

Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Український центр наукової медичної інформації
і патентно-ліцензійної роботи

РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ:

**діагностика,
лікування,
реабілітація**

Методичні рекомендації

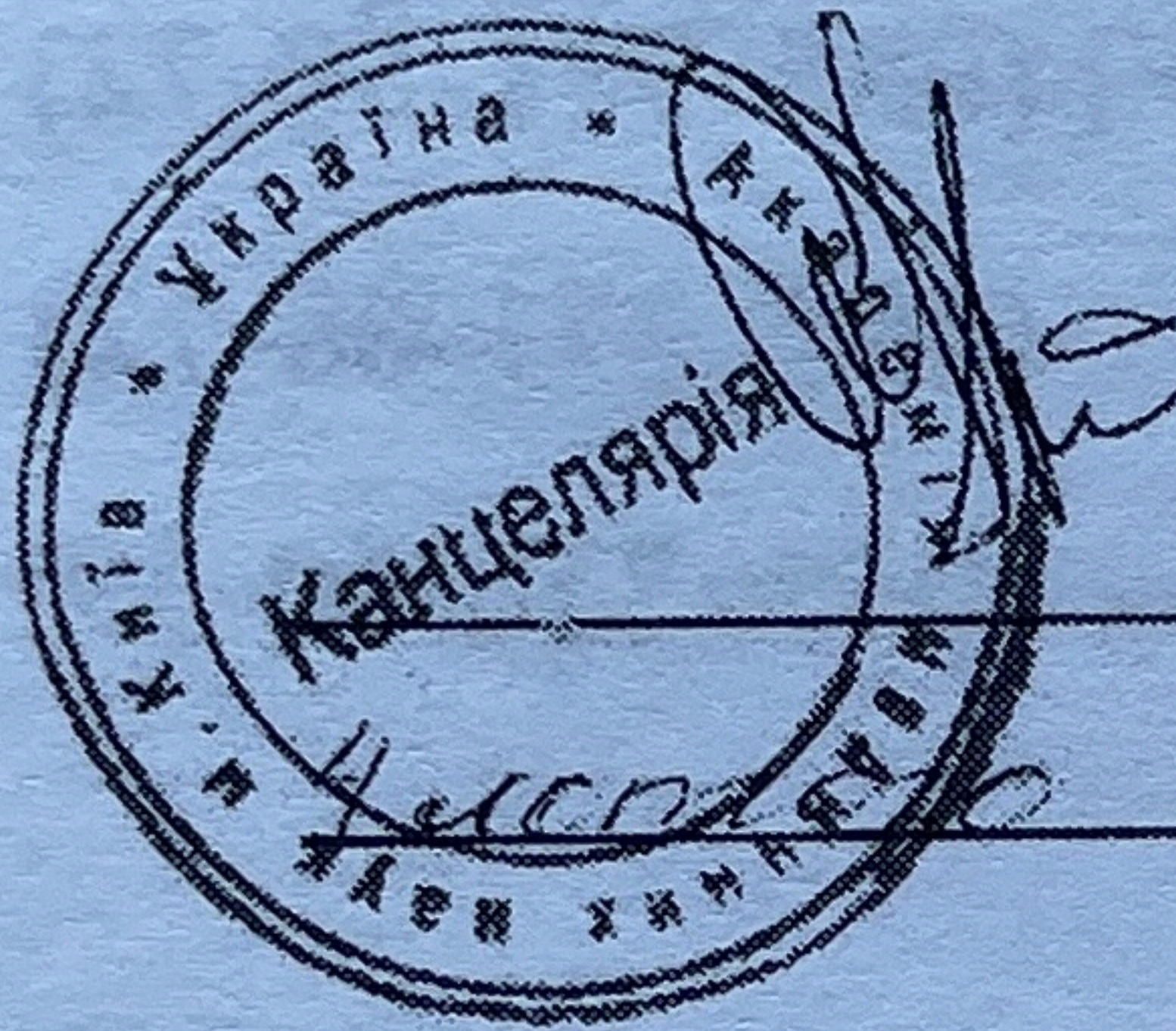
Харків
2009

**Міністерство охорони здоров'я України
Академія медичних наук України
Український Центр наукової медичної
інформації і патентно-ліцензійної роботи**

“Узгоджено”

