

МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ



МАУП

НАУКОВІ ПРАЦІ МАУП

Засновано у 2001 р.

Випуск 1(17)

Київ
ДП «Видавничий дім «Персонал»
2008

УДК 330-339; 321.7; 159.9
ББК 65.9(4УКР)я43
М43

Редакційна колегія

Головатий М. Ф., д-р політ. наук, проф. — головний редактор
Антонюк О. В., д-р політ. наук, проф. — заступник головного редактора
Саєвич І. Г., канд. філол. наук — відповідальний редактор
Чирков В. М. — відповідальний редактор за випуск

Економічні науки

Захожай В. Б., д-р екон. наук, проф., Федоренко В. Г., д-р екон. наук, проф., Дахно І. І., д-р екон. наук, проф., Баєва О. В., д-р біол. наук, проф., Шостак Л. Б., д-р екон. наук, проф., Поляков О. М., д-р екон. наук, проф., Радзівеський О. І., д-р екон. наук, Дмитренко Г. А., д-р екон. наук, проф., Криклій А. С., д-р екон. наук, проф., Куроченко О. В., д-р екон. наук, проф.

Політичні науки

Головатий М. Ф., д-р політ. наук, проф., Антонюк О. В., д-р політ. наук, проф., Бабкіна О. В., д-р політ. наук, проф., Горбатенко В. П., д-р політ. наук, проф., Кирилюк Ф. М., д-р філос. наук, проф., Бідзюра І. П., д-р політ. наук, проф., Варзар І. М., д-р політ. наук, проф., Храмов В. О., д-р політ. наук, проф., Шуба О. В., д-р політ. наук, проф.

Психологічні науки

Балл Г. А., д-р психол. наук, проф., Охременко О. Р., д-р психол. наук, Ложкін Г. В., д-р психол. наук, проф., Приходько Ю. О., д-р психол. наук, проф., Чуприков А. П., д-р мед. наук, проф., Онищук Л. А., д-р пед. наук

Юридичні науки

Бабкін В. Д., д-р юрид. наук, проф., Коваленко В. В., д-р юрид. наук, проф., Марчук В. М., д-р юрид. наук, проф., Стеценко С. Г., д-р юрид. наук, проф., Александров Ю. В., канд. юрид. наук, проф., Корнієнко М. І., канд. юрид. наук, проф.

Міжрегіональна Академія управління персоналом.

М43 Наукові праці МАУП / Редкол.: М. Ф. Головатий (голов. ред.) та ін. — К. : МАУП, 2001.
— Вип. 1. —
ISBN 966-608-120-2

К.: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008. — Вип. 1(17). — 348 с.: іл. — Бібліогр. в кінці ст. — ISBN 978-966-608-847-8

У збірнику наукових праць публікуються статті науковців, які займаються проблемами розвитку економіки, політології, психології і права.

Для науковців, викладачів, студентів, а також усіх, кого цікавить розвиток науки в Україні.

Збірник “Наукові праці МАУП” зареєстровано Державним комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України (свідоцтво від 11.04.02 за № 6048, серія КВ) як наукове видання, в якому висвітлюються результати наукових досліджень в галузях економіки, політології, соціології, психології, права, матеріалів наукових конференцій.

Вищою атестаційною комісією України “Наукові праці МАУП” визнано як фахове видання з економічних і психологічних наук (за постановою Президії ВАК України № 1-05/6 від 14 червня 2007 р.).

ББК 65.9(4УКР)я43+88я43

ISBN 966-608-120-2
ISBN 978-966-608-847-8

© Міжрегіональна Академія управління персоналом (МАУП), 2008
© ДП «Видавничий дім «Персонал», 2008

