

О. В. Самойлова

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ

Е. В. Самойлова

Клинические особенности расстройств адаптации в условиях военного конфликта на Востоке Украины

E. V. Samoylova

Clinical features of the adaptation disorders in the conditions of the military conflict on the East of Ukraine

У статті наведено результати вивчення клінічних особливостей розладів адаптації (РА) у дітей з сімей вимушених переселенців. Проведено огляд наукової літератури, присвячений питанням сучасних поглядів на проблему розладів адаптації. Описано основні фактори, що впливають на розвиток цієї групи розладів, наведено визначення та діагностичні критерії цього розладу відповідно до основних міжнародних класифікацій хвороб. Наведено епідеміологічні дані, описано основні клінічні форми і типи перебігу розладів адаптації. Наголошено, що з прогностичної точки зору перебіг РА цілком сприятливий при відповідному терапевтичному втручанні і відсутності дії стресогенних чинників. Зроблено висновок про необхідність подальшого більш глибокого вивчення РА з метою уточнення клінічних особливостей діагностичних критеріїв і мішеней психотерапевтичної корекції вищезазначених розладів.

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

В статье приведены результаты изучения клинических особенностей расстройств адаптации (РА) у детей из семей вынужденных переселенцев. Проведен обзор научной литературы, посвященный вопросам современных взглядов на проблему расстройств адаптации. Описаны основные факторы, влияющие на развитие данной группы расстройств, приведены определения и диагностические критерии данного расстройства согласно основным международным классификациям болезней. Приведены эпидемиологические данные, описаны основные клинические формы и типы течения расстройств адаптации. Отмечено, что с прогностической точки зрения течение РА вполне благоприятное при соответствующем терапевтическом вмешательстве и отсутствии действия стрессогенных факторов. Сделан вывод о необходимости дальнейшего более глубокого изучения РА с целью уточнения клинических особенностей диагностических критериев и мишеней психотерапевтической коррекции вышеупомянутых расстройств.

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

The article presents the results of studying the clinical features of adaptation disorders in children from families of internally displaced persons. We reviewed the scientific literature on current views on the problem of adjustment disorders. The article describes the main factors that affect the development of adaptive disorders. In the article, we gave definitions and diagnostic criteria for adaptation disorders according to the main international classifications of diseases. In our article we showed epidemiological data, described the main clinical forms and types of the course of adaptation disorders. We noted that the prognosis will be favorable if proper therapy is conducted and there are no stressors. As a result of the work, we made conclusions about the need for further in-depth study of adaptation disorders in order to clarify the clinical features of diagnostic criteria and the targets of psychotherapeutic correction of adjustment disorders.

Keywords: adaptation disorders, stress factors, internally displaced persons, children

За останні десятиріччя розлади адаптації (РА) набули значного поширення в психіатричній практиці [1—5]. Поняття «розлад адаптації» почали широко використовувати в психіатрії в останні десятиліття. Цей діагностичний критерій був вперше визначений в DSM-III та в подальшому отримав розробку в наступних класифікаціях хвороб [6, 7]. В МКХ-10 розлади адаптації було віднесено до рубрики розладів, пов'язаних зі стресом [8, 9], а в DSM-IV вони були виокремлені в окрему рубрику, ключовим патогенетичним агентом яких відзначався емоційний стрес [7, 10]. Згідно з визначенням DSM-III-R, РА — дезадаптивна реакція на дію психосоціального стресу, яка проявляється через 3 місяці після нього. Розлад, зазвичай, закінчує проявлятися незабаром після припинення стресогенного впливу, або після досягнення нового (більшого) рівня адаптації.

Задля виникнення і розвитку РА необхідна наявність дії емоційно-стресового впливу незначної сили та інтенсивності; значні 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 разі стресовий вплив є стартовим механізмом формування та розвитку цілої низки психічних розладів, і передусім — РА [11].

На сьогодні багатьма дослідниками виокремлені особистісні фактори, наявність яких сприяє розвитку різно-

манітних психологічних порушень у відповідь на стрес: особистісні характеристики (низька стресостійкість, нігілізм, тривожність, соціальна відчуженість тощо); рівень розвитку захисних психологічних механізмів і наявність стратегій протистояння стресу; наявність або відсутність соціальної підтримки; оцінка особистістю стресової події (негативна її оцінка та перебільшення небезпеки від її впливу спричиняють розвиток більш значного впливу на організм) [12].