**Заступник начальника лікувально-
організаційного управління**

АМН України



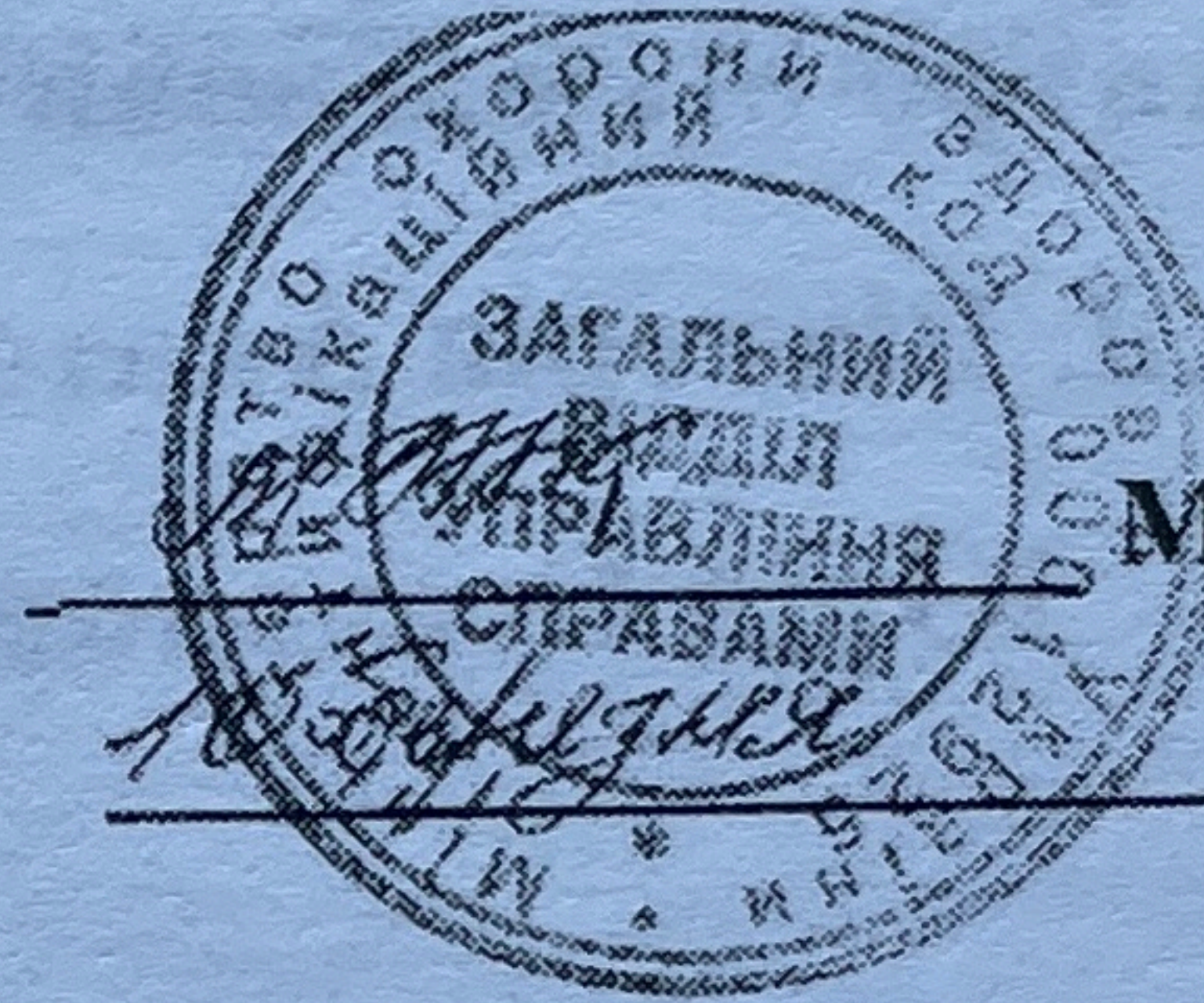
О.О. Петриченко

2009 р.

“Узгоджено”

**Директор Департаменту
організації медичної**

допомоги МОЗ України



М.П. Жданова

2009 р.

Розлади адаптації:

діагностика, клініка, лікування

Методичні рекомендації

Установа-розробник:

ДУ „Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України“

Укладачі:

д.м.н., проф. Петро Власович Волошин	(057 738-33-87)
д.м.н. проф., Наталія Олександрівна Марута	(057 738-32-25)
д.психол.н., проф. Людмила Федорівна Шестопалова	(057 771-68-72)
д.м.н., проф. Валерій Семенович Підкоритов	(057 738-40-39)
к.м.н. Дмитро Михайлович Болотов	(057 771-68-72)
к.психол.н. Вікторія Анатоліївна Кожевнікова	(057 771-68-72)
Юрій Степанович Бучок	(057 738-40-39)

Рецензенти: д.мед.н., проф. Андрій Миколайович Бачеріков

д.мед.н., проф. Олександр Григорович Луценко

Заступник голови проблемної комісії “Психіатрія” МОЗ та АМН

України д.м.н., проф. Олександр Іванович Мінко

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень	4
Вступ	5
1. Загальні критерії діагностики	7
2. Клінічна картина розладів адаптації	10
3. Типи перебігу розладів адаптації	15
4. Фармакотерапія розладів адаптації	18
5. Психотерапія і психокорекція розладів адаптації	25
Висновок	29
Перелік рекомендованої літератури	31

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

РА – розлади адаптації

МКХ-10 – міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

СІЗЗС – специфічні інгібітори зворотного захвату серотоніну

ССЗЗС – специфічні стимулятори зворотного захвату
серотоніну

НаССА – норадренергічні та специфічні серотонінергічні
антидепресанти

ЗІ-МАО – зворотні інгібітори моноаміноксидази

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

ППК – психокорекційно-психотерапевтичний комплекс

КТБ – когнітивна терапія Бека

ПМР – прогресивна м'язова релаксація

ТМП – техніки, що моделюють поведінку

ВСТУП

Актуальність дослідження розладів адаптації (РА) пов'язана, в першу чергу, з їх поширеністю в популяції (5-20 % всіх амбулаторних пацієнтів), а також можливістю їх трансформування в інші, більш тяжкі психічні розлади (депресивні, тривожні, панічні, фобічні тощо). Потребують подальшого уточнення сучасні уявлення щодо закономірностей формування і перебігу даних психічних порушень, особливостей їх фармакологічного і психотерапевтичного лікування. Методичні рекомендації присвячені саме питанням діагностики розладів адаптації та медикаментозному і психотерапевтичному лікуванню хворих на РА.

