

поведением ($r = 0,46$), тревожно-сенестопатический синдром (34,48 %) — с интернет-зависимым поведением ($r = 0,47$) и чрезмерным занятием спортом ($r = 0,41$).

Таким образом, проведенное исследование показало наличие у больных с тревожно-фобическим расстройством и аддиктивными нарушениями в клинической картине наличие психотравмирующего фактора, носившего длительный, неразрешенный и сохраняющий актуальность характер, связь синдромокомплексов с формированием определенных вариантов аддиктивных нарушений, что необходимо использовать при разработке и проведении лечебной тактики данных больных с применением психотерапевтических методов, направленных преимущественно на индивидуально-личностные и поведенческие паттерны.

УДК 616.85-039:159.922:001.8 «4»

О. С. Марута

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков

Структура смысловых ориентаций у больных с различными формами невротической патологии

При изучении человека в ситуации невротического заболевания немаловажным является вопрос исследования способов совладания личности, направленных на преодоление существующего конфликта. Состояние болезни занимает важное место в структуре жизненного цикла любого человека, так как оно зачастую связано с системной переоценкой предыдущего опыта, перестройкой сферы потребностей. В связи с этим представляется актуальным изучение особенностей смысловых ориентаций больных невротическими расстройствами.

В качестве инструмента исследования применялась методика «Тест смысловых ориентаций», которая позволяет оценить такие основные их виды, как ориентация на цели, процесс, результат, локус-контроль «Я» и локус-контроль «жизнь». Было обследовано 115 больных невротическими расстройствами, из них 40 — неврастениями (F48), 35 — тревожно-фобическими расстройствами (F40 — F41), 40 — диссоциативными расстройствами (F44). Контрольную группу составили 40 здоровых лиц без признаков невротической патологии.

Анализ результатов показывает, что наиболее выраженной у больных невротическими расстройствами является ориентация на жизненные цели ($74,0 \pm 1,8$ %), а наименее представлена ориентация на процесс и результат ($63,2 \pm 1,7$ % и $67,4 \pm 1,8$ % соответственно). При этом тенденция к преобладанию ориентаций на цели была характерна также и для контрольной группы, но у здоровых этот показатель был достоверно выше ($82,5 \pm 2,0$ %, при $p < 0,005$).

Следует отметить, что согласно полученным данным, у больных невротическими расстройствами показатели выраженности управления своей жизнью ($68,3 \pm 1,9$ %) и возможности самоконтроля ($66,1 \pm 1,6$ %) достоверно ниже, чем в группе контроля ($77,8 \pm 1,9$ % и $79,6 \pm 2,1$ %, при $p < 0,005$). Соответственно и общий показатель осмысленности жизни в группе больных невротическими заболеваниями ($69,0 \pm 1,6$ %) достоверно меньше, чем в группе здоровых ($78,7 \pm 1,5$ %, при $p < 0,005$).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что у больных неврастениями все показатели смысловых ориентаций превышают аналогичные показатели больных с другими формами невротических расстройств и составляют в отношении целей — $78,3 \pm 2,6$ %, процесса — $65,4 \pm 2,6$ %, результата — $70,3 \pm 3,1$ %, при этом они были достоверно более низкими, чем в группе контроля (при $p < 0,005$). Также было обнаружено, что больные неврастениями в большей степени, чем другие пациенты, считают возможным осуществлять контроль над обстоятельствами своей жизни ($70,4 \pm 2,8$ %) и самоконтроль в целом ($68,3 \pm 2,9$ %). Достоверные различия между группами больных с различными формами невротических расстройств обнаружены по показателю ориентаций на цели ($78,3 \pm 2,6$ %) — при неврастении и ($72,0 \pm 3,7$ %, при $p < 0,005$) — при тревожно-фобическом расстройстве и общему показателю осмысленности жизни у больных тех же категорий ($72,7 \pm 2,9$ % и $68,6 \pm 2,9$ %, при $p < 0,005$).

