



# Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации в практике гастроэнтеролога

Л.Д. Фирсова, д.м.н.

Адрес для переписки: Людмила Дмитриевна Фирсова, firsovald@gmail.com

Для цитирования: Фирсова Л.Д. Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации в практике гастроэнтеролога // Эффективная фармакотерапия. 2020. Т. 16. № 15. С. 86–91.

DOI 10.33978/2307-3586-2020-16-15-86-91

*В Международной классификации болезней 10-го пересмотра психические расстройства, обусловленные воздействием на организм человека интенсивного и/или длительного стресса, объединены в рубрику F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». В статье рассмотрены диагностические критерии острой реакции на стресс, расстройства приспособительных реакций и посттравматического стрессового расстройства. Проанализированы особенности механизмов психической защиты в ситуации распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV).*

**Ключевые слова:** стресс, психическая адаптация, психологические защиты

Группа психических расстройств, этиологической причиной которых является очевидный острый или продолжительный стресс, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) объединена в рубрику F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» [1]. Иными словами, развитие данных расстройств невозможно без стрессового фактора значительной интенсивности и/или продолжительности. Постстрессовые расстройства могут иметь соматические (в том числе гастроэнтерологические) проявления, выраженные при заболевании данной группы в меньшей степени по сравнению с тревожными и депрессивными расстройствами. В практике гастроэнтеролога

(видимо, чаще, чем в практике врачей других специальностей) встречается коморбидность с расстройствами адаптации. Дело в том, что стресс является триггером начала (впоследствии – обострений) хронических заболеваний органов пищеварения.

Клинические наблюдения свидетельствуют о том, что пациенты, как правило, трактуют постстрессовые изменения собственного психического состояния как обычные для ситуации стресса и не обращаются за специализированной помощью. Поэтому вполне вероятно, что первым врачом, к которому обратится пациент по поводу ухудшения самочувствия, окажется гастроэнтеролог. Следует отметить, что текущая ситуация с распространением ко-

ронавирусной инфекции не имеет аналогов по высочайшему уровню стрессогенности. К сожалению, рост числа соматических заболеваний, в том числе гастроэнтерологических, и развитие различных постстрессовых расстройств неизбежны. Роль гастроэнтеролога в выявлении коморбидности двух заболеваний переоценить сложно.

## Понятие психической адаптации

Адаптация – одно из ключевых понятий в изучении природы человека. Именно механизмы адаптации (приспособления) обеспечивают возможность существования в постоянно меняющихся условиях внешней среды [2]. Этот процесс затрагивает весь организм в целом (психофизиологическая адаптация), поскольку две ее составляющие (физиологическая и психическая адаптация) не только не существуют отдельно друг от друга, но и взаимодействуют в одном направлении и ритме. Особенно интенсивно адаптационные процессы происходят в периоды значительных изменений во внешней среде. Их интенсивность зависит от того, насколько новые условия отличаются от тех, в которых организм функционировал в привычном для него режиме. Физиологическая стрессовая реакция и ее динамика описаны канад-



ским ученым Г. Селье [3] как адаптационный синдром, включающий три стадии развития:

- 1) тревога (мобилизация защитных сил организма);
- 2) резистентность (сопротивление воздействию стрессора);
- 3) истощение адаптационных возможностей.

Длительность проживания стадий индивидуальна и зависит в большей степени от силы и продолжительности действия стрессора [4]. Исходя из единства адаптационного процесса на уровне организма в целом, можно утверждать, что стадии развития психического (эмоционального) стресса аналогичны таковым физиологического стресса [5].

Сигналом к адаптационной перестройке психики служат неблагоприятные жизненные события. Уровень эмоционального стресса можно «измерить» степенью расхождения между привычной для человека прошлой жизнью и вновь создавшимися условиями, напряженными и зачастую непонятными [5]. Клинические наблюдения подтверждают этот факт: состояния, кардинально меняющие уклад жизни (увольнение с работы, выход на пенсию, уход из жизни близкого человека, развод, отчисление из высшего учебного заведения), – нередкое явление в анамнезе гастроэнтерологических больных.