Методичні рекомендації підготовлені на підґрунті результатів науково-дослідних робіт, проведених в ДУ „Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України” за період 2005-2008 рр. В рамках цих досліджень вперше визначено і описано провідні клінічні варіанти розладів адаптації (афективний і поведінковий), а також типи їх подальшого перебігу (прогресуючий з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми, рецидивуючий і регредієнтний). На засадах доказової медицини і результатів наукових розробок запропонована нова система медикаментозних та психотерапевтичних заходів, перелік та дози фармакологічних препаратів, які необхідно застосовувати

при різних клінічних варіантах РА. Розділ, присвячений психотерапевтичному втручанню, містить детальний алгоритм та схеми проведення нового психокорекційно-психотерапевтичного комплексу, розробленого фахівцями ДУ „Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України”, який поєднує методики і техніки когнітивно-поведінкової терапії та метод прогресивної м'язової релаксації.

Дані методичні рекомендації призначені для лікарів: психіатрів, психотерапевтів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів, медичних психологів тощо.

Методичні рекомендації не мають аналогів і подаються до друку вперше.

1. ЗАГАЛЬНІ КРИТЕРІЇ ДІАГНОСТИКИ

Згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 розлади адаптації (рубрика F 43.2) розглядаються як стани суб'єктивного дистресу і емоційного розладу, які, зазвичай, перешкоджають соціальному функціонуванню і продуктивності, і виникають в період адаптації до значної зміни в житті або стресової життєвої події.

Розлади адаптації діагностуються (при відповідному психічному стані хворого) за наступними критеріями:

1 критерій – наявність в анамнезі ідентифікованого психосоціального стресу, що не досягає надзвичайного або катастрофічного розмаху; симптоми розладу з'являються протягом місяця;

2 критерій – наявність окремих симптомів (за винятком маячних і галюцинаторних), що відповідають критеріям афективних (F3), невротичних, стресових і соматоформних (F4) розладів і порушень соціальної поведінки (F91), але не відповідають цілком жодному з них.

3 критерій - тривалість розладів не перевищує 6 місяців з моменту припинення дії стресу, за винятком затяжних депресивних реакцій (F43.21).

Симптоми розладів адаптації можуть варіювати за структурою і важкістю. В залежності від домінуючої в клінічній картині симптоматики РА диференціюються у такий спосіб:

а) короткочасна депресивна реакція (F43.20) – транзиторний стан легкої депресії, що триває не більше місяця;

б) пролонгована депресивна реакція (F43.21) – легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років;

в) змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22) – представлена як тривожна, так і депресивна симптоматика, за інтенсивністю не перевищує змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3);

г) з перевагою порушення інших емоцій (F43.23) – має місце різноманітна структура афекту, представлені тривога, депресія, занепокоєння, напруженість і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їхня виразність недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів. Ця рубрика повинна використовуватись і для реакцій дитячого віку, де додатково присутні такі ознаки регресивної поведінки, як енурез або смоктання пальця;

д) з перевагою порушення поведінки (F43.24) – розлад, що стосується переважно соціальної поведінки, наприклад, агресивної або іншої девіантної її форми в структурі реакції горя в підлітковому віці;

е) змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25) – визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціальної поведінки;

ж) інші специфічні переважаючі симптоми (F43.28).

Включаються: культуральний шок; реакція горя; госпіталізм у дітей.

Найбільші труднощі при проведенні диференційної діагностики РА виникають у порівнянні з тривожними, депресивними, панічними розладами та ін. Головним принципом відмінності, як зазначено у діагностичних критеріях, при цьому є: наявність в клінічній картині РА окремих симптомів, що відповідають критеріям афективних, невротичних, стресових і соматоформних розладів і порушень соціальної поведінки, але які не підходять цілком жодному з них. Від ПТСР розлади адаптації відрізняються невеликим розмахом патогенності стресору і відсутністю подальшого характерного відтворення травми. Також розлади адаптації доводиться диференціювати від станів, які не відносяться до психічних порушень. Так, стан втрати близької людини, але без наявності обставин, що його обтяжують, також

може супроводжуватися транзиторним погіршенням соціального і професійного функціонування. Проте, цей стан залишається в очікуваних рамках реакції на втрату близької людини і тому не вважається розладом адаптації.

2. КЛІНІЧНА КАРТИНА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

В залежності від особливостей домінуючої симптоматики в рамках РА можна умовно виділити 2 основні клінічні варіанти: афективний і поведінковий. В свою чергу, варіант с перевагою в клінічній картині розладів адаптації афективних порушень можна розділити на три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний.

Депресивний підваріант (відповідає діагностичним критеріям пролонгованої депресивної реакції – F 43.21) характеризується зниженим фоном настрою до субдепресивного або депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого середовища і перспективи. Періодично виникають відчуття суму, пригніченості, смутку, підвищеної здатності до сліз. Пригнічений стан супроводжується емоційною нестійкістю, фіксацією на негативних подіях свого життя. На цьому фоні часто виникають відчуття безвихідного становища щодо життєвої ситуації, самотності, безпорадності і безпоміч-

ності, залежності від оточуючих людей і обставин. Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшенням мотивації до трудової діяльності. Думки хворих значну частку часу (але не постійно) фіксовані на негативних подіях власного життя, своєму тяжкому стані. Але песимістичні судження не виходять за рамки трактування реальних подій і ніколи не сягають ступеня безвихідності і приреченості. Виникає певне звуження кола постійних інтересів і захоплень, міжособистісні стосунки можуть прийняти відтінок пасивності і байдужості. Періодично хворі можуть скаржитись на труднощі з концентрацією уваги, на ускладнення при прийнятті рішень і визначенні своєї відповідальності, зниження рівня спонукань. В клінічній картині також мають місце в'ялість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності й пасивності.

