

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО (Полтава)

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК З КЛІНІЧНО ВИЗНАЧЕНИМИ РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології (зав. – А. М. Скрипніков)
ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» <larysaherasymenko@gmail.com>

Вивчали структурні особливості психосоціальної дезадаптації у жінок з клінічно визначеними розладами адаптації. Проведено аналіз їх анамнестичних даних, клініко-психопатологічне обстеження. За допомогою методів діагностики структури психосоціальної дезадаптації отримано дані про домінування в обстежених жінок її сімейного варіанта. Другим за поширенням був виробничий (службовий) варіант дезадаптації. При цьому у більшості жінок сімейний і виробничий варіанти поєднувались і діагностовано змішаний варіант дезадаптації. До найбільш поширених факторів формування дезадаптації в обстежених жінок належать внутрішньо- і міжособистісні конфлікти, порушення сексуальної і комунікативної функцій, а також високий рівень особистісної тривожності, інтравертованості більшості з них. Отримані дані можуть бути використані для розробки ефективної системи психотерапевтичної корекції проявів психосоціальної дезадаптації у жінок та реабілітаційної роботи з ними.

Ключові слова: жінки, адаптація, психосоціальна дезадаптація, розлади адаптації, невротичні розлади.

У світовій та вітчизняній медичній науці психічну адаптацію як системне явище розглядають переважно в рамках трикомпонентної моделі [2]:

- систему, що забезпечує оптимальне співвідношення між психічними і фізіологічними адаптаційними процесами (психофізіологічна адаптація);
- систему, що забезпечує збереження психічного гомеостазу та сталої цілеспрямованої поведінки (власне психічна адаптація);
- систему адекватної взаємодії із соціальним оточенням (соціально-психологічна адаптація).

Таким чином, з точки зору системного підходу психічну адаптацію розуміють як цілісну, багатовимірну і самокеровану функціональну систему, спрямовану на підтримання сталої взаємодії індивіда з навколишнім середовищем і ставлення до себе [4].

Така теоретична системна модель дослідження психічної адаптації передбачає аналіз взаємозв'язків біологічних (фізіологічних), психологічних (індивідуально-особистісних) і соціальних (особистісно-середовищних) її компонентів, кожен з яких, відрізняючись своєрідністю і неповторністю, робить внесок у загальний адаптаційний механізм [5]. Тобто в існуючій системі адаптивної поведінки соматичні, нервово-психічні та соціально-психологічні компоненти тісно взаємопов'язані. Зміни хоча б одного з них викликають необхідність включення компенсаторних механізмів.

Сучасний етап характеризується невинним зростанням інформаційних навантажень, пов'язаних з участю в суспільних процесах [6]. Така тенденція спостерігається у всьому світі і зокрема в Україні. Найбільш чутливі до соціальних змін у суспільстві насамперед жінки, які історично несуть основну відповідальність не тільки за себе, але і безпосередньо забезпечують побутовий добробут сім'ї. Виявлені також суто гендерні відмінності показників чутливості до певних стресових факторів [7, 8]. Така функціональність в епоху соціальних катаклізмів робить жінок особливо вразливими до розвитку психогенії, насамперед станів дезадаптації та невротичних розладів [1, 9].

Мета дослідження – вивчити структурні особливості психосоціальної дезадаптації у жінок з клінічно визначеними розладами адаптації.

Матеріали і методи. Обстежено 66 жінок з діагностованими розладами адаптації (F43.2), які звертались за консультативною допомогою до співробітників

кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Усі вони надали поінформовану згоду на участь у дослідженні.

Виконано аналіз їх анамнестичних даних, клініко-психопатологічне обстеження. Для діагностики власне структури психосоціальної дезадаптації у даних пацієнтів використано шкалу ступеня вираженості соціальної дезадаптації індивідів І. П. Артюхова та співавт. і запропоновану нами «Шкалу психосоціальної дезадаптації», спрямовану на більш повне розкриття особливостей психосоціальної дезадаптації пацієнтів у різних сферах діяльності [3].

Методика являє собою чотири діагностичні блоки, які відповідають основним напрямкам можливо порушеного психосоціального функціонування: сімейний, виробничий (службовий), економічно-майновий, інформаційний. У більшості випадків спостерігається поєднане ураження декількох з перерахованих компонентів адаптації, іноді – ситуація, при якій ураження одного з компонентів за принципом «ефекту доміно» призводить до дисфункціональності в інших напрямках діяльності. Проте щодо кожного з них спостерігались також випадки вузько-спрямованого ураження при збереженні нормальної адаптації в інших сферах діяльності.

