

Г.М. ДЮКОВА
ФППО ММА
им. И.М. Сеченова

Расстройства адаптации в медицинской практике: диагностика и терапия

Расстройства адаптации (РА) – это эмоциональные и поведенческие расстройства, возникающие в ответ на стресс и нарушающие адаптацию человека. Что же это за категория заболеваний, в связи с чем и у кого они развиваются, как обозначаются в международных классификационных руководствах и каким образом лечатся?

В клинической практике врача любой специальности встречаются больные, у которых вегетативные симптомы (одышка, сердцебиение, боли в сердце и пр.) в сочетании с эмоциональными нарушениями (тревога, страхи, депрессивное настроение) появились вскоре после стрессового события, не выходящего за рамки обычного или повседневного психического стресса. Страдание таких больных более выражено, чем можно было бы ожидать в результате стресса, а его симптомы существенно нарушают профессиональные, семейные и социальные функции и, соответственно, качество жизни.

Первым препаратом группы СИОЗС был произведен флувоксамин (Феварин), который с 1983 года стал применяться в клинической практике. Некоторые особенности флувоксамина выгодно отличают его от других препаратов этой группы. Высокая степень селективности в отношении обратного захвата серотонина с минимальным влиянием на обратный захват норадреналина и дофамина, а также слабое сродство к ацетилхолиновым, гистаминовым, 5HT1A или 5HT2 рецепторам обуславливают минимальные побочные действия.

ТЕРМИНОЛОГИЯ И КЛАССИФИКАЦИЯ РА

Клиническое значение стрессового события обусловлено затруднением адаптации, т.е. развиваются симптомы психологической и физической дезадаптации. В DSM-IV эти расстройства включены в рубрику «Расстройства адаптации» (8). Предложены следующие диагностические критерии для РА:

- А – реакция на явный психосоциальный стресс (или множественные стрессы), которая появляется в течение 3 месяцев после начала воздействия стресса;

- Б – на дезадаптивный характер реакции указывает один из следующих пунктов:

- 1) симптомы, выходящие за рамки нормы и ожидаемых реакций на стресс;

- 2) нарушение в профессиональной деятельности, обычной социальной жизни или во взаимоотношениях с другими людьми;

- В – расстройство не является реакцией на чрезвычайный стресс или обострением ранее существовавшего психического заболевания;

- Г – реакция дезадаптации длится не более 6 месяцев.

Выделяют следующие подтипы реакций дезадаптации:

- РА с депрессивным настроением;
- РА с тревогой;
- РА со смешанными тревожно-депрессивными расстройствами;
- РА с нарушениями поведения;
- РА со смешанными нарушениями эмоций и поведения;
- РА неклассифицируемое.

В МКБ-10 РА обозначены как «Расстройство приспособительных реакций» (F43.2) и расположены в рубрике «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» (F43). «Расстройство приспособительных реакций» в МКБ-10 соответствует понятию «Расстройства адаптации» в DSM-IV.

Подчеркивается, что «стрессовое событие может нарушить целостность социальных связей индивида (тяжелая утрата, разлука) или широкую систему социальной поддержки и ценностей (эмиграция, статус беженца) либо представлять широкий диапазон изменений и переломов в жизни (поступление в школу, приобретение статуса родителя, неудача в достижении заветной личной цели, уход в отставку).

Индивидуальная предрасположенность и уязвимость играют важную роль, однако для постановки диагноза не допускается возможность возникновения таких расстройств без травмирующего фактора» (2).

