

УДК 616.89-008(470.344)(045)

**В. Л. Подлубный**  
**СЕМИОТИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА ПСИХОАДАПТАЦИОННЫХ**  
**И ПСИХОДЕЗАДАПТАЦИОННЫХ СОСТОЯНИЙ**  
**У РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ**  
Запорожский государственный медицинский университет

**Ключевые слова:** работники промышленных предприятий, психическая дезадаптация, психоадаптационные состояния, психозадаптационные состояния, семиотическая структура

Рассматриваемая проблема семиотики, структуры, квалификации донозологических форм пограничных состояний имеет несомненный психогигиенический, психопрофилактический, психотерапевтический аспекты. Одним из основных обоснований актуальности настоящего исследования является широкая распространённость и недостаточная выявляемость психических расстройств (прежде всего, донозологического и пограничного уровней) среди работников промышленных предприятий. В то же время, решение организационных проблем, в том числе профилактических, требует чёткого представления о клинко-эпидемиологической и медико-психологической ситуации в отношении той или иной популяционной группы.

В качестве предпосылок появления психозадаптации следует иметь в виду «прорыв барьера психической адаптации» в результате «перекрёстка» ряда внешних и внутренних факторов. К их числу относятся: ситуационный, временной, возрастной, экзогенно-соматогенный, производственные, бытовые. Под их воздействием первично-фрагментарные сдвиги в виде психоадаптационного состояния при утяжелении приводили к формированию психозадаптации, а затем – различных форм непсихотических психических расстройств. Сочетанное воздействие неблагоприятных факторов производства ведёт к перенапряжению компенсаторных механизмов и срыву психической адаптации. Результатом чего являются «предболезненные» проявления или «болезни цивилизации», пограничные психические расстройства [1;4;6].

Эпидемиологические исследования психических нарушений среди работников промышленности, несмотря на ее значимость в народном хозяйстве страны, единичны. Проводимые в 70-80-х годах прошлого века исследования сводились, преимущественно, к изучению выраженных форм психических расстройств, т.е. патологии, препятствовавшей работе.

Изучение проблемы психического здоровья работников промышленности обусловлено рядом медицинских и социально-экономических факторов, так как эта популяция составляет основную часть трудоспособного населения, состояние их психического здоровья становится необходимым условием развития производства и производительности труда [3].

Кроме особенностей профессиональной деятельности, семейно-психо-логический микроклимат, личностный уровень, экономические проблемы, обнару-

живают различную степень выраженности социальной и трудовую дезадаптацию, приводящую к снижению производительности труда, допущению ошибок в производстве, а также к микросоциальным конфликтам. На основании этих исследований создана концепция психоадаптационных, психозадаптационных состояний [5].

Несмотря на ряд приводимых исследования по данной проблеме, остаются недостаточно изученной семиотическая структура психической адаптации и дезадаптации, необходимая для определения прогностических критериев формирования непсихотических психических расстройств на этапе типологического структурирования.

**Целью настоящего исследования** явилось изучение семиотической структуры, динамики адаптационных и дезадаптационных состояний у работников промышленности.

**Контингент и методы.** Для решения поставленной цели были использованы клинко-эпидемиологический, клинко-психопатологический и статистический методы. В качестве основного инструмента исследования использовалась «Базисная карта для клинко-эпидемиологических исследований», разработанная в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, модифицированная для целей нашего исследования, включающая в себя социально-демографические сведения, данные анамнеза, клиническую часть с характеристикой симптомов и синдромов.

В соответствии со спецификой исследуемого материала базисная карта была дополнена сведениями о различных формах перенесенных вредностей, связанных с особенностями работы на производстве, стаже работы по той или иной специальности, данными о наличии соматических заболеваний их динамике. Также нами использовался глоссарий к «инструкции о проведении обязательных предварительных и периодических психиатрических осмотров» и созданный нами на его основе «опросник». На основании ответов на вопросы данной карты заполнялась «регистрационная карта»

Исследования проводились на базе Запорожской областной клинической психиатрической больницы в период 2008 – 2010 годов. В группу обследованных лиц вошли 982 работника промышленных предприятий, проходившие психопрофилактические осмотры. Возраст обследованных был от 20 до 60 лет, из них 656

(66,80 %) мужчин и 326 (34,20 %) женщин.

