

В. С. Підкоритов, О. В. Скринник

**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ  
(огляд літератури)**

V. S. Pidkorytov, O. V. Skrynnyk

**MODERN APPROACHES TO THE STUDY OF ADJUSTMENT DISORDERS  
(literature review)**

**Ключові слова:** розлади адаптації, патогенез, поширеність, критерії діагностики, перебіг, прогноз, лікування

**Keywords:** adjustment disorders, pathogenesis, prevalence, diagnostic criteria, course, prognosis, treatment

Хоча більшість людей швидко пристосовуються до стресових чинників, деякі відчувають серйознішу реакцію на стрес, яка може включати психологічний дистрес та порушення функціонування, тобто емоційну або поведінкову реакцію, непропорційну величині стресора. Цей тип реакції на стрес належить до розладів адаптації (РА). Сьогодні діагностичні критерії РА залишаються розпливчастими та спричиняють труднощі у фахівців з психічного здоров'я.

Метою статті є дослідження на сучасному етапі поняття «розладу адаптації», аналіз та критичний огляд сучасних досліджень цієї проблеми.

Задля досягнення мети проведено ретельний якісний та кількісний контент-аналіз наукової літератури, присвяченої РА. Пошук літератури здійснювали з використанням міжнародних баз даних, як-от PubMed, Google Scholar, Web of Science та CrossRef, за період 1968—2023 роки.

За результатами аналізу літературних джерел відстежено історію появи діагностичної категорії РА та її критеріїв, розглянуті предиктори розвитку, особливості патогенезу, перебігу, прогнозу та сучасні підходи у лікуванні РА.

Although most people quickly adapt to stress factors, some experience a more serious reaction to stress, which may include psychological distress and impaired functioning, that is, an emotional or behavioral reaction disproportionate to the magnitude of the stressor. This type of stress reaction is referred to as an adjustment disorder (AD). Today, the diagnostic criteria for AD remain vague and cause difficulties for mental health professionals.

The aim of the article is to study the concept of "adjustment disorder" at the current stage, analyze and critically review modern research on this problem.

To achieve the goal, a thorough qualitative and quantitative content analysis of the scientific literature on AD was conducted. The literature search was carried out using international databases, such as PubMed, Google Scholar, Web of Science and CrossRef, for the period 1968—2023.

Based on the results of the analysis of literary sources, the history of the emergence of the diagnostic category of RA and its criteria was traced, predictors of development, features of pathogenesis, course, prognosis and modern approaches to the treatment of RA were considered.

Стресові події повсюдно трапляються в сучасному житті. Вони глибоко впливають на психологічну адаптацію та фізичне здоров'я людини [1]. В Україні в умовах повномасштабної російської агресії в населенні спостерігається одночасне виникнення різноманітних негативних наслідків як індивідуальної, так і колективної травматизації. Війна є ідеальним субстратом для підвищення серед населення рівня психічних розладів. У середньому поширеність афективних розладів, спричинених стресом, як серед біженців, так і серед загального населення, яке залишилося в зоні конфлікту, сягає 30 % [2]. Хоча більшість людей відносно швидко пристосовується до дії стресових чинників, деякі відчувають серйознішу реакцію на них, яка може включати психологічний дистрес та порушення функціонування, тобто емоційну або поведінкову реакцію, непропорційну величині стресора [3]. Цей тип реакції на стрес належить до розладів адаптації (РА). Сьогодні діагностичні критерії РА залишаються розпливчастими та спри-

чиняють труднощі у фахівців з психічного здоров'я. Деякі вчені висловлюють занепокоєння щодо достовірності діагнозу РА. Наприклад, незрозуміло, чим РА відрізняються від звичайної гострої реакції на стрес. Науковці вважають, що вимога, щоб симптоми були клінічно значущими, є занадто суб'єктивною [4]. Відсутність об'єктивних критеріїв для розрізнення надмірного дистресу від нормального дистресу утруднює діагностику.

Метою статті є вивчення на сучасному етапі поняття «розлад адаптації», аналіз та критичний огляд сучасних досліджень з цієї проблеми.

Задля досягнення мети проведено ретельний якісний та кількісний контент-аналіз сучасної наукової літератури, присвяченої РА, предикторам їх розвитку, особливостям патогенезу, критеріям діагностики відповідно до різних діагностичних керівництв та настанов, клінічній картині, перебігу, прогнозу та підходам у лікуванні. Пошук літератури здійснювали з використанням міжнародних баз даних, а саме PubMed, Google Scholar, Web of Science та CrossRef, за період 1968—2022 роки.

Це дослідження виконане в рамках науково-дослідної роботи «Розробити метод комплексного лікування постстресових розладів, що розвинулись внаслідок бойових дій, з використанням інноваційних терапевтичних технологій» (Шифр НАМН.ПР.4П.24; № державної реєстрації 0123U104822).

Визначення подібних розладів включено в діагностичну класифікацію понад 70 років тому. Деякі з науковців стверджували, що вони були створені навмисно як неспецифічна нозологія з метою ідентифікації ранніх стадій основних психічних розладів [5; 6]. На початку в *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 1<sup>st</sup> edition (DSM-1)*, яка була випущена в 1952 р., їх назвали «транзиторним ситуативним розладом особистості». Пізніше вони трансформувалися в «транзиторні ситуаційні порушення» в *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 2<sup>nd</sup> edition (DSM-2)*. Термін «розлад адаптації» вперше був використаний в *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup> edition (DSM-3)* 1980 року [5; 7; 8].

П'ять основних діагностичних критеріїв ПА наведені в *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> edition (DSM-5)* та віддзеркалюють сучасне бачення нозології. Перший критерій вказує на те, що ПА можна діагностувати тільки, якщо симптоми виникли протягом трьох місяців після впливу ідентифікованого стресора (ів). Другий критерій уточнює клінічне значення симптомів ПА — реакції на стрес повинні бути непропорційними нормальній реакції відповідно до соціального чи культурного контексту, і має бути значне порушення у важливих сферах життя. Також порушення не повинно відповідати критеріям іншого психічного розладу. ПА не слід діагностувати у випадках нормальної реакції на важку втрату. Вони мають тенденцію зникати протягом шести місяців після закінчення впливу стресора.

Специфікація підтипів ПА в *DSM-5* включає: ПА з пригніченим настроєм, з тривогою, зі змішаними тривогою і депресією, з порушенням поведінки та зі змішаним порушенням емоцій і поведінки. Високий ризик суїцидальності також був визначений як важливий діагностичний критерій для ПА у *DSM-5*. Також вказано, що ПА можна діагностувати, коли інші психічні розлади не можуть пояснити появу симптомів, пов'язаних зі стресом [3].

В Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) ПА визначається як дезадаптивна реакція на виявлений стресор, в т. ч. значні зміни в житті або стресову подію. Його прояви характеризуються суб'єктивним дистресом та емоційними порушеннями, а також можуть включати депресію, тривогу та нездатність впоратися з вказаними симптомами [9].

В Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) введено нову структуру симптомів ПА на основі попередніх емпіричних висновків і доступних психологічних теорій реакції на стрес [10]. Суть пропозиції полягає в виокремленні двох основних симптомів: 1) заклопотаність стресовими чинниками (занепокоєння, роздуми, повторювані та три-

вожні думки про стресор) та 2) неспроможність адаптуватися, що заважає повсякденній діяльності функціонування. Ключові моменти визначення ПА за МКХ-11 такі: ідентифікований стресор(и); дезадаптивні реакції, які виникають протягом одного місяця після впливу стресора і мають тенденцію зникати протягом шести місяців, якщо дія стресора закінчилася; заклопотаність і неспроможність адаптуватися, пов'язані з ідентифікованим стресором. Також уточнюється, що симптоми не повинні належати до іншого психічного або поведінкового розладу. Основне оновлення МКХ-11 полягає в тому, що введено нову особливу структуру симптомів. Її більша діагностична специфічність, ймовірно, покращить здатність диференціювати ПА від нормальної реакції на стрес [11]. Ці критерії можуть також допомогти краще розрізнити ПА та інші діагнози.

Два набори діагностичних критеріїв відрізняються в ключових областях. Визначення ПА в МКХ-11 потребує виявлення значних порушень особистісного, професійного та/або соціального функціонування. Навпаки, *DSM-5* не потребує наявності у людини обов'язкових функціональних порушень — достатньо виявити будь-яке з порушень функціонування або дистрес, який є непропорційним тяжкості стресора. МКХ-11 також передбачає, що симптоми повинні з'явитися протягом одного місяця після дії стресового чинника, тоді як *DSM-5* передбачає більше часові вікно для початку ПА — три місяці. Крім того, *DSM-5* визначає, що ці симптоми не можуть становити нормальну та культурно відповідну втрату, хоча це не згадується в МКХ-11. Однак найбільш істотною відмінністю між діагностичними визначеннями є те, що МКХ-11 потребує симптомів занепокоєння стресором та його наслідками у вигляді періодичних тривожних думок. *DSM-5* не містить вказівок щодо симптомів, які може викликати дистрес. Інша ключова відмінність між цими двома системами полягає в тому, що МКХ-11 не має будь-яких посилень на клінічні варіанти ПА. І навпаки, *DSM-5* поділяє розлад на серію з шести підтипів, кожен з яких має свої специфічні симптоми. Як *DSM-5*, так і МКХ-11 дотримуються концепції, що розлад адаптації можна діагностувати лише за відсутності іншого психічного розладу [12].

Але через недостатньо чіткі критерії діагностики, ризик віднесення нормальної реакції на стрес до патологічної, у дослідників існує думка, що ПА треба використовувати як залишкову категорію, коли профіль симптомів не відповідає жодному іншому діагнозу [13—15]. ПА мають схожі риси з декількома психічними розладами, зокрема посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та тривогою. Як і ПТСР, вони вважаються стресовими розладами і розташовані в континуумі реакції на стрес [6; 16]. Для діагнозу ПТСР наявність загрозливих та травматичних подій поза діапазоном нормального досвіду є обов'язковим критерієм, але це не стосується ПА. Тут діапазон можливих подій, які кваліфікують як провокаційний стресор, набагато ширший і включає

найпоширеніші негативні життєві події [17]. Типи стресорів, що викликають РА, про які найчастіше повідомлялося, це — серйозна хвороба, конфлікти з сусідами та конфлікти, пов'язані з роботою [18].

Незважаючи на те, що підтипи РА виключені в МКХ-11, однак потрібна подальша оцінка того, чим розлади адаптації відрізняються від інших розладів. Strain (2011) висунув теорію про те, що підтипи розладу адаптації, ймовірно, пов'язані зі змінами в механізмах гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, які також трапляються при депресивних і тривожних розладах. Отже, розлади адаптації мають спільні риси з депресією, тривогою та ПТСР [19]. Схоже, що РА та великий депресивний розлад мають збіжні профілі симптомів і відрізняються лише за тяжкістю симптомів і прогнозом [20]. Зокрема, РА мають нижчі показники депресивних симптомів та вищі показники життєвих подій як порівняти з депресивним епізодом [21].

Для об'єктивізації в процесі діагностики РА та з'ясування співвідношення афективних порушень та залученості пацієнта до стресу в протоколи надання медичної допомоги рекомендовано використовувати шкалу депресії, тривоги і стресу (DASS-21) [22—24].

Діагноз РА є поширеним у клінічній практиці, особливо в країнах, населення яких зазнало впливу сильного стресу. Їх поширеність коливається від 6 % до 40 % серед біженців. Вони спостерігаються в 19 % онкологічних й гематологічних хворих [25—27]. За даними науковців, середня поширеність РА в популяції становить 0,9 %. Ще у 1,4 % вибірки діагностовано РА без відповідності до клінічного критерію розладу [28; 29]. В закладах первинної медичної допомоги вони виявляються у 11—18 % пацієнтів із встановленими психічними розладами [30]. В різних країнах показники поширеності в населенні РА мають суттєві розбіжності. Наприклад, в Іспанії вони становлять 2,94 % [31]. А серед пацієнтів, госпіталізованих до психіатричного стаціонару державного сектора США, РА діагностовано в 9 % пацієнтів. Це був третій за поширеністю діагноз після психотичних захворювань та афективних розладів. В Нью-Джерсі (США) 7,1 % дорослих і 34,4 % підлітків були госпіталізовані з приводу РА, хоча діагноз у деяких пацієнтів під час повторної госпіталізації був в подальшому змінений [32]. Водночас в Бельгії РА виявлений у 17,1 % пацієнтів, які звернулися по невідкладну психіатричну допомогу [33].