Нарушенные стрессом психические функции помогает восстановить аллопсихическая (уход из ситуации или воздействие на нее) или интрапсихическая адаптация (включение психологической защиты, под которой понимаются не осознаваемые человеком психические процессы, направленные на минимизацию психических переживаний). Фактором, активизирующим защиты, является тревога, возникающая в ответ на ощущение исходящей из ситуации угрозы.

Дальнейшее развитие событий зависит от того, какая из двух противоположно направленных сил победит. Сверхактивная мобилизация защитных механизмов на первоначальном этапе может превосходить силу действия

стрессора, поэтому на первой стадии развития адаптационного синдрома возможно не прогрессирующее ухудшение, а колебания самочувствия и настроения. В связи с этим период между началом действия стрессора и моментом обращения к врачу у гастроэнтерологических больных может быть достаточно длительным. При этом человек может чувствовать себя лучше, чем обычно, как на физиологическом, так и на психологическом уровне. Из-за усиленной мобилизации ресурсов возможно временное исчезновение симптоматики имевшихся ранее функциональных нарушений в работе органов пищеварения. Более того, описан парадоксальный факт снижения частоты функциональных расстройств и заболеваний с психосоматическим компонентом в периоды длительного психосоциального стресса (в частности, во время войны).

Исход стадии сопротивления не всегда одинаков. При относительно умеренной интенсивности стресса эффективная адаптация приводит к стабилизации состояния и реадаптации в измененных условиях. При стрессе, превалирующем над эффективностью защитных механизмов, развиваются психопатологические состояния, чаще тревожно-депрессивного характера. Действие стрессора, приближающегося по силе к пределу адаптационных возможностей или превышающего его, приводит к постстрессовым расстройствам.

- Рубрика F43 МКБ-10 включает несколько подразделов, характеризующих постстрессовые расстройства с различной клинической картиной [1]:
- F43.0 – острая реакция на стресс;
  - F43.1 – посттравматическое стрессовое расстройство;
  - F43.2 – расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации);
  - F43.8 – другие реакции на тяжелый стресс;
  - F43.9 – реакция на тяжелый стресс неуточненная.

Наиболее распространенным в гастроэнтерологической практике

(и в целом среди соматических больных разного профиля) является расстройство приспособительных реакций.

### **Расстройство приспособительных реакций (расстройство адаптации)**

Как правило, расстройство адаптации формируется в течение месяца после стрессового события или изменения условий жизни. Суть данного расстройства заключается в невозможности забыть психическую травму, выйти из психотравмирующей ситуации или приспособиться к ней [6, 7]. Фиксация на стрессовом событии проявляется навязчивыми мыслями о происшедшем, пессимистическим прогнозом в отношении его последствий, невозможностью планировать будущее. Симптомы, характерные для расстройства приспособительных реакций, сопровождаются умеренными или слабыми депрессивными расстройствами. На этом фоне возможны вспышки агрессии или преувеличенная демонстрация переживаний. Сбой повседневного функционирования (конфликты в семье, потеря интереса к ранее важным моментам социальной жизни, проблемы в профессиональной сфере), являющийся следствием перечисленных нарушений, служит важным диагностическим признаком патологических реакций на стресс.

Среди соматических проявлений расстройства адаптации лидируют бессонница, головная боль и кардиальные нарушения в виде ощущения дискомфорта в области сердца и незначительно выраженных нарушений ритма. Комплекс гастроэнтерологических симптомов, фоновых проявлений расстройства адаптации и его соматических кардиальных симптомов обычно формирует сложную, полиморфную клиническую картину. Сопоставление относительной выраженности отдельных симптомов и их временной связи с действием стрессора позволяет гастроэнтерологу не только рассматривать стрессовый фактор как триггер обострения хронического гастро-



энтерологического заболевания, но и диагностировать коморбидную патологию как расстройство приспособительных реакций.

Расстройство адаптации – единственное постстрессовое расстройство, при котором выраженность симптоматики зависит не только от силы стрессора, но и в определенной степени от преморбидных особенностей личности. К ним относятся сверхчувствительность, склонность к тревожному реагированию на различные ситуации и длительным переживаниям по поводу жизненных неудач. Эти личностные особенности многократно усиливаются в период расстройства психики.