Таблица 1. Вегетативные симптомы у больных с расстройствами адаптации

Система организма	Клинические симптомы РА
Кардиоваскулярная	Кардиоритмические, кардиалгические, кардиосенестопатические синдромы, а также артериальные гипер- и гипотония или амфотония
Респираторная	Гипервентиляционные расстройства – ощущение нехватки воздуха, одышка, чувство удушья, затрудненное дыхание, произвольное участие в акте дыхания и т.д.
Гастроинтестинальная	Диспептические расстройства (тошнота, рвота, сухость во рту, отрыжка и т.д.), абдоминальные боли, дискинетические феномены (метеоризм, урчание), запоры, поносы
Терморегуляционная и потоотделительная	Неинфекционный субфебрилитет, периодические «ознобы», диффузный или локальный гипергидроз
Система сосудистой регуляции	Дистальный акроцианоз и гипотермия, феномен Рейно, сосудистые цефалгии, волны жара и холода
Вестибулярная	Несистемные головокружения, ощущения собственной неустойчивости и неустойчивости окружающего мира, чувство дурноты в голове, предобморочные состояния, слабость
Урогенитальная	Поллакиурия, цисталгии, зуд и боли в аногенитальной зоне, диспареуния (болезненность при половых сношениях)

Таблица 2. Симптомы тревожного и депрессивного ряда у больных с расстройствами адаптации

Симптомы тревоги	Симптомы депрессии
Ощущение беспричинной тревоги, необъяснимого беспокойства	Чувство печали, вины, малоценности, отчаяния
Опасения в отношении реальных и предполагаемых неприятных событий	Потеря способности испытывать удовольствие (ангедония)
Внутреннее напряжение и напряженное выражение лица	Печальное, подавленное выражение лица, психомоторная заторможенность
Страхи по поводу возможного тяжелого заболевания (инсульта, инфаркта, онкологического процесса и пр.)	Потеря интереса к окружающему (семье, работе, развлечениям)
Повышенная раздражительность, плаксивость	Трудности принятия решений
Углубленное изучение своего заболевания, частые повторные исследования	Мысли о смерти или самоубийстве
Фобическое избегающее поведение	Суточные колебания настроения (утром самочувствие хуже)
Трудности засыпания (поздняя инсомния)	Ранние утренние пробуждения (ранняя инсомния) или гиперсомния
Дереализация, деперсонализация	Хроническая или повторяющаяся боль

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РА

Эпидемиологические исследования показывают, что подобные больные часто встречаются в общей медицинской практике и редко госпитализируются в психиатрические учреждения. Мета-анализ исследований, касающихся РА, показывает, что они встречаются практически у четверти больных общей медицинской практики (5, 10). Среди больных с угрожающими жизни заболеваниями в гематологии, онкологии и сердечной хирургии количество расстройств адаптации превышает 30% (12, 14, 16). РА значительно чаще возникает у женщин. Они наблюдаются во всех культурах как в юношеском, так и во взрослом возрасте (3, 5). Показано, что у больных с РА (с тревожными расстройствами) в 53,8% в анамнезе так же отмечались тревожные расстройства (17).

В клинической практике обычно встречаются адаптивные расстройства с тревожным или депрессивным настроением или смешанным тревожно-депрессивным настроением.

Рассмотрим основные проблемы, касающиеся этой формы расстройств, – клиническую феноменологию, характеристики стрессового события, стрессодоступности личности и системы социальной поддержки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РА

В норме тревожность – этостораживающий сигнал, предупреждающий о надвигающейся опасности и заставляющий человека принять меры, чтобы справиться с ней. Тревога – это реакция на опасность неизвестную, внутреннюю, смутную и противоречивую по своей природе, в отличие от страха, при котором опасность внешняя,

определенная и известная. Тревожность проявляется диффузным, очень неприятным, часто смутным ощущением опасения чего-то, ощущением угрозы, избегающим поведением, чувством напряжения и т.д. Депрессивное настроение характеризуется снижением интереса к окружающему, подавленностью, чувством безнадежности, утраты перспективы жизни.

