

УДК 616.123-007.64-089+616.89-008-07

**О.М. Дзюба, О.В.Бушинська, К.І. Тарновецька, В.П.Кардашов, А.Ю. Лагутін**  
**РІВЕНЬ КОГНІТИВНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**  
**В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО ЕКОНОМІЧНОЇ КРИЗИ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України,  
м. Київ

Ключові слова: когнітивна сфера, емоційна сфера, експериментально-психологічне дослідження

У сучасних умовах здоров'я виступає як показник якості життя і політичного стану країни. Під здоров'ям нації розуміється кінцевий результат політики держави, що дає можливість громадянам ставитися до свого здоров'я як до неминучої самоцінності, як до основи продовження здорового роду, збереження і вдосконалення трудового потенціалу, як до розвитку генофонду, творчих і духовних начал у людині. Сьогодні в умовах гострої соціально-економічної кризи різко скоротився потенціал здоров'я та розвитку населення України, яке живе в стані довго триваючого соціального та психоемоційного стресу [1; 2].

Рівень здоров'я населення України, обумовлений кризовими явищами в економіці, політиці тощо, розглядається як не задовільний. Про це свідчить зростання рівня смертності (особливо серед працездатних осіб), значна інвалідизація, скорочення народжуваності, значні параметри захворюваності. Зокрема, за останні десять років в Україні на 40% зросла смертність і від серцево-судинних захворювань. Від серцевих недуг помирають майже 500 тисяч українців [3]. Цю вкрай негативну динаміку доповнюють дані Інституту кардіології: 22 мільйони українців страждають від серцево-судинних захворювань, а це майже половина населення. Серед факторів ризику – вік, спадковість, стиль життя і належність до «сильної статі». [4]. Як підкреслюють все більше науковців, важливою причиною все більшого поширення серцево-судинних захворювань (ССЗ) та самогубств є психосоціальні фактори (зокрема, соціальний стрес) [5; 6]. Підкреслимо, що смертність від психічних та психосоматичних захворювань є важливим індикатором соціально-економічної ситуації суспільства.

Результатом гострого та хронічного емоційного стресу можуть бути також і різноманітні порушення вищої нервової діяльності та багато, так званих, психосоматичних захворювань (вегето-судинна дистонія, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, аритмії, виразкова хвороба, цукровий діабет та інші) [Н.Е. Бачеріков, 1995]. Це відбувається із-за того, що емоційно стресовий стан супроводжується одночасними глибокими зрушеннями в багатьох фізіологічних системах (кровообігу, травлення, нейроендокринній системі та ін.), що призводить до розладів емоційної і когнітивної сфери.

Зауважимо, що розвиток когнітивної сфери – це не лише практично значима проблема, пов'язана з підвищення ефективності професійної підготовки спеціалі-

стів. Перш за все, це проблема розуміння природи здатності людини до навчання і цей її широкий науково-теоретичний зміст робить проблему актуальною в умовах сучасної культури. Наприклад, дослідження когнітивної сфери важливі для розв'язання питань про те, як протистояти наростаючому відчуженню людини від лавини знань, що постійно ускладнюються, як попередити відставання темпів індивідуальної соціалізації і навчання від прискореного росту об'єму наукових і технічних знань. Безпосередньо для психології вивчення когнітивної сфери допомагає розв'язати одну з центральних теоретичних проблем — взаємозв'язку навчання і розвитку людини [9].

При характеристиці когнітивних порушень (КП) використовують поняття «когнітивні функції». Під цим терміном прийнято розуміти найбільш складні функції головного мозку, за допомогою яких здійснюються процеси пізнання світу. До когнітивних функцій відносяться: пам'ять, гнозис, мова, праксис та інтелект [7].

Порушення когнітивних функцій включають в себе патологію короткотривалої та довготривалої пам'яті, зниження уваги та її концентрації, уповільнення психомоторної реакції [8]. Високий рівень мнестичної функції поєднується, за звичай, з більш рівномірним розвитком різноманітних процесів і видів пам'яті, що не виключає значних індивідуальних відмінностей. Градаційні оцінки пам'яті в чоловіків, у тій чи іншій мірі, вище оцінок пам'яті жінок. Багатофункціональні когнітивні порушення, тобто афазія, агнозія, амнезія або апраксія, за звичай, зустрічаються при локальних ураженнях тих чи інших відділів кори головного мозку. У той же час, більшість прогресуючих захворювань головного мозку або судинної природи супроводжується поліфункціональними когнітивними розладами і одночасним пригніченням декількох (або всіх) когнітивних функцій. Відповідно до класифікації академіка РАМН М.М. Яхно (2005), виділяють: важкі, помірні і легкі когнітивні порушення [10].

Важкими когнітивними порушеннями (ВКП) називають моно- або поліфункціональні розлади когнітивних функцій, які призводять до повної або часткової втрати незалежності і самостійності пацієнта [11].

