

УДК: 616.891: 314.72:303.721

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ (огляд наукової літератури)



О. В. Самойлова

© **Самойлова Олена Вячеславівна** (Україна) – аспірант кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, майдан Свободи, 6, м. Харків, 61077; e-mail: exses@email.ua; ORCID: 0000-0002-3121-4218.

© **Elena Samoilova** (Ukraine) – postgraduate student of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of School of Medicine, V.N. Karazin Kharkiv National University, 6 Svobody Square, Kharkiv, 61077; e-mail: exses@email.ua; ORCID: 0000-0002-3121-4218.

© **Самойлова Елена Вячеславовна** (Украина) – аспирант кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии медицинского факультета Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, площадь Свободы, 6, г. Харьков, 61077; e-mail: exses@email.ua; ORCID: 0000-0002-3121-4218.

№ 9, 2018, стор. 32–37

SUSTAINABLE LOOK ON THE PROBLEM OF ROZLADIV ADAPTACII (literature review)

Abstract.

The article presents the results of a review of the scientific literature devoted to the issues of modern views on the problem of adaptation disorders. In recent years, there has been a significant increase in mental disorders that develop under the influence of moderate (so-called protracted) stresses and fall under the category of the nosological unit, which is classified as an adaptation disorder. It is noted that adaptation disorders occupy the first places in terms of prevalence in the system of psychological and psychiatric care throughout the world. The main factors affecting the development of this group of disorders are described, definitions and diagnostic criteria of this disorder are given according to the main international classifications of diseases. The historical aspects of the occurrence of this diagnostic criterion are studied. Adaptation disorders were reviewed from the pathogenetic and etiological points of view, epidemiological data are presented, their main clinical forms and possible types of course are described. Diagnostic criteria for adaptation disorders in terms of ICD-10 and DSM – III are given. The main features of the development of this group of disorders are indicated. The basic symptomatological manifestations of adaptation disorders are described, among which there are: a group of psychopathological symptoms (manifestations of mental disorder and its severity can vary considerably in different patients), usually represented by anxiety and / or depressive syndromes with motivational disorders and autonomic dysfunction syndrome. The possibility of adaptation disorders for some types of maladaptation reactions is noted: depressed mood, anxious mood, mixed emotional traits, behavioral disorders, work or school disorders, autism, physical complaints, due to the fact that it is not classified anywhere else. It is noted that from a prognostic point of view, the course of the disease is quite favorable with appropriate therapeutic intervention and the absence of the action of stress factors. It is concluded that it is necessary to further study such disorders in order to clarify the clinical features of diagnostic criteria and to determine the targets for psychotherapeutic correction of the above disorders.

Key words:

adaptation disorders, stress factors, forced migrants.

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПРОБЛЕМУ РАСТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ (обзор научной литературы)

Аннотация.

В статье приведены результаты обзора научной литературы, посвященного вопросам современных взглядов на проблему расстройств адаптации. За последние годы отмечено значительное увеличение психических расстройств, которые развиваются под воздействием умеренных (так называемых протрагированных) стрессов и подпадают под категорию нозологической единицы, которая классифицируется как расстройства адаптации. Отмечено, что адаптационные расстройства занимают первые места по распространенности в системе оказания психолого-психиатрической помощи во всем мире. Описаны основные факторы, влияющие на развитие данной группы расстройств, приведены определения и диагностические критерии этого расстройства согласно основным международным классификациям болезней. Изучены исторические аспекты возникновения данного диагностического критерия. Расстройства адаптации рассмотрены с патогенетической и этиологической точек зрения, приведены эпидемиологические данные, описаны их основные клинические формы и возможные типы течения. Даны диагностические критерии расстройств адаптации с точки зрения МКБ-10 и DSM-III. Указаны основные особенности развития данной группы расстройств. Описаны базовые симптоматологические проявления расстройств адаптации, среди которых выделяют: группу психопатологических симптомов (у разных пациентов проявления психического расстройства и его выраженность могут значительно варьировать), обычно, представленных тревожным и/или депрессивным синдромами с мотивационными расстройствами и синдромом вегетативной дисфункции. Отмечена возможность протекания расстройств адаптации

