

УДК 616.89:616-053:159.923.33  
DOI: 10.15587/2313-8416.2015.48024

## ОСНОВНІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ФЕНОМЕНИ СОЦІАЛЬНОЇ ФОБІЇ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ СУБ'ЄКТИВНОЇ ОЦІНКИ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

© Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк, О. В. Довгань, П. М. Слободянюк

*На основі клініко-психопатологічного і психодіагностичного обстеження 120 студентів I–II курсу Вінницького національного медичного університету, серед яких 67 осіб мали ознаки соціальної фобії, визначені основні її клініко-психопатологічні феномени, а також особливості їх суб'єктивної оцінки респондентами. Отримані результати лягли в основу розробки комплексної програми психокорекції і психопрофілактики соціальної дезадаптації у студентській молоді*

**Ключові слова:** соціальна фобія, студентська молодь, клініко-психопатологічні феномени, тривога, депресія, психосоціальний стрес

**Aim** – to carry out the comparative analysis of features of subjective perception of own psychic state in students depending on presence/absence of the signs of social phobia for detecting the necessity of the further medical and psychological work with this contingent

**Contingent.** The 120 I–II year students of Vinnitsa national medical University

**Methods.** Clinical and psychopathological, psychodiagnostic ones with the use of M. Lubovits social anxiety scale, C. D. Spilberg-Y. L. Hanin methodology of diagnostic of self-rating, Zunge methodology of differential diagnostics of depressive states and L. Rider psychosocial stress scale

**Results.** The main clinic and psychological phenomena of social phobia (SP) in students are: the fear of assessment (critic, blame) of another people in social situations; pronounced constant fear of situations of self-presentation in front of people when the feeling of agitation or humiliation can appear; drive to avoid situations that arouse fear; the high level of pathologic anxiety; the signs of depressive reaction; the high load of psychosocial stress-factors. Among the variants of distortion of interaction between a person with SP and society the next ones are peculiar for students: deformation of relationship “person – micro social environment” as a main factor of social maladjustment – 13,4 %; deformation of relationship “person – meso social environment” as a main factor of social maladjustment – 37,3 %; deformation of relationships “person – general social sphere” as a main factor of social maladjustment – 49,3 %

**Conclusions.** The described features of subjective evaluation of clinical and psychological SP in students were used as a basis at elaboration of complex program of psychocorrection and psychoprophylaxis of social maladjustment in given contingent

**Keywords:** social phobia, students, clinical and psychological phenomena, anxiety, depression, weight, psycho-social stress

### 1. Вступ

На теперішній час в світовій науковій психіатричній спільноті визначається підвищення зацікавленості вивченням такої патології, як соціальна фобія (СФ), яка посідає чільне місце серед невротичних розладів, що маніфестують в молодому віці [1, 2].

### 2. Обґрунтування дослідження

Студентський період, який характеризується максимальними диспропорційними в рівнях та темпах фізичного і психічного розвитку, вираженими соціальними протиріччями, є одним з найбільш сприятливим для маніфестації та розвитку СФ, в клінічній картині якої домінує виражений і практично постійний страх суспільних ситуацій (наприклад знайомства з новими людьми, виступ перед аудиторією, страх почервоніти і т. д.) [3–5].

Показники поширеності СФ серед осіб молодого віку складають 2–7 %, але фігурують і цифри в 3 рази вищі [6, 7]. Такі розходження даних пов'язані з

невизначеністю меж верифікації СФ: в рамках даної патології визначають різні стани від природної сором'язливості до виражених форм унікаючої поведінки і страхів з вегетативними реакціями [8]. Крім того, існують суттєві розбіжності між об'єктивними ознаками, що відповідають діагностичним критеріям СФ, та їх суб'єктивними проявами, які почасти відчуваються пацієнтами дисконгруентно до об'єктивних даних, що значно утруднює діагностику СФ та ускладнює вирішення питання щодо необхідної терапевтичної медико-психологічної тактики [9, 10].

Отже, не дивлячись на актуальність проблеми СФ та увагу науковців до неї, на теперішній час не вирішеним остаточно є питання варіативності клінічних проявів та дисоціації між об'єктивною й суб'єктивною симптоматикою СФ у осіб молодого віку.

### 3. Мета дослідження

Здійснення порівняльного аналізу особливостей суб'єктивного сприйняття власного психічного стану

у студентської молоді в залежності від наявності/відсутності у них ознак СФ, для визначення необхідності подальшої медико-психологічної роботи з даним контингентом.

