

виявлено у жінок з АХП. У пацієнток з АХГ виявлено вищі рівні гіпотимії, суїцидальних тенденцій, почуття провини, іпохондрії, напруженості, розладів сну, інтелектуальних порушень, соматичних сенсорних, сечостатевої та вегетативних симптомів. Наявні гендерні відмінності у вираженості симптомів депресії та тривоги у хворих з БХП та АХП.

Поширеність та структура депресивних та тривожних станів у пацієнтів з хронічним панкреатитом вказують на необхідність розроблення програм, спрямованих на ранню діагностику та терапію цих розладів, як елемента комплексної медико-психологічної допомоги хворим гастроентерологічного профілю.

УДК 616.45-001.1/3-008.441.1:355.257.6

*И. И. Кутько, О. А. Панченко,
А. Н. Линева, Р. С. Линева*

*ГУ «Научно-практический медицинский
реабилитационно-диагностический центр МЗ
Украины», г. Константиновка; Харьковская областная
психиатрическая больница № 1, г. Харьков*

Актуальные проблемы ПТСР у военнослужащих в современных условиях

С началом боевых действий в Донецкой и Луганской областях с мая 2014 г. значительное количество граждан Украины прошли военную службу в зоне АТО. Как показывают результаты научных исследований и клинический опыт у значительной части этих лиц возникли психогенные расстройства, наиболее тяжелым из которых было **посттравматическое стрессовое расстройство**.

Подобные состояния ранее были описаны у ветеранов вьетнамской и афганской войны.

Участники боевых действий (комбатанты) подвергались специфическому действию условий боевой обстановки, которые вызывали так называемый **боевой стресс** (дистресс при неизбежной перегрузке адаптационных механизмов).

Вырабатывались специфические формы реагирования, носившие вначале, в период боевых действий, адаптационный характер, фиксировавшиеся в поведении и нарушавшие социальную адаптацию военнослужащего в дальнейшем, в условиях мирной жизни.

Характерными признаками отдаленных последствий боевого стресса у комбатантов являлись: тревога и импульсивность, настороженно-враждебное восприятие действительности, дефицит интрапсихической переработки переживаний с формированием категоричности и полярности суждений, доминирование шаблонных конфликтных и агрессивных форм реагирования на социальные ситуации.

Такие нарушения затрудняли межличностные контакты, снижали продуктивность социального функционирования, способствовали появлению невротических нарушений, конфликтности, агрессивности, влечения к алкоголю, психоактивным веществам, азартным играм.

Характерным для комбатантов был известный феномен **жизни в двух реальностях**: «там» (воспоминания о периоде боевых действий) и «здесь» (реальная действительность). Это вело к снижению способности реагировать естественным образом на обыденные ситуации с появлением типичного чувства **«изгоя общества»**.

Ретроспективная оценка переживаний в период боевых действий формировала у пострадавших определенные варианты эмоционального и мировоззренческого отношения к пережитому, известные как **синдром ветерана войны**.

Так, у лиц, бывших свидетелями жестоких и антигуманных событий, формировался комплекс **«застывшей вины»**.

Характерно доминирование мыслей о «предательстве страной», идеологическое разочарование с самоотчуждением на фоне апатии и тревоги с легким появлением агрессивности. Эти явления известны как **поствьетнамский синдром**.

Для комбатантов характерно чувство **«дисфункциональной вины»**, «за то, что остался жив».

В целом, посттравматическое стрессовое расстройство у участников боевых действий вследствие стойких и болезненных характерологических изменений носит «разрушительный характер», затрагивающий широкий круг различных сторон жизни, включая физическое здоровье, характер, мировоззрение, самооценку, нарушая межличностные, семейные, профессиональные отношения.

Характерными были вегетативные нарушения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта и мочеполовых органов.

Течение посттравматического расстройства в большинстве случаев носило в целом благоприятный, регрессирующий характер и завершалось практическим выздоровлением.