по некоторым типам реакций дезадаптации: с депрессивным настроением, с тревожным настроением, со смешанными эмоциональными чертами, с нарушением поведения, с нарушением работы или учебы, с аутизмом, с физическими жалобами, по тем, что больше нигде не классифицируются. Отмечено, что с прогностической точки зрения течение заболевания вполне благоприятно при соответствующем терапевтическом вмешательстве и отсутствии действия стрессогенных факторов. Сделан вывод о необходимости дальнейшего более глубокого изучения подобных расстройств с целью уточнения клинических особенностей диагностических критериев и определения мишеней психотерапевтической коррекции вышеупомянутых расстройств.

Ключевые слова: расстройства адаптации, стрессовые факторы, вынужденные переселенцы.

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ (огляд наукової літератури)

Анотація.

У статті наведено результати огляду наукової літератури, присвяченої питанням сучасних поглядів на проблему розладів адаптації. За останні роки відзначено значне збільшення психічних розладів, які розвиваються під впливом помірних (так званих протрагованих) стресів і підпадають під категорію нозології, яка класифікується як розлади адаптації. Відзначено, що адаптаційні розлади займають перші місця за поширеністю в системі надання психолого-психіатричної допомоги в усьому світі. Описано основні фактори, що впливають на розвиток даної групи розладів, наведені визначення та діагностичні критерії цього розладу відповідно до основних міжнародних класифікацій хвороб. Вивчено історичні аспекти виникнення даного діагностичного критерію. Розлади адаптації розглянуті з патогенетичної і етіологічної точок зору, наведені епідеміологічні дані, описані їх основні клінічні форми і можливі типи перебігу. Дано діагностичні критерії розладів адаптації з точки зору МКБ-10 і DSM-III. Вказані основні особливості розвитку даної групи розладів. Описано базові симптомологічні прояви розладів адаптації, серед яких виділяють: групу психопатологічних симптомів (у різних пацієнтів прояви психічного розладу і його вираженість можуть значно варіювати), зазвичай, представлені тривожним і/або депресивним синдромами з мотиваційними розладами і синдромом вегетативної дисфункції. Відзначено можливість протікання розладів адаптації за деякими типами реакцій дезадаптації: з депресивним настроєм, з тривожним настроєм, зі змішаними емоційними рисами, з порушенням поведінки, з порушенням роботи або навчання, з аутизмом, з фізичними скаргами, за тими, що більше ніде не класифікуються. Відзначено, що з прогностичної точки зору перебіг захворювання цілком сприятливий при відповідному терапевтичному втручанні і відсутності дії стрессогенних чинників. Зроблено висновок про необхідність подальшого більш глибокого вивчення подібних розладів з метою уточнення клінічних особливостей діагностичних критеріїв і визначення мішеней психотерапевтичної корекції вищезазначених розладів.

Ключові слова: розлади адаптації, стресові фактори, вимушені переселенці.

На сьогодні значна кількість клініцистів відзначає значне поширення психічних розладів, які розвиваються під впливом помірних (протрагованих) стресів та підпадають під категорію розладів адаптації (РА) [1–3]. Адаптаційні розлади є одними з найбільш розповсюджених у системі надання психолого-психіатричної допомоги в усьому світі. За останні десятиріччя саме РА набули значного поширення в психіатричній практиці [4; 5]. Даний діагностичний критерій вперше було використано в DSM-III і саме він розроблявся в наступних класифікаціях хвороб [6; 7]. В МКБ-10 РА було віднесено до рубрики розладів, пов'язаних зі стресом [8; 9], а в DSM-IV вони були виділені в окрему рубрику, ключовим патогенетичним агентом яких визначався емоційний стрес [10; 11].

