

*О. О. Чистова*

**РОЛЬ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ, СЕКСУАЛЬНИХ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ  
В ГЕНЕЗИ ПОРУШЕННЯ ПОДРУЖНЬОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ЖІНОК З ГЕНІТАЛЬНИМ ЕНДОМЕТРІОЗОМ**

*О. А. Чистова*

**РОЛЬ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ, СЕКСУАЛЬНЫХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ГЕНЕЗЕ  
НАРУШЕНИЯ СУПРУЖЕСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ У ЖЕНЩИН С ГЕНИТАЛЬНЫМ ЭНДОМЕТРИОЗОМ**

*O. O. Chistova*

**ROLE PSYCHOEMOTIONAL, SEXUAL, AND PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE GENESIS  
OF MARITAL INTERACTION IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS**

У роботі наведені дані порівняльного аналізу стану подружньої взаємодії серед пар, в яких дружина страждає на генітальний ендометріоз (основна група,  $n = 100$ ) порівняно з жінками з гострою запальною гінекологічною патологією (група порівняння,  $n = 50$ ). Встановлено, що в сім'ях основної групи має місце порушення подружньої взаємодії, яке виражається у двох клінічних варіантах — соціально-психологічному та біологічному, з різними проявами та механізмом виникнення. Визначені психоемоційні, сексуальні, індивідуальні й міжособистісні фактори та їх взаємовплив в генезі розвитку порушення подружньої взаємодії в родині, де жінка страждає на генітальний ендометріоз. Отримані дані стали підґрунтям для розроблення програм лікування і профілактики даної патології.

**Ключові слова:** порушення подружньої взаємодії, генітальний ендометріоз

В работе приведены данные сравнительного изучения состояния супружеского взаимодействия среди пар, в которых жена страдает генитальным эндометриозом (основная группа,  $n = 100$ ) по сравнению с женщинами с острой воспалительной гинекологической патологией (группа сравнения,  $n = 50$ ). Установлено, что в семьях основной группы имеет место нарушение супружеского взаимодействия, которое выражается в двух клинических вариантах — социально-психологическом и биологическом, с различными проявлениями и механизмом возникновения. Определены психоэмоциональные, сексуальные, индивидуальные и межличностные факторы и их взаимовлияние в генезе развития нарушения супружеского взаимодействия в семьях, где женщина страдает генитальным эндометриозом. Полученные данные легли в основу разработки программ лечения и профилактики данной патологии.

**Ключевые слова:** нарушение супружеского взаимодействия, генитальный эндометриоз

The paper presents a comparative study of state data spousal interaction among couples in which the wife suffers from endometriosis (study group,  $n = 100$ ) compared with women with acute inflammatory gynecological diseases (comparative group,  $n = 50$ ). Found that in families of the main group has been a violation of conjugal interaction, which is expressed in two clinical variants — the socio-psychological and biological, the various manifestations and mechanism of occurrence. Defined psychoemotional, sexual, individual and interpersonal factors and their interaction in the genesis of the development of marital interaction in families where a woman suffers from endometriosis genius. The resulting data formed the basis for the development of treatment and prevention of this disease.

**Keywords:** breach of spousal interaction, genital endometriosis

Згідно з даними статистики, у світі 1 жінка з 11 в репродуктивному віці від 15 до 49 років страждає на ендометріоз (64 % пацієнок — молодше 30 років) [1]. За розповсюдженням серед гінекологічної патології, ендометріоз спостерігається частіше, ніж запалення придатків матки, вроджені аномалії, гормональні порушення, і є лідируючим захворюванням, що призводить до порушення репродуктивної функції. Найчастіше ендометріоз — проблема активних жінок, тому що його розвитку сприяють високі психологічні навантаження, стреси і порушення імунної системи. До того ж, ендометріоз характеризується психоемоційними, нейровегетативними, урогенітальними і метаболічними порушеннями, а також є потужним стресогенним чинником, який істотно відбивається на сексуальній функції жінок [2—4]. У свою чергу, сексуальні розлади дружини, в силу парного характеру сексуальної функції, неминуче призводять до розладу сексуального здоров'я подружньої пари і розвитку порушення подружніх стосунків [5—7]. Внутрішньоособистісний конфлікт у дружини і міжособистісний конфлікт подружжя, в свою чергу, погіршують психопатологічну симптоматику у жінок і посилюють порушення подружніх стосунків [8].

