наростання соматичних скарг, іпохондричний настрій, потреба підвищеної уваги до себе.

Висновки

Перед перериванням вагітності пацієнткам всіх груп був притаманний високий ступінь тривожності, однак ступінь нейротизму і психотизму був вищим у жінок, яким передбачалося і було проведено застосування інтраамніальних інфузій гіпертонічного розчину. Після переривання вагітності психологічний стан жінок основної групи був значно кращим, ніж у групі порівняння. Про це свідчила відсутність депресивних станів, які спостерігаються після інтраамніальних інфузій.

Список використаної літератури

1. *Личностный опросник EPI (методика Г. Айзенка) // Альманах психологических тестов. – М., 1995. – С. 217–224. 4*
2. *Миронова Е. Е. Сборник психологических тестов. / Е. Е. Миронова. – Часть I : Пособие. – 2005. – 155 с. (С. 16–18). 3*
3. *Онищук Е. Ю. Влияние прерывания беременности на психологическое состояние женщины / Е. Ю. Онищук // Перинатальная психология и психология родительства. – 2006. – №3. – С. 43–50. 1*
4. *Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : учеб. пособие: В 2 кн. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – Кн. 1. : Система работы психолога с детьми разного возраста. – 384 с. 5*
5. *Юсупова А. М. Психологические особенности и репродуктивное поведение женщин, прерывающих беременность искусственным абортом / А. М. Юсупова, В. А. Фуре, И. М. Волков // Профилактика заболеваний и укрепление здоров'я. – 2000. – №1. 2*

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОЙ СФЕРЫ ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ АБОРТ

Л.Р. Никогосян

В статье приведена сравнительная оценка эмоционально-волевой сферы женщин после прерывания беременности различными способами во втором триместре. В основную группу вошли 90 женщин, которым прерывание беременности выполняли препаратами мифепристона и мизопростола, а в группу сравнения – 66 женщин, которым прерывание беременности проводили так называемым «традиционным методом»: интраамниональным введением 20% раствора хлорида натрия. В ходе исследования выявлено, что после прерывания беременности психологическое состояние женщин основной группы было значительно лучше, чем в группе сравнения. Об этом свидетельствовало отсутствие депрессивных состояний, которые наблюдаются после интраамниальных инфузий.

Ключевые слова: беременность, аборт, депрессия, тревожность, нейротизм, психотизм.

FEATURES OF EMOTIAL AND VOLITIONAL WOMEN WHO HAD AN ABORTION

L. Nykogosyan

The article presents a comparative evaluation of the emotional-volitional women after abortion in various ways during the second trimester. The group included 90 women who performed abortion drugs mifepristone and misoprostol, and in the comparison group included 66 women undergoing abortion conducted so-called "traditional method": intraamnionalnym introduction of a 20% solution of sodium chloride. The study revealed that after abortion psychological state of women the main group was significantly better than in the comparison group. This was evidenced by the absence of depressive states, which are observed after intra-amniotic infusion.

Key words: pregnancy, abortion, depression, anxiety, neuroticism, psychoticism.

УДК 616.89:612.014

І.О. Франкова

ПСИХОСОЦІАЛЬНА МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ГОСТРОЇ СОЦІАЛЬНОЇ САМОІЗОЛЯЦІЇ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ ТРАНСФОРМАЦІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Ключові слова: соціальна ізоляція, гостра соціальна самоізоляція, психосоціальна модель розвитку.

Стаття присвячена розгляду нової дефініції – гострої соціальної самоізоляції. Дефініція розглянута в контексті психосоціальної моделі розвитку. Проаналізовано вплив біопсихосоціальних факторів та інших можливих причини виникнення даного феномена, зв'язок гострої соціальної самоізоляції з реалізацією віктимної поведінки. Також у статті звернуто увагу на клініко-психологічні особливості психічної сфери пацієнтів з гострою самоізоляцією на вибірці пацієнтів.