За визначенням багатьох провідних науковців, задля виникнення і розвитку РА необхідна наявність дії емоційно-стрессового впливу незначної сили та інтенсивності. Окремі дослідники вважають, що серйозні передумови для формування РА виникають також і в період перебування особи в зонах проведення локальних бойових конфліктів (що характерне для значного прошарку населення нашої держави в останні роки); в цьому випадку стрессовий

вплив є стартовим механізмом формування та розвитку цілої низки психічних розладів, і в першу чергу РА [12].

Слід відзначити, що розвиток РА значною мірою залежить й від кількісної та якісної характеристик стрессових впливів на організм особи (сила та інтенсивність дії стрессогенних чинників) та їх індивідуальної значущості для конкретної людини. Відіграє свою роль й соматичний стан організму та рівень психологічних захисних бар'єрів особистості. Так, при стрессовому впливі однакової інтенсивності та сили в одних осіб відбувається розвиток різноманітних психологічних зрушень, а в інших – ні.

Зараз багатьма дослідниками відзначаються особистісні фактори, наявність яких сприяє розвитку різноманітних психологічних порушень у відповідь на стрес. Це і особистісні характеристики (низька стрессостійкість, нігілізм, тривожність, соціальна відчуженість тощо); і рівень сформованості захисних психологічних механізмів, а також наявність стратегій протистояння стресу; і наявність або відсутність соціальної підтримки; й оцінка особистістю стрессової події (негативна оцінка та перебільшення небезпеки від події викликають суттєвіший вплив на організм) [13].

За думкою провідних науковців, РА виникають в осіб з досить низькою стресостійкістю у відповідь на дію стресової ситуації, яка не виходить за межі звичайного психічного стресу. РА – хворобливий стан, що порушує звичне нормальне функціонування особистості (професійну та навчальну діяльність, соціальне функціонування тощо).

Згідно з визначенням DSM-III-R, РА – дезадаптивна реакція на дію психосоціального стресу, яка проявляється через 3 місяці після нього. Розлад, зазвичай, закінчується незабаром після припинення стресогенного впливу або після досягнення нового (вищого) рівня адаптації.

Поняття «РА» стало широко використовуватися в психіатрії останніми десятиліттями. Ця нозологічна одиниця була вперше введена в третій редакції DSM-III, однак більш чітко та докладно розроблена в наступних класифікаціях хвороб (зокрема, в МКХ-10 та DSM-IV, де вони були виділені в окрему рубрику). У сучасному розумінні РА є психологічною відповіддю на певний стресовий реагент або стресори, що призводять до виникнення клінічно значущих емоційних або поведінкових проявів.

З патогенетичної точки зору, стресовий вплив викликає в організмі особи фізіологічний процес у вигляді виділення з гіпоталамусу кортикотропін-релізінг фактору, який стимулює передню частку гіпофіза до посиленого синтезування адренкортикотропного гормону (АКТГ), який стимулює вивільнення глюкокортикоїдів з кори наднирників. При цьому, за рахунок активування симпатичної нервової системи, з мозкової речовини надниркових залоз у кров виділяється адреналін. Це є активним стимулятором секреції АКТГ гіпофізом, який підсилює дію інших механізмів, за рахунок чого відбувається активація функції гіпофіза під час стресового впливу.

У нормі вищевказані процеси незабаром припиняються через механізми зворотного зв'язку; але стресові впливи хронічного характеру (навіть незначні) на тлі наявних у пацієнта особистісних особливостей, хронічної перевтоми, попередньої психосоціальної травматизації та інших причин, викликають тривалу АКТГ-стимуляцію і «злам» зворотнього механізму гальмування секреції глюкокортикоїдів. Через це відбувається розвиток вираженої картини вегетативної дисфункції та психічних порушень з виснаженням кори надниркових залоз.

