

Инсомнические нарушения не являются производными симптомами возникновения депрессивного расстройства, как они не являются и предшественниками эмоциональных нарушений. По нашему мнению, они представляют начальные признаки развивающейся депрессии. Поэтому лечение ранних проявлений нарушений сна должно учитывать комплексность терапии, что может приводить к прерыванию развивающихся депрессивных расстройств на начальных этапах заболевания.

УДК 616.895.8-036.82

ОПЫТ ОЦЕНКИ УРОВНЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ЦЕЛЬЮ РАЗРАБОТКИ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

А. К. Бурцев

Донецкий государственный университет им. М. Горького

В связи с задачами реабилитации больных шизофренией неуклонно повышается интерес к различного рода социально-психологическим исследованиям в психиатрии. Для разработки целенаправленных, учитывающих, в частности, длительность заболевания, возраст больных реабилитационных мероприятий, представляется необходимым изучить особенности социальной перцепции и формирующегося при этом социального опыта.

Для разрешения такой задачи нами были исследованы 80 пациенток, страдающих шизофренией, с помощью методики Дж. Голфорда и М. Салливана для исследования социального интеллекта. Больные, проходившие стационарное лечение, были разделены на 2 группы: 1-я со сроком болезни до 5 лет (в среднем $2,86 \pm 0,46$ года) и 2-я — более 5-ти лет (в среднем $14,9 \pm 1,85$).

По первому субтесту методики Дж. Голфорда установлены достоверные различия ($p < 0,0003$): у пациенток, болеющих более короткий срок, способность к познанию результатов поведения выше (соответствует среднему уровню, а в группе сравнения — низкому). Другими словами, более длительно болеющие хуже понимают связь между поведением и его последствиями, чаще совершают ошибки в интерпретации поведения людей, особенно если они ведут себя неожиданно. По второму субтесту «Группы экспрессии» у больных первой группы показатель также достоверно выше ($p < 0,001$) и приближается к среднему уровню оценок ($2,84 \pm 0,22$). Это свидетельствует о лучшей способности воспринимать невербальные проявления чувств. Достоверно более высоким оказывается и средний показатель по 3-му субтесту («Вербальная экспрессия») у болеющих менее 5-ти лет пациентов — $2,65 \pm 0,31$ ($p < 0,0001$). Не совсем верное понимание того, что люди говорят друг другу, мешает больным шизофренией учитывать изменения значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста, породивших их ситуаций, что указывает на меньшую сохранность у более длительно болеющих фактора познания преобразования поведения. По 4-му субтесту («Истории с дополнением») среднее значение в 1-й группе оказывается достоверно выше — $2,5 \pm 0,26$ ($p < 0,002$), что указывает на их более высокую способность к познанию системы поведения, т. е. понимать логику развития ситуаций. Композитная оценка социального интеллекта во второй группе также достоверно ниже ($p < 0,0001$).

160

Таким образом, при большей длительности шизофренического процесса отмечается диффузное снижение всех факторов социального интеллекта, что подтверждает необходимость проведения в системе реабилитационных мероприятий групповой терапии, направленной на развитие коммуникативных навыков.

УДК 616.8:616.85:626.45-001.1/3 (477.87)

КАТАМНЕСТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ КАТАСТРОФІЧНІ ПОВЕНІ В ЗАКАРПАТСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Ю. С. Бучок

Ужгородський національний університет

Жителі Закарпатської області, особливо молодого (19–25 років) віку, що в минулому пережили дві катастрофічні повені (1998 та 2001 рр.), становлять дослідницький інтерес як така соціальна група, в якій прогнозовано розвинулась та достатньо широко поширена симптоматика посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Основним завданням нашого дослідження є встановлення наявності та вираженості віддалених клініко-психопатологічних проявів ПТСР, вивчення особливостей трансформації механізмів психологічного захисту та основні характеристики соціального функціонування серед молодіжних груп населення, яким раніше (1999–2002 рр.) проводилися обстеження їх психічного здоров'я та психологічна корекція виявлених порушень.

Дослідження проводилось серед 127 осіб, що в минулому пережили однократний та двократний травматичний вплив катастрофічних повеней. Обстеження проводилось за допомогою довільного інтерв'ю, тесту ціннісних орієнтацій та шкали клінічної самооцінки ПТСР. Поширеність розладів психічного здоров'я у даній групі у вигляді повного варіанту ПТСР та деяких його окремих ознак значно відрізнялась від загальноприйнятих статистичних даних, оскільки в даній групі безпосередньо після психотравмуючого впливу проводилися заходи соціальної та психотерапевтичної корекції.

В даній групі проводилось клінічне та патопсихологічне дослідження, які порівнювали з аналогічними проявами у минулому. Було виявлено ряд нестворених раніше проявів соматичних та неврологічних розладів. Власне, до лікарів загальної медичної практики за час, що минув після стресового впливу, зверталось 97 (76,4 %) обстежених, а до психіатрів звернулось 4 (3,14 %). Серед соматоневрологічної симптоматики переважали часті простудні захворювання, стійкі головні болі, памороки, стани загальної слабості та підвищеної втомлюваності.

