



Фактори, що передують виникненню первинної та вторинної гострої соціальної самоізоляції

Франкова І.¹

¹Кафедра психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Анотація

Актуальність. Стрімко набирає обороти явище гострої соціальної самоізоляції (ГСС), феномен, для якого характерно повне усамітнення/відчуження від суспільства протягом 6 місяців або довше. Попередні дослідження ГСС включали пацієнтів з психічною патологією та зосереджувались на патопсихологічних особливостях вторинної ГСС, викликаній депресією, соціальною фобією, булімією.

Мета. Підвищити ефективність диференційної діагностики гострої соціальної самоізоляції різної етіології (первинної і вторинної) на основі вивчення етіопатогенетичних факторів формування та особливостей патопсихологічних проявів.

Методи та матеріали. На базі кафедри психосоматичної медицини і психотерапії НМУ імені О.О. Богомольця було обстежено пацієнтів з ГСС (n=70): тих, хто мали психічні розлади (n=42) – перша експериментальна група (ЕГ1), та друга (ЕГ2) - психічно здоровий контингент з проявами гострої соціальної ізоляції (n=28). В якості групи контролю (КГ) було обстежено 56 психічно здорових людей без проявів ГСС. Були застосовані наступні методики: опитувальник агресивності Басса-Даркі, методика дослідження схильності до віктимної поведінки, Торонтська алекситимічна шкала, TAS-26, опитувальник акцентуованих рис особистості Леонгарда – Шмішека, опитувальник травматичних ситуацій, LEQ, шкала оцінки рівня якості життя.

Результати. ЕГ та КГ за ступенем значимості (за Т-критерій) були виявлені наступні особливості: рівень алекситимії в ЕГ значимо вищий ніж у КГ (p<0,005); оцінка якості життя в ЕГ значимо нижча ніж в КГ (p<0,005); за опитувальником Леонгарда – Шмішека у ЕГ показники неврівноваженість, гіпертимність, дистимічність, тривожність (p<0,005), педантичність (p<0,05); демонстративність (p<0,1) були значимо вищі ніж у КГ; за опитувальником агресивності Басса-Даркі такі показники, як образа (p<0,005), роздратованість (p<0,05), підозрілість (p<0,05) та індекс агресивності, ІА (p<0,05), були статистично значимо вищі ніж у КГ; опитувальник травматичних ситуацій виявив, що показник впливу травматичних подій (p<0,05) та індекс травматичності (ІТ) (p<0,05) статистично значимо вищий ніж у КГ. В результаті порівняння кореляційних матриць ЕГ1 та ЕГ2 було виявлено, що групи розрізняються як за кількістю статистично значущих зв'язків, так і за кореляційною структурою.

Висновок. В ході дослідження були вивчені патопсихологічні особливості пацієнтів з ГСС у порівнянні зі здоровим контингентом. Була підтверджена гіпотеза про те, що патопсихологічно пацієнти з ГСС без психічної патології відрізняються від пацієнтів з ГСС та психічною патологією та мають інші передумови формування даної поведінки.

Ключові слова: гостра соціальна ізоляція, хікікюморі, самотність

1 Актуальність

Останнім часом багато країн мають схожі соціально-економічні умови, за часів стрімких соціальних змін, фінансової незахищеності, економічних криз, зниження рівня працевлаштування та зростання безробіття, зниження соціальної мобільності серед молоді і широкого використання Інтернету та віртуальної реальності почастишали повідомлення про явище гострої соціальної самоізоляції (ГСС) і Україна не є виключенням [1].

Поняття самітник і затворник існує в багатьох культурах з незапам'ятних часів. Але явище *соціальної ізоляції* стає все більш розповсюдженим 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 [2].

Феномен ГСС описує психопатологічний і соціологічний феномен, для якого характерно повне усамітнення/відчуження від суспільства протягом 6 місяців або довше, не через психоз або розумову відсталість. Це поведінка, що містить як елементи соціального відчуження (без участі в житті суспільства, уникання відвідань навчання чи роботи, принаймні шість місяців) так і соціальної ізоляції (припинення відносини поза сім'єю під час ізоляції).

За етіологією гостра соціальна самоізоляція може бути вторинною, наприклад викликана психічними розладами, такими як: соціальна фобія, депресія, деменція або розлади аутистичного спектра; або хронічними фізичними хворобами чи травмами. Пацієнту з великим депресивним розладом, як правило, важко підтримувати розмову через ангедонію, проблеми з концентрацією уваги чи внаслідок зниження вітальних функцій в період загострення хвороби. Пацієнт з розладами харчової поведінки, особливо нервовою булімією, часто бажає уникнути поглядів оточення, бо загроза спостереження за його фігурою змушує залишатись вдома, коли вага тіла зросла всупереч очікуванню. Через страх перед панічною атакою (раптовий розвиток симптомів, включаючи серцебиття, задишку через сильну тривогу), пацієнти з панічним розладом, як правило, залишаються вдома, уникають місць, де немає можливості отримати допомогу у разі нападу [3].

За даними досліджень коморбідність з іншими психічними розладами (афективними розладами, розладами поведінки, зловживанням психоактивними речовинами, тривожно фобічними розладами, розладами особистості) становить 54,5%, а в половині випадків гостра соціальна самоізоляція зустрічається без супутніх психічних розладів [4]. Помітна кількість випадків із значною психопатологією не відповідають критеріям психічних розладів, що зазначені у міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10 або DSM-5). Ступінь порушень соціального функціонування та тривалість симптомів виступають за більш уважний розгляд даного феномену. Ідіопатична (первинна) соціальна самоізоляція все частіше стає випадком резистентного лікування. Це є серйозною і актуальною проблемою в клінічній практиці через те, що медикаментозна терапія дає лише частковий ефект, впливаючи на симптоми депресії або тривоги, та має обмежений вплив на соціальне відчуження [5]. Й досі важливим питанням лишається визначення факторів, що передують розвитку і перебігу первинної гострої соціальної самоізоляції, тому що таке знання дало б ключ до організації медичної допомоги цієї психопатології.

