3. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ. – К.: Сфера, 1999. – Т. 1. – 300 с.

4. Неврозы / под ред. Б.Д.Карвасарского. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

5. Психиатрия, психосоматика, психотерапия. Серия: Гуманистическая психиатрия / [ред.-сост.: К.П. Кискер, Г. Фрайбергер, Г.К. Розе, Э. Вульф]; пер. с нем. И.Я. Сапожниковой, Э.Л. Гушанского. – М.: Алетейа, 1999. – 504.

6. Якунин В. А., Ахтариева Л. А., Шиян А. О. Становление студентов в процессе обучения их в вузе. // Психология и педагогика в реформе школы. – Л., 1986, № 4. – С. 20–23.

Ткач Б.М.
кандидат психологічних наук, докторант,
Інститут психології імені Г.С. Костюка
Національної академії педагогічних наук України

НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ СИМПТОМОКОМПЛЕКСИ АДИКЦІЙ

У сучасному суспільстві адиктивна поведінка є повсюдною. Деякі форми є прийнятними і бажаними для суспільства, а деякі є загрозливими. Людина має потребу час від часу відчувати зміну станів свідомості і це необов'язково задля втечі від реального буття. Для цього у суспільствах існують як прийнятні так і небезпечні форми адикцій. Незважаючи на бурхливий розвиток психології ця важлива соціально-психологічна проблема залишається ще недостатньо вирішеною. Оскільки дослідження адикцій зводиться до феноменології проявів і пошуку їхнього представлення у нервовій тканині.

Нейропсихологи та нейропсихіатри зосередилися на вивченні причетності лімбічної системи до адикції. Це цілком логічно, адже наркотичні речовини, «ізми» та «янства» впливають саме на цю частину мозку. Інші зосередилася на пошуку «соматичного маркера» появи адикцій – дисфункцій різних частин префронтальної кори, передньої цингулярної кори, мигдалин [2; 3].

У психологічній стадії адикції функціонування лімбічної системи зазнає негативної компенсаторної перебудови, виникає патологічний гомеостаз у мозку і в організмі загалом. Це по суті є третинним симптомокомплексом, коли вироблений автоматизм – сформовані міцні зв'язки між адитивними діями і відчуттями задоволення, домінантності, власної значимості тощо. У цей період адикції «гальмівні шляхи» від нижньої правої чолової закрутки до таламуса не здатні пригнітити адиктивні автоматизми [1].

Недостатньо вивченим у клінічній нейропсихології є первинні та вторинні компоненти адиктивного симптомокомплексу, а також чи всі

адикції формуються якимось одним нейробіологічним механізмом впливу префронтальної кори на лімбічну систему чи їх існує декілька.

Було проведено дослідження 50 чоловіків і 50 жінок у віці 18-55 років з типовими для нашого суспільства адикціями. Не було жодної особи із якоюсь однією адикцією зазвичай це комбінації та постійна зміна (дисоціація) форм адикцій в залежності від адиктивних трендів та тенденцій у суспільстві. Групи дослідження формувалися не на основі стохастичного методу відбору, а ті хто звертався сам, або кого добровільно привели до мене за консультативною допомогою. Тому вибірка не відображає загальні тенденції населення.

На основі стандартного клінічного інтерв'ювання була здійснена оцінка індивідуально-психологічних особливостей досліджуваних, ранжування адикцій за якістю, силою і тяжкістю та нейропсихологічне тестування.

Як відомо у нейропсихології загальноприйнятим є луріївський якісний підхід до аналізу порушень вищих психічних функцій індивіда, що дозволяє тонко характеризувати їх механізми і специфіку. Проте найголовнішим у нашому дослідженні був екологічно орієнтований підхід до нейропсихологічного тестування. Оскільки саме він дає можливість передбачати проблеми у повсякденному житті, які спричиняють до адикцій і девіацій.

У частини наших досліджуваних було виявлено легкі когнітивні розлади, недостатність комунікативних навичок, загальну дезадаптацію. Причини були як соматичні (ендокринні, інфекційні), аліментарні так і обумовлені соціальним оточенням (високе навантаження при навчанні, низькою емпатійністю референтної групи, великі вимоги на роботі, тощо) у якому перебували досліджувані.

