

УДК 616.89–008.442: 008.454–055.2

*Л. О. Герасименко*  
**ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ**  
**(СУЧАСНІ КОНЦЕПТУАЛЬНІ МОДЕЛІ)**

*Л. А. Герасименко*  
**Психосоциальная дезадаптация**  
**(современные концептуальные модели)**

*L. O. Herasyenko*  
**Psychosocial maladjustment**  
**(modern conceptual models)**

Дезадаптація — порушення пристосування людини до змін навколишнього середовища, що проявляється неадекватними характеру подразників реакціями. Психосоціальна дезадаптація — збій у механізмах психічного пристосування при гострому або хронічному емоційному стресі, внаслідок чого виникає часткова або повна нездатність пристосуватись до умов соціального оточення і виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності психіки.

Медико-соціальне значення діагностики, корекції і профілактики станів дезадаптації полягає у тому, що вплив винятково на клінічно окреслені прояви захворювання не дозволяє здійснювати повноцінну реабілітацію хворих та профілакувати рецидиви патологічної симптоматики. Лише застосування системного диференційованого підходу, що враховує специфіку розвитку психосоціальної дезадаптації у кожному конкретному випадку, відповідає вимогам, що висувають до сучасних реабілітаційних заходів.

**Ключові слова:** адаптація, психічна дезадаптація, психосоціальна дезадаптація

Дезадаптация — нарушение приспособления человека к изменениям окружающей среды, проявляющееся неадекватными характеру раздражителей реакциями. Психосоциальная дезадаптация — сбой в механизмах психического приспособления при остром или хроническом эмоциональном стрессе, в результате чего возникает частичная или полная неспособность приспособляться к условиям социальной среды и выполнять обычную для собственного статуса роль в обществе из-за ограничения функциональности психики.

Медико-социальное значение диагностики, коррекции и профилактики состояний дезадаптации заключается в том, что влияние исключительно на клинически очерченные проявления заболевания не позволяет осуществлять полноценную реабилитацию больных и профилактировать рецидивы патологической симптоматики. Только применение системного дифференцированного подхода, учитывающего специфику развития психосоциальной дезадаптации в каждом конкретном случае, отвечает требованиям, предъявляемым к современным реабилитационным мероприятиям.

**Ключевые слова:** адаптация, психическая дезадаптация, психосоциальная дезадаптация

Maladjustment — violation of the adaptation of man to environmental changes, manifested by inadequate reactions to stimuli. Psychosocial maladjustment is a failure in the mechanisms of mental adaptation in acute and chronic emotional stress, resulting in partial or complete inability to adapt to the social environment and to perform the usual for their own status role in the society because of the limitation of function of the psyche.

Medical-social significance of the diagnosis, correction and prevention of disadaptation states is that the effect only clinically-defined symptoms of the disease does not allow full rehabilitation of patients and prevent recurrence of a pathological symptoms. Only the application of the system of a differentiated approach that takes into account the specifics of the development of psychosocial maladjustment in each case, meets the requirements of modern rehabilitation.

**Key words:** adaptation, mental maladjustment, psychosocial maladjustment

Поняття адаптації лягло в основу так званої адаптаційної концепції, що є перспективною лінією розвитку комплексного підходу до вивчення психіки людини.

Під адаптацією розуміють цілісну, багатовимірну і самокеровану функціональну систему, спрямовану на підтримання сталого балансу між гомеостазом організму і навколишнім середовищем, в процесі задоволення актуальних потреб індивіда [1].

Зі змістовного боку процес адаптації становить розроблення суб'єктом стратегій і способів оволодіння ситуацією на різних рівнях саморегуляції.

Психічна адаптація — процес встановлення оптимальної відповідності між особистістю і довкіллям у процесі здійснення властивої людині діяльності.

Реалізація адаптації запускається появою змін у системі «індивід — оточення», а показником її успішності є можливість виконання основних завдань діяльності. Відповідно, у адаптивній діяльності виокремлюють дві паралельні тенденції: пристосувальну і перетворювальну. Перша прилаштовує потреби індивіда до навколишнього середовища, а друга навпаки, пристосовує середовище до потреб людини.

Результатом пристосувальної чи перетворювальної діяльності є адаптованість — реалізація індивідуумом значимих цілей, максимально гармонійна інтегрованість до системи соціальних зв'язків і відносин, при збереженні власної ідентичності, психічного і фізичного здоров'я.

Адапованість особистості поділяють на внутрішню, зовнішню і змішану [2].