Поняття самітник і затворник існує в багатьох культурах з незапам'ятних часів. Але явище соціальної ізоляції стає все більш розповсюдженним саме в умовах глобальної інформаційної комунікації, що стрімко набирає обороти саме зараз. Спілкування через мережу Інтернет та за допомогою стільникових телефонів з мультифункціями скорочують потребу у особистісному контакті, що призводить до загострення соціальної ізоляції (будь-якого походження), та створює проблеми взаємодії між людьми. Все більше послуг та сервісів для споживачів стають віртуальними, а шанс зустрітися з незнайомцем в черзі прагне до нуля. Залежність від технологій, і як наслідок, формування численних нехимических аддикций є значною та актуальною проблемою в сучасному суспільстві [3].

В останні роки феномен гострої соціальної самоізоляції, вперше виявлений в Японії, отримав особливий інтерес дослідників та громадськості в усьому світі. Одне з складових соціальної ізоляції – феномен гостої соціальної самоізоляції (hikikomori) був визначений як явище,

в якому людина стає самітником в своєму власному будинку, уникаючи різних соціальних ситуацій (наприклад, відвідування школи, праці, соціальних взаємодій поза домом і т.д.), принаймні протягом шістьох місяців [20]. Такі особи, як часто повідомляється, мають соціальні контакти переважно через мережу Інтернет. [8]. У той час як дослідники дискутують чи можна вважати гостру соціальну самоізоляцію психіатричним диагнозом, практикуючі лікарі в Японії вказують, що вони розгляають цей стан як «розлад» [23], [24].

За етіологією гостра соціальна самоізоляція може бути вторинною, наприклад викликана психічними розладами, такими як: соціальна фобія, депресія, шизофренія, деменція, розумова відсталість або розлади аутистичного спектру; або хронічними фізичними хворобами чи травмами. Вторинна гостра соціальна сомоізоляція включає випадки перебування пацієнта у власному будинку через продуктивну психопатологічну симптоматику, абулію чи аутизм, викликаних шизофренією. Пацієнту з великим депресивним розладом, як правило, важко підтримувати розмову через проблеми з концентрацією уваги, зниженням вітальних функцій та ангедонією в період загострення депресії. Пацієнт з розладами харчової поведінки, особливо нервовою булімією, часто бажає уникнути поглядів оточуючих, таким чином загроза спостереження за його фігурою змушує залишатись вдома, коли вага тіла зросла всупереч очікуванням. Через страх перед панічною атакою (раптовий розвиток симптомів, включаючи серцебиття, задишку через сильну тривогу), пацієнти з панічним розладом, як правило, залишаються у приміщеннях, уникають місць, де немає можливості отримати допомогу у разі паніки (потяги чи переповнені вулиці) [19].

Проте за даними останніх досліджень коморбідність з іншими психічними розладами (афективними розладами, розладами поведінки, зловживанням психоактивними речовинами, тривожно фобічними розладами, розладами особистості) становить лише 54,5%, а в половині випадків гостра соціальна самоізоляція зустрічається без супутніх психічних розладів [15].

Саме ця половина випадків, без супутніх психічних розладів, формує группу первинної гострої соціальної самоізоляції, що не спричинена жодним з перерахованих станів, стала предметом нашого дослідження. Хоча перші випадки гостої соціальної самоізоляції були описані в Японії, попередні дослідження свідчать про те, що гостра соціальна самоізоляція може існувати й за межами цієї країни. Наприклад, в сучасній літературі їснують повідомлення про клінічні випадки, що описують наявність гострої соціальної самоізоляції в ряді інших країн [12]. Коли представлені віньєтками клінічні описи гострої соціальної самоізоляції були представлені психіатрам з дев'яти країн світу, вони повідомили, що такі випадки існували в їх клінічній практиці [13]. Проте, кросс-національних досліджень, спрямованих на виявлення гострої соціальної самоізоляції не достатньо. Причини відсутності таких досліджень можна пояснити недостатньою докладністю визначення та двозначностю описаних характеристик гострої соціальної самоізоляції [9], [11], [22], [23], [26]. Це викликає стурбованість дослідників, бо вони не можуть достовірно посилатись на одне й те саме явище. Раніше запропоноване визначення гострої соціальної самоізоляції не достатньо перевірене дослідним шляхом [24]. Але останнім часом науковці запровадили доповнення до критеріїв гострої соціальної самоізоляції, порівняльний аналіз проведеної роботи представлений в таблиці 1.

