

Расстройства адаптации: положение дел

PATRICIA CASEY¹, SUSAN BAILEY²

¹Department of Psychiatry, Mater Misericordiae University Hospital, Eccles St., Dublin 7, Ireland

²University of Central Lancashire, Preston, UK

Расстройства адаптации являются распространенными, но недостаточно исследованными психическими расстройствами. Существующие классификации не в состоянии обеспечить их конкретными диагностическими критериями и переводят к субсиндромальному статусу. Они также не в состоянии обеспечить указаниями для отличия их от нормальных адаптационных реакций на стресс или от признанных психических расстройств, таких, как депрессивный эпизод или посттравматическое стрессовое расстройство. Эти пробелы приводят к риску патологизации нормальных эмоциональных реакций на стрессовые ситуации, с одной стороны, и гипердиагностики депрессивного расстройства с последующим ненужным назначением антидепрессантов — с другой. Немногие из структурированных интервью, используемых в эпидемиологических исследованиях, включают расстройства адаптации. Они, как правило, рассматриваются как легкие, несмотря на их известность в качестве диагноза у тех, кто погибает от самоубийства, и их плохой прогноз при диагностике у подростков. Имеется очень мало интервенционных исследований.

Ключевые слова: расстройства адаптации, подпороговый диагноз, самоубийство, нормальные адаптивные реакции на стресс, депрессивное расстройство, классификация

(*World Psychiatry 2011;10:11-18*)

Диагностическая категория расстройств адаптации была введена в DSM-III-R (1). До этого они назывались преходящими (транзиторными) ситуационными нарушениями. Описания расстройств адаптации в DSM-IV (2) и МКБ-10 (3) во многом схожи. Основными признаками являются следующие: а) симптомы возникают в ответ на стрессовое событие, б) появление симптомов происходит в течение 3 месяцев (DSM-IV) или 1 месяца (МКБ-10) после воздействия стресса, в) симптомы должны быть клинически значимыми в том, что причиняют страдания и сверх того, что можно было бы ожидать от воздействия стресса, и/или имеется значительное ухудшение в социальном или профессиональном функционировании (последнее является обязательным в МКБ-10), г) симптомы не являются следствием другого расстройства по оси I (или утраты в DSM-IV); е) симптомы проходят в течение 6 месяцев, как только стрессор или его последствия исчезнут. Расстройства адаптации разделены на подгруппы на основе доминирующих симптомов тревоги, депрессии или поведения.

С момента своего появления категория расстройства адаптации была предметом критики по трем направлениям. Первое состояло в том, что оно представляет собой попытку медикализации проблем жизни и не соответствует критериям традиционных расстройств, таких, которые имеют конкретный профиль симптомов (4). Второе представляло собой «диагноз мусорной корзины», который был назначен для тех, кто не отвечает критериям других расстройств (5). Третье касалось его диагностической нестабильности (6), и его основная польза заключалась в «оправдании» возмещения расходов, основанных на диагнозе, существующего в системе здравоохранения США. Несмотря на это, категория была сохранена в дальнейших классификациях, в значительной мере из-за своей клинической полезности.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ В РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Расстройства адаптации продолжают диагностировать во многих медицинских учреждениях. Консультативно-взаимодействующая психиатрия является контекстом, в котором диагноз, скорее всего, будет установлен. Около 12% от направлений также диагностированы в университетских больницах в США (7), цифра, которая напоминает то, что есть и в европейских больницах (8). Тем не менее, частота, с которой расстройства адаптации в настоящее время диагностируют, кажется, идет на убыль, параллельно с увеличением диагностики большой депрессии (9), возможно, из-за доступности психотропных препаратов, особенно селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (SSRIs), которые более безопасны для тех, кто болен соматически, чем для более пожилых. Таким образом, изменения в распространенности расстройств адаптации могут отражать изменения в «культуре назначений», стимулируя изменения в «культуре диагностики» (10).

Расстройства адаптации, как сообщается, встречаются почти в три раза чаще, как и депрессия (13,7 против 5,1%) у стационарных пациентов с острыми соматическими заболеваниями (11) и диагностируется у до одной трети онкологических больных с рецидивом (12). В акушерско-гинекологическом консультативном взаимодействии (13) расстройства адаптации преобладали над другими психическими расстройствами. Среди тех, кто оценивался в отделении неотложной помощи после самоповреждений, диагноз расстройства адаптации был установлен у 31,8% опрошенных, в то время как диагноз депрессии - в 19,5% случаев (14).

Ни в одном из основных эпидемиологических исследований, проведенных в сообществе, таких, как Epidemiological Catchment Area Study (15), National Comorbidity Survey Replication (16) или National

Psychiatric Morbidity Surveys (17) расстройство адаптации не включено в исследованные состояния. Исключением является исследование Outcome of Depression International Network (ODIN) (18), которое выявило распространенность только в 1% для расстройства адаптации в пяти европейских странах. Возможная причина этого в том, что легкая депрессия была включена в категорию депрессивного эпизода, раздувая эту категорию за счет расстройства адаптации. Напротив, исследование пожилых людей из общей популяции (19) выявило распространенность расстройства адаптации в 2,3%, что аналогично распространенности большой депрессии.

Расстройства адаптации, как сообщается, очень распространены в первичной помощи, но соответствующие эпидемиологические исследования в этих условиях редки и частота расстройства колеблется в диапазоне от 1 до 18% (20,21) среди тех, кого консультировали в связи с проблемами психического здоровья.