Больные тревожно-фобическим расстройством имели более высокие показатели по шкалам ориентации на процесс ($65,0 \pm 3,5$ %), ориентации на результат ($68,0 \pm 3,4$ %) и ощущения контроля жизни ($69,0 \pm 3,6$ %), чем больные диссоциативным расстройством, у которых эти показатели составили $63,2 \pm 1,7$ %, $67,4 \pm 1,8$ % и $68,3 \pm 1,9$ % соответственно; и более низкие — по шкалам ориентации на цели ($72,0 \pm 3,7$ %), самоконтроля ($65,6 \pm 2,9$ %) и общему показателю осмысленности жизни ($68,6 \pm 2,9$ %), по сравнению с $74,0 \pm 1,8$ %, $66,1 \pm 1,6$ % и $69,0 \pm 1,6$ % у больных диссоциативным расстройством. Однако эти различия не были статистически достоверными.

Таким образом, изучение смысловых ориентаций у больных невротическими расстройствами показало, что для этих больных характерны неудовлетворенность прожитой частью жизни, низкая осмысленность своей жизни в настоящем, отсутствие целей в будущем и, следовательно, дискретное восприятие своей жизни в целом. Личностные смыслы в подобном случае лишены направленности и временной перспективы. Кроме того, испытуемые данной группы демонстрируют неверие в свои силы контролировать события собственной жизни, фатализм и убежденность в том, что жизнь человека неподвластна сознательной регуляции, свобода выбора иллюзорна, что сочетается с дефицитностью механизмов интерпсихической коммуникации (низкие баллы по субшкалам «Локус контроля — Я» и «Локус контроля жизнь»).

УДК 616.85-039:159.992

Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Черднякова

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков

Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств

С целью изучения личностных особенностей, способствующих формированию резистентности у больных невротическими расстройствами, для разработки критериев прогнозирования формирования резистентности проведено психодиагностическое обследование 136 больных невротическими расстройствами (тревожно-фобическими (F40.8) — 48 больных, диссоциа-

тивними (F44.7) — 36 больных, неврастений (F48.0) — 52 больных).

Среди общих личностных характеристик больных резистентными невротическими расстройствами выделены 4 отдельных компонента «личностной резистентности»: отсутствие мотивации к самоизменению, низкий уровень личностных ресурсов (предпосылок) к саморазвитию; ипохондрическая фиксация на болезни, отсутствие действий к изменению собственного поведения.

Показано, что наличие у больного хотя бы одного из выделенных компонентов личности может выступать предиктором формирования резистентности. Сочетание нескольких компонентов резистентности значительно усложняет прогноз заболевания.

Специфическими психологическими факторами формирования резистентности у больных тревожно-фобическими расстройствами являются низкий уровень энергетического потенциала личности ($J = 0,63$), ориентация на прошлое, превалирование реакций ухода от конфликта ($J = 0,34$); у больных диссоциативными расстройствами — низкий уровень адаптивности, наличие исключительной категоричности и полярности в оценках и суждениях ($J = 0,38$), ориентация на прошлое и будущее, генерализованные реакции обиды и обвинений в сторону окружающих (экстрапунитивные реакции) ($J = 0,44$); у больных неврастений — низкий уровень изобретательности в поиске новых вариантов решений ($J = 0,42$), ориентация на будущее, превалирование реакций ухода от конфликта ($J = 0,28$).

Психологический механизм формирования резистентности у больных невротическими расстройствами заключается в наличии личностной predisposition, включающий отсутствие мотивации и личностных ресурсов к саморазвитию и самоизменению. Ощущение, что «от меня в этой жизни ничего не зависит» и отсутствие временной перспективы собственной жизни приводят к формированию чувства безнадежности и обреченности, что находит свое выражение в формировании эмоционального дистресса, пассивной жизненной позиции и нежелании что-либо менять в своей жизни, за счет чего формируется фиксация на собственной болезни как защитная реакция по типу «бегства в болезнь» от существующих проблем, отсутствие конкретных действий по его преодолению.