Все вищевикладене зазвичай не враховується гінекологами під час розроблення реабілітаційних стратегій післяопераційного ведення даної категорії пацієнок.

Між тим, вивчення особливостей подружньої взаємодії для оцінки реабілітаційного потенціалу сім'ї є обов'язковим під час розроблення будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі і медико-психологічної допомоги жінкам, що страждають на ендометріоз. Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, на сьогоднішній день в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні дослідження, які б об'єднували в собі вивчення як гінеколого-сексологічних, так і психологічних і сімейних аспектів функціонування жінок з ендометріозом, що значно утруднює їх реабілітацію.

Враховуючи вищевикладене, метою даної роботи стало дослідження ролі психоемоційних, сексуальних та психологічних факторів в генезі порушення подружньої взаємодії у жінок з ендометріозом, для розроблення в подальшому комплексу заходів їх медико-психологічної реабілітації.

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 (ОГ) — в яких дружини страждали на генітальний ендометріоз (ГЕ) N80.0 і 50 — порівняльна група (ПГ), 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, що не перевищувала 5 років. Давність шлюбу у обстежених ПП становила від 3-х до 15 років.

Комплексне обстеження включало використання клініко-психологічного, психодіагностичного й статистичного методів дослідження.

Результати проведеної роботи підтвердили отримані раніше іншими дослідниками дані про наявність зв'язку між станом психоемоційної сфери і наявністю ГЕ у жінок [9]: ті чи інші психічні порушення мали місце в усіх обстежених жінок ОГ [10]. Так, у обстежених ОГ мало місце переважаючі негативних емоцій тривожно-депресивного спектра: тривога — 96 %, загальна незадоволеність — 94 %, образа — 93 %, невдоволення собою — 92 %, засмучення — 84 %, досада — 83 %, гіркота — 78 %, смуток — 76 %, боязнь — 73 %, жалість до себе — 72 %. При цьому за частотою та інтенсивністю превалювали тривога ( $p < 0,025$ ), досада ( $p < 0,01$ ), образа ( $p < 0,05$ ) і невдоволення собою ( $p < 0,025$ ). У даній групі частота та інтенсивність позитивних емоцій була значно нижчою, ніж у пацієток ПГ, серед яких превалювали позитивні емоції: впевненість — 92 % ( $p < 0,05$ ), відчуття безпеки — 88 % ( $p < 0,01$ ), задоволеність — 80 % ( $p < 0,01$ ). Також встановлено, що серед пацієток ОГ не було хворих з низьким рівнем як реактивної (РТ), так і особистісної тривожності (ОТ): високий її рівень був притаманний 94 і 78 %, відповідно; у ПГ переважали низький і середній рівні тривожності ( $p < 0,05$ ). У жінок з ГЕ виявлено й високий рівень депресивного реагування: у 31 % пацієток встановлено істинний депресивний стан, у 50 % — маскована, а у 19 % — ситуативна депресія ( $p < 0,025$ ). На відміну від ОГ, у обстежених ПГ не виявлено жодного випадку істинного депресивного реагування. Об'єктивізація клінічної симптоматики виявила, що середній бал ступеня вираженості депресії за шкалою Гамільтона у жінок ОГ склав 15,06, що відповідало легкому депресивному епізоду, у обстежених ПГ не виявлено жодного випадку депресивного реагування; середній бал ступеня вираженості тривожної симптоматики за шкалою CAS у пацієток ОГ склав 18,0, що відповідало наявності клінічно вираженого тривожного епізоду.

