

Психічне здоров'я в умовах війни: як його зберегти й не потрапити в «день бабака»?



О.С. Чабан

Чи автоматично стрес в умовах війни трансформується в психічний розлад? На щастя, між цими поняттями не можна поставити знак рівності. За даними дослідників (Chantarujiakong S.I. et al., 2001), генетична схильність до виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) після війни, землетрусу, зґвалтування, втрати рідних, притаманна 40% осіб. Утім, його частота в реальному житті не перевищує 20%. Цікаво, що самі пацієнти, не усвідомлюючи цього, виконують дії, які запобігають «генетичному фатуму» розвитку ПТСР. Такі наукові дані навіть Олег Созонтович Чабан, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), розпочинаючи виступ у рамках тематичного семінару-практикуму, організованого за підтримки компанії «Ділео Фарма» для лікарів Київщини, які в умовах окупації, ризикуючи власним життям, виконували свій професійний обов'язок і продовжували допомагати своїм пацієнтам (23 червня 2022 року, м. Гостомель).

Професор О.С. Чабан зазначив, що величезна кількість технік, дієвих у веденні пацієнтів зі стресом в умовах війни, описана в Практикумі з підвищення стресостійкості та розширення адаптаційних можливостей (2007), у лекціях на Youtube-каналі.

«Життя – послідовний процес, проте в умовах війни трапляється розрив його безперервності», – нагадав Олег Созонтович. Найпоширенішими є порушення когнітивної безперервності. «Я не можу повірити в те, що відбувається», «Цього не може бути», «Все це абсурдно», «Нема на що сподіватись», «У нас купа родичів у росії. Якщо вони так чинять, кому взагалі можна вірити?» – ці та подібні твердження типові для людей, які страждають на порушення когнітивної безперервності.

На другому місці за розповсюдженістю – порушення ролевої безперервності: «Я займаюся не тим, чим потрібно було б», «У моїй роботі все порушилося», «Я неефективний (-на) батько/мати», «Я боюся, що не впораюся зі своїми обов'язками»; на третьому – соціальної («Я змушений (-на) переїжджати та втрачаю друзів і зв'язки», «Моя сім'я роз'їхалася», «Я майже не контактую з близькими»).

При розриві безперервності життя головним є питання повернення в «реальність». Слід акцентувати увагу не на тому, що втрачено, а на тому, що лишилося, не змінилося або навіть посилилося попри події, які відбулися. Це стане фундаментом, із якого розпочнеться відбудова інших безперервностей. Коригують порушення безперервності життя за допомогою чітких інструкцій і настанов; виконання будь-якої нової ролі, де людина ефективна; відновлення контактів із рідними та друзями.

«Важлива психологічна гнучкість (пружність). Якщо людина не має можливості працювати за фахом, а змушена виконувати роботу, що виходить за межі її шаблону, їй варто стати найкращим двірником/садівником/вантажником у місті. Потрібно «вчепитися» за ту безперервність, що збереглася найбільшою мірою, і вже від неї відштовхуватися в плануванні стратегії відновлення», – прокоментував О.С. Чабан.

Психологічна гнучкість потребує 3 складових:

- ментальної (що людина робить для власної душі?);
- фізичної (що людина робить для власного тіла?);
- соціальної (що інші роблять для душі й тіла людини?).

Інакше кажучи, щоденна турбота про тіло (спорт, догляд, гігієнічні ритуали й т. ін.) позитивно впливає на емоційний стан пацієнта.

Стрес в умовах війни відрізняється від свого «товариша» в мирний час за багатьма параметрами: у 100% випадків поєднується з порушенням базових потреб людини (відсутність води, дефіцит їжі, тепла), іншими дистресовими факторами (тривала депривація, вимушені переміщення, розлука й ін.); він глобальніший, колективний, кардинально змінює долі людей, має іншу траєкторію трансформації. До того ж уникнення дистресового впливу війни за рахунок еміграції зумовлює появу нових стресів через облаштування в країні з іншими культурою, мовою, законодавством. Обставини складаються так, що жоден вибір людини не задовольняє.