Кожен блок включає 10 питань, які оцінюють за 1–2 балами залежно від значущості. Максимальна кількість балів за кожним модулем – 12:

0–1 бал – адаптованість;

2–3 бали – межовий стан, група ризику дезадаптації;

4–6 балів – дезадаптація легкої тяжкості;

7–9 балів – дезадаптація середньої тяжкості;

10–12 балів – тяжка дезадаптація.

Декілька піків (4 бали і більше) – змішана дезадаптація.

Використовували такі визначення.

Сімейна дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів сімейних відносин.

Виробнича (службова) дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом факторів професійної діяльності.

Економічно-майнова дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом економічних факторів.

Інформаційна дезадаптація – стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом інформаційних факторів.

Під *змішаною дезадаптацією* мається на увазі стан порушеної адаптації індивіда до навколишнього соціального середовища під впливом комплексу факторів.

Соціально адаптований індивід – особа, здатна до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими у повному обсязі.

Індивід з ризиком соціальної дезадаптації – особа, здатна в неповному обсязі до самосвідомості і рольової поведінки, до самоконтролю і самообслуговування, до адекватних зв'язків з оточуючими.

Соціально дезадаптований індивід – особа, у якій відсутня самосвідомість і рольова поведінка, самоконтроль і самообслуговування, здатність до адекватних зв'язків з оточуючими.

Аналіз соціально-демографічних та анамнестичних особливостей пацієнтів показав, що більшість жінок були у віці ($35,5 \pm 5,3$) року. Вік початку захворювання на невротичні розлади – від 18 до 28 років. Середній вік від дебюту невротичного захворювання становив ($34,6 \pm 5,1$) року.

Тривалість актуального невротичного розладу менше року була у 14 (21,21 %) жінок; від 1 до 5 років – у 37 (56,06 %); від 5 до 10 років – у 11 (16,67 %), більше 10 років – у 4 (6,06 %) жінок. Середня тривалість невротичного розладу загалом становила ($4,84 \pm 1,95$) року ($P < 0,01$).

Більшість обстежених жінок (41 жінка, 62,12 %, $P < 0,05$) виховувались у повних родин; у неповних родин – 25 (37,88 %) жінок. Сиріт не було.

Вищу освіту мали 20 (30,3 %) жінок, але переважали пацієнтки з повною середньою освітою – 39 (59,09 %; $P < 0,01$). Неповну середню освіту мали 7 (10,61 %) пацієнток. Не було жодної жінки без освіти.

Згідно із сімейним статусом, превалювали особи, які на момент обстеження були розлученими, – 30 (45,45 %). У шлюбі перебували 19 (28,79 %) жінок; ніколи не були у шлюбі 17 (25,76 %).

У сімейних стосунках більшості жінок превалювали напружено-дисоціативні стосунки – у 24 (36,36 %), другими були симбіотичні стосунки – у 16 (24,24 %). Рідше зустрічались стосунки за типом гіперпротекції – у 10 (15,15 %) жінок, емоційно-відчуждені стосунки – у 8 (12,12 %), також діагностовано по 4 (6,06 %) випадки стосунків, описаних самими жінками як гармонійний і псевдосолідарний типи.

Згідно із самооцінкою стану сімейних стосунків, як на конфліктні вказувала 41 (62,12 %) пацієнтка, 19 (28,79 %) жінок вважали їх задовільними і лише 6 (9,09 %) – близькими до гармонійних. Одну дитину мали 36 (54,55 %) жінок, не мали дітей 16 (24,24 %), у 14 (21,21 %) пацієнток було двоє і більше власних дітей.

Більшість обстежених займалися інтелектуальною працею – 43 (65,15 %, $P < 0,01$). Фізично працювали 16 (24,24 %) жінок, безробітними були 7 (10,61 %), домогосподарок не було. Власний майновий статус оцінювала як низький 31 (46,97 %) жінка цієї групи, 19 (28,79 %) жінок вважали його задовільним і 16 (24,24 %) оцінювали рівень власних доходів як високий.