В случае позитивных изменений симптоматика психической дезадаптации успешно купируется, что создает некоторые трудности в дифференциальном диагнозе расстройства адаптации и депрессивной реакции на тяжелое обострение гастроэнтерологического заболевания, спровоцированного стрессовой ситуацией. Скорость восстановления нарушенных функций зависит от умения выстраивать конструктивное поведение, а также опыта борьбы с неблагоприятными жизненными обстоятельствами.

Продолжительность симптоматики обычно не превышает шести месяцев. В редких случаях, обусловленных продолжающимся действием стрессового фактора, ряд симптомов сохраняется до двух лет.

Если проявления психического расстройства остаются значимыми на протяжении более месяца, в качестве коморбидного заболевания следует рассматривать не только расстройство приспособительных реакций, но и дебют ряда психических заболеваний, прежде всего депрессивного, соматоформного и генерализованного тревожного расстройства. Для проведения дифференциальной диагностики необходима консультация психиатра.

В соответствии с МКБ-10, выделяют несколько вариантов клинического течения расстройства приспособительных реакций [1]:

- F43.20 – кратковременная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации;
- F43.21 – пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации;
- F43.22 – смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации;
- F43.23 – расстройство адаптации с преобладанием других эмоций;
- F43.24 – расстройство адаптации с преобладанием нарушения поведения.

Из-за отсутствия значимого влияния на выбор варианта лечения из 11-й редакции МКБ, которая вступит в силу на территории РФ с 1 января 2022 г., эти рубрики удалены.

### **Расстройство приспособительных реакций в ситуации COVID-19**

Поскольку расстройство приспособительных реакций формируется примерно через месяц после начала действия стресса, можно предположить, что практически у всех пациентов, обращающихся за помощью к соматическим врачам, на текущий момент присутствует та или иная степень расстройства приспособительных реакций. К доказательствам данного предположения можно отнести и тот факт, что действующий в настоящее время стрессовый фактор характеризуется самым высоким уровнем интенсивности. Это тяжелый травматический стресс. Данная форма стрессовой реакции развивается, если стресс перегружает адаптационные возможности психики вследствие полного разрушения привычного образа жизни и появления темы смерти (человек становится свидетелем смерти, особенно близких людей, или думает о собственной смерти). В эмоциональной сфере травматический стресс может находить отражение не только в запредельно высоком уровне хронической тревоги и страха, но и в эпизодически возникающем

ощущении неотвратимости приближающейся катастрофы, иногда с прогнозированием возможного ухода из жизни.

Несмотря на фоновое действие одинакового для всех коллективного стресса, люди по-разному проживают данную ситуацию. Это зависит от ряда причин, в частности жизненных обстоятельств. Соответственно различаются и ответные психические реакции на стрессовое воздействие. Как следствие, разнообразие новых проявлений расстройства приспособительных реакций. Наглядный пример – «ковидофобия» – страх заражения коронавирусом и более тяжелое течение данного заболевания.

На фоне тревоги, превышающей адаптационные возможности организма, нередко развиваются пароксизмальные состояния, напоминающие паническую атаку. Дифференциальный диагноз острой реакции на стресс с паническим расстройством основан на облигатной связи пароксизма с интенсивным стрессом и наличии специфических симптомов данной психической реакции.

### **Острая реакция на стресс (F43.0)**

Острая реакция на стресс считается преходящим расстройством, развивающимся через несколько минут после воздействия необычного по силе или содержанию физического или психического стрессора [6, 7].

К первому проявлению пароксизма относится состояние «ошеломления» (шока), сопровождающееся невозможностью осознать ситуацию и дезориентированностью поведения. В этот момент обычно возникают вегетативные реакции в виде побледнения или покраснения лица, избыточного потоотделения, похолодания конечностей, учащенного сердцебиения. Некоторое сужение области сознания и внимания обычно сохраняется в течение нескольких часов, интенсивность проявлений постепенно снижается. Симптоматика полностью купируется через два-три дня. При ее сохранении в течение более длительного периода времени необходима консультация психиатра.



Острая реакция на стресс возможна на любой стадии развития адаптационного синдрома, поскольку зависит исключительно от интенсивности воздействия стрессора.

Через несколько недель или месяцев от начала развития стрессовой ситуации может сформироваться еще одна специфическая реакция на стресс – посттравматическое стрессовое расстройство.

### Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)

Суть заболевания состоит в том, что больной продолжает переживать психическую травму, в сознании периодически всплывают яркие воспоминания, его преследуют навязчивые мысли, сопровождающиеся страхом [6, 7]. Характерным изнуряющим признаком данного расстройства являются кошмарные сновидения, связанные с пережитой травмой.

Обязательным условием развития данного расстройства является переживание ситуации исключительно угрожающего характера (теракты, боевые действия, природные катаклизмы за пределами силы). Высокая степень катастрофичности ситуации может вызвать глубокий стресс почти у каждого человека.

К высочайшему уровню травматичности можно отнести современную ситуацию глобального распространения коронавирусной инфекции. Опасность развития посттравматического расстройства будет зависеть не только от фонового воздействия, но и от степени травматичности личной истории человека в процессе ее проживания.

Без сомнения, больной с развернутой клинической картиной посттравматического стрессового расстройства должен наблюдаться и лечиться у психиатра. Скорее всего пациент обратится за помощью к гастроэнтерологу во время приема психофармакологических препаратов. Однако не исключено, что и такую симптоматику больной будет рассматривать как закономерное последствие пережитой психотравмирующей ситуации.

Предположить данное заболевание можно по первому впечатлению от больного – одновременно присутствию отстраненности и возбуждения. Такой пациент в ходе дальнейшей беседы с врачом обычно демонстрирует отчуждение и раздражение.

Имея предположение о посттравматическом стрессовом расстройстве, необходимо уточнить анамнез на наличие события (или особенностей проживания длительной ситуации) и оценить степень его травматичности. С высокой долей вероятности больной будет сообщать об этом неохотно, окажется немногословным. Драматизация событий пациентам данной категории несвойственна. Здесь важны именно событие, его травмирующая сила, а не преморбидные особенности личности.

Другим важным диагностическим симптомом является избегание ситуации и разговоров, напоминающих о травме, что накладывает отпечаток на рекомендуемый стиль общения с больным. Поскольку у него сохраняется ощущение угрозы, расспросы о травме могут спровоцировать воспоминания с усилением возбуждения, что негативно отразится на дальнейшем взаимодействии с врачом.

Рекомендация «отключиться» от воспоминаний ошибочна, поскольку пациент не способен это сделать. Травматичной для него может оказаться и рекомендация обратиться к психиатру. Тем не менее консультация крайне необходима, поскольку больные с выраженной депрессией (в рамках данного расстройства это один из его определяющих признаков) склонны к суициду, злоупотреблению алкоголем и приему наркотиков.

Обосновывая необходимость консультации психиатра, следует подчеркнуть, что расстройство психики является характерным ответом на травму такого рода и зависит только от высокой степени травматичности стрессового события, а не от индивидуальных особенностей в виде «особой чувствительности» или малодушия. Максимально убедительным является предоставление инфор-

мации о том, что при правильном и длительном лечении возможно полное выздоровление. В качестве доказательства, подтверждающего необходимость консультации психиатра, не рекомендуется использовать информацию о возможном негативном варианте развития событий – хронизации симптоматики и переходе в устойчивое изменение личности. Данная клиническая динамика нашла отражение в рубрике F62.0 (стойкое изменение личности после переживания катастрофы) МКБ-10. В 11-й редакции МКБ название рубрики заменено на новую нозологическую категорию – «комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» [8]. Основанием для этого диагноза является сочетание основных симптомов посттравматического стрессового расстройства и выраженных нарушений в аффективной сфере в виде крайне негативной самооценки и трудностей регуляции эмоций. Как следствие, проблемы в поддержании отношений с другими людьми, что может сказаться и на взаимодействии с врачом.

Описанная выше отрицательная динамика в рамках посттравматического стрессового расстройства и комплексного посттравматического стрессового расстройства свидетельствует о третьей стадии адаптационного синдрома – стадии истощения. Собственная энергия восстановления нарушенных функций полностью исчерпана, прогрессирующее усугубление личностных нарушений говорит об истощении функциональных ресурсов. Эффективная помощь может прийти только извне: больные должны находиться под постоянным наблюдением психиатра. Роль гастроэнтеролога в лечении данной категории больных (при наличии у них гастроэнтерологических жалоб) ограничивается кругом вопросов в пределах специализации.

