

Т.П. Гусева

## ПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ У ЛЮДЕЙ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАДЗВИЧАЙНІ СИТУАЦІЇ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Проблема соціальної адаптації особистості завжди є актуальною, а в умовах виникнення надзвичайних ситуацій вона постає особливо гостро. За цих умов зростає кількість постраждалих осіб. Від того, як вони змінять свою поведінку та діяльність, взаємодію із соціальним оточенням, буде залежати ступінь їх адаптованості до світу. Адаптованість є одним із критеріїв психічного здоров'я особистості.

Мета нашого дослідження полягає у створенні психологічної характеристики та окресленні проблем соціальної адаптації жертв надзвичайних ситуацій.

Під терміном «надзвичайна ситуація» слід розуміти порушення нормальних умов життя і діяльності людей на об'єкті або території, спричинене аварією, катастрофою, стихійним лихом або іншими чинниками, що призвели (можуть призвести) до загибелі людей, тварин і рослин, значних матеріальних збитків та (або) завдати шкоди довкіллю (навколишньому середовищу).

Надзвичайні ситуації негативно впливають на психічне здоров'я постраждалих, викликають в майбутньому проблеми, пов'язані із соціальною та соціально-психологічною адаптацією та реадaptaцією до змінених умов середовища.

Свідомість, психіка постраждалих додатково травмуються ще й тим, що у них різко змінюються колишні, звичні для них життєві стереотипи, коло спілкування. Ці фактори сприяють формуванню відносно стійких психогенних розладів.

Динаміка цих порушень залежить також від вирішення соціальних питань, які стоять перед постраждалими.

Соціальна адаптація розглядається в медико-психологічній літературі як пристосування індивіда до умов соціального середовища, формування адекватної системи відносин із соціальними об'єктами, рольова пластичність поведінки, інтеграція особистості у соціальні групи, діяльність щодо освоєння стабільних соціальних умов, прийняття норм і цінностей нового соціального середовища, форм соціальної взаємодії.

Труднощі соціальної адаптації особистості пов'язані з наступними факторами:

- конфліктне прийняття або неприйняття особистістю нових цінностей;
- дефіцит особистісно значущої інформації, необхідної людині для прийняття адекватних рішень;
- зміна соціального статусу особистості;
- усвідомлення неможливості змінити ситуацію;
- втрата відчуття особистої безпеки;
- виникнення посттравматичного стресового розладу.

Дуже часто людина, яка стала жертвою надзвичайної ситуації, намагається уникати всього того, що може нагадувати їй про пережите, прагне до усамітнення, використовуючи власні ресурси для зменшення травмуючого впливу.

**Висновки.** Соціальна адаптація постраждалих у надзвичайних ситуаціях передбачає усвідомлення та прийняття нових установок та цінностей у власній картині світу, гнучкість у виконанні соціальних ролей, використання власних адаптивних ресурсів і можливостей, врахування факторів соціального середовища.

Н.І. Яворська

## АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Кожного дня ми зазнаємо впливу стресових ситуацій, кожного дня ми вирішуємо: втікати, боротися чи не зважати. Результати нашого вибору отримуємо через декілька років або місяців у вигляді неприємних спогадів та інтерпретуємо це як досвід. Як інтрузії, флешбек, нічні кошмари, гіперконтроль, що вилився у посттравматичний розлад. Тут йдеться про долі пересічних людей, які протягом життя можуть мати даний розлад, і їх число становить приблизно 1–3% всього населення. А якщо говорити про стан людей під час війни і втрат, в час, коли ти не тестуєш стресову ситуацію-момент, а коли ти живеш в ній роками. Ти хочеш змінити декорацію – та не виходить, потім змінити ставлення до неї – і знову

поразка. Згодом вирішуєш зменшити інтенсивність і анестезуєш себе: «Проблема є – та це мене не хвилює. Вона руйнує – та мені байдуже...». Хорошим анестетиком [4], який продукує «легке, моментне безумство», підвищує рівень дофаміну, коли той «на нулі», є алкоголь. Для організму в цей час – це «найкращі ліки», принаймні так вирішує мозок, адже пам'ятає, як ця речовина привела «до тям». І не розуміє, що «лікуючи» один розлад – набуває інший... Враховуючи це, постає питання: всі схильні до адиктивної поведінки чи причина в іншому...?

**Мета дослідження:** визначити найпоширеніші синдроми, характерні для осіб з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). Визначити типи розладів особис-

тості [2], що схильні до адиктивної поведінки у вигляді зловживання алкоголем у осіб з ПТСР, провести аналіз терапії пацієнтів з ПТСР з надмірним вживанням алкоголю.

**Методи дослідження:** анамнестичні та клінічні дані, Міссісіпська шкала ПТСР, шкала CAPS, тест ММРІ, опитувальник мотивації вживання алкоголю, опитувальник по зовнішніх тригерах ERS2A.