Автори сучасних доповнень критеріїв гострої соціальної самоізоляції вважають, що нові визначення долають ряд обмежень щодо попередніх [25]. По-перше, вони усувають віковий специфікатор як початок соціальної ізоляції, це може відбутися в будь-якому віці [14]. По-друге, вони включають критерій дистреса або функціональних порушень, що є спробою уникнути медикалізації простої самотності (процес, під час якого людські стани і проблеми починають визначатися і розглядатися як медичні розлади). Проте, важливим обмеженням цього робочого визначення, є відсутність надійної емпіричної бази по кожному з критеріїв і, таким чином подальше уточнення, безсумнівно, буде необхідним. Наприклад, це може бути уточнення щодо 6-місячного критерію, можливо така тривалість є занадто суворою [7].

Таблиця 1. Порівняння критеріїв гострої соціальної самоізоляції за 2010 та 2014 роки.

2010 рік	2014 рік
Більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті	Більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті
Виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи) і соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини)	В Індивіда виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи)
Соціальна ізоляція служить сильною перешкодою для особистісного і соціального функціонування в професійній, академічній, громадській діяльності або міжособистісних стосунках	В Індивіда виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини)
Людина сприймає відчуження від соціуму его-синтонним, дана поведінка може бути неприємна іншим, але не доставляє незручності самій людині	В людини соціальна самоізоляція і відчудження викликає помітний дистрес та порушує нормальне життя індивіда, перешкоджає професійному (або академічному) функціонуванню, чи міжособистісним стосункам.
Характерно для осіб у віці менше 18 років, тривалість ізоляції не менше 6 місяців	Тривалість соціальної ізоляції становить не менше 6 місяців.
Диференціальна діагностика виключає виникнення соціального відчуження з причин інших психічних розладів, таких як: соціальна фобія, депресивний розлад, шизофренія, тривожний розлад особистості	Соціальна ізоляція і відчудження не спричинена жодним з перерахованих станів: соціальною фобією, великим депресивним розладом, шизофренією або уникаючим розладом особистості.

Перший критерій гострої соціальної самоізоляції теж виглядає десь абстрактно, десь нереалістично - більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті. Насправді при гострій соціальній самоізоляції більшість людей дійсно іноді залишає своє місце проживання. Науковцями з Японії вдалося кількісно це проаналізувати, виявляється, що 86% респондентів з проявами гостої соціальної самоізоляції виходять з дому. У середньому, вони виходять 12 разів на місяць (у порівнянні з 24 разами для контрольної группи, p <0,001) і проводять 3 години протягом кожної прогулянки поза своїм помешканням (у порівнянні 9 годинами і більше в группі контролю, p <0,001) [21].

Не менш важливим питаням, що постає перед дослідниками є вивчення факторів, які можуть бути зараховані в якості причин виникнення гострої соціальної самоізоляції. Це складне явище має як соціально-психологічні, так і медико-біологічні коріння.

Сучасні наукові дослідження простежують помітний вплив генетичних та біологічних чинників на соціальні навички комунікабельності, в подальшому ця інформація може зробити вагомий внесок у вивчення етіології гострої соціальної самоізоляції [18].

Незважаючи на те, що соціально-культурні фактори розглядаються науковцями як фактори, що в значній мірі спричинюють виникнення даного феномену, попередні дослідження гострої соціальної самоізоляції в своїй більшості були зосереджені на оцінці психопатології, а набагато менше досліджень – особливо за межами Японії – вивчали психологічні особливості в більш широкому сенсі.

На нашу думку вивчення психологічних особливостей в більш широкому сенсі є не менш важливим аспектом, бо в подальшому дає можливість вивчати як предиктори, так і превентори гострої соціальної самоізоляції [13], [17]. Наші дані показують, що соціальна ізоляція і обмежені зв'язки з членами соціальних мереж є вкрай розповсюдженим явищем, що проявляється у порушенній можливості налаштовувати соціальні контакти. Людиниа з гострою соціальною самоізоляцією є інтенсивно самотньою, та має дефіцит соціальної підтримки, виявляється вона не в змозі підтримувати значущі соціальні зв'язки.

