**/F43/ Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации**

Эта категория отличается от других тем, что включает расстройства, которые определяются не только на основе симптоматологии и течения, но и на основании наличия одного или другого из двух причинных факторов: исключительно сильного стрессового жизненного события, вызывающего острую стрессовую реакцию, или значительного изменения в жизни, приводящего к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам, в результате чего развивается расстройство адаптации. Хотя менее тяжелый психосоциальный стресс ("жизненное событие") может провоцировать начало или способствовать проявлению очень широкого диапазона расстройств, классифицируемых в других рубриках этого класса, его этиологическое значение не всегда ясно и в каждом случае зависит от индивидуальной, часто особой уязвимости. Другими словами, наличие психосоциального стресса не необходимо и недостаточно для объяснения возникновения и формы расстройства. В отличие от этого, расстройства, рассматриваемые в данной рубрике, видимо, всегда возникают как прямое следствие острого тяжелого стресса или пролонгированной травмы. Стрессовое событие или продолжительные неприятные обстоятельства являются первичным и основным причинным фактором, и расстройство не возникло бы без их влияния. В эту категорию включаются реакции на тяжелый стресс и расстройства адаптации во всех возрастных группах, включая детей и подростков. Каждый из отдельных симптомов, из которых складываются острая реакция на стресс и расстройство адаптации, может встречаться и при других расстройствах, но имеются некоторые особые признаки в том, как проявляются эти симптомы, что оправдывает объединение этих состояний в клинической единице. Третье состояние в этом подразделе посттравматическое стрессовое расстройство имеет относительно специфические и характерные клинические признаки. Расстройства в этой секции могут таким образом, рассматриваться как нарушенные адаптационные реакции на тяжелый пролонгированный стресс, в том смысле, что они препятствуют действию механизма успешной адаптации и поэтому ведут к нарушенному социальному функционированию. Акты самоповреждения, чаще всего самоотравления выписанными лекарствами, совпадающие по времени с началом стрессовой реакции или адаптационного расстройства, должны отмечаться с помощью дополнительного кода Х из Класса XX МКБ-10. Эти коды не позволяют провести дифференциацию между попыткой суицида и "парасуицидом", так как оба понятия включены в общую категорию самоповреждения.

**F43.0 Острая реакция на стресс**

Транзиторное расстройство значительной тяжести, которое развивается у лиц без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое обычно проходит в течение часов или дней. Стрессом может быть сильное травматическое переживание, включая угрозу безопасности или физической целостности индивидуума или любимого лица (например, природная катастрофа, несчастный случай, битва, преступное поведение, изнасилование) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного, например, потеря многих близких или пожар в доме. Риск развития расстройства увеличивается при физическом истощении или наличии органических факторов (например, у пожилых больных).

В возникновении и тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальная уязвимость и адаптивные способности; об этом свидетельствует тот факт, что это расстройство развивается не у всех людей, подвергшихся сильному стрессу. Симптомы обнаруживают типичную смешанную и меняющуюся картину и включают начальное состояние "оглушенности" с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Это состояние может сопровождаться или дальнейшим уходом от окружающей ситуации (вплоть до диссоциативного ступора F44.2), или ажитацией и гиперактивностью (реакция бегства или фуга). Часто присутствуют вегетативные признаки панической тревоги (тахикардия, потение, покраснение). Обычно симптомы развиваются в течение минут после воздействия стрессового раздражители или события и исчезают в течение двух-трех дней (часто часов). Может присутствовать частичная или полная диссоциативная амнезия (F44.0) эпизода. Если симптоматика сохраняется, то встает вопрос об изменении диагноза (и ведения больного).

Диагностические указания:

Должна быть обязательная и четкая временная связь между воздействием необычного стрессора и началом симптоматики; качало обычно немедленное или через несколько минут. Вдобавок, симптомы:

а) имеют смешанную и обычно меняющуюся картину; в дополнение к инициальному состоянию оглушенности могут наблюдаться депрессия, тревога, гнев, отчаяние, гиперактивность и отгороженность, но ни один из симптомов не преобладает длительно;

б) прекращаются быстро (самое большее в течение нескольких часов) в тех случаях, где возможно устранение стрессовой обстановки. В случаях, где стресс продолжается или по своей природе не может прекратиться, симптомы обычно начинают исчезать спустя 24-48 часов и сводятся к минимуму в течение 3 дней.

Этот диагноз не может быть использован для обозначения внезапных экзацербаций симптомов у лиц, уже имеющих симптомы, которые отвечают критериям любого психического расстройства, исключая таковые в F60.(специфические расстройства личности). Однако, предшествующее психическое расстройство в анамнезе не делает неадекватным использование этого диагноза. Включаются:

нервная демобилизация;

кризисное состояние;

острая кризисная реакция;

острая реакция на стресс;

боевая усталость;

психический шок.

**F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство**

Возникает как отставленная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительно угрожающего или катастрофического характера, которые в принципе могут вызвать общий дистресс почти у любого человека (например, природные или искусственные катастрофы, сражения, серьезные несчастные случаи, наблюдение за насильственной смертью других, роль жертвы пыток, терроризма, изнасилования или другого преступления). Предиспонирующие факторы, такие как личностные черты (например, компульсивные, астенические) или предшествующие невротическое заболевание могут понизить порог для развития этого синдрома или утяжелить его течение, но они не обязательны и недостаточны для объяснения его возникновения.

Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), снов или кошмаров, возникающих на фоне хронического чувства "оцепенелости" и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии и уклонения от деятельности и ситуаций, напоминающих о травме. Обычно индивидуум боится и избегает того, что ему напоминает об изначальной травме. Изредка бывают драматические, острые вспышки страха, паники или агрессии, провоцируемые стимулами, вызывающими неожиданное воспоминание о травме или о первоначальной реакции на нее.

Обычно имеет место состояние повышенной вегетативной возбудимости с повышением уровня бодрствования, усилением реакции испуга и бессонницей.

С вышеперечисленными симптомами и признаками обычно сочетаются тревога и депрессия, нередкой является суицидальная идеация, осложняющим фактором может быть избыточное употребление алкоголя или наркотиков.

Начало данного расстройства возникает вслед за травмой после латентного периода, который может варьировать от нескольких недель до месяцев (но редко более 6 месяцев). Течение волнообразное, но в большинстве случаев можно ожидать выздоровление. В небольшой части случаев состояние может обнаруживать хроническое течение на протяжении многих лет и переход в стойкое изменение личности после переживания катострофы (F62.0).

Диагностические указания:

Это расстройство не должно диагностироваться, если нет доказательств, что оно возникло в течение 6 месяцев от тяжелого травматического события. "Предположительный" диагноз возможен, если промежуток между событием и началом более 6 месяцев, но клинические проявления типичны и нет никакой возможности альтернативной квалификации расстройств (например, тревожное или обсессивнокомпульсивное расстройство или депрессивный эпизод). Доказательства наличия травмы должны быть дополнены повторяющимися навязчивыми воспоминаниями о событии, фантазиями и представлениями в дневное время. Заметная эмоциональная отчужденность, оцепенение чувств и избегание стимулов, которые могли бы вызвать воспоминания о травме, встречаются часто, но не являются необходимыми для диагностики. Вегетативные расстройства, расстройство настроения и нарушения поведения могут включаться в диагноз, но не являются первостепенно значимыми.

Отдаленные хронические последствия опустошающего стресса, то есть те, которые манифестируют спустя десятилетия после стрессового воздействия, должны классифицироваться в F62.0. Включается: травматический невроз.

**/F43.2/ Расстройство приспособительных реакций**

Состояния субъективного дистресса и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию (включая наличие или возможность серьезной физической болезни). Стрессовый фактор может поражать интегральность социальной сети больного (потеря близких, переживание разлуки), более широкую систему социальной поддержки и социальных ценностей (миграция, положение беженца). Стрессор (стресс-фактор) может затрагивать индивидуума или также его микросоциальное окружение.

Более важную, чем при других расстройствах в F43.-, роль в риске возникновения и формирования проявлений адаптационных расстройств играет индивидуальная предрасположенность или уязвимость, но тем не менее считается, что состояние не возникло бы без стрессового фактора. Проявления различны и включают депрессивное настроение, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справляться, планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Индивидуум может чувствовать склонность к драматическому поведению и вспышкам агрессивности, но они встречаются редко. Тем не менее, дополнительно, особенно у подростков, могут отмечаться расстройства поведения (например, агрессивное или диссоциальное поведение). Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе. Регрессивные феномены у детей, такие как энурез или детская речь или сосание пальца, зачастую являются частью симптоматики. При преобладании этих черт следует использовать F43.23.

Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения жизни, а продолжительность симптоматики обычно не превышает 6 месяцев (кроме F43.21 пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации). При сохранении симптоматики диагноз следует изменить в соответствии с имеющейся клинической картиной, а какой-либо продолжающийся стресс может быть закодирован с помощью одного из "Z"-кодов Класса XX МКБ-10.

Контакты с медицинской и психиатрической службами вследствие нормальных реакций горя, которые соответствуют культуральному уровню данного лица и, обычно, не превышают 6 месяцев, не должны обозначаться кодами этого Класса (F), а должны квалифицироваться с помощью кодов Класса XXI МКБ-10, такими как, Z71.(консультирование) или Z73.3 (стрессовое состояние, не классифицируемое в других рубриках). Реакции горя любой длительности, оцениваемые, как анормальные вследствие их формы или содержания, должны кодироваться как F43.22, F43.23, F43.24 или F43.25, а те, которые остаются интенсивными и продолжаются более 6 месяцев, F43.21 (пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации). Диагностические указания:

Диагноз зависит от внимательной оценки соотношения между:

а) формой, содержанием и тяжестью симптомов;

б) анамнестическими данными и личностью;

в) стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом.

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. Если стрессор относительно мал и если временная связь (менее 3 месяцев) не может быть установлена, расстройство следует классифицировать в другом месте в соответствии с имеющимися признаками. Включаются: культурный шок; реакция горя; госпитализм у детей.

Исключается: тревожное расстройство у детей, вызванное разлукой (F93.0).

При критериях расстройств адаптации клиническая форма или преобладающие признаки должны быть уточнены по пятому знаку.