Что касается психиатрических учреждений, то исследование постановки диагнозов в поликлиниках (22) с клинической оценкой и использованием Структурированного клинического Интервью для DSM-IV (the Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID, 23) показало, что расстройство адаптации было наиболее частым клиническим диагнозом, поставленным у 36% пациентов, в то время как при использовании SCID диагноз был поставлен в 11% случаев. Среди психиатрических стационарных пациентов у 9% последовательно поступивших в острое отделение государственного сектора было диагностировано расстройство адаптации (24).

Количественная оценка преобладания расстройств адаптации в детской и подростковой популяциях затруднительна в связи с изменениями диагностических критериев с течением времени (25). В младших возрастных группах в отличие от взрослых расстройство адаптации влечет за собой значительную заболеваемость и неблагоприятный исход, часто развиваясь в основные психические заболевания (25,26). Исследование общей популяции в Пуэрто-Рико (27) выявило частоту в 4,2% среди 14-16-летних, в то время как общая психиатрическая болезненность составила 17,8%. Аналогичная частота была выявлена у детей в возрасте 8-9 лет в Финляндии (28). Среди амбулаторных пациентов были зарегистрированы цифры 5,9-7% (29,30). В детской психиатрии у более, чем трети пациентов с начальным диабетом был диагностирован таким же образом (31), что делает его наиболее распространенным психическим расстройством, следующим за этим хорошо описанным стрессором.

ПРОБЛЕМЫ С НЫНЕШНЕЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

Существующая диагностика расстройства адаптации предполагает, что есть стрессор, который действует как спусковой крючок, и что состояние является самоограничивающимся. Поэтому расстройство адаптации ближе к определению дискретного расстройства, как было предложено Kendell (32), чем большинство других расстройств в

психиатрии, так как его этиология и течение инкапсулируются внутри диагноза, в то время как многие другие психические расстройства являются кросс-секционными (поперечными) и основываются только на симптомах. Тем не менее, текущие классификации создают иерархическую модель, которая предполагает эквивалентность в том, как объясняются расстройства адаптации и другие диагнозы.

Как классифицировано в настоящее время, расстройство адаптации является подпороговым диагнозом, то есть, превзойденный однажды порог симптома для другого диагноза является соответствующим. Существует неотъемлемое убеждение, что подпороговое состояние является менее серьезным, чем полномасштабное расстройство, такое как большая депрессия, диагностика которого чаще всего вытесняет расстройство адаптации. Доказательств этого нет, однако есть эмпирические данные (33), что, при оценке тяжести симптомов или социального функционирования, нет никакой разницы между таковыми при расстройстве настроения и расстройстве адаптации.

Кроме того, до 25% подростков с диагнозом расстройства адаптации вовлекаются в суицидальное поведение (34), в то время как у взрослых с этим расстройством эта цифра составляет 60% (35). Расстройство адаптации диагностируется у одной трети молодых людей, которые кончают жизнь самоубийством (36), в то время как в развивающихся странах у умерших вследствие самоубийства это самый распространенный диагноз (37). Эти данные показывают, что, будучи далеко нелегким состоянием, расстройство адаптации оказывает значительное влияние на поведение.

С другой стороны, нынешние классификации не в состоянии различать адаптивные и неадаптивные реакции на стресс. DSM-IV пытается решить эту проблему, заявив, что диагноз расстройства адаптации осуществляется только при клинически значимом дистрессе (38). Есть два компонента для этого: дистресс должен быть сверх того, что обычно предполагается, и/или есть нарушения в социальном или профессиональном функционировании. В связи с первым из них один из самых проницательных критиков DSM-IV, J.Wakefield (39) указывает, что это позволит верхней трети в нормальном распределении реактивности настроения быть классифицированными как нарушенные и что при этом не учитываются контекстуальные факторы, которые могут стать причиной избыточности дистресса. Например, потеря работы для одного человека может быть управляемой, в то время как для других она может ввергнуть семью в нищету в результате дистресса, что может быть неподходящим в данных обстоятельствах.

Также необходимо учитывать культуральные различия в выражении эмоций. В психиатрии взаимодействия, где диагностика расстройства адаптации наиболее часта, знания о «нормальном» совладании с болезнью в этой конкретной культуре имеют большое значение, и диагностический процесс будет руководствоваться степенью, в которой симптомы превышают это. Некоторые могут возразить, что факт посещения врача указывает на ненормальный дистресс, но тенденция к консультации также определяется дополнительными факторами, в том числе культуральным и личностным отношением к симптомам. Таким образом,

простой факт консультации не должен быть принят сам по себе в качестве доверительного показателя чрезмерного дистресса. Также не следует направлять в службы психиатрической помощи, так как это тоже регулируется факторами, которые не всегда связаны с тяжестью симптомов (например, желание «сделать что-то» под давлением пациента в условиях продолжающегося дистресса).

Поскольку расстройство адаптации является диагнозом, поставленным в контексте стрессора, существует опасность того, что любой дистресс, следующий за таким событием, может быть оценен как расстройство (40). Клиническая оценка, следовательно, играет большую роль в установлении диагноза расстройства адаптации в существующем вакууме критериев, и в будущих классификациях следует учитывать вес культуры, контекста и личных обстоятельств в дифференциации нормального дистресса от патологического.

Второй критерий, связанный с ухудшением функционирования, является, возможно, более надежным показателем расстройства, так как приводит к поиску лечения. Например, нетрудоспособность является потенциально важным показателем нарушения. Однако возможны ситуации, когда функционирование снижается при наличии непатологических реакций. Например, при особенно травматичных обстоятельствах, таких, как потеря ребенка, период нарушенного функционирования может быть больше, чем предполагается у лиц с непатологическими реакциями.

