12,00 ± 4,64 2,00 ± 2,00
5 Соціально-економічні та соціально-психологічні: погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем судові тяжби	4,00 ± 2,80 4,00 ± 2,80
6 Емоційно-стресові потрясіння: ДТП	2,00 ± 2,00

«Сепараційні» фактори психічної травматизації, соціально-економічні та соціально-психологічні ФПТ також реєструвалися у пацієнтів, проте їх частота була менш значною (по 8,00 %). Серед «сепараційних» ФПТ переважали втрата близької або коханої людини (4,00 %) розлучення та переживання самотності (по 2,00 %). У групі соціально-економічних та соціально-психологічних факторів переважали ФПТ, пов'язані з погіршенням або незадоволеністю матеріально-побутовим становищем (4,00 %) та судовими тяжбами (4,00 %).

Невеликий відсоток ФПТ, що призвели до розвитку соматоформних розладів, припадає на емоційно-стресові потрясіння в результаті ДТП (2,00 %).

Таким чином, було з'ясовано, що у хворих на соматоформні розлади, провідними факторами психічної травматизації переважно були фактори, пов'язані зі сферою власного здоров'я та сімейні з орієнтацією на власні потреби. «Сепараційні», соціально-економічні та соціально-психологічні фактори психічної травматизації, а також емоційно-стресові потрясіння частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали вплив основної психогенії.

Таблиця 3

**Провідні фактори психічної травматизації у хворих на тривожно-фобічні розлади**

Фактори психічної травматизації (ФПТ)	% ± m % (n = 50)
1 Пов'язані зі здоров'ям: смерть близького члена родини хвороба близьких власна хвороба	16 ± 5,24 14 ± 4,96 12 ± 4,64
2 Сімейні: конфлікти подружжя пристрасть до алкоголю члена родини	14 ± 4,96 10 ± 4,29
3 «Сепараційні»: переживання самотності розлучення	4 ± 2,80 2 ± 2,00
4 Пов'язані з професійною діяльністю: звільнення / втрата роботи напруга / нерегулярність в навантаженнях (ненормований робочий день, великий обсяг роботи, зміна роду діяльності)	6 ± 3,39 2 ± 2,00
5 Соціально-економічні та соціально-психологічні: «невпевненість у завтрашньому дні» (страх погіршення соціально-економічного становища в майбутньому / зміни умов життя в цілому) погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем	8 ± 3,88 4 ± 2,80
6 Емоційно-стресові потрясіння: ДТП	8 ± 3,88

Визначення факторів психічної травматизації, що вплинули на формування тривожно-фобічних розладів у обстежених (табл. 3), показало, що у переважній більшості хворих були зареєстровані ФПТ, пов'язані зі сферою здоров'я (48,0 %), такі як смерть близького члена родини (16,0 %), хвороба близьких (14,0 %) та власна хвороба (12,0 %). При чому, смерть або страждання близьких людей ініціювали у хворих нав'язливий страх та тривогу за власне здоров'я, і лише у 12 % випадків початок хвороби був спровокований вегетовісцеральним пароксизмом.

Встановлено, що в генезі тривожно-фобічних розладів значну роль відігравали і фактори, пов'язані з сімейними стосунками (24,0 %). Найбільш часто в даній групі відзначались конфлікти подружжя (14,0 %) та пристрасть до алкоголю члена родини (10,0 %).

У хворих на тривожно-фобічні розлади досить часто реєструвалися провідні фактори, пов'язані із соціально-економічною та соціально-психологічною сферами (12,0 %). Найбільш часто в даній групі відзначались «невпевненість у завтрашньому дні» у вигляді страху погіршення соціально-економічного становища в майбутньому або змін умов життя в цілому (8,0 %), що переважно стосувалося пацієнтів, які самостійно звільнилися з роботи внаслідок хвороби або не мали та не намагалися знайти роботу, та незадоволеність або погіршення матеріально-побутового становища (4,0 %).