Индивидуальные проявления тревожности и депрессии чрезвычайно многообразны, но при этом они всегда сопровождаются соматическими ощущениями, например: ощущением пустоты в подложечной области, чувством стеснения в груди, сердцебиением, потливостью, субфебрилитетом, болями в сердце и другими расстройствами, связанными с вегетативной дисфункцией. Основным качеством вегетативных расстройств является их полисистемность, т.е. участие многих висцеральных и систем с преимуще-



Таблица 3. Типы и основные варианты стрессорных событий

Чрезвычайный стресс	Повседневный стресс	
	Единичный	Суммарный
Типичные варианты стрессорных событий		
Военные события, террористические акты, захват заложников, авиа- и автокатастрофы, разбой и грабеж, сексуальные преступления, стихийные бедствия и др., пожар, клиническая смерть	Утрата партнера, конфликт с начальством, женитьба сына или замужество дочери, изменение места жительства, потеря большой суммы денег	Количество событий или сумма их балльных оценок за единицу времени

ственными проявлениями в одной из них. Именно вегетативные симптомы заставляют пациента искать помощи у врача. В таблице 1 представлены основные клинические симптомы, возникающие в разных системах организма при тревожных и депрессивных расстройствах.

Наряду с вегетативными системами существенное участие в тревоге принимает мышечная система в виде напряжения мышц, мышечных подергиваний, озноба, тремора и дрожи, а при депрессии – хронические болевые синдромы: боли в сердце, животе, спине, головные боли.

Облигатными являются психоэмоциональные расстройства, которые обычно скрываются за фасадом массивной вегетативной дисфункции и часто не осознаются или игнорируются больным и окружающими его лицами.

Феноменология эмоционально-аффективных расстройств представлена в таблице 2.

Мотивационные нарушения у больных с тревожными и депрессивными расстройствами проявляются разнообразными симптомами. Это преобладание чувства усталости, слабости, повышение или снижение аппетита, которые нередко сопровождаются существенными колебаниями массы тела. В первом случае это могут быть приступы компульсивной еды (особенно в вечернее и ночное время), а во втором – резкое снижение веса, которое может усугубиться канце-рофобией.

Нарушения сна проявляются трудностями засыпания, поверхностным сном с частыми пробуждениями, устрашающими сновидениями, ранними пробуждениями с чувством необъяснимой тревоги, неудовлетворенностью сном и от-

сутствием ощущения отдыха после сна. Часты нарушения в сфере интимных отношений: у мужчин это может проявляться преждевременной эякуляцией и вторичным снижением либидо; у женщин – снижение частоты и степени оргазма, а также потеря интереса к половой жизни. Целесообразно выяснить у пациентов, не изменились ли месячные, не появились ли отеки и другие нейро-обменно-эндокринные расстройства, которые могут сопровождать мотивационные нарушения. Нередко больные жалуются на когнитивные расстройства – нарушение памяти, концентрации внимания, продуктивности в профессиональной деятельности.

ХАРАКТЕРИСТИКИ СТРЕССОРНОГО ФАКТОРА

Стресс (от англ. *stress* – напряжение) – это состояние напряжения адаптационных механизмов. Понятие «стресс» прочно вошло в быденную жизнь благодаря классическим работам Н. Selye (1936). Соответственно его определению, «стресс – это неспецифический ответ организма на любое предъявленное к нему требование. С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой человек столкнулся. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или адаптации». В данном определении стресса можно выделить несколько ключевых моментов:

1) стресс – это ответ организма, т.е. речь идет не о событии или ситуации, которые обозначаются как стрессовая ситуация, стрессорное событие и т.д., а об ответе человека на это изменение в жизни;

2) стресс – это «неспецифический ответ», т.е. этот ответ включает в

себя все компоненты адаптационного поведения – эмоциональные, аффективные, когнитивные, поведенческие, вегетативные, гормональные, иммунные и пр.;

3) «не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой вы столкнулись, а важна лишь интенсивность потребности в адаптации».

Таким образом, при оценке уровня стресса у конкретного больного необходимо выяснять наличие значимых изменений в жизни и личностные особенности больного и далее в зависимости от их характера оценивать интенсивность и патогенность индивидуального стресса.

Современные классификации стрессовых событий прежде всего выделяют стрессы чрезвычайные и повседневные, а также суммарный уровень стресса (таблица 3).

В 1964 г. Холмс и Рей предложили изучать повседневный стресс у конкретного человека (9). Была создана анкета, которая состояла из 43 вопросов, отражающих события непосредственной жизни человека. В нее включались четыре группы вопросов, касающихся личных, семейных, профессиональных и финансовых проблем.

