

Л. О. Герасименко

ТЕРАПІЯ, РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ

Л. А. Герасименко

Терапия, реабилитация и профилактика психосоциальной дезадаптации у женщин с расстройствами адаптации

L. Herasymenko

Therapy, rehabilitation and prevention of psychosocial maladjustment in women with adjustment disorders

Метою дослідження є розроблення принципів терапії, реабілітації та профілактики психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на розлади адаптації. Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, стану психосоціальної дезадаптації, рівня виразності симптоматики особистісної та реактивної тривожності, нервово-психічної стійкості, спрямованості ціннісних орієнтацій. Серед жінок, які брали участь у дослідженні, повне одужання було зареєстровано у 81,8 % випадків, поліпшення психічного стану — у 15,2 %, відсутність динаміки психічного стану — у 3,0 % обстежених.

Ключові слова: розлади адаптації, психосоціальна дезадаптація

Целью исследования является разработка принципов терапии, реабилитации и профилактики психосоциальной дезадаптации у женщин, больных расстройствами адаптации. Оценка эффективности базировалась на анализе динамики клинико-психопатологического статуса, состояния психосоциальной дезадаптации, степени выраженности симптоматики личностной и реактивной тревожности, нервно-психической устойчивости, направленности ценностных ориентаций. Среди женщин, которые принимали участие в исследовании, полное выздоровление было зарегистрировано в 81,8 % случаев, улучшение психического состояния — в 15,2 %, отсутствие динамики психического состояния — в 3,0 % обследованных.

Ключевые слова: расстройства адаптации, психосоциальная дезадаптация

The study is the development of principles of therapy, rehabilitation and prevention of psychosocial maladjustment in women with disorders of adaptation. Evaluation of efficacy based on the analysis of the dynamics of clinical-psychopathological status, psychosocial maladjustment condition, severity of symptoms of personal and reactive anxiety, nervous and mental stability, orientation values. Among the women surveyed, a full recovery was recorded in 81.8 % of cases, improved mental state — at 15.2 %, the lack of dynamics of mental state — in 3.0 % of patients.

Key words: adjustment disorder, psychosocial maladjustment

Відомо, що основою психогенії є збій системи психічної адаптації у відповідь на психологічний конфлікт як чинник, що завдає шкоди. Цей психологічний конфлікт може лежати у інформаційній площині, або ж у сфері сімейних, економічних чи професійних стосунків [1].

Дезадаптація — це порушення пристосування організму та психіки людини до змін навколишнього середовища, що проявляється неадекватними характеру подразників психічними і фізіологічними реакціями [2].

Соціальна дезадаптація — термін, що означає в найзагальнішому вигляді порушення процесів взаємодії людини із навколишнім середовищем і може проявлятися порушенням норм моралі і права, асоціальними формами поведінки і деформацією системи внутрішньої регуляції, ціннісних орієнтацій і соціальних настанов [3].

При соціальній дезадаптації мова йде про порушення процесу соціального розвитку індивіда, коли є порушення як функціональної, так і змістовної сторони соціалізації. По суті своїй, мова йде про соціальну недостатність людини, нездатність виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності. Це може призводити до втрати здатності до самостійного існування та встановлення соціальних зв'язків, до залежності від допомоги інших осіб, порушення професійної діяльності [4].

Сучасний напружений ритм життя і високі вимоги до адаптивних механізмів психіки спричинили сплеск поширеності психічних розладів, що супроводжуються різноманітними проявами психосоціальної дезадаптації. Особливо уразливими в такій ситуації часто виявляються жінки, становище яких у суспільстві зазнало стрімких трансформацій у рамках процесів емансипації.

На сьогодні накопичено достатньо великий обсяг досліджень, присвячених досвіду застосування різно-

манітних методів та програм лікування психосоціальної дезадаптації у пацієнтів, зокрема жінок, із невротичними розладами та психосоціальною дезадаптацією.

Проте, це питання лишається далеким від остаточно-го вивчення, і є певний запит щодо створення системного підходу до питання терапії, реабілітації і профілактики у роботі з цим контингентом хворих.

Метою дослідження є розроблення принципів терапії, реабілітації та профілактики психосоціальної дезадаптації у жінок з розладами адаптації.

У дослідженні брали участь 66 жінок із розладами адаптації (F43.2 за МКХ-10), які звернулись за консультативною допомогою на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». Усі пацієнтки надали письмову поінформовану згоду на участь у дослідженні. Проведено комплексне обстеження із застосуванням клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного, анамнестичного, психофеноменологічного методів.

Спираючись на результати дослідження, виокремлено «пускові», найбільш патогенні чинники, що відігравали провідну роль у розвитку порушень адаптації, а отже, потребували першочергового подолання (зменшення впливу). Виокремлення «пускових» патогенних факторів допомогло визначити групу первинних стрес-чинників, які мали бути подолані в першу чергу. А виокремлення «підтримувальних» патогенних чинників дозволило діагностувати вторинні фактори, які самостійно не призводять до формування невротичних розладів і ознак психосоціальної дезадаптації, але відіграють важливу патопластичну роль.

Розроблено диференційовану програму реабілітації та психопрофілактики психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на розлади адаптації. Принцип етапності передбачав реалізацію реабілітаційних і профілактичних

заходів на послідовних етапах: початковому, основному та етапі профілактичних і підтримувальних заходів.

Метою початкового етапу є тамування основних клінічних проявів розладів адаптації, емоційного напруження. Первинні заходи дозволяли встановити психотерапевтичний контакт із пацієнтом, зробити його сприйнятливим до подальших впливів у рамках процесу реабілітації. Важливою умовою цього етапу було створення передумов для встановлення робочого альянсу, що досягається передовсім завдяки недиригентному, партнерському стилю спілкування. Атмосфера довіри стимулювала розширення конструктивної соціальної активності. Тривалість цього етапу складала 7—14 днів.