Багатьма дослідниками були встановлені **основні етіологічні моменти розвитку РА**. Так, було доведено, що прояви РА значно посилюються одночасною комплексною дією декількох стресів. При цьому констатовано, що тяжкість діючих стресових агентів не завжди корелює з тяжкістю РА – через те, що особистісні особливості та культурні чи громадські загальноприйнятні норми і цінності завжди роблять свій внесок у перебіг реакції на стрес.

Тому можна констатувати, що тяжкість РА завжди залежить від комплексної взаємодії ступеня, кількості, тривалості, оборотності стресових чинників, особистісних особливостей та стану системи психологічного захисту.

Науковці відзначають, що дія стресового агента може бути як одноразовою, так і багаторазовою; нетривалою або безперервною. Стресорні фактори можуть впливати лише на одну окрему особу чи мікросоціальну групу або навіть на цілі співтовариства або громади. Деякі стресорні реагенти супроводжують події, що пов'язані з нормальним розвитком людини (навчання в школі, робота, одруження тощо), а інші – виходять за їх межі (стихийні лиха, воєнні дії, катастрофи тощо). Всі ці фактори також значно впливають на можливість розвитку РА та на їх прояви.

Епідеміологічними проявами РА серед населення є такі: згідно з твердженнями DSM-IV, РА зустрічаються у 5–20% пацієнтів, які отримують амбулаторне психіатричне лікування. Більша поширеність РА констатується в загальномедичній практиці і в системі первинної медичної допомоги (близько 12%; причому в 4,2% – у поєднанні з розладами особистості або органічними психічними розладами, а в 7,8% випадків – як єдиний розлад). У багатьох дослідженнях було встановлено, що співвідношення жінок і чоловіків має приблизну пропорцію 2:1; серед хворих переважають самотні, розлучені особи з невисоким соціальним і економічним рівнем [2].

Згідно з виявленими **факторами ризику**, на розвиток РА суттєво впливають генетичні фактори; пристосованість особистості до оточуючого середовища; соціальні навички людини; можливості вирішення проблеми та бачення шляхів подолання кризової ситуації. Серед дитячого контингенту також констатовані фактори, які спроможні призвести до розвитку РА в майбутньому: часті переїзди в дитинстві; соціальне походження (впливають крайні варіанти – зависокі бідність чи, навпаки, забезпеченість); екстремальні впливи (катастрофи, воєнні дії) чи травматичні події тощо [14].

Також було встановлено, що особистості, які мають високий ризик можливості розвитку РА, також досить часто схильні до інших психолого-психіатричних розладів (тривожність, депресивність, біполярні розлади та ін.)

Згідно з **діагностичними критеріями МКХ-10**, розлади адаптації (F43.2) включають:

- **короткочасну депресивну реакцію** (знижений настрій, почуття безсилля, занижена самооцінка та самовпевненість, повільність мислення та інша «легка» депресивна симптоматика);

- **продлонговану депресивну реакцію** (подібні до короткочасної реакції прояви тривалістю до 2 років, частіше за все пов'язані з дією тривалої стресової ситуації);

- **змішану тривожну і депресивну реакцію** (депресивні та тривожні симптоматичні

прояви у вигляді рухового неспокою, м'язової скутості, вегетативної гіперактивності тощо);

■ **адаптаційний розлад з переважанням порушення емоційного спектру** (поряд з тривоюжною та депресивною симптоматикою відзначаються дратівливість та гнівливість, у дітей – прояви регресивної поведінки: енурез, смоктання пальців, потреба гризти нігті та ін.);

■ **адаптаційний розлад з переважаючими порушеннями поведінки**, що характерно для підліткового віку і проявляється вчинками, порушуючими загальноприйнятні норми та правила (зловживання алкоголем, прогули школи, безглуздий вандалізм, немотивована агресія, негативізм тощо);

■ **адаптаційний розлад у поєднанні з порушеннями емоцій та поведінки** (проявляється одночасно вищевказаними розладами поведінки й емоційними порушеннями).