Професійні фактори психічної травматизації, емоційно-стресові потрясіння і 6,0 % та «сепараційні» ФПТ також реєструвалися у пацієнтів, проте їх частота була менш значною (8,0 %, 8,0 % та 6,0 % відповідно). Серед професійних ФПТ переважали звільнення або втрата роботи (6,0 %) та напруга або нерегулярність в навантаженнях у вигляді ненормованого робочого дня, великого обсягу роботи, зміни роду діяльності (2,0 %), серед емоційно-стресових потрясіннь – ДТП (8,0 %). У групі «сепараційних» факторів переважали ФПТ, пов'язані з переживанням самотності (4,0 %) та розлучення (2,0 %).

Таким чином, встановлено, що у хворих на тривожно-фобічні розлади, провідними факторами психічної травматизації були фактори, пов'язані зі сферою здоров'я близьких та сімейними конфліктами. Соціально-економічні та соціально-психологічні, професійні фактори психічної травматизації, емоційно-стресові потрясіння та «сепараційні» ФПТ частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали вплив основної психогенії.

Аналіз факторів психічної травматизації, що призвели до розвитку дисоціативних розладів у обстежених (табл. 4), продемонстрував, що у переважній більшості хворих були зареєстровані ФПТ, пов'язані зі сферою сімейних стосунків (40,00 %), такі як конфлікти подружжя (12,00 %), відсутність емоційної підтримки та подружжя зрада (по 8,00 %), сексуальна незадоволеність (4,00 %), конфлікти з дітьми (4,00 %). Крім того, невеликий відсоток склали фактори, які були зареєстровані у жінок і не виявлялися у хворих на інші

Таблиця 4

## Провідні фактори психічної травматизації у хворих на дисоціативні розлади

Фактори психічної травматизації (ФПТ)	% ± m % (n = 50)
1 Пов'язані зі здоров'ям: смерть близького члена родини власна хвороба	6,00 ± 3,39 4,00 ± 2,80
2 Сімейні: конфлікти подружжя - відсутність емоційної підтримки - подружня зрада сексуальна незадоволеність конфлікти з дітьми укладання шлюбу небажання одного з партнерів укладати шлюб / «громадянський шлюб» вагітність неможливість мати дітей	12,00 ± 4,64 8,00 ± 3,88 8,00 ± 3,88 4,00 ± 2,80 4,00 ± 2,80 2,00 ± 2,00 2,00 ± 2,00 2,00 ± 2,00 2,00 ± 2,00
3 «Сепараційні»: розлучення втрата близької / коханої людини - переживання самотності	16,00 ± 5,24 10,00 ± 4,29 4,00 ± 2,80
4 Пов'язані з професійною діяльністю: - звільнення / втрата роботи - конфлікт із керівництвом	8,00 ± 3,88 4,00 ± 3,80
5 Соціально-економічні та соціально-психологічні: погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем	4,00 ± 3,80

невротичні розлади: укладання шлюбу, небажання партнера укладати шлюб («громадянський шлюб»), вагітність та неможливість мати дітей (по 2,00 %). Подружнє життя для хворих на дисоціативні розлади є своєрідним пристосуванням, формою перекладання відповідальності за свою неспроможність на членів родини, компенсацією нестачі уваги до своєї особи, а конфлікти переважно у сфері сімейних стосунків свідчать про виражене порушення мікросоціальної адаптації у цієї категорії хворих.

Визначено, що в генезі дисоціативних розладів значну роль відігравали і «сепараційні» фактори (30,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначались розлучення (16,00 %) та втрата коханої людини (10,00%). Необхідно підкреслити, що розлучення складало найбільший відсоток серед пускових факторів психічної травматизації у цієї категорії хворих. 4,00 % пускових «сепараційних» ФПТ припадало на переживання самотності.