Багатопротильне дослідження, проведене в консультативних психіатричних службах семи університетських лікарень у Сполучених Штатах, Канаді та Австралії, встановило, що діагноз РА спостерігався в 12,0 % випадків психіатричних консультацій. У 7,8 % випадків він був єдиним діагнозом та в 4,2 % — супутнім діагнозом з іншими психічними діагнозами. Окрім того, отримані дані, що діагноз РА встановлений у 15 % осіб із коморбідним розладом особистості, в 7 % — з органічним психічним розладом і 7 % — у осіб із розладами, пов'язаними із зловживанням

психоактивними речовинами [34]. Два дослідження лікарень загальносоматичного профілю виявили, що поширеність РА з депресивним настроєм в них становила 13,77 % серед пацієнтів соматичних стаціонарів і 11,5 % серед пацієнтів відділень психіатричного профілю [33; 35]. Також РА був найпоширенішим діагнозом (7,1 %) серед післяопераційних пацієнтів із раком молочної залози в Німеччині [36]. Дослідження, проведене в Японії, показало, що поширеність РА серед хірургічних пацієнтів значно більша та становить 35 % у випадку рецидиву раку молочної залози [37]. Bazuyuchis na danih bagat'box doslidzhen, A. Mitchell iz spivavtorami (2011) diyshov visnovku, sho поширеність РА серед дорослих пацієнтів в онкологічних, гематологічних стаціонарах та паліативних закладах становить 15,4 % [38]. Водночас в деяких наукових роботах продемонстровано, що РА також є найбільш часто діагностованим розладом психічного здоров'я серед військових [39].

Краще розуміння предикторів РА може значно поліпшити скринінг і профілактику цього виду патології. Незважаючи на відсутність переконливих даних, кілька напрямків дослідження дають змогу нам теоретизувати, які змінні можуть бути пов'язані з РА. Особливо інформативною є література про індивідуальні відмінності у реакції на стрес і їх вплив на психічне здоров'я [40].

Не кожен, хто переживає стресові події, зазнає на них хворобливу реакцію або одержує РА. Індивідуальні відмінності людей визначають, як вони реагують на стрес. Доведено, що деякі люди більш схильні до виникнення у них негативних наслідків після перенесеної стресової ситуації. Стать, культура та етнічна належність також впливають на реакцію людини на стрес [1]. Ці групові відхилення людей у стійкості до стресу лежать в основі відмінностей у їхньому психічному здоров'ї [41].

Аналізуючи понад 200 досліджень, Kelber M. S. із співавт. (2022) виявили, що жіноча стать, молодший вік, статус безробітного, стрес, фізичні захворювання та травми, низька соціальна підтримка та історія розладів психічного здоров'я передбачають частіше формування РА. Більшість із цих предикторів відрізняли осіб із РА від осіб без розладів психічного здоров'я у минулому. Було відзначено, що обстежені з РА в минулому частіше зазнавали нещасних випадків, ніж ті, хто страждав від ПТСР. Однак вони рідше стикалися з нападами та жорстоким поведінням або зневагою. Потрібні додаткові дослідження для виявлення ознак, які відрізняють РА від інших розладів психічного здоров'я [42].

З біологічної точки зору, при РА трапляється комплексне порушення гіпоталамо-гіпофізарної, норадренергічної, серотонінергічної, дофамінергічної та нейропептидної систем [43].

Своєчасна медична допомога при РА дає змогу досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, в тому числі трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому [22].

Лікування пацієнтів із серйозними станами дезадаптації має бути диференційованим залежно від переважних клінічних ознак і причин виникнення. Терапія РА має на меті адаптацію пацієнта до нових умов, прийняття пережитого стресу як частини життєвого досвіду та певного етапу життя. Її можна здійснювати за допомогою психоосвітніх занять, психо- та фармакотерапії [44].

Психоосвіту спрямовують на подолання та усунення дефіциту знань щодо негативного впливу та наслідків стресу, а також ознайомлення зі шляхами його подолання. Психоосвітні заняття орієнтуються на пояснення та донесення потрібної інформації про психічне здоров'я, можливі варіанти психічних розладів, їх причини виникнення, ознаки та наслідки, способи та варіанти допомоги. Зокрема, проведення психоосвітніх занять сприяє швидкій та ефективній редукції симптоматики у пацієнтів із РА, і в разі легкої її форми вони можуть використовувати вправи самостійно. Легкі форми РА протягом шести місяців можуть зникати без терапії [45; 46].

Психотерапія є провідною та невід'ємною частиною лікування пацієнтів з РА. Рекомендовано застосовувати когнітивно-поведінкову, системну сімейну психотерапію, як у індивідуальних, так і групових формах. Ці форми роботи бажано доповнювати використанням релаксаційних методик, арттерапії та музикотерапії, що дає змогу досягти очікуваного позитивного результату [47—49].

Психотерапія є важливим елементом лікування РА, оскільки спрямована на поліпшення психічного стану пацієнта та полегшення його адаптації до травматичного досвіду. Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування. Фармакотерапію РА слід розглядати як альтернативу психотерапії лише тоді, коли пацієнт не може проходити психотерапію або не отримує задовільних результатів на попередніх етапах лікування. Антидепресанти належать до першого ряду психотропних засобів, що призначають при РА. Якщо немає відповіді на них, слід розглядати альтернативні препарати, комбіновану терапію та можливість додаткової психотерапії для оптимізації результатів [22].

Призначення фармакотерапії залежить від тяжкості перебігу РА та особливостей клінічної картини з переважанням того чи того синдромокомплексу. Найчастіше під час лікування використовують транквілізатори, антидепресанти та снодійні препарати. Призначення транквілізаторів має бути максимально обґрунтованим та короточасним. В разі переважання депресії в клінічній картині РА комбінують призначення анксиолітиків та антидепресантів із групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІОЗС). Тривалість застосування антидепресантів в середньому становить близько шести місяців, але може сягати й двох років [44; 50—52].

Деякі клінічні дослідження вказують на добру ефективність бензодіазепінових транквілізаторів [53; 54]. Деякі з авторів рекомендують призначати антидепресанти із групи СІОЗС лише при хронічних

стресових розладах, що характеризуються стабільною депресивною симптоматикою. Встановлено, що бензодіазепінові транквілізатори ефективні за наявності вираженої тривоги та вегетативно-соматичної симптоматики, проте, на відміну від антидепресантів, надають незначний вплив на специфічні симптоми. Загалом наявні результати свідчать про необхідність вкрай обережного призначення бензодіазепінових транквілізаторів і лише протягом кількох днів для усунення тривожних проявів стресових розладів.

Найчастіше використовують поєднання психота фармакотерапії. В огляді 2018 року O'Donnell із співавторами дослідили 29 випробувань терапії РА, які вивчали сучасні варіанти психологічного та фармакологічного втручання [55]. Вони виявили, що якість доказів у цих дослідженнях була від «низької» до «дуже низької» відповідно до вказівок щодо класифікації оцінки розробки та оцінки якості рекомендацій. Ключовим обмеженням більшості цих досліджень була відсутність вимірювання РА, малий розмір вибірки та відсутність подальших оцінок.