Далі наведено **діагностичні критерії РА за МКХ-10**.

1. Розвиток розладу в період адаптації до значної зміни соціального статусу (втрата близьких або тривала розлука з ними, вимушене переселення, статус біженця тощо) чи до стресової життєвої події (смерть близьких, тяжка хвороба, значні фізичні недоліки тощо).

2. Наявність певного симптомокомплексу, який (поряд з депресивним настроєм, тривогою, занепокоєнням) включає почуття нездатності впоратися з ситуацією чи пристосуватися до неї, а також зниження соціальної активності в повсякденних справах, схильність до драматичної поведінки, наявність спалахів агресії та негативізму тощо.

3. Зв'язок між стресорним впливом та розвитком розладу: симптомокомплекс РА формується і проявляється протягом трьох місяців (але не більше) після дії стресового агента, він також не може тривати більше за шість місяців після припинення стресорного впливу.

Також виокремлюють такі **особливості розвитку РА**:

– якщо стресовий реагент є гострим (раптова негативна подія), початок РА, як правило, негайний (або протягом декількох днів), а його тривалість досить коротка (не більше за кілька місяців); якщо ж стресовий вплив пролонгований, розвиток РА може мати затяжний характер;

– персистування РА до більш серйозного розладу (депресивного епізоду чи інш.) більш ймовірно серед дитячого чи підліткового контингенту. Загальноприйнятним є твердження, що РА має вирішитися протягом 6 місяців після закінчення дії стресового реагенту; при цьому симптоматичні прояви можуть зберігатися значний проміжок часу (більше за 6 місяців), якщо вони розвиваються у відповідь на хронічну стресову дію чи на стресовий реагент зі стійкими та пролонгованими наслідками.

Відповідно до діагностичних критеріїв DSM-III розлади адаптації:

– виникають як реакція на психосоціальний стрес протягом трьох місяців після початку дії стресового чинника;

– мають певні характерологічні прояви: а) існуючі симптоми виходять за межі норми і можливих очікуваних реакцій на стрес; б) виникають розлади професійної діяльності, порушення звичайного соціального укладу життя чи взаємин з іншими особами;

– не є реакцією на надзвичайний стрес чи загостренням раніше існуючого психічного захворювання;

– дезадаптаційні прояви тривають не більше за 6 місяців після припинення впливу стресового реагенту.

Клінічні форми та типи перебігу РА

У роботах Н. А. Шифнер і співавт. [15] описано декілька типів перебігу РА:

– **сприятливий** – характеризується спонтанним або терапевтичним регресом психопатологічної симптоматики і повним одужанням;

– **затяжний** (протрагований) – виділяють два варіанти: за типом затяжних дезадаптаційних реакцій (6 місяців – 2 роки) і за типом повторюваних клішерованих реакцій, які виникають після періоду відносної нормалізації стану;

– **несприятливий** – характеризується поглибленням психопатологічної симптоматики з розвитком інших психічних розладів (дистимії, депресивних епізодів ендогенної або ендорективної структури, нозофобічних зрушень з формуванням іпохондричної особистості).

При цьому багато науковців у світі відзначають чималу різноманітність клінічної картини у різних пацієнтів [16–18], що обумовлює значні труднощі діагностики РА [15]. У літературі описані клінічні форми з переважанням психовегетативних та астеничних розладів [19–21]; РА, в клінічній картині яких можуть домінувати гнівливі, агресивні реакції, прояви негативізму, поведінкові порушення тощо [10; 11]. Проте зазвичай дослідники виділяють наявність психопатологічних симптоматичних проявів та пов'язаних з ними проявів синдрому вегетативної дисфункції [22; 23].