Тривожний підваріант (відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.23 “Розлад адаптації з перевагою порушень інших емоцій”). Він характеризується сполученням різних виникаючих час від часу проявів тривожного реєстру, таких як: відчуття психічного і фізичного дискомфорту; немотивована напруженість; нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання, що спрямовані в майбутнє; загальна стурбованість та нервозність; неможливість розслабитися; відчуття внутрішнього трем-

тіння або “дискомфорт” і “тиск” у грудях. Може відмічатись епізодично виникаюче відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування будь-якого лиха або неприємності, побоювання за себе та своїх рідних. Виникнення тривожних думок інколи визначає і розлади сну, які при цьому характеризуються труднощами із засинанням, порушенням його глибини й тривалості. Відмічається схильність хворих до рефлексії, яка проявляється у сумнівах щодо своєї поведінки, пошуку “правильних” її мотивів, невпевненості щодо своїх здібностей. Поряд з нерішучістю можуть спостерігатись спалахи нервозності та дратівливості, що спрямовані, як правило, на самого хворого. Значне місце в клінічній картині РА у цих пацієнтів займають виражені соматовегетативні порушення. Найбільш часто виникають скарги на запаморочення, головний біль, блідість або почервоніння шкіри, лабільність артеріального тиску, тахікардію, відчуття оніміння або похолодання кінцівок, приливи жару або холоду, підвищену пітливість, ускладнення під час дихання, відчуття кома у горлі, нудоту, важкість у епігастральній зоні. Також має місце виражена астенична симптоматика, яка проявляється у вигляді неуважності й незібраності, розбитості та дратівливої слабкості, а також швидкій виснажливості, гіперстенічних реакціях на зовнішні подразники.

Змішаний підваріант (тривожно-депресивний) відповідає діагностичним критеріям рубрики F 43.22 “Змішана тривожна і депресивна реакція”. Він характеризується поєднанням клінічних ознак двох перших варіантів. Тривожні і депресивні порушення при розладах адаптації не сягають того ступеня, який дає би змогу діагностувати інший депресивний або тривожний психічний розлад психогенної природи. Особливістю клінічного прояву тривожного компонента при цьому варіанті РА є поєднання симптомів психічної і соматичної тривоги у вигляді: тривожних думок, побоювань, спрямованих у майбутнє, хвилювання або нерішучості щодо прийняття рішень тощо. Поряд з цим може відмічатися більша питома вага соматовегетативних порушень, ніж при “чистому” тривожному варіанті РА. До найбільш характерних симптомів можна віднести вазомоторну лабільність у вигляді почервоніння або блідості обличчя, похолодання або підвищеної пітливості кінцівок, відчуття перебоїв у серці або нестатку повітря, дискомфорту в епігастральній зоні, запаморочення, відчуття „втрати ґрунту під ногами”. Порушення сну характеризуються тривалим періодом засинання, коли хворі не можуть себе “перемкнути” з неприємних і тривожних думок, частими пробудженнями серед ночі. При цьому варіанті розладу мають місце і деякі прояви порушення поведінки, які можна було б визначити як агресивно-гіперстенічні. Однак у

повсякденному житті така “гіперстенічність” виявляється малопродуктивною і більше спрямована на сварки та загальний неспокій, ніж пошук реальних можливостей їх уникнення та розв’язання складних життєвих ситуацій.

Варіанту розладу адаптації з *порушеннями поведінки* (за МКХ-10 рубрика F 43.24 “Розлад адаптації з перевагою порушення поведінки”) відповідає наявність в клінічній картині симптомів дезадаптивної або дисоціальної поведінки, порушень повсякденного функціонування, соціальної дезадаптації тощо, при цьому вказані прояви чітко пов’язані за часом з фактом психотравмуючої події. Подібний варіант розладу характеризується надмірною збудливістю та дратівливістю, нервозністю та короткочасними ситуаційно обумовленими реакціями образи, гніву, навіть агресивності, які супроводжуються непродуктивною метушливістю і конфліктною поведінкою. Також характерними симптомами є нетерпимість до всього, що відбувається навколо, тенденція до обвинувачення оточуючих у своїх негараздах. Хворі з таким варіантом РА інколи демонстративно порушують громадський порядок, мають справи з міліцією, схильні до зловживання алкоголем. Їм притаманна висока мотиваційна активність, але мала її продуктивність. В клінічній картині можуть бути присутні соматовегетативні симптоми, але їх вираженість і важкість ніколи не сягають значного рівня. Треба

зазначити, що порушення поведінки не є постійними, глибоко вкоріненими стереотипами. Тобто, вони були не притаманні хворим до факту психотравмуючого впливу, проявляються парціально, не торкаючись усіх сфер життя одразу.

3. ТИПИ ПЕРЕБІГУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

На підставі закономірностей динаміки клінічної симптоматики розладів адаптації можна виділити наступні типи їх перебігу.