Внутрішня адаптованість характеризується перебудовою функціональних структур у відповідь на зміни середовища.

Зовнішня (поведінкова) адаптованість характеризується гармонійними стосунками із оточенням, що досягаються за умови збереження власної ідентичності без внутрішньої змістовної перебудови.

Змішана адаптація характеризується частковою модифікацією як внутрішніх структур, так і середовища.

У медицині ж психічну адаптацію як системне явище розглядають переважно у рамках трьохкомпонентної моделі [3]:

а) як система, що забезпечує оптимальне співвідношення між психічними і фізіологічними адаптаційними процесами (психофізіологічна адаптація);

б) як система, що забезпечує збереження психічного гомеостазу та сталої цілеспрямованої поведінки (власне психічна адаптація);

в) як система адекватної взаємодії із соціальним оточенням (психосоціальна адаптація).

Такий підхід добре узгоджується із уявленням про три рівні функціонування особистості: біологічний (фізіологічний), психологічний (індивідуально-особистісний) і соціально-психологічний (особистісно-середовищний) [4]. Адаптаційна активність здійснюється завдяки взаємодії багатьох підсистем, і ураження кожної з них може призводити до порушень діяльності всієї функціональної системи, тобто до стану психосоціальної дезадаптації. Поняття адаптації (дезадаптації) в рамках цієї моделі відіграє роль системотвірного чинника, допомагаючи інтегрувати соматичні, нервово-психічні та соціально-психологічні компоненти.

Оскільки взаємодія із довкіллям є перманентним і динамічним процесом, то жодна значуща зміна ключових параметрів екологічної системи потребує мобілізації компенсаторних механізмів організму і психіки.

Якщо ж ці механізми не спрацьовують, то виникає дисфункція, зумовлена накопиченням нездоланих для системи адаптації перешкод. Відповідні порушення становлять предмет дослідження переважно для клінічних психологів і психіатрів, а для їх позначення використовують термін дезадаптація.

Дезадаптація — порушення пристосування людини до змін навколишнього середовища, що проявляється неадекватними характеру подразників реакціями [4].

Еволюція людини відбувається через підвищення її соціалізованості, тому все більшу роль у взаємодії із оточенням відіграють саме психосоціальні аспекти адаптації. До того ж, у психічній сфері адаптивні процеси мають більш складний характер, ніж аналогічні явища в інших системах організму.

У психіатрії та психології описана велика група клінічно різнобарвних станів, що зумовлені порівняно неглибокими психотравмуючими обставинами і призводять до легких порушень соціального функціонування та спричиняють душевні страждання. На ранніх історичних етапах наукових досліджень їх розглядали як захисні механізми, спрямовані на активну боротьбу психіки задля усунення найбільш тяжкого переживання. Вживали такі терміни: синдром психоемоційного напруження, преморбідні форми емоційного напруження, донозологічні стани, непатологічні невротичні прояви.

Психосоціальна дезадаптація — збій у механізмах психічного пристосування при гострому або хронічному емоційному стресі, внаслідок чого виникає часткова або повна нездатність пристосовуватись до умов соціаль-

ного оточення і виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності психіки [5].

У вітчизняній, переважно психіатричній літературі, цей термін з'явився порівняно недавно. Вживання його у клінічному контексті лишається неоднозначним і навіть суперечливим, зокрема, стосовно оцінки ролі і місця станів дезадаптації щодо категорій «норма» і «патологія».

Досить поширене трактування дезадаптації як процесу, що перебігає поза патологією і зумовлений відвіканням від звичних умов життя та, відповідно, необхідністю призвичаюватись до інших.

Більшість дослідників розглядають дезадаптацію як один із проміжних, хоча і максимально близьких до хвороби, станів здоров'я людини в континуумі від норми до патології. Оскільки початкові етапи порушення психічної адаптації виникають у субклінічній, донозологічній формі, то в рамках концепції «преморбід» часто розглядають їх як перехідний стан між практичним здоров'ям (непатологічною адаптацією) та конкретно нозологічно оформленою нервово-психічною чи психосоматичною патологією. При дезадаптації уже порушується нормальне функціонування, але ще немає підстав для встановлення нозологічного діагнозу, хоча ймовірність розвитку захворювання наближається до 100 % за умови подальшого впливу на психіку патогенних чинників.