В якості психогенних у хворих на дисоціативні розлади досить часто реєструвалися фактори, пов'язані з професійною діяльністю (12,00 %). Найбільш часто в даній групі відзначалися звільнення або втрата роботи (8,00 %). Конфлікт з керівництвом в якості провідного фактора психічної травматизації зареєстрований у 4,00 % пацієнтів.

ФПТ, пов'язані зі сферою здоров'я, також реєструвалися у пацієнтів, проте в меншій кількості (10,00 %). В цій групі переважав фактор смерті близької людини (6,00 %). Фактор власної хвороби був провідним у 4,00 % обстежених.

Невеликий відсоток ФПТ, що призвели до розвитку дисоціативних розладів, припадає на соціально-економічні психогенії, зумовлені погіршенням матеріально-побутового становища (4,00 %).

Емоційно-стресові потрясіння не були зареєстровані у цієї категорії хворих в якості провідних факторів психічної травматизації.

Отже, встановлено, що у хворих на дисоціативні розлади, провідними факторами психічної травматизації були фактори, пов'язані зі сферою сімейних, переважно інтимно-особистісних, стосунків та «сепараційні». Фактори, пов'язані з професійною діяльністю, зі сферою здоров'я, а також соціально-економічні та соціально-психологічні ФПТ, частіше виступали в якості підтримуючих, що підсилювали вплив основної психогенії.

За результатами наведеного дослідження можна зробити висновок, що провідними факторами психічної травматизації, які призвели до розвитку невротичної патології, у хворих на соматоформні розлади виступають фактори, пов'язані зі сферою власного здоров'я та сімейними стосунками з орієнтацією на власні потреби, у хворих на тривожно-фобічні розлади – пов'язані зі сферою здоров'я близьких та сімейними конфліктами, у хворих на дисоціативні розлади – пов'язані зі сферою сімейних, переважно інтимно-особистісних стосунків, та «сепараційні».

Знання особливостей сучасних факторів психічної травматизації та їх впливу на формування невротичних розладів є актуальним не лише для встановлення клінічного діагнозу та терапії даної патології, але й для її профілактики та поліпшення стану здоров'я населення.

## Література:

1. Александровский, Ю. А. Некоторые узловые вопросы, современной пограничной психиатрии / Ю.А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т.8, № 2. – С. 4-13.
2. Мартыненко, Н. В. Клинико-эпидемиологические исследования распространённости не психотических психических расстройств среди населения Украины / Н. В. Мартыненко // Архив психиатрии. – Київ, 2008. – Т. 12, вип. 1-4 (44-47). – С. 56-58.
3. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Інформаційно-аналітичний огляд за 2001 – 2010рр. – 2011. – 175с.
4. Марута, Н. А. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств / Н. А. Марута // Международный медицинский журнал. – 2004. – Т. 10, № 1. – С. 38-42.
5. Менделевич, В. Д. Неврология и психосоматическая медицина / В. Д. Менделевич, С. Л. Соловьёва. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – С. 8-328.
6. Вейн, А. М. Неврологические аспекты неврозов / А. М. Вейн // Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 112с.

7. Чабан, О. С. Деякі особливості сучасних невротичних розладів / О. С. Чабан, Є. М. Марченко, О. П. Венгер, Р. М. Гнатюк // *Архів психіатрії*. – 2002. – № 3 (30). – С. 65-69.

8. Александровский, Ю. А. Социальные факторы и пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // *Руководство по социальной психиатрии*; под ред. Т. Б. Дмитриевой. – М.: Медицина, 2001. – С. 177-194.

9. Gosselin, P. Etiological factors of generalized anxiety disorders / P. Gosselin, B. Laberge // *Encephale*, 2003. – Vol. 29, № 4. – P. 351-361.

10. Recurrent job loss and mental health among women / N.-S. Orit, G. Limor, K. Lea // *Women and Health*. – 2009. – V. 49. – № 4. – P. 294-309.

11. Трубицина, Л. В. Процесс травмы / Л. В. Трубицина. – М.: Смысл; ЧеРо, 2005. – 218 с.