Під час вивчення стану реалізації сексуальної функції у всіх ПП ОГ діагностовані клінічно виражені розлади сексуальності: у всіх жінок виявлена відсутність сексуального задоволення (100 %), у 91 % — оргазмічна дисфункція, диспареунія, генітальгія. Чоловікам були притаманні відсутність сексуального задоволення (56 %), відносна втрата статевого потягу до партнерки (29 %) і сексуальна аверсія (24 %). Серед ПП ПГ у 28 % жінок встановлено відсутність сексуального задоволення, оргазмічну дисфункцію, диспареунію, генітальгію, сексуальну гіпестезію, а у 16 % чоловіків — зниження сексуального задоволення й відносну втрату статевого потягу до партнерки. У ході подальшого вивчення встановлено, що в обстежених подружніх пар мали місце суттєві відмінності у клінічних проявах порушень сексуальності, а також у механізмах їх виникнення. У 39 ПП ОГ й 8 ПП ПГ спостерігалися порушення комунікації чоловіків і жінок внаслідок наявності внутрішньоособистісного та міжособистісного конфліктів, порушень взаємин і невміння контактувати, висловлювати свої потреби і очікування, зокрема, в сексуальній сфері. Ці розлади, що мали місце до захворювання жінки, мали високий рівень позитивної кореляції, формуючи як клінічно, так і статистично єдиний феномен — комунікативну форму сексуальної дезадаптації. В інших випадках у 61 ПП ОГ діагностовано вторинну сексуальну дисфункцію, що виникла після захворювання дружини на ГЕ, що була посилена невідповідністю діапазонів прийнятності, обумовленою роз-

біжністю типів сексуальної мотивації, мотивів статевого акту, невідповідністю техніки сексу, що не відповідало очікуванням або бажаної моделі партнера. Отримані дані мали середній рівень ( $p \leq 0,05$ ) позитивної кореляції. Це стало підставою для констатації факту наявності сексуально-еротичної форми дезадаптації.

Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я за його компонентами та складовими дозволив виявити їх поєднане ураження як причину розвитку сексуальних розладів і сексуальної дезадаптації у ПП ОГ, причому найчастіше психологічного, соціально-психологічного компонентів, а також нейрогуморальної та психічної складової біологічного компонента.

Аналіз індивідуально-психологічних характеристик, притаманних жінкам з гінекологічною патологією, виявив їх розбіжність серед пацієток ОГ й ПГ. У пацієток з ГЕ найбільш поширеними були демонстративний і емотивний типи акцентуації характеру, у чоловіків найчастіше спостерігалися педантичний і застрягаючий типи. Серед подружжя ПГ превалювали або особи з гіпертимною акцентуацією характеру (24 % жінок, 38 % чоловіків), або без акцентуацій (40 % жінок, 34 % чоловіків).

Порівняльний аналіз варіантів профілю особистості з наявними у акцентуаціями характеру у жінок ОГ дозволив встановити три можливих варіанти їх поєднання. Перший варіант профілю особистості був виявлений у пацієток з акцентуацією збудливого і демонстративного типів (37 %). Для збудливих були характерні безцеремонність, схильність до домінування, незалежність, агресивність, нехтування загальноприйнятими нормами поведінки. Демонстративних пацієток відрізняли орієнтація на зовнішню оцінку, яка приводила до стримування імпульсивності й агресивності, небажання і нездатності вважатися 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.

Другий варіант профілю особистості відзначався у жінок з дистимічним, тривожним і емотивним типами акцентуації (47 %). 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. Третій варіант профілю особистості відзначався у переважній більшості обстежених і застрягаючим типами акцентуації характеру (36 %). 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.

Найбільш розповсюдженими видами любові у жінок ОГ виявилася рокова (18—40 %) та пристрасна (9—20 %) любов, для якої характерним є поєднання компонентів «пристрасті» та «рішення/зобов'язання» при відсутності інтимності, що дозволяє, за Р. Стернбергом, тлумачити такі почуття як безглузді. Така любов не має стабілізуючого елемента інтимності, тобто в цих відносинах немає близькості, яка породжує впевненість, теплоту, та можливість ділитися горем. Такі почуття характеризуються збудженням, прагненням сексуальних контактів, в той час як ГЕ фруструє це бажання, що й призводить до ви-

кривлення подружньої взаємодії. Отже, для жінок з хронічним гінекологічним захворюванням на ГЕ виявились характерними види любові до чоловіка, в яких дуже вагомим є компонент пристрасті, до того ж, з редуцьованим компонентом інтимності. Неможливість реалізації через гінекологічні та сексологічні наслідки ГЕ компонента пристрасті та відсутність «надійного чоловічого плеча» саме й призводить до деформації подружньої взаємодії. Для жінок з гострими запальними гінекологічними захворюваннями виявились притаманними дружня (15—28 %), формальна (11—23 %) або досконала (9—19 %) види любові, а також заснованої на приязні (9—19 %), що не призводять до розвитку порушення подружньої взаємодії.