Психопатологічні симптоми. Відзначається, що в різних хворих прояви психічного розладу та його вираженість суттєво варіюють. Зазвичай, визначають тривожний та/або депресивний синдроми з мотиваційними розладами.

Тривожний синдром проявляється тривожним настроєм, відчуттям нездатності впоратися з будь-якою складною ситуацією та інколи – зі зниженням функціональності в повсякденному житті. Хворі відзначають невизначене відчуття страху, загрози, підвищеної напруги та дратівливості, плаксивості тощо. Вони скаржаться на «тривожні передчуття», побоювання щодо реальних або передбачуваних неприємних подій. Психопатологічна симптоматика часто маскується за проявами масивної вегетативної дисфункції, ігнорується хворими та оточуючими.

Депресивний синдром [24] характеризується зниженим настроєм, обмеженням звичних інтересів та бажань. Хворі скаржаться на песимістичні та негативні думки щодо поточних подій, негативно інтерпретують події, що відбуваються, звинувачуючи при цьому себе або оточуючих у неможливості вплинути на обставини. Майбутнє вони уявляють виключно негативним. Характерно глибоке розумове та фізичне виснаження, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, втрата інтересу до подій. Хворі скаржаться, що їм важко «зібратися з думками»; будь-які починання здаються нездійсненними, потрібні постійні чималі зусилля, щоб підтримувати повсякденну активність. Констатуються складність концентрації уваги на одному питанні, труднощі в прийнятті та ухваленні рішень, а в подальшому – й у втіленні їх в реальність.

Хворі цілком усвідомлюють свою неспроможність, однак будь-яким чином намагаються її приховати, шукаючи різні причини задля виправдання своєї бездіяльності. Основний прояв депресії – знижений настрій (туга) – досить часто активно заперечується самим пацієнтом або трактується ним як малозначущий вторинний симптом, пов'язаний з якоюсь соматичною патологією або перевтомою. У ряді випадків до депресивного афекту приєднуються й інші психопатологічні прояви: дратівливість, іпохондричність, тривога, фобічні прояви [25].

Мотиваційні розлади спостерігаються у хворих з РА з тривожним та/або депресивним проявом. До тривожних та/або депресивних симптоматичних ознак додаються почуття значної втоми, слабкості, порушення харчової поведінки (відсутність апетиту або навпаки – непереборна тяга до вживання їжі), порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон, часті пробудження, страхітливі сновидіння, ранні пробудження з відчуттям незрозумілої тривоги, відсутність відчуття відпочинку після сну тощо). При цьому пацієнти починають погано справлятися зі своєю звичною професійною діяльністю, їх переслідують професійні невдачі, вони прагнуть будь-яким чином уникати професійної відповідальності, відмовляються від можливості кар'єрного росту тощо. Відзначаються порушення у сфері інтимних відносин (зниження лібідо, зниження частоти і ступеня вираженості оргазму, інтересу до статевого життя й ін.).

Синдром вегетативної дисфункції [26]. До вищезазначених психопатологічних проявів РА приєднується симптомокомплекс вегетативної відповіді на стрес: відчуття жару або холоду, тремтіння, тахікардія, нудота, абдомінальний біль, невизначені внутрішні болі, діарея та запор тощо. Оскільки переважна кількість пацієнтів мають виключно вегетативні скарги, то вони можуть слугувати тригером соматичного захворювання. Більшість хворих пред'являють виключно соматичні скарги, ігноруючи психо-

патологічні прояви і виходячи з власних уявлень про значимість того чи іншого органу в організмі. Вегетативні порушення у хворих можуть проявлятися переважно в одній системі (частіше – у кардіоваскулярній), при цьому симптоми з боку інших систем організму менш виражені. З розвитком РА вегетативні скарги набувають полісистемного характеру. Окрім вегетативних проявів, досить часто пацієнти скаржаться на порушення сну (труднощі засинання, чутливий поверхневий сон, нічні пробудження тощо), астеничний симптомокомплекс, дратівливість, нейроендокринні порушення.