Попередні дослідження ГСС включали пацієнтів з психічною патологією та зосереджувались на патопсихологічних особливостях вторинної ГСС (наприклад порівнювались пацієнти, що мали соціальний тривожний розлад з та без ГСС) [6]. Дослідження, що включають пацієнтів з первинною та вторинною ГСС, не ставили за мету порівняння цих груп для диференціації даної поведінки, через обмежену кількість представників з первинною ГСС (n=5, n=10) [4],[7]. Відповідно описані моделі розвитку ГСС також були побудовані на вивченні змішаних когорт пацієнтів з первинною і вторинною ГСС [7]. Тож важливість вивчення патопсихологічних особливостей пацієнтів з ГСС полягає у підтвердженні або спростуванні гіпотези про те, що саме наявність або відсутність психічної патології обумовлює клінічний перебіг і прогноз хворобливого стану через різні передумови його формування.

Мета дослідження: підвищити ефективність диференційної діагностики гострої соціальної самоізоляції різної етіології (первинної і вторинної) на основі вивчення етіопатогенетичних факторів формування та особливостей патопсихологічних проявів для подальшої корекції даного стану.

2 Методи та матеріали дослідження

2.1 Методики оцінки стану пацієнтів

Самотність це тривалий стан емоційного дистресу, який виникає, коли людина відчуває себе відчуженим, неправильно зрозумілим, чи відкинутим іншими. Виходячи з того, ми припускаємо наявність в анамнезі ситуацій спрямованої агресії та відторгнення від оточення, а також переживання таких ситуацій як травматичних і допускаємо, що в таких ситуаціях людина може відчувати себе жертвою. Для оцінки віктимної поведінки нами була обрана методика дослідження схильності до віктимної поведінки Андроннікової О.О. [8]. Для оцінки рівня травматизації протягом життя, оцінки інтенсивності переживання психотравмуючих подій та їх впливу на життя застосовувався «Опитувальник травматичних ситуацій» - Life Experience Questionnaire, LEQ (Norbeck, 1984; Sarason et al, 1978), адаптований Н.В. Тарабаріною з колегами [9]. В літературі наявність травматичного досвіду асоційоване з алекситимією, рівень алекситимії вимірювався за допомогою Торонтської шкали алекситимії (TAS-26, G.J. Taylor et al., 1985) [10]. Виходячи з гіпотези, що соціальні ізолянти внаслідок алекситимії й травматичного досвіду, обирають соціальну ізоляцію, як спосіб адаптації до агресивного навколишнього середовища, то для них більш характерна непряма агресія (образа, підозрілість) ніж пряма агресія. Дослідження агресивності проводилося за допомогою опитувальника агресивності Басса – Даркі, 1957 р., англ. Buss - Durkee Hostility Inventory, скор. BDHI, стандартизований А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевим і Ю.А. Кузнєцової в 2005 році. У разі впливу несприятливих факторів, риси особистості можуть набувати патологічного характеру, руйнуючи структуру особистості і порушуючи адаптацію до навколишнього середовища. Відповідно для психологічного аналізу вищезазначених сфер особистості був обраний Тест Леонгарда-Шмішека в адаптації Блейхера В.М., 1973. В ході дослідження також було висунуто припущення, що гостра соціальна ізоляція впливає на рівень якості життя пацієнтів з соціальною ізоляцією та буде нижче в експериментальній ніж у контрольній групі. Рівень якості життя досліджувався за допомогою шкали оцінки якості життя (Чабан О. С.)

Методи статистичної обробки проводили за допомогою методів описової статистики, критеріїв Стьюдента для незв'язаних перемінних та однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA. Дані представлені як середнє \pm стандартне відхилення (SD) для безперервних змінних та чисел (відсотків) для категорійних змінних. Статистично значущим вважалося значення імовірності $p < 0,05$. Кореляцію визначали методом Пірсона для двосторонньої змішаної моделі. При аналізі використовували пакети програм IBM SPSS Statistics Version 22, Copyright IBM Corporation, 2013.

2.2 Матеріали дослідження

Дослідження проходило на клінічній базі кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця. В ході дисертаційного дослідження було обстежено 126 людей. Пацієнти, з проявами гострої соціальної самоізоляції ($n=70$), що відповідали критеріям включення (дивись Додаток 1) склали експериментальну групу (ЕГ), яку ми поділили на дві: пацієнтів, з психічними розладами та проявами ГСС, що проходили амбулаторне або стаціонарне лікування на базі психоневрологічного відділення ($n=42$) – перша експериментальна група (ЕГ1) та друга експериментальна група (ЕГ2) - психічно здоровий контингент з проявами гострої соціальної ізоляції ($n=28$). Психіатричний діагноз виставлявся психіатром у відповідності до МКХ-10. **Критеріями виключення** стали: шизофренія, деменція, розумова відсталість, синдром Аспергера, розладами аутистичного спектра, та ГСС, що була викликана хронічними фізичними захворюваннями. В якості групи контролю (КГ) було обстежено 56 психічно здорових людей без проявів соціальної ізоляції. Основна група та група порівняння були репрезентативні по статі та віку.

