

сеансів час впевненого визначення значення слова спостерігався з 30 мс до 70 мс, а впевнене визначення позиції слова відбувалося значно раніше — з 10 мс до 30 мс.

Під час аналізу розподіл проведених сеансів за різницею у часі визначення позиції та значення слова, а також за різницею у часі впевненого визначення позиції та значення слова при його тахістоскопічній демонстрації, було встановлено, що у більшій кількості сеансів визначення позиції та значення слова, при експозиції від 0 мс до 20 мс спостерігалось частіше, аніж впевненого визначення позиції та значення слова. При експозиції у 30 мс починає домінувати, у більшій кількості сеансів, впевненість у визначенні позиції та значення слова.

УДК 616.89-008.441.13-008.47«364»

Л. М. Маркозова, Н. М. Лісна

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

Фактори формування станів залежності від психоактивних речовин як форма дезадаптивної поведінки у осіб — учасників військового конфлікту

Разом з багатьма негативними наслідками (економічними, політичними, соціальними), які несе військовий конфлікт для суспільства, існують також медико-психологічні (І. В. Лінський з співавт., 2014), спектр котрих досить широкий. Мирові статистика свідчить, що кожен п'ятий учасник бойових дій при відсутності яких-небудь фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед поранених або калік — кожен третій (Н. В. Тарабрина, 1994, 1996, 2000). Майже 80 % осіб з військовим досвідом удаються до зловживання психоактивними речовинами (ПАР) з метою зниження інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТРС) та мають ознаки соціальної та професійної дезінтеграції.

Мета: вивчити фактори формування станів залежності від ПАР у осіб — учасників військового конфлікту.

Методи та матеріали: клініко-анамнестичний, психодіагностичний [Міссісіпський опитувальник бойового ПТСР, Шкала CAPS для клінічної діагностики ПТСР (Weathers F. W. et al., 1993); опитувальник тяжкості алкогольної та наркотичної залежності (SADQ) (T. Stockwell et al., 1979), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List 90 Revised — SCL-90-R) Дерогатіса (Н. В. Тарабрина, 2001)], статистичний.

Обстежені особи — учасники військового конфлікту ($n = 15$), середній вік складав $31,0 \pm 1,33$ роки. 20 % обстежених мали вищу освіту, 40 % — середню спеціальну, решта — середню. 60 % осіб були одружені/жили в цивільному шлюбі. Спадкову обтяженість мали 61,5 % обстежених. До призиву до служби 26,7 % обстежених мали досвід наркотизації, 40 % — алкоголізації. У решти осіб строки формування залежності від алкоголю в середньому складала $2,8 \pm 0,37$ міс. Обстежені висували скарги на безсоння, жахливі сновидіння, знижений настрій, тривогу, роздратованість, агресію, відчуття провини людини, яка залишилась живою (26,7 %), виказували суїцидальні думки (20 %). Зі слів обстежених, алкоголь приймали як снодійний препарат/антидепресант, а також з метою усунення негативних емоційних станів.

В процесі обстеження встановлено, що були виявлені такі психопатологічні симптоми: депресія (DEP:

$14,36 \pm 0,92$), що проявлялася відсутністю інтересу до життя, браком мотивації, втратою життєвої енергії, відчуттям безнадійності; тривожність (ANX: $14,20 \pm 0,67$), що проявлялася у вигляді постійної нервозності, напруженості, тремору, нападів паніки та відчуття загрози; obsесивно-компульсивний розлад (O-C: $11,56 \pm 0,72$), який вказував на нав'язливе переживання відчуття ізоляваності/знедоленості, відчуття безнадійності майбутнього; ворожість (HOS: $9,56 \pm 0,90$), яка відбивала наявність агресивності, роздратованості, гніву, обурення; міжособистісна сензитивність (INT: $9,12 \pm 0,82$), що визначалася почуттям особистісної неадекватності, неспокою, дискомфортом в процесі міжособистісної взаємодії, загостреному відчуттям усвідомлення власного «Я» та негативними очікуваннями щодо будь-яких комунікацій з іншими людьми. Обстежені характеризувались «тунельним баченням», тобто концентрацією на якій-небудь одній ідеї, відчутті, спогадах, яке заважало охопити ситуацію в цілому, побачити те позитивне, що змогло б бути прийнятним для них. Встановлено, що середній показник вираженості симптомів ПТСР складав $87,18 \pm 0,02$ бали. За даними Опитувальника для оцінки тяжкості алкогольної залежності SADQ (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire; Stockwell et al., 1979) середній показник складав $48,28 \pm 0,23$ бали, що відповідає високому рівню залежності.