**4. Контингент, матеріали і методи дослідження**

Протягом 2011–2014 рр. було обстежено 120 осіб молодого віку – студентів I–II курсів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Наявність проявів СФ діагностували, крім загального клініко-психопатологічного обстеження, за допомогою шкали соціальної тривоги М. Лібовіца (LSAS) [9], яка мала на меті визначити ставлення обстежених до вказаних 24 соціально зумовлених ситуацій. За 4-х бальною системою проводилась оцінка за двома параметрами: страх та тривога при зіткненні з певною ситуацією, і уникнення даної ситуації.

Респонденти, у яких за результатами анкетування були виявлені виражені прояви СФ – склали основну групу – групу А (63 особи). Респонденти, які за результатами анкетування виявилися стійкими до СФ, склали групу порівняння – групу Б (57 осіб).

Суб’єктивне сприйняття провідних клініко-психопатологічних феноменів СФ вивчали з використанням психодіагностичного методу за допомогою методики діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [10], методики диференційної діагностики депресивних станів Зунге [10], а також шкали психосоціального стресу Л. Рідера [11].

**5. Результати дослідження**

Результати дослідження обстежених за інтегральним показником СФ представлені у табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл досліджених за інтегральним показником СФ

Складові СФ	Групи (n=120)			
	Група А (n=63)		Група Б (n=57)	
	Сер.бал	%	Сер.бал	%
Тривога уявлення	45	51,1	22	61,1
Тривога соціальної взаємодії	43	48,9	14	38,9
Інтегральний показник	88	100,0	36	100,0

Розподіл показників соціально-психологічної адаптації досліджених групи А та Б за ступенем вираженості представлено у табл. 2 та 3.

Розподіл досліджених за суб’єктивною оцінкою тривожності, як одного з провідних клініко-психопатологічних феноменів СФ за методикою діагностики самооцінки Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна відображено на рис. 1.

Виходячи із результатів розподілу пацієнтів за середньою вираженістю особистісної (ОТ) та реактивної тривожності (РТ), досліджено розподіл пацієнтів за рівнем ОТ та РТ (табл. 4).

Таблиця 2

Розподіл показників соціально-психологічної адаптації досліджених групи А (шкала М. Лібовіца)

Ступінь вираженості	Тривога уявлення		Тривога соціальної взаємодії	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Страх або тривога				
відсутні	–	–	–	–
слабко виражені	6	9,5	8	12,7
виражені помірно	19	30,2	19	30,2
виражені різко	38	60,3	36	57,1
Всього	63	100,0	63	100,0
Уникання ситуацій				
Відсутні (ніколи)	–	–	–	–
Слабко виражені (іноді)	7	11,1	7	11,1
Виражені помірно (пчасту)	18	28,6	21	33,3
Виражені різко (як правило)	38	60,3	35	55,6
Всього	63	100,0	63	100,0

Таблиця 3

Розподіл показників соціально-психологічної адаптації досліджених групи Б (шкала М. Лібовіца)

Ступінь вираженості	Тривога уявлення		Тривога соціальної взаємодії	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Страх або тривога				
відсутні	50	87,7	49	86,0
слабко виражені	7	12,3	8	14,0
виражені помірно	–	–	–	–
виражені різко	–	–	–	–
Всього	57	100,0	57	100,0
Уникання ситуацій				
відсутні	51	89,5	53	93,0
слабко виражені	6	10,5	4	7,0
виражені помірно	–	–	–	–
виражені різко	–	–	–	–
Всього	57	100,0	57	100,0

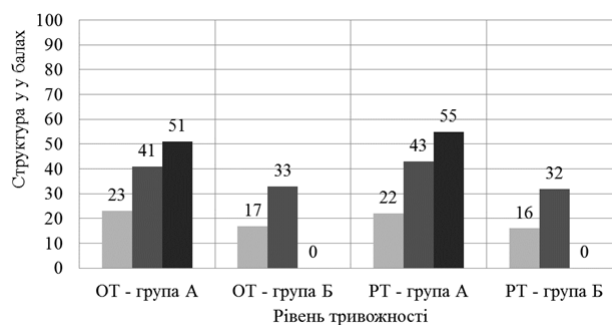


Рис. 1. Розподіл досліджених за суб’єктивною оцінкою власного стану (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна, у балах)