«Специфіка дистресу в умовах війни в Україні: у мешканців східних і південних регіонів спостерігаються катастрофічний стрес і тривога, в міру віддалення від «гарячих» точок вони змінюються на тривожний, депресивний, параноїальний стрес. Форми стресу дифузно переходять одна в іншу. Тому пацієнт у Дніпрі, Львові чи той, хто переїхав до безпечної Аргентини, однаково страждатимуть від відчуття тривоги, задишки, порушення сну й т. ін.», – наголосив доповідач.

За те, чому стрес / дистресові переживання в умовах війни більш провокативні для здоров'я людини, ніж у мирний час, відповідальні кілька факторів, а саме:

- неочікуваність і стійке психологічне відчуття «невіри», неможливість прийняти факт війни;
- відчуття обману й зради, зумовлене багаторічною асоціацією російського народу з «дружнім» і «родинно пов'язаним», з образом «захисника» й «борця з нацизмом», «рятівника світу»;
- суттєві й різкі зміни життя з величезної кількості людей одночасно;

- втрата близьких і знайомих, із ким стикнувся практично кожний українець;

- катастрофічно порушений розпорядок життя (від планів на день до планів на декілька років вперед);

- відсутність досвіду проживання колективного стресу (надія, що людину «підхоплять» і підтримають оточуючі, досить примарна); перебування на етапі «думай сам, вирішуй сам, роби сам – і те, що ти зробиш, залишиться твоєю відповідальністю та стане твоїм майбутнім»;

- постійні «гойдалки» між страхом, панікою та тривогою з короткочасним заспокоєнням і душевним підйомом;

- гротескні та жахливі сцени побаченого, прочитаного й почутого (особливо коли йдеться про вбитих і скалічених жінок і дітей);

- новий вид «входження» травми – наближення жахливої реальності з входом в індивідуальну свідомість через детальні розповіді очевидців, записи перехоплених телефонних розмов, відеозаписи допитів й інших подій війни;

- параноїальні відчуття небезпеки у відносно спокійних місцях (в осіб, які переїхали у Європу, західні області України);

- поєднання психічних травм із впливом страждань, голоду, холоду, хвороб;

- масові (колективні) психотравми всього населення України одночасно.

«Війну росії проти України однозначно слід розцінювати як колективну травму на кшталт Голодомору (з тією відмінністю, що свідків війни дуже багато, вони діляться травматичним досвідом). Це величезне випробування для українського народу», – переконаний професор О.С. Чабан.

Основні емоції стресових і постстресових проявів – страх, відчуття жаху, тривога, емоційна травматична пам'ять, емоційна збудливість, лабільність, депресія, відчуття «душевної пустки», гнів, злість, самотність, меланхолія, спустошеність, сором. Вони стають основою широкого діапазону психосоматичних і психічних розладів, впливають на ефект лікування основного захворювання.

«Хочу підкреслити, що емоційні прояви (не розлади!) спостерігаються в кожного українця, який переживає війну. Проаналізувавши, яка емоція наразі переважає в суспільстві – страх чи тривога, переконався, що тривога. Твердження «я не знаю, як жити далі», «хвилююся, коли й чим усе завершиться», особливо зібраний «тривожний чемоданчик» біля входу в квартиру є чіткими ознаками тривоги», – резюмував доповідач.

До нетипових проявів хронічного стресу належать часті переїдання; передчасна поява сивини та/або ранне облісіння; підвищена чутливість до болю; загострення нюху та печія в очах; низька фертильність (і в чоловіків, і в жінок); напади жару навіть у прохолодну погоду; часте сечовипускання; здуття живота; проблеми зі шкірою; лейконіхія (білі плями та смужки на нігтях); часті соматичні хвороби, в тому числі інфекційні; синдром професійного вигорання; зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами; відсутність задоволення від життя; «день бабака».

Реакцію людини на драматичні події науковці називають травматичним стресом. Він вважається нормальним відповіддю на аномальні обставини, що виходять за рамки звичайного життєвого досвіду людини (як-от війна, насилля, портури й т. ін.). На травматичний стрес вказують такі ознаки: щойно (хвилини / години / кілька днів) людина пережила сильну психотравму; вона дезорієнтована, розгублена, збуджена або різко загальмована, плутається в місці перебування, лякається раптових різких звуків/жестів, помиляється в хронології подій, має порушення сну, часто заперечує те, що відбулося. Зазвичай (але не завжди) стан травматичного стресу стабілізується навіть без терапії, коли людина повертається у звичні умови.