Таким чином, на формування станів залежності від ПАР як однієї з форм психосоціальної дезадаптації у учасників воєнних конфліктів впливає низка факторів, серед яких основними є спадкова обтяженість, преморбідні особливості та характер переживання психотравмуючої події.

УДК 616.89: 616.5-009

М. В. Маркова¹, Г. М. Кожина², О. А. Усков¹

¹*Харківська медична академія післядипломної освіти;*

²*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Основні психологічні стрес-фактори, пов'язані з atopічним дерматитом у підлітків

Атопічний дерматит (АД) — серйозна міждисциплінарна медична проблема, що обумовлено широкою розповсюдженістю захворювання в дитячій популяції та особливостями перебігу хвороби, залученням у патологічний процес не лише шкірних покривів, але і інших органів та систем організму. За даними епідеміологічних досліджень, захворюваність на АД коливається від 6,0 до 25,0 на 1000 населення та має тенденцію до збільшення.

Діти, схильні до розвитку atopічного дерматиту, часто відрізняються підвищеною чутливістю і нервозністю, що не лише стає джерелом стресу для дітей і батьків, але ще більше посилює дію патологічних чинників хвороби. Психологічні особливості дітей з АД також характеризуються акцентуванням характерологічних рис, підвищеною емоційністю, наявністю агресивних тенденцій, невмінням виражати негативні емоції, порушенням ідентифікації.

Метою дослідження було — виявити основні психологічні стрес-фактори, пов'язані з АД у підлітків. У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД (67 дівчат та 41 — хлопців).

Психологічні стрес-чинники у підлітків з АД, отримані під час інтерв'ювання, було згруповано у 4 групи

за основними психологічними проблемами, пов'язаними з хворобою:

- психолого-сенсорні — наявність повторюваних неприємних відчуттів на шкірі (свербіння, сухість, біль при наявності пошкоджень цілісності шкірного покриву);
- психолого-візуальні — видимі симптоми хвороби (почервоніння, мокнуття, ліхніфікація), що погіршували зовнішній вигляд;
- терапієобумовлені — тривале, часто повторюване лікування, необхідність постійного контролю за фізичним самопочуттям;
- обмежувальні — необхідність дотримуватися обмежень (їжа, засоби для гігієни, одяг) у зв'язку з потребою уникати потенційних провокуючих рецидиви хвороби чинників.

На психологічному рівні кожна група стрес-чинників мала специфічне змістовне навантаження. Психолого-сенсорні чинники, в основі яких лежали дискомфортні фізичні відчуття, були джерелом постійного нервово-психічного збудження, що спричиняло дисбаланс у роботі нервової системи. Психічними проявами дисфункціонування були виснаженість, емоційна лабільність, дратівливість, тривожність, тобто симптоми, пов'язані з регуляцією психічної діяльності та наявністю психологічного ресурсу.

Група психолого-візуальних чинників прив'язувалася до паттернів рольової самоідентифікації, формування фізичного образу «Я» та соціалізації. У підлітковому віці привабливий зовнішній вигляд часто асоціюється з соціальним успіхом. Відмінності зовнішності у свідомості підлітка могли ставати суттєвими перепонами до досягнення ним бажаної сходинки у соціальній ієрархії. Видимі «дефекти» також є зручним об'єктом для агресії та маніпуляції з боку однолітків. Відчуття власної непривабливості і невпевненість були підґрунтям для виникнення проблем у міжособистісних стосунках.

Терапієобумовлені чинники спричиняли окремий пласт негараздів, пов'язаний з формуванням певного специфічного стилю життя з хворобою.