Пахарєв А. Д. Українська суспільна думка про політичне лідерство і лідерів.....	118	Горачук В. В. Особливості індивідуально-психологічних якостей лікарів акушерів-гінекологів і педіатрів поліклінічних закладів	215
Чижова О. М. Вплив політичної культури молоді на політичний прагматизм	124	Наумич О. В. Невротичні розлади як причина порушення психологічної готовності до материнства	220
Погорєлова І. С. Основні тенденції розвитку політичної культури молоді України	130	Тарасенко Л. Г. Особливості психологічного реагування на хворобу осіб, які страждають на венеричні захворювання	225
Чайка Н. Г., Шевченко С. В. Вплив освіти на політичну культуру молоді	135	Разумний П. К. Психологічний дебрифінг як складова надання психологічної допомоги у кризовій ситуації.....	230
Загоруй Г. В. Політолого-етнологічні засади типологізації та праксеологізації феномена етнополітичної партії.....	140	Кононенко К. В. Особливості розумової діяльності хворих на алкоголізм у різних стадіях і психопатологічних станах	235
Ашуров Векил СНГ как геополитический феномен.....	147	Фролова Т. В. Особливості розвитку особистісної готовності студентів психологічного профілю.....	241
Мохамад Камалалдеен Алжафа Проблема стабільності Сирії в ХХІ веку	155	Проценко О. В. Модель підготовки майбутніх учителів до формування громадянської позиції учнів старшого шкільного віку	245
Дауд Назем Основные направления исследования курдской проблемы	162	Підлісний Ю. А. Теоретичні аспекти агресивної поведінки військовослужбовців	249
Ротар Н. Ю. Основні напрями теоретико-методологічного оновлення концепції політичної культури	170	Соломка Т. М. Детермінантна роль особистісних властивостей студентів у процесі самоактуалізації.....	252
Молочко П. Роль політичних традицій у формуванні політичної культури молоді	176	Велитченко Л. К. Особистісно-діяльнісна модель педагогічної взаємодії як основа контролюючої діяльності вчителя.....	260
Гутор М. М. Євроінтеграційні орієнтації політичних партій як чинник формування політичної культури української молоді.....	181	Крисанова О. С., Літвіненко К. О., Чепорнюк Є. Г., Семенов С. М. Вплив відвідування дошкільного закладу на соціальну адаптацію молодших школярів.....	266
Цікул І. Роль і місце цінностей паритетної демократії у структурі політичної культури сучасної української молоді	187	ЮРИДИЧНІ НАУКИ	271
Шевченко С. В. Роль освіти в сучасному розвитку суспільства	193	Белов С. Н. Характер международно-правового регулирования международных расчетов между государствами	271
Костира А. А. Афганський пік “холодної війни”	198	Женжеруха О. Ж. Поняття причин та умов злочинності	279
ПСИХОЛОГІЧНІ НАУКИ	204	Парака А. А. Ефективність кримінально-правової політики	283
Туриніна О. Л. Особистісно-діяльнісний підхід як методологічний принцип дослідження особистісно-професійного розвитку майбутніх психологів	204	Фуфаєва О. О. Договір участі в дольовому будівництві житла і способи інвестування в об’єкти житлового будівництва	287
Вакуліч Т. М., Муханова І. Ф. Особливості формування інтернет- залежності у осіб, які працюють з комп’ютерними технологіями	210		

ОСОБЛИВОСТІ РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ У РІЗНИХ СТАДІЯХ І ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ СТАНАХ

Наукові праці МАУП, 2008, вип. 1(17), с. 235–240

Розглядаються особливості розумової діяльності хворих на алкоголізм у різних стадіях і психопатологічних станах.

При патопсихологічному дослідженні передумов інтелектуальної діяльності у хворих на різних стадіях алкоголізму набуті наступні дані.

Як видно з табл. 1, хворі на алкоголізм І стадії при роботі за методикою Крепеліна продемонс-

трували дещо нижчий рівень досягнень, ніж здорові особи контрольної групи. Так, упродовж заданого часу вони виконали наступний обсяг роботи: $V_1 = 127 \pm 16,1$ операцій (контрольна група — $V_k = 137 \pm 7,0$).

Таблиця 1

Порівняльна характеристика особливостей розумової працездатності й темпу складних сенсомоторних реакцій у хворих на алкоголізм на різних стадіях захворювання ($M \pm m$)

Група	Методика Крепеліна			Цифрові символи		
	Обсяг завдання (V)	P	Помилкові рішення (n)	Обсяг завдання (V)	P	Помилкові рішення (n)
1	$127,0 \pm 16,1$	0,76	0	$46,0 \pm 4,1$	0,69	0
2	$116,6 \pm 14,1$	0,99	$1,9 \pm 0,4$	$32,2 \pm 4,3$	0,99	0
3	$54,5 \pm 5,6$	0,99	$8,3 \pm 1,6$	$13,3 \pm 8,9$	0,99	1,2
Контрольна	$137,0 \pm 7,0$		0	$48,1 \pm 3,2$		0

Кількість помилкових рішень в обох групах дорівнювала нулю. Хворі на алкоголізм II стадії продемонстрували обсяг роботи $V_2 = 116,6 \pm 14,1$ операцій при наявності помилкових рішень $n_2 = 1,9 \pm 0,4$. Рівень досягнень хворих на алкоголізм III стадії більш ніж удвічі менший від показників контрольної групи — $V_3 = 54,5 \pm 5,6$ операцій. Кількість помилкових рішень $n_3 = 8,3 \pm 1,6$.