Оскільки РА може бути розглянутим як субклінічний розлад, то доцільно враховувати те, що він може позитивно реагувати навіть на коротке втручання меншої інтенсивності. Це узгоджується з літературними даними, які показують, що розлад адаптації в деяких випадках позитивно реагує на бібліотерапію для самопомоги та інші самостійні онлайн-втручання [56]. Втручання, призначені для виконання неспеціалістами з метою підвищення їхньої доступності, можуть також бути ефективними в терапії РА. Деякі метааналізи показують, що адекватне залучення до допомоги особам з РА неспеціалістів може привести до значних поліпшень їх психічного здоров'я [57; 58].

Існує декілька варіантів перебігу РА. Сприятливий перебіг позначається поступовим регресом психопатологічної симптоматики і повним одужанням із відновленням повноцінного соціального функціонування. Він може тривати до двох років [59]. У разі затяжного (протрагованого) типу перебігу РА відбувається трансформація хворобливих проявів в затяжні дезадаптаційні реакції або у періодично повторювані реакції на кшталт кліше, у перервах між якими стан особи нормалізується. Головною небезпекою в цих випадках, окрім високого ризику суїцидальних проявів, становить перспектива поглиблення психопатологічної симптоматики з розвитком дистимій, депресивних епізодів чи нозофобічних ознак у межах формування іпохондричної спрямованості особистості [60; 61]. Несприятливі варіанти перебігу часто ускладнюються розвитком вторинних хімічних і нехімічних залежностей [2; 62]. Крім того, кожен наступний критичний стрес підвищує чутливість людини до стресу та може провокувати рецидив РА.

Для прогнозу динаміки стресових розладів важливі значущі особистісні чинники, що характеризують особливості сприйняття психотравматичної

ситуації. До них, зокрема, належать варіанти особистісної афективності, які великою мірою визначають психопатологічні та деякі патогенетичні особливості тривожного, тужливого або апатичного діапазону стресових розладів депресивного спектра.

На підставі виокремлених у різних дослідженнях прогностичних чинників можна лише з високою часткою умовності окреслити основні напрями профілактики затяжного перебігу стресових розладів із застосуванням психофармакотерапії.

Статусу РА як субсиндромального розладу також можуть сприяти різні результати його епідеміологічних досліджень, частково через складну диференціальну діагностику та низьку діагностичну стабільність. З одного боку, діагноз РА може перетворювати на патологію нормальну реакцію на стрес [40; 63; 64]. Причиною цього є відсутність клінічно прийнятого об'єктивного вимірювання базової тяжкості симптомів. З іншого боку, РА часто характеризується тривогою або депресією. Критерій тривалості РА — 6 місяців — може сприяти зміні одного діагнозу на інший, наприклад, на генералізований тривожний розлад. Попередні дослідження показали, що в деяких субпопуляціях симптоми можуть посилюватися згодом, позначаючи траєкторію до більш серйозного розладу. Отже, діагноз РА ставлять зазвичай пацієнтам з легкими, минулими станами, якщо стресор або його наслідки зберігаються. Це утруднює визначення типового прогнозу.

У дослідженні O'Donnell із співавт. (2016) доведено, що люди, які пережили психічну травму та мали РА через три місяці після її впливу, через рік спостереження в 2,67 рази частіше відповідали критеріям більш серйозного психічного розладу (зокрема і ПТСР, великий депресивний розлад і генералізований тривожний розлад) проти тих, хто не мав розладів психіки через три місяці [14]. Крім того, у цьому ж дослідженні 34,6 % пацієнтів із РА все ще відповідали діагностичним критеріям через дванадцять місяців від психотравми, що свідчить про збереження симптомів. Цей висновок суперечить припущенню, що РА є короткостроковим діагнозом. Він доводить, що цей розлад може прогресувати до більш серйозного психічного розладу.

РА суттєво впливають на подальше життя пацієнтів. Дослідження серед американських військово-службовців показало, що РА може бути пов'язаним зі скороченою військовою кар'єрою, особливо якщо дебют захворювання припав на ранню стадію служби [65]. Також дослідження демонструють, що РА може бути пов'язаний і з різноманітними функціональними порушеннями у соціальному житті цивільного населення [66].

Отже, діагноз РА на сьогодні має досить розмиті критерії, потребує більш окреслених діагностичних рамок, а також впровадження в клінічну практику новітніх сучасних методів лікування. Це слід обов'язково брати до уваги і під час проведення наукових досліджень з проблеми виникнення, перебігу, прогнозу, лікування РА у наш час в Україні.

## Список літератури

- Schwarzer R., Luszczynska A. Stressful life events. In: *Handbook of psychology: Health psychology* (2<sup>nd</sup> ed.) / A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller, & I. B. Weiner (Eds.). John Wiley & Sons, Inc., 2013. P. 29—56.
- Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? // *Український медичний часопис*. 2022. Т. 4 (150). С. 1—11. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.150.232297.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5<sup>th</sup> ed. / American Psychiatric Association. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc., 2013. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Bachem R., Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come // *Affect Disord*. 2018. Vol. 227. P. 243—253. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.034.
- Strain J. J., Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses // *Compr Psychiatry*. 2008. Vol. 49(2). P. 121—130. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.10.002.
- Strain J. J., Friedman M. J. Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5 // *Depress Anxiety*. 2011. Vol. 28(9). P. 818—823. DOI: 10.1002/da.20782.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Publications; 1968.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3<sup>rd</sup> ed), (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
- World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11 / Maercker A., Brewin C. R., Bryant R. A., [et al.] // *World Psychiatry*. 2013. Vol. 12(3):198—206. DOI: 10.1002/wps.20057.
- Bachem R., Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come // *J Affect Disord*. 2018. Vol. 227. P. 243—253. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.034.
- Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions / O'Donnell M. L., Agathos J. A., Metcalf O., [et al.] // *Int J Environ Res Public Health*. 2019. Vol. 16(14). P. 2537. DOI: 10.3390/ijerph16142537.
- Semprini F. The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful / F. Semprini, G. A. Fava, N. Sonino // *CNS Spectr*. 2010. Vol. 15(6). P. 382—388. DOI: 10.1017/s1092852900029254.
- A longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure / O'Donnell M. L., Alkemade N., Creamer M., [et al.] // *Am J Psychiatry*. 2016. Vol. 173(12). P. 1231—1238. DOI: 10.1176/appi.ajp.2016.16010071.
- Casey P. Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary / P. Casey, C. Dowrick, G. Wilkinson // *Br J Psychiatry*. 2001. Vol. 179. P. 479—481. DOI: 10.1192/bjp.179.6.479.
- Horowitz, M. J. *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders (3<sup>rd</sup> ed.)*. Jason Aronson, 1997.
- Baumeister H., Kufner K. It is time to adjust the adjustment disorder category // *Curr Opin Psychiatry*. 2009. Vol. 22(4). P. 409—412. DOI: 10.1097/YCO.0b013e32832cae5e.
- Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany / Maercker A., Forstmeier S., Pielmaier L., [et al.] // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012. Vol. 47(11). P. 1745—1752. DOI: 10.1007/s00127-012-0493-x.

