

НЕЙРО Психоневрологія та нейропсихіатрія NEWS

Інфобюлетень

психоневрологія та нейропсихіатрія

Можливості подолання стресу, спричиненого війною: проблеми та шляхи їх вирішення

Уже понад сто днів українці живуть в умовах стресу, спричиненого повномасштабним вторгненням військ Російської Федерації до нашої країни. Як відомо, короточасний стрес може як мобілізувати, так і сприяти підвищенню працездатності та витривалості. Але тривалий стресовий стан виснажує організм і спричиняє розвиток тяжких психологічних наслідків. Постає питання: як запобігти цьому, у який спосіб можна протистояти впливу стресових чинників під час війни та як боротися з його наслідками? На ці та інші питання шукали відповіді психіатри, психологи, психотерапевти, лікарі сімейної практики, терапевти, педіатри, неврологи та представники інших спеціальностей, які бажають поглибити знання в галузі психосоматичної медицини. До вашої уваги представлено огляд двох доповідей, присвячених вирішенню проблем подолання стресу в умовах війни.

Психологічні наслідки війни: проблеми та рішення

«Реабілітація пацієнтів у часи війни, актуальні питання» — таку назву мала фахова школа в межах програми співпраці австрійських та українських центрів післяінсультної реабілітації ACURE (Austrian Cooperation Ukraine Rehabilitation), що відбулася 12 травня 2022 року за підтримки компанії ЕВЕР Фарма.



У межах заходу було представлено доповідь «Психологічні наслідки війни — проблеми та рішення» докторки медичних наук, заступниці директора з наукової роботи ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», професорки Наталії Олександрівни Марути. Вона зазначила, що нинішні події зумовлюють підвищені вимоги до лікарів, які допомагають населенню долати психологічні наслідки війни. Кожен із них має являти собою «мультидисциплінарну команду», а для цього необхідно розширювати спектр знань і навичок у сферах неврології, психіатрії та психології.

У психологічному сенсі, як акцентувала доповідачка, травма є неочікуваним, раптовим чинником, який виходить за межі досвіду особистості. Власне, до травматичних подій належать: загроза смерті; тяжка фізична травма або її загроза; сексуальне насильство або його загроза; смерть або травма близьких, друзів тощо. На формування травматичної реакції мають вплив поточні життєві стресори, генетичний фон, попередній травматичний досвід, стан психічного здоров'я та нейробіологічні чинники (захворювання нервової системи, зокрема головного мозку). Також важливим антитравматичним чинником є соціальна підтримка.

Як зауважила пані Марута Н.О., загальними реакціями на травматичну подію є «нормальні реакції на ненормальну подію»: страх і тривога, смуток, гнів, відчуття провини й сорому, заціпеніння; негативні думки; фізичне збудження; труднощі з концентрацією, втрата контролю тощо. Відрізнити їх від патологічних можна за двома критеріями: тяжкістю та тривалістю симптомів. Найпоширенішими характеристиками наслідків стресу є виразність, стійкість і прогресивність. До довготривалих патологічних наслідків травми для психічного здоров'я належать: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), зокрема комплексний — зазвичай зумовлений тривалою хронічною травмою; розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (ПАР); депресія; психосоматичні розлади; розлади адаптації тощо (ЕРА, 2022).

Реакції на сильний дистрес відповідно поділяють на поведінкові, емоційні, когнітивні та загальні (як-от нестача енергії, безнадійність, соціальне відсторонення). Патологічними реакціями на сильний дистрес, які потребують професійного консультування та/або скерування для отримання спеціалізованої допомоги, є відсутність сну протягом кількох днів; тривала сплутаність свідомості або дезорієнтація; брак контролю над поведінкою; загроза самошкодження або заподіяння шкоди іншим, суїцидальні думки; надмірне вживання алкоголю або ПАР.

Особливо уразливими групами, представники яких потребують запобігання патологічним реакціям на стрес, є: діти; особи з тяжкими психічними розладами, фізичними та психічними вадами здоров'я; вагітні жінки; ті, кому загрожує дискримінація через насильство; економічно незахищені меншини; особи з мовленнєвим бар'єром.