Якщо ж говорити про психогенну патологію, то у її основі теж лежить збій системи психічної адаптації у відповідь на психотравматизацію [6]. Її розвиток може проходити через стадію різних дисфункцій, що є вкрай невизначеними у сенсі прогнозу та нозологічної належності. У літературі достатньо докладно описані численні невротичні та психосоматичні симптоми, які супроводжують психосоціальну дезадаптацію, але переважно вони мають функціональний характер і здатні до зворотного розвитку.

З погляду психології, дезадаптація є ознакою регресивного розвитку індивідуума на трьох рівнях: психофізіологічному, психологічному (особистісному) і соціально-психологічному (поведінковому).

Загалом, прогресивний розвиток особистості допускає наявність певних регресивних складників, однак загальний вектор руху має бути спрямований, по-перше, в бік ускладнення особистісної організації, її диференціації та більшої інтегрованості, а по-друге, на поглиблення і розширення соціалізації особистості. Якщо ж сумарна частка регресивних рис і компонентів у розвитку цього індивіда переважає, то йдеться про рух у бік регресу. Інакше кажучи, регресивний розвиток особистості в кожному конкретному випадку передбачає не тільки її дезадаптацію в тому чи іншому аспекті життєдіяльності, а й неможливість компенсувати це порушення розвитку в інших сферах.

Психосоціальна дезадаптація являє собою самостійне явище, що може бути як предиктором психічної патології, так і її наслідком.

Схематично процес дезадаптації розгортається за принципом «замкненого кола», де пусковим механізмом, здебільшого, є різка зміна умов життя, наявність стійкої психотравмуючої ситуації, що призводить до зриву адаптивних механізмів [7]. Порушення адаптації ускладнює вирішення конфліктних ситуацій і провокує розвиток психогенної патології, а психогенії так само поглиблюють дезадаптацію.

Уже сформована психічна патологія може порушувати психосоціальну адаптацію, здійснюючи різний рівень

впливу: прямиї, опосередковані, моделювальні, доповнювальні.

Пряму дію чинить соціальна депривація — ізоляція, позбавлення спілкування з бажаними соціальними об'єктами. Внаслідок невідповідності загальним правилам спілкування і поведінки, людей із психічними розладами оточуючі розглядають як соціально некомпетентних, наслідком чого є соціальний остракізм. Хворі не здатні гнучко відповідати на ігнорування з боку здорових людей, які починають уникати спілкування з ними. Спричинена цим зміна характеристик спілкування збільшує психологічний дискомфорт.

Отже, порушення хоча би в одній сфері психіки за принципом «падаючого доміно» з неминучістю спричиняють порушення в усіх інших. Часто саме відсутність розуміння та очікуваної реакції (підтримувальної комунікації) проковує подальший розвиток субклінічних відхилень, сприяє перетворенню їх на повноцінну хворобу. Відхилення від загальноприйнятих стандартів психічної діяльності та поведінки індукує в оточуючих схильність до атрибуції — приписування прогнозованих причин відхилення. Є думка, що нерідко саме в результаті вибіркової уваги й атрибуції те або інше відхилення починають вважати хворобою. Суспільство навіше ярлик хвороби на нестандартну поведінку, пов'язану з виконанням певних соціальних ролей, а вилучення людей із психічними девіаціями зі сформованого більшістю членів суспільства життєвого стилю сприяє трансформації відхилення у «хворобу». Результатом є виникнення феномену «прогоцтв, що самовиконуються» — очікування негативних наслідків відхилення призводить до їх появи [8].

Деадаптація виникає при наявності одного або декількох стресорів, що можуть діяти періодично або постійно, бути одиничними або множинними. Вагомим фактором її розвитку є характеристики соціуму, в якому спільно проживають люди із психічними відхиленнями та ті, хто відповідають загальноприйнятим нормам. До цих факторів належать: доступність допомоги, її відповідність реальним потребам, можливість організації життя з урахуванням індивідуальних особливостей психіки та матеріальні умови життя, адже бідні люди занедажують значно частіше. Соціальна нерівність є провідним чинником деадаптації психічно хворих.

Центральний психологічний конфлікт може лежати у інформаційній площині, або ж у сфері сімейних, економічних чи професійних стосунків. Додатковими стресорами, що порушують психічну адаптацію, можуть бути перевтома, напруження, конфлікти і невдачі, нещасні випадки. Проте тяжкість стресу не завжди зумовлює тяжкість розладу. У кожному конкретному випадку патогенність тих чи інших факторів визначається не тільки об'єктивним характером психотравмуючої ситуації, але і суб'єктивним ставленням до неї особистості, тому процес деадаптації значною мірою залежить від особистісних рис індивіда. Вирішальне значення мають саме ті з них, котрі не дозволяють виробити адекватні новій реальності форми поведінки. Можлива також ситуація, коли деадаптація в одній сфері діяльності успішно компенсується підвищенням ефективності та зміщенням акценту уваги на інші. Таким способом суб'єктивна значимість проблеми, недоступної для розв'язання, знижується, і це допомагає нівелювати стрес.

