

РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ та реакції на стрес

Герасименко Л.О.,

Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

Розлади адаптації (РА) та реакції на стрес (*stress-related disorders*) виділені в окрему рубрику завдяки тому, що емоційний стрес відіграє провідну роль у їх патогенезі, призводячи до порушень психічної діяльності непсихотичного регістру. Під «стресом» у цьому випадку мається на увазі стресова подія, а не загальний адаптаційний синдром як універсальна фізіологічна реакція [1,2].

У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) розлад адаптації (6B43) кодується в межах діагностичної рубрики «Психічні та поведінкові розлади». Розлади адаптації розглядаються як дезадаптивна реакція на певний поодинокий чи комплексний психосоціальний стресор (наприклад, розлучення, міграція, вимушене переселення, інвалідизація, соціально-економічні проблеми, конфлікти вдома чи на роботі), що зазвичай виникає впродовж місяця після стресу [3, 4].

Характерне занурення у стрес або його наслідки, зокрема занепокоєння, періодичні та тривожні думки про стресор чи постійні роздуми про його наслідки, а також неспроможність адаптуватися, що спричиняє значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній сферах соціального функціонування. При цьому симптоми не мають достатньої специфічності чи виразності для того, щоб обґрунтувати діагноз іншого психічного чи поведінкового розладу і зазвичай редукуються протягом 6 місяців, за умови якщо стресор не зберігається упродовж тривалішого часу.

Розлади адаптації — стани суб'єктивного дистресу, що виникають у період адаптації до стресових подій і значних змін життєвого укладу, заважаючи продуктивності соціального функціонування. Як самостійне явище їх уперше почали розглядати відносно недавно, у третьому виданні Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів (DSM-III), яка побачила світ 1980 року. Причиною розвитку дезадаптації вважають стреси не критичного для особистості рівня [5, 6, 7].

Типовими ситуаціями, що призводять до розвитку порушень адаптації, є зміна звичного середовища, трансформація соціального статусу, нозогенні (зокрема ятрогенні) впливи, розлука зі близькими людьми, але визначальним у кожному випадку є не контекст психотравмуючого впливу, а індивідуальна значущість психогенії [8].

Важливим критерієм є суб'єктивне переживання індивідом своєї нездатності самостійно справитись із проблемою: змінити ситуацію, прийняти її або підлаштуватись до неї. Виникає відчуття розпачу, безвиході, соціальної ізольованості та втрати перспективи. При цьому зовнішні критерії соціального функціонування порушуються не грубо,

проявляючись переважно певним зниженням продуктивності у щоденній діяльності.

Донозологічний розвиток психосоціальної дезадаптації має схожість з ознаками синдрому вигорання, супроводжуючись порушеннями сну, астеною, емоційною лабільністю, тривожністю та вегетативними дисфункціями, що розцінюється як ознаки втоми [9, 10, 11].

Клінічні ознаки розладів адаптації на етапі розгорнутих проявів надзвичайно індивідуальні та варіабельні, нагадуючи за своєю структурою «айсберг» із, що хоч і добре помітна, але насправді являє собою лише малу частку загального масиву проблематики. Зокрема, досить типовим є домінування тривожної та депресивної симптоматики, що ускладнює первинну діагностику. Іноді за розлади адаптації помилково сприймають субдепресивні епізоди, для яких психогенні впливи відіграють тригерну чи патопластичну роль.

Виправлення діагностичної помилки у такому разі можливе з часом, коли в клінічній картині починає нарастати тяжкість, власне, афективних симптомів з ендоморфними рисами. У частині випадків із самого початку на перший план можуть виходити соматовегетативні, вегетосудинні та астеничні ознаки. Клінічні форми з переважанням дисоціальної поведінки (гнівливих та агресивних реакцій) розцінюються як атипові.

Прикладом клінічної динаміки РА можна вважати реакцію горя (утрати) у пацієнта, який переживає смерть близької людини. Цей процес може мати неускладнений (непатологічний) характер, будучи варіантом норми і проявляючись фрагментарною та короткочасною симптоматикою депресії, яка не чинить суттєвого впливу на якість соціального функціонування. У разі ж клінічно оформленої реакції горя, вона в класичному варіанті розгортається у вигляді восьми послідовних етапів.

Власне, перший етап яскраво забарвлюється емоційною дезорганізацією внаслідок спалаху негативних переживань: паніки, гніву, відчаю. На цьому тлі послаблюється вольовий контроль за поведінкою, яка теж може набувати ознак дезорганізованості. Тривалість такого стану може коливатись від декількох хвилин до декількох годин.

