

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 предиспозиції 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».