«Є 5 фундаментальних принципів корекції травматичного стресу. По-перше, слід пам'ятати, що перед вами пацієнт-«дитина», який потребує простих пояснень і чітких вказівок. По-друге, не варто недооцінювати важливість фізичного контакту: якщо людина не відсторонюється, дотик не менш потрібен, ніж слова. Третє правило – демонструйте пацієнту, що

ви поряд, не залишайте його через дрібні справи, не відволікайтеся на інші задачі. Спробуйте переконати людину, що «ми» важливіше, ніж «ти»: лікарі, родичі, суспільство допомагатимуть і підтримуватимуть. Й останній принцип: наголосити на тому, що робити важливіше, ніж відчувати. Рутинні заняття, праця відволікають від тяжких деструктивних думок», – підкреслив Олег Созонтович.

Техніки роботи з пацієнтом у стані травматичного стресу

- Назвіть своє ім'я та запитайте ім'я людини. Періодично звертайтеся до пацієнта на ім'я. Будьте поруч і говоріть про це («Я з тобою»).
- Візьміть пацієнта за руку, попросіть дивитися на вас і стиснути вашу руку у відповідь на ваше рукостискання. Говоріть спокійно, але чітко та зрозуміло.
- Запитайте щось дуже просте, що потребує відповіді так/ні або просто кивка голови («Ви хочете пити?», «У вас є телефон?», «Ви самі чи з кимось?»).
- Намагайтеся повернути людину в реальність (запитайте, якого кольору її одяг або що вона тримає в руці).
- Попросіть, щоб, дивлячись на вас, людина повільно й глибоко подихала. Подихайте разом із нею. Попросіть настукати пальцями простий ритм, який ви встановили.
- Запитайте, чи хоче пацієнт комусь зателефонувати.
- Повторюйте, що людина тут не сама і що їй допоможуть.
- Дайте пацієнту теплого чаю, спитайте, чи потрібен цукор або ложка (уточнення щодо будь-чого, що вимагає простої відповіді та дії).
- Попросіть пацієнта допомогти вам у чомусь простому (перенести, подати, написати).
- Не уточнюйте, що відбулося, навіть коли пацієнт сам починає про це говорити. Звертайте увагу людини на нинішні події, а не на травматичний досвід у минулому, не «відновлюйте» її пам'ять на психотравму.
- Говоріть про мирне життя та сім'ю співрозмовника. Дотримуйтеся його до свого мирного життя, а не себе – до його «війни».
- Не бійтеся говорити про власні переживання. Не бавтеся в «психологічного супергероя».
- Зберігайте спокій. Пацієнти часто пропускають поради лікаря повз вуха, однак реагують на спокійну інтонацію голосу, розміреність рухів, вираз обличчя, погляд. Намагайтеся важливі речі говорити, дивлячись в очі пацієнту і торкаючись його руки чи плеча.
- Вловлюйте настрої пацієнта. Якщо він відсторонюється, уникає фізичного контакту, не варто вдаватися до рукостискань чи обіймів.
- Демонструйте впевненість у власних діях. Станьте опорою для розгубленого пацієнта.
- Будьте готові до прийняття того факту, що ви не все-сильні. Навіть якщо не вишло, пам'ятайте, що ви намагалися й зробили все, що могли.
- Беріть до уваги, що люди завжди мають потребу в афіліації, тобто прагнуть перебувати в товаристві, налагоджувати теплі стосунки, такі як дружба, кохання. Це закладено генетично. Блокування афіліації провокує відчуття самотності, відчуження, фрустрації.