### Психологические защиты в ситуации COVID-19

Одна из проблем в ситуации с коронавирусом состоит в том, что мы полностью лишены возможности помочь себе путем алло-



психической адаптации (выхода из ситуации или воздействия на нее). Крайне важны механизмы интрапсихической (внутри своей психики) адаптации, реализующейся через психологические защиты.

У каждого человека набор функционирующих защит строго индивидуален и зависит от ряда факторов. Наиболее значимые из них – опыт, приобретенный в раннем детстве на примере родителей, и собственный опыт. В большинстве ситуаций механизмы защиты не осознаются человеком. Экстраординарная ситуация, которая сегодня сложилась в мире, – редчайший случай приобретения огромного жизненного опыта по осознанному (точнее, частично осознанному) повышению эффективности психологических защит. Для первой стадии адаптационного синдрома характерно включение механизмов психической защиты, которые в той или иной мере присутствуют у всех [9, 10]. Они особенно важны при интенсивном стрессе с высоким уровнем угрозы, когда для выживания следует немедленно снизить степень травматичности стрессора. Максимально быстро этот эффект реализуется такими психологическими защитами, как отрицание и вытеснение.

Отрицание работает как неосознанная сортировка поступающей извне информации. При этом информация, несущая угрозу, не допускается ни на сознательный, ни на подсознательный уровень. Иными словами, ее просто не существует, что позволяет полностью отгородиться даже от стресса, приближающегося к пределу возможностей психики или превышающего его.

Не менее важно для первой стадии адаптационного синдрома вытеснение факторов, вызывающих тревогу. В отличие от отрицания при данном механизме защиты тревожащая информация вытесняется в подсознание после того, как была воспринята. Это нежелательная информация, которая неосознанно забывается настолько прочно, что произвольно вспомнить ее не

представляется возможным. В результате содержащийся в ней тревожный радикал полностью скрыт от сознания и перестает создавать эмоциональное перенапряжение. Оба механизма защиты резко искажают реальность и по сути являются самообманом. Однако при столкновении с разрушительной информацией их «спасающее» значение огромно.

Данные механизмы защиты могут оставаться активными и при пролонгировании стрессовой ситуации, но тогда их действие неоднозначно с точки зрения конечного результата. Дело в том, что вытесненный материал стремится к открытому выражению и психика тратит много энергии на удержание информации в подсознании. При дальнейшем нарастании потока тревожной информации «плотина», с которой можно сравнить вытеснение, периодически прорывается. Хлынувший из подсознания поток энергии тревоги (истинная причина которого в данный момент непонятна) может проявиться по-разному – неожиданными рыданиями, всплеском немотивированных негативных эмоций, резким ухудшением самочувствия. Тревога высокой интенсивности всегда сопровождается вегетативными реакциями, что может вызвать функциональные нарушения (в частности, в системе органов пищеварения) и спровоцировать развитие психосоматических заболеваний. Как уже отмечалось, последнее характерно для заболеваний органов пищеварения.

Проявлением активности отрицания и вытеснения тревоги служит состояние, при котором тревожная информация воспринимается следующим образом: «Это может случиться, но не со мной». Например, так сегодня думают те, кто нарушает правила самоизоляции и не принимает условий карантина как осознанную необходимость.

К сожалению, механизмов психологической защиты, которые человек может применять для стабилизации психического состояния осознанно, немного [9,

10]. Прежде всего это механизм подавления эмоций, принципиально отличающийся от вытеснения сознательным контролем реагирования на стресс. Суть подавления состоит в создании преграды для нарастания тревоги намеренным удалением избытка тревожащей информации. Это осуществляется за счет переключения внимания с эмоции на другой план, например какое-либо активное действие. Отвлечение внимания с помощью избегающего поведения – не самообман. Удаленные мысли и чувства доступны для произвольного возврата в сознание, и при необходимости вспомнить нужную информацию не составляет труда. Подавление – один из механизмов психологической защиты, который не приводит к искажению реальности. Умение пользоваться данной защитой – признак зрелой личности.

Подавление эмоции успешно работает совместно с механизмом компенсации. Психическая компенсация представляет собой эффективную замену утраченной функции (аналогично последствиям физической травмы, например, в виде обострения слуха при потере зрения).