**Результаты и их обсуждение.** Использование указанных инструментов позволили обнаружить на промышленном предприятии работников с различными уровнями психического здоровья. Так, практически здоровые лица составили 161 человек (16,50 %) – психическая адаптация; с непатологической психической дезадаптацией – 199 человек (20,30 %); с патологической психической дезадаптацией – 283 человека (28,80 %) и больные с различными непсихотическими психическими расстройствами – 338 человек (34,40 %). Критерии отбора были специально разработаны в целях настоящего исследования с учётом, представленных в литературе клинических данных [4;5] и результатов предварительных исследований функциональных расстройств.

При преходящем (относительно нестабильном) характере нарушений, обследуемые были отнесены к группе «с симптомами психоадаптационных и психодезадаптационных расстройств» [5].

Психоадаптационные состояния 199 человек (20,30 %) оценивались нами как относительно стабильные образования, при которых имеет место действие индивида в диапазоне меняющейся социальной, экологической среды, не выявляющем патологического типа личности: при напряжённых механизмах психосоциальной адаптации нет признаков её нарушений. Они структурировались, как правило, у лиц с хорошо развитой способностью к «вытеснению», «отрицанию» дестабилизирующих психогенных и соматоэкогенных стимулов. При этом психоадаптационное состояние соответствовало все же не «норме», а «предпатологии» поскольку воздействие неблагоприятных факторов не отражалось на функционировании организма лишь благодаря сохранности компенсаторных способностей.

Клинически отдельные психоадаптационные состояния характеризовались теми же проявлениями, что и психодезадаптационные, но в более изолированном, нестойком неразвернутом виде.

Психодезадаптационные состояния 283 человека (28,80 %) представляли собой относительно стабильный симптомокомплекс, соответствующий регистру пограничных расстройств, формирующийся в течение длительного периода (около полугода и более) в виде четырёх вариантов: астенического 103 (36,39 %) – с чувством усталости к концу дня, болями в мышцах, ощущением вялости; психовегетативного 77 (27,21 %) – с пароксизмальными вегетативными дисфункциями, преходящими головными болями, бессонницей, необъяснимой «тоской», дистимического 65 (22,97 %) – от состояния лёгкого психического дискомфорта до агрессивной настроенности к окружающим лицам; и дисмнестического 38 (13,43 %) – с кратковременными изменениями в сфере внимания, ориентировки в хорошо знакомой местности, ошибочной оценки временных интервалов. Варианты психодезадаптационных состояний представлены на рисунке 1.

Астенический вариант протекал с преобладанием пониженного физического тонуса, развивающегося в процессе адаптации. Эти проявления возникали, как правило, при труде с физическим и психоэмоциональным напряжением, вызванным необходимостью успешного выполнения производственных операций. Физическая слабость появлялась в конце рабочего дня, возникало чувство разбитости, как «после бессонной ночи», физическое и психическое утомление. Это приводило к снижению производственных показателей, затруднениям при выполнении обязанностей, поиском поводов для прекращения выполняемой деятельности.

Обязательным симптомом являлось нарушение сна. Обследуемые жаловались на разбитость и невозможности уснуть. Зачастую физическая слабость, в результате переутомления, приводила к затрудненному засыпанию и поверхностному сну, а наутро возникала «головная боль» и «постоянное чувство усталости». Дополнительными проявлениями в картине дезадаптации служили ситуационные гиперстенические реакции, вегетативные дисфункции, а также нарушения в социально-производственной сфере в виде самостоя-