Примітка. Світло-сірий колір – низький рівень (<30 балів), сірий колір – помірний (31–45 балів), темно-сірий колір – високий рівень (46 та більше балів)

Таблиця 4  
Розподіл досліджених за середньо груповим показником ОТ та РТ (методика Ч. Д. Спілбергера, Ю. Л. Ханіна)

рівень тривожності	Групи (n=120)			
	Група А		Група Б	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%
<b>Особистісна (всього)</b>				
– низький рівень ≤ 30 балів	–	–	36	63,2
– середній рівень – (оптимальний) 31–44 бала	15	23,8	21	36,8
– високий 45≥ балів	48	76,2	–	–
<b>Реактивна (ситуаційна) (всього)</b>				
– низький рівень ≤30 балів	–	–	40	70,2
– середній рівень – (оптимальний) 31–44 бала	7	11,1	17	29,8
– високий 45≥ балів	56	88,9	–	–

Примітка: достовірність розбіжностей показників шкал у групах  $p \leq 0,001$

Розподіл досліджених за рівнем депресії (методика Зунге), як другого за значущістю патологічного феномена СФ, представлено на рис. 2.

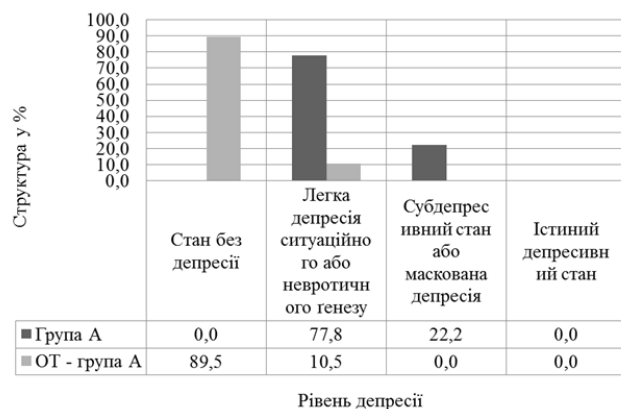


Рис. 2. Розподіл досліджених за рівнем депресії (методика Зунге). Примітки: 1. Стан без депресії <50 балів; 2. Легка депресія ситуаційного або невротичного генезу – 50–59 балів; 3.

Субдепресивний стан або маскована депресія – 60–69 балів; 4. Істинний депресивний стан >70 балів

Наступним етапом стало вивчення наявності та глибини психосоціального стресу, як третього феномену СФ, дію якого відчували респонденти (рис. 3).

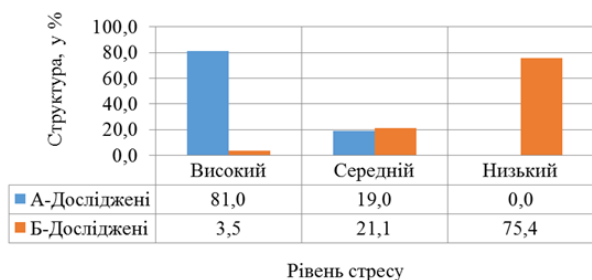


Рис. 3. Розподіл оцінювання досліджених рівню психосоціального стресу (шкала Л. Рідера)

Структура відповідей досліджених за шкалою оцінки психосоціального стресу Л. Рідера представлено у табл. 5.

Таблиця 5  
Структура відповідей досліджених за шкалою оцінки психосоціального стресу (шкала Л. Рідера, у %)

Запитання	Група А (n=63)							
	I		II		III		IV	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Мабуть, я людина нервова	63	100,0	–	–	–	–	–	–
Я дуже турбуюся про свою роботу	57	90,5	6	9,5	–	–	–	–
Я почаству відчуваю нервову напругу	63	100,0	–	–	–	–	–	–
Моя повсякденна діяльність викликає велику напругу	58	92,1	5	7,9	–	–	–	–
Спілкуючись із людьми, я почаству відчуваю нервову напругу	60	95,2	3	4,8	–	–	–	–
У кінці дня я зовсім виснажений фізично й психічно	58	92,1	5	7,9	–	–	–	–
У моїй родині почаству виникають напружені відносини	61	96,8	2	3,2	–	–	–	–
Запитання	Група Б (n=57)							
	I		II		III		IV	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Мабуть, я людина нервова	–	–	–	–	3	5,3	54	94,7
Я дуже турбуюся про свою роботу	–	–	–	–	–	–	57	100,0
Я почаству відчуваю нервову напругу	–	–	–	–	3	5,3	54	94,7
Моя повсякденна діяльність викликає велику напругу	–	–	–	–	7	12,3	50	87,7
Спілкуючись із людьми, я почаству відчуваю нервову напругу	–	–	–	–	4	7,0	53	93,0
У кінці дня я зовсім виснажений фізично й психічно	–	–	–	–	–	–	57	100,0
У моїй родині почаству виникають напружені відносини	–	–	–	–	2	3,5	55	96,5

