



ФГБУ «Московский  
научно-  
исследовательский  
институт  
психиатрии»  
Минздравсоцразвития  
России, отделение  
расстройств  
аффективного  
спектра с группой  
исследования  
депрессий

# Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии

К.м.н. О.С. АНТИПОВА

*В статье систематизированы современные представления о расстройствах адаптации. Обсуждаются клинические формы и типы течения, принципы диагностики и терапии и основные факторы, оказывающие влияние на течение и прогноз расстройств адаптации. Подчеркивается, что терапия расстройств адаптации должна быть поэтапной, комплексной и дифференцированной.*

*В качестве базисного лечебного подхода рассматривается психотерапия, которая в большинстве случаев должна дополняться фармакотерапией. Обсуждаются дифференцированные клинические показания к назначению антидепрессантов и анксиолитиков в рамках комплексной терапии. Особое внимание уделено селективному анксиолитику небензодиазепинового ряда Афобазолу. Представлены особенности и преимущества его клинического применения у больных с расстройствами адаптации.*

## Введение

Актуальность исследований, направленных на совершенствование подходов к диагностике и терапии расстройств адаптации, не вызывает сомнения. Это обусловлено высокой частотой этих расстройств в популяции [1–5], а также их негативными социальными и медицинскими последствиями [6–8]. Кроме того, до настоящего времени остается нерешенным целый ряд методологических вопросов в отношении лечения этих состояний [1]. Частота расстройств адаптации в популяции существенно варьиру-

ет и составляет, по данным разных авторов, от 1 до 21% [1, 2]. Эти расхождения объясняются сложностями диагностики, полиморфным характером данной нозографической категории, использованием различных методов исследования, а также обследованием специфических социальных групп [2, 4–6, 9].

## Расстройства адаптации в современных диагностических классификациях

Само понятие «расстройства адаптации» получило широкое распространение в психиатрии в послед-

ние десятилетия. Эта диагностическая категория была впервые введена в третьей редакции Руководства по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders III, DSM-III), однако наиболее подробно разработана в последующих классификациях болезней [10, 11]. В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) расстройства адаптации отнесены к рубрике расстройств, связанных со стрессом (stress-related disorders) [12]. В DSM-IV они выделены в отдельную рубрику, но описываются как психические расстройства, в патогенезе которых эмоциональный стресс играет важную роль [10, 11, 13]. При этом имеет место определенная путаница в понятиях и терминах: под термином «стресс» подразумевается стрессовое событие, а не универсальная физиологическая реакция – общий адаптационный синдром (по Г. Селье) [3]. Для возникновения и развития расстройства адаптации необходимо наличие эмоционально-стрессового воздействия, причем стрессовая ситуация не должна носить чрезвычайный для данной личности характер, угрожать жизни, физическому и психическому благополучию. Пытаются выделять типовые стрессовые события,



которые могут приводить к нарушению процессов психической адаптации. К ним относят смену жизненного уклада, повышенные физические и эмоциональные нагрузки, разрыв значимых личных отношений, разлуку с близкими, изменение социального статуса и некоторые виды нозогенных реакций у соматических больных [10–13].

Понятно, что обсуждаемый диагностический критерий достаточно условен, поскольку сходные жизненные события имеют для разных людей совершенно разное значение. Именно поэтому не менее значим второй диагностический критерий этой рубрики – индивидуальная предрасположенность к воздействию психогении с доказательством взаимосвязи между действием стрессора и нарушением психической адаптации к нему [10–13].

В существующих диагностических классификациях [12, 13] достаточно много «уязвимых» мест. Практически не обсуждается роль личности в возникновении и особенностях течения расстройств адаптации. Не учитывается опыт преодоления сходных ситуаций в анамнезе, а также сенсбилизирующая роль повторных стрессовых и психотравмирующих воздействий. Кроме того, упускается из виду влияние дополнительных экзогенных или соматических вредностей, астенизирующих факторов, органически или соматически измененной «почвы».

Основное внимание в диагностических критериях данной рубрики сфокусировано на изолированных клинических аспектах адаптационных расстройств. Указывается наличие эмоциональных и поведенческих нарушений, а также тенденция к фиксации на стрессовой ситуации и к ее драматизации. Важным критерием для диагностики является субъективное переживание индивидуумом неспособности справиться с возникшей ситуацией, изменить ее, принять или приспособиться к ней. При этом нарушение социального функционирования выражено не грубо

и, как правило, проявляется в некотором снижении продуктивности в повседневных делах.