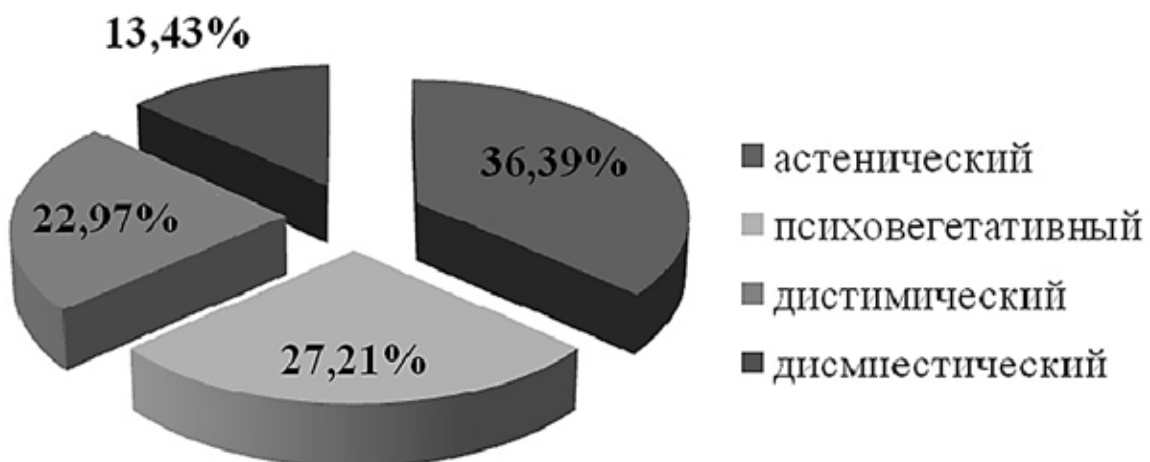


Рис. 1. Варианты психодезадаптационных состояний

тельного уменьшения обязательного объёма работ. Постоянное физическое недомогание распространялось не только на время выполнения работы, но и после её завершения. Однако вазовегетативные реакции и симптомы эмоциональной лабильности, как правило, носили эпизодический характер и звучали в жалобах второстепенно.

Наиболее часто формирование астенического варианта дезадаптации отмечалось на соматически ослабленной почве, например, после перенесенных некоторое время назад простудных заболеваний. Прогрессирующая динамика выражалась в стойком неврастеноподобном состоянии, основу которого составлял фактор хронического переутомления в результате влияния комплекса производственных условий, воздействующих по принципу взаимного потенцирования (интенсивный физический труд, часто в условиях ночных смен, при действии шума, вибрации, монотонности труда и др.).

В структуре психовегетативного варианта психодезадаптационного синдромов преобладали вегетативные кризовые или перманентные дисфункции. В первом случае они представляли фрагменты симпатoadреналовых или вагоинсулярных, но чаще смешанных приступов; во втором – явлениями общей слабости, потливости, несистемных головокружений, тахикардией, зябкостью, «тупыми» болями в суставах и мышцах.

Неприступный период характеризовался ортостатическими реакциями, чувством жара или похолодания вне зависимости от окружающей температуры, появлением болей в мышцах и суставах, сдвигами ритма сна и бодрствования – при воздействии производственных перегрузок в сочетании с неблагоприятными метеотропными влияниями. Особое место занимали расстройства дыхания, относимые к признакам вегетативной дисфункции. Обследуемые указывают на чувство «нехватки» воздуха, приводившие к появле-

нию неопределенной тревоги. Наряду с признаками дезадаптации в виде кризов данные сдвиги сопровождались наиболее выраженными нарушениями социально-трудоового приспособления: стремление к самоустранению от дополнительных производственных нагрузок или их ограничению.

В данной подгруппе состояния дезадаптации отражались в вегетативном дисбалансе в основных системах организма – кардиоваскулярной, дыхательной, терморегуляционной. Наиболее частыми были ортостатические и метеотропные реакции, головокружения, аритмии сердца, цефалгии, расстройства терморегуляции, сосудистая лабильность, «спазмы в груди» и др. Вегетативные сдвиги сопровождались тревожными, гипотимическими колебаниями настроения.

Основными клиническими симптомами психовегетативного варианта были нарушения в бронхо-легочной системе – 28,60 %, желудочно-кишечном тракте – 26,80 %, кардиоваскулярные – 25,40 % и нарушения опорно-двигательного аппарата – 19,20 % случаев (рис. 2).

Эмоциональные отклонения в рамках психовегетативного варианта дезадаптации были представлены гиперстеническими, гипотимическими и тревожно-фобическими реакциями, возникающими одновременно с вегетативными дисфункциями («покалывание» в области сердца, «замирание», мороз по коже», «пульсация в конечностях»). Совокупность вегетативных отклонений представлена в основном группами кардиоваскулярных, цефалгических, диссомнических, терморегуляционных и дыхательных сдвигов, а также неустойчивостью психофизического тонуса. Фрагментарность, непостоянство вегетативных симптомов не позволяют считать их оформленными вегетативными кризами; проявления носят симпатикотонический, вазотонический или смешанный характер.