Найчастіше під час війни зустрічаються гострі стресові розлади, а після її завершення – ПТСР. Короткочасні стресові розлади тривають від кількох годин до кількох днів, часто проявляються оглушеністю, дезорієнтованістю, сплутаністю свідомості. Досить часті епізоди забування (фрагментарна пам'ять), порушення послідовності подій у пам'яті. Для гострих стресових розладів характерні збудження, швидка мова, бажання постійно бути в русі (навіть під час сидіння) або

загальмованість, відсторонення, розпач, неможливість зосередитися, сплутаність реальності, іноді безглузді та недоречні відповіді й реакції, надмірний гнів, виражені порушення сну, кошмарні сновидіння.

В умовах безпеки у більшості пацієнтів симптоми гострого стресового розладу минають, лише в 10-20% вони трансформуються в ПТСР. Першочерговими заходами допомоги є надання безпеки та забезпечення основних потреб людини, опіка, турбота, відновлення зв'язку з родиною, спостереження.

Один із вірогідних наслідків травматичного досвіду війни – феномен так званого швидкого психологічного старіння як симптом прогресуючої астенії, котра також проявляється зниженням ваги, психічною млявістю, прагненням до спокою. Нерідко виникають посттравматичні рентні стани: набута інвалідність з усвідомленням вигоди від наданих пільг і привілеїв зумовлюють перехід до пасивної життєвої позиції.

Недостатність заходів або порушення/відсутність послідовності й наступності проведення реабілітації осіб із комплексом воєнної психіки зумовлює формування адиктивних розладів, психопатизації, порушення соціального функціонування.

Які першочергові заходи в разі психічної травми дозволяють уникнути формування ПТСР? Слід сконцентрувати зусилля на тому, щоб пацієнт забув пережито: порадьте якнайшвидше переміститися туди, де нічого не нагадує про перенесену травму; не розпитуйте й не уточнюйте деталі пережитого, не намагайтеся відновити хронологію подій фотографіями з інтернету чи розповідями, особливо якщо людина плутається в спогадах; сприяйте відновленню сну пацієнта. «Для нормалізації сну й «інактивізації» кошмарних сновидінь краще використовувати тразодон, а не похідні бензодіазепіну, – зауважив спікер. – Вони швидко викликають звикання, особливо лоразепам».

Доповідач детально акцентував увагу присутніх на складному та багатогарному емоційному стані – так званому жуска. Йому притаманні такі характеристики: подразник, котрий викликав образ, гнів, уже відсутній; глибоке відчуття несправедливості через події, що сталися; злість на несвоєчасну реакцію, відчуття безпорадності, постійний внутрішній монолог із тим, хто образив, «малювання» уявних картин, як би вчинив з ворогом; нав'язливість спогадів, інтрузії; псевдоефективність власних фантазій у діалозі, який вже не станеться. Ілюстрацією стану жуска є продовження дискусії подумки, наприклад коли підлеглий під час конфлікту з керівником промовчав, однак продовжує прокручувати в уяві інші варіанти перебігу подій й вести внутрішній монолог, не знаходячи сили подолати образ.

Настанови для пацієнтів із жуска

- Усвідомте, що ви «переживаєте» ситуацію.
- Знайдіть у тому, що відбулося, щось незвичне, смішне, погляньте на ситуацію відсторонено.
- Використовуйте техніку психологічного айкідо за Литваком.
- Прийміть ситуацію невідрагованого минулого як силу й готовність відреагувати правильно в майбутньому.
- Опануйте техніку «Стоп, думки!».
- Почніть грати в Тетріс або інші подібні ігри на телефоні.
- Застосовуйте техніку штучного тремору.
- Продемонструйте лють і ненависть, але завершіть це певним ритуалом «прощання» з ними.
- Пам'ятайте, що пережите несправедливо. У твердженні «Не варто переживати неприємності – завтра будуть інші» є велика доля правди.

«Комп'ютерні ігри зменшують частоту й силу нав'язливих спогадів за рахунок механізму реконсолідації/оновлення. Такий висновок зробили дослідники E.L. James і співавтор у 2015 році. Науковці довели, що оптимальним підходом є гра в Тетріс у перші 6 годин після травми, а тривалість – 10 хвилин інструктажу й 20 хвилин гри», – прокоментував О.С. Чабан. Також як дієву техніку корекції частих жажливих сновидінь доповідач виокремив терапію повторення образів. Її суть полягає в низці послідовних дій: згадати страшний сон, змінити його на власний розсуд і проговорити новий позитивний сюжет завершення подій уві сні, а перед сном – згадати сон у власній інтерпретації, з хорошим фіналом.