Помірні когнітивні порушення (ПКП) представляють собою моно- або поліфункціональні розлади когнітивних функцій, які можуть призводити до труднощів у складних і незвичних для пацієнта ситуаціях [12]. Пацієнт з ПКП більш уразливий при будь-яких стресах, важко перемикається на новий об'єкт уваги і

види діяльності, відчуває труднощі при збереженні і забуванні інформації.

Легкі когнітивні порушення (ЛКП) – визначаються у випадку зниження однієї або декількох когнітивних функцій в порівнянні з початковим, більш високим рівнем (індивідуальною нормою). ЛКП не впливають на побутову, професійну і соціальну діяльність.

**Мета** нашого дослідження – вивчити стан емоційної та когнітивної сфери у осіб молодого віку.

**Матеріали та методи дослідження.** Нами (за інформованої згоди пацієнтів) було проведено скринінгове дослідження когнітивної і емоційної сфери 45 чоловіків (у віці від 19 до 35 років), середній вік склав  $26 \pm 6,1$ , з них 15 чоловіків, люди різних професій, з різним соціальним, сімейним статусом. Обстеження включало тестування за такими методиками:

- дослідження когнітивних функцій за допомогою Mini Mental State Examination;
- дослідження запам'ятовування за допомогою 10 слів (за О.Р. Лурією) ;
- дослідження уваги за методикою числового квадрату;
- тест реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна ;
- шкала оцінки тривоги та депресії HADS ;
- визначення рівня невротизації в балах (за К.Хеком и Х.Хессом).

Дослідження проводилось на базі науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Результати дослідження представлені в таблиці 1. Серед обстеженої групи осіб гострих психічних порушень не спостерігалось. Для виключення деменції проводилось дослідження за допомогою опитувальника MMSE (скороченно з англ. mini mental state examination), яке спрямовано на виявлення грубих когнітивних порушень.

Всі обстежені набрали більше 24 балів, що свідчить про інтелектуальну збереженість (середній показник склав  $30,1 \pm 11,37$ ).

За методикою А. Лурії ми визначили рівень запам'ятовування, що склав  $7,95 \pm 1,78$  слів, та рівень утримання, що склав  $7,71 \pm 1,02$  слів (при літературній нормі 7-10 слів).

Методика числового квадрату допомогла оцінити об'єм розподілення та переключення уваги. Цей показник пов'язаний з успішною діяльністю у багатьох професіях. Точність, швидкість реагування - середній показник склав  $13,7 \pm 5,03$  чисел (при нормі не менше 10 чисел).

Шкала реактивної та особистісної тривоги Спілбергера-Ханіна представляє собою надійний та інформативний метод для виміру тривожності як властивості особистості і як стану, в якій не будь певний момент. Середній показник реактивної тривоги склав  $42,3 \pm 23,57$ , особистісної тривоги  $40,6 \pm 21,28$  (при літературній нормі від 31 до 45 балів).

За допомогою госпітальної шкали тривоги та шкали депресії HADS визначили рівень тривоги  $9,62 \pm 2,11$ , депресія  $8,53 \pm 1,2$  (при літературній нормі 0-7,8-10 - субклінічна тривога/депресія).

Було також визначено рівень невротизації досліджуваних (за К.Хеком и Х.Хессом): середній показник склав  $8,04 \pm 1,69$ , що свідчить про відсутність будь-яких натяків на ймовірність розвитку неврозу у досліджуваних цього віку.

Отримані результати дослідження дають можливість зробити наступні **висновки**:

У всіх обстежених не виявлено грубих порушень когнітивної сфери. У (10% - 4,5) відмічається зниження короткотривалої та довготривалої пам'яті. Відзначається дещо підвищений рівень реактивної тривоги у (17% - 37,7) обстежених. Тривожно-депресивний фон спостерігається у (40% - 88,9) досліджуваних, які проходили тестування.

Таблиця 1

№	Назва тесту	Показники	Вся група	
1	Mini Mental State Examination	Кількість балів	30,1±11,37	
2	10 слів (за О.Р. Лурією)	Кількість чисел	Кількість слів, відтворених після 5 проб	7,95±1,78
			Кількість слів, відтворених через 30 хв	7,71±1,02
3	Методика числового квадрату	Кількість чисел	13,7±5,03	
4	Тест реактивної та особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна	Кількість балів	Реактивна тривога	42,3±23,57
			Особистісна тривога	40,06±21,28
5	Шкала оцінки тривоги та депресії HADS	Кількість балів	Тривога	9,62±2,11
			Депресія	8,53±1,2
6	Визначення рівня невротизації в (за К.Хеком и Х.Хессом)	Кількість балів	8,047±1,69	

**Література:**

Отже, постає питання: що може спровокувати низький рівень мнестичних функцій, високу тривожність та наявність тривожно-депресивного фону? Суспільство, новітні технології, економічна та соціальна кризи чи просто небажання індивідуума розвиватись в таких умовах?