Рис. 2. Проявления психовегетативного варианта дезадаптации

Дистимический вариант на этапе психоадаптационных состояний характеризовался психоэмоциональными сдвигами с появлением «внутренней напряженности», беспокойства, переживания дискомфорта, и неудовлетворенности, пессимистической оценки будущего, неопределённой тревоги, предчувствия каких-либо неприятностей и т.д. В одних случаях, особенно в дни пребывания в непривычной обстановке, наблюдалась гипертимная окраска настроения, сопровождающаяся торопливостью, внешней гиперактивностью, оживлением психомоторной сферы вплоть до непродуктивной суетливости; в других возникало быстрое снижение эмоционального фона с развитием безынициативности, утрата интереса к прежним актуальным для личности проблемам, что сопровождалось замедлением идеомоторного темпа, избеганием или откладыванием на более поздний срок принятия решений по устранению конфликтных ситуаций, самоограничением социальных контактов.

В структуре дистимического варианта дезадаптации отмечена следующая динамика нарастания симптоматики: дистимические реакции – субъективно оценивались как «непривычные», «ненормальные», «неожиданные» – они не соответствовали по выраженности и продолжительности, внешним стимулам: подобное реагирование не облегчало, а наоборот, усложняло приспособление индивида к микросреде. Дистимические отклонения, наблюдающиеся в форме кратковременных «срывов», «перепадов», «вспышек», нередко приводили к соответствующим изменениям фона настроения. Дистимический фон настроения проявлялся в виде «неопределенного беспокойства», «ожидания неудач». Обследуемые лица выглядели нетерпеливыми, беспокойными, в жалобах доминировали «невезение во всем», «нервное истощение», ожидание «больших неприятностей». Дополнительными, менее выраженными, симптомами являлись признаки физической и психической слабости, вегетативные дисфункции.

В случаях затяжного течения психической дезадаптации формировался стойкий дистимический радикал с явлениями раздражительности, вспыльчивости, недовольства окружающими, озлобленности, доходящими до агрессивного поведения. Выявлялась психическая гиперестезия к ранее малозначимым стрессовым воздействиям; особенно снижался порог чувствительности различного рода к интерперсональным конфликтам.

При субдепрессивных проявлениях дистимии отличались интравертированной направленностью, а при гипертимных и особенно дисфорических – возникал суетливый порыв что-либо предпринять без должного критического анализа своих действий. Иногда на высоте психоэмоциональных отклонений появлялась «сдавливающая» головная боль перемежающегося характера, затрудненное засыпание с переживанием минувших или ожидаемых событий. В целом субдепрессивные и дисфорические состояния с цефалгическими,

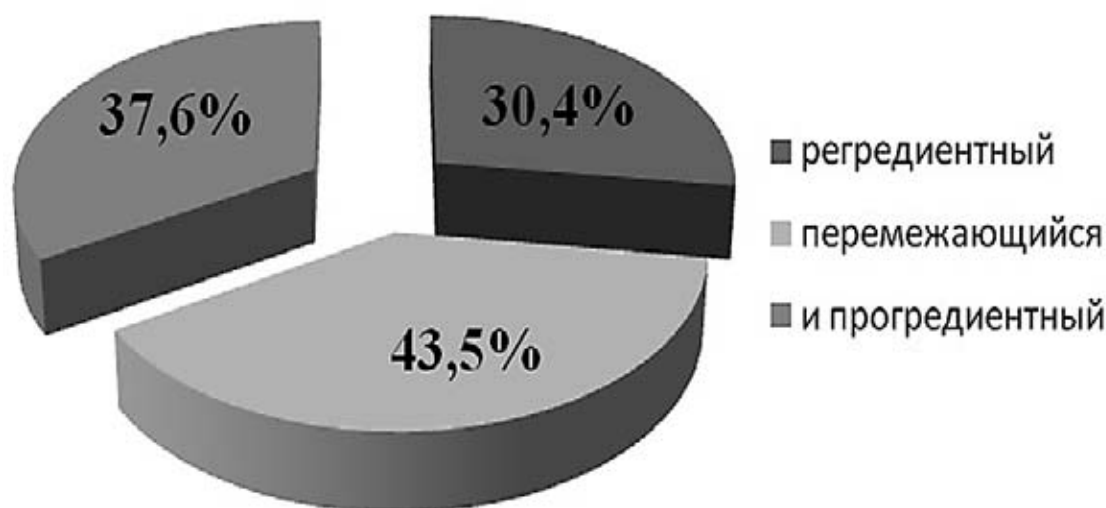
агрипническими включениями более продолжительны по времени, чем сугубо эмоциональные сдвиги; они представляли собой периоды ощущения неуверенности в себе, растерянности, пессимизма, «краха надежд» и отчаяния, а также раздражительной слабости, озлобленности, которые в полной мере соответствовали по своему содержанию понятию «дистимия».