Цікавим виявилося, що досліджувані частину власних адикцій вважали нормою свого буття і не здогадувалися про узалежнення, а інколи психологічні феномени вважали порушеннями. Проте практично у всіх присутнє не усвідомлення власних когнітивних спотворень і перебування під впливом наївного реалізму (переконання в тому, що реальний світ виглядає саме так як сприймається). Також було діагностовано диссоціальний розлад особистості; синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, синдром дефіциту уваги; нарцисичний розлад особистості; гіпобулію, набутий психопатологічний тип особистості.

Діагностика когнітивних порушень шляхом виключення альтернатив (диференційний діагноз) також не втратила актуальності при кваліфікації симптомів. Використавши цей підхід було сформовано три компоненти симптомокомплексу психічної стадії адикцій:

Первинний симптомокомплекс це мінімальні порушення функціонування передньої частини мозку. Диссоціальний розлад особистості і синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є проявами

дисфункції ***орбіто-фронтальної частини префронтальної кори –*** проявляється підвищеною розгальмованістю (імпульсивністю), емоційною лабільністю, гедоністичною мотивацією, вульгарністю, сексуальною розпущеністю, лайливістю, роздратованістю, порушенням уваги та ейфорією, нездатністю дотримуватися правил/закону при його знанні. За даними американських дослідників 80% в'язнів мають дисфункції передньої частини мозку, а з них 80% припадає на порушення функції цієї частини кори.

Нарцисичний розлад особистості є проявом дисфункції ***вентромедіальної частини префронтальної кори –*** супроводжується харизматичністю, відсутністю сорому, почуття провини, ніяковіння, емпатії та співчуття. Натомість присутні завищена самооцінка, лицемірство, безвідповідальність, екстерналізація провини, самовпевненість, егоїзм, насильство, дії носять імпульсивний характер, схильність маніпулювати та залякувати. У житті керуються лише меркантильними, а не моральними принципами і є промоутерами адикцій.

Гіпобулія; фанатизм; синдром дефіциту уваги є проявами дисфункції ***дорсолатеральної частини префронтальної кори –*** проявляється слабовольністю, підвищеною довірливістю, інтерналізацією провини, дезорієнтацією у бутті, зниженні критичності та втраті здатності дотримуватися поставленої мети. Есперименти С.Аша та С.Мілгрема в дечому пояснюють нормативний тиск соціуму і авторетитів у пропагуванні адикцій, що приводить до публічної поступливості індивіда навіть без особистого прийняття. Саме особи з дисфункцією дорзолатеральної частини префронтальної кори дуже легко піддаються впливу і стають першими серед адиктів.

Набутий психопатологічний тип особистості є проявом дисфункції ***передньої цингулярної кори –*** викликає байдужість, знижену емоційність, розгальмованість, підвищену агресивність, відсутність емпатії, застрявання на певному виді діяльності/емоції та соматичні розлади. Якщо висловитися метафорично індивід з цим порушенням «зациклюється» на певному об'єкті (емоції, алгоритму дій, світогляді) і створює безваріантні моделі буття у світі.

Вторинний симптомокомплекс представлений перебуванням під впливом наївного реалізму, домінуванням евристичного (інтуїтивного) мислення і невміння користуватися експертним мисленням (недостатні знання традиційної логіки) у повсякденному житті; низькою комунікативною компетентністю (недостатні знання символічної логіки); дезадаптацією (нездатність побачити альтернативні шляхи вирішення проблеми).

Варто наголосити, що вторинний симптомокомплекс це не багаторівневий діагноз, а порушення які виникли внаслідок наявності первинного симптомокомплексу – мінімальні порушення

функціонування передньої частини мозку. Власне вторинний симтомокомплекс у певному соціальному контексті обставин стає безпосередньою причиною запуску формування адикцій. Вибір форми адактивної поведінки носить стохастичний характер і залежить від соціального походження, ціннісно-нормативних стандартів, матеріальних можливостей та інформаційного оточення. Адикція може бути до будь-чого фізичного і метафізичного. Особи із зниженим рівнем активності мозку шукають психостимулюючу діяльність/субстанцію, особи із підвищеною – заспокійливу. Функціональний стан гіпокампа визначає якою буде мотивація: атарактивною (у осіб зі зменшеним гіпокампом) чи гедоністичною (з нормальним гіпокампом).