На другому етапі пацієнт певною мірою долає розгубленість і поринає у гіперактивність, концентруючи свою невтомну діяльність на питаннях, що тією чи іншою мірою стосуються померлого. Усе це відбувається на тлі афективної лабільності, коливань настрою від тривожної дистимії до ейфоричності.

Значно рідше початкова дезорганізація на другому етапі може змінюватись емоційним притупленням без фіксації на переживанні власного горя.

Можуть траплятися неадекватні вчинки, як-от втеча з дому або конфліктність. Цей етап триває 2–3 дні.

Третій етап відбувається під знаком пікового психофізичного напруження. Проблема втрати знову посідає центральне місце у свідомості. У психічному статусі пацієнта домінує напружена тривога, він виглядає скутим і страждає від диссомнії, але можуть виникати і спалахи метушливої ажитації, дратівливості, що супроводжуються спазмами гладкої мускулатури і рясною вегетативною симптоматикою. Зазвичай триває такий стан близько тижня.

Розвиток четвертого етапу супроводжується напруженим пошуком можливості зберегти елементи реальності, у якій втрата не відбулась. Це трапляється на тлі дистимічного настрою, відчуття втрати сенсу життя і перспективи будь-якої діяльності. Пацієнт у такому стані може вдаватися до заперечення і вірити в те, що померлий насправді перебував десь поряд, або ж шукати у самого себе ознаки недугу, від якого страждав покійний. На висоті переживань можуть розвиватись ілюзорні почуття, гіпнагогічні та гіпнопомпні галюцинації. Ця симптоматика розгортається приблизно на другому тижні після початку психотравмального впливу новини про смерть близької людини.

Душевні муки пацієнта сягають максимальної сили на п'ятому етапі, який можна назвати періодом відчаю. Він виглядає виснаженим, скаржиться на тривогу, страхи, безсоння, відчуває самотність і висловлює ідеї власної провини у тому, що сталося, іноді навіть вдаючись до самоушкоджень.

Ідеї звинувачення і пошуку винних можуть також поширюватись на оточуючих, призводячи до конфліктності у спілкуванні та соціальної самоізоляції. На висоті таких переживань можуть виникати інтенсивні соматовегетативні ознаки, наприклад стенокардія, головний біль, тремор, запаморочення. Хронологічно п'ятий етап переживання горя розвивається орієнтовно на третьому-шостому тижнях після втрати близької людини.

Шостий етап настає лише у разі, якщо не відбулось «відреагування» (усвідомлення і прийняття) психотравмальної ситуації на попередній стадії. У такому випадку клінічну картину починають визначати неврастенічна і соматовегетативна симптоматика, виникають масковані депресії.

Початок зворотного розвитку симптомів відбувається на сьомому етапі, основним змістом якого є реконвалесценція. Упродовж кількох тижнів пацієнт поступово відновлює докризове функціонування, знаходячи себе у новій реальності та приймаючи смерть близької людини.

Суть восьмого етапу полягає у можливих рецидивах патологічних ознаках, які можуть виникати протягом року після психотравмальної події. Так, провокувальними чинниками можуть стати календарні дати чи певні події, які прямо асоціюються з померлим і актуалізують у свідомості відповідні сценарії реагування. Іноді пароксизми реагування на горе виникають на стільки несподівано на тлі видимого благополуччя, що розцінюються оточуючими як не адекватна ситуації поведінка. Результатом подібних спалахів депресивної симптоматики можуть бути навіть суїцидальні спроби [12, 13].

Феноменологічно межі цієї категорії охоплюють широкий спектр станів від короткочасних стресових реакцій тривалістю менш ніж місяць до психогенних розладів із затяжним перебігом — до 2 років.

Сприятливий перебіг позначається поступовим регресом психопатологічної симптоматики і повним одужанням із відновленням повноцінного соціального функціонування [14].

У разі затяжного (протрагованого) типу перебігу відбувається трансформація або у затяжні дезадаптаційні реакції, або у періодично повторювані реакції на кшталт кліше, у перервах між якими стан нормалізується. Головною небезпекою, окрім високого ризику суїцидальних проявів, становить перспектива поглиблення психопатологічної симптоматики з розвитком дистимії, депресивних епізодів чи нозофобічних ознак у межах формування іпохондричної спрямованості особистості [15, 16, 17].

Затяжні й несприятливі варіанти перебігу розладів адаптації часто ускладнюються розвитком вторинних хімічних і нехімічних аддикцій [18, 19].