Оценка функционирования у детей предъявляет особые требования к консультанту, так как это требует учета стадии развития, степени зависимости и самостоятельности в ключевых отношениях. Уже существующие нарушения и уязвимости, такие, как неспособность к обучению и отклонения в развитии, должны также рассматриваться при оценке.

МКБ-10, в отличие от DSM-IV, требует наличия как чрезмерных симптомов, так и функциональных нарушений для диагностики расстройства адаптации, таким образом, сужая применение этой категории.

Из-за иерархической природы МКБ-10 и DSM-IV расстройство адаптации не может быть диагностировано в том случае, если критерии соответствуют другому состоянию. Наиболее часто превосходит расстройства адаптации большая депрессия/депрессивный эпизод. Это видно из исследований, которые сравнивают клинический подход с исследовательским. Например, в исследовании лиц с самоповреждениями клинический диагноз расстройства адаптации был установлен в 31,8%, диагноз большой депрессии - в 19,5% случаев, но с использованием SCID пропорция изменилась до 7,8% и 36,4% соответственно (14).

Тем не менее, есть отправная точка между двумя состояниями, когда рассматриваются другие переменные. Суицидальное поведение происходит раньше в ходе расстройства адаптации по сравнению с большой депрессией (41) и интервал от суицидальной информации до завершения суицида короче (42). Социально-демографический профиль и переменные риска детства различны в этих двух группах (41). Среди подростков, умирающих в результате самоубийства, существует гораздо меньше доказательств наличия предшествующих эмоциональных или поведенческих

проблем (42). Кроме того, частота повторных поступлений значительно ниже у лиц с расстройством адаптации, чем у лиц с большой депрессией, генерализованной тревогой или дистимией (43), госпитализации также короче (6). Это подчеркивает необходимость более четкого определения объема расстройств адаптации в будущих классификациях.

Следующей, но меньшей областью потенциального перекрытия является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Слияние не в такой степени связано с симптомами этих заболеваний, как с самими стрессорами. Имеется расширение стрессоров, которые, как считается, вызывают ПТС: от тех, которые являются потенциально опасными для жизни, как это первоначально описано, до событий, которые менее травматичны, таких, как финансовые проблемы или просмотр тревожащих образов по телевидению — явление, называемое «критерий ползучести» (44). В клинической практике диагноз ПТСР часто делается рефлексивно (45), поскольку такие события определены, хотя расстройство адаптации может быть более подходящим диагнозом.

В целом, как ясно видно из данных, расстройство адаптации является достаточно тяжелым и отличающимся от других расстройств, особенно большой депрессии, чтобы обосновать повышение от его субсиндромального статуса до уровня полномасштабного независимого психического расстройства. Уже предложены критерии для пересмотра DSM-IV (46).

СТРУКТУРИРОВАННЫЕ ИНТЕРВЬЮ, СКРИНИНГОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ И РАССТРОЙСТВО АДАПТАЦИИ

Шкала клинического интервью (Clinical Interview Schedule, CIS, 47) и Комплексное международное диагностическое интервью (Composite International Diagnostic Interview, CIDI, 48) вообще не включают расстройство адаптации. Шкалы клинической оценки в нейропсихиатрии (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN, 49) включают расстройство адаптации, однако лишь в конце интервью, в разделе 13, который касается «выводов и атрибуций». Это происходит после того, как критерии для всех других нарушений течерпаны, и нет никаких конкретных вопросов в связи с расстройством адаптации для оказания помощи интервьюеру, полагаясь вместо этого на клиническую оценку.

SCID (23) также содержит раздел, посвященный расстройству адаптации, но инструкции для интервьюеров указывают на то, что этот диагноз не устанавливается, если критерии соответствуют любому другому психическому расстройству, de-facto смещая его к субсиндромальному статусу. В свете очень низкого порога для диагностики депрессии, даже в исследованиях с использованием SCID и претендующих на включение расстройства адаптации, большая депрессия часто будет заменять расстройство адаптации, независимо от контекста, в котором возникли симптомы.

Мини Международное нейропсихиатрическое интервью (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI, 50) также включает раздел по расстройству адаптации, но,

как и в SCID, расстройство не диагностируется, если установлен любой другой диагноз.

Таким образом, в то время как структурированные интервью значительно способствуют эпидемиологическим исследованиям в психиатрии, не может быть исключена возможность того, что они слишком жесткие для использования неспециалистами-интервьюерами. Это относится особенно к диагностике такого расстройства, как расстройство адаптации, которое зависит в большой степени от клинической оценки, контекста и предполагаемого продолжительного течения, а не исключительно от симптомов. Как результат проблем текущего поколения структурированных диагностических инструментов, были сделаны попытки определения подходящих инструментов скрининга для расстройств адаптации.

Поскольку есть симптом, пересекающийся с большой депрессией, существует возможность того, что инструменты для скрининга депрессии могут выявить людей с расстройством адаптации. Ряд шкал был использован для этой цели, в том числе Шкала депрессии Цунга (51), подходящая для скрининга сочетанного расстройства адаптации и большой депрессии (52), но по сравнению с SCID имеющая недостаточную чувствительность и специфичность (53). Исследование здоровья медицинских работников с «реактивной депрессией» - старомодным диагнозом, который наиболее полно включает в себя расстройство адаптации, не выявило почти никакой связи со Шкалой депрессии Цунга (54).