Стресові ситуації можуть спровокувати і тривожні розлади, де тривога відіграє домінуючу роль. Можливі панічні атаки аж до розвитку психозів. Тривожність - це застережливий сигнал або наслідок небезпеки, що насувається, коли людина вимушена вжити заходів, щоб подолати її. Страх - також застережливий сигнал, який відрізняється від тривоги. Страх є реакцією на небезпеку відому, зовнішню чи визначену. Тривога - це реакція на небезпеку невідому, внутрішню, чи неявну. Стресовий стан може провокувати й такі розлади настрою, як субдепресивні й депресивні стани. Більшість клініцистів вважають, що життєві події грають первинну або принципову роль у розвитку депресії.

Важливу роль у стані психічного здоров'я суспільства становить, психічне здоров'я молодого покоління, зокрема, його особистісно-динамічні особливості. Оцінка мнестичного та емоційного фону у молодого покоління є чутливим маркером для впровадження психопрофілактичних робіт в рамках соціального-психіатричного підходу до проблеми покращення здоров'я та працездатності населення України.

1. Н.Коваленко, Н. Шестюк /Серце під загрозою». Дві третини смертей в Україні - через серцево-судинні хвороби / Суспільство, 2010, с 4-5 .
2. Веселова Н.В. Организация медико\_психологической службы в структуре кардиологического диспансера //5 Всероссийский съезд кардиологов , Челябинск-Москва, 1996 – С.35.
3. Руководство по кардиологии / Под ред.В.Н. Коваленко. – К. – 2008. 220с.
4. Н.Коваленко, Н. Шестюк Серце під загрозою. Дві третини смертей в Україні – через серцево-судинні хвороби // Суспільство. –2010. – С.4-5.
5. Бойко Ю.П. Влияние психических и психосоматических заболеваний на смертность населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины – 2003-№4-С.17-19.
6. Никоненко В.А. Динамическая оценка выраженности непсихотических психических расстройств у больных гипертонической болезнью // Украинський вісник психоневрології .- Харків, 1999.Т.7, вип.3(21) – С.90-93.
7. Васильева Н.Ю., Жаринов О.И., Куць В.А., Епачинцева О.А. / Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с артериальной гипертензией / Украинський кардіологічний журнал 5/2009. с.91.
8. Ефимова Н.Ю., Чернышов В.И., Ахмедова Ш.Д. // Когнитивные функции и перфузия головного мозга у больных ишемической болезнью сердца после операции аортокоронарного шунтирования / Грудная и сердечнососудистая хирургия, №6, 2002. с.47-48.
9. Сепкань А.А. Наукові засади педагогічного процесу у вищій школі. — К.: НПУ, 2000. — 210с.
10. Яхно Н.Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике //Неврологический журнал – 2006. – №1 – С.4-12.
11. Захаров В.В., Яхно Н.Н. Нарушение памяти – М: Гэотар – 2003. – С.150.
12. Локишина А.Б. Легкие и умеренные когнитивные расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии //Неврол. Журнал – 2006. – №1. – С.57–64.

**УРОВЕНЬ КОГНИТИВНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА**

**А.Н. Дзюба, О.В. Бушинская, К.И. Тарновецкая, В.П.Кардашев, А.Ю. Лагутин**

В статье рассматриваются когнитивные и эмоциональные особенности людей молодого возраста от 19 до 35 лет, которые проживают в Киеве в условиях экономического кризиса. После тестирования определяются такие показатели как: тревожность, депрессия, мнестические функции.

**Ключевые слова:** когнитивная сфера, эмоциональная сфера, экспериментально-психологическое исследование

**THE LEVEL OF COGNITIVE AND EMOTIONAL STATE AMONG YOUNG AGE PERSONS IN CONDITIONS OF SOCIAL CRISIS**

**A. Dzuba, O. Bushinskaya, K. Tarnovetskaya, V. Kardashev, A. Lagutin**

The article deals with cognitive and emotional characteristics of young age people from 19 to 35 years old who reside in Kiev in conditions of crisis. After testing are defined such indicators as: anxiety, depression, mnesitic functions.

**Keywords:** cognitive domain, emotional sphere, the experimental-psychological research

УДК 616.5+616.98-022.7

**И.А. Бабюк, А.В. Яковленко, О.Е. Шульц, О.Г. Студзинский**  
**РОЛЬ ПСИХИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ**  
**СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН<sup>1</sup>**

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

**Ключевые слова:** психические факторы, сексуальные расстройства, мужчины

Исследования ученых указывают на многочисленные причины возникновения копулятивной дисфункции у мужчин. Эти причины можно разделить на 2 большие группы – психогенные и органические. При-

чем в клинической практике нередко у пациентов сексуальные нарушения вследствие соматических заболеваний сопровождаются функциональными нарушениями нервной системы, как результат действия условно-

<sup>1</sup> Статья публикуется в авторской редакции