3 Результати

3.1 Демографічні показники

За віком та статтю групи не мають суттєвих розбіжностей (табл. 1, табл. 2). А от аналіз демографічних даних виявив розбіжності між ЕГ та КГ. Пацієнти з ГСС переважно були одинаками, мали незавершену вищу осві-

ту та не працевлаштовані або влаштовані не за наймом (free-lance) (табл. 2).

Середній вік виникнення гострої соціальної самоізоляції в ЕГ склав 21,3 ($\pm 6,3$) роки (ЕГ1: 20,5($\pm 5,9$) ЕГ2: 22,7($\pm 6,9$). Щонайменше один діагноз у ЕГ мали 60% пацієнтів (n=42). Розлад особистості (15,7%), ПТСР (11,4%), великий депресивний розлад (7,2%), соціальна фобія (7,2%), обсесивно-компульсивний розлад (7,2%), булімія (4,2%) були найрозповсюдженішими.

3.2 Обстеження по шкалах

У ході порівняння ЕГ та КГ за ступенем значимості (за Т-критерій) були виявлені наступні особливості:

- рівень алекситимії в ЕГ значимо вищий ніж у КГ ($p < 0,005$); ($M=71,7$, $SD=10,7$ vs $M=61,2$, $SD=13,4$);
- оцінка якості життя в ЕГ статистично значимо нижча ніж в КГ ($p < 0,005$); ($M=12,5$, $SD=3$ vs $M=19,3$, $SD=3,5$);
- за опитувальником акцентуєваних рис особистості Леонгарда – Шмішека в ЕГ показники неврівноваженість, гіпертимність, дистимність, тривожність ($p < 0,005$); педантичність ($p < 0,05$); демонстративність ($p < 0,1$) були значимо вищі ніж у КГ;
- за опитувальником агресивності Басса-Даркі такі показники, як образа ($p < 0,005$); роздратованість ($p < 0,05$); підозрілість ($p < 0,05$) та, як наслідок індекс агресивності, ІА ($p < 0,05$); були статистично значимо вищі ніж у КГ; (ІА $M=22,7$, $SD=7$ vs $M=18$, $SD=7,4$);
- опитувальник травматичних ситуацій виявив, що показник впливу травматичних подій ($p < 0,05$) та ін-

декс травматичності (ІТ) ($p < 0,05$) статистично значимо вищий ніж у КГ (ІТ $M=2,97$ $SD=0,95$ vs $M=2,23$, $SD=1$).

Рівень алекситимії в чоловіків в середньому вищий ніж в жінок в усіх групах дослідження (табл. 3). Психологічна характеристика пацієнтів експериментальної групи включає наступні особливості: труднощі у визначенні та описі (вербалізації) власних емоцій і емоцій інших людей; труднощі в розпізнаванні емоцій і тілесних відчуттів; зниження здатності до символізації, зокрема до фантазії; фокусування переважно на зовнішніх подіях, в меншій мірі внутрішнім переживанням; схильність до конкретного, утилітарного, логічного мислення при дефіциті емоційних реакцій.

У відповідності до опитувальника травматичних ситуацій (LEQ) було виявлено гендерну відмінність, сума травматичних подій за життя(а), сумарний показник впливу травми(б) та індекс травматичності(с) серед жінок усіх груп дослідження (ЕГ та КГ) був вищим ніж у чоловіків ($p \geq 0,05$). Виявлено статистично значущу відмінність між показниками впливу травми між ЕГ та КГ (за рахунок ЕГ 2 чоловіків (ЕГ1 $7,71 \pm 5,4$ vs ЕГ2 $19 \pm 11,5$), хоча сума травматичних подій статистично не відрізнялась між усіма групами дослідження). Вплив травми пацієнти з ГСС без психіатричного діагнозу оцінили значимо вище, ніж у ЕГ 1 та КГ. Індекс травматичності виявився статистично значимо вищим ($p=0,019$) у ЕГ ніж у КГ, що свідчить про наявність ознак травматичного стресу (табл. 4).

Порівнюючи ЕГ1 та ЕГ2 за Т-критерієм значущості відмінностей середніх: значущими в середньому були тільки за показниками шкали агресивної поведінки Басса-Даркі: фізична агресія ($p < 0,05$) та негативізм ($p < 0,05$).

3.3 Основні результати порівняння кореляційних матриць ЕГ1 та ЕГ2.

В результаті аналізу виявлено наступне:

1. Групи розрізняються як за кількістю статистично значущих зв'язків, так і за кореляційною структурою. Кількість таких зв'язків інтерпретується як складність кореляційної структури групи (табл. 5).

Табл. 1: Вік у КГ та ЕГ.

Група	n	Середня (SD)	Min	Max
КГ	56	26,8 (9)	19	46
ЕГ	70	25,4 (6)	18	40
ЕГ 1	42	25,2 (5,6)	18	39
ЕГ 2	28	25,6 (6,8)	19	40

SD - стандартне відхилення

2. У групі без діагнозу таких зв'язків суттєво менше (68 проти 78). Тож можна стверджувати, що її структура є простішою. Одна з можливих причин – недосформованість кореляційних структур даної групи.
3. Якщо у групі без діагнозу найбільше зв'язаною виявилася одна характеристика «афективність/екзальтованість» (7 значущих кореляцій), то у соціально ізольованих з діагнозом їх дві – «індекс ворожості» та «образа» (по 8 значущих кореляцій).
4. Відзначимо, що найбільш значуща характеристика з першої групи «афективність/екзальтованість», взагалі не була виявлена у значущих зв'язках другої