Перший тип характеризується *прогресуючим* обтяженням і ускладненням клінічної симптоматики з *подальшою трансформацією в інші нозологічні форми* (згідно з МКХ-10 - депресивні епізоди, тривожні й тривожно-депресивні розлади, розлади особистості). Тобто клінічна картина змінюється як за своїм змістом, так і за інтенсивністю проявів її симптомів. При цьому типі перебігу РА спостерігається зростання інтенсивності і частоти проявів, в першу чергу, афективних порушень.

Ускладнення структури клінічної картини виражається у вигляді змін настрою від субдепресивного рівня до депресивного помірного ступеня тяжкості, з елементами депресивної оцінки себе, оточуючого і перспективи. Це супроводжується зростанням емоційної нестійкості, фіксацією на психотравмуючих спогадах, формуванням дезадаптації в сферах професійних,

міжособистісних і соціальних стосунків. Найчастішим негативним наслідком прогресуючого типу перебігу РА з переважанням в клінічній картині афективних порушень є трансформація в депресивні епізоди різного ступеня тяжкості (F 32).

Динаміка тривожних проявів, таких, як загальна стурбованість і нервозність, невмотивована напруженість, відчуття психічного і фізичного дискомфорту, нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, які направлені не тільки в минуле, але й у майбутнє, відчуття безпредметної тривоги або страху за себе і своїх рідних, у вигляді зростання їх частоти і інтенсивності протягом більше 6 місяців дозволяє говорити про трансформацію розладів адаптації в тривожні або тривожно-депресивні розлади (F 41.1 – F 41.3).

Прогресуючий тип перебігу РА з домінуванням в клінічній картині поведінкових розладів характеризується зростанням інтенсивності реакцій ворожості, агресивності й жорстокості, ознак соціальної відгородженості, формуванням дезадаптивної і диссоціальної поведінки, яка ускладнює професійне, міжособистісне і соціальне функціонування. Можливим несприятливим результатом даних порушень є їх трансформація або в хронічні зміни особистості (F 62.0), або, за наявності попередньої психологічної уразливості у вигляді відповідної акцентуації характеру, в специфічні (F 60) або змішані розлади особистості (F 61).

Домінуючою характеристикою *рецидивуючого* типу перебігу РА є хвилеподібні коливання основної клінічної симптоматики. Ремісії, які характеризуються повною відсутністю ознак розладу, є різними за своєю тривалістю, як і тривалість рецидивів.

Клінічна симптоматика у вигляді афективних і поведінкових порушень, що складають зміст рецидиву, майже ніколи за своєю інтенсивністю не перевищує первинні прояви розладу. Проте, деякі мінімальні ознаки дезадаптивної поведінки можуть зберігатися навіть під час так званої ремісії. Крім того, виникнення частих рецидивів є фактором ризику переходу рецидивуючого типу перебігу РА в прогресуючий, з подальшою трансформацією розладів адаптації в інші нозологічні форми (здебільшого це стосується "Пролонгованої депресивної реакції" (F 43.21)). Однак найчастішим варіантом виходу РА з рецидивуючим типом перебігу є одужання.

Особливістю *регресивного* типу перебігу РА є виразна редукція основної клінічної симптоматики. При цьому типі перебігу РА спостерігається помітне зменшення інтенсивності і частоти проявів, в першу чергу, афективних порушень: зниженого настрою, депресивної самооцінки, оцінки оточуючого середовища і власних перспектив. Майже зникають відчуття смутку, пригніченості і печалі, що, у свою чергу, супроводжується

підвищенням емоційної витривалості й впевненості в собі, а також мотивації до трудової діяльності. Спостерігається редукція відчуття загальної стурбованості і нервозності, немотивованої напруженості, відчуття психічного і фізичного дискомфорту. Зменшуються нав'язливі уявлення, побоювання і хвилювання, що направлені, в першу чергу, в майбутнє, зникає відчуття тривоги. При регредієнтному типі перебігу РА спостерігається зменшення поведінкових порушень, що супроводжується поліпшенням якості міжособистісного, професійного і соціального функціонування. У всіх випадках цей тип перебігу призводить до повного одужання хворого і його повернення до попереднього соціального статусу.

4. ФАРМАКОТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

Стани психічної дезадаптації здебільшого розглядаються в рамках короткочасної реакції на стрес, де переважають афективні (депресивні) порушення. Тому пацієнти з РА вважаються досить вразливими щодо ризику суїцидів. Відповідно, необхідним є призначення цим хворим антидепресантів. Однак, слід пам'ятати, що клінічні прояви даних розладів, у порівнянні з іншою психічною патологією, з якою в цих випадках проводять диференційну діагностику, є помірними. Вони, як правило, не потребують призначення великих доз препаратів з антидепре-

сивною дією. Однак, використання класичних антидепресантів може супроводжуватися побічними ефектами, здебільшого соматичного характеру. Саме у хворих на РА препаратами першого вибору є антидепресанти з селективною дією (СІЗЗС, ССЗЗС, НаССА, ЗІ-МАО). Вони характеризуються широкою антидепресивною дією, відносною швидкістю терапевтичного ефекту, задовільною переносимістю, можливістю використання у хворих на різні соматичні захворювання.