19. Strain J. J. The psychobiology of stress, depression, adjustment disorders and resilience // *World J Biol Psychiatry*. 2018. Vol. 19(sup1). S14—S20. DOI: 10.1080/15622975.2018.1459049.
20. Baumeister R. F. Prosocial benefits of feeling free: disbelief in free will increases aggression and reduces helpfulness / R. F. Baumeister, E. J. Masicampo, C. N. Dewall // *Pers Soc Psychol Bull*. 2009. Vol. 35(2). P. 260—268. DOI: 10.1177/0146167208327217.
21. Suicidality in Women with Adjustment Disorder and Depressive Episodes Attending an Irish Perinatal Mental Health Service / Doherty A. M., Crudden G., Jabbar. F, [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019. Vol. 16(20). P. 3970. DOI: 10.3390/ijerph16203970.
22. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації»: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 2024 року № 1265. 80 с.
23. Coker A. O. Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) / A. O. Coker, O. O. Coker, D. Sanni // *Afr Res Rev*. 2018. Vol. 12(2). P. 135—142. DOI: 10.4314/afrr.v12i2.13.
24. Гусакова І. В. Депресія, тривога та стрес (за результатами тесту DASS-21) у студентів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова / І. В. Гусакова, С. В. Коновалов, Л. Л. Хмель // *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2023. Т. 27, № 1. С. 17—21. DOI:10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-03.
25. Zelviene P., Kazlauskas E. Adjustment disorder: current perspectives // *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018. Vol. 14. P. 375—381. Published 2018 Jan 25. DOI: 10.2147/NDT.S121072.
26. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care setting: A meta-analysis of 94 interview based studies / Mitchell A., Chan M., Bhatti H., [et al.] // *The lancet oncology*. 2011. Vol. 12. P. 160—174. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
27. Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings / [Dobricki M., Komproe I. H., de Jong J. T., Maercker A.] // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010. Vol. 45(1). P. 39—46. DOI: 10.1007/s00127-009-0039-z.
28. Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. ODIN Group / Dowrick C., Casey P., Dalgard O., [et al.] // *Br J Psychiatry*. 1998. Vol. 172. P. 359—363. DOI: 10.1192/bjp.172.4.359.
29. Adjustment disorders: Prevalence in a representative nationwide survey in Germany / Maercker A., Forstmeier S., Pielmaier L., [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012. Vol. 47. P. 1745—1752. DOI: 10.1007/s00127-012-0493-x.
30. Casey P. R. The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care / P. R. Casey, S. Dillon, P. J. Tyrer // *Psychol Med*. 1984. Vol. 14. P. 673—681. DOI: 10.1017/s0033291700015282.
31. Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services / Fernández A., Mendive J. M., Salvador-Carulla L., [et al.] // *Br J Psychiatry*. 2012. Vol. 201. P. 137—142. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.096305.
32. Greenberg W. M. Adjustment disorder as an admission diagnosis / W. M. Greenberg, D. N. Rosenfeld, E. A. Ortega // *Am J Psychiatry*. 1995. Vol. 152. P. 459—461. DOI: 10.1176/ajp.152.3.459.
33. Snyder S. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting / S. Snyder, J. J. Strain, D. Wolf // *Gen Hosp Psychiatry*. 1990. Vol. 12. P. 159—165. DOI: 10.1016/0163-8343(90)90074-m.
34. Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting / Strain J. J., Smith G. C., Hammer J. S., [et al.] // *Gen Hosp Psychiatry*. 1998. Vol. 20. P. 139—149. DOI: 10.1016/s0163-8343(98)00020-6.
35. Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital / [Popkin M. K., Calles A. L., Colón E. A., Stiebel V.] // *Psychosomatics*. 1990. Vol. 31. P. 410—414. DOI: 10.1016/S0033-3182(90)72136-6.
36. Mehnert A., Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study // *Psychooncology*. 2007. Vol. 16. P. 181—188. DOI: 10.1002/pon.1057.
37. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors / Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M., [et al.] // *Breast Cancer Res Treat*. 2000. Vol. 61. P. 131—137. DOI: 10.1023/a:1006491417791.
38. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies / Mitchell A. J., Chan M., Bhatti H., [et al.] // *Lancet Oncol*. 2011. Vol. 12. P. 160—174. DOI: 10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
39. Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults / Kelber M. S., Morgan M. A., Beech E. H., [et al.] // *J Affect Disord*. 2022. Vol. 304. P. 43—58. DOI: 10.1016/j.jad.2022.02.038.
40. Adjustment disorders: A research gaps analysis / Morgan M. A., Kelber M. S., Workman D. E., [et al.] // *Psychol Serv*. 2022. Vol. 19(2). P. 283—293. DOI: 10.1037/ser0000517.
41. Turner R, Lloyd D. Stress Burden and the Lifetime Incidence of Psychiatric Disorder in Young Adults: Racial and Ethnic Contrasts // *Archives of general psychiatry*. 2004. Vol. 61. P. 481—488. DOI: 10.1001/archpsyc.61.5.481.
42. Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults / Kelber M. S., Morgan M. A., Beech E. H., [et al.] // *J Affect Disord*. 2022. Vol. 304. P. 43—58. DOI: 10.1016/j.jad.2022.02.038.
43. Vermetten E., Bremner J. Circuits and systems in stress. I. Preclinical studies // *Depression and anxiety*. 2002. Vol. 15(3). P. 126—147. DOI: 10.1002/da.10016.
44. Герасименко Л. О. Розлади адаптації та реакції на стрес // *НейроNews*. 2022. Т. 9—10 (137). С. 18—20.
45. Кожина А. М. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, В. В. Шикова // *Український вісник психоневрології*. 2015. Т. 23, 2 (83). С. 109. Режим доступу: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/10209>.
46. Кожина А. М. Роль психообразовательных программ в оказании психиатрической помощи / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, Г. А. Самардакова // *Український вісник психоневрології*. 2010. Т. 18, вип. 3 (64). С. 130. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2010\\_18\\_3\\_149](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2010_18_3_149).
47. Скрипніков А. М. Психосоціальна дезадаптація при посттравматичному стресовому розладі у жінок: монографія / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2016. 157 с.
48. Гринь К. В. Терапевтичні аспекти лікування післятравматичних стресових розладів та розладів адаптації / К. В. Гринь, А. М. Скрипніков, Я. П. Мартиненко // *Психіатрія*

XXI століття: проблеми та інноваційні рішення : матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю, Київ, 27—29 квітня 2017 року. 2017. Т. 23, №1. С. 79. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/7632>.