Примітки: А. I – згоден; II – Скоріше згоден; III – Скоріше не згоден; IV – не згоден. Б. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах  $p \leq 0,001$

### 6. Обговорення результатів

За шкалою LSAS у молоді із клінічними / субклінічними проявами СФ, середній сумарний бал вираженості страху був  $54,4 \pm 0,6$ , а середній сумарний бал уникнення фобічної ситуації –  $56,3 \pm 0,6$ , що до-

стовірно перевищувало аналогічний показник, отриманий у здорової молоді ( $38,1 \pm 0,5$  та  $40,8 \pm 0,7$  бали відповідно,  $p < 0,001$ ).

З даних, представлених у табл. 1 видно, що інтегральний показник СФ у групі А склав 88 балів, що відповідало наявності сильно вираженого її ступеню. Характеризуючи досліджених групи А можна зазначити, що у всіх виявлено ірраціональну боязнь виконання будь-яких суспільних дій, супроводжуваних увагою з боку сторонніх осіб (боязнь перебувати на вулиці, коли на тебе дивляться, неможливість займатися чим-небудь при спостереженні з боку і т. п.), або, навіть, просто зустрічатися і розмовляти з незнайомими людьми.

В цілому, результати власних досліджень збігаються з існуючими науковими даними щодо важливих ознак СФ, а саме наявності:

- страху оцінки (критики, осуду) іншими людьми в соціальних ситуаціях;
- виражений і постійний страх ситуацій подання на людях, в яких може виникнути відчуття збентеження або приниженості;
- уникнення ситуацій, що вселяють страх.

Середній рівень тривоги або вираженості до уникнення ситуацій характеризувався у досліджених страхом розмовляти по телефону у громадських місцях, брати участь у діяльності невеликої групи, говорити по телефону з малознайомою людиною, зустрічатися з незнайомими людьми, входити в кімнату, в якій вже знаходяться інші люди, тестуватися на вміння, здібності, знання, висловлювати несхвалення або незгоду з малознайомою людиною, встояти перед наполегливими пропозиціями продавця.

Досліджені, які мали високий рівень тривоги або вираженості уникнення ситуацій, характеризувалися страхом розмовляти з вищим начальством, виконувати які-небудь дії або говорити перед аудиторією, бути в центрі уваги, виступати на зборах без попередньої підготовки, виступати з підготовленою промовою перед групою людей, намагатися познайомитися з кимось з метою сексуальних / романтичних відносин, повернути товар в магазин або домовитися про виплату компенсації.

У свою чергу, у групі Б даний показник склав 36 балів, що відповідало відсутності СФ.

З даних представлених у табл. 2 видно, що в групі А основна відносна кількість досліджених (90,5 %) за показником *тривоги уявлення* в рамках страху або тривоги розподілилася у помірно вираженому – 30,2 % та різко вираженому – 60,3 % ступені. Показники *тривоги соціальної взаємодії* в рамках страху або тривоги розподілились подібним чином, а саме: у помірно вираженому – 30,2 % та різко вираженому – 57,1 % ступені ( $p \leq 0,05$ ). В групі А основна відносна кількість досліджених – 88,9 % за показником *тривоги уявлення* в рамках уникнення ситуації розподілилася у помірно вираженому – 28,6 % та різко вираженому – 60,3 % ступені. Показники *тривоги соціальної взаємодії* в рамках уникнення ситуації розподілились наступним чином: у помірно вираженому – 33,3 % та різко вираженому – 55,6 % ступені ( $p \leq 0,05$ ).