Weiss пов'язав самотність соціальної ізоляції з дефіцитом в реалізації однієї з ідентифікованих їм соціальних потреб людини, а саме, потреби в соціальній інтеграції (залученості людини в суспільне життя). Потреба в соціальній інтеграції зазвичай реалізується через відносини з друзями, з колегами по роботі, через спілкування з іншими, нехай навіть малозначущими людьми в процесі соціальної взаємодії [27]. Також в основі самотності та емоційної ізоляції лежить дефіцит в реалізації ще однієї соціальної потреби, потреби в прихильності, яку повинні задовольняти інтимні відносини (подружжя, стосунки закоханих або коханців) і відносини мати-дитя.

Психологічний шлях розвитку гострої соціальної самоізоляції значною мірою спирається на теорію прихильності [10]. Боулбі (1973, 1982) припустив, що немовлята володіють поведінковою системою прихильності, на ранніх етапах розвитку у дітей повинні були сформуватися моделі поведінки прихильності (attachment behaviors) - жести і сигнали, які забезпечують і підтримують їх близькість до опікунів (наприклад, плач, крик, усмішка, переслідування) [5], [6]. В ситуації загрози, якщо вихователі реагують адекватно, передбачуваним результатом такої сигнальної поведінки є фізична близькість між потомством і вихователем. Плач - це сигнал лиха; коли немовля відчуває біль або страх, він плаче, і батьки повинні поспішати на допомогу, щоб з'ясувати, що сталося. Ще одною прив'язуючою дією є посмішка малюка; коли малюк посміхається, дивлячись на батьків, батьки відчувають до нього любов і їм приємно бути поруч. Безпечне функціонування системи прихильності очевидно, немовлята звертаються до фігур прихильності, коли стривожені (тобто в пошуках безпечного притулку) або при дослідженні навколишнього середовища (тобто батьки дають відчуття надійної відправної точки), що дозволяє їм досягти впевненості для подальших дослідженнях навколишнього середовища.

За відсутності об'єктивної зовнішньої причини (смерть близького, розставання), причиною хронічної емоційної самотності є порушення у формуванні стилю прихильності в рамках теорії прихильності Дж. Боулбі. З самого раннього дитинства, в результаті досвіду спілкування з матір'ю та іншими вихователями, у людини формується стиль прихильності, який стає однією з важливих характеристик його особистості та, в якості такого, залишається більш-менш незмінним протягом усього життя.

Передбачається, що стиль прихильності може бути або надійний (безпечний), або амбівалентний або уникаючий. Наприклад, досвід надійної прихильності в дитинстві є предиктором здатності до емпатії, стійкості Его, здатності встановлювати соціальні контакти, в той час як уникаючий стиль прихильністі надалі проявляється в екстерналізації (наприклад агресії, проведінкових проблемах), а також інтерналізації (наприклад соціальної тривожності, психосоматичних скаргах), проблеми з поведінкою протягом усього дитинства і юності. Важливим моментом в цьому контексті є те, що надійно прив'язані діти функціонують добре, тому що у них урівноважений пошук близькості і дослідження навколишнього середовища. Чутливість об'єкта прихильності у поводженні з тривогою дитини в кінцевому рахунку, дає впевненість дитині в дослідженні нових ситуацій, а також демонструє, що іншим людям можна довіряти, інші можуть допомогти, а не нашкодити дитині в разі необхідності або біди [1].

Вважається, що якщо з дитинства у людини сформувався амбівалентний або уникаючий стиль прихильності, йому важко знайти партнера, здатного задовільнити його соціальну потребу в прихильності, та / або побудувати з таким потенційним партнером стабільні відносини. Діти з уникаючим стилем прихильності стикаються з стійким униканням емоційної близкості, неможливістю забезпечити відчуття безпеки та відторгненням з боку вихователів. При амбівалентній прихильності в ситуації дослідження навколишнього середовища дитина постійно стикалася з непослідовною та непередбачуваною реакцією батьків, то уникаючою, то надійною [4]. В останні роки інтерес вчених зосередився на дослідженні прихильність за межами дитинства та розумінні того,

як функції прихильності, почуття безпечності та можливість досліджувати нове, заводити нові відносини пов'язані зі стилем прихильності, що передається від значимих дорослих [4].