Однако сохранялась совокупность личностно-характерологических особенностей, известная как **«комбатантная акцентуация личности»**, которая служила почвой для возникновения психических расстройств, нарушений поведения и психосоматических заболеваний.

Следует отметить большую (по сравнению со среднепопуляционной) распространенность среди ветеранов войн невротических и аффективных расстройств, зависимости от алкоголя и психоактивных веществ, игровой зависимости, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Эти данные свидетельствуют о важности превентивной медицинской, психологической и социальной помощи лицам, прошедшим военную службу в зоне вооруженного противостояния.

УДК 616.891-053.6-07

І. В. Лещина, Т. П. Мозгова

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Маркери ризику-антиризик формування розладів адаптації у осіб молодого віку

Широка розповсюдженість невротичних, пов'язаних зі стресом, психічних розладів серед молоді ставить до числа пріоритетних проблеми їх профілактики та корекції. Своєчасна психофілатика і корекція дезадаптивних розладів у студентської молоді неможливі без ранньої діагностики наявної психічної патології та виокремлення груп ризику її формування. Вказані завдання, на наш погляд, доцільно вирішувати шляхом проведення скринінгових опитувань, які дозволяють одночасно проводити обстеження великої кількості осіб.

Мета дослідження — на підставі комплексного дослідження, з урахуванням гендерних відмінностей, визначити маркери ризику-антиризiku формування розладів адаптації в осіб молодого віку.

В рамках проведеного дослідження встановлені та систематизовані соціально-демографічні, клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, психодіагностичні аспекти стану психічного здоров'я студентів-медиків з урахуванням гендерних відмінностей, що лягли в основу розроблення, впровадження та оцінювання ефективності системи ранньої діагностики та психопрофілактики адаптаційних розладів у студентської молоді.

Розлади адаптації було верифіковано у 107 осіб (12,86 %). В структурі адаптаційних розладів найбільш виражені пролонгована та короткочасна депресивні реакції (38,6 % та 31,2 % відповідно) та змішана тривожно-депресивна реакція (22,3 %). За результатами гендерного аналізу встановлено, що чоловіки достовірно ($p < 0,05$) рідше хворіли на розлади адаптації, порівняно з жінками (не мали ознак психічних розладів 73,18 % чоловіків та 67,92 % жінок). При цьому більшою мірою у жінок діагностували адаптаційні розлади у вигляді змішаної тривожно-депресивної (F43.22) та пролонгованої депресивної реакції (F43.21). Чоловіки достовірно частіше ($p < 0,05$) хворіли на короткочасну депресивну реакцію (F43.20).

У результаті порівняльного аналізу частот якісних ознак у групах хворих на розлади адаптації та здорових студентів було виявлено спільні й специфічні (для кожної статі) маркери ризику-антиризiku формування дезадаптивних станів. Спільні маркери ризику виражені переважно симптомами з боку сфер психічної діяльності; на користь відсутності розладів адаптації свідчили: відсутність зниження працездатності, млявості, задовільна переносимість відриву від домашніх умов.

Для ранньої діагностики та виокремлення групи ризику розладів адаптації у чоловіків найбільшу діагностичну цінність мали тривожність, (ДК = -9,80, $J = 0,76$), гіпомнезія (ДК = -13,39, $J = 0,63$), зниження працездатності (ДК = -13,39, $J = 0,63$), які у поєднанні досягали ступеня достовірності 99,99 %. Тобто психічна патологія у чоловіків більшою мірою супроводжувалась та/або виникала на ґрунті початкової неврологічної дисфункції. Вагомою ознакою постала також наявність у сім'ї двох та більше дітей. У жінок частіше виявляли такі ознаки дезадаптації: песимістичність (ДК = -6,66, $J = 0,64$), зниження інтелектуальної продуктивності (ДК = -6,55, $J = 0,48$), відчуття туги (ДК = -4,58, $J = 0,48$), думки й побоювання про свою непрацездатність (ДК = -3,96, $J = 0,42$), байдужість, зниження кола інтересів (ДК = -4,18, $J = 0,36$). Визначені маркери ризику-антиризiku було покладено в основу розроблення скринінгу для виявлення розладів адаптації та виокремлення груп ризику формування психічної патології у студентів.

