

нетрадиційні термінологічні позначення (які віддзеркалюють, проте, клінічну реальність) як бойова психічна травма, бойова втома, бойовий стрес і т. д.

Особливої уваги потребують учасники воєнних дій в Україні, тому що у нашій країні багато осередків напруженості, що супроводжуються активними бойовими діями. Все більша кількість військовослужбовців залучається до вирішення цих конфліктів, бере участь у боях. Досвід бойових дій свідчить, що війська, поряд з фізичними втратами, несуть відчутні психологічні втрати. Вони пов'язані з отриманням військовослужбовцями бойових психічних травм, які в свою чергу призводять до розладів психічної діяльності, повної або часткової втрати боєздатності.

Травматичний стрес — особлива форма загальної стресової реакції. Коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист, він стає травматичним.

За даними медичних закладів Міністерства оборони серед 1276 військовослужбовців, яких було госпіталізовано з психічними розладами в період бойових дій, в 30 % з них був встановлений діагноз посттравматичний стресовий розлад, тобто після демобілізації вони потребуватимуть подальшого лікування та медико-соціальної реабілітації.

Вищевикладене свідчить про те, що вивчення посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій та розроблення комплексної системи його корекції та реабілітації хворих є важливою медико-соціальною проблемою.

УДК 616.833.17:616.831-071

*Н. Ф. Посохов, П. Н. Посохов,  
О. А. Васильева, О. С. Ищенко*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
НАМН Украины», г. Харьков*

#### **Особенности клинко-неврологических и электроэнцефалографических показателей у больных с атипичными прозопалгиями**

Лицевые боли (прозопалгии) представляют сложную проблему в плане лечения и профилактики. Для успешной диагностики и лечения лицевой боли важное значение имеют особенности клинических проявлений и четкое представление о патофизиологических механизмах их возникновения. Классификация нейрогенных прозопалгий (Посохов Н. Ф., 2012) отражает патогенез лицевых болей, связанных с поражением чувствительных краниальных нервов, вегетативных нервных образований, центральных болевых путей, а также психогенные и сочетанные формы. Лицевые боли подразделяются на две подгруппы: типичные и атипичные прозопалгии. Типичные прозопалгии — это пароксизмальные невралгии черепных нервов (тройничного, языкоглоточного и др.). К атипичным прозопалгиям отнесены все остальные лицевые боли, различные по происхождению и патогенетическим механизмам. При этом боль, как правило, сопровождается нейрогенными и вегетативно-сосудистыми нарушениями. Атипичные (в том числе и психогенные) прозопалгии чаще встречаются у женщин, возникают и усиливаются после стресса и носят фармакорезистентный характер.

Цель работы: выявить особенности и провести сравнительный анализ клинко-неврологических и электроэнцефалографических (ЭЭГ) показателей у больных с атипичными прозопалгиями.

Обследовано 55 больных с прозопалгиями (31 женщина и 24 мужчины) в возрасте от 26 до 80 лет (средний —  $58,5 \pm 3$  года). Всем больным было проведено комплексное обследование.

У 30 больных диагностированы типичные прозопалгии (невралгии тройничного нерва), у 25 — атипичные прозопалгии. Были выявлены следующие клинические особенности атипичных прозопалгий: боли носили постоянный характер с нарастающей интенсивностью, характеризовались отсутствием «курковых» зон, имели выраженный нейропатический компонент и вегетососудистые нарушения. 20 (80,0 %) больных с атипичными лицевыми болями имели коморбидные цереброваскулярные нарушения и последствия перенесенных нейроинфекций.

По данным анализа ЭЭГ-показателей были выявлены следующие особенности: у 15 (60,0 %) больных с атипичными прозопалгиями паттерн ЭЭГ характеризовался смешанной активностью со сглаженностью регионарных отличий, подавлением нормальной альфа-активности, доминированием медленноволновых (тета и дельта) компонентов и высокоамплитудного бета-ритма в передних (лоб, висок) и затылочных отведениях, чаще с акцентом в правой гемисфере головного мозга. У 10 (40,0 %) больных регистрировалась диффузная пароксизмальная активность стволового генеза.