Доповідачка також наголосила, що всі вимушені переселенці, зокрема ті, що виїхали за кордон, теж належать до особливо уразливих груп. Власне, вони зазнають постійного впливу чинників психологічної травматизації як до міграції (фізичний вплив, страх, травми, насильство втрата близьких тощо), так і під час неї (сепарація із членами родини, «жорсткі» умови оточення) та після (мовленнєвий та комунікативний бар'єри, дискримінація, низькі доходи тощо) (Марута, Панько, Каленська та ін., 2020; Марута, Панько, Семікіна та ін., 2020).

Під час заходу пані Марута Н.О. представила характеристику загальних особливостей емоційних, сомато-вегетативних, когнітивних і конативних симптомів клінічних ознак психічних розладів під час війни, зазначивши, що розглядає лише патологію в межах пограничної психіатрії.

Особливості патогенезу та ознак депресії

Депресія є гетерогенним розладом із різними психопатологічними підтипами, до розвитку якого призводять різні нейробіологічні та психосоціальні етіологічні чинники (Moller, 2009).

Як зазначила пані Марута Н.О., у структурі депресії вирізняють фізичні, емоційні, когнітивні та поведінкові симптоми. Підтипи депресії зумовлені її полярністю, симптомами, початком, наявністю рецидивів, ступенем тяжкості (Kessing and Bukh, 2017).

Власне, депресія є системним захворюванням із різноманітними патогенетичними механізмами, насамперед дисфункцією нейротрансмітерних рецепторів і зниженням мозкової моноамінергічної трансмісії. Але до її розвитку залучені також дизрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, підвищення вмісту прозапальних цитокінів, зниження рівня нейротрофічного фактора, оксидативний стрес (Ieraci et al., 2016).

Зокрема, детальніше доповідка зупинилася на ролі мозкового нейротрофічного фактора (МНТФ). До його основних функцій належать: вплив на нейрогенез і синаптичну пластичність, а також на нейропластичність мозкових структур, порушення якої є основою патогенезу депресії. Рівень МНТФ є нижчим: у пацієнтів із депресією порівняно з особами без депресивних розладів; у пацієнтів із депресією, які не отримують терапію антидепресантами (АД); зниження рівня МНТФ корелює з тяжкістю депресії (Lee and Kim, 2008).

Первинна допомога особам із психологічною травмою під час війни

Доповідачка акцентувала увагу на тому, що основним напрямом активності фахівців у сфері неврологічного та психологічного здоров'я нині має бути навчання вміння надавати первинну психологічну допомогу, зокрема непрофесіоналів, які належать до першої ланки контакту з постраждалими (волонтери, представники Червоного Хреста, поліціанти, пожежні, працівники швидкої допомоги, вчителі, соціальні робітники, члени громадських, благодійних та релігійних організацій).

Першим етапом такої допомоги має бути сортування потерпілих, тобто розпізнавання осіб, які потребують негайного професійного втручання. Водночас, як зауважила пані Марута Н.О., слід звертати увагу на такі ознаки, як стійка нездатність рухатися; втрата спогадів; дисоціація, деперсоналізація, дереалізація; надзвичайне збудження (панічні атаки, посилене або/та нерегулярне серцебиття); дисфункціональні реакції провини; саморуйнівні думки; неорганізована, жорстка, агресивна поведінка тощо.

Насамперед перша психологічна допомога має полягати в наданні емоційної підтримки, задоволенні базових потреб (у їжі, воді, тимчасовому житлі), допомозі в доступі до інформації, послуг та соціальної підтримки. Така допомога не є професійним консультуванням чи терапією, не містить детального аналізу того, що сталося, тож має надаватися за принципом «дивитися, слухати та шукати підходи».