При преобладании дисмнестического варианта дезадаптации наиболее существенными являлись переходящие, кратковременные ухудшения психической продуктивности, а также расстройства внимания, психомоторная заторможенность. Наблюдавшиеся в большинстве случаев изменения мнестико-интеллектуальной деятельности, имея временный характер, проявлялись некоторым снижением памяти (главным образом кратковременной и оперативной), способности к концентрации и адекватному переключению внимания, скорости переработки и усвоения «новой информации», замедлением психического темпа ассоциативной деятельности. Обследуемые лица испытывали определенные трудности в общении, указывая, что «недослышали» или «недопоняли», «ускользало из памяти», произносятся отдельные слова «невпопад». Всё это приводит к осложнениям в реализации трудовых психомоторных навыков, анализе, принятии решений, выборе стиля поведения в трудных для личности ситуациях. Немаловажное значение в структуре симптоматики имеют изменение глубины и продолжительности сна, затрудненное пробуждение с «утренней разбитостью». К ухудшению мнестико-интеллектуальной деятельности присоединяется психоэмоциональное напряжение, связанное с неуверенностью в правильности своих действий, необходимостью дублирования и перепроверки.

Дезадаптированные лица часто отвлекаются от основной деятельности, указывая, что «в голову приходит постороннее», «вспоминается прошлое», «обдумываются проблемы» ненадолго, усилием воли они сосредоточиваются на непосредственной работе, но исподволь вовлекаются вновь. Весьма характерными являлись затруднения при необходимости быстрого ориентирования в изменившейся ситуации, замедление в скорости осмысления: выглядели суетливыми, легко «теряют интерес» к делу. Дополнительными проявлениями были симптомы физической слабости, эмоциональной и вегетативной неустойчивости.

Неблагоприятная динамика, отмечающаяся в рамках психической слабости, состояла в появлении цефалгических и агрипнических компонентов на фоне измененной психической продуктивности с укорочением «светлых» промежутков. Это свидетельствует о переходе психозеадаптационного синдрома в церебральные состояния.

Клинико-динамическое исследование (на протяжении двух лет), позволило обнаружить три типа течения состояний психической дезадаптации: регрессионный (24,40 %), перемежающийся (47,50 %), прогрессионный (28,10 %), которые представлены на рисунке 3.



**Рисунок 3. Типы течения психодезадаптационных состояний**

Основными признаками регрессиентного течения являлись: постепенное нивелирование проявлений дезадаптации, укорочение их длительности с полным исчезновением и восстановлением психического здоровья.

При перемежающемся течении наблюдалось чередование психодезадаптационных расстройств продолжительностью от нескольких часов до 1 – 3 суток и периодов здоровья.

Прогрессиентный тип динамики отличался затяжным (на 2 – 3 недели) характером психодезадаптационных нарушений, приобретающих в дальнейшем сходство с непсихотическими психическими состояниями.

Полученная информация по изучению структуры психической адаптации и дезадаптации работников промышленных предприятий даёт основание для решения дифференциально-диагностических задач, прогностической оценки и возможной психогигиенической, психопрофилактической и реабилитационной работы.

В целом детальное изучение различных форм пограничных состояний у работников промышленности позволяет решить вопросы принципов ранней диагностики и профилактики психоэмоционального напряжения с учётом производственных, экологических, микросоциальных и психосоциальных влияний.

**Выводы**

1. Проведенные исследования позволили выявить у обследуемого контингента работников промышленных предприятий проблемы в состоянии психического здоровья в виде непатологических (20,30 %) и патологических (28,80 %) психических дезадаптационных состояний.