Табл. 2: Демографічні дані пацієнтів з ГСС та КГ

		ЕГ		КГ	
		n	% (між групами)	n	% (між групами)
Стать	Чоловік	24	34,3	22	39,3
	Жінка	42	65,7	34	60,7
Сімейний статус	Одинок	48	68,6*	22	31,4
	В стосунках	14	38,9	22	61,1
	Одружений/на	8	44,4	10	55,6
	Розлучений/на	0	0	2	100
Рівень освіти	Середня незавершена	2	100	0	0
	Середня завершена	12	35,3	22	64,7
	Технічна	4	33,3	8	66,7
	Вища незавершена	28	82,4*	6	17,6
	Вища завершена	24	54,5	20	45,5
Зайнятість	Безробітній	38	67,9*	18	32,1
	Часткова зайнятість	16	50	16	50,0
	Повна зайнятість	6	21,4	22	78,6
	Не за наймом	10	100*	0	0

Табл. 3: Ступінь вираженості алекситимії за TAS-26 в ЕГ та КГ

Група дослідження	Стать	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)
ЕГ	Чоловіки	74,5	9,9
	Жінки	70	11,1
	Разом	71,7	10,7
ЕГ 1	Чоловіки	74,7	11,9
	Жінки	68,8	11,4
	Разом	70,7	11,6
ЕГ 2	Чоловіки	74,3	7,9
	Жінки	72,6	10,7
	Разом	73,4	9,2
КГ	Чоловік	64,8	13,3
	Жінка	58,6	13,3
	Разом	61,2	13,4

групи, що може засвідчувати про якісні відмінності у кореляційних структурах двох груп.

5. Звертають на себе увагу характеристики з максимальною кількістю найсильніших зв'язків ($r < 0,01$). У групі з діагнозом вони збігаються з найбільш зв'язаними характеристиками – «індекс ворожості» та «індекс агресивності» (усього 6 значущих кореляцій) мають по 4 сильних зв'язки, «образа» – 3. У групі соціально ізольованих без діагнозу ситуація кардинально інша. Кількісно найбільш значуща характеристика «афективність/екзальтованість» має лише один сильний зв'язок з восьми. Найсильнішою же виявилася «сума травматичних подій», яка має 4 сильних зв'язків з 4 значущих. На другому місці тут виявилася характеристика «застрагання», в якій 3 сильних зв'язки з трьох.
6. На рис. 1 представлено кореляційні графи (плеяди), отримані за кореляційними матрицями. На рисунках отримуємо візуальне підтвердження твердження про недосформованість кореляційної структури у групі соціально ізольованих осіб без діагнозу. Так, сукупність характеристик «сума травматичних подій», «підозрілість», «індекс ворожості», «сума впливів травматичних подій», «циклотимність» наявно не складаються у явно виражену групу, оскільки три з вказаних характеристик пов'язані з іншими: «циклотимність» з «афективністю», «дратівливістю» й «збудливістю»; «сума впливів травматичних подій» з «індексом травматичності»; «індекс ворожості» з «емотивністю».
7. В іншій групі маємо щонайменше одну чітко виражену структуру й дві виражені у меншій мірі. На рис. 2 ця структура визначається характеристиками «сумою травматичних подій», «сумою впливів травматичних подій», «гіпертимністю» й обернено пов'язаним з ними показником «алекситимії». Відзначимо, що обернений зв'язок «гіпертимності» і «дистимності» є природним і може не братися до уваги в контексті рішення поставленого завдання. Одним з підтверджень природності вказаного зв'язку є значущі зв'язки з характеристикою «Якості життя» в обох групах. Так, у групі без діагнозу з нею обернено пов'язана «дистимність», то в іншій групі – вже прямо зв'язана «гіпертимність».

8. Наступна візуально виявлена кореляційна структура групи з діагнозом включає характеристики «індекс ворожості», що підкріплюється «індексом травматичності», «дистимність», «підозрілість», «негативізм», «реалізовану віктимність», «застрагання» і «образливість». Остання, у свою чергу зв'язує «дратівливість», «збудливість», «непряму агресію» й загальний «індекс агресивності».
9. Нарешті, чітко візуально виокремлюється структура характеристик, пов'язаних з агресивністю.

4 Дискусія

Для пацієнтів, що мали психічний розлад та соціальну ізоляцію (ЕГ1) сума травматичних подій та їх вплив на життя були обернено пов'язані з рівнем алекситимії. Тобто люди, що зберігають можливість розрізняти свої почуття та переживання зазначали більшу кількість травматичних подій, і усвідомлювали їх вплив на життя. Але ця конструкція відокремлена від інших показників у кореляційній матриці. Відносно цієї категорії пацієнтів складно застосувати теорію, що травматичні події вплинули на прояви алекситимії, агресивності, віктимної поведінки чи риси особистості.

Розподіл інших зв'язків здається логічним, рівень фізичної, вербальної та непрямой агресії формують індекс агресивності, що у поєднанні зі збудливістю та дратівливістю формують агресивну реакцію назовні, як захисну, але це може посилювати самотність. Образливість, а через застрагання на образі – підозрілість, недовіра та негативізм впливають на підвищення індексу ворожості, а як наслідок - реалізовану віктимність, що проявляється у агресії направлених в середину. Серед людей з проявами вторинної ГСС спостерігається злість на себе за свою неповноцінність і за те, що вони не можуть подолати свою проблему. Розповсюджені аутоагресивні дії (вони наносять собі рани, вчиняють спроби самогубства), стають агресивними, виявляють ворожість до своїх батьків та родичів, особливо коли ті вимагають від них вийти зі своїх квартир. Все це знижує можливість забезпечити собі адекватний психологічний захист, піклуватися про свою безпеку. Дані особи не усвідомлюючи того, стають жертвами насилля повторно (ре-віктимізація). Людина з вторинною гострою

Рис. 1: Кореляційний граф (плеяди) для експериментальної групи без діагнозу (ЕГ2).