49. Ісаков Р. І. Психосоціальна дезадаптація у жінок з депресивними розладами різного генезу (психодіагностика, феноменологія, психосоціальна реабілітація): автореф. дис на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 19.00.04 «Медицина психологія». Харків, 2021. 40 с.

50. Clinical and psychopathological features of internally displaced women with adjustment disorders / R. I. Isakov, A. M. Skrypnikov, L. O. Herasymenko [et al.] // *Світ медицини та біології*. 2021. Vol. 1 (75). P. 64—68.

51. Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Особливості континууму соціально-психологічної адаптації — дезадаптації у жінок з різними генезом депресії та вираженістю проблем у психосоціальному функціонуванні // *Архів психіатрії*. 2019. Т. 1. С. 56—62.

52. Leedom L. J., Almas L. H. Is psychopathy a disorder or an adaptation? // *Front Psychol*. 2012. Vol. 3. P. 549. DOI: 10.3389/fpsyg.2012.00549.

53. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use // *Drugs*. 1994. Vol. 48(1). P. 25—40. DOI: 10.2165/00003495-199448010-00004.

54. Mellman T. A. Pilot evaluation of hypnotic medication during acute traumatic stress response / T. A. Mellman, P. M. Byers, J. S. Augenstein // *J Trauma Stress*. 1998. Vol. 11(3). P. 563—569. DOI: 10.1023/A:1024460814230.

55. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults / O'Donnell M. L., Metcalf O., Watson L., [et al.] // *J Trauma Stress*. 2018. Vol. 31(3). P. 321—331. DOI: 10.1002/jts.22295.

56. Internet-Based Self-Help Intervention for ICD-11 Adjustment Disorder: Preliminary Findings / Eimontas J., Rimsaite Z., Gegieckaite G., [et al.] // *Psychiatr Q*. 2018. Vol. 89(2). P. 451—460. DOI: 10.1007/s11126-017-9547-2.

57. Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries / Singla D. R., Kohrt B. A., Murray L. K., [et al.] // *Annu Rev Clin Psychol*. 2017. Vol. 13. P. 149—181. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217.

58. Piloting a scalable, post-trauma psychosocial intervention in Tuvalu: the Skills for Life Adjustment and Resilience (SOLAR) program / Gibson K., Little J., Cowlshaw S., [et al.] // *Eur J Psychotraumatol*. 2021. Vol. 12(1):1948253. DOI: 10.1080/20008198.2021.1948253.

59. Suicidal behavior in adjustment disorder patients / Bolu A., Doruk A., Ak M., [et al.] // *Düşünen Adam — Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012. Vol. 25 (1). P. 58—62.

60. Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status // *J Psychiatr Pract*. 2001. Vol. 7(1). P. 32—40. DOI: 10.1097/00131746-200101000-00004.

61. Herasymenko L. O. Psychosocial aspects of adjustment disorders in women // *Wiadomosci Lekarskie*. 2020. Vol. 2. P. 352—354. DOI: 10.36740/WLek202002127.

62. Невротичні, соматоформні розлади та стрес : навч. посібник / [Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов, А. Мамчур, Т. В. Малишко] ; за ред. проф. Л. М. Юр'євої. Дніпропетровськ, 2006. 116 с.

63. Rahel B., Patricia C. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come // *J of Affective Disorders*. 2018. Vol. 227. P. 243—253. DOI: 10.1016/j.jad.2017.10.034.

64. Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: A systematic review / Morgan M. A., Kelber M. S., Bel-

lanti D. M., [et al.] // *J Psychiatr Res*. 2022. Vol. 156. P. 498—510. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2022.10.052.

65. Adjustment disorders: A research gaps analysis / Morgan M. A., Kelber M. S., Workman D. E., [et al.] // *Psychol Serv*. 2022. Vol. 19(2). P. 283—293. DOI: 10.1037/ser0000517.

66. Long-term sickness absence due to adjustment disorder / Catalina-Romero C., Pastrana-Jiménez J. I., Tenas-López M. J., [et al.] // *Occup Med (Lond)*. 2012. Vol. 62(5). P. 375—378. DOI: 10.1093/occmed/kqs043.

## References

1. Schwarzer R., Luszczynska A. Stressful life events. In A. M. Nezu, C. M. Nezu, P. A. Geller, & I. B. Weiner (Eds.), *Handbook of psychology: Health psychology* (2<sup>nd</sup> ed.). John Wiley & Sons, Inc., 2013; 29—56.

2. Chaban O.S., Khaustova O.O. Medyko-psykholohichni naslidky dystresu viyny v Ukraini: shcho my ochikuyemo ta shcho potribno vrakhovuvaty pry nadanni medychnoyi dopomohy? [Medical and psychological consequences of war distress in Ukraine: what do we expect and what should be taken into account when providing medical aid?]. *Ukr. Med. Chasopys [Ukrainian Medical Journal]*, 2022;4(150): -11. doi:10.32471/umj.1680-3051.150.232297. (In Ukrainian).

3. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5<sup>th</sup> ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

4. Bachem R, Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *J Affect Disord*. 2018;227:243-253. doi:10.1016/j.jad.2017.10.034. 2018;227:243-253.

5. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2008;49(2):121-30. doi:10.1016/j.comppsy.2007.10.002.

6. Strain JJ, Friedman MJ. Considering adjustment disorders as stress response syndromes for DSM-5. *Depress Anxiety*. 2011;28(9):818-23. doi:10.1002/da.20782.

7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC: American Psychiatric Publications; 1998.

8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3<sup>rd</sup> ed), (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.

9. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization; 1992.

10. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA, et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*. 2013 Oct;12(3):198-206. doi:10.1002/wps.20057.

11. Bachem R, Casey P. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *J Affect Disord*. 2018;227:243-253. doi:10.1016/j.jad.2017.10.034.

12. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(14):2537. Published 2019 Jul 16. doi:10.3390/ijerph16142537.