У групі Б (табл. 3) основна відносна кількість досліджених (100,0 %) за показником тривоги уявлення в рамках страху або тривоги розподілилася у слабо вираженому ступені – 12,3 % або її відсутності – 87,7 %; показники тривоги соціальної взаємодії в рамках страху або тривоги розподілились у слабо вираженому ступені – 14,0 % або її відсутності – 86,0 % ( $p \leq 0,05$ ). Усі досліджені групи Б (100,0 %) за показником тривоги уявлення в рамках уникнення ситуації розподілилася у слабо вираженому ступені – 10,5 % або її відсутності – 89,5 %; подібним чином розподілились і показники тривоги соціальної взаємодії в рамках уникнення ситуації, а саме: у слабо вираженому ступені – 7,0 % або її відсутності – 93,0 % ( $p \leq 0,05$ ). В цілому, у осіб з соціальною фобією (група А) виявлено неадекватний страх того, що їх оцінять негативно в цілому ряді соціальних ситуацій. Цей стан був або генералізованим, коли страх охоплює майже всі соціальні контакти, або - негенералізованим, коли страхи відносилися до певних видів соціальної діяльності або ситуацій «бути на людях».

Дослідження рівню тривожності обстежених дозволило визначити, що у досліджених групи А та групи Б наявна тривожність значно відрізнялася за рівнем вираженості у балах (рис. 1). Так, низький рівень особистісної тривожності (ОТ) у групі А склав у середньому – 23 бала, помірний рівень склав у середньому – 41 бала, високий відповідно у середньому – 51 бал. У групі Б низький рівень ОТ склав у середньому 17 балів, помірний низький рівень у середньому 33 бала, високий рівні ОТ не виявлено ( $p \leq 0,05$ ).

Дослідження реактивної тривожності (РТ) виявило, що низький рівень РТ у обстежених у групі А склав у середньому 22 бала. Помірний рівень РТ склав у середньому – 43 бала, високий рівень склав у середньому – 55 балів. У свою чергу у групі Б низький рівень РТ склав у середньому 16 балів, помірний у середньому – 32 бала, високого рівня ОТ у групі Б – не виявлено ( $p \leq 0,05$ ).

Важливою характеристикою досліджених у групі А був той факт, що ОТ з точки зору внутрішньо-групового розподілу за ступенем вираженості будучи «постійно існуючою» в цілому досягала патологічного – високого рівня. У свою чергу, за механізмом розвитку РТ у групі А була «маятникоподібною» із коливанням із менш вираженого ступеню до більш вираженого. Іноді у досліджених групи А за механізмом розвитку РТ не мала «зворотного зв'язку» перебігу та була представлена у вигляді «постійного пікового рівня» з високим ступенем вираженості.

В протилежність у досліджених групи Б у внутрішньо-групового розподілу як ОТ, так і РТ не досягали травмуючого психічного рівня.

За структурною ОТ встановлено, що для досліджених із симптомами СФ із загальною високою тривожністю властивий завищений акцент до себе у зовнішньої вимогливості ( $p \leq 0,05$ ), категоричності ( $p \leq 0,05$ ), значимості в постановці завдань ( $p \leq 0,05$ ), змістовному осмисленні діяльності ( $p \leq 0,05$ ). В цілому досліджені групи А (із високим балом – 45 та біль-

ше) ОТ були схильні сприймати великий діапазон як погрозу власній самооцінці й життєдіяльності, та регувати приєднанням РТ у вираженому стані (більше 45 балів) ( $p \leq 0,05$ ). У досліджених групи А із помірним рівнем РТ виявлено схильність до її зростання у ситуаціях із високою суб'єктивною значущістю, зниженою здатністю осмислення діяльності й дезадаптуючим почуттям невпевненості в успіху.

У свою чергу, треба зазначити наступний факт, що для досліджених групи А із помірною ОТ по верхній межі шкали (45 балів) була властиво низька активність та мотивація до діяльності ( $p \leq 0,05$ ), порушення зацікавленості ( $p \leq 0,05$ ), зруйноване почуття відповідальності у прийнятті рішення ( $p \leq 0,05$ ).

З даних представлених у табл. 3 видно, що розподіл рівнів ОТ та РТ мали суттєві розбіжності у досліджених обох груп. В групі А високий рівень ОТ був притаманний 76,2 % респондентів, РТ – 88,9 % (іншим особам – середній рівень, 23,8 % і 11,1 %, відповідно). В групі Б, навпаки, превалювали особи з низьким рівнем ОТ (63,2 %) та РТ (70,2 %), в інших виявленій середній рівень ОТ (36,8 %) і РТ (29,8 %).