Усилия по разработке инструмента скрининга с использованием измерения копинга также не увенчались успехом (55). Госпитальная Шкала тревоги и депрессии (HADS, 56) была использована в целях скрининга у онкологических больных, но она не различала большую депрессию и расстройство адаптации (57). Аналогичные проблемы возникли, когда были проверены I-Question Interview и Impact Thermometer (58) на их способность выявлять расстройство адаптации.

Перечень депрессивных симптомов (Inventory of Depressive Symptomatology, 59) может играть определенную роль в различении расстройства адаптации от большой депрессии, он был использован в одном из исследований, которое сообщило, что расстройство, не индуцированное окружением, имело больше меланхолических симптомов и различное качество изменений настроения по сравнению с расстройством, вызванным окружающими факторами (59). Явно требуется дальнейшее изучение этих фактов.

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Стрессор

Расстройство адаптации не может быть диагностировано в отсутствие стрессора. Событие должно быть внешним и происходит по времени близко к моменту появления симптомов. Большой период времени между инициирующим событием и началом симптомов делает диагноз расстройства адаптации менее вероятным. По этой причине требуется определенный период между событием и наступ-

лением симптомов - 3 месяца в DSM-IV и 1 месяц в МКБ-10. Следует соблюдать осторожность, когда этот промежуток сравнительно долгий, по двум причинам: во-первых, те, кто находятся в депрессии, часто придают значение конкретным событиям, которые сами по себе были нейтральными на то время, в «усилиях по приданию значения», во-вторых, смещение воспоминаний чревато ненадежностью даты события. Верхний предел в 3 месяца может оказаться чрезмерно долгим и будет трудно установить эмпирические данные, на которых это основано.

Что касается типа события, немного может помочь врачу отличить расстройство адаптации от большой депрессии. Хотя 100% людей с диагнозом расстройства адаптации имели недавние события в жизни, 83% лиц с большой депрессией также сообщают о таких событиях, в большей степени связанных с супружескими проблемами и в меньшей — с профессиональными или семейными стрессорами в группе расстройства адаптации (60). Такие различия, статистически значимые, вряд ли могут быть клинически значимыми у отдельных пациентов, так как они не исключены в качестве страдающих либо большой депрессией, либо расстройством адаптации. И события могут быть ранжированы по тяжести от тех, которые обычно рассматриваются как легкие, такие, как ссора с бойфрендом, до тех, которые являются более тяжелыми. Это будет опосредовано через личностные уязвимости.

Уязвимости

В преамбуле к разделу расстройств адаптации МКБ-10 заявляет, что «индивидуальные уязвимости и риск играют большую роль, чем при других расстройствах», таких, как посттравматическое стрессовое расстройство или острые стрессовые реакции. Однако неясно, на каких доказательствах это основано. В отличие от этого DSM-IV молчит на этот счет. Возможность того, что диатез-стрессовая модель работает, достойна рассмотрения, и личность, возможно, является самым очевидным предрасполагающим фактором. Было несколько исследований, непосредственно сравнивающих расстройство адаптации с другими расстройствами для того, чтобы окончательно утвердиться в роли личности, и осторожность целесообразна в при настоящей положении знаний. Соответствующие исследования можно разделить на две большие группы: те, которые напрямую изучали расстройства адаптации, и те, которые изучали диагнозы, схожие с ним.

Распространенность расстройств личности среди лиц с расстройством адаптации по сравнению с лицами с другими депрессивными расстройствами, кажется, не отличается (20), хотя исследований немного. Среди личностных показателей нейротизм предстает как фактор, предрасполагающий к расстройствам адаптации в выборке военнослужащих (61). Также был рассмотрен стиль привязанностей, и материнская гиперопека, как было установлено, является фактором риска для последующего расстройства адаптации (62,63), в то время как отцовское злоупотребление было связано с тяжестью расстройства (63).

Исследования с использованием терминологии, заключающей в себе диагноз расстройства адаптации, такие, как

«реактивная», «неэндогенная» или «ситуационная» депрессия, также представляют интерес, хотя с оговоркой, что эти состояния не могут быть идентичны расстройствам адаптации из-за различий в определениях в более ранних классификациях. Одно из таких исследований (64) установило, крепкую связь между преморбидным нейротизмом и неэндогенным симптоматическим паттерном и доказательством «орально зависимой» личности. Выводы в отношении нейротизма и неэндогенного паттерна симптомов были воспроизведены другими исследователями (65) при изучении пациентов и их родственников (66).

Симптомы

Отсутствие четких симптоматологических критериев расстройств адаптации в DSM-IV или МКБ-10 показывает, что клинической оценке придается больший вес, чем при большинстве других состояний. Симптомы пониженного настроения, печали, беспокойства, тревоги, бессонницы, плохой концентрации, начинающиеся после недавнего стрессового события, вероятно, являются показателями диагноза расстройства адаптации, хотя следует иметь в виду, что депрессия также может быть представлена сходным образом. Нарушение настроения зачастую является наиболее заметным, когда человек когнитивно вовлечен в событие, например, когда говорит об этом, а в другое время настроение нормальное и реактивное. Выведение человека из стрессовой ситуации связано с общим улучшением симптомов. Если расстройство адаптации развивается в ответ на серьезное заболевание, изменения настроения, связаны с изменениями в самой болезни.

Более типичные «меланхолические» симптомы, например, суточные колебания, ранние утренние пробуждения, утрата реактивности настроения, менее вероятны для диагноза расстройства адаптации. Наличие семейной истории депрессии также может предполагать депрессивный эпизод.

