

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОРТРЕТ ПАЦИЕНТА С ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИЕЙ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОГОРТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев

Изучены предикторы социальной изоляции, определены патопсихологические характеристики пациентов с острой социальной самоизоляцией, у которых наблюдается высокий уровень алекситимии, высокий индекс враждебности и низкое качество жизни. Обнаружены прямая корреляция между алекситимией и индексом враждебности, высоким уровнем алекситимии и низким качеством жизни. Характерно зависимое поведение, высокий уровень виктимизации как следствие травматического стресса. Исследование предикторов острой социальной самоизоляции и патопсихологических особенностей обнаруживает терапевтические мишени для психологической и коррекционной работы.

Ключевые слова: одиночество, острая социальная самоизоляция, патопсихологическое исследование.

Длительное время ученые считали, что для поддержания психологического благополучия необходимо наличие удовлетворительных социальных связей. Тем не менее для многих людей процесс установления и поддержания социальных связей проходит достаточно сложно. Кросс-национальные опросы показывают, что одиночество является общественной проблемой в различных странах. Распространенность одиночества в этих исследованиях варьирует в диапазоне от 11–26 % (Рассел, Хейм, 1979). В среднем 40 % респондентов в нескольких крупномасштабных исследованиях называют себя застенчивыми, и подавляющее большинство из этой группы сообщили, что застенчивость является одной из основных их личных проблем (Симбардо, 1979).

Существует риск переоценить распространенность социальной изоляции и одиночества, но также важно не приуменьшать существование значительного меньшинства тех, чья социальная жизнь серьезно нарушена вследствие социального отчуждения. Периоды одиночества или чувства социальной неловкости, изоляции от других испытывали большинство людей хотя бы раз в своей жизни, но для некоторых эти чувства продолжают существовать продолжительное время или переживаются индивидом достаточно остро, что приводит к эмоциональным расстройствам и нарушению физического здоровья.

Научные исследования указывают на возможные связи между социальной изоляцией и депрессией, расстройствами связанными с воздействием стресса, употреблением алкоголя, подростковой преступностью, агрессивностью и высоким уровнем суицидов [1]. Социологический анализ выявил связь социальной изоляции с психопатологией, особенно депрессией, шизофренией,

социальной фобией, обсессивно-компульсивным расстройством [1].

Результаты нескольких лонгитюдных исследований показывают, что изначально предиктором психических проблем является дефицит социальных связей и общественных отношений [2]. Более того, в двух контролируемых проспективных исследованиях повышенная смертность и высокий уровень алкоголизации были связаны с социальной изоляцией [1]. В свете этих исследований персистирующее одиночество и социальная изоляция представляют собой потенциальные факторы риска для людей с эмоциональными и физическими расстройствами.

Социальная привязанность сильно искажилась в современном обществе. Растущее количество разводов, увеличение количества людей, живущих в одиночестве, мода на свободные отношения и пропаганда одиночества часто приводятся в качестве доказательств провала института традиционности, который способствовал развитию надежных социальных привязанностей, передававшихся из поколения в поколение.

Современные социальные отношения становятся все более поверхностными и временными. Это обусловлено большой географической мобильностью, границы между государствами стираются, и люди все чаще выбирают смену места жительства для того, чтобы улучшить свое качество жизни. Существует мнение, что ослабление института семьи, а также увеличение распространенности пограничных личностных расстройств (в частности, нарциссического расстройства личности) могут способствовать увеличению ощущения изолированности в обществе.

Глобальное пользование Интернетом, современными мобильными телефонами с мультифункциями также делает общение менее эмоциональным,

сокращает потребность в личном контакте. Это, в свою очередь, приводит к обострению социальной изоляции и нарушению взаимодействия между людьми. Чаты, социальные сети и другие типы коммуникаций в Интернете в настоящее время компенсируют все потребности тех, кто предпочитает оставаться в «виртуальных могилах», дома в одиночестве. Одно из составляющих социальной изоляции — это поведение, для которого характерно полное уединение/отчуждение от общества в течение 6 мес или дольше [3]. Данный феномен исследуется с начала 2000-х годов и приобретает все большее распространение не только во всем мире, но и в Украине [4].