Отримані результати, враховуючи викладений вище загальний розподіл за ступенем вираженості свідчив, що внаслідок наявності «преморбідно-особистісного, завищеного тривожного фону» у досліджених групи А виникало підвищення особистісної емоційної чутливості. У свою чергу, у досліджених групи Б без «преморбідно-особистісного тла» прояви тривожності є нормальною життєвою реакцією на вирішення особистісних, побутових та соціальних звичайних проблем у суспільстві.

За аналізом отриманих даних можна зазначити наступне, що підвищені показники РТ у досліджених групи Б у осіб молодого віку пов'язані із переживаннями, які спрямовані у майбутнє (навчання, працездатність, функціонування у суспільстві). Показники оптимального рівня ОТ були найбільш типові для досліджених із переживаннями, спрямованими на сьогодні та коли коло існуючих проблем у соціально-побутовому оточенні.

Виявлено, що в цілому у досліджених групи Б стабілізація пристосувальних (адаптивних) механізмів відбувалася скоріше, внаслідок чого раніше формувалася система стійких уявлень.

Також виявлено, що у досліджених групи А високий рівень РТ був обумовлений недостатньою сформованістю захисних психологічних механізмів. У таких досліджених відзначалися прояви немотивованого занепокоєння, відчуття тривоги, велике коло ситуацій розглядалося як загроза психічному благополуччю, що може призвести до додаткової «психічної травми».

У досліджених групи А діагностовано низький рівень інтернальності. У процесі обстеження у них виявлено схильність вважати, що більшість подій в їх житті є результатом випадку чи діяльності інших людей. У значній частки досліджених групи А виявлено низьке бажання вступати у контакт з іншими людьми, вони прагнули до обмеження спілкування в рамках формального.

Вивчення суб'єктивної оцінки власних депресивних проявів (рис. 2) показало, що для усіх досліджених групи А характерною тенденцією є наявність депресивних симптомів, проте, незначного ступеню вираженості: легку депресію ситуаційного або невротичного генезу діагностовано у 77,8 % респондентів, масковану депресію – у 22,2 %. У свою чергу, у більшості досліджених групи Б ознак депресії не встановлено взагалі, а у 10,5 % мали місце окремі депресивні прояви на рівні легкого ситуаційного депресивного стану.

Вивчення наявності та глибини психосоціального стресу передбачало виявлення чинників, які, з одного боку, є провокуючими щодо виникнення СФ, а з іншого, стають стимулом для подолання її наслідків. За дизайном дослідження увесь комплекс психосоціального оцінювання базувався на пошуку руйнуючих та захисних варіантів взаємозв'язків, їх порівнянням та аналізом.

З даних рис. 3 бачимо, що в цілому серед досліджених групи А діагностовано високий рівень показників психосоціального стресу: серед досліджених рівень психосоціального стресу як високий визначили 81,0 % осіб, як середній рівень – 19,0 %. Низького рівню психосоціального стресу у досліджених групи А не виявлено ( $p < 0,05$ ). Переважна більшість респондентів групи Б не сприймали особливості власного функціонування як такі, що мали високе стресове навантаження (75,4 % взагалі не відчували стресового навантаження, 21,1 % оцінювали його як середнє, і тільки 3,5 % – як високе).

З даних табл. 5, видно, що в структурі відповідей досліджених показниками шкали оцінки психосоціального стресу, у групі А переважали відповіді «згоден». У свою чергу, у групі Б переважали відповіді «не згоден».

Даний розподіл суб'єктивної оцінки рівня психосоціального стресу у досліджених не є несподіваним, але підкреслює загальність наявних проблем для досліджених групи А у ситуаціях, пов'язаних із взаємодією з соціумом ( $p < 0,05$ ).

Відомо, що комбінації взаємостосунків осіб, що страждають на СФ, та суспільством у різних сферах функціонування, є складними та з часом змінюються. Узагальнюючи отримані дані, нами виділені декілька варіантів їх взаємодії в різних варіантах руйнації взаємовідносин:

1. «Не зруйновані» – із збереженням взаємовідносин (не патологічні). В нашому дослідженні не зустрічались, але ми схильні припустити, що такі відносини існують, за умови наявності у індивіда окремих ознак СФ, а не клінічно окресленої патології.

2. «Зруйновані» – із порушенням взаємовідносин (патологічні):

2.1. Внаслідок деформації зв'язків «досліджений – загальна соціальна сфера» як провідного чинника соціальної дезадаптації – 49,3 %;

2.2. Внаслідок деформації зв'язку «досліджений – мікросоціальне оточення» як провідного чинника соціальної дезадаптації – 13,4 %;

2. 3. Внаслідок деформації зв'язку «досліджений – мезосоціальне оточення» як провідного чинника соціальної дезадаптації – 37,3 %.