Різними авторами відзначається **можливість перебігу РА за деякими типами реакцій дезадаптації:**

- **РА з депресивним настроєм:** основні прояви – депресивний настрій, страх та безнадія;

- **РА з тривожним настроєм:** типові симптоми – серцебиття, тремтіння, ажитація, пересторога, очікування поганого та ін.;

- **РА зі змішаними емоційними рисами:** основні прояви – комбінація тривоги і депресії;

- **РА з порушенням поведінки:** характеризується зазіханням на права інших або порушенням прийнятих норм та правил (в тому числі – і вікових). Відзначаються прогули, вандалізм, безрозсудливі гонки на авто, боротьба, екстремалізм тощо;

- **РА з порушенням роботи або навчання:** характеризується поведінкою, що перешкоджає виконанню професійних обов'язків на роботі чи у навчанні. Часто супроводжується тривожністю та депресією;

- **РА з аутизмом:** відзначаються прояви наявного соціального аутизму без депресивних та тривожних ознак;

- **РА з фізичними скаргами:** має ознаки вегетативної дисфункції: скарги на головний біль, значну перевтому чи інші соматичні прояви;

- **РА, що більш ніде не класифікується:** відзначаються скарги, які не співпадають з жодним із перелічених типів перебігу.

З прогностичної точки зору перебіг РА цілком сприятливий при відповідному терапевтичному втручанні та відсутності дії стресогенних чинників [27]. Більшість хворих повертаються до нормального способу життя протягом трьох місяців. При цьому відзначається, що підліткам для одужання потрібно дещо більше часу, ніж дорослим, що пов'язано з особливостями їх несформованої психічної сфери. В деяких випадках, при продовженні симптоматичних проявів розладу (особливо у підлітків), діагноз РА трансформують в «Розлади настрою» або «Розлади, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами».

Таким чином, з наведеного огляду літератури можна зробити такі **висновки.**

1. В історичному аспекті діагноз розладу адаптації з'явився відносно нещодавно.

2. РА мають доволі широку різноманітність клінічних проявів, які залежать від тривалості перебігу або дії психотравмуючого чинника.

3. Для встановлення діагнозу РА у світовій практиці накопичено перелік основних критеріїв: розвиток розладу в період адаптації до значної зміни соціального статусу чи до стресової життєвої події; індивідуальна вразливість; наявність депресивного настрою, тривоги, занепокоєння, почуття нездатності впоратися з ситуацією чи пристосуватися до неї, зниження соціальної активності в повсякденних справах, схильність

до драматичної поведінки, наявність спалахів агресії та негативізму; доведений зв'язок між стресорним впливом та розвитком розладу (не більший за 3 місяці).

4. У зв'язку з ситуацією в Україні багато наших співвітчизників цілими сім'ями були вимушено переселені в межах країни, тому питання розладів адаптації саме у цього прошарку населення потребують подальшого більш глибокого вивчення з метою уточнення клінічних особливостей діагностичних критеріїв та мішеней психотерапевтичної корекції вищезазначених розладів.