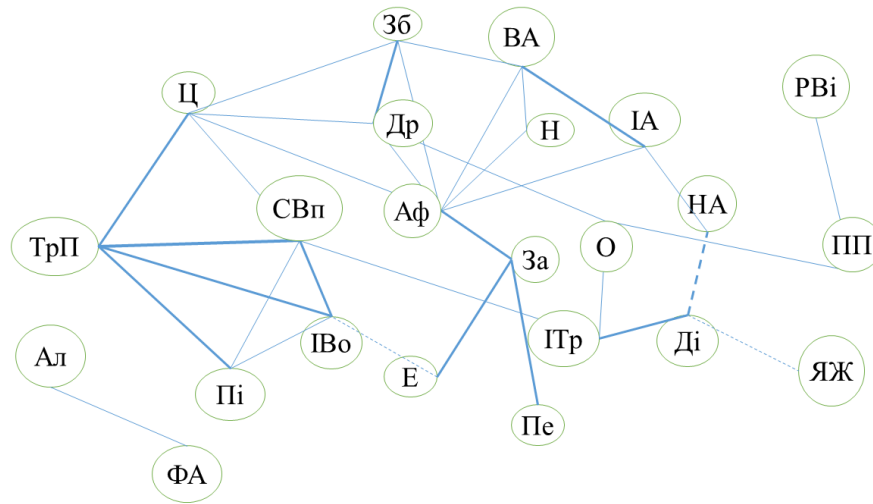
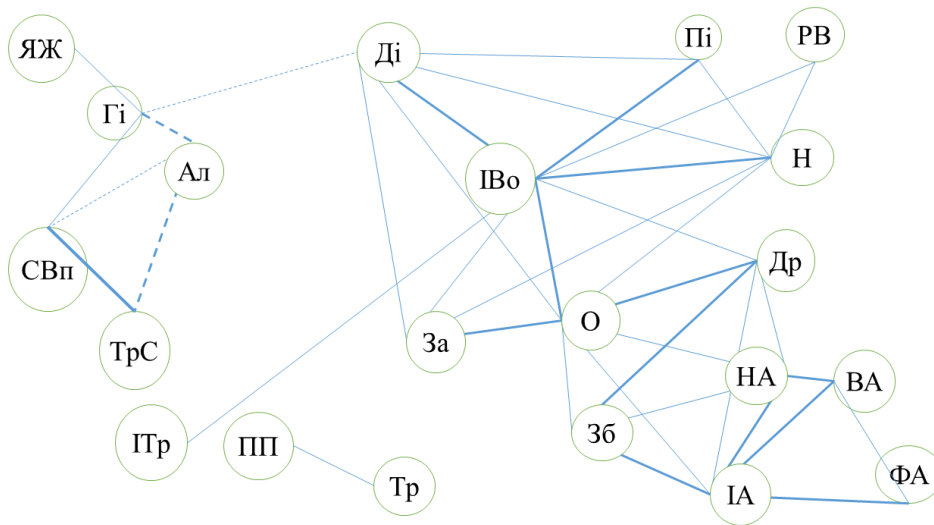


Рис. 2: Кореляційний граф (плеяди) для експериментальної групи з діагнозом (ЕГ1).



соціальною самоізоляцією є інтенсивно самотньою та має дефіцит соціальної підтримки, вона втрачає можливість підтримувати значущі соціальні зв'язки через неповноцінність, ранимість, страх та сором за свій стан.

Щодо пацієнтів з первинною ГСС вимальовується зовсім інша картина. Тут найсильнішою виявилася «сума травматичних подій». Чим вища кількість травматичних подій та вищий їх вплив на теперішнє життя (як наслідок, у житті присутній травматичний стрес) тим вищий рівень циклотимності з одного боку, індексу ворожості та підозрливості з іншого боку, що спричинює ізоляцію від травматизуючого оточення. Чим вищий індекс травматичності тим вища дистимність (песимізм, замкнутість, знижений настрій), вища дистимність пов'язана нижчою якістю життя.

На другому місці за силою значущості виявилася характеристика «застрагання», вона пов'язана з кількісно найбільш значущою характеристикою «афективність/екзальтованість» таким пацієнтам притаманна висока пластичність, швидкість протікання психічних процесів. Вони інтенсивно реагують на будь-які (навіть незначні) події, впадаючи при цьому то в депресію, то в ейфорійні крайності - від самого похмурого до самого мрійливого і щасливого стану. Навіть незначний страх охоплює всю натуру екзальтованої людини. Стресогенним для цього типу є публічні вказівки на їх фізичні або інші недоліки; спосіб боротьби зі стресом - вербальна агресія. Але у поєднанні з застраганням, яке характеризується схильністю довго переживати сильні почуття: образу, гнів, страх, особливо, коли вони не були виражені в реальному житті через будь-які зовнішні обставини (чи через високий рівень алекситимії), ми спостерігаємо дійсно дезадаптивний патерн поведінки. Ці почуття можуть не затухати або спалахувати з новою силою через тижні, місяці, навіть роки. В пацієнтів спостерігається ослаблений самоконтроль (роздратованість, збудливість); як результат уникання труднощів. А внаслідок педантичності супротив змінам, через те, що важко переключатися на будь-що нове.