Анамнестичні дослідження у хворих жінок з розладами адаптації свідчили про спадкову обтяженість щодо афективних розладів (30,3 %; $P < 0,05$), преморбідні особистісні акцентуації (психастенічні – у 42,42 %, дистимічні – у 28,03 %; $P < 0,01$) та хронічні чинники психічної травматизації (74,2 %; $P < 0,05$), обумовлені відчуттям самотності, потребою в любові та близьких стосунках (56,1 %; $P < 0,05$), про конфлікти у родині (43,9 %; $P < 0,05$). У 60,61 % жінок спадкової обтяженості щодо вказаних нозологічних форм не виявлено, але отримані дані про відсутність спадкової обтяженості можуть бути неточними, що обумовлено часто недостатньою поінформованістю пацієнтів про стан здоров'я своїх родичів старших поколінь.

Найчастіше зустрічалась така коморбідна патологія: депресія, тривожно-депресивні реакції, захворювання серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія, атеросклероз), гострі реакції на стрес.

Серед шкідливих звичок найчастіше мала місце нікотинова залежність, виявлена у 29 (43,94 %) жінок. Ознаки побутового пияцтва виявлені у 25 (37,88 %) обстежених. Про вживання наркотичних речовин в анамнезі повідомили 2 (3,03 %) пацієнтки, а на даному етапі всі жінки вживання наркотичних речовин заперечували. Не мали виявлених шкідливих звичок та залежностей 25 (37,88 %) жінок.

У 21 (31,82 %) жінки в анамнезі мали місце суїцидальні наміри, а у 4 (6,06 %) – незавершені суїцидальні спроби. На момент обстеження у всіх жінок не виявлено виражених суїцидальних тенденцій.

Відповідно до мети дослідження виконано аналіз структури та особливостей психосоціальної дезадаптації у жінок з клінічно визначеними розладами адаптації за методикою І. П. Аргюхова та співавт. Структурні показники психосоціальної дезадаптації жінок з розладами адаптації за цією методикою наведено у табл. 1.

У 57,58 % пацієнток визначено змішаний тип дезадаптації з домінуванням у внутрішній структурі факторів сімейної та виробничої дезадаптації, а у 31,82 % – сімейний варіант дезадаптації. Виробничий тип соціальної дезадаптації діагностовано у 7,57 % жінок, економічну дезадаптацію виявлено у 3,03 % жінок цієї групи. Випадків інформаційної дезадаптації не зафіксовано.

Аналіз структури психосоціальної дезадаптації для пацієнток з розладами адаптації показав, що найбільш типовими її проявами були такі: незадоволення

відчуттям комфортності (75,95 %), психологічним мікрокліматом у сім'ї (62,03 %) і терміном проживання у шлюбі (62,03 %), незадоволення психологічними стосунками з колегами (60,76 %) та психологічними стосунками подружжя (60,76 %) і висока кратність роздратування (54,43 %).

Таблиця 1. Структурні показники психосоціальної дезадаптації у жінок з розладами адаптації

Категорія соціальних стосунків	Критерій оцінки					
	сприятливий		задовільний		несприятливий	
	абс. од.	%	абс. од.	%	абс. од.	%
Психологічний мікроклімат у сім'ї	8	10,12	22	27,85	49	62,03
Психологічні стосунки в сім'ї	11	13,92	20	25,32	48	60,76
Психологічні стосунки з дітьми	15	18,99	17	21,52	47	59,49
Термін проживання у шлюбі	11	13,92	19	24,05	49	62,03
Стосунки з родичами	20	25,32	50	63,29	9	11,39
Мікроклімат на роботі	9	11,39	23	29,11	47	59,49
Стосунки з колегами	10	12,66	21	26,58	48	60,76
Стосунки з начальством	12	15,19	22	27,85	45	56,96
Стосунки із сусідами	22	27,85	19	24,05	38	48,10
Стосунки з друзями і знайомими	22	27,85	14	17,72	43	54,43
Задоволення роботою	14	17,72	18	22,78	47	59,49
Фінансовий стан сім'ї	24	30,38	31	39,24	24	30,38
Критерій	0–1 раз на тиждень		2–3 рази на тиждень		1 раз і більше на день	
Кратність роздратування	12	15,19	24	30,38	43	54,43
Критерій	Із сім'єю		З друзями та колегами		На самоті	
Комфортність	9	11,39	10	12,66	60	75,95

Отримані результати ми доповнили аналізом стану психосоціальної дезадаптації у жінок з використанням «Шкали психосоціальної дезадаптації» (табл. 2).