В связи с низким порогом симптома для диагностики большой депрессии легче поставить диагноз этого заболевания, а не расстройства адаптации. Хотя руководства по депрессии Национального института клинического совершенства (NICE) рекомендуют период «бдительного ожидания» (67) с тем, чтобы допустить возможность спонтанного излечения, под давлением пациента и его семьи или по собственному желанию врача «что-то делать» может быть диагностирована большая депрессия (или генерализованная тревога) и предписаны антидепрессанты.

Трудности также возникают, когда стрессор и, следовательно, симптомы являются стойкими и вероятность спонтанного излечения невелика. Антидепрессанты могут быть назначены из прагматических соображений, так как нет другого способа установить, слабеют ли симптомы спонтанно или они теперь не зависят от начального триггера и представляют большую депрессию. Отсутствие ответа на антидепрессанты должно повысить возможность того, что это расстройство адаптации, поэтому предлагаются психологические виды терапии, а не затяжные попытки лечения несколькими препаратами.

Дальнейшее рассмотрение того, что является одним стрессором (например, диагноз серьезного соматического заболевания), может быть связано с текущими симптомами, так как различные аспекты диагноза влияют на пациента (например, инициирование болезненного лечения, неудачи лечения и т.д.). Неспособность выявить, что чередующиеся стрессоры продлевают симптомы, может привести к ошибочному диагнозу большой депрессии. Роль последствий начального стрессора в продлении симптомов признается в определении расстройств адаптации в DSM-IV.

На основании преобладающих симптомов принято несколько подтипов расстройств адаптации в DSM-IV и МКБ-10 (Табл. 1).

Подтипы в двух классификациях во многом схожи, но, помимо расстройства адаптации с депрессивным настроением, им уделяется мало внимания. Депрессивный подтип является наиболее распространенным у взрослых, а подтипы с доминирующим нарушением поведения или поведения и эмоций чаще диагностируются у детей и подростков.

Дифференциальная диагностика

Различие между расстройством адаптации и нормальной реакцией на стресс основано на тяжести симптомов и их продолжительности, воздействии на функционирование с учетом характера стрессора, личностный и межличностный контексты, в которых они произошли, культуральных норм в отношении таких реакций.

ПТСР и острое стрессовое расстройство требуют наличия стресса такой величины, которая будет травматична почти для всех людей, и симптомокомплексы также являются конкретными, хотя оба эти условия недавно оспаривались (40). Кроме того, не все люди, подверженные таким травматическим событиям, реагируют развитием ПТСР, и следует рассмотреть возможность возникновения

Таблица 1 Подтипы расстройства адаптации в DSM-IV и МКБ-10

DSM-IV	МКБ-10
С депрессивным настроением (309.0)	С краткой депрессивной реакцией (F43.20)
С тревогой (309.24)	С пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21)
С депрессией и тревогой (309.28)	Со смешанной тревожной и депрессивной реакцией (F43.22)
С нарушением поведения (309.3)	С преобладанием нарушений других эмоций (F43.23)
С нарушением эмоций и поведения (309.4)	С преобладанием нарушений поведения (F43.24)
Неуточненное (309.9)	Со смешанным нарушением эмоций и поведения (F43.25)
	С другими определенными преобладающими симптомами (F43.26)

других расстройств. Для тех, кто не отвечает диагностическим критериям ПТСР, но имеют существенные симптомы и/или функциональные нарушения, расстройство адаптации следует рассматривать как возможную альтернативу.

То, что может показаться расстройством адаптации из-за подпорогового уровня симптомов или отсутствия функциональных нарушений, может оказаться расстройством по оси I в развитии, которое только возникает как узнаваемый синдром после периода выжидания. Следовательно, пересмотр признаков диагноза расстройства адаптации может быть необходимым время от времени, особенно если существующие симптомы сохраняются, несмотря на завершение действия стрессора.

Коморбидности

Лишь в немногих исследованиях изучались расстройства, коморбидные расстройствам адаптации. Исследования были затруднены тем фактом, что критерии для этого расстройства исключают коморбидность по оси I. Тем не менее, последние исследования (19) почти у половины пациентов обнаружили коморбидные с депрессией или ПТСР расстройства. Удивительно, но осложненное горе и расстройства адаптации оказались в значительной степени некоморбидны.

Связь между злоупотреблением ПАВ и расстройствами адаптации также заслуживает упоминания, так как может объяснить кажущуюся нестабильность диагноза расстройства адаптации. Во-первых, ПАВ могут быть неправильно использованы для облегчения таких симптомов, как тревога и депрессия, которые занимают видное место в расстройствах адаптации. ПАВ, такие, как алкоголь, сами по себе являются депрессогенными и могут приводить к изменениям настроения, ведущим к неправильной диагностике. Это может объяснить, почему в одном из исследований (6) у нескольких пациентов с диагнозом расстройства адаптации при поступлении, диагнозы при выписке были пересмотрены в пользу первичного диагноза немедицинского применения ПАВ.

ЛЕЧЕНИЕ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

Доказательная база для лечения расстройств адаптации ограничена из-за малого количества исследований. Еще одной проблемой является то, что эти расстройства являются частично ослабляющимися состояниями, так что исследования вмешательств могут не выявить каких-либо преимуществ из-за спонтанного улучшения.

В общем, краткая терапия рассматривается как наиболее соответствующая с тем исключением, что, при продолжении действия стрессоров, могут быть необходимы длительные поддерживающие меры. Однако с поправкой для детей и подростков с диагнозом расстройства адаптации, так как имеются доказательства (26), что у большинства подростков в конечном итоге развиваются большие психические расстройства.