При виконанні завдань за методикою цифрових символів у хворих на алкоголізм виявлено зниження рівня досягнень в динаміці захворювання (див. табл. 1). Так, хворі на алкоголізм I стадії за час, що дорівнював

90 секундам, виконали такий обсяг роботи: $V_1 = 46,0 \pm 4,1$ операцій; II стадії — $V_2 = 32,2 \pm 4,3$; III стадії — $V_3 = 13,3 \pm 8,9$ операцій (контрольна група — $V_k = 48,1 \pm 3,2$).

Така ж сама тенденція спостерігалась і при виконанні завдань за коректурною пробою (табл. 2). Наприклад, при виконанні повного обсягу роботи хворі на алкоголізм I стадії витратили стільки часу: $t_1 = 315 \pm 20,0$ с, $n_1 = 8,3 \pm 1,7$; II стадії — $t_2 = 429 \pm 41,1$ с; $n_2 = 22,5 \pm 6,2$; III стадії — $t_3 = 847 \pm 57,6$ с; $n_3 = 41,8 \pm 10,3$. Контрольна група здорових осіб — $t_k = 307 \pm 13,1$ с; $n_k = 6,3 \pm 2,7$.

Порівняльна характеристика особливостей уваги та пам'яті у хворих на алкоголізм на різних стадіях захворювання ($M \pm m$)

Група	Коректурна проба			Заучування 10 слів		
	Час роботи (t), с	P	Помилкові рішення (n)	Запам'ятовано (n)	P	Утримано в пам'яті (n)
1	315 ± 20,0	0,91	8,3 ± 1,7	9,6	0,33	7,0
2	429 ± 41,1	0,99	22,5 ± 6,2	8,2	0,99	5,7
3	847 ± 57,6	0,99	41,8 ± 10,3	5,2	0,99	2,7
Контрольна	307 ± 13,1		6,3 ± 2,7	9,7		7,3

При дослідженні запам'ятовування та утримання в пам'яті після чотирикратного повтору 10 двоскладових слів хворі на алкоголізм I стадії в цілому відтворювали 9,6 слів, II стадії — 8,2; III стадії — 5,2 слів (контрольна група — 9,7 слова).

При дослідженні утримання в пам'яті (через 20 хвилин) хворі на алкоголізм продемонстру-

вали наступні показники: I стадії — 7,0 слів, II стадії — 5,7; III стадії — 2,7 слів (контрольна група — 7,3 слова).

При порівнянні відносних показників продуктивності діяльності при дослідженні розумової працездатності та темпу складних сенсомоторних реакцій відмінності у рівні досягнень були достатньо виразними (рис. 1).



Рис. 1. Показники продуктивності діяльності хворих на алкоголізм різних стадій при дослідженні розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті

Рівень досягнень хворих на алкоголізм II і III стадій при дослідженні розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті, уваги був достовірно нижчим, ніж у осіб контрольної групи ($p < 0,01$).

При дослідженні передумов інтелектуальної діяльності хворих на алкоголізм, які перебувають

у різних психопатологічних станах, отримані наступні результати (табл. 3).

Як видно з табл. 3, при виконанні завдань за методикою Крепеліна хворі на алкоголізм II стадії у стані абстиненції (АС) виконали такий обсяг завдань: $V_a = 101,2 \pm 9,1$ операції, контрольна група: $V_k = 137,0 \pm 7,0$. Певне покращання рів-

ня досягнень у пацієнтів спостерігалось у період нестійкої рівноваги (НР) ($V_n = 119,7 \pm 4,3$), але ці показники були нижчими, ніж у здорових осіб контрольної групи. Подібна тенденція спостерігалась і при виконанні завдань за методикою цифрових символів. У хворих на алкоголізм III стадії у стані абстиненції при виконанні завдань за ме-

тодікою Крепеліна рівень досягнень дорівнював $V_a = 59,7 \pm 5,7$ операцій. У період нестійкої рівноваги покращання розумової працездатності було незначним $V_n = 68,9 \pm 6,3$. Звертає на себе увагу велика кількість помилкових рішень як у стані абстиненції, так і в період нестійкої рівноваги: $9,4 \pm 2,1$ і $7,2 \pm 1,9$ відповідно.