Отношения в социуме являются необходимыми для удовлетворения различных социальных потребностей, в частности принадлежность к социальной группе (например, круг друзей, клуб или объединение соседей) обеспечивает чувство социальной интеграции, а привязанность (например, супруг или партнер) помогает удовлетворению потребности в эмоциональной близости [5]. Дефицит общения приводит к одиночеству. Человек, которому не хватает связи с социальной группой, не может компенсировать ее за счет приобретения объекта интимной привязанности, и наоборот. Этот анализ помогает понять, почему тот, у кого обширная сеть друзей, но нет романтического партнера, может жаловаться на одиночество и, наоборот, почему тот, у кого есть пара, но нет друзей, также может чувствовать себя одиноким. В итоге одиночество определяется как продолжительное состояние эмоционального дистресса, который возникает, когда человек чувствует себя отчужденным, неправильно понятым или отвергнутым другими, ему не хватает соответствующих партнеров для участия в желаемых мероприятиях (активности, которые обеспечивают чувство социальной интеграции и предоставляют возможность реализации эмоциональной близости). С этой точки зрения, люди, которые не испытывают страдания из-за отсутствия социальных связей, не будут считаться одинокими и, соответственно, не являются подходящими кандидатами для коррекции изоляции.

Несомненно, многие факторы могут повлиять на возникновение трудностей в создании и поддержании межличностных связей. При обсуждении предикторов одиночества необходимо различать ситуации вынужденной изоляции и предрасполагающие личностные характеристики социально изолированного человека [1, 5].

Цель социальной изоляции — защитить хрупкую самооценку, так как одиночество ассоциируется с заниженным ощущением собственного достоинства, самообвинением в ситуациях социальных неудач [1]. Социальное взаимодействие

является центральным источником обратной связи от окружающих и формирует представление о себе. Некоторые люди с низкой самооценкой выбирают дисфункциональные межличностные стратегии из желания свести к минимуму риски негативных обратных связей. Были описаны три дисфункциональные стратегии, которые берут на себя функцию самозащиты, — чрезмерное желание соответствовать ожиданиям других с попытками угадывать их желания, бунт и уход. Стараясь угодить другим, индивиды надеются избежать критики и социального отторжения со стороны окружающих. Бунт, напротив, «обезвреживает» других как потенциальный источник отрицательной обратной связи. Некоторые люди бунтуют внутренне, а не открыто, что помогает объяснить их циничность и подозрительность в отношениях, данные факты были установлены как некоторые характеристики одиноких людей [6].

Отчуждение от социума и избегание межличностных отношений избавляет от угрозы критики или отвержения, ликвидируя социальные контакты вообще. Интересно, что эти межличностные стратегии коррелируют с тремя дисфункциональными ориентациями, выявленными Боулби, — компульсивная забота, компульсивная самостоятельность и эмоциональная отстраненность [7]. Таким образом, в работе с социально изолированными важно понимать, что мотивация избежать угрожающей оценки и обесценивания в свой адрес может быть сильнее, чем мотивация на возобновление социальных отношений [1].

Для пациентов с проблемами в системе привязанности характерно снижение выразительности эмоциональных реакций, потеря интереса к другим, отчужденность, уплощенный аффект — данные черты могут быть следствием психологической травматизации [8]. Непосредственно диссоциацию полушарий, т. е. межполушарный дефицит передачи нервных импульсов, ученые считают ответственной за алекситимическое избегание и отсутствие достаточной реакции кортизола, вслед за психологической травмой, что может приводить в дальнейшем к формированию посттравматического стрессового расстройства [9]. Таким образом, изменения в жизни в связи с психосоциальной травмой вызывают хроническое состояние возбуждения системы уход/борьба (повышение уровней катехоламина и кортизола) и отсутствие эмоциональных навыков, критических для социализации и формирования привязанности, поддержания дружеских связей [8].

Цель исследования — выявить патопсихологические особенности пациентов с острой социальной самоизоляцией.