Практические меры могут быть полезны в том, чтобы помочь человеку в преодолении стрессовой ситуации. Че-

ловек, которого запугивают на работе, может решить активизировать внутреннюю систему возмещения или заручиться поддержкой профсоюза. Человек, страдающий от оскорбительного отношения, может обратиться за поддержкой. Уязвимый человек, берущий на себя слишком много работы, может извлечь пользу из простых директивных советов. Использование сил членов семьи, вовлечение поддерживающих учреждений, таких как социальные службы, или поощрение участия в группе поддержки или самопомощи могут облегчить дистресс.

Психологическое лечение, предоставляемые индивидуально или в группе, охватывает целый ряд методов, включая поддерживающий, психообразовательный, когнитивный и психодинамический подходы. Техники релаксации могут уменьшить симптомы тревоги. Содействие вербализации страхов и эмоций и изучение смысла того, что означает стрессор для человека, могут также улучшить симптомы. У лиц, преднамеренно причиняющих себе вред, помощь в поиске альтернативных ответов, которые не связаны с самоповреждением, может оказаться полезной, и на сегодняшний день диалектическая поведенческая терапия (ДПТ) имеет лучшую доказательную базу (68). Терапия, усиливающая «Эго», оказалась полезной в переходные периоды у пожилых пациентов (69). «Зеркальная терапия», включающая психотелесный, когнитивные и нейролингвистический компоненты, была эффективной у больных с расстройством адаптации, вторичным по отношению к инфаркту миокарда (70). Когнитивная терапия была полезной при ведении пациентов с расстройством адаптации, связанным со стрессом на работе (71) и у призывников с тем же нарушением (72). В исследовании неизлечимых онкологических пациентов (73) было выявлено аналогичное улучшение у лиц с расстройством адаптации и другими психиатрическими диагнозами.

Некоторые из этих психологических вмешательств были испытаны при конкретных соматических заболеваниях, таких, как рак, заболевания сердца или ВИЧ. Хотя было продемонстрировано улучшение в совладании, неясно, были ли расстройства адаптации у этих пациентов; некоторые из них были открыты экспериментальными исследованиями (например, 74), в других (например, 75), выживание и качество жизни, а не симптомы, были исходными показателями.

Основные фармакологические методы лечения расстройства адаптации состоят из симптоматического лечения бессонницы, тревоги и панических атак. Использование бензодиазепинов для их ослабления является обычным (76). Хотя некоторыми специалистами рекомендуются антидепрессанты (77), особенно при отсутствии эффекта от психотерапии, мало веских доказательств в поддержку их использования. Тем не менее, антидепрессанты с седативными свойствами, направленными на нарушения сна и тревогу, могут играть роль, когда бензодиазепины противопоказаны (78), например, лицам с зависимостью от психоактивных веществ в анамнезе.

Есть несколько исследований, специально направленных на фармакологическое лечение расстройств адаптации и в основном проведенных на лицах с тревожным подтипом (79-85). Исследование (79), сравнивающее бен-

зодиазепиновые производные с небензодиазепиновыми, установило, что анксиолитическое действие всех их было похожим, хотя больше ответа наблюдалось на небензодиазепины. В двух рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях рассматривались травяные препараты, в том числе экстракты кава-кава (80) и валерианы плюс другие экстракты (81), и показано их положительное влияние на симптомы. Исследование показало, что тианептин, алпразолам и миансерин были одинаково эффективны (82), в то время как экспериментальное исследование онкологических больных с тревожным и депрессивным настроением выявило большую эффективность тразодона, чем бензодиазепинов (83). В одном исследовании в условиях первичной помощи (84) изучены реакции пациентов с большой депрессией и расстройством адаптации на антидепрессанты путем использования сообщений об изменениях функциональной нетрудоспособности на основе записей истории болезни. В целом, группа расстройств адаптации в два раза чаще реагировала на антидепрессанты. Тем не менее, так как это было ретроспективное исследование записей историй болезни, значимость выводов сомнительна. В одном исследовании сравнивались фармакологические и психологические вмешательства у лиц с расстройствами адаптации, рандомизированных на группы поддерживающей психотерапии, антидепрессантов, бензодиазепинов или плацебо, и было выявлено значительное улучшение у всех (85). В целом эти исследования оказали небольшую поддержку преимуществу антидепрессантов и, возможно, любому специфическому лечению в терапии расстройств адаптации, однако однозначно, что требуется дальнейшие исследования.

ВЫВОДЫ

Расстройства адаптации являются частыми психическими расстройствами, особенно в психиатрии консультации-взаимосвязи. Их распространенность, по-видимому, выше у детей и подростков, у которых они связаны со значительной болезненностью и плохими исходами, чем у взрослых. Суицидальное поведение является частым и у подростков, и у взрослых с этими расстройствами, расстройство адаптации диагностируется у одной трети молодых людей, которые кончают жизнь самоубийством.

Существуют серьезные проблемы с диагностическими критериями расстройств адаптации как в МКБ-10, так и в DSM-IV, что наиболее заметно по их статусу субсиндромальных состояний. Вследствие этого они были предметом малого числа исследований. Кроме того, существующие классификации не в состоянии обеспечить указаниями по отделению этих расстройств от нормальных адаптивных реакций на стресс и поощряют диагностику большой депрессии у людей с самоограничивающимися реакциями на стрессоры.

Лечение расстройств адаптации недостаточно изучено, хотя краткие психологические интервенции, вероятно, будут предпочтительным вариантом.