Авторами було проведено консультацію 36 пацієнтам, що перебували на обстеженні та лікуванні в ТОНД протягом 3 місяців. Внаслідок проведених досліджень психіатра та психолога було встановлено, що 24 (66,6%) обстежувані особи мають ПТСР [1]. Із них 9 (37,5%) осіб – із абстинентним синдромом, 7 (29%) – з епізодичним вживанням алкоголю, 5 (21%) – із гострою неускладненою алкогольною інтоксикацією та 3 (12,5%) – з гострою алкогольною інтоксикацією, ускладненою

комою. У 24 обстежуваних з ПТСР спостерігали такі синдроми: тривожно-фобічний – 6 (25%) осіб, тривожно-депресивний – 5 (21%), істеро-іпохондричний – 8 (33,5%), астено-іпохондричний – 3 (12,5%), астено-депресивний – 2 (8%). Після проведеного тесту ММРІ було визначено, що даним хворим притаманні такі типи особистості: 11 (46%) – тривожний тип особистості, 6 (25%) – антисоціальний, 7 (29%) – демонстративний.

Таким чином, автори встановили мотиви вживання алкоголю у пацієнтів з ПТСР. Хворі, які мали прояви тривоги і ажитатії [3] у вигляді тривожно-депресивного, астено-депресивного, істеро-іпохондричного синдрому, використовували алкоголь з анксиолітичною метою, а пацієнти з антисоціальним типом у вигляді астено-іпохондричного, астено-депресивного синдрому – вживали алкоголь через нестійкість своїх потягів, мотивації та флюктууючої поведінки.

## ДАЙДЖЕСТ

### КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРОДОВЖУЄ ДЕМОНСТРУВАТИ ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРИ РІЗНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ: РЕЗУЛЬТАТИ НОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА СИСТЕМАТИЧНИХ ОГЛЯДІВ

Когнітивно-біхевіоральна терапія (КБТ) на сьогоднішній день є методом психотерапії з найбільшою доказовою базою щодо лікування психічних розладів. КБТ рекомендована різними сучасними клінічними настановами для лікування депресивних та тривожних розладів, розладу дефіциту уваги, аддикцій та ряду інших нозологій. Її використання у ролі додаткового методу терапії пов'язано з певними перевагами для пацієнтів із шизофренією та біполярним афективним розладом.

Сам метод дуже зручний для проведення дослідження – простий у використанні, зрозумілий для пацієнтів, має невелику тривалість та простий у оцінці результатів.

Не дивно, що дослідження, присвячені цьому методу, публікуються надзвичайно часто. За останні декілька місяців доказова база по КБТ поповнилась даними щодо використання при пролонгованій реакції горя, соціальної фобії, психозах, резистентних до медикаментів та використання через телефонний та інтернет-зв'язок.

Базою КБТ є виявлення та оспорювання дисфункціональних переконань, що лежать в основі емоційних та поведінкових проблем, зміна їх на раціональні. Таким чином, корекція викривленої когнітивної картини пацієнта, згідно із КБТ, лежить в основі успішного лікування пацієнтів із психічними розладами.

### КБТ, ТЕРАПІЯ «НАВОДНЕННЯМ» ТА ПРОЛОНГОВАНА РЕАКЦІЯ ВТРАТИ

Результати дослідження, опублікованого 22 вересня в журналі «JAMA Psychiatry», продемонстрували доволі несподівані результати. Відомо, що КБТ ефективна при лікуванні пацієнтів із пролонгованою реакцією втрати – стану, що охоплює близько 10% індивідів, які пережили втрату близької людини. Автори нового дослідження продемонстрували, що ефективність КБТ можна підвищити, якщо додатково використовувати терапію «наводненням» (експозиційна терапія), яка включає неодноразове переживання смерті близької людини до того моменту, поки цей стимул не буде призводити до негативних реакцій.

У дослідженні взяли участь 80 пацієнтів із пролонгованим горем, яких випадковим чином поділили на 2 групи з призначенням КБТ та експозиційною терапією або тільки КБТ. Обидві групи пройшли 10 тижневих сесій групової КБТ, пацієнтам із першої групи додатково провели 4 індивідуальні сесії терапії наводненням, а другої групи – 4 індивідуальних сесії, на яких обговорювали актуальні для пацієнта питання.

Оцінка депресії, когніцій, загального функціонування та використання Інтерв'ю для оцінки ускладненого горя після лікування показало, що використання КБТ та експозиційної терапії приводило до суттєвішого покращення в симптомах депресії та загального функціонування, ніж використання тільки КБТ.

Крім того, на 6 місяці спостереження за пацієнтами в групі КБТ + терапія «наводненням» констатували меншу частку осіб, що відповідали критеріям пролонгованого горя (14,8% та 37,9%), однак в обох групах майже однакова кількість пацієнтів все ще приймала антидепресанти.

Слід зазначити, що пролонгована реакція втрати не внесена в DSM-V. Доктор Річард Браянт (Richard Bryant), який брав участь у проведенні дослідження, підкреслює, що був лобістом внесення цього діагнозу в нову редакцію статистичної та діагностичної настанови щодо психічних розладів. Однак його пропозицію не взяли до уваги, що свідчить про те, що психіатри досі не визнають втрату як психіатричний стан та використовують «емоційний» аргумент для підтвердження