13. Semprini F, Fava GA, Sonino N. The spectrum of adjustment disorders: too broad to be clinically helpful. *CNS Spectr*. 2010;15(6):382-388. doi:10.1017/s1092852900029254.

14. O'Donnell ML, Alkemade N, Creamer M, et al. A longitudinal study of adjustment disorder after trauma exposure.

- Am J Psychiatry*. 2016;173(12):1231-1238. doi:10.1176/appi.ajp.2016.16010071.
15. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry*. 2001;179:479-81. doi:10.1192/bjp.179.6.479.
16. Horowitz, M. J. (1997). *Stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Jason Aronson.
17. Baumeister H, Kufner K. It is time to adjust the adjustment disorder category. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(4):409-412. doi:10.1097/YCO.0b013e32832cae5e.
18. Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, et al. Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(11):1745-52. doi:10.1007/s00127-012-0493-x.
19. Strain JJ. The psychobiology of stress, depression, adjustment disorders and resilience. *World J Biol Psychiatry*. 2018;19(sup1):S14-S20. doi:10.1080/15622975.2018.1459049.
20. Baumeister RF, Masicampo EJ, Dewall CN. Prosocial benefits of feeling free: disbelief in free will increases aggression and reduces helpfulness. *Pers Soc Psychol Bull*. 2009;35(2):260-268. doi:10.1177/0146167208327217.
21. Doherty AM, Crudden G, Jabbar F, Sheehan JD, Casey P. Suicidality in Women with Adjustment Disorder and Depressive Episodes Attending an Irish Perinatal Mental Health Service. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20):3970. Published 2019 Oct 18. doi:10.3390/ijerph16203970.
22. *Unifikovanyy klinichnyy protokol pervynnoyi ta spetsializovanoi medychnoyi dopomohy. Hostra reaktsiya na stres. Posttravmatychnyy stresovyy rozlad. Porushennya adaptatsiyi* [Unified clinical protocol for primary and specialized medical care. Acute stress reaction. Post-traumatic stress disorder. Adaptation disorders]. Order of the Ministry of Health of Ukraine of July 19, 2024 No. 1265. 80 p. (In Ukrainian).
23. Coker AO, Coker OO, Sanni D. Psychometric properties of the 21-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21). *Afr Res Rev*. 2018;12(2):135-142. doi:10.4314/afrr.v12i2.13.
24. Gusakova I, Konovalov S, Hmel L. Depression, anxiety and stress (according to DASS-21 test results) among students of Vinnytsya National Medical University. *Reports of the Vinnytsia National Medical University*, 2023;27,1,17-21. doi:10.31393/reports-vnmedical-2023-27(1)-03. (In Ukrainian).
25. Zelviene P, Kazlauskas E. Adjustment disorder: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:375-381. Published 2018 Jan 25. doi:10.2147/NDT.S121072.
26. Mitchell A, Chan M, Bhatti H, Halton M, Grassi L, Johansen C, Meader N. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care setting: A meta-analysis of 94 interview based studies. *The lancet oncology*. 2011;12:160-74. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
27. Dobricki M, Komprou IH, de Jong JT, Maercker A. Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(1):39-46. doi:10.1007/s00127-009-0039-z.
28. Dowrick C, Casey P, Dalgard O, et al. Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background, methods and field trials. ODIN Group. *Br J Psychiatry*. 1998;172:359-63. doi:10.1192/bjp.172.4.359.
29. Maercker A, Forstmeier S, Pielmaier L, Spangenberg L, Brähler E, Glaesmer H. Adjustment disorders: Prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47:1745-52. doi:10.1007/s00127-012-0493-x.
30. Casey PR, Dillon S, Tyrer PJ. The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. *Psychol Med*. 1984;14:673-81. doi:10.1017/s0033291700015282.
31. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, et al. Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. *Br J Psychiatry*. 2012;201:137-42. doi:10.1192/bjp.bp.111.096305.
32. Greenberg WM, Rosenfeld DN, Ortega EA. Adjustment disorder as an admission diagnosis. *Am J Psychiatry*. 1995;152:459-61. doi:10.1176/ajp.152.3.459.
33. Snyder S., Strain J.J., Wolf D. Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1990;12:159-65. doi:10.1016/0163-8343(90)90074-m.
34. Strain JJ, Smith GC, Hammer JS, et al. Adjustment disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *Gen Hosp Psychiatry*. 1998;20:139-49. doi:10.1016/s0163-8343(98)00020-6.
35. Popkin MK, Callies AL, Colón EA, Stiebel V. Adjustment disorders in medically ill inpatients referred for consultation in a university hospital. *Psychosomatics*. 1990;31:410-4. doi:10.1016/S0033-3182(90)72136-6.
36. Mehnert A, Koch U. Prevalence of acute and post-traumatic stress disorder and comorbid mental disorders in breast cancer patients during primary cancer care: A prospective study. *Psychooncology*. 2007;16:181-8. doi:10.1002/pon.1057.
37. Okamura H, Watanabe T, Narabayashi M, et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Res Treat*. 2000;61:131-7. doi:10.1023/a:1006491417791.
38. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: A meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol*. 2011;12:160-74. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X.
39. Kelber MS, Morgan MA, Beech EH, et al. Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *J Affect Disord*. 2022;304:43-58. doi:10.1016/j.jad.2022.02.038.
40. Morgan MA, Kelber MS, Workman DE, et al. Adjustment disorders: A research gaps analysis. *Psychol Serv*. 2022;19(2):283-293. doi:10.1037/ser0000517.
41. Turner R, Lloyd D. Stress Burden and the Lifetime Incidence of Psychiatric Disorder in Young Adults: Racial and Ethnic Contrasts. *Archives of general psychiatry*. 2004; 61: 481-488. doi:10.1001/archpsyc.61.5.481.
42. Kelber MS, Morgan MA, Beech EH, et al. Systematic review and meta-analysis of predictors of adjustment disorders in adults. *J Affect Disord*. 2022;304:43-58. doi:10.1016/j.jad.2022.02.038
43. Vermetten E, Bremner JD. Circuits and systems in stress. I. Preclinical studies. *Depress Anxiety*. 2002;15(3):126-147. doi:10.1002/da.10016.
44. Gerasimenko LO. Disorders of adaptation and stress response. *NeuroNews*. 2022;9-10(137):18-20. (In Ukrainian).
45. Kozhyna AM, Haychuk LM, Shikova VV. Efektyvnist psykhoosvitnikh prohram v nadanni dopomohy osobam, shocho perenesly ekstremalni podii [The effectiveness of psychoeducational programs in providing assistance to people who have suffered extreme events]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2015;23,2(83):109. <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/10209>. (In Ukrainian).