Список литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd ed., revised. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
4. Fabrega H, Mezzich J. Adjustment disorder and psychiatric practice: cultural and historical aspects. *Psychiatry* 1987;50:31-49.
5. Fard F, Hudgens RW, Welner A. Undiagnosed psychiatric illness in adolescents: a prospective study. *Arch Gen Psychiatry* 1979;35:279-81.
6. Greenberg WM, Rosenfeld D, Ortega E. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry* 1995;152:459-61.
7. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS. Adjustment disorder: a multisite study of its utilisation and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry* 1998;20:139-49.
8. Huysse F, Herzog T, Lobo A et al. Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:124-32.
9. Diefenbacher A, Strain JJ. Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year period. *Gen Hosp Psychiatry* 2002;24:249-56.
10. Strain J, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry* 2008;49:121-30.
11. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:43-51.
12. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat* 2002; 61:131-7.
13. Rigatelli M, Galeazzi GM, Palmieri G. Consultation-liaison psychiatry in obstetrics and gynaecology. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2002;23:165-72.
14. Taggart C, O'Grady J, Stevenson M et al. Accuracy of diagnosis and routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;8:330-5.
15. Myers JK, Weissman MM, Dischler GL et al. Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:959-67.
16. Kessler RC, Chiu WT, Demler O et al. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:617-27.
17. Jenkins R, Lewis G, Bebbington P et al. The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain — initial findings from the household survey. *Psychol Med* 1997;27:775-89.
18. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 2001;179:308-16.
19. Maercker A, Forstmeier S,ENZLER A et al. Adjustment disorder, post-traumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: findings from a community survey. *Compr Psychiatry* 2008;49:113-20.
20. Casey PR, Dillon S, Tyrer P. The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. *Psychol Med* 1984;14:673-81.
21. Blacker CVR, Clare AW. The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology* 1988;95:14-7.
22. Shear KM, Greeno C, Kang J et al. Diagnosis of non-psychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157:581-7.
23. First MB, Spitzer RL, Williams JW et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID I). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1995.
24. Koran LM, Sheline Y, Imai K et al. Medical disorders among patients admitted to a public sector psychiatric in-patient unit. *Psychiatr Serv*

- 2003;53:1623-5.
25. Hill P. Adjustment disorder. In: Rutter M, Taylor EA (eds). *Child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell, 2002:510-9.
 26. Andreasen NC, Hoenck PR. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry* 1982;139:584-90.
 27. Bird HR, Gould MS, Yager T et al. Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:847-50.
 28. Almqvist F, Kumpulainen K, Ikaheimo K et al. Psychiatric disturbances among pre-pubertal children in southern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:310-18.
 29. Doran RJ, Petti TA. Clinical and demographic characteristics of child and adolescent partial hospital patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:66-9.
 30. Steinhausen HC, Erdin A. A comparison of ICD-9 and ICD-10 diagnoses of child and adolescent psychiatric disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1991;32:909-20.
 31. Kovacs M, Ho V, Pollack MH. Criterion and predictive validity of diagnosis of adjustment disorder: a predictive study of children with new onset insulin-dependent diabetes mellitus. *Am J Psychiatry* 1995;152:552-8.
 32. Kendell RE. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell, 1972.
 33. Casey P, Maracy M, Kelly BD et al. Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *J Affect Disord* 2006;92:291-7.
 34. Pelkonen M., Marttunen M, Henriksson M et al. Suicidality in adjustment disorder, clinical characteristics of adolescent outpatients. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005;14:174-80.
 35. Kryzhananovskaya L, Canterbury R. Suicidal behaviour in patients with adjustment disorders. *Crisis* 2001;22:125-31.
 36. Lonnqvist JK, Henriksson MM, Isometsa ET et al. Mental disorders and suicide prevention. *Psychiatry Clin Neurosci* 1995;49:S111-6.
 37. Manoranjitham SD, Rajkumar AP, Thangadurai P et al. Risk factors for suicide in rural south India. *Br J Psychiatry* 2010;196:26-30.
 38. Maj M. Are we able to differentiate between true mental disorders and homeostatic reactions to adverse life events? *Psychother Psychosom* 2007;76:257-9.
 39. Wakefield J. Diagnosing DSM-IV. Part 1: DSM-IV and the concept of disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:633-49.
 40. Rosen GM, Spitzer RL, McHugh PR. Problems with the post traumatic stress disorder diagnosis and its future in DSM-V. *Br J Psychiatry* 2008;192:3-4.
 41. Polyakova I, Knobler HY, Ambrumova A et al. Characteristics of suicide attempts in major depression versus adjustment disorder. *J Affect Disord* 1998;47:159-67.
 42. Runeson BS, Beskow J, Waern M. The suicidal process in suicides among young people. *Acta Psychiatr Scand* 1996;93:35-42.
 43. Jones R, Yates WR, Zhou MH. Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *J Affect Disord* 2001;71:199-203.
 44. Rosen GM. Traumatic events, criterion creep, and the creation of pre-traumatic stress disorder. *Sci Rev Ment Health Pract* 2004;3: 46-7.
 45. McHugh PR, Treisman G. PTSD: a problematic diagnostic construct. *J Anxiety Disord* 2007;21:211-22.
 46. Baumeister H, Maercker A, Casey P. Adjustment disorders with depressed mood: a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualization and recommendations for the future. *Psychopathology* 2009; 42:139-47.
 47. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R et al. Measuring psychiatric disorders in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22:465-86.
 48. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004;13:93-121.
 49. Wing JK, Babor T, Brugha T et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:589-93.
 50. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl. 20):22-33.
 51. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12:63-70.
 52. Passik SD, Kirsh KL, Donaghy K et al. An attempt to apply the Zung Self Rating Depression Scale as a "lab test" to trigger followup in ambulatory oncology clinics: criterion validity and detection. *J Pain Symptom Manage* 2001;21:273-81.
 53. Kirsh KL, McGrew JH, Dugan M et al. Difficulties in screening for adjustment disorder, Part 1: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care* 2004;2:23-31.
 54. Gawronski I, Privette G. Empathy and reactive depression. *Psychol Rep* 1997;80:1043-50.
 55. Kirsh KL, McGrew JH, Passik SD. Difficulties in screening for adjustment disorder, Part 2: An attempt to develop a novel self-report screening instrument in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliat Support Care* 2004;2:33-4.
 56. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67:361-70.
 57. Akechi N, Okuyama T, Sugawara Y et al. Adjustment disorders and post traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004;22:1957-65.
 58. Akizuki N, Akechi T, Nakanishi T et al. Developing a brief screening interview for adjustment disorder and major depression in patients with cancer. *Cancer* 2003;97:2605-13.
 59. Trivedi MH, Rush AJ, Ibrahim HM et al. The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: a psychometric evaluation. *Psychol Med* 2004;34:73-82.
 60. Despland JN, Monod L, Ferrero F. Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Compr Psychiatry* 1995;36: 454-60.
 61. For-Wey L, Fin-Yen L, Bih-Ching S. The pre-morbid personality in military students with adjustment disorder. *Military Psychology* 2006;18:77-88.
 62. For-Wey L, Fin-Yen L, Bih-Ching S. The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine* 2002;167:678-82.
 63. Giotakos O, Konstantakopoulos G. Parenting received in childhood and early separation anxiety in male conscripts with adjustment disorder. *Military Medicine* 2002;167:28-33.
 64. Paykel ES, Klerman GL, Prusoff BA. Personality and symptom pattern in depression. *Br J Psychiatry* 1976;129:327-34.
 65. Benjaminsen S. Primary non-endogenous depression and features attributed to reactive depression. *J Affect Disord* 1981;3:245-59.
 66. Coryell W, Winokur G, Maser JD. Recurrently situational (reactive) depression: a study of course, phenomenology and familial psychopathology. *J Affect Disord* 1994;31:203-10.
 67. National Institute for Clinical Excellence. Depression: Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. www.nice.org.uk.
 68. Linehan MM, Comtois MA, Murray AM et al. Two year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviour and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:557-66.
 69. Frankel M. Ego enhancing treatment of adjustment disorders of later life. *J Geriatr Psychiatry* 2001;34:221-3.
 70. Gonzalez-Jaimes EI, Tirnball-Plaza B. Selection of psychotherapeutic treatment for adjustment disorder with depressive mood due to acute myocardial infarction. *Arch Med Res* 2003;34:298-304.