Треба зазначити, що під «мікросоціальним оточенням» мається на увазі друзі та близькі родичі, а «мезосоціальним оточенням» – усі особи, з якими спілкується людина, включаючи колег по навчанню, роботі й т. ін.

### 7. Висновки

1. Основними клініко-психопатологічними феноменами СФ у студентської молоді визначені:

- наявність страху оцінки (критики, осуду) іншими людьми в соціальних ситуаціях;
- виражений і постійний страх ситуацій подання на людях, в яких може виникнути відчуття збентеження або приниженості;
- прагнення уникання ситуацій, що викликають страх;
- високий рівень вираженості патологічної тривоги;
- ознаки депресивного реагування;
- високе навантаження психосоціальних стрес-факторів.

2. Серед варіантів викривлення взаємодії між індивідом з СФ та соціумом, для студентської молоді характерні наступні:

А) деформація зв'язку «особа – мікросоціальне оточення» як провідний чинник соціальної дезадаптації – 13,4 %;

Б) деформація зв'язку «особа – мезосоціальне оточення» як провідний чинник соціальної дезадаптації – 37,3 %;

В) деформація зв'язків «особа – загальна соціальна сфера» як провідний чинник соціальної дезадаптації – 49,3 %.

Описані особливості суб'єктивної оцінки клініко-психопатологічних СФ у студентської молоді були покладені нами в основу при розробці комплексної програми психокорекції і психопрофілактики соціальної дезадаптації у даного контингенту.

### Література

1. Хобзей, М. К. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні [Текст] / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін. // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 3. – С. 13–18.

2. Cooper, P. J. Childhood shyness and maternal social phobia: a community study [Text] / P. J. Cooper, M. Eke // British Journal of Psychiatry. – 1999. – Vol. 174, Issue 5. – P. 439–443. doi: 10.1192/bjp.174.5.439

3. Кожина, Г. М. Діагностика порушень адаптації у студентів молодших курсів виш [Текст]: матер. наук.-прак. конф. / Г. М. Кожина, М. В. Маркова // Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання). – Харків, Березівські Мінеральні води. – 2012. – Т. 2. – С. 117–118.

4. Стукан, Л. В. Місце соціальної фобії в загальній структурі невротичних розладів у підлітків [Текст] /

Л. В. Стукан // Архів психіатрії. – 2005. – Т. 11, № 1 (40). – С. 84–87.

5. Brook, C. A. Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors / C. A. Brook, L. A. Schmidt // Neuropsychiatric Disease and Treatment. – 2008. – Vol. 4, Issue 1. – P. 123–143. doi: 10.2147/ndt.s1799

6. Davis, M. A. Literature Review on Counseling Groups for Social Phobia [Text] / M. A. Davis // Graduate Journal of Counseling Psychology. – 2012. – Vol. 3, Issue. 1. – P. 1–13.

7. Staugaard, S. R. Threatening faces and social anxiety: A literature review [Text] / S. R. Staugaard // Clinical Psychology Review. – 2010. – Vol. 30, Issue 6. – P. 669–690. doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.001

8. Mathew, S. J. Etiology and neurobiology of social anxiety disorder [Text] / S. J. Mathew, S. Ho // J Clin Psychiatry. – 2006. – Vol. 67, Supply 12. – P. 9–13.

9. Clark, D. M. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial [Text] / D. M. Clark, A. Ehlers, A. Hackmann, F. McManus, M. Fennell, N. Grey et. al. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 2006. – Vol. 74, Issue 3. – P. 568–578. doi: 10.1037/0022-006x.74.3.568

10. Mörtberg, E. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial [Text] / E. Mörtberg, D. M. Clark, O. Sundin, A. A. Wistedt // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2007. – Vol. 115, Issue 2. – P. 142–154. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x

11. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст] / Д. Я. Райгородский. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – 672 с.

12. Корнацький, В. М. Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги [Текст]: метод. рекомен. / В. М. Корнацький, М. В. Маркова, Н. М. Степанова, В. В. Бабич. – Київ, 2007. – 14 с.

### References

1. Khobzey, M. K., Voloshin, P. V., Maruta, N. A. et al. (2012). The state of mental health and prospects of psychiatric care in Ukraine. Bulletin of Ukrainian neuropsychiatrist, 20 (3), 13–18.