Провівши аналіз літератури щодо психологічних особливостей, а саме впливу стилю прихильності на можливість формування близьких стосунків, подальшою метою нашого дослідження стала спроба виявити предиктори гострої соціальної самоізоляції на виборці пацієтів.

Всього було обстежено 13 осіб з проявами гострої соціальної самоізоляції, серед них переважали жінки (9 осіб), середній вік звернення 24,2±5.4. Також серед респондентів переважали особи з незакінченою середньою або вищою освітою, та ті, хто не мають досвіду роботи. Всіх респондентів було умовно розділено на три группи.

- Група – пацієнти з діагнозом шизофренія F 20-29, розлади настрою F 30-39, тривожні розлади – разом 5 осіб (38.5%, потребували медікаментозного лікування), фармакотерапія є найбільш затребуваною і ефективною, супутня психотерапія та тренінг життєвих навичок рекомендований залежно від патології.
- Група – розлад особистості, хронічні форми розладу адаптації, соматоформні розлад. Дана група в першу чергу потребувала психотерапевтичної підтримки залежно від невротичних рис особистості, включала індивідуумів з розладами настрою або тривожними розладами, які в першу чергу потребували психосоціальної підтримки, ніж фармакотерапії, і склала 5 осіб (38.5%)
- Група – індивідууми з гострою соціальною самоізоляцією, котрим відповідно не був виставлений жоден з діагнозів, які не ввійшли ні в одну з перерахованих вище груп – 3 людини (23%).

Таблиця 2. Соціодемографічна характеристика пацієнтів з гострю соціальною самоізоляцією

Всього 13 обстежених	№	(%)
Стать		
Жіноча	9	69.2
Чоловіча	4	30.8
Вік		
M±SD (років)	24.2±5.4	
Minimum	16	
Maximum	35	
Вік початку гострої соціальної самоізоляції		
M±SD (років)	20.1±4.7	
Minimum	8	
Maximum	34	
Освіта		
Незакінчена средня	5	38.5
Незакінчена вища	5	38.5
Закінчена віща	3	23.0
Працевлаштування		
Постійна зайнятість	2	15.5
Часткова зайнятість	4	30.7
Нема досвіду роботи	7	53.8
Наявність прогулів у школі (ВНЗ)		
Наявні	8	61.5
Відсутні	5	38.5

Особи з розумовою відсталістю та затримкою психічного розвитку не включались в дану виборку.

Було проведено психологічне тестування та опитування 13 пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією. У ході аналізу оцінки відносин з батьками ми виявили, що у пацієнтів з первинною гострою соціальною самоізоляцією, на відміну від респондентів контрольної першої та другої групи, в ранньому дитинстві у стосунках з батьками був сформований амбівалентний стиль прихильності з точки зору теорії прихильності Дж. Боулбі. Також присутні випадки втрати батька, або розлучення батьків в ранньому дитинстві, які дитина сприймає як відторгнення з боку рідних. Аналіз відносин з однолітками та шкільних відносин виявив частіші повідомлення про досвід відторгнення однолітків, знущання і залякування в школі.

Відторгнення з боку батьків є предиктором амбівалентного стилю прихильності, який у поєднанні з сором'язливою особистістю та знущаннями і відторгненням в шкільному віці з боку однолітків сприяє виникненню гострої соціальної самоізоляції. Внаслідок амбівалентного стилю прихильності, сформованого значущими дорослими в ранньому дитинстві, надалі пацієнти відчувають труднощі у подоланні проблем в соціальних комунікаціях у зв'язку зі страхом, що змушує їх ізолюватися від соціальних взаємодій і відсторонюватися від суспільства взагалі.

Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О.О., 1984) у 13 пацієнтів с гострою соціальною самоізоляцією виявила модель ініціативної віктимної поведінки, схильність до залежної поведінки, прихильність до рольової позиції жертви та прояви засвоєної безпорадності в результаті неодноразових ситуації насильства. Для пацієнтів 3 групи на відміну від першої та другої характерною була схильність до саморуйнівної поведінки.

