

УДК 37.015.3+004.738.5+159.922.2+159.9.019.4-053.6

Прокопович Є. М., Пільгук Н. М.
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка (м. Київ)
Психологічні чинники запобігання
Інтернет-залежності підлітків

Інтернет-залежність становить особистісну характеристику як сукупність когнітивних, емоційних та фізіологічних порушень, які виявляються у поведінці, вказуючи на те, що у індивіда відсутній контроль над застосуванням Інтернету, він не в змозі припинити цей процес, значний час далі перебуває у віртуально-інформаційному середовищі, незважаючи на негативні наслідки. Показники, що констатують наявність Інтернет-залежної поведінки, виокремлюються у клінічному, психологічному та соціально-психологічному аспектах. На ґрунті їх вивчення запропоновані такі критерії Інтернет-залежності: домінантність, толерантність, компульсивність, синдром «відміни», соціальна дезадаптація.

Визначено, що основні фактори Інтернет-залежної поведінки поділяються на психологічні (безмежна можливість створювати нові образи власного «Я» та вербалізації уявлень і фантазій, порушення психофізіологічного стану, можлива загроза виникнення психічних розладів і суїцидальної поведінки); соціально-психологічні (потужне розширення меж спілкування особистості; легкість знаходження однодумців і емоційно близьких людей, задоволення потреби в належності до соціальної групи та визнання; можливість відійти від реальності); соціальні (існування сучасної людини в інформаційно насиченому середовищі: агресивність подання інформації у ЗМІ, поява нових засобів впливу на свідомість, ослаблення найважливіших соціокультурних інститутів, відсутність реально діючих соціальних програм психогігієни та психопрофілактики).

Результати констатувального експерименту виявили, що в групі підлітків з високим рівнем Інтернет-залежності кількість осіб чоловічої статі майже на третину перевищує кількість осіб жіночої. Подібний феномен можна пояснити гендерними стереотипами, специфічними для нашої країни, зокрема невираженою реакцією емансипації, недостатнім усвідомленням чоловіками своєї ролі як гендерної самоідентифікації та гіпомаскуліною поведінкою жінок в реальному житті.

Визначені основні типи поведінки підлітків в мережі Інтернет: obsesивно-пошуковий тип (спрямований на безпредметний пошук нової інформації, без прагнення отримати результат); компенсаторний тип (спрямований на компенсацію потреби у спілкуванні); емоційно-залежний тип (орієнтований на перебування в мережі Інтернет для підтримки бажаного рівня психічної активності та регулювання емоційного стану); комунікативний тип (спрямований на урізноманітнення спілкування як необхідну умову прискорення реальної комунікації); кіберсексуальний тип (зумовлений пошуком в Інтернеті сексуальної інформації).

Емпіричне дослідження виявило, що високий рівень Інтернет-залежності у підлітковому віці корелює з такими індивідуально-психологічними особливостями як-от занижена самооцінка; суб'єктивне відчуття самотності; наявність симптомокомплексу алекситимії, депресивного стану; схильність до зловживання психоактивними речовинами; зниження організаторських та комунікативних здібностей; вираженість акцентуацій характеру (переважно — гіпертична, шизоїдна, нестійка), а також поява соціальної дез-

адаптації. Мікросоціальні чинники високого рівня Інтернет-залежності пов'язані з порушеннями міжособистісної взаємодії з батьками, вчителями, однолітками. Стимулами, що провокують занурення підлітків у світ віртуальних подій, є неможливість задоволення основних потреб молоді людини у визнанні, повазі, любові з боку близького оточення; заборона бажаного, перешкоди на шляху досягнення мети; образи, обман; невміння або небажання відповідати за свої слова, дії, вчинки у реальному житті.

У процесі формувального експерименту підтверджено доцільність впровадження у психолого-педагогічну практику програми запобігання Інтернет-залежної поведінки підлітків, яка містить такі напрями: 1) розвиток особистісної та комунікативної сфери підлітків (групова дискусія, психомалюнок, рольова гра, психодрама, методи невербальної взаємодії); 2) засвоєння батьками та вчителями теоретичних основ Інтернет-залежної поведінки з розглядом основних ознак, симптомів, мотивів, динаміки розвитку аддиктивного процесу та наслідків (бесіди, лекції, консультації); 3) впровадження в діяльність шкільної психологічної служби програми попередження Інтернет-залежної поведінки підлітків.