46. Kozhyna AM, Haychuk LM, Samardakova HA. Rol' psikhobrazovatel'nykh programm v okazanii psikhiatricheskoy pomoshchi [The role of psychoeducational programs in the provision of psychiatric care]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrolohii* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]. 2010; 18; 3(64):130. [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp\\_2010\\_18\\_3\\_149](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2010_18_3_149) (In Russian).
47. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. *Psykhosotsialna dezadaptatsiia pry posttravmatychnomu stresovomu rozladi u zhinok: monohrafiia* [Psychosocial maladaptation in posttraumatic stress disorder in women]. Poltava: ASMI, 2016. 157 p. (In Ukrainian).
48. Hryn KV, Skrypnikov AM, Martynenko YP. Terapevtychni aspekty likuvannia pisliatravmatychnykh stresovykh rozladiv ta rozladiv adaptatsii [Therapeutic aspects of the treatment of posttraumatic stress disorders and adaptation disorders]. *Psykhiatriia 21 stolittia: problemy ta innovatsiini rishennia : materialy naukovo-praktychnoi konferentsii z mizhnarodnoiu uchastiu*. [Psychiatry of the XXI century: problems and innovative solutions: materials of the scientific and practical conference with international participation]. Kyiv, 27–29/04/2017. 2017;23(1),88. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/7632>. (In Ukrainian).
49. Isakov R. I. *Psykhosotsialna dezadaptatsiia u zhinok z depresyvnymy rozladamy riznogo genezu (psykhodiagnostyka, fenomenolohiia, psykhosotsialna reabilitatsiia)*. Dokt. Diss. [Psychosocial disadaptation in women with depressive disorders of various origins (psychodiagnostics, phenomenology, psychosocial rehabilitation): abstract. dis on health sciences. Doct. Diss.]. Kharkiv, 2021. 40 p. (In Ukrainian).
50. Isakov RI, Skrypnikov M, Herasymenko L.O. et al. Clinical and psychopathological features of internally displaced women with adjustment disorders. *Svit medytsyny ta biolohiyi* [The world of medicine and biology]. 2021;1(75):64–68.
51. Skrypnikov AM, Isakov RI. Osoblyvosti kontynuumu sotsialno-psykholohichnoi adaptatsii — dezadaptatsii u zhinok z riznymy henezom depresii ta vyrazhenistiu problem u psykhosotsialnomu funktsionuvanni. [Peculiarities of the continuum of socio-psychological adaptation-maladaptation in women with different genesis of depression and severity of problems in psychosocial functioning]. *Arkhiv psykhiatriyi* [Archives of Psychiatry]. 2019;1:56–62. (In Ukrainian).
52. Leedom LJ, Almas LH. Is psychopathy a disorder or an adaptation? *Front Psychol*. 2012;3:549. Published 2012 Dec 18. doi:10.3389/fpsyg.2012.00549.
53. Ashton H. Guidelines for the rational use of benzodiazepines. When and what to use. *Drugs*. 1994;48(1):25-40. doi:10.2165/00003495-199448010-00004
54. Mellman TA, Byers PM, Augenstein JS. Pilot evaluation of hypnotic medication during acute traumatic stress response. *J Trauma Stress*. 1998;11(3):563-569. doi:10.1023/A:1024460814230.
55. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, Phelps A, Varker T. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *J Trauma Stress*. 2018;31(3):321-331. doi:10.1002/jts.22295.
56. Eimontas J, Rimsaite Z, Gegieckaite G, Zelviene P, Kazlauskas E. Internet-Based Self-Help Intervention for ICD-11 Adjustment Disorder: Preliminary Findings. *Psychiatr Q*. 2018;89(2):451-460. doi:10.1007/s11126-017-9547-2.
57. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017;13:149-181. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217.
58. Gibson K, Little J, Cowlshaw S, Ipitoa Toromon T, Forbes D, O'Donnell M. Piloting a scalable, post-trauma psychosocial intervention in Tuvalu: the Skills for Life Adjustment and Resilience (SOLAR) program. *Eur J Psychotraumatol*. 2021 Aug 6;12(1):1948253. doi:10.1080/20008198.2021.1948253.
59. Bolu A, Doruk A, Ak M, Özdemir B, Özgen F. Suicidal behavior in adjustment disorder patients. *Düşünen Adam — Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 2012; 25(1):58–62.
60. Casey P. Adult adjustment disorder: a review of its current diagnostic status. *J Psychiatr Pract*. 2001;7(1):32-40. doi:10.1097/00131746-200101000-00004.
61. Herasymenko LO. Psychosocial aspects of adjustment disorders in women. *Wiadomosci Lekarskie*. 2020;2:352–354. doi:10.36740/WLek202002127.
62. Yuryeva L. M., Nosov S. H., Mamchur A., Malyshko T. V. *Nevrotychni, somatoformni rozlady ta stres* [Neurotic, somatoform disorders and stress]. Dnipropetrovsk, 2006. 116 p. (In Ukrainian).
63. Rahel B, Patricia C. Adjustment disorder: A diagnosis whose time has come. *J of Affective Disorders*. 2018;227:243-253. doi:10.1016/j.jad.2017.10.034.
64. Morgan MA, Kelber MS, Bellanti DM, et al. Outcomes and prognosis of adjustment disorder in adults: A systematic review. *J Psychiatr Res*. 2022;156:498-510. doi:10.1016/j.jpsy-chires.2022.10.052.
65. Morgan MA, Kelber MS, Workman DE, et al. Adjustment disorders: A research gaps analysis. *Psychol Serv*. 2022;19(2):283-293. doi:10.1037/ser0000517.
66. Catalina-Romero C, Pastrana-Jiménez JI, Tenas-López MJ, et al. Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occup Med (Lond)*. 2012;62(5):375-378. doi:10.1093/oc-cmed/kqs043.

Надійшла до редакції 3.03.2025

Відомості про авторів:

**ПІДКОРИТОВ Валерій Семенович**, доктор медичних наук, професор, науковий керівник відділу\*; e-mail: pid-vs@ukr.net  
**СКРИННИК Ольга Вячеславівна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу\*; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

\* відділу клінічної, соціальної та дитячої психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

**PIDKORYTOV Valerii**, Doctor of Medical Science, Professor, Head of the Department\*\*; e-mail: pid-vs@ukr.net  
**SKRYNNYK Olga**, MD, PhD, Senior Researcher of the Department \*\*; e-mail: olskrynnik@yahoo.com

\*\* — Department of clinical, social and child psychiatry of the State Institution "P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine"; Kharkiv, Ukraine