С появлением анкет появилась возможность количественно оценить стресс. С этой целью в большом популяционном исследовании участников просили оценить в баллах, сколько им потребуется усилий, чтобы адаптироваться к той или иной ситуации, отраженной в вопросе. Исследование показало, что самым тяжелым для адаптации событием является «смерть партнера», которая была оценена в 100 баллов. Минимально оценивалось «изменение привычного способа проведения отпуска» – 12 баллов.

Помолвка сына или дочери оценивалась в 50 баллов.

Были предложены количественные показатели стресса – единица жизненных изменений, или «Life Change Units» (LCU), отражающие сумму баллов тех событий, которые произошли за последние полгода. Оказалось, что если у человека LCU менее 150 баллов, то маловероятно, что он в ближайшее время заболеет. Если у него от 150 до 300 баллов, то вероятность заболевания была 50%, а если более 300 единиц, то вероятность заболевания в ближайшие 3 месяца была больше 85% (15). В последующем были выделены психосоциальные стрессы, особенно значимые в отношении «Расстройств адаптации» (таблица 4) (1).

Для клинической практики особенно важными оказались стрессы, непосредственно связанные с медицинскими факторами. Госпитализации, вновь появившиеся заболевания, диагностические процедуры, предстоящие инвазивные (хирургические) вмешательства – все это является источником стресса для больных. Последствия болезни, возможная нетрудоспособность, угроза рака и некупируемой боли, тяжелой инвалидизации, опасения стать тяжелым бременем для членов семьи могут привести к развитию адаптивного расстройства, требующего вмешательства врача. Среди неастрогенных стрессов доминируют межличностные отношения, в том числе супружеские конфликты, развод, разезд и служебные проблемы. Следует отметить, что для женщин наиболее характерны стрессовые события в личной жизни, а для мужчин – в профессиональной. Известно, стресс угрозы чаще вызывает тревожные реакции, а стресс утраты – депрессивные.

Важными факторами в развитии адаптивных расстройств являются количество стрессов и их индивидуальная значимость. В исследовании больных, подвергшихся хирургическим вмешательствам, предикторами послеоперационных психоэмоциональных нарушений оказались

Таблица 4. Типичные стрессорные ситуации, патогенные для возникновения адаптивных расстройств

Ятрогенные стрессы	Неятрогенные стрессы
Острое или хроническое соматическое заболевание	Межличностные кризисы
Хирургические или нехирургические вмешательства	Супружеская ссора, разезд, развод
Диагностические процедуры	Трудности на работе
Госпитализация	Столкновение с законом
Болезнь члена семьи	Денежные затруднения
Новые диагнозы	Трудности в учебе
Рецидивы болезни	Утрата имущества

Таблица 5. Личностные характеристики стрессоустойчивых и стрессодоступных субъектов

Стрессоустойчивость	Стрессодоступность
Чувство собственной значимости	Нигилизм
Энергичная позиция в отношении окружающих	Чувство бессилия
Способность принимать на себя большие обязательства	Социальная отчужденность
Уверенность в возможности контролировать события и влиять на них	Непредприимчивость

наличие психического заболевания в анамнезе, отсутствие социальной поддержки (развод или распад семьи) и низкий социальный и экономический статус (6).

Наиболее патогенным является стресс во время так называемых жизненных кризисов, т.е. периодов гормональной и психофизиологической перестройки (пубертат, начало половой жизни, замужество или женитьба, беременность и роды, аборт, менопауза). Гормональные перестройки в этот период, как правило, сопровождаются выраженными психологическими и социальными изменениями.