Таблиця. Антидепресанти, які застосовують для лікування психічних порушень під час війни

Препарат	Дозування на добу, мг
Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну	
Есциталопрам	10
Пароксетин	20
Сертралін	50
Флуоксетин	20
Циталопрам	20
Трициклічні антидепресанти	
Більшість трициклічних антидепресантів (лише амітриптилін має ін'єкційну форму)	Щонайменше 75–100
Лофепрамін*	140
Інші антидепресанти	
Агомелатин	25
Венлафаксин	75
Вортіоксетин	10
Дулоксетин	60
Міртазапін	30
Моклобемід*	300
Тразодон	150

Примітка: * препарат не зареєстрований в Україні.

Адаптовано згідно з Pharmacological Treatment of Unipolar Depression (PG03). Devon Partnership NHS Trust, 2020.

Професійна терапія пацієнтів із психічними розладами

Комплексне лікування осіб із психічними розладами під час війни, як зазначила пані Марута Н.О., має поєднувати фармакотерапію (АД, анксиолітики, антипсихотики), психотерапію (когнітивно-поведінкову [КПТ], сімейну, групову терапію) та психоосвіту (Марута, Панько, Каленська та ін., 2020; Марута, Панько, Семікіна та ін., 2020). Принципами терапії мають бути: комплексність; фокусування на специфічних чинниках травматизації; виокремлення мішеней терапії (тривожно-депресивна симптоматика та окремі симптоми ПТСР, незалежно від форми психопатології); етапність лікування (активна, стабілізуюча та підтримувальна терапія). У таблиці наведено перелік АД, які застосовують для лікування психічних порушень під час війни.

Доповідачка також акцентувала на тому, що терапія АД, на жаль, не завжди досягає бажаного ефекту. Частота нон-респондерів сягає 28–55 %, або відповідь є неповною; 25–50 % пацієнтів не отримують повної ремісії. Тому слід вивчати специфіку патогенетичних механізмів, які визначають нові підходи до лікування, зокрема додавання до схеми терапії інших препаратів (Mago, Fagiolini, Weiller et al., 2018).

Клінічна ефективність церебролізину при депресії

Церебролізин® – лікарський засіб, що містить активні фрагменти нейротрофічних факторів, отриманих методом контрольованого розпаду високоочищених безліпідних фракцій білків головного мозку. Пані Марута Н.О. під час доповіді на вела результати дослідження його ефективності як додаткової до АД терапії при лікуванні пацієнтів із депресивним розладом органічного (судинного) генезу з когнітивними порушеннями.

Застосування 15 внутрішньовенних інфузій (по 10 мл церебролізину) впродовж 21 дня сприяло значущому зменшенню ознак депресії та поліпшенню когнітивного функціонування, підвищенню якості життя пацієнтів та їхньої працездатності. Було також продемонстровано безпечність додаткової терапії церебролізином (Марута и соавт., 2014).

Як зазначила доповідка, застосування церебролізину рекомендоване у західних клінічних настановах щодо лікування інсульту та постінсультної реабілітації, створених останніми роками:

- Відповідно до настанови Австрійської асоціації з боротьби з інсультом щодо постінсультної нейро-реабілітації пацієнтів) (ASS, 2018), церебролізин

поліпшує результати відновлення верхньої кінцівки після інсульту (*рівень доказовості 2B*) (OEGSE, 2018).

- Згідно з Канадськими настановами з реабілітації після інсульту (EBRSR, 2020) препарат може покращити моторну функцію верхньої кінцівки (*рівень доказовості 1A*), активність у повсякденному житті та знизити тяжкість інсульту (*рівень доказовості 1B*) (Stroke Rehabilitation Clinician Handbook, 2020).
- У настановах щодо нейрореабілітації Німецького товариства нейрорадіології (DGNR, 2020) вказано, що застосування церебралізіну слід починати якомога швидше та призначати протягом 21 доби раз на добу внутрішньовенно на додаток до реабілітаційних заходів (*рівень доказовості 1B*).
- У настановах Європейської академії неврології (EAN, 2021) церебралізін рекомендований як засіб додаткової терапії до стандартної реабілітації при інсульті середнього та тяжкого ступенів тяжкості (Beghi, Binder, Birlle et al., 2021).
- Згідно з клінічним протоколом «Ішемічний інсульт» ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» 2021 р. застосування церебралізіну рекомендоване протягом 21 дня додатково до реабілітації (*рівень доказовості 1B*).

