

Расстройства адаптации при психосоциальных стрессах: диагностика, профилактика и коррекция

Л.Н. Юрьева

Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины

В статье освещается проблема своевременной диагностики, профилактики и коррекции расстройств адаптации в условиях социально-стрессовых событий. Описываются часто встречающиеся в практике семейного врача психопатологические и психологические феномены у лиц, переживших стресс социальных изменений. Приводятся результаты собственных исследований, проведенных среди 12 575 сотрудников органов внутренних дел, в которых установлено, что риск трансформации донозологических проявлений психической дезадаптации в клинически оформленные пограничные психические расстройства при отсутствии профилактических и коррекционных мероприятий возрастает в 2,7 раза.

На модели реакции горя описана динамика расстройств адаптации, фармакологические и психотерапевтические методы терапии. Обосновывается тезис о необходимости проведения профилактических и коррекционных программ, направленных на выработку устойчивости к психосоциальным стрессам, с использованием адаптогенов и стресс-протекторов, а также психотерапии. Подчеркивается, что это очень важный раздел работы, так как в современных условиях устойчивость к психоэмоциональному стрессу рассматривается как проблема биологической безопасности населения.

Ключевые слова: расстройства адаптации, психосоциальные стрессы, фармакотерапия, психотерапия, Адаптол.

Проблема своевременной диагностики, профилактики и коррекции расстройств адаптации в условиях социально-стрессовых событий, которые сейчас переживает украинское общество, является чрезвычайно актуальной не только для психиатров, но и для врачей всех специальностей и прежде всего для семейных врачей.

В современных локальных военных конфликтах до 90% жертв приходится на мирное население. Непсихотические, связанные со стрессом, психические расстройства имеют место у подавляющего большинства беженцев и переселенцев. Даже у тех лиц, которые не переживали опасные для жизни психотравмирующие события, а испытывали только социально-бытовые проблемы, отмечались астенические расстройства как в ближайшие, так и в отдаленные периоды после военных конфликтов. Часты также неврастеноподобные расстройства, с доминирующими тревогой, страхом, дистимией, вегетососудистыми и соматовегетативными нарушениями. Через 2–3 мес соматовегетативные нарушения приобретали черты сходства с сердечно-сосудистыми, желудочно-кишечными, неврологическими расстройствами [4, 6, 10].

В связи с этим в практике семейного врача все чаще встречаются пациенты с расстройствами, обусловленными психосоциальными стрессами. Психическая дезадаптация, наступившая в результате переживаемого стресса социальных изменений, может протекать как на донозологическом уровне, так и на уровне патологической дезадаптации.

На психологическом уровне это может проявляться чувством социальной отверженности, чуждости новым социальным нормам и системе ценностей, осознанием собственной беспомощности и изолированности, ощущением «загнанности в клетку», потерей перспективы.

Непатологическая психическая дезадаптация чаще всего проявляется в виде начальных этапов синдрома выгорания, при котором помимо психологического дискомфорта периодически возникают нарушения сна, эмоциональная лабильность, астенические проявления, тревога, ухудшение памяти и внимания, вегетативные дисфункции. Как правило, на этом этапе социальное функционирование и продуктивность пациентов существенно не нарушены и они не обращаются за медицинской и психологической помощью. Однако исследования, проведенные нами среди 12 575 сотрудников органов внутренних дел, установили, что риск трансформации донозологических проявлений психической дезадаптации в клинически оформленные невротические и связанные со стрессом расстройства при отсутствии профилактических и коррекционных мероприятий возрастает в 2,7 раза. Наиболее выраженным фактором риска такой трансформации являются хронические заболевания (в 54,4% случаев) [11].

Клинические оформленные нарушения адаптации выделены в МКБ-10 в отдельный диагностический таксон: F.43.2 – Расстройства адаптации.

Согласно МКБ-10 под «расстройствами адаптации» понимают «состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительным жизненным изменениям или стрессовому жизненному событию. Стрессовый фактор может затрагивать индивидуум или его микросоциальное окружение» [5].

В целом клиническая картина характеризуется тревогой, беспокойством, анорексией, диссомнией, ощущением собственной неполноценности, снижением интеллектуальной и физической продуктивности, вегетативными расстройствами, повторяющимися воспоминаниями, фантазиями, представлениями о пережитой кризисной ситуации (особенно в дневное время). В некоторых случаях возможно суицидальное поведение или вспышки агрессивности. Клинические проявления возникают обычно в течение месяца после стрессовой ситуации, а продолжительность симптоматики не превышает 6 мес.