Варто пам'ятати, що кожен наступний критичний стрес зменшує загальну стресостійкість людини і може провокувати рецидив розладу адаптації, якщо такий уже був в анамнезі.

Терапія розладів адаптації

Лікування пацієнтів із виразними станами дезадаптації має бути диференційованим залежно від домінуючих клінічних ознак і причин виникнення.

Терапія РА має за мету катартичне реагування на отриману психотравму, усвідомлення внутрішньоособистісних чинників, що слугують перешкодою для адаптації за нових умов, прийняття пережитого стресу як частини життєвого досвіду та певного етапу життя. Допомога пацієнтам із РА може здійснюватися за допомогою психоосвітніх занять, психо- та фармакотерапії.

Власне, психоосвіта спрямовується на подолання та усунення дефіциту знань щодо негативного впливу та наслідків стресу, а також ознайомлення зі шляхами його подолання. Психоосвітні заняття орієнтуються на пояснення та донесення необхідної інформації про психічне здоров'я, можливі варіанти психічних розладів, їх причини виникнення, ознаки та наслідки, способи та варіанти допомоги. Зокрема, проведення психоосвітніх занять сприяє швидкій та ефективній редукції симптоматики у пацієнтів із РА, а в разі легкої її форми може використовуватися самостійно. Слід зауважити, що легкі форми РА протягом 6 місяців можуть редукуватись навіть самостійно [20, 21].

Психотерапія є провідним та невід'ємним компонентом лікування пацієнта з РА. Рекомендовано застосовувати когнітивно-поведінкову, системну сімейну психотерапію, як у індивідуальних, так і групових формах. Ці форми роботи бажано доповнювати використанням релаксаційних методик, арт-терапії та музикотерапії, що дає змогу досягти очікуваного позитивного результату [22, 23, 24].

Насамперед призначення фармакотерапії залежить від тяжкості перебігу РА та особливостей клінічної картини з домінуванням того чи іншого синдрому комплексу.

Здебільшого під час лікування використовують транквілізатори, антидепресанти та снодійні препарати [25, 26, 27].

Фармакотерапія РА за легкого перебігу передбачає монотерапію анксиолітиками (гідазепам 20–50 мг/добу, лоразепам 1–3 мг/добу, афобазол 10–30 мг/добу, адаптол 300–600 мг/добу), що спрямовані на тамування ознак тривожності, психовегетативної й астеничної симптоматики.

У разі застосування бензодіазепінових транквілізаторів слід брати до уваги, що:

- поряд із виразним тамувальним впливом на тривогу і психовегетативну симптоматику, вони небезпечні досить швидким формуванням залежності за регулярного їх вживання;
- мають виразну побічну дію, що характеризується «поведінковою токсичністю», ортостатичною гіпотензією, міорелаксацією, загальмованістю, порушеннями координації);
- можливий розвиток синдрому відміни, який супроводжується посиленням тривоги, безсонням, вегетативною лабільністю, гіпертензією або навіть генералізованими судомою у разі раптового припинення терапії чи зниження дозування.

Призначення транквілізаторів має бути максимально обґрунтованим та короткочасним.

Фармакотерапія РА за клінічної картини з домінуванням депресивного симптомокомплексу потребує комбінованого призначення анксиолітиків та антидепресантів з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (есциталопрам 10–20 мг/добу, пароксетин 20–40 мг/добу, флуоксетин 20–40 мг/добу, циталопрам 20–40 мг/добу).

Антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну ефективно застосовують як засіб монотерапії за адаптаційних розладів, де основним показанням для призначення є депресивна і тривожно-депресивна симптоматика, затяжний перебіг, ознаки гіпотимії, соматизація афекту, поглиблення мотиваційно-вольових розладів. Тривалість застосування антидепресантів у цьому випадку в середньому триває близько шести місяців, але може сягати двох років.

Призначення фітоантидепресантів (препаратів звіробою, зокрема депривіт) і селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (наприклад, дулоксетину 60 мг/добу, венлафаксину 75–225 мг/добу) є обґрунтованим та доцільним у разі РА легкої та середньої тяжкості.

Література

1. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *Br. Med. J.* 1950. Vol. 1. P. 1383–1392.
2. Crowe A., Lyness K.P. Family functioning, coping, and distress in families with serious mental illness. *Fam. J.* 2013. Vol. 22, № 2. P. 186–97. URL: org/10.1177/1066480713513552.
3. Deasy C., Coughlan B., Pironom J. et al. Psychological distress and coping amongst higher education students: A mixed method enquiry. *PLoS ONE*, 2014). Vol. 9, № 12: e115193. DOI: 10.1371.
4. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer, 1984.
5. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 1, № 94. С. 62–65.
6. Ben C.H., Kuo S.H., Xiaoyan L., Danhua L. Self-Esteem, Resilience, Social Support, and Acculturative Stress as Predictors of Loneliness in Chinese Internal Migrant Children: A Model-Testing

Longitudinal Study. *The Journal of Psychology*. 2021. Vol. 155, № 4. P. 387–405.