В ході обстеження були виділені наступні медико-психологічні характеристики осіб з гострою соціальною самоізоляцією:

- амбівалентний стиль прихильності
- досвід приниження в школі, жертви психологічного, фізичного насильста
- гіперчутливість до критики з боку інших, самооцінка знижена
- підвищений рівень базової тривожності
- низька толерантність до фрустрації, відчуття необхідності постійно боротися з невизначеною загрозою
- труднощі в зниженні емоційної напруги в умовах зневаги і насильства (алекситимія)
- вивчення особливостей темпераменту виявило значну сором'язлівість
- схильність до аутодеструктивної поведінки
- підсвідомо обирають соціальну ізоляцію як крайній спосіб адаптації до переживання відторгнення в контакті з навколишнім середовищем врезультаті віктимізації.

Виходячи з усього вищенаведеного треба підкреслити, що усі респонденти, що приймали участь дослідженні відзначили - у дитинстві вони перебували під впливом

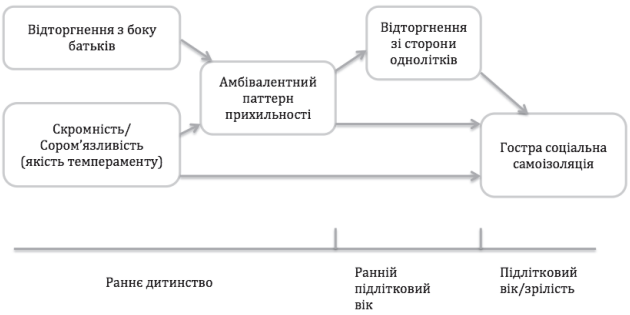

Рис. 1. Психосоціальна модель розвитку гострої соціальної самоізоляції.

значного стресу. Внаслідок впливу хронічного стресу (фізичне, емоційне або сексуальне насильство, досвід тривалої розлуки або втрати близької людини) підвищується вміст «гормону стресу» кортизолу в крові, який стимулює загибель клітин гіпокампа і викликає зниження обсягу префронтальної кори. Таким чином формується «порочне коло»: стрес підвищує рівень кортизолу, кортизол руйнує клітини гіпокампа і префронтальної кори головного мозку, що, в свою чергу, погіршує подальшу переносимість стресових ситуацій і підвищує рівень тривожності.

Безпосередньо префронтальна кора і гіпокамп - структури мозку, які беруть участь у механізмах пам'яті та емоцій. Вони беруть участь у регуляції різних емоційних станів, насамперед порівняно елементарних (базальних) емоцій (радість, горе, страх, гнів, інтерес, відраза, презирство, подив, сором, вина), і мотиваційних процесів, пов'язаних з різними потребами організму. А так само забезпечують емоційно-афективну складову свідомості, усвідомлення власного емоційного досвіду, свого Я. Базальні емоції є найважливішими засобами невербальної комунікації. У людей, яким важко розрізняти свої звичайні емоції, знижується здатність зчитувати і розпізнавати інформацію невербально, розвивається алекситимия, тобто здатність до емпатії виявляється вкрай обмеженою. Вважається, що емпатія відбувається за рахунок емоційного реагування на сприйняття зовнішніх, часто майже непомітних, проявів емоційного стану іншої людини - вчинків, мови, мімічних реакцій, жестів і так далі.

Центральні симптоми порушення зон гіпокампа і префронтальної кори характеризуються порушенням довільної регуляції поведінки, збідненням емоцій, зникненням виразних засобів (міміки тощо), зміною емоційно-особистісної та мотиваційної сфер (зникнення професійних інтересів, прихильності до рідних некритичності, зниження рівня інтересів і т. д.). Тоді будь які події (радісні чи сумні) не отримують емоційного резонансу оскільки особа фактично відчужена від навколишнього світу [2]. Наведені нейробіологічні зміни частково пояснюють особливості поведінки людей з гострою соціальною самоізоляцією.