Епідеміологічними проявами РА серед населення є такі: згідно з DSM-IV, РА спостерігаються у 5—20 % пацієнтів, які отримують амбулаторне психіатричне лікування. Більш значна поширеність РА констатується в загальномедичній практиці і в системі первинної медичної допомоги (близько 12 %; причому в 4,2 % — поєднано з розладами особистості або органічними психічними розладами, а в 7,8 % — як єдиний розлад). Багатьма дослідженнями було встановлено, що співвідношення жінок і чоловіків сягає приблизно пропорції 2:1; серед хворих насамперед переважають самотні, розлучені, особи з невисоким соціальним і економічним становищем [2].

Згідно з виявленими факторами ризику, на розвиток РА надають значного впливу генетичні фактори; пристосованість особистості до навколишнього середовища; соціальні навички людини; можливості розв'язання 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 — зависока бідність, чи навпаки, забезпеченість); екстремальні впливи (катастрофи, воєнні дії) чи травматичні події тощо [13].

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);

— пролонговану депресивну реакцію (подібні з короткочасною прояви тривалістю до 2 років, частіш усього пов'язані з дією затяжної стресової ситуації);

— змішану тривожну і депресивну реакцію (депресивні та тривожні симптоматичні прояви у вигляді рухового неспокою, м'язової скрутності, вегетативної гіперактивності тощо);

— адаптаційний розлад з переважанням порушення емоційного спектра (поряд з тривожною та депресивною симптоматикою спостерігається дратівливість та гнівливість, у дітей — прояви регресивної поведінки: енурез, смоктання пальців, гризіння нігтів та ін.);

— адаптаційний розлад з переважанням порушень поведінки, що характерно для підліткового віку і проявляється вчинками, що порушують загальноприйнятні норми та правила (зловживання алкоголем, прогули школи, безглуздий вандалізм, немотивована агресія, негативізм тощо);

— адаптаційний розлад в поєднанні з порушеннями емоцій та поведінки (проявляється одночасно вищевказаними розладами поведінки й емоційними порушеннями).

Виокремлюють такі особливості розвитку РА.

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

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

У роботах Н. А. Шифнер і співавт. [14] описано декілька типів перебігу РА:

1. Сприятливий тип — характеризується спонтанним або терапевтичним регресом психопатологічної симптоматики і повним одужанням.

2. Затяжний (протрагований) тип — виокремлюють два варіанти: за типом затяжних дезадаптаційних реакцій (6 місяців — 2 роки) і за типом повторюваних кліширваних реакцій, що виникають після періоду відносної нормалізації стану.

3. Несприятливий тип — характерне поглиблення психопатологічної симптоматики з розвитком інших психічних розладів (дистимії, депресивних епізодів ендогенної або ендореактивної структури, нозофобічних зрушень з формуванням іпохондричної особистості).

При цьому багато світових науковців наголошують значну різноманітність клінічної картини у різних пацієн-

тів [15—17], що спричиняє значні складності діагностики РА [14]. У літературі описані клінічні форми з переважанням психовегетативних та астеничних розладів [17—19]; РА, в клінічній картині яких можуть домінувати гнівливі, агресивні реакції, прояви негативізму, поведінкові порушення тощо [7, 10]. Проте, зазвичай дослідники виокремлюють наявність психопатологічних симптоматичних проявів та пов'язаних з ними проявів синдрому вегетативної дисфункції [20, 21].

Виявлено, що у різних хворих прояви адаптаційного розладу та його вираженість значно варіюють. Зазвичай спостерігаються тривожний та/або депресивний синдроми з мотиваційними розладами [22—24].

Тривожний синдром проявляється тривожним настроєм, відчуттям нездатності впоратися з будь-якою складною ситуацією та інколи зниженням функціональності в повсякденному житті. Хворі відзначають невизначене відчуття остраху, загрози, підвищених напруження 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 характеризується зниженим настроєм, обмеженням звичних інтересів та бажань. Хворі скаржаться на песимістичні негативні думки щодо поточних подій, негативно інтерпретують події, що відбуваються, звинувачуючи при цьому себе або оточуючих в неможливості вплинути на події. Майбутнє вони уявляють винятково негативним. Характерно значне розумове та фізичне виснаження, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, втрата інтересів до подій. Хворі скаржаться, що їм важко «зібратися з думками», будь-які починання здаються нездійсненними, їм постійно потрібні значні зусилля, щоб підтримувати повсякденну активність. Констатується складність концентрації уваги на одному питанні, труднощі в прийнятті рішень та в подальшому у втіленні їх в реальність. Хворі цілком усвідомлюють свою неспроможність, однак будь-яким способом 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 низці випадків до депресивного афекту приєднуються й інші психопатологічні прояви: дратівливість, іпохондричність, тривога, фобічні прояви.