Таблиця 2. Результати аналізу «Шкали психосоціальної дезадаптації» у жінок з розладами адаптації

Варіант дезадаптації	Тяжкість проявів									
	адаптація		група ризику		легка тяжкість		середня тяжкість		тяжкий перебіг	
	абс. од.	%	абс. од.	%	абс. од.	%	абс. од.	%	абс. од.	%
Економічна	20	25,32	55	69,62	2	2,52	1	1,26	1	1,26
Виробнича (службова)	6	7,59	30	50,85	19	24,05	10	12,66	14	17,72
Сімейна	8	10,13	12	34,42	29	36,71	9	11,39	21	26,58
Інформаційна	59	74,68	19	24,05	1	1,26	0	0	0	0

За обома методами отримано дані про домінування в обмежених жінок сімейного варіанта психосоціальної дезадаптації, далі – виробничий (службовий) варіант. При цьому у більшості випадків сімейний і виробничий варіанти поєднувались і діагностовано змішаний варіант дезадаптації (55,7 %). Найвища питома вага тяжких проявів, пов'язаних із соматичними реакціями, такими як тремтіння,

пітливість, серцебиття, головний біль, порушення сну, апетиту тощо, припадала на випадки сімейної психосоціальної дезадаптації, що виникала у відповідь на невіршені ситуації сімейних конфліктів.

Ми проаналізували найбільш поширені фактори формування дезадаптації в обстежених жінок. До них належать внутрішньо- і міжособистісні конфлікти, порушення сексуальної і комунікативної функцій, а також високий рівень особистої тривожності, інтравертованість більшості з них.

Сімейна форма дезадаптації розвивалась у результаті невідповідності між очікуваннями та реальною ситуацією у сфері сімейних стосунків, неможливості залишатись у такому стані стосунків та нездатності знайти ефективні шляхи вирішення конфліктної ситуації. Основною причиною її розвитку визначено внутрішньо- і міжособистісні конфлікти, найчастішою причиною яких була відсутність взаємного почуття любові та поваги в сімейній парі, наявність у одного з подружжя рис характеру, що викликають несприйняття в іншого, відсутність збігу морально-етичних і естетичних установок, рольової поведінки, сексуальна аверсія тощо. Деструктивні тенденції вирішення подібних конфліктів спричинили розвиток психосоціальної дезадаптації у сімейному варіанті.

Вагомим фактором формування конфліктів і ситуації дезадаптації в обстежених жінок були порушення комунікативної та сексуальної функцій у випадку сімейної дезадаптації та комунікативні труднощі у разі виробничої (службової) дезадаптації. Особливо важливе значення ці фактори мали у випадку домінування сімейних цінностей чи мети професійного зростання відповідно. Серед причин порушення сексуальної функції були як фактори соматичного характеру, так і сексуальна аверсія.

На фоні властивого для більшості обстежених жінок високого рівня особистої тривожності, інтравертованості це призводило до фрустрації актуальних потреб у здоров'ї, любові, щасливому сімейному житті, що посідали центральне місце в їхній системі цінностей.

Обстежені пацієнти були схильні до розмірковувань над причинами невдалого шлюбу, перспективами розлучення, аналізом сімейних конфліктів, що у значній частині випадків супроводжувалось зниженням настрою і навіть вегетативними реакціями, погіршенням сну, апетиту, працездатності.

У частини пацієнтів дезадаптація сімейних стосунків досягала ступеня аверсії, що охоплювала психологічну і сексуальну сфери з втягненням як усвідомлених, так і неусвідомлюваних механізмів. Психологічна і сексуальна форми аверсії проявлялись як ізольовано, так і в поєднаній формі. Сексуальна аверсія в ізольованій формі зустрічалась при незначній тривалості явищ дезадаптації, а у випадку відсутності корекційних впливів на наступних етапах трансформувалась в більш глобальний процес з охопленням ширшого кола сфер активності.

Хоча більшість обстежених нами жінок вступали у шлюб чи починали стосунки з партнером з почуттям любові і приязні, однак на період обстеження у випадку діагностики сімейної дезадаптації вони всі міркували про перспективи розлучення або уже ініціювали цей процес чи завершили його. Така ситуація ще раз свідчить про руйнівний вплив сімейного варіанта психосоціальної дезадаптації на шлюб і його стійкість.