2. Cooper, P. J., Eke, M. (1999). Childhood shyness and maternal social phobia: a community study. The British Journal of Psychiatry, 174 (5), 439–443. doi: 10.1192/bjp.174.5.439

3. Kozhina, G. M., Markova, M. V. (2012). Diagnostics of adaptation in junior students high school. Modern methods of diagnosis, treatment and rehabilitation of mental and somatic disorders of psychogenic origin (XV Platonic reading). Kharkiv, 2, 117–118.

4. Stukan, L. (2005). Social phobia in the general structure of neurotic disorders in adolescents. Archives of Psychiatry, 11 (1(40)), 84–87.

5. Schmidt, L., Brook, C. A. (2008). Social anxiety disorder: A review of environmental risk factors. Neuropsychiatric Disease and Treatment, 4 (1), 123–143. doi: 10.2147/ndt.s1799

6. Davis, M. A. (2012). Literature Review on Counseling Groups for Social Phobia. Graduate Journal of Counseling Psychology, 3 (1), 1–13.

7. Staugaard, S. R. (2010). Threatening faces and social anxiety: A literature review. Clinical Psychology Review, 30 (6), 669–690. doi: 10.1016/j.cpr.2010.05.001

8. Mathew, S. J., Ho, S. (2006). Etiology and neurobiology of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*. 67 (12), 9–13.
9. Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N. et. al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 568–578. doi: 10.1037/0022-006x.74.3.568
10. Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individ-

ual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 115 (2), 142–154. doi: 10.1111/j.1600-0447.2006.00839.x

11. Raigorodskii, D. Ya. (2008) Practical psychodiagnostics. Methods and tests. Samara: Publishing Home “Bahr M”, 672.

12. Kornatsky, V. M., Markova, M. V., Stepanova, N. M., Babych, V. V. (2007). Evaluation of psychosocial risk factors for cardiovascular diseases in patients of primary health care (guidance). Kyiv, 14.

Дата надходження рукопису 12.06.2015

**Пшук Наталія Григорівна**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018  
E-mail: pshuk\_ng@mail.ru

**Слободянюк Дмитро Павлович**, аспірант кафедри, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018  
E-mail: pshuk\_ng@mail.ru

**Довгань Олександр Вікторович**, кандидат медичних наук, доцент, кафедра нормальної фізіології, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018  
E-mail: alexandr.d1980@gmail.com

**Слободянюк Павло Михайлович**, кандидат медичних наук, асистент, кафедра медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти, Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018  
E-mail: pshuk\_ng@mail.ru

УДК: 577.21-047.44-053.2/.5:<616.314-08:615.212>

DOI: 10.15587/2313-8416.2015.47684

## МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОЛІМОРФНИХ ВАРІАНТІВ VAL158MET ГЕНА COMT У ДІТЕЙ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІД ЗАГАЛЬНИМ ЗНЕБОЛЕННЯМ

© Г. М. Солонько, Н. І. Смоляр, М. Я. Тиркус, Г. В. Макух

*В результаті дослідження поліморфного локусу 472 G>A (Val158Met) гена COMT у дітей із страхом перед стоматологічним лікуванням виявлено відмінності у розподілі генотипів та алелів. Встановлено: генотип Met/Met цього локусу є чинником, який збільшує ризик розвитку страху. Тестування даного локусу гена COMT можна рекомендувати для визначення показів до проведення стоматологічних втручань під наркозом*

**Ключові слова:** діти, стоматологічне лікування, страх, загальне знеболення, молекулярно-генетичний аналіз, ген COMT, алельний поліморфізм

*The study of an influence of polymorphism of the COMT 2 gene on forming the negative emotions caused by the dental intervention allows to explain an appearance of a fear in children.*

**Aim.** An analysis of polymorphous variants Val158Met of the COMT gene in children who underwent the dental treatment under the general anesthesia.

**Materials and methods.** There were studied the patterns of DNA taken from 31 children who underwent the dental treatment under anesthesia and from 30 children who had not fear of dentist and were treated in usual conditions.

**Results.** As the result of the molecular and genetic research of polymorphous locus 472 G>A (Val158Met) of the COMT gene in the group of children with an unconquerable fear of dental treatment comparing with the control one of children who agreed to cooperation were detected the probabilistic differences in distribution of genotypes and alleles ( $p=0,02$ ). There was established that the presence of Met/Met genotype of the locus 472 G>A (Val-