В психиатрической практике чаще всего встречаются следующие клинические формы расстройств адаптации: кратковременные (длительностью до 1 мес) и пролонгированные депрессивные реакции; тревожно-депрессивные реакции; с преобладанием нарушения поведения (агрессивное или диссоциальное), также смешанное расстройство эмоций и поведения.

Однако к семейному врачу чаще всего за помощью обращаются пациенты с вегетативными проявлениями стресс-синдрома: тахикардией, приступами жара и озноба,

одышкой или ощущением удушья, тремором, мышечными подергиваниями, сердцебиением, чувством сжатия или боли в сердце, учащением пульса, потливостью, сухостью во рту, абдоминальным дистрессом (тошнота, понос, боль в желудке), слабостью, головокружением, приливами жара или холода, частыми мочеиспусканиями, внутренней дрожью.

Расстройства адаптации в своем развитии проходят ряд этапов, каждый из которых имеет свои специфические психологические, психопатологические и соматические проявления и для коррекции которых необходимы как фармакологические, так и психотерапевтические методы терапии.

Примером клинической динамики адаптивного расстройства, часто встречающегося в практике семейного врача, может служить реакция горя после смерти близкого человека. По данным статистики среди его близких и родственников резко возрастает заболеваемость психосоматическими расстройствами и смертность (от 40% и выше). Реакция на это событие возможна либо в виде неосложненной реакции горя (непатологическая психическая дезадаптация), либо в виде реакции горя в рамках расстройств адаптации.

Неосложненная реакция горя, которая является нормальной реакцией на смерть близкого человека, характеризуется депрессивными переживаниями, которые могут сопровождаться анорексией, бессонницей, снижением веса, чувством вины.

Неосложненная реакция утраты может возникнуть остро или быть пролонгированной (через два–три месяца). Ее длительность во многом определяется личностными характеристиками человека, его окружением и социокультурными традициями.

Реакция горя в рамках расстройств адаптации является клинически оформленным психическим расстройством, приводящим к дезадаптации и требующим медицинского вмешательства.

Выделяют 8 этапов реакции горя [7, 9].

1-й этап характеризуется эмоциональной дезорганизацией. Как правило, он длится от нескольких минут до нескольких часов и сопровождается вспышкой негативных чувств: паники, гнева, отчаяния. В поведении преобладает аффективная дезорганизация с временным ослаблением волевого контроля.

На **2-м этапе** преобладает гиперактивность, которая длится 2–3 дня. В этот период человек чрезмерно деятелен, активен, склонен к постоянным разговорам о личности и делах умершего. В его психическом статусе доминирует эмоциональная лабильность с колебаниями настроения от дистимического с преобладанием тревожного компонента до эйфорического. Гораздо реже отмечается эмоциональное притупление без фиксации на переживании горя. Могут иметь место неадекватные поступки (уходы из дому, негативное отношение к родственникам и т.п.).

На этом этапе целесообразно постоянное присутствие кого-либо из близких, знающих покойного, которые могут поговорить о его добродетельности и вспомнить его положительные дела и поступки. Переживающего утрату необходимо побуждать к обсуждению его чувств и мыслей, позволять выплескивать свои эмоции.

3-й этап – это этап психофизического напряжения, длится около недели. В психическом статусе пациента преобладают тревога, нарушение сна, психофизическое напряжение; внешне он скован и молчалив. Такое состояние периодически может прерываться суетливой активностью, спазмами в горле или судорожными вздохами, раздражительностью.

На этом этапе уже необходимо кризисное консультирование, целью которого является оказание помощи в прора-

ботке и выражении аффекта горя. Проблема потери является центральной на данном этапе. При необходимости пациенту назначают анксиолитики и снотворные.

4-й этап, этап поиска, протекает, как правило, на второй неделе с момента утраты близкого человека. В психическом статусе доминирует дистимический фон настроения, тревога, потеря перспективы и жизненного смысла. Умерший воспринимается пациентом как живущий: он мысленно беседует с ним, иногда случайных прохожих воспринимает как усопшего. В этот период возможны иллюзии, гипногагические и гипнопомпические галлюцинации. Некоторые пациенты фиксированы на своем здоровье и могут обнаруживать у себя проявления болезни, от которой скончался усопший.