Обмежуючі заходи мають психотравматичний та фруструючий вплив на психіку дорослого, не кажучи про дитину. У підлітковому віці стрес додатково підсилювали відсутність достатнього рівня самоконтролю та протестне ставлення до заборон.

Психотравматичні чинники, обумовлені АД, спричиняли зміни у психоемоційному стані підлітків, негативно відображалися на поведінці в цілому та під час лікувального процесу, знижували психосоціальну адаптацію. Виявлення та зменшення патогенної дії стрес-чинників — одне з важливих завдань медико-психологічної допомоги підліткам з АД.

Соціально-психологічні умови життя ускладнюють сприйняття реальної життя і зазвичай сприяють росту пограничної психічної патології, серед якої вагому частку займають невротичні розлади, страждаючи патоморфозом в клінічних проявах. Так, згідно з даними літератури останніх років, відзначається тенденція до формування коморбідних з невротичною патологією аддиктивних форм поведінки. Це обумовлено в більшій ступені тим, що в цю категорію хворих потрапляють особи з низкою переносимістю труднощів і низкими адаптаційними здатностями (Егоров А. Ю., 2003, Чернобровкіна Т. В., 2008, Битенський В. С., 2011). В пошуках засобів захисту від напруження, дискомфорту, стресу і способів розв'язання невротичного конфлікту такі люди часто вдаються до стратегій аддиктивного поведінки, яке може мати як самостійний характер, сприяючи формуванню невротичного розладу або виникати на фоні пограничних психічних розладів. Існують різні види аддиктивного поведінки, як фармакологічного, так і нефармакологічного характеру. Однак особливим інтересом представляють клініко-психопатологічні особливості невротичних розладів, що протікають в поєднанні з нехімічними аддикціями, що і являється метою нашого дослідження.

Мета дослідження — вивчити клініко-психопатологічні прояви тривожно-фобічних розладів, в структурі яких мають місце аддиктивні порушення.

Методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний, оцінка аддиктивного статусу індивіда з допомогою AUDIT-подібних тестів (Линський І. В. з соавт., 2009).

Було досліджено 43 хворих з тривожно-фобічними розладами, з них 18 чоловіків і 25 жінок, середній вік — 26,5 років. В результаті проведення оцінки аддиктивного статусу хворих з допомогою AUDIT-подібних тестів досліджені були розділені на дві групи: з аддиктивними порушеннями — 29 осіб (середній сумарний бал вище 16, що свідчить про наявність аддикції) і контрольну групу — 14 осіб, де середній сумарний бал був нижче 7 балів, що інтерпретується як відсутність аддиктивних порушень. Соціально-демографічні показники в обох групах не мали суттєвих відмінностей. Згідно з даними анамнезу захворювання, у всіх хворих початок захворювання пов'язаний з наявністю психотравмуючих ситуацій, однак в основній групі їх давність становила більше року у 72,41 %, в групі контролю — у 85,71 %. В основній групі переважають аддиктивні форми поведінки: були інтернет-залежність (51,72 %), переїдання (13,79 %), надмірне заняття спортом (35,71 %), що пояснюється пацієнтами як форма зняття тривожної симптоматики і спосіб переключення уваги. Необхідно відзначити, що у 27,58 % хворих було декілька форм аддиктивних порушень одночасно. Клініко-психопатологічна симптоматика в основній групі носила більш виражений характер, виділені синдромокомплекси в процесі кореляційного аналізу мали тісні кореляційні зв'язки з виділеними аддиктивними порушеннями. Так, тривожно-депресивний синдром (65,51 %) корелював з переїданням ($r = 0,47$) і залежним

УДК 616.89-008.441.1-008.447-07

*Н. А. Марута, С. П. Колядко,
М. М. Денисенко, Г. Ю. Каленська*

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», г. Харків*

Клініко-психопатологічні особливості тривожно-фобічних розладів з аддиктивними порушеннями

Сучасне суспільство характеризується кризовими явленнями в багатьох сферах суспільного життя. Важливі політичні, соціально-економічні і со-