Афективність/екзальтованість у поєднанні з циклотимністю, дратівливістю, збудженням та негативізмом, як ми спостерігали на рис. 1, призводять до підвищення індексу агресивності за рахунок саме вербальної агресії. Типовий спосіб справлятися зі стресом для застрагаючої особистості: ворожість, агресивність; прояв підвищеної обережності; усамітнення; набуття сен-

су життя у власній діяльності, мало залежної від інших людей. Пацієнти з первинною ГСС глибоко і довго переживають життєві враження, епізоди взаємних відносин як позитивного, так і негативного змісту в силу емотивності. Душевні потрясіння можуть досить сильно вплинути і викликати депресію, при цьому тяжкість депресії відповідає тяжкості події. Стресогенні ситуації, що призводять до таких реакцій: асоціальна поведінка оточення; грубість, черствість; байдужість до емоційного стану; відсутність теплих емоційних зв'язків; хвороба або втрата (фізична і психологічна) близьких людей. Травматизація змінює риси, проявляється більше в афективності, циклотимності, застраганні та педантизмі.

В ході вивчення предикторів виникнення гострої соціальної самоізоляції було встановлено, що біопсихосоціальний підхід дає найбільш повну відповідь на це питання. До біологічних факторів відносять особливості темпераменту (сором'язливість), психологічні чинники включають труднощі в школі, такі як знущання, досвід фізичного та емоційного насильства з боку однолітків або відчуття невдачі на своєму робочому місці. До соціальних чинників відносять фактори навколишнього середовища, такі як надмірно опікаючий стиль виховання і виховання в дисфункціональних сім'ях [11].

Психологічний шлях розвитку гострої соціальної самоізоляції значною мірою спирається на теорію прихильності [12]. За об'єктивної зовнішньої причини (смерть близького, розставання), причиною хронічної емоційної самотності є порушення у формуванні стилю прихильності. Унікаючий стиль прихильності надалі проявляється в екстерналізації (наприклад агресії, поведінкових проблемах), а також інтерналізації (наприклад соціальної тривожності, психосоматичних скаргах), проблемах із поведінкою протягом усього дитинства і підліткового віку [13]. Вважається, якщо з дитинства у людини сформувався амбівалентний або унікаючий стиль прихильності, йому важко знайти партнера, здатного задовольнити його соціальну потребу в прихильності, та/або побудувати з таким потенційним партнером стабільні відносини. Діти з унікаючим стилем прихильності стикаються з стійким униканням емоційної близькості, відторгненням з боку вихователів, неможливістю забезпечити їм відчуття безпеки. Крім того, в ситуації дослідження навколишнього середовища вони постійно стикаються з непослідовною та непередбачуваною реакцією батьків (амбівалентна

прихильність) [14].

Соціальна ізоляція ставить за мету захистити тендітну самооцінку, самотність так само асоціюється із заниженим відчуттям власної гідності і самозвинуваченням в ситуаціях соціальних невдач. Соціальна взаємодія є центральним джерелом зворотного зв'язку від оточуючих і формує уявлення про себе, деякі люди з низькою самооцінкою обирають дисфункціональні міжособистісні стратегії через бажання звести до мінімуму ризики негативних зворотних зв'язків. Відчуження від соціуму і уникання міжособистісних відносин позбавляє від загрози критики або знецінення, ліквідує соціальні контакти взагалі. Таким чином, важливо розуміти, що мотивація уникнути загрозової оцінки та знецінення в свою адресу може бути сильніше, ніж мотивація на відновлення соціальних відносин [15].

5 Висновок

Тож в ході дослідження були вивчені патопсихологічні особливості пацієнтів з ГСС у порівнянні зі здоровим контингентом. Була підтверджена гіпотеза про те, що патопсихологічно пацієнти з ГСС без психічної патології відрізняються від пацієнтів з ГСС та психічною патологією та мають інші передумови формування даної поведінки.

6 Додаткова інформація

6.1 Конфлікт інтересів

Автор заявляє про відсутність будь-яких конфліктів інтересів.

Література

- [1] Frankova I. Does hikikomori exist in Ukraine? / I. Frankova // *Eur Psychiatry*. - 2017. - V. 41. - P. 228.
- [2] Frankova I. O. Do pytannia pro kliniko-psykholohichni osoblyvosti psykhosomatychnykh patsientiv z hostroiu sotsialnoiu samoizoliatsiieiu / I. O. Frankova // *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. - 2015. - V. 23, I. 3. - P. 173-174.
- [3] Hirashima N. Psychopathology of social withdrawal in Japan / N. Hirashima // *Japan Med Assoc J*. - 2001. - V. 44, I. 6. - P. 260-262.
- [4] Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan / A. Koyama, Y. Miyake, N. Kawakami [et al.] // *Psychiatry Res*. - 2010. - V. 176, I. 1. - P. 69-74.
- [5] Jogging Therapy for Hikikomori Social Withdrawal and Increased Cerebral Hemodynamics: A Case Report / M. Nishida, S. Kikuchi, K. Fukuda [et al.] // *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. - 2016. - V. 12. - P. 38-42.
- [6] Comorbid social withdrawal (hikikomori) in outpatients with social anxiety disorder: Clinical characteristics and treatment response in a case series / T. Nagata, H. Yamada, A. R. Teo [et al.] // *Int J Soc Psychiatry*. - 2011. - V. 59, I. 1. - P. 73-78.
- [7] Krieg A. Attachment and hikikomori: A psychosocial developmental model / A. Krieg, J. R. Dickie // *Int J Soc Psychiatry*. - 2011. - V. 59, I. 1. - P. 61-72.
- [8] Andronnikova O. O. Metodika issledovaniya sklonnosti k viktimnomu povedeniyu // *Aktualnyye Problemy Spetsialnoy Psikhologii V Obrazovanii*, December 18. - Novosibirsk, Russia, 2004.
- [9] Tarabrina N. V. Prakticheskoye rukovodstvo po psikhologii posttravmaticheskogo stressa / N. V. Tarabrina, V. A. Agarkov, Y. V. Bykhovets. - Moskva: Izdatelstvo Kogito-Tsent, 2007.
- [10] Taylor G. J. Toward the Development of a New Self-Report Alexithymia Scale / G. J. Taylor, D. Ryan, M. Bagby // *Psychother Psychosom*. - 1985. - V. 44, I. 4. - P. 191-199.
- [11] Hikikomori as a possible clinical term in psychiatry: a questionnaire survey / M. Tateno, T. W. Park, T. A. Kato [et al.] // *BMC Psychiatry*. - 2012. - V. 12, I. 1. - P. 169.
- [12] Granqvist P. Attachment and Spiritual Development in Childhood and Adolescence / P. Granqvist, J. R. Dickie // *The Handbook of Spiritual Development in Childhood*