При условии информированного согласия с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии

в течение 2015 г. в исследовании, проведенном на базе Дорожной клинической больницы № 1 станции «Киев», приняло участие 20 человек. Для обеспечения высокой степени однородности состава групп обследованных они формировались на основании тщательного учета возрастно-половых характеристик, социально-экономических и медико-социальных условий.

Участники исследования были разделены по ровну: десять здоровых респондентов составили группу контроля (ГК) и 10 пациентов психоневрологического отделения с проявлениями острой социальной изоляции — основную группу (ОГ). Критерии острой социальной изоляции были таковы:

1) большую часть суток и почти каждый день человек проводит дома, в отдельной комнате;

2) у индивида обнаруживается явное и устойчивое избегание ситуаций социальных контактов (посещение школы или работы);

3) у индивида выявляется явное и устойчивое избегание ситуаций социальных отношений (дружба, контакты с членами семьи);

4) у человека социальная самоизоляция и отчуждение вызывает заметный дистресс и нарушает нормальную жизнь, препятствует профессиональному (и/или академическому) функционированию либо межличностным отношениям;

5) продолжительность социальной изоляции составляет не менее 6 мес;

6) социальная изоляция и отчуждение не вызвано одним из перечисленных состояний: социальной фобией, большим депрессивным расстройством, шизофренией или избегающим расстройством личности [3].

Исходя из определения одиночества (продолжительное состояние эмоционального дистресса, который возникает, когда человек чувствует себя отчужденным, неправильно понятым или отвергнутым другими), мы предположили наличие в анамнезе обследованных ситуаций, в которых человек имел бы опыт отвержения окружающими, а также переживание таких ситуаций как травматических, и допустили, что в таких ситуациях он может ощущать себя как жертва. Для оценки жертвенного поведения нами была выбрана методика исследования склонности к виктимному поведению О. О. Андронниковой, которая представляет собой стандартизированный тест-опросник, предназначенный для измерения предрасположенности к реализации различных форм виктимного поведения и направленный непосредственно на анализ психологической реальности, скрывающейся за виктимными поведенческими аспектами.

Для оценки уровня травматизации и оценки интенсивности переживания психотравмирующих

событий применялся «Опросник травматических ситуаций» (Life Experience Questionnaire — LEQ) [10]. При работе с данным опросником анализируются следующие показатели: общее количество пережитых на протяжении жизни травматических событий; суммарный показатель влияния указанных событий на жизнь обследуемого за последний год; «индекс травматичности», который является усредненным показателем влияния на индивида психической травмы, отражающим уязвимость человека по отношению к стрессогенному воздействию травмирующих жизненных событий и интенсивность их переживаний, высокий бал говорит о наличии признаков посттравматического стресса.

Так как в литературе наличие травматического опыта ассоциировано с алекситимией, мы предположили корреляцию высокого уровня алекситимии с индексом травматичности у пациентов ОГ. Уровень алекситимии измерялся при помощи Торонтской шкалы алекситимии (Toronto Alexithymia Scale — TAS-26), адаптированной в НИПНИ имени В. М. Бехтерева [11–14]. Основными характеристиками понятия «алекситимия» являются: 1) трудности идентификации чувств и дифференцировки чувств и телесных ощущений, возникающих при эмоциональном возбуждении; 2) трудности в общении о своих чувствах другим лицам; 3) недостаточно развитый процесс воображения, обеднение фантазии и 4) ориентированный на внешние стимулы когнитивный стиль. Считается, что все эти признаки отражают дефицит когнитивной переработки и регуляции эмоций [15].

Социальные изоляты переживают эмоции внутри, не всегда осознавая их и не умея обходиться с внутренним напряжением. Допускается, что вследствие отсутствия толерантности к стрессу и низкой самооценки для тех, кто предпочитает социальную изоляцию как способ справиться с отвержением окружающей среды, более характерна косвенная агрессия (обида, подозрительность), нежели прямая. Исследование агрессивности проводилось при помощи опросника Басса — Дарки (Buss — Durkee Hostility Inventory — BDHI) [16, 17], стандартизированного в 2005 г. [18]. Агрессивность как свойство личности и агрессия как акт поведения могут быть поняты в контексте психологического анализа мотивационно-потребностной сферы личности, соответственно, для психологического анализа личности был выбран тест Леонгарда — Шмишека [19–21].