Как правило, именно на этом этапе возникает потребность в консультации психиатра и, при необходимости – госпитализация в стационар. В зависимости от доминирующего в клинической картине психопатологического синдрома целесообразно назначение транквилизаторов, антидепрессантов, снотворных. Однако психофармакотерапия является лишь трамплином к дальнейшей длительной психотерапии.

5-й этап, этап отчаяния, является периодом максимальных душевных мук, который развивается, как правило, на 3–6-й неделе после потери близкого. В психическом статусе пациентов доминируют жалобы на бессонницу, тревогу и страх, высказываются идеи самообвинения, собственной малоценности и вины. Пациенты испытывают одиночество, беспомощность, отмечают потерю смысла жизни и дальнейшей перспективы. В этот период они раздражительны, отказываются от общения с близкими, зачастую подвергая их критике. На высоте переживания очень часто возникает загрудинная боль, сопровождаемая выраженной тревогой и беспокойством. Пациенты склонны причинять себе боль, наносить самоповреждения.

На этом этапе необходимо продолжать психофармакологическую терапию, адекватную психическому статусу пациента. Меры интенсивной опеки необходимо осуществлять постоянно. Психотерапевтическое вмешательство является первостепенным и должно быть направлено на оказание помощи в переживании, выражении и переработке аффекта горя и на решение проблемы изменений в жизни пациента.

6-й этап наступает в случае неразрешения 5-го этапа. В клинической картине у этих лиц преобладают невротические синдромы (чаще всего неврастенический, с преобладанием вегетосоматических нарушений), маскированные субдепрессии и депрессии.

На этом этапе необходимость продолжения фармакотерапии очевидна. Целесообразно также включать больных в кризисные группы, где пациенты, уже пережившие подобные ситуации, делятся своим опытом преодоления болезненных эмоций, оказывают поддержку и внимание, что положительно влияет на пациентов и способствует более быстрому разрешению этапа демобилизации.

7-й этап – этап реконвалесценции. Как правило, он длится несколько недель. Пациент смиряется со случившимся и начинает возвращаться к докризисному состоянию. На этом этапе возможно прекращение терапии транквилизаторами. При хронификации тревожных расстройств и не редуцировавшихся депрессивных расстройствах лечение антидепрессантами целесообразно продолжить.

Психотерапевтические усилия должны быть направлены на решение проблем изменений (семейного положения, ролевых позиций на работе и в семье, межличностных проблем и т.п.). На этом этапе целесообразен тренинг релаксации и выработка тактики адаптации к изменившимся условиям жизни.

8-й этап – рецидивирующий. В течение 1-го года возможны приступы горя и отчаяния, сопровождающиеся депрессивными расстройствами. Провоцирующими факторами, как правило, бывают определенные календарные даты, значимые для личности (день рождения умершего, Новый год и другие праздники, впервые отмечаемые без близкого человека, и т.п.), нестандартные ситуации (успех или неудача), когда возникает потребность разделить радость или горе с близким человеком. Приступы горя могут возникать остро, на фоне кажущейся стабилизации состояния и могут завершаться суицидальными попытками, которые расцениваются окружающими как неадекватные.

В связи с описанными закономерностями протекания реакции горя поддерживающую психотерапию целесообразно проводить в течение года. Наиболее перспективно на этом этапе проведение поддерживающей психотерапии в посткризисных группах, работающих по принципу клуба для лиц, переживших кризисную ситуацию. Целесообразно проведение семейной психотерапии с участием членов семьи и близких людей.

Исходя из концепции барьера психической адаптации, которая объясняет возникновение пограничной психической патологии, вытекает необходимость коррекции психолого-психиатрических последствий психосоциальных стрессов как на этапе непатологической психической дезадаптации, так и на этапе клинически оформленных расстройств адаптации [1].

На этапе непатологической психической дезадаптации основной задачей является повышение стрессоустойчивости, коррекция компенсаторных возможностей организма и активация его ресурсов (как биологических, так и психологических). Коррекция включает в себя как фармакологические, так и психотерапевтические методы воздействия. Исходя из терапевтической задачи, решаемой на этом этапе, препарат должен обладать стресс-протективным и адаптогенным действием, стабилизировать систему нейроморальной регуляции, не вызывать синдрома зависимости и не препятствовать социальному функционированию человека.