За станом функціонування сім'ї серед ПП ОГ благополучних не було. Більшість у цієї групі склали неблагополучні (32 %), мабуть неблагополучні (34 %) і перехідні (24 %) сім'ї. Серед подружжя ПГ рівномірно спостерігалися мабуть неблагополучні (12 %), перехідні (12 %), мабуть

благополучні (32 %), благополучні (28 %) й абсолютно благополучні (12 %).

Аналіз стану виконання родинних функцій дозволив встановити, що у ПП ОГ порушеною виявилась реалізація більшості сімейних функцій: емоційної, духовної, сексуально-еротичної, рольової, захисної, психотерапевтичної, реабілітаційної, а також функцій персоналізації, соціалізації, соціального інтегрування та збереження здоров'я. У ПП ПГ, навпаки, більшість сімейних функцій були реалізовані.

Отже, в усіх подружніх пар ОГ діагностовано деформацію подружньої взаємодії різного ступеня вираженості, тоді як сім'ї ПГ продемонстрували, в цілому, успішність свого функціонування. Узагальнення отриманих результатів (таблиця) дозволило проаналізувати роль психоемоційних, сексуальних та психологічних факторів в генезі порушення подружньої взаємодії у жінок з захворюваннями гінекологічної сфери.

**Роль психоемоційних, сексуальних та психологічних факторів в генезі порушення подружньої взаємодії у жінок з захворюваннями гінекологічної сфери**

Фактори		Основна група, N80.0		Група порівняння, N70.0
Психоемоційний статус	Емоційне тло	переважання негативних емоцій: тривога, досада, образа, невдоволення собою		впевненість, відчуття безпеки, радість, задоволення
	PT	висока — 94 %		низька — 32 %, середня — 68 %
	OT	висока — 78 %		низька — 38 %, середня — 54 %
	Самооцінка депресії	депресивний стан (31 %), маскована субдепресія (50 %), ситуативна депресія (19 %)		немає — 100 %
	HDRS	сер. вираженість — легкий депресивний епізод		відсутність депресії
	CAS	сер. вираженість — клінічно виражений тривожний епізод		відсутність тривоги
Сексуальний статус	жінки: відсутність сексуального задоволення (100 %), оргазмічна дисфункція, диспареунія, генітальгія (91 %) чоловіки: відсутність сексуального задоволення (56 %), відносна втрата статевого потягу до партнерки (29 %), сексуальна аверсія (24 %)			жінки: 28 % — оргазмічна дисфункція, диспареунія, генітальгія, сексуальна гіпестезія чоловіки: 16 % — зниження сексуального задоволення й відносна втрата статевого потягу до партнерки
	39 % — первинна комунікативна сексуальна дезадаптація	61 % — вторинна сексуально-еротична дезадаптація		16 % — первинна сексуально-еротична дезадаптація 84 % — сексуальна адаптація
Індивідуально-психологічні особливості	Жінки: демонстративний і емотивний типи акцентуації характеру, чоловіки — педантичний і застрягаючий типи			40 % жінок, 34 % чоловіків — без акцентуації, 24 % жінок, 38 % чоловіків — гіпертимна акцентуація
	37 % збудливий, демонстративний типи акцентуації	47 % дистимічний, тривожний, емотивний типи	36 % педантичний, застрягаючий, емотивний типи	
	безцеремонність, схильність до домінування, агресивність, зневага загальноприйнятими нормами поведінки	песимізм, замкнутість, знижена самооцінка, невпевненість у собі	напруженість, підозрілість, ригідність, нетовариськість, замкнутість, афективність, обривистість	рис, що були б підґрунтям схильності до дезадаптивної поведінки, не виявлено
Особливості сімейного функціонування	Міжособистісні	абсолютно неблагополучні (8 %), неблагополучні (31 %)	мабуть неблагополучні (34 %), перехідні (24 %), скоріше благополучні (2 %)	неблагополучні (4 %), мабуть неблагополучні (12 %), перехідні (12 %), мабуть благополучні (32 %), благополучні (28 %) і абсолютно благополучні (12 %)
		рокова, пристрасна, романтична види любові до чоловіка, з переважанням пристрастного компонента з редуцьованою інтимністю		дружня, формальна або досконала любов, а також заснована на приязні
	Сімейні	невиконання сімейних функцій: емоційної, духовної, сексуально-еротичної, рольової, захисної, психотерапевтичної, а також функцій персоналізації, соціалізації, соціального інтегрування й збереження здоров'я	невиконання сексуально-еротичної, психотерапевтичної, реабілітаційної функцій сім'ї та функцій збереження здоров'я	збереження й реалізація основних функцій сім'ї
Подружня взаємодія	39 — соціально-психологічний варіант порушення, тип «фронтна зона»	61 — біологічний варіант порушення, тип «нейтральна смуга»		тип «надійний тил»