Проведенные нами клинко-электрофизиологические сопоставления указывают на наличие специфических клинко-неврологических особенностей у больных с атипичными прозопалгиями. Клинические проявления атипичных лицевых болей носят постоянный характер с нарастающей длительностью и интенсивностью, без «курковых» зон, с нейропатическим и вегетососудистым компонентом, чаще протекают у больных с преморбидным сосудистым фоном и последствиями хронических нейроинфекций, могут провоцироваться различными стрессовыми факторами. Коррелируют, по данным электроэнцефалографии, с заинтересованностью стволовых структур и пароксизмальной активностью мозга, с доминированием биоэлектрической активности правой гемисферы головного мозга.

УДК 616.89-008.447:362.18 «364»

*Г. А. Пріб*

*Институт підготовки кадрів державної служби  
зайнятості України, м. Київ*

#### **Вплив соціальної дезадаптації в ситуації безробіття на формування девіантної поведінки**

Психотравмуючий вплив стану безробіття у певній категорії людей обумовлює різні порушення упорядкованих комунікативних стереотипів і призводить до дезадаптації. Зазначене складає підґрунтя так званого синдрому соціально-психологічної дезадаптації. Професійна, економічна, психологічна дезадаптації, розвиваючись одночасно або послідовно, призводять до нездатності чи неготовності, а також небажання суб'єкта соціалізації розділяти цінності і норми, прийняті в суспільстві. При втраті роботи різко обмежується реалізація потреби в соціальних контактах, які спричиняють у безробітного стан дискомфорт, страждання, незадоволення, що призводить до девіантної поведінки.

Мета дослідження: виявити існування соціальної дезадаптації особи в ситуації безробіття, її вплив на формування девіантних форм поведінки, в залежності від статі.

Дослідження проведено на базі Луганського міського центру зайнятості (м. Луганськ). Період дослідження — 2013 рік. До дослідження були залучені безробітні жінки (25 осіб) та чоловіки (25 осіб) зі стажем безробіття 1—6 місяців. Вік досліджуваних — 45—50 років.

Методи дослідження: психодіагностичний (методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка та методика «Діагностування схильності до поведінки, яка відхиляється» (А. Н. Орел), статистичний.

Виявлено, що складові синдрому соціальної дезадаптації в ситуації безробіття притаманні всім досліджуваним особам. В той же час, більш високий рівень тривожності спостерігається у жінок, ніж у чоловіків ( $p \leq 0,05$ ). Рівень фрустрованості жінок також вищий, ніж чоловіків, хоча найвищих результатів, що свідчать про можливий розвиток психічних розладів, серед досліджуваних не виявлено. Агресивність, навпаки, більш притаманна чоловікам. За показником ригідності психіки жінки показали вищі результати аніж чоловіки, що дозволяє останнім бути більш мобільними на ринку праці. Виявлено, що за шкалою схильності до подолання соціальних норм та правил чоловіки показали вищі результати, хоча найвищих результатів у жодного з досліджуваних не виявлено. За шкалою схильності до адиктивної поведінки вищу схильність до неї показали чоловіки, якщо брати за увагу середній та високий рівень готовності, але в натуральних одиницях різниця між даним показником невелика — 18 жінок проти 22 чоловіків. Не виявили готовності (схильності) до змін психічних станів 7 жінок і 3 чоловіки. За даними шкали схильності до саморуйнівної поведінки лише 2 (8,0 %) жінки мають високий рівень готовності до таких дій, серед чоловіків таких осіб не виявлено. Таким чином, жінки частіше вдаються до дій, що спрямовані на саморуйнування. Результати даних шкали схильності до агресії та насильства підтвердили результати, отримані за допомогою методики самооцінки психічних станів Г. Айзенка. Результати відрізняються суттєво, тобто якщо високий рівень агресії притаманний 1 особі серед жінок (4,0 %), то серед чоловіків таких виявилось 5 осіб (20,0 %). Низький рівень агресії, навпаки, виявили 72,0 % жінок і лише 8 % чоловіків. Вищий рівень вольового контролю емоційних реакцій в ході дослідження виявлено серед жінок, які більш жорстко контролюють прояви своїх поведінкових емоційних реакцій. Шкала схильності до делінквентної поведінки може вважатися умовною, але за даними дослідження виявлено, що результати розподілилися майже порівну з незначними коливаннями.