Хворі на РА, як правило, починають суб'єктивно відчувати ефект від застосування антидепресантів лише після 10-14 доби від початку терапії. Крім цього, наявність у них інших психічних порушень, в свою чергу, потребують своєчасного і адекватного використання засобів різних фармакологічних класів – транквілізаторів, тимостабілізаторів, β -адреноблокаторів, снодійних і ноотропних препаратів, а іноді – надмалих доз антипсихотиків.

Призначення транквілізаторів обумовлено їх швидким протитривожним ефектом у порівнянні з антидепресантами. Їхнє застосування також показано з метою зменшення у хворих астено-невротичних, астено-депресивних, а також тривожно-фобічних проявів. В якості „стабілізаторів настрою“ широко застосовують „антипароксизмальні“ препарати: карбамазепін, препарати вальпроєвої кислоти, ламотриджин.

Вибір β -адреноблокаторів обумовлений тим, що вони справляють швидкий протитривожний ефект і, на відміну від транквілізаторів, не мають ефекту седації, а також не сприяють розвитку дисмнестичних порушень. β -адреноблокатори використовуються, як правило, в комбінації з антидепресантами.

Призначення малих доз антипсихотичних препаратів у якості коректорів поведінки обумовлено їх ефективністю при лікуванні виражених поведінкових девіацій, у т.ч. проявів ауто- і гетероагресії. Також їх використання визначається можливостями антипсихотиків щодо подолання резистентної до терапії антидепресантами тривожно-фобічної та іпохондричної симптоматики.

Фармакологічну терапію розладів адаптації необхідно розпочинати з призначення антидепресантів, враховуючи структуру психопатологічних порушень (вибір синдрому-мішені). Велике значення мають індивідуальна чутливість до обраного препарату, переносимість препарату пацієнтом, відсутність негативного впливу на якість життя хворих. Окрім синдромально спрямованої терапії призначається комплекс засобів симптоматичної дії (наприклад, тих, що регулюють метаболічні процеси, мають антипароксизмальну дію та ін.).

Так, для пацієнтів з *депресивним підваріантом* РА фармакологічна терапія розпочинається з призначення мінімально

ефективних доз антидепресантів. Поступово, протягом 2 тижнів, дозу збільшують, підвищуючи до оптимальної, як правило, середньо терапевтичної. Протягом перших двох-чотирьох тижнів терапії, доки власне тимоаналептичний ефект антидепресантів не стабілізувався, доцільним є призначення транквілізаторів бензодіазепінового ряду та гідроксазіну (атараксу), а при наявності ще й психовегетативної симптоматики необхідно приєднати β -адреноблокатори (анаприлін, атенолол, метопролол).

З антидепресантів найбільш доцільним для лікування депресивного варіанту РА є призначення препаратів із стимулюючою або збалансованою (седативно-стимулюючою) дією, і, насамперед, препаратів групи СИЗЗС: пароксетин (паксил) у дозі 20 мг/добу або сертралін (золофт) – 50 мг/доба. Призначаються також есциталопрам (ципралекс) у дозі 10-20 мг/доба або коаксил (тіанептин)-37,5 мг/доба.

Стабілізатори настрою призначаються у наступних дозах: карбамазепін – 200-400 мг/доба; препарати вальпроєвої кислоти – конвульсофін або депакін-хроно у дозі 300-600 мг/доба або ламотриджин (ламіктал) – 25-75 мг/доба.

З транквілізаторів перевага надається гідазепаму – 20-60 мг/доба. Можуть також призначатися ксанакс (альпразолам) у дозі 0,25-6 мг/доба, діазепам – 5-15 мг/доба. Але курс їх при-

значення, на відміну від антидепресантів (до 2-х місяців), не повинен перебільшувати 3-4 тижнів.

У якості вегетостабілізаторів з препаратів, що належать до групи β -адреноблокаторів, використовуються: анаприлін у дозі до 120 мг/доба або атенолол – до 100 мг/доба.

В терапії хворих з *тривожним підваріантом РА* перевага надається антидепресантам з протитривожною дією. Серед цієї групи препаратів ефективним є призначення коаксилу (тіанептину) -37,5 мг/доба, міансеріну – 60-120 мг/доба або флувоксаміну (феваріну) – 100 мг/доба. У тих випадках, коли дія цих препаратів виявляється неефективною, можливо застосування амітриптиліну, призначення якого у дозі 75 мг/доба призводить до достатньо швидкої редукції тривоги вже на першому тижні терапії.

В особливих випадках (резистентних до терапії антидепресантами) швидкій редукції тривоги сприяє призначення нейрорептиків у невеликих дозах коротким курсом: хлорпротиксену (труксалу) в дозі до 75 мг на добу, або сонапаксу (ридазину) - до 75 мг на добу.

Приєднання до терапії малих доз бензодіазепінів – гідазепаму у дозі 20-60 мг/доба або діазепаму – до 30 мг/доба ввечері та на ніч – в першу чергу сприяє нормалізації сну та повній редукції його порушень.

Серед нормотиміків перевага надається вальпроатам, добова доза яких сягає 300-1000 мг.

Фармакологічна терапія *змішаного підваріанту* РА (три-возно-депресивного) також розпочинається з призначення препаратів з антидепресивною дією. Перевага надається засобам зі збалансованою (седативно-стимулюючою) дією. Серед цієї групи препаратів найбільш доцільним є вибір препаратів груп СІЗЗС або ССЗЗС – сертраліну (золофту) в дозі 50-100 мг/доба, ципрамілу (циталопраму) – 20 мг/доба, флуоксетину – 20 мг/доба, пароксетину (паксилу) – 20 мг/доба або тіанептину (коаксилу) – 37,5 мг/доба.