УДК 616.831-036.66:159.96:001.8

Радченко С. М.; Панченко О. А.***
**ГУ «Научно-практический медицинский*
реабилитационно-диагностический центр
МЗ Украины» (г. Константиновка);
***Всеукраинская профессиональная*
психиатрическая лига (г. Киев)

Иновационные методы медико-психологического контроля в нейрореабилитации

Цель работы: установить критерии связи между физическим состоянием и результатами психологического тестирования.

Исследования проводили у лиц, проходивших обследование и реабилитацию в ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины».

Обследовано 200 человек в возрасте от 20 до 55 лет с различным физическим и психологическим состоянием (тревога), которые были разделены на три группы. В I (контрольную) группу вошли 50 человек в возрасте 28—52 лет, у которых состояние физическое и психологическое было в пределах нормы. Во II группу — 72 человека в возрасте 31—53 лет с изменением психологического состояния, а в III — 78 человек в возрасте 30—55 лет, с изменением и психологического, и физического состояния.

Для анализа связи физического состояния пациентов и результатов психологического тестирования был использован метод нейросетевого моделирования. В качестве факторных признаков при построении исходной модели были использованы показатели психотестов и EN-Tree M (всего 63 признака).

На первом этапе исследования была построена модель прогнозирования на основании всех 63 признаков. При оптимизации порога принятия решения модели было получено значение $Y_{crit} = 0,44$. В случае, когда в результате расчетов в рамках построенной модели получали значение $Y > 0,44$, прогнозировалась патология, в противном случае — норма.

Чувствительность модели на обучающем множестве составила 74,3 % (ДИ 58,1 % — 87,6 %), специфичность — 78,6 % (ДИ 70,1 % — 86,1 %). На тестовом множестве

чувствительность модели была 50,0 % (ДИ 12,9 % — 87,1 %), специфичность — 78,1 % (ДИ 61,7 % — 90,9 %).

Для выявления факторов, в наибольшей степени связанных с патологией, был проведен отбор наиболее значимых признаков. Для проведения отбора использовали метод пошагового исключения. В результате было отобрано 2 признака: шкала психопатизации (X_7) и работоспособность мышц (X_{36}).

Была построена модель прогнозирования. После обучения модели была проведена оптимизация порога принятия/отвержения. Получено значение $Y_{crit} = 0,809$. В случае, когда в результате расчетов в рамках построенной модели получали значение $Y > 0,809$ прогнозировалась патология, в противном случае — норма. Чувствительность модели на обучающем множестве составила 74,3 % (ДИ 58,1 % — 87,6 %), специфичность — 74,8 % (ДИ 65,8 % — 82,7 %). На тестовом множестве чувствительность модели составила 75,0 % (ДИ 34,8 % — 98,9 %), специфичность — 71,9 % (ДИ 54,6 % — 86,3 %).

При этом уменьшение количества прогнозирующих признаков от 63 до 2 не привело к снижению качества прогнозирования ($p > 0,7$), что указывает на значимость отобранных переменных.

Для выявления значимости влияния факторных признаков была построена логистическая регрессионная модель, модель адекватна ($p < 0,001$ по критерию χ^2).

Из анализа модели и результатов анализа логистической регрессионной модели следует, что увеличение показателя шкалы работоспособность мышц (X_{36}) связывается с уменьшением ($p < 0,05$) шанса отнесения (ОШ) к группе патологии (на каждую единицу увеличения показателя ОШ = 0,92 (95 % ДИ 0,87—0,97), для показателя же психопатизации (X_7) — наоборот, увеличением его значения связывается с увеличением ($p < 0,05$) шанса отнесения к группе патологии (на каждую единицу увеличения показателя ОШ = 1,13 (95 % ДИ 1,07—1,19)).

Полученные данные позволяют проводить прогнозирование патологии мышечного тонуса через призму работоспособности в зависимости от психологического состояния.

УДК 616.89-008.454-053.2/5

Рябокоть Н. О.