Пані Марута Н.О. детально охарактеризувала програму психокорекції, метою якої є запобігання розвитку в переміщених осіб психічних порушень і яка поєднує тренінги життєстійкості та ефективні копінг-стратегії. Вона також акцентувала увагу на важливості психоосвітньої програми:

- психопатологічними наслідками війни найчастіше стають гострі реакції на стрес, розлади адаптації, ПТСР, органічні порушення та депресії (останні є гетерогенними розладами з ознаками в емоційній, когнітивній, соматичній та поведінковій сферах);
- АД не завжди мають високу ефективність, зокрема, у разі тривалого їх застосування виникає ризик побічних ефектів;
- Церебралізін® може призначатися як засіб додаткової терапії при депресії завдяки регуляції нейрогенезу та нейропластичності.

Людина в ситуації випробування (абсурду). Що ми очікуємо: психіатрія, психологія, психосоматика?

Науково-практична конференція «Війна і люди — як зберегти психічне здоров'я» відбулася 25–26 травня в онлайн-форматі за підтримки ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології» НАМН України, ДУ «Інститут психіатрії, судово-психіатричної експертизи та моніторингу наркотиків» МОЗ України, Асоціації неврологів, психіатрів і наркологів України.



Із доповіддю «Людина в ситуації випробування (абсурду). Що ми очікуємо: психіатрія, психологія, психосоматика» виступив доктор медичних наук, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії медико-психологічного факультету Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, професор Олег Созонтович Чабан. У своїй доповіді він пояснив, чому використав ідею французького

філософа й письменника Альбера Камю щодо «людини в ситуації абсурду» — чогось нелогічного, важко осмислюваного. Війна, вбивство людини людиною, спроба винищення цілого народу — це абсолютний абсурд, який нині, на жаль, є нашою реальністю.

Доповідач привернув увагу психотерапевтів і психологів до концепції спотворення психіки війною. Чи автоматично

породжує травма, спричинена війною, психічні розлади — великі психотичні, постстресові, невротичні?

Олег Чабан акцентував на тому, що метою конференції є не лише окреслення наявної ситуації — слід визначити, від чого необхідно застерігати людство і що слід робити, щоб не було цього «знака дорівнює». Результатом дистресу війни не має стати «психічно хвора нація». І важливу роль тут має відігравати освіта медичних працівників, зокрема інтерністів.

Спікер навів три факти, зафіксовані 2014 року, аналіз яких мав би засвідчити, що «абсурд у вигляді війни насувається на нас»:

- рекордний за чверть століття рівень насильства й тероризму, здебільшого у східних країнах;
- переважання чоловічого населення Європи над жіночим уперше за 250 років («феномен воєнних років»);
- особливості динаміки так званого «українського національного архетипу».

За образним висловлюванням пана Чабана О.С., «від інфекції COVID-19 ми перейшли до інфекції стресу Війна-2022». Також доповідач зауважив, що «дарунок» еволюції людського мозку — колективні емоції, перш за все негативні. Чим більше поряд близьких і знайомих людей, тим страх поширюється швидше і сприймається як більший і значущий навіть на фізичному рівні.

Особливості стресових чинників та їх подолання під час війни

Стрес — це частина життя; дистрес — стан, за якого людина не в змозі повністю адаптуватися до стресових ситуацій та їх наслідків, демонструючи дезадаптивну поведінку. Це спричиняє невідповідну соціальну взаємодію, як-от агресію, пасивність чи ізоляціонізм.

Причини дистресу під час війни:

- тривала неможливість задовольнити фізіологічні потреби (брак води, повітря, їжі, тепла);
- довготривалі негативні емоції (страх, гнів, лють);
- пошкодження організму (хвороби, травми, тривалий біль).