Висновок. Отримані дані можуть бути використані для розробки ефективної системи психотерапевтичної корекції проявів психосоціальної дезадаптації у жінок та реабілітаційної роботи з ними.

Список літератури

1. Герасименко Л. А. Новая методика диагностики психосоциальной дезадаптации // Лік. справа=Врачебное дело. – 2018. – № 1–2. – С. 82–88.
1. Herasyenko L. A. Novaya metodika diagnostiki psihosotsial'noy dezadaptatsii // Lik. Sprava=Vracheb. delo. – 2018. – № 1–2. – S. 82–88.
2. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія. – К.: Академвидав, 2005. – 468 с.
2. Orban-Lembrik L. E. Social'na psihologiya. – K.: Akademvidav, 2005. – 468 s.

3. *Скрывников А. М., Неразумынко Л. О., Исаков Р. И.* Психосоциальная дезадаптация при посттравматическому стрессовому розладі у жінок. – Полтава: АСМІ, 2016. – 156 с.
4. *Чабан О. С., Хаустова О. О.* Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрямки їх подолання // Журн. психіатрії і мед. психології. – 2009. – № 3. – С. 13–21.
5. *Breslau N.* Trauma and posttraumatic stress disorder in the community // Archives of General Psychiatry. – 1998. – Vol. 55. – P. 626–632.
6. *Ono Y.* Gender differences of somatoform symptoms // Abstracts X World Congress of Psychiatry. Madrid. – 1996. – Vol. 1. – P. 78.
7. *Shields J.* Heredity and psychological abnormality // Handbook of abnormal psychology. – 1973. – Vol. 2. – P. 23–31.
8. *McGrath E.* Women and depression: Risk factors and treatment issues. – Washington: Am. Psychol. Ass., 1990. – 14 p.
9. *Gerasimenko L.* Psychosocial aspects of adjustment disorders in women // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. – 2018. – № 1. – P. 40–45.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С КЛИНИЧЕСКИ ОЧЕРЧЕННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Л. О. Герасименко (Полтава)

Изучали структурные особенности психосоциальной дезадаптации у женщин с клинически очерченными расстройствами адаптации. Проведён анализ анамнестических данных, клинико-психопатологическое обследование. С помощью методов диагностики структуры психосоциальной дезадаптации получены данные о доминировании у обследованных женщин её семейного варианта. Вторым по распространённости был производственный (служебный) вариант дезадаптации. При этом у большинства женщин семейный и производственный варианты сочетались и был диагностирован смешанный вариант дезадаптации. К наиболее распространённым факторам формирования дезадаптации у обследованных женщин отнесены внутри- и межличностные конфликты, нарушения сексуальной и коммуникативной функций, а также высокий уровень личностной тревожности, интравертированности большинства из них. Полученные данные могут быть использованы для разработки эффективной системы психотерапевтической коррекции проявлений психосоциальной дезадаптации у женщин и реабилитационной работы с ними.

Ключевые слова: женщины, адаптация, психосоциальная дезадаптация, расстройства адаптации, невротические расстройства.

PECULIARITIES OF PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT IN WOMEN WITH CLINICALLY DETERMINED ADAPTATION DISORDERS

L. O. Herasymenko (Poltava, Ukraine)

The Higher State Educational Establishment of Ukraine
“Ukrainian Medical Stomatological Academy”

Structural features of psychosocial maladjustment in women with clinically determined adaptation disorders were studied. The analysis of their anamnestic data and clinical and psychopathological examination were carried out. With the help of methods for diagnosing the structure of psychosocial maladjustment, data were obtained on the dominance of her family variant in the surveyed women. The second most common was the industrial (service) version of maladjustment. At the same time, in most women the family and industrial variants were combined and a mixed variant of maladjustment was diagnosed. The most common factors in the formation of maladjustment among the women surveyed are intra- and interpersonal conflicts, violations of sexual and communicative functions, as well as a high level of personal anxiety, intravertness of most of them. The obtained data can be used to develop an effective system of psychotherapeutic correction of psychosocial maladjustment manifestations in women and rehabilitation work with them.

Key words: women, adaptation, psychosocial maladjustment, adaptation disorders, neurotic disorders.