Особо значимы нарушения адаптации с тревожно-депрессивными расстройствами в пожилом возрасте. В качестве причины для их развития могут выступать самые различные стрессовые события. Среди последних нередко выступают утраты близких, серьезные изменения в жизни, угрозы собственному благополучию или благополучию близких и т.д. Наконец, депрессивные симптомы могут развиваться как реакция на существующее хроническое заболевание. Во всех этих случаях депрессивная симптоматика может быть понята исходя из конституциональных особенностей данного пациента (биологическая предрасположенность к депрес-

сии) и/или характера его реакций на стрессовые события.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К СТРЕССУ

Хорошо известно, что при равном уровне стресса одни люди заболевают, а другие остаются здоровыми. Какие же факторы определяют устойчивость или неустойчивость к стрессу? Сегодня можно выделить факторы, предрасполагающие или предотвращающие развитие болезни в ответ на стресс. К таким факторам относят личностные характеристики человека, защитные механизмы и стратегии совладания со стрессом, а также наличие или отсутствие системы социальной поддержки (ССП). Были выделены личностные структуры, устойчивые к стрессу и стрессодоступные (13). Их характеристики приведены в таблице 5.

Таким образом, устойчивость к стрессу в значительной мере зависит от жизненной позиции человека, его отношения к окружающему миру.

В отношении стрессоустойчивости несомненно значимыми являются личностные акцентуации. Так, люди, склонные к депрессии, тревоге, беспокоейству, истерическим реакциям, скорее декомпенсируются при высоком уровне стресса, чем



люди с минимально выраженными акцентуациями личности.

Важную роль в стрессоустойчивости и стрессодоступности играет окружение человека или ССП. Ее определяют как «длительные межличностные связи с группой людей, которая может обеспечить в необходимые моменты эмоциональную поддержку, помощь, резервы, разделить оценки и мнения» (4). Так, например, утрата родителя у человека одинокого и семейного имеет разные последствия. В первом случае вероятность развития дезадаптивных реакций намного выше, чем во втором. ССП, с одной стороны, влияет на чувствительность к стрессу, а с другой – является буфером для смягчения физиологических и психологических последствий стресса.

ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ

Специальные исследования показывают, что подавляющее большинство больных с РА нуждаются в медикаментозной и психологической помощи. Целью терапии подобных расстройств является, во-первых, купирование отдельных симптомов (например, инсомнии, тревоги, одышки и пр.); во-вторых, мобилизация собственных механизмов преодоления стресса, в третьих, профилактика и предупреждение развития хронических состояний (депрессивных эпизодов, генерализованных тревожных расстройств, агорафобии и пр.). В лечении этой

категории больных могут использоваться как лекарственные, так и нелекарственные методы.

Нелекарственная терапия. Это, прежде всего, возможность выражения пациентом своих страхов в обстановке психологической поддержки, которую может оказать врач любой специальности. Так, в случае ятрогенных стрессов опасения больного перед госпитализацией, операцией или другой процедурой можно обнаружить, задавая открытые вопросы, например, почему вы боитесь лечь в больницу, что представляется вам особенно страшным в предстоящей операции и т.д. Эти вопросы позволяют прояснить страхи больного. Рассеивая опасения больного, врач может предупредить более выраженные проявления тревоги и депрессии. Психотерапевтические методики включают аутотренинг, релаксацию, а также включение типичных для данного пациента способов совладания со стрессом. Подобную поддержку может оказать специально обученный консультант или психотерапевт. Считается, что даже непрофессионалы (люди, пережившие подобный стресс, священник, друзья или члены семьи, которым больной доверяет) могут существенно помочь преодолеть стрессовую ситуацию. В случае ятрогенного стресса очень важно обсудить перспективы возможных исходов заболевания, инвалидизации и т.д. и активизировать способы адаптации, характерные для данного больного.

Лекарственная терапия. Лекарственные методы лечения включают, прежде всего, применение транквилизирующих препаратов. Транквилизаторы определяют как лекарственные средства, подавляющие или способные уменьшить выраженность беспокойства, тревоги, страха и эмоциональной напряженности. Поскольку все транквилизаторы на конечном этапе используют в качестве основного действующего вещества тормозной медиатор ГАМК, то это обуславливает широкий спектр тормозящих влияний как на эмоциональную сферу (уменьшение тревоги, страха, напряжения), так и на двигательные, чувствительные и вегетативные системы организма (миорелаксация, противоболевой эффект и др.).