2. Семиотическая структура непатологических и патологических психодезадаптационных состояний у

работников промышленных предприятий представлена в виде астенического (36,39 %), психовегетативного (27,21 %), дистимического (22,97 %) и дисмнестического (13,43 %) вариантов различной степени выраженности.

3. Клинико-динамическое исследование позволило обнаружить три типа течения состояний психической дезадаптации: регрессиентный (24,40 %), перемежающийся (47,50 %) и прогрессиентный (28,10 %), что необходимо учитывать при определении прогностических критериев формирования пограничных нервно-психических расстройств на этапе типологического структурирования.

4. Изучение семиотической структуры психоадаптационных и психодезадаптационных состояний имеет несомненный психогигиенический, психопрофилактический, психотерапевтический аспекты и позволяет разработать формы своевременной профилактики состояний психоэмоционального напряжения у работников промышленных предприятиях.

**Литература:**

1. Александровский Ю. А. *Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский.* – М. : Медицина, 1993. – 400 с.
2. Вейн А. М. *Вегетативно-сосудистая дистония / А. М. Вейн, А. Д. Соловьёва, А. Д. Колосова.* – М. : Медицина, 1981. – 320 с.
3. Положий Б. С. *Эпидемиология, клиника и профилактика нервно-психических расстройств у работников промышленности : автореф. дис. д-ра мед. наук / Б. С. Положий.* – М., 1985. – 36 с.
4. Семичев С. Б. *Предболезненные психические расстройства / С. Б. Семичев.* – Л. : Медицина, 1987. – 184 с.
5. Семке В. Я. *Психоадаптационные и психодезадаптационные состояния : экстранозологические и психопрофилактические аспекты / В. Я. Семке // Профилактика нервно-психических заболеваний.* – Томск, 1993. – С. 176 – 180.
6. Семке В. Я. *Профилактическая психиатрия : Руководство для врачей и студентов / В. Я. Семке.* – Томск : Изд-во Том. ун-та, 1999. – 403 с.

**СЕМІОТИЧНА СТРУКТУРА ПСИХОАДАПТАЦІЙНИХ ТА ПСИХОДЕЗАДАПТАЦІЙНИХ СТАНІВ  
У ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ**

**В. Л. Підлубний**

Проведене клініко-психопатологічне дослідження 982 працівників промислових підприємств, що проходили психопрофілактичні огляди, віком від 20 до 60 років, з них 656 (66,80 %) чоловіків і 326 (34,20 %) жінок. Виявлено 4 групи осіб із різними рівнями психічного і психосоматичного здоров'я. У першу були включені практично здорові особи – психічна адаптація, у другу – з непатологічною психічною дезадаптацією. Третю групу склали особи, які виявляли патологічні невротичні прояви і адаптивні реакції – патологічна психічна дезадаптація. У четверту групу увійшли хворі з різними неспихотичними психічними розладами – ймовірно хворобливі порушення.

Семіотична структура психоадаптаційних й психодезадаптаційних станів має безсумнівний психогігієнічний, психопрофілактичний, психотерапевтичний аспекти і дозволяє розробити форми своєчасної профілактики станів психоемоційного напруження у працівників промислових підприємств.

**Ключові слова:** працівники промислових підприємств, психічна дезадаптація, психоадаптаційні стани, психодезадаптаційні стани, семіотична структура

**SEMiotics STRUCTURE OF THE PSYCHOADAPTATION AND PSYCHODEZADAPTATION STATES  
FOR WORKERS OF INDUSTRIAL ENTERPRISES**

**V. L. Podlubniy**

Study of 982 factory workers, aged from 20 to 60 years, of which 656 (66,80 %) males and 326 (34,20 %) females in the identification of four groups with different levels of mental and health. The first group included essentially healthy person – mental adaptation, the second – a non-pathological psychological maladjustment. The third group consisted of individuals who exhibited pathological manifestations of neurotic and adaptive responses – morbid psychological maladjustment. The fourth group included patients with various non-psychotic mental disorders – probably painful disorders.

Semiotic structure psychoadaptation and psychodezadaptation state has an undoubted psychohygienic, psychoprophylactic, therapeutic aspects and allows developing a form of timely prevention of mental and emotional states of stress in workers of industrial enterprises.

**Keywords:** workers of industrial enterprises, psychical dezadaptation, psychoadaptation states, psychodezadaptation states, semiotics structure