Узагальнюючи отримані дані, можна зазначити, що в цілому існування соціальної дезадаптації особи в ситуації безробіття впливає на формування девіантних форм поведінки. У свою чергу, на формування девіантної поведінки соціально дезадаптованої особистості безробітного має вплив його стать.

УДК 616.89-07

**О. В. Прохорова**

*Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ*  
**Патопсихологічні особливості афективних розладів у пацієнтів з цереброваскулярними хворобами**

В Україні кожна п'ята особа похилого віку перебуває під наглядом психіатра. В структурі психічних розладів перше місце посідають органічні, в тому числі симпто-

матичні розлади психіки (F00 — F06) — 69 %, серед них лідируючі позиції займають когнітивні та депресивні розлади. Судинна деменція (СД) — друге за частотою після хвороби Альцгеймера (ХА) дементуюче захворювання (Кошля В. І. и соавт., 2010). Ризик розвитку СД значно збільшується при наявності депресивних розладів в преморбідному періоді і за даними досліджень останніх років він значно вищий, ніж для ХА (Breno S. Diniz et al., 2013). Субкортикальна судинна деменція — основна форма СД, яка пов'язана з мікроеваскулярним ураженням головного мозку (Левада О. А., 2013). У пацієнтів похилого віку цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) мають високу коморбідність з депресивними розладами і є чинником предрисповищеності для їх розвитку.

Метою дослідження є виявлення особливостей та відмінностей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з цереброваскулярними хворобами в залежності від рівня структурно-функціонального ураження головного мозку, а також виокремлення патопсихологічних феноменів, притаманних субкортикальній ішемічній депресії.

Ми провели скринінг 115 пацієнтів з ЦВХ (коди стану за МКХ-10 I63.5, I63.8, I67.2, I67.4, G46), які проходили лікування в неврологічному відділенні КМУ «Міська лікарня № 3» м. Краматорська Донецької області. За критеріями включення/виключення було відібрано 98 осіб, з яких для подальшого аналізу включено 82 особи, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групу (КГ). За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 — (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ в головному мозку за даними МРТ-дослідження + F06.3) кількістю 26 осіб; ОГ2 — (ЦВХ з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) або остаточною явищами після перенесеного ГПМК + F06.3) кількістю 32 особи. В групу контролю (КГ) увійшли особи з ЦВХ без суттєвих ішемічних змін на МРТ головного мозку в субкортикальних зонах або корі, її кількість становила 24 особи.

Діагностичний алгоритм включав скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника стану здоров'я Patient Health Questionnaire (PHQ-9) та у разі отримання позитивного результату та інформованої згоди, пацієнтам пропонували подальше обстеження з використанням оціночних шкал: Геріатрична шкала депресії (Geriatric Depression Scale — GDS), Шкала тривожності для літніх пацієнтів (Worry Scale for Older Adults — WS), тест на семантичну та фонетичну пам'ять, тест Струпа, тест зв'язку символів (Trail Making Test — TMT), МоСА.

Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що проживання у родині, як один із факторів стресостійкості, є сприятливим для запобігання виникнення певних ускладнень при ЦВХ. Пацієнти з важкою депресією виявлялись в групі з наявністю в анамнезі ГПМК — 59,4 %, і у яких був високий рівень стурбованості з приводу соціального функціонування — 25 %. У пацієнтів з ОГ з субкортикальними ішемічними вогнищами частіше виявлялись депресивні розлади легкого ступеня — у 88,5 % випадках, але більш виражений тривожний радикал з приводу свого стану здоров'я — у 88,1 % пацієнтів. При зіставленні результатів, отриманих досліджуваними при виконанні МоСА, тесту Струпа, ТМТ, специфічні розлади (брадифренія) діагностуються у пацієнтів ОГ1, що свідчить про порушення регулюючих (виконавчих) функцій в результаті розриву «фронтостріарних кругів».