7. Andrew Corley, Bushra Sabri. Exploring African Immigrant Women's Pre- and Post-Migration Exposures to Stress and Violence, Sources of Resilience, and Psychosocial Outcomes. *Issues in Mental Health Nursing*. 2021. Vol. 42, № 5. P. 484–494.

8. Serene M., Shellae Versey H. Barriers to leisure-time social participation and community integration among Syrian and Iraqi refugees. *Leisure Studies*. 2021. Vol. 40, № 3. P. 378–391.

9. Douglas Rosa, Catherine M. Sabiston, David Kuzmocha-Wilks, John Cairney, Simon C. Darnell. (2021) Group differences and associations among stress, emotional well-being, and physical activity in international and domestic university students. *Journal of American College Health* Vol. 0:0, pages 1–7.

10. Скрипніков А.М., Кидонь П.В. Роль мелатоніну в патогенезі та терапії депресивних розладів. *Архів психіатрії*. 2019. № 3. С. 147–154.

11. Harpending H. C., Sibus, J. Sociopathy as an adaptation. *Ethol. Sociobiol.* 1987. Vol. 8, № 1. P. 63–72.

12. Марута Н.О., Федченко В. Тривожно-депресивні порушення в структурі розладів адаптації (клініка, діагностика, терапія). *Family Medicine*. P. 23–30

13. Герасименко Л.О., Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Психогенні психічні розлади: навч.-метод. посіб. К.: ВСВ «Медицина», 2021. 208 с.

14. Bolu A., Doruk A., Ak M., Özdemir B., Özgen F. Suicidal behavior in adjustment disorder patients. *Dusunen Adam*. 2012. Vol. 25, № 1. P. 58–62

15. Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice*. January 2001. Vol. 7, № 1. P. 32–40. DOI: 10.1097/00131746-200101000-00004.

16. Катеренчук І.П., Ждан В. М., Катеренчук О.І. Депресія як незалежний фактор кардіоваскулярного ризику та її значення на різних етапах серцево-судинного континууму. *Практикуючий лікар*. 2013. № 2. С. 52–57.

17. Herasyemenko L.O. Psychosocial aspects of adjustment disorders in women. *Wiadomosci Lekarskie*. 2020. Vol. 2. P. 352–354.

18. Л.М. Юр'єва та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Дніпропетровськ, 2005. 96 с.

19. Чабан ОС, Хаустова ОО. Дезадаптація людини в умовах суспільної кризи: нові синдроми та напрями їх подолання. *Журнал психіатрії та медичної психології*. 2009 Вер. Вип. 23, № 3. С. 13–21.

20. Кожина А.М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. *Український вісник психоневрології*. — 2015. — Том 23, — 2 (83) С. 109

21. Кожина А.М. и др. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи. *Український вісник психоневрології*. 2010. № 3. С. 130

22. Скрипніков А.М., Герасименко Л.О., Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монографія. Полтава: ТОВ «АСМІ», 2016. 157 с.

23. Гринь К.В., Скрипніков А.М., Мартиненко Я.П. Терапевтичні аспекти лікування післятравматичних стресових розладів та розладів адаптації. *Психіатрія XXI століття: проблеми та інноваційні рішення*: матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю. Київ, 27–29 квітня 2017 року. 2017. Т. 23, Вип. 1, № 88. С. 79.

24. Ісаков Р.І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу (психодіагностика, феноменологія, психосоціальна реабілітація) автореф. дис на здобуття наук. ступеня док. мед. наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія». Харків, 2021. 40 с

25. R.I. Isakov, Skrypnikov A.M., Herasyemenko L.O. et al. Clinical and psychopathological features of internally displaced women with adjustment disorders. *Світ медицини та біології*. 2021. Vol. 1, № 75. С. 64–68.

26. Скрипніков А.М., Ісаков Р.І. Особливості континууму соціально-психологічної адаптації — дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні. *Архів психіатрії*. 2019. № 1. С. 56–62.

27. Leedom, L. J., and Hartoornian Almas, L. Is psychopathy a disorder or an adaptation? *Front. Psychol.* 2012. Vol. 3. P. 549. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00549