В настоящее время выделяют следующие клинические эффекты бензодиазепинов: противотревожный, седативный (успокаивающий), гипнотический (снотворный), антифобический (противостраховый), миорелаксирующий и вегетостабилизирующий.

Среди транквилизаторов предпочтение отдается препаратам из группы бензодиазепинов. С помощью этих препаратов можно существенно снизить уровень тревожности, уменьшить напряжение, нормализовать сон и купировать соматические проявления тревоги. Выделяют группы препаратов с более целенаправленным (селективным) действием и с менее специфическими эффектами. Так, противотревожный эффект наблюдается практически у всех бензодиазепинов, однако максимально он выражен у лоразепама, диазепама, феназепама, альпразолама и клоназепама.

В амбулаторной практике перед врачом часто стоит задача эффективно купировать тревогу и беспокойство, не вызвав при этом значительной седации, т.е. вялости, заторможенности, сонливости. В этих случаях используют так называемые дневные транквилизаторы – медазепам, тофизепам, клобазам, буспирон, альпразолам.

При оценке уровня стресса у конкретного больного необходимо выяснять наличие значимых изменений в жизни и личностные особенности больного и далее в зависимости от их характера оценивать интенсивность и патогенность индивидуального стресса. Наиболее патогенным является стресс во время так называемых жизненных кризисов, т.е. периодов гормональной и психофизиологической перестройки (пубертат, начало половой жизни, замужество или женитьба, беременность и роды, аборты, менопауза). Гормональные перестройки в этот период, как правило, сопровождаются выраженными психологическими и социальными изменениями.

Антифобический или противостраховый эффект максимально выражены у феназепам и альпразолама. Вегетостабилизирующим эффектом также обладают все транквилизаторы. Следует помнить, что длительное применение транквилизаторов способно вызвать развитие лекарственной зависимости, поэтому терапия должна быть краткосрочной (не более 1-2 месяцев).

Вопрос о назначении антидепрессантов может возникнуть, если тревожные расстройства сочетаются с депрессивными или доминирует депрессивное настроение, а также если есть риск перехода РА в клинические формы патологии. При назначении антидепрессантов с позиции невролога приоритетное значение имеет минимум побочных эффектов и лекарственных взаимодействий, а степень клинической эффективности стоит на втором месте. К таким препаратам относятся селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), т.е. новое поколение антидепрессантов, лишенное этих недостатков.

Эта группа состоит из 6 препаратов: флувоксамин (Феварин), флуоксетин (Прозак), пароксетин (Паксил), сертралин (Золофт), циталопрам (Ципрамил), эсциталопрам (Ципралекс). Первым препаратом из этой группы был произведен флувоксамин (Феварин), который с 1983 года стал применяться в

клинической практике. Некоторые особенности флувоксамина выгодно отличают его от других препаратов группы СИОЗС. Высокая степень селективности в отношении обратного захвата серотонина с минимальным влиянием на обратный захват норадреналина и дофамина, а также слабое сродство к ацетилхолиновым, гистаминовым, 5HT1A или 5HT2 рецепторам обуславливают минимальные побочные действия. Флувоксамин по сравнению с другими препаратами группы СИОЗС обладает более выраженным противотревожным и седативным действием, что позволяет его использовать без добавления транквилизаторов и назначать в вечернее время для улучшения засыпания. Кроме того, Феварин нормализует расстройства сна за счет влияния на обмен мелатонина и повышение его концентрации в крови (8).

Феварин можно применять как в подростковом, так и в пожилом возрасте у больных с мягкими когнитивными расстройствами, поскольку показан его положительный эффект на когнитивные функции. Среди СИОЗС флувоксамин является наиболее сильным агонистом сигма-1-рецепторов. Благодаря высокому аффинитету флувоксамина к сигма-рецепторам препарат модулирует серотонинергические системы дорсальных ядер шва и

глутаматергическую трансмиссию в гиппокампе. Считается, что именно это позволяет положительно влиять на депрессивные расстройства и когнитивные функции. В нескольких исследованиях флувоксамин в течение 4 недель достоверно уменьшил выраженность депрессии (по шкале Цунга и Гамильтона) у больных с постинсультной депрессией (11, 18).