В ходе исследования было выдвинуто предположение, что уровень качества жизни пациентов с социальной изоляцией будет ниже, чем в контрольной группе. В используемой шкале оценки качества жизни (О. С. Чабан, 2008) рассматриваются следующие категории: здоровье, реализация,

Таблиця 1

Уровень алекситимии в группах обследованных

Группа	Среднее значение	Среднеквадратичные отклонения	95 %-ный доверительный интервал для среднего значения	
			нижняя граница	верхняя граница
ОГ	75,10	7,203	69,95	80,25
ГК	64,20	16,390	52,48	75,92
Всего	69,65	13,531	63,32	75,98

Таблиця 2

Показатели шкалы оценки качества жизни в группах обследованных

Группа	Среднее значение	Среднеквадратичные отклонения	95 %-ный доверительный интервал для среднего значения	
			нижняя граница	верхняя граница
ОГ	10,80	2,781	8,81	12,79
ГК	19,10	3,143	16,85	21,35
Всего	14,95	5,145	12,54	17,36

любовь, гедония (удовольствие, радость от обычных ежедневных дел и событий), друзья, социальная активность, финансовое благополучие, совместно проведенное время с семьей и друзьями, удовлетворение работой, социальный статус. Качество жизни оценивается как очень низкое, низкое, среднее, высокое, очень высокое [22–27].

Статистическая обработка данных проводилась при помощи компьютерной программы SPSS Statistics, версия 22 для Macintosh.

В нашем исследовании мы использовали описательную статистику (Chi-Square Crosstabs, Mann — Whitney Test, Spearman Test, Kruskal — Wallis Test),

которая количественно показывает основные особенности собранных данных [28]. Описательная статистика применялась для описания основных особенностей данных в исследовании, обеспечивая простое резюме выборки [29]. Частота событий, которые происходили в эксперименте, графически представлены в гистограммах [30].

Нами были получены данные обработки результатов Торонтской шкалы алекситимии в ОГ и ГК (табл. 1). В ОГ среднее значение уровня алекситимии выше 74 баллов исходя из интерпретации результатов подтверждается гипотезой о корреляции высоких баллов по шкале алекситимии и социальной изоляции.

В ходе анализа нами не выявлено статистически значимого различия уровня алекситимии в ОГ и ГК, предположительно из-за недостаточного количества участников исследуемой выборки.

Результаты оценки качества жизни обследованных показали, что в ГК (19–24 балла) они значимо выше ($p < 0,001$) по сравнению с ОГ (7–12 баллов) (табл. 2).

В ходе применения корреляционного критерия Пирсона мы обнаружили статистически значимую корреляцию между уровнем алекситимии и оценкой уровня качества жизни. Чем более выражена алекситимия, тем ниже качество жизни ($r = -0,459$; $p = 0,05$).

Статистический анализ данных по шкале агрессивности Басса — Дарки позволил обнаружить статистически значимое различие в ОГ по сравнению с ГК: оценки по таким категориям, как раздражение ($p = 0,001$), обида ($p = 0,013$), индекс враждебности ($p = 0,005$), подозрительность ($p = 0,046$) были выше (рис. 1). Такие категории, как обида (зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия) и подозрительность (в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения

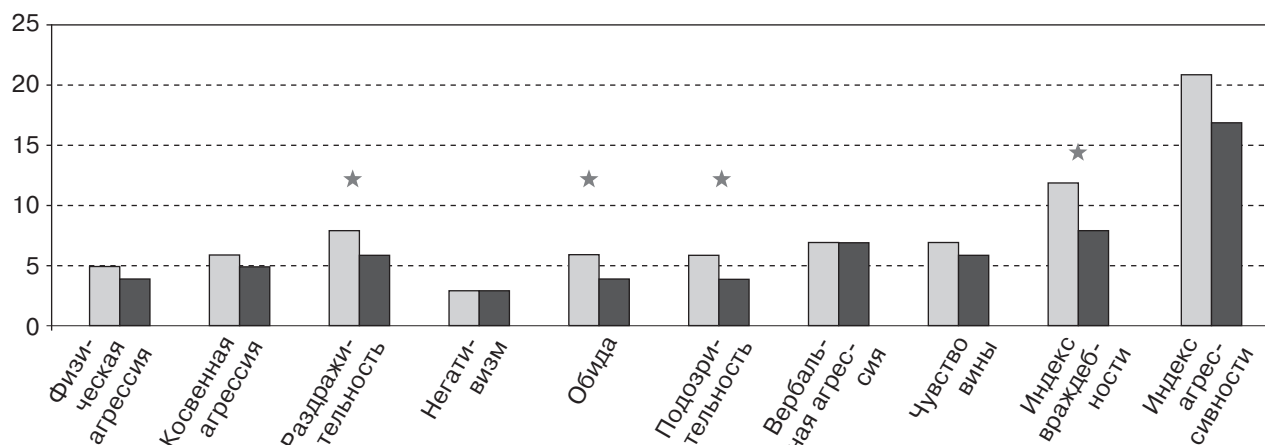


Рис. 1. Сравнительный анализ средних значений по шкале агрессивности Басса — Дарки в группах обследованных: ■ — ОГ; □ — ГК

в том, что другие люди планируют и приносят вред) в сумме формируют повышенный индекс враждебности. Полученные данные подтверждают гипотезу о том, что пациенты с острой социальной изоляцией испытывают трудности в создании и поддержании отношений с социумом из-за отсутствия доверия и ощущения безопасности, а также в связи с алекситимией и невозможностью распознавать и выражать свои эмоции, тем самым регулировать отношения с окружающим миром, они переполнены недифференцированным раздражением, вспыльчивостью и грубостью при малейшем возбуждении. Полученные данные могут быть так же ассоциированы с наличием травматического опыта отвержения в анамнезе, что впоследствии формирует реакции недоверия, подозрительности и обиды и находит выражение во враждебности по отношению к социальному окружению из-за страха быть отвергнутым.

Нами была обнаружена статистически значимая корреляция между уровнем алекситимии и индексом враждебности, причем чем более выражена алекситимия, тем выше индекс враждебности ($r = 0,512$; $p = 0,05$).

Анализ данных по методике О. О. Андронниковой выявил, что оценки по таким шкалам, как склонность к зависимому и беспомощному поведению ($p = 0,015$), реализованная виктимность ($p = 0,013$) в ОГ статистически значимо выше, чем в ГК. Интерпретировать полученные данные можно следующим образом: пациенты ОГ склонны к зависимому и беспомощному поведению, не оказывают сопротивления, противодействия преступнику по различным причинам: в силу возраста, физической слабости, беспомощного состояния (стабильного или временного), трусости, из опасения ответственности за собственные действия

и т. д., они могут иметь установку на беспомощность, низкую самооценку. Постоянно вовлекаются в кризисные ситуации с целью получения сочувствия и поддержки окружающих. Занимают ролевую позицию жертвы. У них отмечаются такие качества, как робость, скромность, внушаемость, конформность. Возможен также вариант усвоенной беспомощности в результате неоднократного попадания в ситуации насилия. Склонность к зависимому поведению, уступчивость, склонность всех прощать. Высокие баллы по шкале реализованной виктимности подтверждают достоверность повышения баллов по шкале склонности к зависимому и беспомощному поведению.

В ходе проведения однофакторного дисперсного анализа было обнаружено, что оценки по таким показателям, как застревание, ригидность ($p = 0,004$), возбудимость, неуравновешенность ($p = 0,015$), дистимичность ($p = 0,002$) статистически значимо выше в ОГ по сравнению с ГК. В ГК оценки по показателю гипертимности ($p = 0,001$) статистически значимо выше, чем в ОГ. Для пациентов характерны повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями, чрезмерная стойкость аффекта, сниженный фон настроения, пессимизм, фиксация теневых сторон жизни, заторможенность (рис. 2). Естественно, у них возникают коммуникативные проблемы, поскольку эмоции и чувства могут проявляться слишком ярко и неадекватно ситуациям. Для обследованных ГК характерен повышенный фон настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью.