Одним из немногих препаратов, отвечающих этим требованиям, является препарат Адаптол (ОЛФА), который широко применяется в клинической практике с 1979 года. Адаптол – это препарат с широким спектром клинической активности, обладающий свойствами транквилизаторов (анксиолитиков), ноотропов, адаптогенов, биокорректоров, антидепрессантов, гиполипидемических и антиангинальных средств. Он является стресс-протектором, не вызывает синдрома зависимости и синдрома отмены, а также сонливости и седации. Адаптол является дневным транквилизатором, он не угнетает ЦНС и не обладает миорелаксирующим эффектом. Поэтому социальная и профессиональная активность при его приеме не нарушена [2, 3]. Суточная дозировка – 500 мг 2–3 раза в день. Препарат принимают внутрь вне зависимости от приема пищи. Курс лечения при непатологической психической дезадаптации – от 1 до 4–6 нед.

Психотерапевтические усилия должны быть направлены на формирование психологической толерантности к психотравмирующей ситуации и выработку продуктивных стратегий поведения в кризисной ситуации.

Коррекция включает в себя фармакологические и психотерапевтические методы воздействия.

В отличие от этапа непатологической психической дезадаптации, основной задачей этапа клинически оформленных расстройств адаптации является купирование тревожно-депрессивной симптоматики, нормализация сна, снятие напряжения и уменьшение вегетативных проявлений стресс-синдрома.

Анксиолитические средства назначают кратковременно (от 1 до 3 нед) или прерывистыми курсами. Особую осторожность необходимо соблюдать при назначении бензодиазепиновых транквилизаторов (диазепам, феназепам, гидазепам) во избежание развития зависимости. Кроме того, необходимо помнить, что они обладают выраженными побочными эффектами (нарушение координации движений, когнитивных функций), а также могут спровоцировать депрессию. Бензодиазепиновые транквилизаторы показаны пациентам, в клинической картине которых преобладают невротические расстройства с элементами возбуждения и ажитации. При расстройствах адаптации, как правило, у пациентов преобладают синдромы невротического уровня с астеническим радикалом. Поэтому в таких случаях целесообразно назначение небензодиазепиновых анксиолитиков, среди которых Адаптол является препаратом первого выбора [3]. На этом этапе наличие анксиолитического, антифобического, антидепрессивного эффектов в сочетании с ноотропной активностью Адаптола позволяет купировать не только психопатологическую симптоматику, но и мягко корректировать когнитивные дисфункции. При патологических расстройствах адаптации Адаптол принимают более длительно, курс лечения – 2–3 мес. Препарат принимают по 500 мг 2–3 раза в сутки. Однако при необходимости разовая и суточная дозы могут быть увеличены (максимальная разовая – до 3 г, максимальная суточная – до 10 г). При назначении Адаптола следует также помнить, что у людей, переживающих стрессовые события в жизни, часто формируется зависимость от психоактивных веществ. Наиболее частой является зависимость от табака и алкоголя. Адаптол можно назначать также в комплексной терапии лечения зависимости от табака в дозе 500–1000 мг 3 раза в сутки в течение 5–6 нед.

При наличии депрессивной симптоматики назначают антидепрессанты (предпочтительно СИОЗ). В зависимости от динамики состояния курс терапии антидепрессантами может быть длительным (при пролонгированных депрессивных реакциях, которые могут длиться до 2 лет). В среднем его продолжительность достигает 6 мес.

Трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин, нортриптилин) не показаны таким пациентам, так как они обладают выраженным холинолитическим эффектом, могут вызывать когнитивную дисфункцию и соматоневрологические побочные эффекты. СИОЗ и СИОЗН не усиливают когнитивных расстройств, способствуют уменьшению их выраженности, но полностью не редуцируют их.

В комплексном лечении используют психотерапевтические методы (когнитивная и поведенческая терапия, релаксационные методы), психообразовательные программы для родственников и пациентов и психосоциальную реабилитацию.

Значительная редукция выраженности психопатологических симптомов наблюдается уже через 2–3 нед. Далее в амбулаторных условиях пациент в течение 1 мес продолжает терапию с акцентом на психотерапевтических и реабилитационных мероприятиях.

Необходимо помнить, что каждый последующий стресс уменьшает стрессоустойчивость человека и может провоцировать рецидив расстройств адаптации. Поэтому уже на этапе первичной медицинской помощи целесообразно внедрение профилактических и коррекционных программ, направленных на выработку устойчивости к психосоциальным стрессам. Это очень важный раздел работы, так как в современных условиях устойчивость к психоэмоциональному стрессу рассматривается как проблема биологической безопасности населения [8].