Таблиця 3

Порівняльна характеристика особливостей розумової працездатності та складних сенсомоторних реакцій у хворих на алкоголізм у різних психопатологічних станах (М + m)

Стадія	Методика Крепеліна			Цифрові символи		
	Обсяг роботи (V)	P	Помилкові рішення (n)	Обсяг роботи (V)	P	Помилкові рішення (n)
II (AC)	101,2 ± 9,1	0,99	2,1 ± 0,6	29,2 ± 4,1	0,99	0
II (HP)	119,7 ± 4,3	0,99	0,3 ± 0,01	39,4 ± 3,8	0,99	0
III (AC)	59,7 ± 5,7	0,99	9,4 ± 2,1	11,7 ± 4,2	0,99	3,2
III (HC)	68,9 ± 6,3	0,99	7,2 ± 1,9	16,7 ± 3,9	0,99	2,7
Контрольна група	137,0 ± 7,0		0	48,1 ± 3,2		0

Здебільшого помилкові рішення були зумовлені втратою певних навичок інтелектуальної роботи, поганою її організацією, уповільненням темпу роботи, частими відволіканнями. Такими ж причинами був зумовлений низький рівень досягнень і за методикою цифрових символів.

При виконанні завдань за коректурною пробою хворі на алкоголізм II стадії у стані абстинен-

ції витратили значно більше часу і мали більше помилкових рішень, ніж здорові особи контрольної групи (табл. 4).

Після завершення абстинентного синдрому рівень досягнень певною мірою покращився, але все-таки не досягав показників контрольної групи.

Таблиця 4

Порівняльна характеристика особливостей уваги і пам'яті хворих на алкоголізм у різних психопатологічних станах (М + m)

Стадія	Коректурна проба			Заучування 10 слів		
	Час роботи (t), с	P	Помилкові рішення (n)	Запам'ятовано (n)	P	Утримано в пам'яті (n)
II (AC)	476 ± 21,4	0,99	34,6 ± 7,3	7,3	0,99	4,1
II (HC)	410 ± 17,3	0,99	17,5 ± 5,2	8,7	0,86	6,2
III (AC)	881 ± 23,0	0,99	59,1 ± 11,2	5,1	0,99	3,5
III (AC)	864 ± 19,6	0,99	33 ± 10,1	5,6	0,99	3,8
Контрольна група	321,4 ± 11,1		9,0 ± 2,6	9,9		8,0

При підвищенні мотивації хворі були здатні певною мірою інтенсифікувати свою роботу, але на дуже незначний час.

Таким чином, різниця середніх показників рівня досягнень хворих на алкоголізм II і III стадій у стані абстиненції та стані нестійкої рівноваги за методиками дослідження розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті порівняно з контрольною групою є статистично достовірною ($p < 0,01$).

Порівнюючи ефективність діяльності хворих на алкоголізм та опійну наркоманію на різних стадіях захворювання, слід зазначити достовірно нижчі показники розумової працездатності та активної уваги у хворих на наркоманію II стадії відносно хворих на алкоголізм II стадії, що, з нашої точки зору, зумовлено більш тяжким перебігом абстинентного синдрому. Що стосується хворих на алкоголізм і наркоманію III стадії, то суттєвих відмінностей в їхньому рівні досягнень не спос-

терігалось. Так, хворі обох груп продемонстрували дуже низький рівень досягнень, але причини цього були різними. Нижчий рівень досягнень

хворих на наркоманію II і III стадій відносно хворих на алкоголізм зумовлений більш тяжким перебігом абстинентного синдрому.