Так, за матеріалами 30-го Конгресу Європейської психіатричної асоціації (ЕРА), що відбувся 4–7 червня в Будапешті (у режимі онлайн), специфіка дистресу для цивільного населення України сьогодні передусім в «абсурді війни», а саме:

- неочікуваності, психологічному відчутті «невіри» в те, що це трапилося;
- різких змінах життя у дуже значній кількості людей;
- втратах близьких і знайомих, що торкнулися майже кожного українця;
- невизначеності того, коли закінчиться війна і який вона матиме перебіг;
- розірваних зв'язках у сім'ях;
- далеких переміщеннях, ситуаціях невідомості й розгубленості;
- постійних «гойдалках» між страхом, панікою, тривогою та депресією;
- гротескних і жахливих сценах побаченого та почутого;
- параноїальних відчуттях небезпеки у більш-менш безпечних місцях;
- поєднанні психічних травм із впливом страждань, голоду, холоду, хвороб;
- масових психотравмах усього населення України (тортури, вбивства, насилля, гвалтування у Бучі, Ірпені, Гостомелі, Маріуполі та ін.) (ЕРА, 2022).

Працівники служби психічного здоров'я нині стикаються з низкою проблем, серед яких:

- стресові розлади в повному обсязі;
- виразні елементи несформованого ПТСР;

- психічні та психологічні проблеми у дітей (зокрема, у підлітків);
- великий запит на психологічну та психотерапевтичну допомогу;
- прогалини у послідовності та алгоритмах лікування пацієнтів із психозами через перебої з психотропними засобами;
- значний запит на транквілізатори та адаптогени в лікарів загальної практики;
- невідповідність фахівців до масованої роботи з травмами втрати, реакціями горя, стресовими розладами;
- значна кількість коморбідних розладів, поєднаних із психотравмами;
- психологічні проблеми тих, хто сам надає психологічну допомогу (ЕРА, 2022).

До проблем, пов'язаних із роботою щодо захисту психічного здоров'я населення, доповідач також додав, що масовий запит на базові потреби часто підміняється надзусиллями в наданні психологічної допомоги, зумовленими альтруїзмом, але рівень фаховості при цьому вкрай низький.

Власне, психологи не беруть до уваги те, що первинна стресова реакція передбачає психобіологічний захист організму і «нормальна реакція нормальних людей у ненормальній ситуації» автоматично в уяві волонтерів-психологів стає «ненормальною реакцією нормальних людей у ненормальній ситуації». Також найвне нині незнання регресивних човникових форм психологічного захисту.

Біопсихосоціальна модель розвитку стресового розладу

Хронічний стрес зумовлює розвиток психічних і соматичних розладів. Зокрема, принципи біопсихосоціальної моделі були сформульовані Всесвітньою організацією охорони здоров'я в Міжнародній класифікації ушкоджень, порушень життєдіяльності та інвалідності (International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICDH, 1980) (Chantarujikarong, Scherrer, Xian et al., 2001).

Згідно з нею виникнення хвороби зумовлене сукупністю біологічних, психологічних та соціальних чинників ризику, протективних і стресових чинників, водночас кожен випадок є індивідуальним.

Олег Чабан також представив дані досліджень генетичного фактора схильності до розвитку ПТСР, за якими 40 % осіб мають таку схильність (Chantarujikarong, Scherrer, Xian et al., 2001).

На практиці, як відомо, ПТСР після травми розвивається лише в 10–20 % осіб. Що ж допомагає подолати «генетичний фатум»? Це втручання, здійснені після травми. І зовсім не обов'язково це має бути застосування суперфахівцями суперметодик і призначення «правильних» препаратів. Здебільшого в осіб, які зазнали потужної психотравми, розлад не розвивається тому, що, окрім «генетичного шляху», є епігенетичний вплив, який зумовлює рівень експресії та реекспресії частини ДНК гена без її змін.