Результати дослідження показують, що проведення ранньої діагностики за допомогою розробленого скринінгу для масових обстежень та комплексних психопрофілактичних втручань — виокремлення груп ризику, встановлення та усунення чинників ризику, виокремлення та потенціювання чинників антиризiku формування розладів адаптації, виявлення мішеней психопрофілактичного та психокорекційного впливів дозволили зменшити в 2,24 рази частоту виникнення нових випадків дезадаптивних розладів у студентів-медиків.

УДК 616.89-008.441.44:616.895-07-08

*І. В. Лінський, Л. Ф. Шестопалова,
М. М. Денисенко, О. О. Бородавко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Умови подання порогових та підпорогових стимулів при тахістоскопічній демонстрації

Метою проведеного дослідження було визначення оптимальних умов подання підпорогових візуальних стимулів (тривалість, інтенсивність, зміст), що використовуються в методиках сублімінальної (підсвідомої) психодіагностики та психокорекції для розроблення методик виявлення та корекції суїцидальної активності у хворих на афективні розлади.

У відповідності до мети дослідження в роботі визначення оптимальних умов подання підпорогових візуальних стимулів, що використовуються в методиках сублімінальної (підсвідомої) психодіагностики та психокорекції проводилося на особах без психічних розладів. Обстеження проводилось серед медичних працівників та студентів.

Було обстежено 62 особи (186 сеансів), які були умовно поділені на 2 групи (віком до 30 років та після 30 років). У групі до 30 років середній вік становив 18,44 роки, після 30 років — 39,88 роки.

При розподілі проведених сеансів за часом визначення позиції та значення слова при його тахістоскопічній демонстрації встановлено, що час визначення позиції слова у більшості випадків становив приблизно 10 мс (85 сеансів), та у меншій кількості — 20 мс (34 сеанси). Тоді як час впевненого визначення слова спостерігався у більшості випадків на 30 мс (51 сеанс), та у меншій кількості — на 50 мс (32 сеанси). Ці дані свідчать про те, що поріг впевненого впізнання знаходиться поза 20 мс, тоді як визначення позиції слова частіше спостерігалося на 10 мс.

Час визначення позиції слова становив $24,03 \pm 1,89$ мс. У групі обстежуваних віком до 30 років — $18,19 \pm 1,30$ мс, у групі після 30 років — $29,62 \pm 3,74$, що є достовірно більшим ($p < 0,05$). Час впевненого визначення позиції слова становив $27,63 \pm 2,01$ мс. У групі до 30 років становив $21,99 \pm 1,59$ мс, у групі після 30 років — $32,95 \pm 3,94$ мс, що також є достовірно більшим ($p < 0,05$). Час визначення значення слова становив $44,19 \pm 2,78$ мс. Час впевненого визначення значення слова — $49,57 \pm 2,40$ мс. Різниця (III – I) становила $20,16 \pm 2,03$ мс, різниця (IV – II) — $21,94 \pm 2,09$ мс.

Було встановлено, що більш дорослі за віком люди повільніше визначали місцезнаходження слова та його зміст. Так, час визначення позиції слова у них перевищував в 1,74 рази, час впевненого визначення позиції слова — в 1,5 рази, час визначення значення слова — в 1,24 рази, час впевненого визначення слова — у 1,16 рази. Це свідчить, що у більш дорослих за віком людей, спостерігається більший набір асоціативних зв'язків ніж у молодшої частини обстежених.

Коефіцієнт кореляції між віком та часом визначення позиції слова складав +0,50, часом впевненого визначення позиції слова +0,42, часом визначення слова +0,40, часом впевненого визначення значення слова +0,32.

Середній час впевненого визначення позиції слова та впевненого визначення його значення складає 30 мс. Саме такий у середньому час був потрібний більшості обстежених для впевненого визначення позиції та значення слова. Також можна зауважити, що у більшій кількості