and Adolescence / ed.: E. C. Roehlkepartain, P. E. King, L. Wagener [et al.]. - London: Sage Thousand Oaks, 2006.. - P. 197-209.

- [13] Implications of attachment theory for developmental psychopathology / L. A. Sroufe, E. A. Carlson, A. K. Levy [et al.] // *Dev Psychopathol.* - 1999. - V. 11, I. 1. - P. 1-13.
- [14] Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation / M. D. S. Ainsworth, M. C. Blehar, E. Waters [et al.]. - New York: Psychology Press, 2015.
- [15] Rook K. S. Promoting social bonding: Strategies for helping the lonely and socially isolated / K. S. Rook // *Am Psychol.* - 1984. - V. 39, I. 12. - P. 1389-1407.
- [16] Identification of the hikikomori syndrome of social withdrawal: Psychosocial features and treatment preferences in four countries / A. R. Teo, M. D. Fetters, K. Stufflebam [et al.] // *Int J Soc Psychiatry.* - 2015. - V. 61, I. 1. - P. 64-72.

Табл. 4: Аналіз даних за опитувальником травматичних ситуацій.

Група	Середня	SD	Min	Max
Сума травматичних подій				
КГ	4,4	4	0	16
Ч	3,3	2,4	0	9
Ж	5,2	4,1	0	16
ЕГ	6	3,9	1	19
Ч	4,7	2,7	1	12
Ж	6,9	4,3	2	19
ЕГ 1	5,5	4	1	19
Ч	3,4	1,6	1	6
Ж	6,5	4,5	2	19
ЕГ 2	7	5	3	15
Ч	6,2	3,1	3	12
Ж	7,7	4,1	3	15
Сумарний показник впливу травми				
КГ	11,2	10,6	0	45
Ч	7,6	8,2	0	30
Ж	13,9	11,5	0	45
ЕГ	18,4	13,9	3	61
Ч	12,9	10,2	3	13
Ж	21,8	14,9	6	61
ЕГ 1	16,2	13,6	3	61
Ч	7,7	5,4	3	17
Ж	20,5	14,6	6	61
ЕГ 2	22*	14	5	49
Ч	19*	11,5	5	39
Ж	24,6*	16,3	7	49
Індекс травматичності				
КГ	2,23	1,08	0	4,2
Ч	1,81	0,9	0	3,3
Ж	2,52	1,1	0	4,2
ЕГ	2,97*	0,95	1	4,3
Ч	2,64	1,1	1	4,2
Ж	3,18	0,8	1,75	4,3
ЕГ 1	2,99	1	1	4,3
Ч	2,38	1,2	1	4,2
Ж	3,26	0,7	2	4,3
ЕГ 2	2,98	0,8	1,66	4,3
Ч	2,95	0,8	1,66	4
Ж	3,00	0,9	1,75	4,3

*Примітки (a) - сума травматичних подій за життя; (b) - сумарний показником впливу травми; (c) - індекс травматичності; * $p \geq 0.05$; SD – стандартне відхилення.

Табл. 5: Порівняння значущих зв'язків у групі соціально ізольованих з діагнозом та без діагнозу (ЕГ 1 та ЕГ2).

№	ЕГ1		ЕГ2	
	Характеристика	К-сть	Характеристика	К-сть
1	Індекс ворожості (ІВ)	8	Афективність (Аф)	7
2	Образа (О)	8	Сумарний показник впливу травми (СВп)	5
3	Індекс агресивності (ІА)	6	Циклотимність (Ц)	5
4	Негативізм (Н)	6	Вербальна агресія (ВА)	4
5	Дистимність (Ді)	6	Збудливість (Зб)	4
6	Непряма агресія (НА)	5	Індекс ворожості (ІВо)	4
7	Дратівливість (Д)	5	Дратівливість (Др)	4
8	Застрягання (За)	4	Сума тр. подій (ТрП)	4
9	Гіпертимність (Гі)	4	Дистимність (Ді)	3
10	Збудливість (Зб)	4	Застрягання (За)	3
11	Алекситимія (Ал)	3	Індекс агресивності (ІА)	3
12	Вербальна агресія (ВА)	3	Образа (О)	3
13	Підозрілість (Пі)	3	Підозрілість (Пі)	3
14	Сумарний показник впливу травми (СВп)	3	Індекс травматичності (ІТр)	3
15	Реалізована віктимність (РВ)	2	Непряма агресія (НА)	2
16	Фізична агресія (ФА)	2	Негативізм (Н)	2
17	Сума тр. подій (ТрС)	2	Почуття провини (ПП)	2
18	Почуття провини (ПП)	1	Емотивність (Е)	2
19	Індекс травматичності (ІТр)	1	Алекситимія (Ал)	1
20	Тривожність (Тр)	1	Реалізована віктимність (РВ)	1
21	Якість життя (ЯЖ)	1	Педантичність (Пе)	1
22			Якість життя (ЯЖ)	1
23			Фізична агресія (ФА)	1

Табл. 6: Критерії включення/виключення (модиф. Тео A.R. та ін. [16]).