*ДУ «Институт охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України» (м. Харків);*

КУ «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня» (м. Суми)

Сучасний підхід до організації медично-психологічного супроводу дітей з тривожно-депресивними розладами

Протягом останнього десятиріччя в структурі психіатричної захворюваності спостерігається неухильне збільшення невротичних розладів із тривожною та депресивною симптоматикою (Марута Н. О., 2012). Депресія, тривога та змішаний тривожно-депресивний розлад (ТДР) є актуальними проблемами сучасної дитячої психіатрії (Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., 2015). Депресивні та тривожні розлади у дітей несприятливо впливають на перебіг і прогноз коморбідних соматичних захворювань, а також якість життя пацієнтів (Михайлов Б. В., 2010).

Мета дослідження — розроблення моделі профілактики, ранньої діагностики та реабілітації дітей з тривожно-депресивними розладами.

Обстежено 547 дітей віком 6—14 років, які перебували на лікуванні у соматичних відділеннях, та 114 дітей — у пси-

хоневрологічному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні, а також 997 дітей, які звернулися на амбулаторний прийом до дитячого психіатра Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру. Діагностику ТДР проводили за критеріями МКХ-10. Застосовували клініко-психопатологічний, соматоневрологічний, патопсихологічний методи, а також соціально-психологічне інтерв'ювання та анкетування.

Серед обстежених дітей з соматичною патологією ТДР виявлені у 52,7 % випадків. Найчастіше ТДР спостерігається у дітей з хворобами органів дихання — (60,6 % випадків) та органів травлення — (59,6 % випадків). У дітей з патологією системи кровообігу ТДР зафіксовані у 55,8 % випадків, з ендокринними захворюваннями — у 54,5 % випадків, з хворобами сечостатевої системи — у 27 % випадків. Серед пацієнтів психоневрологічного відділення ТДР виявлені у 47,4 % випадків. У дітей, які звернулися на амбулаторний прийом до дитячого психіатра, симптоми тривоги та депресії зафіксовані лише в 1 % випадків. Встановлено, що діти з ТДР у 100 % випадків перебували під наглядом лікарів первинної медичної ланки з соматичною патологією, проте ТДР у них не був діагностований. Після лікування у соматичному стаціонарі 64 % дітей з ТДР протягом року 2—3 рази повторно лікувалися у відділеннях з тими самими скаргами.

Дослідженням доведено, що 100 % батьків дітей з ТДР не звертали уваги на стан підвищеної тривожності та депресивні симптоми у дитини. Порушення емоційного стану та фізичні скарги вони пов'язували переважно з наявними у дитини соматичними захворюваннями.

Розроблена та апробована модель медично-психологічного супроводу дітей з ТДР. Модель включає скринінг невротичних розладів на первинному рівні надання медичної допомоги (скарги спектра тривоги та депресії), з'ясування причинних факторів, мікросоціального клімату в сім'ї, психоосвіту батьків та дітей (інформування щодо факторів формування, перебігу та лікування ТДР), психологічне консультування, психологічну корекцію (арт-терапія, ігрова терапія, казкотерапія, спрямовані на редукацію тривоги та страхів), раціональну (роз'яснювальну), когнітивно-поведінкову (планування діяльності, релаксація, розпізнавання неадаптивного мислення) та сімейну психотерапію (спрямовану на усунення сімейних конфліктів, неадекватних форм реагування, спілкування та поведінки членів сім'ї) курсами по 10—12 сеансів.

Діти з ТДР ($n = 160$) поділені на дві групи. У лікуванні дітей першої групи ($n = 125$) застосована модель медично-психологічного супроводу, діти з другої групи ($n = 35$) отримували лише фармакотерапію: нейропротектори, седативні та вегетостабілізуючі засоби (тенотен, гліцин, гліцисед, ново-пасит, седасен) без застосування психотерапії, психокорекції та сімейного супроводу (консультування, інформування та корекція порушених сімейних стосунків).

Встановлено, що лікування дітей першої групи в 100 % випадків призвело до зменшення дистресу, покращання стану в короткі терміни, тривалої ремісії як ТДР, так і соматичного захворювання. Лікування дітей другої групи було недостатньо ефективним, через 4—6 місяців їхній стан знову погіршився до попереднього рівня.

Результати цього дослідження диктують необхідність впровадження моделі медично-психологічного супроводу в реабілітацію дітей з ТДР на етапі первинної медичної допомоги. Застосування моделі сприятиме профілактиці важких резистентних форм тривоги й депресії у дітей та превенції їх психосоціальної дезадаптації.