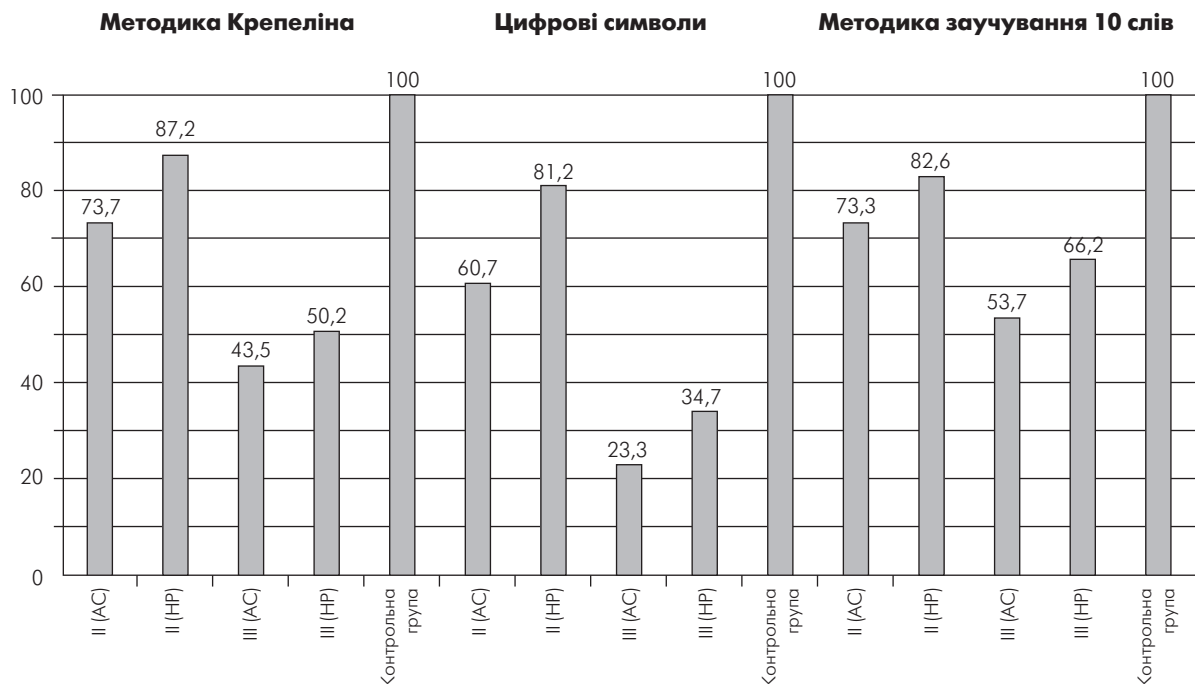


Рис. 2. Показники продуктивності діяльності хворих на різних стадіях алкоголізму при дослідженні розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам'яті

Спосіб виконання завдань, динамічні характеристики роботи хворих на алкоголізм (особливо III стадії) свідчили про стійке зниження передумов інтелектуальної діяльності. Підвищення мотивації ніяким чином не впливало на результати роботи. У хворих на наркоманію причиною низького рівня досягнень були астеничні прояви.

При дослідженні особливостей мислення у хворих на алкоголізм I і II стадій алкоголізму помітних порушень при виконанні операцій узагальнення, аналізу, синтезу, порівняння не виявлялось. Так, середня кількість помилкових рішень при утворенні простих аналогій — 0,88 і 1,35 відповідно; при виконанні завдань за методикою виключення 1,22 і 1,97 відповідно. Помилкові рішення мали конкретно-ситуативний характер і здебільшого були пов'язані з порушенням активної уваги і швидкою втомою хворих при виконанні інтелектуальної роботи. Певне зниження інтелектуальної активності, що позначалось на якості виконання завдань, було зумовлене також зниженням мотивації до роботи.

У хворих на алкоголізм III стадії в мисленні домінували конкретно-ситуативні зв'язки. При

виконанні завдань за методикою утворення простих аналогій пацієнти припускались багатьох помилкових рішень (середня кількість помилкових рішень — 5,7); за методикою виключення — 4,2. Вони не могли сприйняти допомогу психолога. Нemoжливість виявити суттєві зв'язки між предметами та явищами, абстрагуватись від конкретних ознак виявилась і при поясненні змісту прислів'їв. Так, прислів'я "Яблуко від яблуні недалеко падає" хворий пояснював наступним чином: "Так, справді, яблуко від яблуні недалеко відкотиться, куди ж йому дітись... Якщо тільки, може, яблуня на горі росте, то може далі закотиться... Ні, до людини це прислів'я не підходить. Людина — це вам не яблуко".

Прислів'я "Шила в мішку не сховаєш" хворий пояснював так: "А для чого класти шило в мішок, воно швецю потрібно. Зробив справу — поклади його в коробку, можна залізу, можна дерев'яну. Який же дурень шило в мішок ховає?" Порушення рівня узагальнення виявлялось у хворих при поясненні певних морально-етичних понять при виконанні завдань на самооцінку: "Так, я безвольна людина. Безвольна людина — це людина, яка

за ґратами сидить”. Інший хворий, визнаючи себе “вразливою людиною”, пояснював: “Я — людина вразлива. Вразлива — це коли в сім’ї погано і людина сидить сумна...”; ...Я — людина байдужа, з душею ставлюсь до будь-якої роботи. Мені чи копати, чи ремонтувати — все роблю”.