Процес адаптації відбувається поступово, але несподівані чи надто раптові зміни в системах можуть призвести до зриву пристосувальних механізмів. Сильний психотравмуючий вплив із негативним емоційним за-

барвленням справляють неприємні повідомлення, до яких людина не підготовлена. Всяка несподівана зміна ситуації веде до того, що настає неузгодженість між очікуваннями людини (когнітивним прогнозом) та наявною у цей момент реальністю. Чим більш глобальною є неузгодженість (когнітивний дисонанс), тим більш патогенний характер вона має, особливо якщо вимагає негайного прийняття рішення. Допоки відповідне рішення не буде прийнято, і не включиться стереотип діяльності, зберігається патогенна емоційна напруженість. І навіть якщо система психологічної компенсації спрацьовує нормально, в умовах значних розбіжностей між прогнозами і реальною ситуацією виникають екстремальні емоційні переживання (обурення, тривога, розчарування, здивування), спричинені прогностичною помилкою.

Наявність більш точних когнітивних уявлень про ситуацію надає вирішальну перевагу в контексті можливостей для адаптації [9]. Вивчення імовірного прогнозування показало, що у дезадапованих людей переважають моноваріантні та занадто поліваріантні типи імовірного прогнозування, коли очікують або тільки один шлях розвитку подій, або ж прогноз розчиняється у великій кількості можливих варіантів. Надмірна поліваріантність є проявом патологічної рухливості імовірного динамічного стереотипу, коли кількість переходів до вибору однієї із альтернатив значно збільшується, що свідчить про недосконалу стратегію діагностики діяльності. Більш гармонійні особистості схильні висувати два-три високоімовірні варіанти розвитку подій і здійснювати підготовку програми поведінки до бажаного і небажаного варіантів.

Відповіддю на збій адаптивних механізмів є активізація компенсаторних захисних реакцій. Дослідження копінг-механізмів психосоціально дезадапованих осіб виявили їх комунікативні проблеми та схильність обирати пасивні стратегії подолання конфліктів: «плутанини» (когнітивна стратегія виживання), «придушення емоцій» (емоційна стратегія виживання) і «відступу» (поведінкова стратегія подолання), що супроводжуються униканням проблем, соціальною ізоляцією, стримуванням емоцій. Порівняно зі здоровими людьми вони часто впадають у стан безнадії та смирення, з найменшого приводу вдаючись до самозвинувачень [10].

Психосоціально адаптовані люди частіше використовують такі форми копінг-поведінки: пошук соціальної підтримки, альтруїзм, оптимістичне ставлення до труднощів.

У цьому контексті надзвичайно важливим є поняття бар'єра психічної адаптації — індивідуального функціонально-динамічного утворення, що профілактує перенапруження механізмів пристосування задля уникання формування стану психічної деадаптації і психогенних розладів, зокрема неврозів [11].

Бар'єр психічної адаптації є динамічним утворенням і при стані психічного напруження відбувається його наближення до індивідуальної критичної величини. У разі гармонійного психологічного ставлення до стресової ситуації, під впливом психічної травми можуть проявлятися риси особистості, що раніше перебували у латентному стані. При цьому людина використовує всі свої резервні можливості і стає іноді здатною виконувати особливо складну діяльність, не відчувачи тривоги, страху і розгубленості, що перешкоджають максимально адаптивній поведінці.

Проте раптові і тривалі напруження функціональної активності бар'єра адаптації призводить до його перена-

вантаження, що проявляється станом дезадаптації. Якщо ж тиск на механізми психічної адаптації посилюється, а резервні можливості виявляються вичерпаними, то можуть виникати психопатологічні синдроми, що є наслідком декомпенсації, «надриву бар'єра».

Ці два типи реагування можна позначати як гомономні (конституціональні) та гетерономні (невротичні), але провести між ними чітку межу вдається не завжди [12].

Як уже зазначалось раніше, прорив адаптаційного бар'єра в умовах кризової ситуації може відбуватися на різних рівнях: біологічному (вегетовісцеральному), психологічному (емоційно-афективному, мотиваційному) чи соціальному, під яким розуміють суспільні фактори, що блокують актуальні потреби особистості і перешкоджають досягненню життєвих цілей.