Обработка результатов опросника травматических ситуаций позволила определить среднее значение индекса травматичности для ОГ (3,54), что говорит о переживании последствий

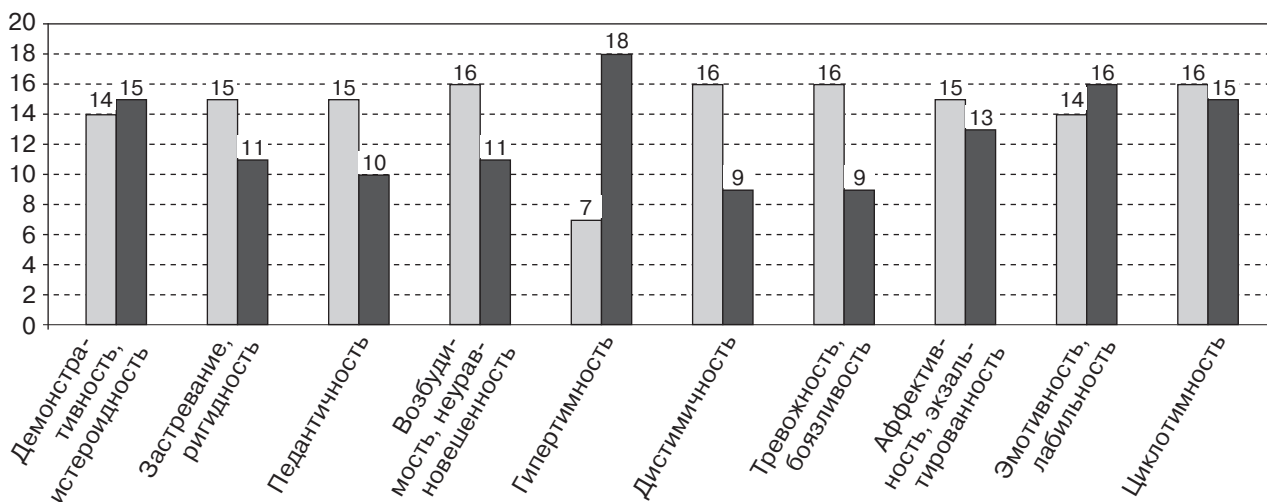


Рис. 2. Сравнительный анализ данных теста Леонгарда — Шмишека в группах обследованных: ■ — ОГ; □ — КГ (средние значения)

травматического стресса, характерного для данной группы (табл. 3). Среднее значение индекса травматичности для ГК 2,87 не позволяет ни подтвердить, ни опровергнуть наличие травматического стресса, статистически значимая разница не выявлена. Предположительно необходимо увеличить группу обследуемых для получения достоверных данных обработки данной методики.

Таблица 3

Индекс травматичности в группах обследованных

Группа	Среднее значение	Среднеквадратичные отклонения	95 %-ный доверительный интервал для среднего значения	
			нижняя граница	верхняя граница
ОГ	3,5380	0,95753	2,8530	4,2230
ГК	2,8680	0,93799	2,1970	3,5390
Всего	3,2030	0,98447	2,7423	3,6637

В ходе проведенного исследования были установлены патопсихологические особенности пациентов с острой социальной самоизоляцией. В основной группе преобладал высокий уровень алекситимии, индекс враждебности в связи с повышенным уровнем подозрительности и обиды, раздражительность, низкий уровень качества жизни. Выявлена прямая корреляция между алекситимией и индексом враждебности, высоким уровнем алекситимии и низким качеством жизни. У пациентов с острой социальной самоизоляцией прослеживается склонность к зависимому и беспомощному поведению, у них высокий уровень реализованной виктимности.