Мотиваційні розлади. 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, страхітливий сновидіння, ранні пробудження з відчуттям незрозумілої тривоги, відсутність відчуття відпочинку після сну тощо). При цьому пацієнти починають погано справлятися зі звичною своєю професійною діяльністю, їх переслідують професійні невдачі, вони уникають будь-яким способом професійної відповідальності, відмовляються від можливості кар'єрного росту тощо.

Різні автори відзначають можливість перебігу РА за декількома типами реакцій дезадаптації [17, 21].

— РА з депресивним настроєм. Основні прояви — депресивний настрій, страх та безнадія.

— *РА з тривожним настроєм*. 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 прийнятних норм та правил (зокрема і вікових). Трапляються прогули, вандалізм, безрозсудливі гонки на автомобілі, боротьба, екстремалізм тощо.

— *РА з порушенням роботи або навчання*. Цей підтип РА характеризується поведінкою, що перешкоджає виконанню своїх професійних навантажень у роботі чи навчанні. Часто супроводжується тривожністю та депресією.

— *РА з аутизмом*. Наявні прояви наявного соціально-аутизму без депресивних та тривожних ознак.

— *РА з фізичними скаргами*. Проявляється ознаками вегетативної дисфункції: скарги на головний біль, значну перевтому чи інші соматичні прояви.

— *РА, що більш ніде не класифікується*. Виявляються скарги, які не підпадають під жодні з вищевказаних типів перебігу.

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

Метою цього дослідження було визначення клінічних особливостей розладів адаптації у дітей із сімей вимушених переселенців.

Було обстежено 66 дітей із родин вимушених переселенців з ознаками РА віком 7—18 років, середній вік склав $10,32 \pm 0,09$ років. Дослідження було проведено на базі диспансерного відділення Лисичанської обласної психіатричної лікарні м. Лисичанська у період 2014—2016 рр. Серед контингенту дітей з РА із родин вимушених переселенців 32 дитини мали діагноз пролонгованої депресивної реакції, що зумовлена РА (F43.21) та 34 дитини були з діагнозом змішаної тривожної та депресивної реакції (F43.22). Характеристика обстежуваних пацієнтів наведена у таблиці.

Під час дослідження використовували клініко-психопатологічний, патопсихологічні методи, а також методи статистичної обробки отриманих даних. Із патопсихологічних методів використовували «Адаптований модифікований варіант дитячого особистісного опитувальника Р. Б. Кеттелла» (адаптація Е. М. Александровська, І. Н. Гільяшева, 1993), «Шкала ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілберга та Ю. Л. Ханіна» (2007), «Методика діагностики показників та форм агресії Л. Басса та А. Даркі» (адаптація О. Осницького, 2008). Отримані на дитину дані доповнювали наявною інформацією з медичної та педагогічної документації, опитування батьків, вчителів і вихователів. На кожну дитину, включену до групи дослідження, було підписано інформаційну згоду або його самого, або його близьких на участь у клінічному дослідженні. Кожен обстежений, як і його батьки або родичі, заздалегідь отримали інформацію про цілі та основні механізми дослідження.

У обстежених дітей спостерігалися ознаки наявного тривожного та депресивного синдромів з проявами мотиваційних розладів та вегетативної дисфункції. Найчастіше ці діти виявляли скарги на:

а) ознаки тривожного синдрому: тривожний настрій; відчуття нездатності впоратися з життєвими ситуаціями; зниження повсякденної функціональної активності; побоювання та перестороги; відчуття загрози та підвищеного напруження; дратівливість; плаксивість; «погані передчуття»; побоювання передбачуваних неприємних подій тощо;

б) прояви депресивного синдрому: депресивний настрій; занижений фон настрою (навіть до рівня туги); обмеження звичних інтересів, бажань та потягів; песимістичні думки; звинувачення себе та оточуючих в неможливості вплинути на події; значне розумове і фізичне виснаження, зниження концентрації уваги, погіршення пам'яті, втрата будь-яких інтересів; важкість почати якусь справу та «зібратися з думками»; необхідність застосування вольових зусиль в повсякденній активності; труднощі в прийнятті рішень й у втіленні їх у життя; в деяких випадках — дратівливість, іпохондричність, фобічність;

в) мотиваційні прояви: значна втома та слабкість, порушення харчової поведінки (відсутність апетиту або навпаки), порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон, часті пробудження, страхітливі сновидіння тощо); зниження навчальної чи професійної діяльності та ін.