Перші 1-2 тижні лікування антидепресантами проходять під прикриттям засобів, що належать до групи транквілізаторів і, в певних випадках, тимостабілізаторів або β -адреноблокаторів. Серед препаратів з транквілізуючою дією найбільш доцільним є застосування ксанаксу (альпразоламу), який призначають у дозі 0,25-6 мг/доба, діазепаму – 5-15 мг/доба або гідазепаму – 20-60 мг/доба.

При призначенні стабілізаторів настрою перевага надається карбамазепіну у добовій дозі 200-400 мг або препаратам вальпроєвої кислоти – конвульсофіну або депакіну-хроно у дозі 300-600 мг/доба або ламотриджину (ламікталу) – 25-75 мг/доба.

З препаратів з вегетостабілізуючою дією назначаються анаприлін у дозі до 50 мг на добу або атенолол – до 100 мг/доба.

Для фармакологічної терапії варіанту *РА* з перевагою *поведінкових порушень* у клінічній картині до базового лікування антидепресантами і транквілізаторами приєднуються надмалі дози „коректорів поведінки“. З антидепресантів широко застосовуються препарати групи СІЗЗС - сертралін (золофт) в дозі 50-100 мг/доба, флуоксетин – 20-40 мг/доба, есциталопрам (ципралекс) – 10-20 мг/доба або пароксетин (паксил) – 20-40 мг/доба.

При призначенні антипсихотиків перевага надається соннаксу (тіорідазину), добова доза якого становить 25-75 мг, хлорпротиксену (труксалу) – 15-30 мг/доба або сульпіриду (еглонілу) – 50-100 мг/доба.

Найбільш доцільним серед препаратів з транквілізуючим ефектом є призначення гідазепаму – 20-60 мг/доба, діазепаму – 5-10 мг/доба або сибазону – до 15 мг/доба.

Крім того, застосовуються препарати групи тимостабілізаторів - карбамазепін (фінлепсин) як у звичайній формі до 600 мг на добу, так і в ретардованій формі - до 300 мг на добу.

5. ПСИХОТЕРАПІЯ І ПСИХОКОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ

На підставі методик та технік когнітивно-біхевіоральної терапії (КПТ) нами було розроблено новий психокорекційно-психотерапевтичний комплекс (ППК) для підвищення ефективності психокорекційно-психотерапевтичного втручання при РА. Він містить три основні терапевтичні блоки:

- а) для усунення когнітивних помилок і покращення емоційного стану застосовується когнітивна терапія Бека (КТБ);
- б) техніки, що моделюють поведінку (ТМП), спрямовані переважно на корекцію поведінкових розладів;
- в) вегетативні порушення корегуються за допомогою техніки прогресивної м'язової релаксації (ПМР).

Вибір даних психотерапевтичних методик обумовлено клінічним досвідом, згідно з яким ефективність лікування хворих на РА методами когнітивно-поведінкової психотерапії залежить від своєчасності її застосування, тривалості курсу терапії, ступеня особистісного залучення хворого у цей процес, інтенсивності застосування обраних технік та методик. Але методи цього напрямку психотерапії не впливають на психовегетативні розлади, які входять до структури клінічних проявів РА. Тому окреме використання КПТ є дещо обмеженим. Так само, як і ізольоване використання релаксаційних технік, дія яких

спрямована саме на подолання негативних тілесних феноменів, які інколи становлять основу клінічної картини розладу, виступаючи, так би мовити, „фасадом” для негативних змін когнітивної та афективної сфер хворого.

Перевага такого комплексного підходу полягає в тому, що методи когнітивно-поведінкової психотерапії (когнітивна терапія Бека і моделюючі техніки) та методика прогресивної м'язової релаксації ефективно доповнюють одне одного.

Хоча ці методики та техніки є взаємодоповнюючими одна одну, але провідною залишається когнітивна терапія Бека. Частота терапевтичних сесій когнітивно-поведінкової терапії не повинна бути меншою, ніж 1-2 рази на тиждень, а їх тривалість повинна становити від 60 до 90 хвилин. Релаксаційний тренінг застосовується переважно в індивідуальній формі (у вигляді сеансів самонавчання – 1-2 рази на добу), але інколи і груповій (2-3 рази на тиждень). Тривалість одного сеансу – від 30 (індивідуальний) до 60 хвилин (груповий). Повний курс терапевтичного втручання становить від 2 до 3 місяців.

Побудова і реалізація алгоритму розробленого ППК залежить від декількох факторів: етапу захворювання, клінічного варіанту розладу, супутньої патології (в т.ч. сомато-неврологічної), типу перебігу розладу, що, в свою чергу, впливає на тривалість лікування. Саме тому, поряд з загальними

прийомами та алгоритмами психокорекційного і психотерапевтичного впливу, розроблений ППК має певні особливості у застосуванні.

У хворих на РА, в структурі розладів яких домінує когнітивні та/або емоційні порушення, початковий етап лікування розпочинається з когнітивної терапії Бека (частота і тривалість терапевтичних сесій описана вище). На подальшому етапі до КТБ приєднуються техніки, що моделюють поведінку, та ПМР. Їх застосування розпочинається з 3-4 тижня курсу лікування.