Значение индекса травматичности позволяет сделать вывод о переживании последствий травматического стресса. Для пациентов с острой самоизоляцией характерны повышенная импульсивность, ослабление контроля над влечениями и побуждениями, чрезмерная стойкость аффекта, сниженный фон настроения, пессимизм, заторможенность, тогда как для здорового контингента — повышенный фон настроения в сочетании с оптимизмом и высокой активностью. Полученные результаты исследования подтверждают валидность выбранных диагностических методик для данного контингента пациентов и актуальность его продолжения.

Список литературы

1. Rook K. S. Promoting Social Bonding Strategies for Helping the Lonely and Socially Isolated / K. S. Rook // *Am. Psychologist.*— 1984.— P. 1389–1407.
2. The stress process / L. I. Pearlin, M. A. Lieberman,

- E. G. Menaghan, J. T. Mullan // *J. of Health and Social Behavior.*— 1981.— № 22.— P. 337–356.
3. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries / M. D. Fetters, K. Stufflebam, M. Tateno [et al.] // *Int J. Soc. Psychiatry* published online 27 May 2014.— doi: 10.1177/0020764014535758 <http://isp.sagepub.com/content/early/2014/05/22/0020764014535758>
4. Франкова І. О. Психосоціальна модель розвитку гострої соціальної самоізоляції в умовах соціально-економічної трансформації // *Архів психіатрії.*— 2014.— Т. 20, № 3 (78).— С. 35–40.
5. Weiss R. S. Loneliness: The experience of emotional and social isolation / R. S. Weiss.— Cambridge, MA: MIT Press, 1973.— P. 171–173.
6. Horowitz L. M. The prototype of a lonely person / L. M. Horowitz, R. S. French, C. A. Anderson // *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.*— N. Y.: Peplau & D. Perlman, 1982.— P. 183–205.
7. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory / J. Bowlby // *Br. J. of Psychiatry.*— 1977.— № 130.— P. 201–210.
8. Henry J. P. Psychological and physiological responses to stress: The right hemisphere and the hypothalamo-pituitary-adrenal axis, an inquiry into problems of human bonding / J. P. Henry // *Integrative Physiological and Behavioral Science.*— 1993.— № 28.— P. 369–387.
9. Zeitlin S. Alexithymia in victims of sexual assault: An effect of repeated traumatization? / S. Zeitlin, K. Cassidy, R. McNally // *Am. J. of Psychiatry.*— 1993.— № 157.— P. 1337–1340.
10. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. Бланки методик / Н. В. Тарабрина.— М.: Когито-Центр, 2007.— С. 64–77.
11. Bagby R. M. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Convergent, discriminant, and concurrent validity / R. M. Bagby, G. J. Taylor, J. D. A. Parker // *J. Psychosom. Res.*— 1994.— Vol. 38.— P. 33–40.
12. Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia / R. Lane, L. Sechrest, R. Reidel [et al.] // *Psychosom. Med.*— 1996.— Vol. 58.— P. 203–210.
13. Nemiah J. C. Alexithymia: A view of the psychosomatic process / J. C. Nemiah, H. Freyberger, P. E. Sifneos // *Modern trends in psychosomatic medicine* / O. W. Hill (Ed.).— London: Butterworths, 1976.— P. 430–439.
14. Suslow T. Impairments of emotion situation priming in alexithymia / T. Suslow, K. Junghanns // *Personal Individ. Differences.*— 2002.— Vol. 32.— P. 541–550.
15. Taylor G. J. Toward the development of a new self-report alexithymia scale / G. J. Taylor, D. P. Ryan, R. M. Bagby // *Psychotherapy and Psychosomatics.*— 1985.— Vol. 44.— P. 191–199.