Крім того, важливими є певні поведінкові моменти, які є «фоном» для тривожних розладів. Вони пов'язані з харчуванням (нерегулярність, надмірне споживання глюкози, порушення балансу вітамінів тощо); недостатнім споживанням води; фізичними чинниками (адиномія); вживанням ПАР, порушенням режиму сну тощо.

Доповідач також наголосив на тому, що мозок людини є суперригідним і фантастично міцно тримається за звичні сценарії життя, навіть хибні, які призводять лише до страждань, інтенсивно продукуючи почуття сорому й провини, докори сумління.

Підходи до лікування (пацієнти з фантомним болем)

Як приклад роботи з пацієнтами з прогнозом на майбутнє та розумінням того, що з ними сталося, Олег Чабан навів дані лікування осіб із фантомним болем — помилковою травматичною пам'яттю тіла, що призводить до страждань, залежності від ПАР, спотворення особистості.

Фармакотерапія поєднує застосування антиконвульсантів (прегабаліну, габапентину, карбамазепіну) та антидепресантів (венлафаксину, амітриптиліну, дулоксетину). Психотерапія — методи когнітивно-поведінкової терапії [КПТ], дзеркальної психотерапії, арттерапії (особливо для дітей) тощо.

Доповідач також представив учасникам заходу клінічний випадок лікування пацієнта (віком 21 рік) із фантомним болем після ампутації нижньої кінцівки. Власне, для впливу на емоції, знеболення та поліпшення якості сну застосували прегабалін; для лікування ознак депресії — венлафаксин і амітриптилін. Окрім того, до схеми лікування додали Церебролізін® (по 5 мл внутрішньом'язово протягом 20 днів).

Також застосовували КПТ, стимуляцію адаптивної поведінки, дзеркальну психотерапію. Церебролізін®, за висловлюванням пана Чабана О.С., потрібен був, щоб «обманути мозок», створивши нові нейронні зв'язки.

Вказаний препарат діє шляхами нейропластичності, а саме функціональної нейромодуляції, нейропротекції, має нейротрофічну активність, чинить антиоксидантний ефект, оптимізує синаптичну та трансмембранну провідність, пригнічує амліодогенез.

Зокрема, вибір церебролізіну як засобу додаткової терапії ґрунтувався на сучасних доказових даних про те, що його вплив на нервову систему є мультимодальним (ефективно діє як у гострій стадії, так і в стадії реабілітації).

Підсумовуючи свою доповідь, професор Олег Чабан зробив такі висновки:

- Особливість відстрочених психогенних реакцій на психотравму війни полягає в тому, що мозок по завершенні психотравмувальних подій часто починає у парадоксальний спосіб «карати» себе через страждання.
- На цьому етапі слід очікувати значного зростання частоти: ПТСР в усіх його варіантах; відтермінованих стресових розладів; випадків адиктивної поведінки, тривожно-панічних розладів та депресії; ознак агресії у сім'ях; кореляції стресових та особистісних розладів зі злочинністю, делінквентною поведінкою та суїцидами; патоморфозу психозів.
- Зростає також частота психосоматичних розладів, зокрема репродуктивних проблем у жінок; коморбідних психічних розладів; феноменологічних «стрибків» у повсякденні (порушень сну, емоційної нестабільності, виснаження, дифузної тривоги); «вигорання» у медичних працівників, волонтерів; психологічних і психічних проблем у дітей із сімей, розлучених війною.
- Психосоматичні проблеми, спричинені стресами війни, найімовірніше, виникатимуть в осіб, які потребують опіки; у дітей, позбавлених материнської турботи; у безініціативних людей, що не можуть самостійно приймати рішення, не навчені з дитинства перебарювати стреси; у тих, хто зазнає хронічних стресів, сприймаючи їх не як випробування, а як покарання та незворотну «гірку долю».
- Концепція покровокового відновлення нормального психічного стану має базуватися на трьох кроках:
 - 1) відновленні звичних фізіологічних процесів (біологія);
 - 2) обробленні психоемоційних реакцій (психологія);
 - 3) хімічному впливі на структури головного мозку (психофармакологія).

Підготувала **Наталія Кунко**