71. Van der Klink JJ, Blonk RW, Schene AH et al. Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: a cluster randomised design. *Occup Environ Med* 2003;60: 429-37.
72. Nardi C, Lichtenberg P, Kaplan Z. Adjustment disorder of conscripts as a military phobia. *Military Medicine* 1994;159:612-6.
73. Akechi T, Okuyama T, Surawara Y et al. Major depression, adjustment disorders and post-traumatic stress disorder in terminally ill cancer patients: associated and predictive factors. *J Clin Oncol* 2004;15:1957-65.
74. Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW. Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hosp Commun Psychiatry* 1992;43:885-90.
75. Fawzy FL, Canada AL, Fawzy NW. Malignant melanoma: effects of a brief structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10 year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:100-3.
76. Shaner R. Benzodiazepines in psychiatric emergency settings. *Psychiatr Ann* 2000;30:268-75.
77. Stewart JW, Quitkin FM, Klein DF. The pharmacotherapy of minor depression. *Am J Psychother* 1992;46:23-36.
78. Uhlenhuth EH, Balter MB, Ban TA et al. International study of expert judgement on therapeutic use of benzodiazepines and other psychotherapeutic medications. III: Clinical features affecting experts' therapeutic recommendations in anxiety disorders. *Psychopharmacol Bull* 1995;31:289-96.
79. Nguyen N, Fakra E, Pradel V et al. Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorder with anxiety: a double blind controlled study in general practice. *Hum Psychopharmacol* 2006;2:139-49.
80. Voltz HP, Kieser M. Kava-kava extract WS 1490 versus placebo in anxiety disorders: a randomised placebo-controlled 25 week outpatient trial. *Pharmacopsychiatry* 1997;30:1-5.
81. Bourin M, Bougerol T, Guitton B et al. A combination of plant extracts in the treatment of outpatients with adjustment disorder and anxious mood: controlled study versus placebo. *Fundam Clin Pharmacol* 1994;11:127-32.
82. Anseau M, Bataille M, Briole G et al. Controlled comparison of tianeptine, alprazolam and mianserin in the treatment of adjustment disorders with anxiety and depression. *Hum Psychopharmacol* 1996;11:293-8.
83. Razavi D, Kormoss N, Collard A et al. Comparative study of the efficacy and safety of trazadone versus clorazepate in the treatment of adjustment disorders in cancer patients: a pilot study. *J Int Med Res* 1999;27:264-72.
84. Hameed U, Schwartz TL, Malhotra K et al. Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Ann Clin Psychiatry* 2005;17:77-81.
85. De Leo D. Treatment of adjustment disorders: a comparative evaluation. *Psychol Rep* 1989;64:51-4.