### **Клинические формы и типы течения расстройств адаптации**

Структура клинической картины у разных пациентов может существенно отличаться; по своим психопатологическим проявлениям расстройства адаптации очень вариабельны, что обуславливает сложность диагностики этих состояний [1, 2, 9]. Введено даже понятие «феномен айсберга». Оно означает, что в клинической практике к специалистам-психиатрам обращается лишь незначительная часть пациентов, а большая часть с различными соматическими жалобами, маскирующими расстройство адаптации, наблюдаются у врачей общей практики или вовсе не обращаются за медицинской помощью [14]. Отдельные попытки систематизации расстройств адаптации с построением клинических классификаций и выделением различных вариантов касаются определенных социальных групп: студентов, военнослужащих, мигрантов, одиноких пожилых лиц [2, 4–6, 9].

Типичны варианты, для которых характерно превалирование в клинической картине тревожных или депрессивных симптомов либо их сочетание [1, 2, 9, 12–15]. Описаны клинические формы с преобладанием психовегетативных и астенических расстройств, при которых гипотимия отходит на второй план [1, 4, 9]. Кроме того, в клинической картине могут доминировать гневливые, агрессивные реакции, поведенческие нарушения [1, 9, 12, 13]. Клинико-динамические аспекты расстройств адаптации изучены еще хуже. Согласно существующим диагностическим критериям [10–13], продолжительность расстройств адаптации может колебаться от нескольких месяцев до двух лет. При этом критерий максимальной продолжительности этих состояний – 2 года – достаточно условен. В феноменологическом отношении эта нозографическая категория остается по-

лиморфной и неопределенной. Ее границы размыты и охватывают целый спектр состояний от кратковременных стрессовых реакций до затяжных психогенных расстройств [3, 11, 15].

В этой связи определенным интерес представляют работы Н.А. Шифнер и соавт. [9], в которых описано несколько типов течения расстройств адаптации. Благоприятное течение характеризуется спонтанным или терапевтическим регрессом психопатологической симптоматики и выздоровлением в дальнейшем. При затяжном (протрагированном) типе течения выделяется два варианта: 1) по типу затяжных дезадаптационных реакций (от 6 месяцев до 2 лет); 2) по типу повторяющихся клишированных реакций, возникающих после периода относительной нормализации состояния. При неблагоприятном типе течения происходит углубление психической симптоматики с развитием других психических расстройств: дистимий, депрессивных эпизодов эндогенной или эндореактивной структуры, нозофобических расстройств с формированием ипохондрической направленности личности.

Вообще, сам термин «течение» не всегда применим к этой разнородной и полиморфной нозографической категории. В ряде случаев речь идет не о трансформации расстройств адаптации в более глубокие психические нарушения, а об ошибочной первоначальной диагностике [3, 15]. К примеру, субдепрессивные эпизоды, в развитии которых психогении играют триггерную или патопластическую роль, могут на начальных этапах ошибочно диагностироваться как психогенная депрессивная реакция и, таким образом, относиться к категории «расстройства адаптации» [15]. При этом на ранних этапах провести адекватную дифференциальную диагностику не всегда возможно. Диагноз депрессивного эпизода становится ясен только после длительного динамического наблюдения за пациентом, когда в клинической картине начинает



нарастать тяжесть собственно аффективной симптоматики с эндогенными чертами.

Существуют и другие варианты неблагоприятных исходов расстройств адаптации. Следует упомянуть высокий суицидальный риск, а также развитие парасуицидальных и аутодеструктивных форм поведения [6, 7]. Не менее значимой проблемой является формирование вторичных химических и нехимических аддикций при затяжных вариантах адаптационных расстройств [8].

Одна из форм расстройств адаптации – нозогенные (в том числе ятрогенные) реакции, развивающиеся у больных различными соматическими заболеваниями, – имеет целый ряд негативных медицинских и социальных последствий. Частота встречаемости расстройств адаптации в первичном звене и общей медицинской практике превышает общепопуляционные значения и достигает 48–52% [4]. Расстройства адаптации, коморбидные соматическому заболеванию, значительно усложняют его клиническую картину, затрудняют диагностику и способствуют формированию рефрактерных и интолерантных к стандартной терапии форм. Это приводит к ухудшению прогноза, росту частоты рецидивов и хронизации соматического заболевания. Уровень социальной, семейной и профессиональной дезадаптации данной категории больных довольно высок.