Розлади адаптації при психосоціальних стресах: діагностика, профілактика і корекція

Л.М. Юр'єва

У статті висвітлюється проблема своєчасної діагностики, профілактики і корекції розладів адаптації в умовах соціально-стресових подій. Описуються ті, що часто зустрічаються у практиці сімейного лікаря, психопатологічні і психологічні феномени в осіб, що пережили стрес соціальних змін. Наводяться результати власних досліджень, проведених серед 12 575 співробітників органів внутрішніх справ, в яких встановлено, що ризик трансформації до нозологічних проявів психічної дезадаптації в клінічно оформлені пограничні психічні розлади за відсутності профілактичних і корекційних заходів зростає в 2,7 разу.

На моделі реакції горя описана динаміка розладів адаптації, фармакологічні і психотерапевтичні методи терапії. Обґрунтовується теза про необхідність проведення профілактичних і корекційних програм, спрямованих на вироблення стійкості до психосоціальних стресів, з використанням адаптогенів і стрес-протекторів, а також психотерапії. Підкреслюється, що це дуже важливий розділ роботи, оскільки в сучасних умовах стійкість до психоемоційного стресу розглядається як проблема біологічної безпеки населення.

Ключові слова: розлади адаптації, психосоціальні стреси, фармакотерапія, психотерапія, Адаптол.

Adjustment disorders in the psycho-social stress: diagnosis, prevention and correction

L.N. Yurieva

The article highlights the issue of timely diagnosis, prevention and correction of adjustment disorders in conditions of social and stressful events. It describes psychiatric and psychological phenomena from the survivors the stress of social changes that are very common in family doctor's practice. The results of their own research conducted among 12 575 police officers, which found that the risk of transformation prenosological manifestations of mental maladjustment clinically decorated borderline mental disorders, in the absence of preventive and corrective measures, increased 2.7 times.

On the model of grief reaction described the dynamics of adjustment disorders, psychotherapeutic and pharmacological therapies. The author substantiates the thesis about the need for prevention and intervention programs aimed at developing resilience to psychosocial stress with adaptogens and stress-protectors, as well as psychotherapy. It is emphasized, that this is a very important part of the work, as in the present conditions the resistance to the emotional stress is seen as a problem of biological safety of the population.

Keywords: adjustment disorders, psychosocial stress, pharmacotherapy, psychotherapy, Adaptol.

Сведения об авторе

Юрьева Людмила Николаевна – кафедра психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», 49115, г. Днепропетровск, ул. Бехтерева, д. 1. E-mail: lyuryeva@a-teleport.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Бурчинский С.Г. Фармакотерапевтические аспекты применения препарата Мебикар // *Ліки*. – 2001. – № 5–6. – С. 4.
3. Громов Л. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы / Л. Громов, Е. Дудко // *Вестник фармакологии и фармации*. – 2003. – № 10. – С. 11–17.
4. Коханов В.П., Краснов В.Н. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Перев. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина // *Всемирная организация здравоохранения. Россия*. – Санкт-Петербург: Адис, 1994. – 304 с.
6. Панченко О.А. Социально-стрессовые расстройства: мирное население в эпицентре военных действий / О.А. Панченко, И.И. Кутько, Н.А. Зайцева // *Новости медицины и фармации в Украине*. – 2014. – № 15 (509). – С. 6.
7. Старшенбаум Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия / Г.В. Старшенбаум. – М.: Когнито-Центр, 2005. – 376 с.
8. Судаков К.В. Устойчивость к психоэмоциональному стрессу как проблема биобезопасности // *Вестник РАМН*. – 2002. – № 11. – С. 15–17.
9. Юрьева Л.Н. Кризисные состояния: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. – Днепропетровск: Арт-пресс, 1998. – 164 с.
10. Юрьева Л.Н. История. Культура. Психические и поведенческие расстройства: монография [Текст] / Л.Н. Юрьева. – К.: Сфера, 2002. – 314 с.
11. Юр'єва Л.М. Особливості синдрому вигорання у працівників органів внутрішніх справ / Л.М. Юр'єва, С.І. Вишніченко // *Таврический журнал психиатрии*. – 2012. – Т. 16, № 4 (61). – С. 175–180.

Статья поступила в редакцию 30.09.2015