При виконанні завдань за методикою класифікації, яка в деяких випадках додатково використовувалася для більш чіткого визначення інтелектуального дефекту, хворі найчастіше виконували завдання за конкретно-ситуативними ознаками. Об’єднуючи в одну групу рибу, корабель і маленьку акваріумну рибку, хворий пояснював: “Це все, що в морі плаває”. Літак, голуб, метелик об’єднувались в одну групу тому, що “...все це у небі”. Частина карток з предметами хворі взагалі не могли об’єднати, бо не знайшли між ними нічого спільного.

При виконанні експериментальних завдань хворі не помічали помилкових рішень, часто відстоювали їх. Характер помилкових рішень і спосіб виконання завдань свідчили про порушення критичності мислення. Водночас слід зазначити нерівномірність рівня досягнень. Так, разом з украй конкретними рішеннями інколи хворі пропонували досить диференційовані рішення, що свідчило про певне збереження минулого досвіду хворого. Завдання, що були пов’язані з актуалізацією минулого досвіду, виконувалися значно краще, ніж ті, що потребували пошуку нового рішення.

У хворих на алкоголізм I і II стадій не спостерігались суттєві порушення мислення. Помилкові рішення при виконанні інтелектуальних завдань у хворих II стадії були пов’язані здебільше з порушенням передумов інтелектуальної діяльності та залежали від ступеня астеничних проявів. У хворих на алкоголізм III стадії спостерігалось зниження рівня узагальнення, порушення критичності мислення. Виявлені особливості свідчили про наявність у пацієнтів стабільних інтелектуально-мнестичних розладів.

Результати дослідження показали, що порушення розумової працездатності, темпу складних сенсомоторних реакцій, пам’яті, уваги у хворих на опійну наркоманію та алкоголізм мали пряму залежність від стадії захворювання (що тяжчою була стадія, то нижчим був рівень досягнень),

а також від психопатологічного стану (хворі у стані абстиненції демонстрували значно нижчий рівень досягнень, ніж у період нестійкої рівноваги). У процесі медикаментозного лікування у хворих спостерігалось певне покращання рівня досягнень, який, проте, не досягав показників контрольної групи. У хворих на алкоголізм III стадії значні утруднення при виконанні інтелектуальних завдань були зумовлені інтелектуально-мнестичним дефектом. У хворих на наркоманію III стадії при збереженості рівня узагальнення інтелектуальна діяльність була ускладнена через неможливість здійснювати вольові зусилля впродовж тривалого часу.

Таким чином, розбіжності в оцінках порушень передумов інтелектуальної діяльності у хворих на опійну наркоманію та алкоголізм, як свідчать наукові джерела, можна пояснити дослідженням хворих у різних психопатологічних станах, ступінь яких не враховував достатньою мірою. Характер, глибина, тривалість порушень розумової діяльності, динаміка їх відновлення після медикаментозного лікування є одним із факторів, що визначатиме термін початку психокорекційних впливів, їх інтенсивність, обсяг і спрямованість.

Крім того, незворотність інтелектуального та вольового дефекту (що спостерігалось у хворих на опійну наркоманію та алкоголізм III стадії) може бути протипоказанням для включення пацієнтів у психокорекційну групу, робота якої спрямована на особистісне зростання. Такі пацієнти потребують інших форм допомоги.



Література

1. Айви А., Айви М. Б., Саймен-Даунинг Л. Психологическое консультирование и психотерапия. Методы. Теория. Техники: Практ. руководство. — М., 1999. — 407 с.
2. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости. — Новосибирск: Наука, 1988. — 198 с.
3. Лисенко І. П. Патопсихологічні симптомокомплекси при наркозалежній поведінці як основа для побудови психокорекційних програм // Архів психіатрії. — 1998. — № 1 (16). — С. 143–148.

Визначені патопсихологічні симптомокомплекси залежності від алкоголю і наркотичних речовин. Доведені можливості й обмеження деяких патопсихологічних методик у діагностиці розладів особистості, спричинених формуванням алкогольної та наркотичної залежності.

Определены патопсихологические симптомокомплексы зависимости от алкоголя и наркотических веществ. Доказаны возможности и ограничения некоторых психологических методик при работе с больными данной нозологии. Выявлены основные направления эффективной психокоррекционной работы, принципы построения психокоррекционных программ.

The pathopsychological symptom-complexes of alcohol and drug dependence are determined. The opportunities of some pathopsychological methods limitation in personality disorders diagnosis caused by the development of alcohol and drug dependence are proved.

Надійшла 17 вересня 2007 р.