Вообще, вероятность неблагоприятного прогноза расстройства адаптации зависит от многих факторов, влияющих на способность индивидуума адаптироваться к возникшему изменению в жизни или психотравмирующему событию [1, 3, 5, 9, 16]. Имеют значение особенности психотравмирующей ситуации (затяжной характер, индивидуальная значимость), опыт преодоления подобных ситуаций в прошлом, психологические характеристики пациента (характерологические особенности, навыки проблемно-разрешающего поведения, уровень самоконтроля и др.), характер микросоциально-

го окружения (наличие или отсутствие социальной поддержки), астенизирующее влияние (дополнительная нагрузка, интоксикации, коморбидное соматическое заболевание и др.). Важную роль играет своевременная адекватная диагностика и грамотно выстроенная тактика комплексной терапии.

### Терапия расстройств адаптации

Переходя к обсуждению подходов к терапии расстройств адаптации, выделим основные принципы. Лечение таких пациентов должно быть поэтапным, комплексным и дифференцированным в зависимости от преобладающих клинических проявлений [1].

Базовым, патогенетически ориентированным компонентом является психотерапия, поскольку психогении играют ведущую роль в развитии этих расстройств [17]. В первую очередь психотерапевтическая работа направлена на катартическое отреагирование негативных эмоций и повышение степени осознания внутриличностных конфликтов, препятствующих адаптации к сложившейся ситуации. Необходимым этапом работы является изменение отношения пациента к психотравмирующей (стрессовой) ситуации и принятие ее как части жизненного опыта. Важна переоценка собственной роли в психотравмирующей ситуации, принятие на себя определенной доли ответственности с формированием активной позиции в преодолении сложившихся обстоятельств. Во многих случаях происходит реконструкция всей системы отношений личности с изменением иерархии ее ценностно-смысловых ориентаций. В ходе психотерапевтической работы появляется возможность расширения навыков проблемно-разрешающего поведения пациента с дальнейшей реализацией их в жизни, повышается его способность к ассимиляции и регулированию негативных эмоций, вырабатываются новые стратегии поведения в стрессовой ситуации, повышается стрессоустойчивость. Психотерапия может проводиться в индивидуальном, семейном

или групповом формате. Выбор тех или иных методов и подходов всегда индивидуален. В основном используются техники когнитивно-поведенческого и экзистенциально-гуманистического направления. Возможно применение различных вариантов гипнотерапии, арт-терапии, личностно-ориентированной (реконструктивной) и семейной системной психотерапии.

При легко или умеренно выраженных кратковременных стрессовых реакциях может быть достаточно психотерапевтической работы с пациентом, и применение других методов лечения (физиотерапии, психофармакотерапии) нецелесообразно. Вместе с тем опыт клинической работы показывает, что в большинстве случаев необходима комплексная терапия, причем ее объем и продолжительность в первую очередь зависят от преобладающей клинической симптоматики и типа течения адаптационного расстройства.

Подбор фармакотерапии всегда индивидуален и дополняет психотерапевтическую работу. Основным показанием к назначению антидепрессантов является преобладание в клинической картине адаптационного расстройства тревожно-депрессивной или собственно депрессивной симптоматики. Ряд клинических признаков позволяет уточнить показания к назначению антидепрессантов: затяжное течение адаптационного расстройства с депрессивной симптоматикой; углубление депрессивной симптоматики с появлением в клинической картине аутохтонной гипотимии, явлений соматизации аффекта, усилением мотивационно-волевых и аффектогенных когнитивных нарушений.

В международных рекомендациях группы экспертов по вопросам применения современных антидепрессантов [18] указывается, что принципы лечения депрессивных эпизодов и расстройств адаптации во многом сходны. Исследований эффективности лечения расстройств адаптации с применением антидепрессантов



немного [19], но ретроспективные обзоры и клинические наблюдения свидетельствуют об отсутствии различий в терапевтической эффективности при депрессивных расстройствах и расстройствах адаптации. Различия заключаются в более раннем и более интенсивном использовании психотерапии в случае расстройств адаптации. При этом необходимо учитывать, что системные клинические исследования, посвященные анализу терапевтической эффективности сочетания антидепрессантов и психотерапии при расстройствах адаптации, практически отсутствуют.