г) симптоми синдрому вегетативної дисфункції: постійне відчуття жару або холоду, тремтіння, тахікардія, нудота, абдомінальний біль, невизначені внутрішні болі, діарея або запор, нейроендокринні порушення тощо.

За результатами «Адаптованого модифікованого варіанту дитячого особистісного опитувальника Р. Б. Кеттелла» (адаптація Е. М. Александровська, І. Н. Гільяшева, 1993) визначені порушення емоційно-вольової, ціннісно-мотиваційної та когнітивної сфер обстежуваних дітей з РА із родин вимушених переселенців: відособленість, холодність, ригідність та відчуженість, жорстокість (фактор А — 3,93); дратівливість, емоційна збудженість та психічна стомлюваність (фактор С — 3,32); відчуття власної провини або неповноцінності (фактор Н — 3,70); прояви депресії, занепокоєння й негативних передчуттів (фактор О — 6,54). Константовано низьку активність у встановленні та збереженні контактів з оточуючими (фактор А — 3,93 та Н — 3,70), прояви тривоги і безпорадності (фактор С — 3,32 та І — 4,33), очікування неприємностей (фактор Н — 3,70 та F — 4,41), тривожність й занепокоєння (фактор О — 6,58; Q₄ — 6,41), хаотичність й неорганізованість в діях (фактор Q₃ — 4,64 та G — 4,41).

При цьому хлопчики з групи дітей із родин вимушених переселенців з РА характеризувалися стриманістю, холодністю, відчуженістю (фактор А — 3,79 у хлопчиків та 3,87 у дівчаток); реалістичністю та незалежністю (фактор І — 4,24 у хлопців та 4,42 у дівчат); меншою соціальною чутливістю та точністю (4,47 й 4,71 відповідно хлопці та дівчата — фактор Q₃) й легкою адаптованістю (фактор Q₄ — 6,33 та 6,53 відповідно хлопці і дівчата). Дівчатка ж, на відміну від хлопців, були більш емоційно нестійкі та збудливі, невротично стомлені (фактор С — 3,19 у дівчат та 3,45 у хлопчиків); інертніші та нетерплячіші (фактор D — 6,77 — хлопці, 6,19 — дівчата); відрізнялися вищою нав'язливістю у поведінці та залежністю від інших (фактор E — 5,93 — досліджені чоловічої статі; 5,48 — у жіночої статі); характеризувалися значнішою обережністю (фактор F — 4,45 — хлопчики

і 4,32 — дівчата), сором'язливістю та стриманістю (фактор Н — 3,73 — хлопці й 3,62 — дівчатка); більшою схильністю до депресії, переважанням поганого настрою та негативних передчуттів (фактор О — 6,42 і 6,72 відповідно хлопчики та дівчата).

За результатами «Шкали ситуативної та особистісної тривожності Ч. Д. Спілберга та Ю. Л. Ханіна» (2007) доведено наявність у значної частки обстежуваних дітей з РА із родин вимушених переселенців помірного рівня реактивної тривожності ($33,3 \pm 2,7$ %) з переважанням осіб чоловічої статі ($18,2 \pm 2,2$ %) й дітей віком 11—14 років ($12,1 \pm 1,9$ %) та високого рівня особистісної тривоги ($87,9 \pm 1,9$ %) з переважанням їх у дівчат ($45,5 \pm 2,9$ %) і осіб віком 7—10 та 11—14 років ($33,3 \pm 2,7$ % й $31,8 \pm 2,7$ %), наслідком чого є наявність тривожних станів, невротичних конфліктів, емоційних і невротичних зривів, психосоматичних розладів і захворювань.

Констатовано високі рівні проявів агресії і ворожості за «Методикою діагностики показників та форм агресії Л. Басса та А. Даркі (адаптація О. Осницького, 2008)» у дітей з РА із родин вимушених переселенців, а саме: схильність до використання фізичної сили та агресивності щодо інших осіб (фізична агресія — $87,71 \pm 0,56$; непряма агресія — $88,09 \pm 0,46$; загальний рівень агресивності — $24,12 \pm 0,53$; загальний рівень агресивної мотивації — $24,89 \pm 0,11$), запальність та грубість (індекс роздратування — $69,35 \pm 0,46$), опозиційність в поведінці і негативізм до оточуючих (індекс вербальної агресії — $75,39 \pm 0,36$; негативізму — $82,18 \pm 0,74$), недовіра й пересторога (індекс підозрливості — $75,86 \pm 0,46$; індекс ворожості — $13,7 \pm 0,09$), стійкі докори сумління (індекс почуття провини — $93,29 \pm 0,50$). Доведено залежності формування високого рівня агресивності від наявності у дітей з РА із родин вимушених переселенців фізичної, непрямої та вербальної агресії (коефіцієнт кореляції відповідно $0,5820$; $0,5616$; $0,4782$; $p < 0,05$); високого рівня індексу ворожості від проявів образи та підозрливості (коефіцієнт кореляції $0,7091$ і $0,6352$; $p < 0,05$); агресивної мотивованої діяльності від фізичної та вербальної агресії (коефіцієнт кореляції відповідно $0,5654$ і $0,4821$; $p < 0,05$) і роздратування (коефіцієнт кореляції $0,6049$; $p < 0,05$).