16. Прохорова. О. А. Практикум по психологии состояния / О. А. Прохорова.— СПб.: Речь, 2004.
17. Семенюк Л. М. Психологические особенности агрессивного поведения подростка / Л. М. Семенюк.— М.; Воронеж, 1996.
18. Хван А. А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки / А. А. Хван, Ю. А. Зайцев, Ю. А. Кузнецова // Психологическая диагностика.— 2008.— № 1.— С. 35–58.
19. Батаршев А. В. Диагностика черт личности и акцентуаций: практ. рук. / А. В. Батаршев.— М.: Психотерапия, 2006.— 288 с.
20. Кортнева Ю. Диагностика актуальных проблем / Ю. Кортнева.— М.: Институт общегуманитарных исследований.— 2004.— С. 240.
21. Паршукова Л. П. Акцентуации характера: учеб. пособие. / Л. П. Паршукова, И. В. Выбойщик.— 2-е изд., испр. и доп.— Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2007.— С. 84.
22. Скринінг впливу психічного стану на серцево-судинну патологію та організація медичної допомоги потерпілим внаслідок бойових дій: метод. рек. / В. М. Корнацький, А. П. Дорогой, Т. С. Монайленко, Д. М. Мороз.— К.: Український центр науково-медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2014.— С. 24–25.
23. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Бібліотека практикуючого лікаря.— К.: ТОВ «ДСГ-ЛТД», 2004.— С. 64–65.
24. Чабан О. С. Психосоматичні аспекти в практиці лікаря-інтерніста на прикладі метаболічного синдрому (діагностика, клініка, лікування, профілактика): метод. рек. / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, О. Ю. Жабенко.— К.: Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, МОЗ України, 2008.— С. 32.
25. Чабан О. С. Депресія / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко.— К.: Визуаль — медиа, 2011.— С. 117.
26. Тревога: история сверхбеспокойных людей / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко [и др.].— К., 2012.— С. 123–127.
27. Чабан О. С. Пациент з депресією у практиці сімейного лікаря / О. С. Чабан // Бібліотека сімейного лікаря.— 2011.— № 1 (28).— С. 59–65.
28. Supply Chain Management Solutions and Reverse Logistics in Supply Chain [Електронний ресурс].— Режим доступа: <http://www.exel.com/exel/>
29. Microsoft Power Point 2010 — Presentation and slide software [Електронний ресурс].— Режим доступа: <http://office.microsoft.com/en-us/powerpoint/>
30. Анализ социологических данных с применением пакета SPSS / А. Ю. Алексеева, Е. Г. Ечевская, Г. Д. Ковалева [и др.] // Сб. практических заданий.— Новосибирск: Редакционно-издательский центр НГУ, 2003.— С. 30.

ПАТОПСИХОЛОГІЧНИЙ ПОРТРЕТ ПАЦІЄНТА З ГОСТРОЮ СОЦІАЛЬНОЮ САМОІЗОЛЯЦІЄЮ: РЕЗУЛЬТАТИ КОГОРТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

I. O. ФРАНКОВА

Вивчено предиктори соціальної ізоляції, визначено патопсихологічні характеристики пацієнтів із гострою соціальною самоізоляцією, які мають високий рівень алекситимії, високий індекс ворожості та низьку якість життя. Виявлено пряму кореляцію між алекситимією та індексом ворожості, високим рівнем алекситимії і низькою якістю життя. Характерна залежна поведінка, високий рівень віктимізації як наслідок травматичного стресу. Дослідження предикторів гострої соціальної самоізоляції та патопсихологічних особливостей виявляє терапевтичні мішені для психологічної та корекційної роботи.

Ключові слова: самотність, гостра соціальна самоізоляція, патопсихологічне дослідження.

PATHOPSYCHOLOGICAL PORTRAIT OF THE PATIENT WITH ACUTE SOCIAL WITHDRAWAL: RESULTS OF COHORT STUDY

I. A. FRANKOVA

The predictors of social withdrawal were investigated, pathopsychological characteristics of patients with acute social withdrawal characterized by high level of alexithymia, high index of hostility, low quality of life were identified. A direct correlation between alexithymia and hostility index was detected, high alexithymia correlated with low quality of life. Dependent behavior, high level of victimization due to effects of traumatic stress were typical. Investigation of predictors of acute social withdrawal, as well as pathopsychological features, allows to identify therapeutic targets for psychological and correction work.

Key words: loneliness, acute social withdrawal, pathopsychological examination.

Поступила 05.01.2016