Имеются указания, что, по сравнению с депрессивными эпизодами, при адаптационных расстройствах с депрессивной симптоматикой допустим более короткий курс антидепрессантов на этапе долечивания в случае стабилизации психосоциальных показателей [18, 19]. Более точных рекомендаций по продолжительности применения антидепрессантов не приводится.

Основным критерием выбора антидепрессанта, учитывая легкую или умеренную степень выраженности аффективной симптоматики, является благоприятный профиль переносимости [18]. Это особенно актуально при наличии сопутствующих соматических заболеваний. Наиболее часто применяют антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (циталопрам, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин), реже – фитоантидепрессанты (препараты зверобоя) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (дулоксетин, венлафаксин, милнаципран).

Не столь однозначен вопрос о применении антидепрессантов в тех случаях, когда в клинической картине адаптационного расстройства преобладает тревожная и/или психовегетативная симптоматика. Назначение этой группы препаратов может быть оправдано, если расстройства адаптации приобретают протрагированный ха-

рактер либо повторяются по типу «клише». Еще одним показанием может служить формирование вторичных нозофобий и усиление ипохондрических наклонностей в структуре личности.

При кратковременных (до 3 месяцев) адаптационных расстройствах, клиническая картина которых в основном определяется легко и/или умеренно выраженной тревожностью, психовегетативной и астенической симптоматикой, вполне достаточно дополнить психотерапию применением анксиолитических средств. При этом целесообразно соблюдать принцип динамического наблюдения за состоянием больного с присоединением антидепрессанта в случае появления или усиления депрессивных проявлений.

Спектр противотревожных средств, применяемых при расстройствах адаптации, очень широк. Однако, несмотря на обширный клинический опыт, на сегодняшний день проведено не так много исследований сравнительной эффективности и безопасности применения анксиолитиков различных групп при расстройствах адаптации [20, 21]. В отдельных клинических исследованиях [17] высказывается мнение о том, что анксиолитики повышают эффективность психотерапевтических вмешательств, но это предположение требует более тщательного научного обоснования.

С целью купирования острой тревоги обычно применяют бензодиазепиновые транквилизаторы (диазепам, феназепам, клоназепам, тофизопам, алпразолам, оксазепам). Реже используются комбинированные препараты, содержащие барбитураты (Корвалол, Валокордин, Валосердин и др.). Несомненным достоинством бензодиазепинов является их отчетливый и быстрый положительный эффект при тревоге различной интенсивности. Наиболее выраженное действие относится к вегетативно-соматическим проявлениям тревоги и мышечному напряжению [22].

В то же время продолжительный и во многих случаях неконтро-

Анксиоселективность Афобазола была подтверждена в доклинических испытаниях и выражалась в наличии анксиолитического действия у стресс-неустойчивых животных и отсутствии седативного эффекта у стресс-устойчивых.

лируемый прием барбитуратов и бензодиазепинов уже после одного месяца может привести к формированию физической и психической зависимости [22, 24]. Не менее сложной клинической проблемой является синдром отмены, который развивается в случае резкого прекращения лечения или снижения дозы. Синдром отмены сопровождается выраженным повышением уровня тревоги, нарушением сна и усилением признаков вегетативной лабильности, а в пожилом возрасте – повышением артериального давления и даже генерализованными судорожными припадками [22]. Среди побочных эффектов бензодиазепинов в клиническом отношении наиболее значимы явления поведенческой токсичности, ортостатической гипотензии, миорелаксация, нарушение координации движений и снижение скорости психомоторных реакций. У пожилых людей часто наблюдаются фармакогенные когнитивные нарушения в виде снижения концентрации внимания и краткосрочной памяти [22]. Анксиолитики небензодиазепинового ряда (Афобазол, гидроксизин, этифоксин) также широко используются в комплексной терапии расстройств адаптации, дополняя психотерапевтические вмешательства. Это препараты первого выбора при тревожных состояниях легкой и умеренной тяжести. В клинической практике необходимо учитывать, что при острой и сильно выраженной тревоге небензодиазепиновые анксиолитики могут быть недостаточно эффективны [23]. Как правило, их





В масштабных многоцентровых исследованиях получены убедительные данные об эффективности и безопасности применения Афобазола при легких и умеренно выраженных расстройствах адаптации с тревожной, вегетативной и астенической симптоматикой.