В цілому результати проведеного обстеження жінок, які страждали на ГЕ, дозволили зробити висновок, що наявні в них психоемоційні, сексуальні, індивідуально-психологічні й міжособистісні особливості свідчать про

брак психологічних ресурсів адаптації, що обумовлює коморбідні основному захворюванню порушення їх психологічного благополуччя та деформацію подружньої взаємодії.

Аналіз результатів проведеного дослідження дав змогу виокремити два варіанти розвитку порушення подружньої взаємодії (ППВ) в сім'ях, в яких дружина хворіє на ГЕ.

Перший варіант — соціально-психологічний — розвивається незалежно від наявності ГЕ як результат невиконання таких сімейних функцій: емоційної, духовної, сексуально-еротичної, рольової, захисної, психотерапевтичної, а також функцій персоналізації, соціалізації, соціального інтегрування та збереження здоров'я. При цьому варіанті стрижневим є ураження соціально-психологічного компонента подружньої взаємодії.

Другий варіант — біологічний — виникає внаслідок наявності у дружини ГЕ та зумовлений невиконанням сексуально-еротичної, психотерапевтичної, реабілітаційної функції сім'ї та функції збереження здоров'я. Це відбувається за рахунок стрижневого ураження біологічного компонента подружньої взаємодії.

Для першого варіанту не є характерною наявність прямого зв'язку між захворюванням жінок на ГЕ і виникненням ППВ. Воно розвивається або спочатку подружнього життя, або виникає через декілька років з прогресуванням міжособистісного конфлікту подружжя внаслідок комунікативної та сексуально-еротичної дезадаптації подружжя. У цьому випадку наявність ППВ є довгостроковою стресовою ситуацією, яка стає одним з чинників патогенного тла для розвитку ГЕ. Ці родини в більшості випадків мали абсолютно та просто неблагополучні варіанти сімейних відносин за ступенем задоволеності шлюбом. При цьому клінічному варіанті тип сім'ї характеризувався як «фронтонна зона» (за Т. Б. Дмитрієвою, Б. С. Положим, 2001). Такі подружжя характеризувалися наявністю деструктивних міжособистісних відносин, що доходили до постійних скандалів, конфліктів, взаємних принижень. Між членами родини існувала виражена напруженість, несприйняття один одного, була відсутня функція соціальної підтримки. Такі взаємини були факторами психічної дезадаптації, що сприяли невротизації особистості. Роль пускового механізму в розвитку такого варіанту ППВ грали психогенні і соціогенні фактори. Центральною ланкою в змінах, що відбуваються, ставала особистість, яка, в силу наявних психологічних характеристик, не мала можливості успішно переборювати стрес, що обумовлювало виникнення тривожно-депресивних, вегетативно-судинних, ендокринних реакцій, що сприяли розвитку соматичної патології. Ці порушення підтримували дистрес і самі по собі ставали психотравмою, замикаючи, таким чином, порочне коло.

