

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бігун Н. Суб'єктивні образи депресії підлітків як предмет психологічної рефлексії. *Психологія і суспільство*. 2007. №3. С. 108-114.
2. Рябоконт Н.О. До проблеми реабілітації дітей зі змішаними тривожно-депресивними розладами та коморбідною соматичною патологією. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*. 2020. №2. С. 14-17.

## ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ЯК ПРЕДИКТОР ФОРМУВАННЯ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ

Герасименко Л. О., Ісаков Р. І.

*Полтавський державний медичний університет  
larysaherasymenko@gmail.com*

Розповсюдження стрес-асоційованих розладів продовжує посідати провідні місця серед усіх груп психічної патології та не втрачає своєї актуальності через початок повномасштабної війни в Україні. Найпотужнішим психосоціальним стресом, що впливає на всі верстви сучасного українського суспільства, є війна. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 16,2% населення світу страждає через наслідки війни, а 12,5% має травмованих війною родичів. Для українців основним чинником виникнення стрес-асоційованих розладів останнім часом була війна на Сході України, а протягом останніх років додалася пандемія COVID-19. На превеликий жаль, зараз в житті українців серед основних травматичних подій: масові вбивства під час війни, тортури, терористичні акти, взяття у полон, сексуальне насильство, бомбардування. Також в житті людей присутні раптові та неочікувані соціальні зміни – численні людські втрати, вимушене переселення, відсутність звичних умов життя. Все це асоціюється з підвищеним ризиком виникнення психосоціальної дезадаптації, психічних розладів, пов'язаних з дією стресу, та є передумовою формування стрес-асоційованих розладів в Україні. Соціально-психологічна ситуація, що склалася в Україні в умовах війни, спричинила психоемоційне перенапруження, дезадаптацію, хронічний соціальний та особистісний дистрес. Під час таких подій цивілізаційний розвиток має наслідком необхідність постійно мобілізувати адаптивні ресурси особистості, підлаштовуватись під вимоги все більш виснажливішого ритму життя, до чого не всі виявляються готовими. Людство продовжує еволюціонувати, і у рамках пошуку механізмів адаптації постійно народжуються нові та модифікуються традиційні механізми

психологічного захисту від впливу інформаційних стресорів. Далеко не завжди цей процес відбувається гармонійно і приносить бажаний ефект. Поняття адаптації лягло в основу так званої адаптаційної концепції, що є перспективною лінією розвитку комплексного підходу до вивчення психіки людини. Під *адаптацією* мається на увазі цілісна, багатовимірна і самокерована функціональна система, спрямована на підтримання сталого балансу між гомеостазом організму і середовищем, в процесі задоволення актуальних потреб індивіда. Зі змістовної точки зору процес адаптації являє собою розробку суб'єктом стратегій і способів оволодіння ситуацією на різних рівнях саморегуляції.

*Психічна адаптація* – процес встановлення оптимальної відповідності між особистістю і довкіллям у ході здійснення властивої людині діяльності. Реалізація адаптації запускається появою змін у системі «індивід-середовище», а показником її успішності є можливість виконання основних завдань діяльності. Відповідно, у адаптивній діяльності виділяють дві паралельні тенденції: пристосувальну і перетворюючу. Перша прилаштовує потреби індивіда до навколишнього, а друга навпаки, пристосовує середовище до потреб людини. Результатом пристосувальної чи перетворюючої діяльності є *адаптованість* – реалізація індивідумом значимих цілей, максимально гармонійна інтегрованість до системи соціальних зв'язків і відносин, при збереженні власної ідентичності, психічного і фізичного здоров'я. Адаптованість особистості ділиться на внутрішню, зовнішню і змішану. Внутрішня адаптованість характеризується перебудовою функціональних структур у відповідь на зміни середовища. Зовнішня адаптованість характеризується гармонійними стосунками із середовищем, 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 психічна адаптація як системне явище розглядається переважно у рамках трьохкомпонентної моделі: психофізіологічна адаптація, власне психічна адаптація та психосоціальна адаптація. Такий підхід добре узгоджується із уявленням про три рівні функціонування особистості: біологічний, психологічний і соціально-психологічний. 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. Оскільки взаємодія із середовищем є перманентним і динамічним процесом, то кожна значуща зміна ключових параметрів екологічної системи викликає необхідність мобілізації компенсаторних механізмів організму і психіки. Якщо ж ці механізми не спрацьовують, то виникає дисфункція, обумовлена накопиченням нездоланих для системи адаптації перешкод та формується дезадаптація.