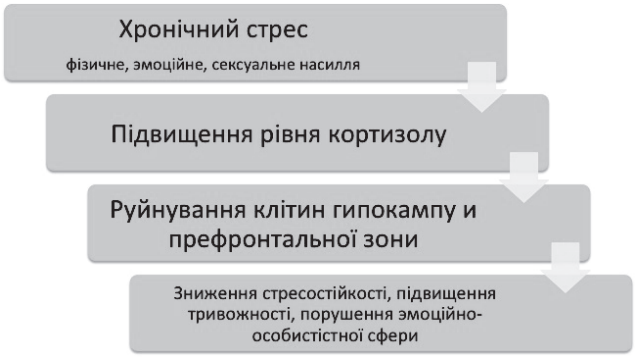

Рис. 2. Нейробіологічні основи гострої соціальної самоізоляції.

Можна узагальнити, гостра соціальна самоізоляція в умовах глобальної інформаційної комунікації – це соціальна проблема, що впливає на як на суспільство, так і на якість життя окремих пацієнтів. Поширеність, ступінь порушень і тривалість симптомів виступають за більш детальний розгляд цього психічного стану. Предиктори виникнення гострої соціальної самоізоляції, а також особливості емоційно-особистісної сфери, виявлення в ході медико-психологічного дослідження, дозволять позначити майбутні мішені психологічної корекційної роботи. В Україні раніше подібні дослідження не проводились. Наведені дані підтверджують необхідність розробки нових і вдосконалення існуючих системи заходів, спрямованих на профілактику, раннє виявлення та ефективну корекцію гострої соціальної самоізоляції.

Список використаної літератури

1. *Одиночество: попытки измерить пустоту Белова Л.В., РГАП, (США, Торонто) 2007.*http://www.google.com.ua/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CB4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.roapinfo.ru%2Farticle_06.doc&ei=IZwVVJ2VJKXMyAPA_YDIBw&usg=AFQjCNFu190e2gHEKLTUZ7W3fS0g_zTAKw&sig2=ZQFE_C7eAjRRdw2AY-Eq0w&bvm=bv.75097201,d.bGQ
2. *Лурия А. Р. Основы нейропсихологии // Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия» - 2003. — 384 с.*
3. *Чабан О.С. Соціально-психологічні синдроми нової епохи, або чим доповнює час та суспільство психологічний словник // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2008. – Том 2. №1(2) – С. 60-65.*
4. *Ainsworth, S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation / Blehar, M. C., Waters, E., Wall, S. // - 1978. Oxford, UK: Lawrence Erlbaum.*
5. *Bowlby, J. Attachment and loss // Vol. 2. Separation anxiety and anger. New York: Basic Books. - 1973.*
6. *Bowlby, J. Attachment and loss // Vol. 1. Attachment. London, UK: Tavistock (originally published 1969). – 1982.*
7. *Coplan Robert J. The Handbook of Solitude: Psychological Perspectives on Social Isolation, Social Withdrawal, and Being Alone / Julie C. Bowker // Published by John Wiley & Sons, Ltd. - 2014*
8. *De Michele, F. Hikikomori - A culture- bound syndrome in the web 2.0 era. / Caredda, M., Delle Chiaie, R., Salviati, M., & Biondi, M. // Rivista di Psichiatria, 48, 354–358. - 2013.*
9. *Garcia-Campayo, J A case report of hikikomori in Spain / Alda, M., Sobradiel, N., & Sanz Abos, B. // Medicina Clinica (Barc) - 2007. - 129, 318–319.*
10. *Granqvist P. Attachment and spiritual development in childhood and adolescence / Dickie, J. // In E. Roehlkepar- tain, P. King, L. Wagener, & P. Benson (Eds), The handbook of spiritual development in childhood and adolescence (pp. 197–210). - 2006.*
11. *Furuhashi, T. Commonalities and differences in hikikomori youths in Japan and France / Suzuki, K., Teruyama, J., Sedooka, A., Tsuda, H., Shimizu, M., Castel, P. H. // Nagoya Journal of Health, Physical Fitness & Sports, 34(1), 29–33. - 2011.*
12. *Furuhashi, T. Pathology seen in French "Hikikomori" / Figueiredo, C., Pionnié-Dax, N., Fansten, M., Vellut, N., & Castel, P. H. // Seishin shinkeigaku zasshi = Psychiatria et neurologia Japonica, 114, 1173–1179. - 2012.*
13. *Kato, T. A. Does the "hikikomori" syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A pre- liminary international investigation / Tateno, M., Shinfuku, N., Fujisawa, D., Teo, A. R., Sartorius, N., .Kanba, S. // Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 47, 1061-75. - 2012.*
14. *Kondo, N. General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres / Sakai, M., Kuroda, Y., Kiyota, Y., Kitabata, Y., & Kurosawa, M. // International Journal of Social Psychiatry, 59, 79–86. – 2013.*
15. *Koyama A. Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan / Y. Miyake, N. Kawakami, M. Tsuchiya, H. Tachimori, T. Takeshima // J. Psychiatry Res.– Vol. 176. – P. 69-74. - 2010.*
16. *Krieg A. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model / J. Dickie// Int J Soc Psychiatry. - Vol 59(1) – P. 61-72. - 2013.*
17. *Lee, Y. S Home visitation program for detecting, evaluating, and treating socially withdrawn youth in Korea. / Lee, J. Y., Choi, T. Y., & Choi, J. T. // Psychiatry and Clinical Neurosciences, 67, 193–202. - 2013.*