По аналогии с повреждением физического тела травмой психического плана можно считать фрустрацию (невозможность удовлетворения значимой потребности). Фрустрация значимых потребностей из-за вынужденного карантина – характерная черта нашей действительности. Общение в режиме онлайн, заменяющее реальное общение, – яркий пример успешной компенсации.

С компенсацией схожа психологическая защита сублимация – направление энергии (в данном случае – тревоги) в иное русло. В отличие от компенсации, которая включает изменения внутри того же рода занятий, сублимация означает смену вида деятельности. Характерной чертой сублимации является творческий подход к новому роду занятий, способствующий реализации скрытых способностей.



Указанные механизмы защиты не искажают реальность и действительно помогают примириться с травмирующей психику действительностью и пережить сложный период. Кроме того, при их осознанном применении в ситуации выраженного и длительного стресса у человека может раскрыться огромный, ранее не использованный потенциал.

В период самоизоляции появляется свободное время, которое можно использовать для укрепления здоровья.

В дополнение к традиционному лечению пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями можно рекомендовать:

- ✓ применять по показаниям отвары лечебных трав, которые при ряде гастроэнтерологических заболеваний оказывают позитивный эффект именно в такой лекарственной форме;
- ✓ тренировать вегетативную нервную систему контрастным

душем и дыхательными упражнениями с предполагаемым распространением общего оздоровительного эффекта на вегетативную регуляцию работы органов пищеварения;

- ✓ бороться с гиподинамией (стресс всегда является психофизиологическим, соответственно улучшение физического состояния оказывает прямой положительный эффект на психику).

Возможно, приведенные советы не новы, но в аспекте действия на психику могут стать важным дополнением к традиционному лечению пациентов гастроэнтерологического профиля.

Не следует забывать и о других факторах, непосредственно влияющих на психические функции. Необходимо воздерживаться от употребления алкоголя для снятия эмоционального напряжения и избегать неконтролируемого использования психофармакологических препаратов. Назначение

психофармакологических препаратов, подбор разовой и суточной дозы, а также продолжительность курса лечения должны быть строго индивидуальными.

### Заключение

Итак, все рассмотренные психические расстройства являются следствием неэффективной адаптации в условиях стресса. Поэтому анамнестическое указание на наличие стресса должно быть обязательным. В 11-й редакции МКБ в названии рубрики F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации» произошли изменения, уточняющие ее этиологический фактор: теперь она называется «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» [8].

Ситуация с коронавирусом обязательно закончится. Но врачам придется еще долго заниматься диагностикой и лечением последствий пережитого стресса. ☺

## Литература

1. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. М.: Медицина, 1997.
2. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс-информ, 2008.
3. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1982.
4. Медведев В.И. Адаптация человека. СПб.: Институт мозга человека РАН, 2003.
5. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988.
6. Сборник инструктивно-методических материалов для врачей первичного звена здравоохранения по оказанию помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами (на основе полипрофессионального взаимодействия различных специалистов). Часть 1 / под ред. проф. В.Н. Краснова. М.: Медпрактика-М, 2012.
7. Евсегнеев Р.А. Психиатрия в общей медицинской практике. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2010.
8. International Classification of Diseases (ICD-11). World Health Organization, 2018.
9. Субботина Л.Ю. Психология защитных механизмов личности. Ярославль: ЯрГУ, 2013.
10. Секоян И.Э. Клиническая психология. Ереван: Маштоц, 2002.

## Reaction to Severe Stress and Adaptation Disorders in a Gastroenterologist's Practice

L.D. Firsova, MD, PhD

A.S. Loginov Moscow Clinical Research Center

Contact person: Lyudmila D. Firsova, firsovald@gmail.com

*In the International Classification of Diseases of the 10th Revision, mental disorders caused by the impact on the human body of intense and/or prolonged stress are grouped under the heading F43 'Reaction to Severe Stress and Adaptation Disorders'. The article considers diagnostic criteria for acute stress response, adaptive response disorders, and post-traumatic stress disorder. Analyzed the features of mental protection mechanisms in the situation of the spread of a new coronavirus infection (2019-nCoV).*

**Key words:** stress, psychological adaptation, psychological defense