Перевага в структурі РА поведінкових порушень вимагає розпочинати застосування ППК з технік, які моделюють поведінку. На наступному етапі лікувального курсу, який розпочинається з 3-го тижня, до ТМП приєднується КТБ, яка займає на цьому етапі провідну роль у лікуванні даних розладів. На 4-6 тижні заключного етапу лікування до ТМП і КТБ приєднується методика ПМР.

Застосування ППК з призначення технік ПМР доцільно у тих випадках, коли в структурі психопатологічних порушень у хворих на РА домінує вегетативна симптоматика. На подальшому етапі психокорекційно-психотерапевтичного втручання, тобто на третьому тижні, до ПМР приєднується КТБ, яка відіграє провідну роль у лікуванні даних порушень. На заключному

етапі лікування (4-6 тиждень) до двох вищезгаданих методик приєднуються техніки, які моделюють поведінку.

Застосування ППК розпочинається у середньому через 7 днів після призначення фармакологічних засобів. Цей тижневий період для хворих РА мав підготовчий характер до застосування методів та технік психотерапії, що складала ППК. Під час цього періоду відбувалось формування позитивної мотивації до процесу лікування за допомогою цього методу і, водночас, посилення комплайєнтності хворих щодо загального курсу терапії.

Зменшення симптомів гіперактивації у хворих на РА є, перш за все, свідченням терапевтичної ефективності розробленого ППК і обраної тактики. Саме ознаки вегетативної гіперреактивності є найменш стійкими у структурі РА. Найменших змін зазнають психопатологічні порушення, які характеризують когнітивну складову РА, і переважно виражені симптомами вторгнення. Тобто, когнітивні помилки є найбільш ригідними структурами щодо психотерапевтичного впливу і психологічної корекції.

ВИСНОВОК

Виділені 2 основні клінічні варіанти РА: афективний і поведінковий. Варіант с перевагою в клінічній картині розладів адаптації афективних порушень розділений на три підваріанти: депресивний, тривожний і змішаний. Також виділено наступні типи перебігу РА: прогресуючий з подальшою трансформацією в інші нозологічні форми, рецидивуючий і регредієнтний.

Окрім цього, розроблено новий психокорекційно-психотерапевтичний комплекс, який містить три основні терапевтичні блоки, спрямовані на:

- а) усунення когнітивних помилок і покращання емоційного стану (застосовується когнітивна терапія Бека);
- б) корекцію поведінкових розладів (використовують техніки, що моделюють поведінку);
- в) редукцію вегетативних порушень (застосовують техніку прогресивної м'язової релаксації).

Вперше науково обґрунтована і запропонована система лікувальних заходів для хворих на РА, яка повинна мати комплексний характер і містити в собі медикаментозну терапію, психотерапію і психологічну корекцію. Фармтерапія повинна бути своєчасною і адекватною, використовувати препарати різ-

них класів (транквілізатори, тимостабілізатори, β -адреноблокатори), але в першу чергу - антидепресанти.

Апробація запропонованого комплексного підходу до діагностики та лікування розладів адаптації в ДУ „Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України” і в лікувально-профілактичних закладах 6 областей України дали високий позитивний ефект. Впровадження наукових розробок сприяло підвищенню якості діагностики та диференційної діагностики РА, вибору адекватної психотерапевтичної допомоги та фармакотерапії, скороченню терміну стаціонарного лікування хворих і тимчасової непрацездатності.

Методичні рекомендації можуть бути впроваджені в практику роботи як спеціалізованих медичних закладів, так і в загальносоматичних лікувально-профілактичних закладах.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Болотов Д.М. Расстройства адаптации у лиц, переживших экстремальные ситуации, и их психотерапевтическая коррекция //Ж. психiatr. и мед. психол. – 2004. - № 4 (14). – С. 130-133.
2. Пат. 3262 Україна, МКІ А 61 В 5/00 Спосіб комплексної психотерапії психічних порушень у осіб, які пережили екстремальні події: Пат. 3262 Україна, МКІ А 61 В 5/00/ Шестопалова Л.Ф. (Україна), Болотов Д.М. (Україна); ІНПН АМН України. - № 2003076231; Заявл. 04.07.2003; Опубл. 5.11.2004; – 3 с.
3. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей.– Харьков: Торнадо, 2003.– 352 с.
4. Шестопалова, Л.Ф., Кожевникова В.А., Болотов Д.М. Нарушения личностного функционирования у людей, переживших экстремальные события, и их психотерапевтическая коррекция //Український медичний альманах. – 2004. – Т. 7. - № 4 (додаток). – С. 123-126.
5. Шестопалова Л.Ф., Болотов Д.М., Кожевникова В.А. Эффективность комплекса психотерапевтических методик когнитивной терапии, прогрессивной мышечной релаксации и телесно-ориентированной терапии у лиц, переживших экстремальные события //Вісник ХНУ ім. В.Н. Каразіна. – 2005. – Серія „Психологія”. - № 653, вип. 32. – С 215- 219.

Розлади адаптації:
діагностика, клініка, лікування
(Методичні рекомендації)

Укладачі:

П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Підкоритов,
Д.М. Болотов, В.А. Кожевнікова, Ю.С. Бучок

Підписано до друку 04.02.09.

Формат 60x84/16. Папір офсетний. Друк офсетний.

Гарнітура Times. Умовн. друк. арк. 1,39. Наклад 1 000.