Отже, результати дослідження свідчать про складність та різноманітність клінічних проявів розладів адаптації у дітей із сімей вимушених переселенців. У зв'язку з тим воєнізованим становищем, в якому ми опинилися в останні декілька років, 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.

Список літератури

1. Александровский Ю. А. Состояния психической адаптации и невротические расстройства. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 52 с.
2. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. Т. 14, № 6. С. 22—27.
3. Шестопалова О. П., Чумак В. І. Актуальні проблеми психології в закладах освіти: збірник наукових праць. Кривий Ріг: Видавничий дім, 2011. 343 с.
4. Старик В. А. Характеристика дисоціативних станів при подоланні психічної травми // 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. Маркова М. В., Росінський Г. С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 78—82.

7. Pierre J. M. The borders of mental disorder in psychiatry and the DSM: past, present, and future // 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., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 2000. 232 с.

10. Kawa S., Giordano J. A brief history of the diagnostic and statistical manual of mental disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice // Philos Ethics Humanit Med. 2012. Vol. 13 (7). P. 2—10.

11. Мякотных В. С., Торгашов М. Н. Стресс-индуцированные расстройства / под ред. М. М. Дьяконова. СПб.: «Моби Дик», 2015. 216 с.

12. Герасименко Л. О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі) // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 62—65.

13. Смулевич А. Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств : учеб. пособ. М.: МЕДпресс-информ, 2009. 208 с.

14. Шифнер Н. А., Бобров А. Е., Кулыгина М. А. Клинико-динамическая характеристика расстройств адаптации у студентов // Ученые записки. 2011. № 18 (4). С. 64—66.

15. Кекелидзе З. И. Клиническая картина психических расстройств, возникающих при чрезвычайных ситуациях // Посттравматическое стрессовое расстройство / под ред. В. А. Солдаткина. Ростов-на-Дону, 2015. С. 60—75.

16. Свечников Д. В. Расстройство адаптации у военнослужащих (клиника, диагностика) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук, спец. 14.01.06 — Психиатрия. СПб., 2015. 18 с.

17. Psychosomatic characterization of adjustment disorders in the medical setting: some suggestion for DSM-V / Grassi L., Mangelli L., Fava G. A. [et al.] // J. Affect Dis. 2007. Vol. 101 (1—3). P. 251—254.

18. Михайлов Б. В. Психогенно обусловленные нарушения психической сферы в условиях чрезвычайных ситуаций // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 71—75.

19. Jounger M., Frasch K., Becker T. Adjustment disorders — nosological state and treatment options // Psychiatr Prax. 2008. № 35 (5). P. 219—25.

20. Мирошник И. М., Гаврилин Е. В., Михайлов Б. В. Информационно-энергетический язык продуктивного межличностного взаимодействия // Материалы Международ. конф. «Информоэнергетика третьего тысячелетия», Киев; Кривой Рог, 2003. С. 128—130.

21. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів : монографія / М. С. Корольчук, В. М. Корольчук, С. М. Миронець [та ін.] ; за ред. М. С. Корольчука. К.: Київ. нац. торг.-екон. ун-т, 2014. 276 с.

22. Kasper S. Understanding and treating depression. In: Abstracts of the 20th European Congress of Psychiatry, Prague, 2012 // European Psychiatry. 2012. Vol. 27, Suppl. 1. SOA03-01.

23. Жупанова Д. А. Улучшение комплаенса у пациентов с депрессиями (комплексная система терапии и оценка ее эффективности) // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 68—73.

24. Брюханов А. В., Жовнерчук Е. В., Жовнерчук И. Ю. Анализ вегетативных нарушений при дезадаптациях // Сб. материалов XI Всерос. науч.-практ. конф. М., 2015. С. 74—76.

Надійшла до редакції 29.03.2018 р.

САМОЙЛОВА Олена В'ячеславівна, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: exses@email.ua

SAMOYLOVA Elena, MD, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the Medical Faculty of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: exses@email.ua