Серед скарг домінували розлади сну (14,2 %), депресивно-фобічні (3,93 %), астено-депресивні (5,51 %), obsesивно-компульсивні (1,57 %) та неврастенічні (11,0 %) симптоми. Поведінкові розлади відмічалися у 9 (7,08 %) осіб, з них — у 4 виявлена тенденція до соціальної дезадаптації (вживання психоактивних речовин та гемблінг). Переважна більшість — 79 (62,2 %) пацієнтів відмічають часті напади дратівливості, підвищену втомлюваність та нерізко виражену тривожність, які посилюються у весняно-осінній час (проекція на час катастрофічних повеней). Майже в усіх обстежених за час, що минув після повені, відмічалися з різною частотою настирливі спогади про травмуючі події,

відповідного змісту кошмарні сновидіння, неадекватне емоційне реагування на ситуації, асоціативно пов'язані з попереднім психотравмуючим досвідом. Описані стани в однаковій мірі були характерними і для осіб, що переселені в більш безпечні місця. Були також встановлені гендерні особливості в клінічній вираженості симптомів ПТСР, а саме — інтенсивність і частота віддалених проявів переважають серед дівчат.

Виявлено, що після первинних заходів ранньої профілактики постраждали не отримували в подальшому психотерапевтичної допомоги, тому редукція існуючих, що виникли вперше, чи набутих симптомів ПТСР була здебільшого спонтанною.

Раніше нами встановлено, що на вираженість психологічної декомпенсації постраждалих прямо впливає наявність преморбідних особистісних розладів, відсутність (наявність) підтримки з боку батьків та макро- чи мікросоціального (включаючи педагогічний фактор) впливу гормональних трансформацій та пубертатних змін, що відбулися в організмі підлітків з часу стресового навантаження. Факторами «антиризик», поряд з індивідуально-психологічними особливостями реагування, фрустраційною толерантністю та соціальними факторами, які відіграють основну роль у спонтанних загостреннях чи редукції симптоматики ПТСР, є особливості життєвого стилю, релігійність, етнокультурні особливості, соціально-економічний статус постраждалих.

УДК 616.89-008.447-084

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ ПОДРОСТКОВ

Т. М. Вакулич

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, г. Киев

Исследование посвящено раскрытию психологических механизмов предотвращения интернет-зависимости подростков. Особое внимание уделено исследованию интернет-зависимости, определению содержания, критериев, а также психологических факторов, способствующих её формированию. Отмечено, что в Украине проводились лишь отдельные исследования по данной проблематике, и единый подход к проблеме зависимости от Интернета выбран не был. Опираясь на основные разработки относительно интернет-зависимости, в исследовании раскрыто её содержание. Интернет-зависимость представляет собой личностную характеристику как совокупность когнитивных, эмоциональных и физиологических нарушений, которые проявляются в поведении, указывая на то, что у индивида отсутствует контроль при пользовании сетью Интернет, и он не может остановить этот процесс, невзирая на негативные последствия, продолжает длительное время находиться в виртуально-информационном пространстве. Доказано, что степень проявления интернет-зависимого поведения подростков зависит от индивидуально-психологических (индивидуальные особенности подросткового возраста) и микросоциальных (психологические проблемы, вызванные ближайшим социальным окружением) факторов. Установлено, что высокий уровень данных нарушений определяется индивидуально-психологическими особенностями: неадекватность самооценки; проявление субъективного чувства одиночества; наличие симптомокомплекса

алекситимии, проявление депрессивного состояния; снижение коммуникативных способностей, развитие социальной дезадаптации.

Определены основные типы поведения подростков в сети Интернет, а также тенденции формирования зависимости: обсессивно-поисковый, компенсаторный, эмоционально-зависимый, коммуникативный и киберсексуальный.

Теоретически обоснована, разработана и экспериментально апробирована программа по предотвращению интернет-зависимого поведения подростков. Определены психолого-педагогические условия для предупреждения формирования интернет-зависимого поведения: а) развитие и восприятие себя как целостной личности, подкрепление позитивной «Я-концепции», формирование адекватной самооценки, усвоение приёмов самопознания (интроспекции, рефлексии), актуализация потребности в выборе ценностных ориентиров, направленных на личностный рост, осознание важности влияния интернет-технологий на свою личность (когнитивный компонент); б) развитие эмпатии, умения адекватно выражать свои эмоциональные состояния, в том числе и негативные, управлять своими эмоциями в целом (эмоциональный компонент); в) формирование уверенности в себе, организация целенаправленного усвоения навыков общения, формирование умения строить позитивные жизненные программы, принимать самостоятельные решения, развитие способности к самоуправлению в зависимости от условий жизнедеятельности (поведенческий компонент).

УДК 616-006:615.851-08-039.76

ДЕЯКІ ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ АСПЕКТИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

*Г. Ю. Васильєва, С. Г. Пирков,
О. М. Виговська, Є. М. Денисов*

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Питання реабілітації онкологічних хворих є актуальною та складною проблемою, яка містить головне завдання — питання про медико-соціальну адаптацію та підвищення якості життя пацієнтів, які страждають на злоякісні новоутворення. Кожен онкохворий потребує проведення комплексної реабілітації, яка спрямована на повернення до нормального повсякденного життя. З розвитком онкології стали особливо актуальними питання психічного стану онкологічних хворих.

Серед обстежених нами хворих, що отримували лікування у зв'язку з онкологічними захворюваннями на різних стадіях пухлинного та лікувально-діагностичного процесу, психічні розлади спостерігалися у більшості пацієнтів (86%), які можна поділити на психогенні порушення, змішані психогенно-соматогенні та переважно соматогенні розлади. Соматогенні порушення визначалися, перш за все, ступенем складності оперативного втручання, імунно-, хіміо- і променевою терапією та, головним чином, самим пухлинним процесом (його локалізація, метастазування). Психогенні порушення обумовлені психотравмуючою ситуацією, в якій опиняється онкологічний хворий. Ці реакції за ступенем вираженості коливалися від легких (нерізко виражені розлади, що адекватно відображають ситуацію) до важких (різко виражені невротичні та неврозоподібні розлади, які потребують обов'язкового втручання психотерапевта або