У разі психосоціальної дезадаптації мова йде про порушення процесу не тільки функціональної, але і змістового боку соціалізації. Показником дезадаптації є брак адекватного і цілеспрямованого реагування у ситуаціях, що вимагають здійснення енергійних адаптаційних заходів. Врешті, глобально це призводить до порушення професійної діяльності, залежності від допомоги інших осіб, деформації системи внутрішньої регуляції, ціннісних орієнтацій і соціальних настанов, втрати здатності самостійно існувати, встановлювати соціальні зв'язки.

Здебільшого спостерігається поєднане ураження декількох компонентів адаптації, іноді ж спостерігається ситуація, коли ураження одного із компонентів за принципом «ефекту доміно» призводить до дисфункціональності в інших напрямках діяльності. Проте, стосовно кожного із них спостерігаються також випадки вузькоспрямованого ураження при збереженні нормальної адаптації в інших сферах діяльності [13].

Іноді соціальна дисфункція може супроводжуватися порушенням норм моралі і права. На поведінковому рівні це може проявлятися асоціальними формами поведінки. Здебільшого такі варіанти розвитку виникають внаслідок дії прямих десоціалізуючих впливів, коли найближче оточення демонструє приклади антисуспільної поведінки, виступаючи таким способом як інститут десоціалізації. Але досить поширений також і непрямої варіант, коли на перший план виходить зниження референтної значимості провідних інститутів соціалізації, якими для людини є сім'я і колектив [14].

Медико-соціальне значення діагностики, корекції і профілактики станів дезадаптації полягає у тому, що вплив винятково на клінічно окреслені прояви захворювання не дозволяє здійснювати повноцінну реабілітацію хворих та профілакувати рецидиви патологічної симптоматики. Лише застосування системного

диференційованого підходу, що враховує специфіку розвитку психосоціальної дезадаптації у кожному конкретному випадку, відповідає вимогам, котрі висувуються до сучасних реабілітаційних заходів.

#### Список літератури

- Schmitt D. P., Pilcher J. J. Evaluating evidence of psychological adaptation: How do we know one when we see one? // *Psychological Science*. 2004. № 15. P. 643—649.
- Buss D. M. *Evolutionary psychology: The new science of the mind*. Boston : Evolutionary Psychology, 2004. 34 p.
- Георгиевский А. Б. Эволюция адаптации (историко-методологические исследования). Ленинград : Наука, 1989. 188 с.
- Miller G. F. Mate choice: From sexual cues to cognitive adaptations // *Ciba Foundation Symposium*. 1997. № 208. P. 71—87.
- Lenneberg E. H., Chomsky N., Marx O. *Biological foundations of language*. New York : Wiley, 1967. 528 p.
- Березин Г. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Ленинград : Наука, 1988. 270 с.
- Evolutionary theory and psychology : Science Briefs / D. M. Buss, Kruger D. J., Kurzban R. [et al.]. *Psychological Science Agenda*, 2009. 15 p.
- Реан А. А., Кудашев А. Р., Баранов А. А. Психология адаптации личности. СПб. : Медицинская пресса, 2002. 352 с.
- Jonason P. K., Buss D. M. Avoiding entangling commitments: Tactics for implementing a short-term mating strategy // *Personality and Individual Differences*. 2012. № 52. P. 606—610.
- Williams G. C. *Adaptation and natural selection*. New Jersey : Princeton University Press, 1996. 324 p.
- Психологическое обеспечение профессиональной деятельности: учебное пособие / С. А. Боровикова, Т. П. Водолазская, М. А. Дмитриева, Л. Н. Корнеева ; ред. Г. С. Никифоров. СПб. : Изд-во СПбГУ, 1991. 152 с.
- Symons D. *The evolution of the human mind*. New York : Oxford University Press, 1979. 368 p.
- Дружилов С. А. Профессионализм человека и критерии профессиональной адаптации // *Объединенный научный журнал*. 2003. № 1. С. 15—16.
- Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression / M. W. O'Hara, S. Stuart, L. L. Gorman, A. Wenzel // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2000. № 57. P. 1039—1045.

Надійшла до редакції 14.12.2017 р.

**ГЕРАСИМЕНКО Лариса Олександрівна**, доктор медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава, Україна; e-mail: larysaherasymenko@gmail.com

**HERASYMENKO Larysa**, Doctor of medical Sciences, Associate Professor, Lecturer of the Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava, Ukraine; e-mail: larysaherasymenko@gmail.com