Целесообразно начинать лечение с минимальной дозы, а затем постепенно повышать ее до получения эффекта. Если в течение 4-5 недель не отмечается заметного эффекта, то производят смену препарата. Продолжительность лечения антидепрессантом, как правило, должна быть не менее 8-12 недель, при более коротких курсах могут возникать рецидивы.

Типичные побочные эффекты СИОЗС – тошнота, диарея, потливость, сексуальные нарушения, головокружение, нарушения сна, однако эти побочные эффекты быстро проходят и редко приводят к отмене препарата и отказу от лечения.

Таким образом, симптоматическое лечение (преимущественно седативными препаратами и транквилизаторами), а также использование антидепрессантов из группы СИОЗС позволяют успешно справляться с расстройствами адаптации и предотвращать трансформацию их в хронические состояния. 

Литература

1. Диагностика и лечение тревожных расстройств: руководство для врачей / Под ред. Мак Глина Т. Дж., Меткалфа Г.Л. Urjohn company. 1989. С. 43-49.
2. МКБ-10/ICD-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. ВОЗ, Россия, СПб.: Оверлайд, 1994. С. 303.
3. Andreasen N.C., Hoenc P.R. The predictive value of adjustment disorder in adolescents and adults // Am J Psychiatry. 1982; 139: 584-590.
4. Caplan J. Support System and Community Mental Health. New York, 1974. P. 421.
5. Casey P. Adjustment disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. CNS Drugs. 2009 Nov 1; 23(11): 927-38.
6. Dean C. Psychiatric morbidity following mastectomy: Preoperative predictors and types of illness // J Psychosom Res. 1987; 31: 389-392.
7. DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Washington, 1990. P. 623-627.
8. Hartter S., Wang X., Weigmann H., Friedberg Th., Arand M., Oesen F., Hiemke Ch. Differential Effects of Fluvoxamine and Other Antidepressant on the Biotransformation of Melatonin // J. Clin Psychopharmacol. 2001; 21: 167-174.
9. Holmes T.H., Rahe R.H. The Social Readjustment Rating Scale // J. Psychosom Res. 1967; 11: 213-218.
10. Jäger M., Frasch K., Becker T. Adjustment disorders – nosological state and treatment options // Psychiatr Prax. 2008 Jul; 35 (5): 219-25.
11. Katayama Y., Usuda K., Nishiyama Y., Katsura K. Post-stroke depression. Nippon Ronen Igakkai Zasshi. 2003 Mar; 40 (2): 127-9.
12. Kirsh K.L., McGrew J.H., Dugan M., Passik S.D. Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. Palliat Support Care. 2004 Mar; 2 (1): 23-31.
13. Kobasa S.C. Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness // J. Person. Soc. Psychol. 1979; Vol. 37, № 1: 1-11.
14. Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: a prospective study // Psychooncology. 2007; Mar 16(3): 181-8.
15. Rabkin J.G., Struening E.L. Life Events, Stress and Illness. Science. 1976; Vol. 194, № 4269: 1013-1020.
16. Ronson A. Adjustment disorders in oncology: a conceptual framework to be refined // Encephale. 2005; Mar-Apr; 31 (2): 118-26.
17. Semaan W., Hergueta T., Bloch J., Charpak Y., Duburcq A., Le Guern M.E., Alquier C., Rouillon F. Cross-sectional study of the prevalence of adjustment disorder with anxiety in general practice // Encephale. 2001 May-Jun; 27 (3): 238-44.
18. Shimodozono M., Kawahira K., Kamishita T., Ogata A., Tohgo S., Tanaka N. Reduction of central poststroke pain with the selective serotonin reuptake inhibitor fluvoxamine // Int J Neurosci. 2002 Oct; 112 (10): 1173-81.