За другого клінічного варіанту, ППВ виникає через деякий час після того, як дружина захворіла на ГЕ. У цьому випадку наявність ППВ ставало одним з факторів психотравматизації, який мав вплив на ускладнення перебігу ГЕ. За ступенем задоволеності шлюбом серед таких сімей переважали скоріше неблагополучні чи перехідні варіанти. За класифікацією Т. Б. Дмитрієвої, Б. С. Положего (2001), такий тип родини мав умовну назву «нейтральна смуга». Дефіцит в емоційній сфері, відсутність функції соціальної підтримки в родині даного типу є факторами ризику у відношенні порушень психічного здоров'я.

Треба зазначити, що серед подружжя ПГ домінуючим встановлений тип сім'ї «надійний тил» (за Т. Б. Дмитрієвою, Б. С. Положего, 2001), який характеризувався ширими взаєминами й комфортним психологічним

мікрокліматом з наявною функцією соціальної підтримки, що забезпечувало саногенний і проєктивний вплив на обох з подружжя.

Таким чином, на основі здійсненого дослідження, нами виокремлені психоемоційні, сексуальні, індивідуальні й міжособистісні фактори та їх взаємовплив в генезі розвитку ППВ в родині, де жінка страждає на ГЕ. Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення системи психокорекційних заходів, спрямованих на покращання якості життя й подружньої взаємодії у даного контингенту.

#### Список літератури

1. Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries / Nnoaham K. E., Hummelshoj L., Webster P. [et al.] // *Fertil Steril.* — 2011. — Aug, Vol. 2. — P. 366—373.
2. Состояние вегетативной регуляции при эндометриозе у женщин репродуктивного возраста с тревожно-депрессивными расстройствами / Р. Ф. Насырова, Л. С. Сотникова, В. В. Новицкий [и др.] // *Бюллетень сибирской медицины.* — 2009. — Т. 8, № 3. — С. 58—63.
3. Психоиммунные взаимодействия при эндометриозе у женщин репродуктивного возраста / Р. Ф. Насырова, Л. С. Сотникова, Н. В. Байструкова [и др.] // *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины.* — 2011. — № 7, Т. 152. — С. 100—105.
4. Потемкина Е. А. Особенности медико-психологических характеристик и симптоматика непсихотических психических расстройств при хронических гинекологических заболеваниях : 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.
5. Вильгельм А. А. Оцінка якості життя та реабілітація жінок, оперованих з приводу генітального ендометріозу : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 / Вильгельм Алла Андріївна; Львівський національний медичний ун-т ім. Данила Галицького. — Л., 2004. — 19 с.
6. Кришталь Е. В. К вопросу о комплексности реабилитации в гинекологической практике / Е. В. Кришталь, В. В. Свиридова // *Сучасні методи лікування захворювань психогенного походження (XIII Платонівські читання) : Матеріали наук.-практ. конф.* — Харків, 2010. — С. 111—113.
7. Маркова М. В. Система медико-психологической реабилитации женщин, 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.
8. Агишева Н. К. Внутриличностный конфликт и пути его разрешения / Н. К. Агишева // *Український вісник психоневрології.* — 2008. — Т. 16, вип. 2 (55). — С. 63—66.
9. Насырова Р. Ф. Психическое здоровье женщин с гинекологической патологией (клинико-патогенетический, социально-психологический и реабилитационный аспекты) : автореф. дис. на соискание уч. степени д-р 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.
10. Чистова О. А. Состояние психоэмоциональной сферы женщин, страдающих эндометриозом / О. А. Чистова // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* — 2013. — № 4 (14). — С. 71—79.

Надійшла до редакції 04.04.2014 р.

**ЧИСТОВА Ольга Олександрівна**, головний лікар Медичного центру «Союз» м. Харкова; e-mail: sunbaydoc@yahoo.com

**CHISTOVA Olga Oleksandrivna**, Head Physician of Medical Center "Union", Kharkiv; e-mail: sunbaydoc@yahoo.com