

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

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. Мирова 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, 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 атопічним 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 атопічного 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