№	Запитання	Так	Ні
1	Чи знаходитесь ви останнім часом вдома більшу частину доби і майже кожен день? Якщо «так», коли це почалося?		
2	Чи траплялось так в минулому, що ви проводили вдома більшу частину доби майже кожен день? Якщо «так», вкажіть початок та кінець найдовшого такого періоду.		
Якщо відповідь на запитання 1 і 2 «ні», або ж якщо тривалість ГСС менш ніж 6 міс. – не відповідає критеріям ГСС.			
3	Чи уникаєте ви зараз соціальних ситуацій таких як: відвідування школи чи роботи? Якщо «так», наведіть, будь ласка, приклад; коли це почалося?		
4	Чи уникали ви колись в минулому соціальних ситуацій таких як: відвідування школи чи роботи? Якщо «так», вкажіть початок та кінець найдовшого такого періоду.		
Якщо відповідь на запитання 3 і 4 «ні», або ж якщо тривалість уникання менш ніж 6 міс. – не відповідає критеріям ГСС.			
5	Чи уникаєте ви зараз соціальних відносин таких як: відносини з друзями чи з членами родини? Якщо «так», наведіть, будь ласка, приклад; вкажіть початок та кінець найдовшого такого періоду.		
6	Чи уникали ви колись в минулому соціальних відносин? Якщо «так», вкажіть початок та кінець найдовшого такого періоду.		
Якщо відповідь на запитання 5 і 6 «ні», або ж якщо тривалість уникання менш ніж 6 міс. – не відповідає критеріям ГСС.			
7	Беручи до уваги найдовший період соціальної ізоляції чи призводив він до наступного: значно перешкоджав вашому рутинному життю, або значно перешкоджав вашій можливості відвідувати школу/роботу, або значно перешкоджав вашим стосункам з друзями чи у родині, або значною мірою турбував вас?		
Якщо відповідь на запитання 7 ні – не відповідає критеріям ГСС.			
8	На вашу думку, чи стала причиною початку ізоляції хронічна хвороба?		
Якщо ізоляція спричинена хронічною фізичною хворобою - не відповідає критеріям ГСС			
9	Чи маєте ви діагноз: шизофренія, деменція, розумова відсталість, синдром Аспергера, аутизм? (Критерії виключення)		

Antecedents of primary and secondary acute social withdrawal

Frankova I. ¹

¹Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, Bogomolets National Medical University

Abstract

Background. The phenomenon of acute social withdrawal (ASW) is becoming more common and widespread nowadays and can be characterized by complete solitude/alienation from society for 6 months or longer. Previous studies of the ASW included patients with mental disorders and were focused on the psychopathological features of secondary ASW caused by depression, social phobia, or bulimia.

Aim. To increase the effectiveness of acute social withdrawal differential diagnostics by determining the etiopathogenetic factors of its development and psychopathological features to improve further management of this condition.

Materials and methods. At the Department of Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of Bogomolets National Medical University 70 patients with ASW were examined: the first experimental group (EG1) - patients with mental disorders and ASW (n = 42), and the second (EG2) - a mentally healthy contingent with primary ASW (n = 28). Healthy people without ASW (n=56, control group, CG) as well were examined. The following methods were used: Buss Durkee Hostility Inventory, Victim Behavior Questionnaire, Toronto Alexithymia Scale (TAS-26), Leongard-Schmishek Accentuated Personality Trait Questionnaire, Life Event Questionnaire (LEQ), Chaban Quality of Life Scale.

Results. Comparing EG and CG regarding significance, there were determined several differences. The level of alexithymia in the EG was significantly higher than in the CG ($p < 0.005$). The quality of life in the EG was significantly lower than in the CG ($p < 0.005$). According to the Leongard-Schmishek test in EG accentuated personality traits such cyclothymia, hyperthymia, dysthymia, anxiety ($p < 0.005$), pedantic ($p < 0.05$), demonstrativeness ($p < 0.1$) were significantly higher than in the CG. According to the Buss-Durkee Hostility Inventory, such indicators as resentment ($p < 0.005$), irritability ($p < 0.05$), suspicion ($p < 0.05$) and, as a consequence, an index of aggression (IA), ($p < 0.05$) were significantly higher than in CG. The results of Life Traumatic Events Questionnaire (LEQ) demonstrated that the impact of traumatic events index ($p < 0.05$) and the trauma index (TI) ($p < 0.05$) in EG were significantly higher than in the CG. As a result of the comparison of the correlation matrices of the E1 and the E2, it was found that the groups differ both in the number of statistically significant links and in the correlation structure.

Conclusion. In this study, the psychopathological features of patients with ASW were determined in comparison with healthy control group. It was confirmed that the patients with primary ASW differ from patients with secondary ASW and have other antecedents of this behaviour.

Keywords: acute social withdrawal, hikikomori, solitude