

улаштування свого особистого життя протягом останніх декількох років (повторний або громадянський шлюб).

Комплекс лікувальних заходів включав антидепресанти, анксиолітики, психотерапію. У ході лікування було виявлено конфлікти між успішними спробами самореалізації пацієнток та збереженням їх пасивної ролі у взаєминах із матерями. При цьому основні психотравмуючі ситуації та фобічні стани відтіснялись на другий план.

Було виявлено навіть випадки, коли цілком успішні в соціальній сфері жінки, що проживали окремо від матерів, відмічали погіршення психічного стану та зменшення активності саме після їх відвідування матерями. Подібні випадки потребували трансформації індивідуальної психотерапевтичної програми у сімейну психотерапію.

Результати дослідження підтверджують важливість урахування внутрішньосімейних взаємовідносин під час проведення психотерапії тривожних станів у жінок молодого віку.

УДК 616-001:616.45-001.1/3-055.2-008.47

А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Ризик розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом

З досить великого арсеналу поданих в літературі конституціонально-біологічних і соціально-психологічних факторів необхідно виокремити основні фактори, які відіграють провідну роль у розвитку психосоціальної дезадаптивної поведінки у пацієнтів з невротичними розладами. В процесі нашого дослідження ми прагнули виокремити прогностичні чинники формування дезадаптивної поведінки та розробити систему терапевтичних заходів, раннього прогнозування та профілактики.

За допомогою шкали ступеня вираженості соціальної дезадаптації індивідів (І. П. Артюхова, 2009) і запропонованої нами «Шкали психосоціальної дезадаптації», спрямованої на більш повне розкриття особливостей психосоціальної дезадаптації пацієнтів у різних сферах діяльності обстежено 42 жінки з діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Всі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

За результатами обох методів отримано дані про домінування у цієї групи інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації. Ця форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих психотравмуючих інформаційних факторів, на фоні астеничних, сензитивних, компульсивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Найбільш важливим і поширеним фактором інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи стала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні особистісної сензитивності та інтровертованості, іноді педантичності. Однаково важливими патогенними факторами у таких випадках були як преморбідна вразливість особистісних і поведінкових механізмів реагування на стрес, так і фактор суб'єктивної значимості та інформаційної сили самого фактору психогенного стресу. На відміну від інших видів дезадаптації, інформаційний варіант психосоціальної дезадаптації переважно розвивався майже синхронно із розвитком власне посттравматичного стресового розладу. Клінічна симптоматика невротичного генезу

справляла патопластичний вплив на розвиток дезадаптації, суттєво ускладнюючи її перебіг, заважаючи спробам відновити адаптивні механізми реагування на життєві ситуації у обстежених жінок. Ситуація зриву захисних психологічних механізмів ускладнювалась неконструктивним типом внутрішньої хвороби, що не дозволяв повністю усвідомити свій реальний стан і виробити конструктивні шляхи його подолання. Підвищенню рівня реактивної тривожності сприяли риси надконтролю, педантичності, що посилювали стрес від фрустрації потреби у самовпевненості, творчій самореалізації. Поєднання вищевказаних особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси. Ці основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів інформаційної дезадаптації тою чи іншою мірою були присутніми в усіх обстежених жінок із посттравматичним стресовим розладом та інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації. За даними дослідження стану соціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом, у 73,55 % було визначено її інформаційний варіант, та по 26,45 % — виробничий (службовий) і змішаний варіанти. Економічної та сімейної соціальної дезадаптації не було діагностовано у жодної із жінок цієї групи.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок із посттравматичним стресовим розладом прояви дезадаптації є наслідком констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників.

УДК 616-092.19

І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєв, О. Ю. Гончарова
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Лазерний тест на ідентифікацію латентного тремору при алкогольній та наркотичній залежності в умовах хронічного стресу

До ключових діагностичних ознак, що вірогідно підтверджують факт наявності патологічної залежності від алкоголю або наркотиків, міжнародна клінічна наркологія відносить синдром позбавлення алкоголю або наркотиків (похмільний, абстинентний синдром). Так, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), у рейтинговій клініко-психопатологічній і соматоневрологічній структурі стану відміни, тремор посідає перше місце. Візуальним проявом тремору є стереотипні, ритмічні, коливальні рухи, які можуть виникати в будь-якій частині тіла. Виразність тремору в період абстинентних розладів при станах патологічної залежності досить поліморфна, як за ступенем виразності, локалізації, так і за типовою динамікою прискороженого наростання: від ледь помітного, латентного, субклінічного, до крупнорозгонистого тремору пальців рук. Добре відомо, що прояви тремору у наркохворих значно посилюються в умовах хронічних стресових навантажень (психогенні стани, соматоформні порушення, конфліктні ситуації, хронічна втома та ін.). Питання підвищення ефективності діагностики та ідентифікації тремору при алкогольній та наркотичній залежності є однією з найважливіших задач кабінетів оглядів на стан сп'яніння, в яких працюють, у тому числі, чергові лікарі районних та міських лікарень (хірурги, терапевти, інфекціоністи, фтизіатри та ін.).