Література

1. Александровский Ю. А. Состояния психической адаптации и невротические расстройства / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 52 с.
2. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии / О. С. Антипова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т. 14, № 6. – С. 22–27.
3. Шестопалова О. П. Актуальні проблеми психології в закладах освіти: збірник наукових праць / О. П. Шестопалова, В. І. Чумак. – Кривий Ріг: Видавничий дім, 2011. – 343 с.
4. Старик В. А. Характеристика дисоціативних станів при подоланні психічної травми / В. А. Старик // Молодий вчений. – 2018. – № 1 (53). – С. 54–57.
5. European Psychiatric Association (EPA) guidance on postgraduate psychiatric training in Europe / S. Mayer, R. J. van der Gaag, Dom G. [et al.] // Eur. Psychiatry. – 2014. – № 29. – P. 101–106.
6. European Psychiatric Association (EPA) guidance on postgraduate psychiatric training in Europe / S. Mayer, R. J. van der Gaag, Dom G. [et al.] // Eur. Psychiatry. – 2014. – № 29. – P. 101–106.
7. Pierre J. M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future / J. M. Pierre // J. Psychiat. Pract. – 2010. – Vol. 16 (6). – P. 375–386.
8. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003. – 407 с.
9. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М.: Триада-Х, 2000. – 232 с.
10. Kawa S. A brief historicity of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice / S. Kawa, J. Giordano // Philos Ethics Humanit Med. – 2012. – Vol. 13 (7). – P. 2–10.
11. Pierre J. M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future / J. M. Pierre // J. Psychiat. Pract. – 2010. – Vol. 16 (6). – P. 375–386.
12. Мякотных В. С. Стресс-индуцированные расстройства; под ред. М. М. Дьяконова / В. С. Мякотных, М. Н. Торгашов. – СПб.: ЗАО «Моби Дик», 2015. – 216 с.
13. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) / Л. О. Герасименко // Укр. вісн. психоневрології. – 2018. – № 1. – С. 62–65.
14. Смулевич А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учеб. пособ. / А. Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
15. Шифнер Н. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов / Н. А. Шифнер, А. Е. Бобров, М. А. Кулыгина // Ученые записки. – 2011. – № 18 (4). – С. 64–66.
16. Кекелидзе З. И. Клиническая картина психических расстройств, возникающих при чрезвычайных ситуациях; под ред. В. А. Солдаткина / З. И. Кекелидзе // Посттравматическое стрессовое расстройство. – Ростов-на-Дону, 2015. – С. 60–75.
17. Свечников Д. В. Расстройства адаптации у военнослужащих (клиника, диагностика): автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Д. В. Свечников. – СПб., 2015. – 18 с.
18. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V / L. Grassi [et al.] // J. Affect Dis. – 2007. – Vol. 101 (1–3). – P. 251–254.
19. Михайлов Б. В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций / Б. В. Михайлов // Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 71–75.
20. Junger M. Adjustment disorders – nosological state and treatment options / M. Junger, K. Frasch, T. Becker // Psychiatr. Prax. – 2008. – № 35 (5). – P. 219–225.
21. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V / L. Grassi [et al.] // J. Affect Dis. – 2007. – Vol. 101 (1–3). – P. 251–254.
22. Мирошник И. М. Информационно-энергетический язык продуктивного межличностного взаимодействия / И. М. Мирошник, Е. В. Гаврилин, Б. В. Михайлов // Материалы Международ. конф. «Информоэнергетика третьего тысячелетия», Киев – Кривой Рог. – 2003. – С. 128–130.
23. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів: монограф.; за ред. М. С. Корольчука / М. С. Корольчук, В. М. Корольчук, С. М. Миронець [та ін.]. – К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2014. – 276 с.
24. Kasper S. Understanding and treating depression / S. Kasper. In: Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry, Prague, 2012 // Eur. Psychiatry. – 2012. – Vol. 27, Suppl. 1. – SOA03-01.
25. Жупанова Д. А. Улучшение комплаенса у пациентов с депрессиями (комплексная система терапии и оценка ее эффективности) / Д. А. Жупанова // Укр. вісн. психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 3 (84). – С. 68–73.
26. Брюханов А. В. Анализ вегетативных нарушений при дезадаптациях / А. В. Брюханов, Е. В. Жовнерчук, И. Ю. Жовнерчук // Сб. мат.-лов XI Всерос. науч.-практ. конф. – М., 2015. – С. 74–76.
27. Кризова психологія: навч. посіб.; за заг. ред. проф. О. В. Тімченка / Ю. В. Александров, Л. О. Гонтаренко, С. М. Миронець [та ін.]. – Харків: НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2011. – 381 с.