анксиолитический эффект проявляется только при курсовом приеме, вместе с тем он довольно устойчив. Небензодиазепиновые анксиолитики могут применяться до трех месяцев без риска формирования психической и физической зависимости, синдрома отмены [23]. Кроме того, по сравнению с бензодиазепинами они имеют более благоприятный профиль переносимости [23].

Оригинальный небензодиазепиновый анксиолитик Афобазол (производное 2-меркаптобензимидазола) разрабатывался в Научно-исследовательском институте фармакологии им. В.В. Закусова Российской академии медицинских наук (РАМН) более 15 лет. Основным механизмом действия Афобазола связан с восстановлением возникающего при стрессе снижения аффинитета гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК)-бензодиазепин-рецепторного комплекса [23]. Анксиоселективность Афобазола была подтверждена в доклинических испытаниях и выражалась в наличии анксиолитического действия у стресс-неустойчивых животных и отсутствии седативного эффекта у стресс-устойчивых.

Афобазол не является агонистом бензодиазепиновых рецепторов и поэтому не имеет побочных эффектов, обусловленных тормозным ГАМК-ергическим действием (миорелаксации, выраженной седации, когнитивных нарушений и поведенческой токсичности) [23]. Особенностью препарата является сочетание противотревожного

действия с умеренным активирующим эффектом, а также наличие вегетостабилизирующих свойств [23]. Длительное применение препарата не сопровождается развитием привыкания, зависимости, а также синдрома отмены после прекращения приема [20, 23].

При работе с умеренно выраженными состояниями тревоги необходимо учитывать, что анксиолитический эффект Афобазола проявляется к концу первой недели терапии, а в полной мере обычно раскрывается к концу третьей. Имеются отдельные клинические наблюдения о целесообразности сочетания краткосрочных (7–14 дней) курсов бензодиазепинов с одновременным более длительным применением (6–12 недель) Афобазола. Это позволяет достичь быстрого анксиолитического эффекта и избежать негативных последствий длительного приема бензодиазепинов. Таким образом, возможно проводить продолжительные курсы анксиолитической терапии без риска для пациентов, что особенно актуально при наличии сопутствующих соматических заболеваний. Диапазон доз Афобазола составляет 30–60 мг/сут.

Эффективность Афобазола в отношении купирования тревожной симптоматики при различных расстройствах аффективного спектра подтверждена в масштабных многоцентровых исследованиях [24, 25]. В этих работах получены убедительные данные об эффективности и безопасности применения этого препарата при легких и умеренно выраженных расстройствах адаптации с тревожной, вегетативной и астенической симптоматикой. Отмечено сохранение терапевтического эффекта препарата после завершения терапии (при наблюдении за пациентами в течение 1–2 недель).

В систематическом обзоре, посвященном применению Афобазола в психиатрической и общесоматической практике, С.В. Иванов выделяет некоторые виды адаптационных расстройств как показание к назначению Афобазола в качестве препарата первого вы-

бора [23]. Вполне оправдано применение препарата в комплексной терапии тревожных состояний у соматических больных, учитывая его благоприятный профиль переносимости и отсутствие взаимодействий с основными классами препаратов, применяющихся при распространенных соматических заболеваниях [20, 21]. Из побочных эффектов препарата отмечаются только аллергические реакции и легкая головная боль.

В клинических исследованиях, выполненных А.Б. Смулевичем и соавт. [20], продемонстрировано, что при расстройствах адаптации Афобазол не менее эффективен, чем диазепам и оксазепам, в отношении купирования легко и умеренно выраженной тревоги. А.В. Васильева и соавт. [17] рассматривают особенности проведения психотерапевтической работы с пациентами, страдающими расстройствами адаптации, и анализируют возможности комплексного лечения с использованием Афобазола. Исследователи пришли к выводу о том, что особенно фармакологического действия Афобазола позволяют начинать психотерапевтическое лечение сразу же после назначения препарата, применять его при различных (групповой и индивидуальной) формах психотерапии, без опасений формирования зависимости и привыкания, а также продолжать прием после завершения активной фазы психотерапевтического лечения.

## Заключение

Вопросы терапии и диагностики такой полиморфной в клиническом отношении группы, как расстройства адаптации, конечно, требуют дальнейшего совершенствования. Необходимы системные клинические исследования, направленные на разработку эффективных и безопасных стратегий терапии. Учитывая возможность неблагоприятного течения этих расстройств, их своевременная и адекватная терапия является залогом предупреждения развития более тяжелых психических нарушений. \*