12. Кровяков, В. М. Психотравматология / В. М. Кровяков. – Екатеринбург: УМЦ УПИ, 2006. – 441 с.

13. Анкета характеристик факторів психічної травматизації (ФПТ): свідоцтво про реєстрацію авторського права на твір / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська: № 35636; 10.11.2010.

#### ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ В ГЕНЕЗЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

**В.Ю. Федченко**

В результате проведенного исследования определены ведущие факторы психической травматизации, которые привели к развитию невротической патологии у обследованных больных.

Установлено, что ведущими факторами психической травматизации у больных соматоформными расстройствами являются факторы, связанные со сферой собственного здоровья и семейными отношениями с ориентацией на собственные потребности, у больных тревожно-фобическими расстройствами – связанные со сферой здоровья близких и семейными конфликтами, у больных диссоциативными расстройствами – связанные со сферой семейных, преимущественно интимно-личностных отношений, и «сепарационные».

**Ключевые слова:** соматоформные расстройства, тревожно-фобические расстройства, диссоциативные расстройства, факторы психической травматизации ведущие, неврозогенез

#### LEADING FACTORS OF MENTAL TRAUMA IN THE GENESIS OF NEUROTIC DISORDERS

**V.Yu. Fedchenko**

As a result of the study leading factors of mental trauma that led to the development of neurotic pathology in examined patients were identified.

It was established that the leading factors of mental trauma in patients with somatoform disorders are the factors associated with the field of their own health and family relationships with a focus on their needs, in patients with anxiety-phobic disorders - of family health and family conflicts, in patients with dissociative disorders - of family, most intimate personal relationships, and "separation."

**Keywords:** somatoform disorders, anxiety-phobic disorders, dissociative disorders, leading factors of mental trauma, neurosogenesis

УДК:616.89-082:614.253.8]:616-036.8

**А.К. Ладък-Брызгалова**

#### ОБЪЕКТИВИЗАЦИЯ ОТНОШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА К ПАЦИЕНТАМ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА КАК ФАКТОР ОПТИМИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Городская психоневрологическая больница № 2, г. Донецк

**Ключевые слова:** психиатрический стационар, медицинская сестра, объективизация отношения к пациентам, опросник «Отношение персонала»

**Актуальность.** Глубоко укоренившееся в украинском обществе представление о психиатрии как о патерналистической и авторитарной препятствует развитию этой сферы медицинских услуг в соответствии с современными европейскими тенденциями. «Ранние медицинские объяснения сумасшествия не способствовали развитию чувства сострадания или терпимости, но утверждали, что такое нарушение физического здоровья является виной самого человека, который за следование чрезмерно страстным желаниям получает справедливое воздаяние». В первой половине XVIII века доминирующий взгляд на людей с психическими отклонениями как на неизлечимых человекообразных существ оправдывал мало приемлемые для проживания условия и применение физических ограничений в местах содержания (Jones, 1996). Инициативы по проведению реформ в таких учреждениях совпали с подъемом гуманитарных идей в XVIII века, и во многих учреждениях начали проводиться

программы нравственного, гуманного отношения к пациентам (Breakey, 1996a). Зарождение новой концепции взаимодействия психиатра с пациентом предполагало эволюцию психиатрического подхода от нестеснения к диалогу и интерактивной модели лечебного процесса. Однако в Украине, несмотря на регулярное обновление нормативной базы, регламентирующей правовую защиту и этические аспекты, отношение к пациенту внутри психиатрического отделения по-прежнему является "традиционно психиатрическим", игнорирует личность и нивелирует значительную часть достижений по реорганизации и оптимизации психиатрической помощи. При фокусировании научного взгляда на данной проблеме в центре внимания оказывается средний и младший медицинский персонал, с которым круглосуточно взаимодействует пациент на этапе стационарной помощи. Собирабельный образ медицинской сестры в психиатрическом отделении несет в себе черты патернализма в виде гиперопе-