Основою лікувальних впливів є поєднання психотерапевтичної та фармакотерапії. Психотерапію у межах цього етапу використовували за допомогою методу індивідуальної раціональної психотерапії за П. Дюбуа. Фармакотерапію проводили відповідно до стандартів стаціонарної психіатричної допомоги, з урахуванням індивідуальних особливостей жінок та синдромальної структури невротичного розладу.

На основному етапі система реабілітації загалом складалась із двох базових блоків — власне реабілітаційного та реадaptaційного. Процес реалізації запланованих заходів відбувався у трьох напрямках: медично-соціальному, індивідуальному та внутрішньосімейному.

Реабілітаційна складова становила диференційовану програму психокорекції, що виконувалась у два етапи. Перший етап — психодіагностично-адаптаційний, другий — корекційний. Як основний метод застосовували когнітивну психотерапію за Беком, що дозволяла усувати «когнітивні помилки» і нормалізувати емоційний стан. Як допоміжні методи застосовували техніки, що моделюють поведінку (для корекції поведінкових розладів) і техніку прогресивної м'язової релаксації (для корекції вегетативних порушень). Комплексне застосування когнітивно-поведінкової психотерапії (когнітивна терапія Бека і моделюючі техніки) та методики прогресивної м'язової релаксації дозволяли ефективно коригувати як власне невротичний конфлікт, так і прояви психосоціальної дезадаптації. Повний курс комплексного психотерапевтичного втручання становив від 2—3 місяці.

Головним завданням етапу реадaptaції було розроблення навичок пристосування жінок до життя та трудової діяльності у змінених хворобою умовах, що досягали завдяки моделюванню психосоціальної діяльності у побуті і на виробництві та закріпленню нових психосоціально адаптивних стереотипів поведінки.

Реадaptaційна складова системи психосоціальної реабілітації включала соціальну, трудову та сімейну реадaptaцію. Цей етап психосоціальної реабілітації проводили в умовах амбулаторного сімейного лікування після відповідного попереднього навчання жінок і їхнього сімейного оточення належним методам та методикам. Таким способом досягали повної чи парціальної адаптації, що наближала пацієнтку до відчуття індивідуальної й суспільної повноцінності, властивого їй до хвороби.

Завершальний етап підтримувальних і профілактичних заходів мав комплексний характер, спрямований на адаптацію та реадaptaцію пацієнток із залишковими проявами психосоціальної дезадаптації. Використовували як фармакотерапію, так і психотерапевтичний вплив, але фармакологічний вплив поступово мінімізували, а психотерапія забезпечувала виконання

основних завдань. Як засоби фармакотерапії використовували анксиолітики, антидепресанти та інші препарати, які підтвердили свою безпечність та ефективність на попередніх етапах. Психотерапію проводили за допомогою систематичної десенсибілізації за J. Wolpe, аутогенного тренування, а також сімейної психотерапії за Е. Г. Ейдемиллером.

Профілактична робота включала медичні, психологічні та соціальні заходи. Здійснювали її амбулаторно і спрямовували на попередження рецидивів розладів адаптації і, як наслідок, відновлення психосоціальної адаптації. Побудову профілактичних програм проводили з урахуванням основних факторів і умов формування розладів адаптації: особливостей невротичного конфлікту, характеру психотравми, впливу «професійних», соціально-демографічних і економічних чинників, анамнестичних даних, індивідуально-психологічних відмінностей та коморбідної патології. Тривалість цього етапу складала 3—4 місяці.

Апробацію розробленої програми реабілітації та профілактики проводили в основній групі серед жінок із психосоціальною дезадаптацією при розладах адаптації.

Оцінка ефективності базувалася на аналізі динаміки клініко-психопатологічного статусу, стану психосоціальної дезадаптації, рівня виразності симптоматики особистісної та реактивної тривожності, нервово-психічної стійкості, спрямованості ціннісних орієнтацій.

Аналіз ефективності розробленої системи здійснювали на підставі клінічних, параклінічних і психодіагностичних показників. Загалом, серед жінок, які брали участь у дослідженні, повне одужання було зареєстровано у 81,8 % випадків, поліпшення психічного стану — у 15,2 %, відсутність динаміки психічного стану — у 3,0 % обстежених. Випадків погіршення психічного стану виявлено не було.

Отримані результати свідчать на користь ефективності розробленої диференційованої системи реабілітації та психопрофілактики у роботі з жінками, які страждають на розлади адаптації.

Список літератури

1. Концепція формування невротичних депресій у сучасному соціумі / Н. О. Марута, І. О. Явдак, Г. Ю. Каленська, С. М. Альохіна // Архів психіатрії. 2003. Т. 9, № 1. С. 17—20.
2. The economic burden of personality disorders in mental health care / [D. I. Soeteman, Hakkaart-van Roijen L., Verheul R., Busschbach J. J.] // J. Clin Psychiatry. 2008. № 69. P. 259.
3. Deutsch M. The Resolution of Conflict: Constructive and Destructive Processes. New Haven : Yale University Press, 1973. 420 p.
4. Pearlin, L. I. The social contexts of stress // Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects / Eds. L. Goldberger, S. Breznitz. N. Y.: The Free Press, 2012. P. 367—379.

Надійшла до редакції 13.12.2016 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; e-mail: lara-gerasimenko@mail.ru

HERASYMENKO Larysa, Doctor of medical Sciences, assistant professor, assistant professor 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: lara-gerasimenko@mail.ru