Дезадаптація – порушення пристосування людини до змін навколишнього середовища, що проявляється неадекватними характеру подразників реакціями. Існує велика група клінічно різнобарвних станів, що обумовлені порівняно неглибокими психотравмуючими обставинами і призводять до легких порушень соціального функціонування та викликають душевні страждання. На ранніх історичних етапах наукових досліджень вони розглядалися як захисні механізми, спрямовані на активну боротьбу психіки задля усунення найбільш обтяжливого переживання. Вживались наступні 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 соціального середовища і виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності психіки. Дезадаптація, 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 «преморбиду» часто розглядаються як перехідний стан між практичним здоров'ям (непатологічною адаптацією) та конкретною нозологічно оформленою нервово-психічною чи психосоматичною патологією. При дезадаптації порушується нормальне функціонування, але ще немає підстав для постановки нозологічного діагнозу.

Стрес-асоційовані розлади – група психічних розладів, де стресовий вплив виступає основним етіологічним чинником та суттєво впливає на патогенез захворювання. У відповідності до

МКХ-10, стрес-асоційовані розлади можна розподілити на дві великі групи: стрес-асоційовані розлади із прямим впливом стресу (як психоемоційного, так і фізичного) та стрес-асоційовані розлади з непрямим впливом стресу (вторинні – стрес є лише тригером декомпенсації). До стрес-асоційованих розладів із прямим впливом стресу (як психоемоційного, так і фізичного) відносять: F43 – реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації; F23 – гострі та транзиторні психосоматичні розлади; F9 – розлади поведінки та емоцій, які зазвичай розпочинаються в дитячому та підлітковому віці (в молодшому віці); F10 – психічні та поведінкові розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин. До групи стрес-асоційовані розлади з непрямим впливом стресу (вторинні – стрес є лише тригером декомпенсації) відносять: депресивні розлади; інші невротичні розлади; поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами; розлади поведінки та емоцій, які зазвичай розпочинаються в дитячому та підлітковому віці; розлади особистості та поведінки в зрілому віці. Нозологічна ж структура стрес-асоційованих розладів представлена тривожно-депресивними розладами, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та розладами адаптації (РА), а клінічна картина включає: емоційні порушення (депресія, немотивована тривога, внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, дратівливість, ангедонія); когнітивні порушення (таких як труднощі при плануванні, організації та концентрації уваги, проблеми з пам'яттю), вегетативні пароксизми, психогенний біль, астенію, інсомнію, сексуальну дисфункцію; психосоціальну дезадаптацію (сімейну, інформаційну, професійну, економічну, батьківську та міжособистісну).

Таким чином, можна стверджувати, що виникає замкнене коло, у рамках якого недосконалість механізмів адаптації робить людину вразливою щодо впливу інформаційних факторів, стресових впливів та дії психотравми, що і призводить до розвитку психогенної патології, а психопатологічний процес, у свою чергу, іще більше погіршує адаптивні механізми психіки та формує стрес-асоційовані розлади.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. № 1. С. 62-65.

2. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І., Кидонь П. В. Лікар і пацієнт у діагностичному процесі (психологічні аспекти). *Практикуючий лікар*. 2021. Т. 10, № 1. С. 73-77.

3. Животовская Л. В., Шкидченко А. И. Механизмы психосоциальной дезадаптации у больных с метаболическим синдромом. *Світ медицини та біології*. 2015. № 3 (51) С. 132-135.

## **ПСИХОСЕМАТИЧНІ ВИМІРИ СУБ'ЄКТИВНИХ СТАНІВ УКРАЇНЦІВ В УМОВАХ ПЕРЕЖИВАННЯ НАСЛІДКІВ ВІЙНИ**

**Савелюк Н. М.**

*Тернопільський національний педагогічний університет*

*імені Володимира Гнатюка*

*nsavelyuk@ukr.net*

Повномасштабна війна істотною мірою вплинула на психоемоційні стани всіх українців, незалежно від регіону проживання. Це пов'язано з перманентними переживаннями гострих і хронічних стресових станів, травматичним впливом воєнних дій на психіку, пролонгацією негативних аспектів ситуації невизначеності назагал. За останні роки з'явилася низка відповідних наукових публікацій [1; 3; 4; 5]. З усім тим, більш поглибленого вивчення потребують психосемантичні структури відповідних станів як суб'єктивні орієнтири для надання індивідуальної психологічної допомоги.

Мета дослідження – описати та проінтерпретувати психосемантичні структури самооцінювання власних психічних станів респондентами з різних регіонів України та вимушених емігрантів.

Основним методом у дослідженні стало опитування респондентів за допомогою «Методики самооцінки функціонального стану (САН)» В. Доскіна та ін. [2, с. 91-92]. Вона має 30 шкал:

- 1) «Самопочуття добре/погане»,
- 2) «Почуваюся сильним/слабким»,
- 3) «Пасивний/активний»,
- 4) «Малорухливий/рухливий»,
- 5) «Веселий/сумний»,
- 6) «Гарний настрій/поганий»,
- 7) Працездатний/непрацездатний»,
- 8) «Повний сил/знесилений»,
- 9) «Повільний/швидкий»,
- 10) «Бездіяльний/діяльний»,
- 11) «Щасливий/нещасливий»,
- 12) «Життєрадісний/похмурий»,