18. Meyer-Lindenberg, A. Neural mechanisms of social risk for psychiatric disorders. / Tost, H. // Nature Neuroscience, 15, 663–668. - 2012.
19. Natsuko Hirashima Psychopathology of Social Withdrawal in Japan // JMAJ 44(6) P. - 260–262, - 2001.
20. Saito T. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey / M. Tateno, T. W. Park, T. A. Kato, W. Umene-Nakano // BioMed Central Psychiatry. – 2012. - Vol. 12. – P.169.
21. Sakai, M Development of Hikikomori behavior checklist (HBCL) and examination of its reliability and validity / Ishikawa, S.-i., Sato, H., Sakano, Y. // Japanese Journal of Counseling Science, 37(3), 210–220. - 2004.
22. Sakamoto N. Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman / R. G. Martin, H. Kumano, T. Kuboki, S. Al-Adawi // International Journal of Psychiatry in Medicine. - 2005. Vol. 35(2). - P.191–198.
23. Tateno, M. Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: A questionnaire survey. / Park, T. W., Kato, T. A., Umene-Nakano, W., Saito, T. // BMC Psychiatry, 12, 169. - 2012.
24. Teo A.R. Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5 / A.C. Gaw // J. Nerv Ment Dis. – 2010. – Vol. 198. – P. 444 -449.
25. Teo A.R. Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries / Michael D Fetters, Kyle Stufflebam,Masaru Tateno, Yatan Balhara, Tae Young Choi, Shigenobu Kanba, Carol A Mathews and Takahiro A Kato // Int J Soc Psychiatry published online 27 May 2014 DOI: 10.1177/0020764014535758 http://isp.sagepub.com/content/early/2014/05/22/0020764014535758
26. Watts J. Public health experts concerned about "hikikomori" //The Lancet. 2002. – Vol. 359. – P. 1131.
27. Weiss Robert S. Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation / William A. Sadler // Jr. Contemporary Sociology Vol. 4, No. 2 (Mar., 1975), pp. 171-173

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СОЦИАЛЬНОЙ САМОИЗОЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ

И.А. Франкова

Статья посвящена рассмотрению новой дефиниции – острой социальной самоизоляции. Дефиниция рассмотрена в контексте психосоциальной модели развития. Проанализировано влияние биопсихосоциальных факторов и других возможных причинах возникновения данного феномена, связь острой социальной самоизоляции с реализацией виктимного поведения. Также в статье обращено внимание на клинико-психологические особенности психической сферы пациентов с острой самоизоляцией на выборке пациентов.

Ключевые слова: социальная изоляция, острая социальная самоизоляция, психо-социальная модель развития.

PSYCHOSOCIAL MODEL OF ACUTE SOCIAL WITHDRAWAL IN CONDITION OF SOCIAL AND ECONOMIC TRANSFORMATION

I. Frankova

The article discusses the new definition - acute social withdrawal. Definition is considered in the context of psychosocial development model. Analyzed the impact of biopsychosocial factors and other possible causes of this phenomenon, the relationship between acute social withdrawal and realization of victim behavior. The article also drew attention to the clinical and psychological characteristics of psychiatric patients with acute self-isolation on a sample of group of patients.

Key words: social isolation, self-imposed severe social isolation, psycho-social model of development