Результаты исследования свидетельствуют о наличии личностной predisposition, как одного из факторов формирования резистентного течения невротического расстройства, что следует учитывать при построении психокоррекционных мероприятий по преодолению их резистентности.

до терапії і формують стани соціальної дезадаптації, ставлять проблеми вивчення цієї патології в число найбільш важливих, таких, що мають як медичну, так і соціальну значущість. Різноманіття клінічних проявів невротичної хвороби, різних за структурою і механізмами формування, диктує необхідність розроблення комплексних підходів до терапії і корекції невротичних розладів, які мають бути патогенетично обґрунтованими. Відсутність обґрунтованих національних програм і технологій діагностики та реабілітації підлітків з депресивними розладами, коморбідними з девіантною поведінкою, перешкоджають створенню і реалізації системи психопрофілактики соціальної недостатності в юному віці.

Мета дослідження — розроблення технології надання медико-психологічної допомоги підліткам з депресією, коморбідною з девіантною поведінкою.

У дослідження було включено 82 підлітки з депресивним розладом з девіантною поведінкою. Дизайн дослідження включав клініко-психопатологічний, психологічний (тест депресії В. М. Бойко, тест рівня невротизації Б. Д. Менделевича) методи.

Депресивні розлади у підлітків характеризуються поліфакторною природою виникнення, участю в їх формуванні біологічних, психологічних і соціальних чинників, взаємодія яких приводить до утворення специфічних клінічних феноменів у вигляді емоційно-афективних, вегетовісцеральних, поведінкових розладів. Клініко-динамічні дослідження підлітків з депресією і девіантною поведінкою показали позитивну динаміку основних клініко-психопатологічних, психологічних показників на тлі використання психотропної терапії малими дозами лікарського препарату еллонілу (сульпіриду) і арт-терапії, стимулотону (сертраліну) у поєднанні з аероіотерапією. Позитивну динаміку мали симптоми когнітивної складової депресії, показники агресивності та поведінкових стереотипів. Комбінація взаємодоповнюючих психологічних тренінгів і психологічного консультування — тренінг формування соціальних навиків, метод релаксації, відеотренінг ефективності батьків — доповнювали лікувальний процес. Тренінг формування соціальних навиків передбачає моделювання навиків адекватної поведінки. Метод релаксації забезпечує уміння знижувати агресивність, розвивати внутрішній контроль і стримувати негативні ефекти. Відеотренінг ефективності батьків дозволяє батькам набувати нового досвіду взаємодії з підлітком за допомогою тренування комунікативних навиків. Простежено також позитивну динаміку і показника розладу девіантної поведінки з його тенденцією до регресу через шість місяців спостереження (82,1 % до лікування, 42,8 % після лікування, 21,4 % через шість місяців і 17,8 % через 12 міс.).

Результати проведеного дослідження дозволили виокремити і систематизувати ознаки, що мають високу інформативність в оцінюванні ефекту лікування депресивного розладу та є маркерами якості лікувального процесу: клініко-психопатологічний симптомокомплекс (клінічна матриця невротичного розладу); тип невротичного конфлікту із визначенням зон дії психотравмуючих чинників в сферах мотивації психологічних настанов і поведінкового реагування; структура невротичного конфлікту (актуальність конфлікту, ступінь його вираженості, спрямованість конфлікту, тип перебігу і напруженості); психологічні ознаки (психологічна реакція на стрес, рівень тривоги, депресії, тип акцентуації характеру); комплаєнс.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5:616.89-008.447

*Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскуріна, Д. А. Мітельов,
Т. М. Матковська, Н. О. Шаповалова*
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України», м. Харків

Розпізнавання емоцій в контексті регулювання контролю поведінки у дітей з депресивними розладами

Структура захворюваності психічними розладами в Україні характеризується неухильним збільшенням патології невротичного регістру. Тенденція до переважання затяжних форм невротичних розладів, які резистентні