Третинний симптомокомплекс це власне і є адикція і патологічний гомеостаз, а адиктивні дії стають автоматичним процесом.

Рівень узалежненості не є сталим, він є змінним під впливом поточного емоційного стану, соматичного стану, життєвих обставин та зміні світоглядних моделей. Часто виникають ремісії, одні адикції витісняються іншими. Проте сталим лишається періодичне прагнення відчувати зміну станів свідомості та прагнення до ситуативного щастя. Можна б було створити математичну модель, якби не сингулярність духовного світу кожної особистості.

Отже існує кілька нейронних механізмів формування адитивної поведінки. Це при дисфункції дорзолатеральної частини – нездатність до самоорганізації та імітація поведінки інших; дисфункції орбіто-фронтальної – нездатність до самообмеження і дотримуватися поставленої мети; дисфункції вентромедіальної – відсутність емпатії і нездатність до самоусвідомлення себе через інших; передньої сингулярної кори – нездатність переключитися і побачити інші варіанти розвитку подій. Ці дисфункції та їх комбінації формують вторинний симптомокомплекс який у певному соціальному контексті стає безпосередньою причиною запуску формування адикцій. Функціональний стан гіпокампа визначає якою буде мотивація: атарактивною (у осіб зі зменшеним гіпокампом) чи гедоністичною (з нормальним гіпокампом). Вибір форми адикції має вірогіднісний характер.

Отримана інформація про нейропсихологічні симптомокомплекси адиктивної поведінка дозволяє прогнозувати поведінку конкретної людини у нових ситуаціях, а також конструювати такі соціальні ситуації, які виключають можливість ініціації процесу формування адикій в уразливих до них індивідів.

Список використаних джерел:

1. Ткач Б.М. Індивідуально-психологічні та нейропсихологічні особливості молоді з адиктивною поведінкою: Автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Б.М. Ткач; Ін-т психології ім. Г.С.Костюка АПН України. – К., 2006. – 20 с.

2. Amar M.B. La toxicomanie. (Collection «Médecine»). – Monreal: Les Presses de l'Universite de Monreal, 2015. – 428 p.

3. The ASAM Principles of Addiction Medicine (Fifth Edition) / [Ries R.K., Fiellin D.A., Miller S.C., Saitz R.]. ASAM. 2014. – 1795 p.

Уніченко А.В.
аспірант,
Міжрегіональна академія управління персоналом
Паначук А.Ю.
школярка,
Середня загальноосвітня школа № 184, м. Київ

ОЦІНКА І КОРЕКЦІЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ СТАРШОКЛАСНИКІВ

За останні роки в Україні значно зросло соціально-психологічне та економічне напруження. Це, в першу чергу, відбивається на старшокласниках, оскільки окрім підвищеного енерго-інформаційного навантаження, зросли вимоги до них по завершенню навчальної програми. Крім того, у більшості учнів мотивується бажання успішно закінчити школу і вступити до ВНЗ, тому виникає необхідність додаткової підготовки до здачі не тільки державних іспитів, а й зовнішнього незалежного тестування на високі бали. На жаль, більшість старшокласників виявляються не готовими до подібних навантажень не тільки в силу браку часу, підвищеної зайнятості, високих вимог навчальної програми, складної соціально-політичної обстановки, а й в результаті підвищеної гормональної активності і особистісних особливостей учнів старших класів. Тож наслідком такого поєднання можливий розвиток у старшокласників тривожних і депресивних розладів. Саме тому аналіз особистісних характеристик учнів є актуальним завданням. Він дозволяє виявити учнів, схильних до розвитку патологічних реакцій та допомогти їм подолати навантаження і попередити розвиток розладів.

Метою нашого дослідження було:

• вивчення і аналіз особистісних особливостей старшокласників;

• виявлення учнів, схильних до розвитку тривожних і депресивних розладів;

• розробка профілактичних заходів.

Для оцінки психологічного стану старшокласників були використані психометричні таблиці: для оцінки рівня депресії таблиця А. Бека, для оцінки рівня тривожності – опитувальник Спілберга-Ханіна.