Алгоритм дій у разі виявлення в пацієнта стресових/постстресових розладів передбачає 3 кроки, а саме: забезпечити основні життєві функції пацієнта (безпеку, фізіологічні потреби – їжу, обігрів, ін., комунікацію); за потреби застосувати психокорекцію та психотерапію, а в разі їх неефективності призначити психофармакотерапію.

«Спектр психофармакотерапевтичних препаратів для корекції стресових/постстресових розладів надзвичайно широкий. Це і рослинні засоби (на основі валеріани, м'яти, меліси, пасифлори, глуду та ін.), адаптогени, біологічні речовини, антилітики, анидепресанти, антиконвульсанти та (короткотривалі) транквілізатори. На мою думку, доцільно віддавати перевагу препарату з мультимодальним ефектом – тразодону

(Триттіко), – поділився міркуваннями Олег Созонтович. – На фоні прийому в дозі 50-150 мг за 2 години до сну він швидко й безпечно відновлює фізіологічну структуру сну, тоді як, приміром, зопіклон призводить до звикання та зниження когнітивних функцій. У США тразодон є найпоширенішим засобом для лікування безсоння. Систематичний огляд, виконаний K.Y. Juffer і співавтор у 2017 році, засвідчив, що тразодон ефективно й безпечно лікує безсоння в різних категоріях пацієнтів із коморбідною патологією, зокрема з депресією, дистимією, соматоформними больовими розладами, деменцією, алкогольною залежністю, психічними порушеннями. Цей препарат також з успіхом використовується в терапії безсоння, асоційованого з вагітністю, постменопаузою, ПТСР. У пацієнтів із депресією та кардіоваскулярними порушеннями тразодон вважається препаратом вибору. До того ж при лікуванні всіх цих станів дуже важливо дотримуватися рекомендованих строків, які становлять щонайменше 3 місяці».

Тразодон (Триттіко) демонструє дозозалежний ефект:

- 50-150 мг – відновлення сну;
- 150-300 мг – редукція тривоги;
- 300-600 мг – редукція депресії.

Тразодон забезпечує седативний ефект, зіставний із таким діазепаму, проте не зумовлює залежності та не спричиняє низки побічних ефектів, характерних для похідних бензодіазепіну. Тразодон можна розглядати як безпечнішу альтернативу празозину, який вважається препаратом вибору для лікування кошмарів на фоні ПТСР. Завдяки α -адреноблокувальній активності тразодон не тільки нормалізує засинання та підтримує сон, а й

позитивно впливає на фазову структуру сну, запобігаючи появі кошмарних сновидінь. Тразодон внесено в алгоритм лікування ПТСР Медичної школи Гарварда (Vajor L.A. et al., 2011).

У спостереженні M.D. Warner і співавтор (2001) тразодон зменшував частоту нічних кошмарів у пацієнтів із ПТСР на 72%, покращував сон. Діапазон ефективних доз для 70% учасників дослідження становив 50-200 мг. A.-A. El-Solh (2018) зазначає, що тразодон є лідером за частотою призначення серед засобів для лікування кошмарів при ПТСР завдяки низькій імовірності зловживання й формування залежності.

У систематичному огляді V. Kearns і співавтор (2022) оцінили частоту та витрати на лікування побічних ефектів, пов'язаних із прийомом 8 антидепресантів – дулоксетину, есциталопраму, флуоксетину, пароксетину, сертраліну, тразодону, венлафаксину, вортиоксетину. Найнижчу частоту таких небажаних явищ, як тривога й безсоння, продемонстрував тразодон. Витрати на лікування побічних явищ, зумовлених терапією, виявилися найменшими для тразодону. Це дозволило зробити висновок про найкращий профіль безпеки тразодону з-поміж досліджуваних засобів.

Тразодон (Триттіко) – інгібітор зворотного захоплення серотоніну й антагоніст 5-HT₂-рецепторів. Він забезпечує комплексну дію, усуваючи депресію, тривогу й інсомнію, у тому числі в пацієнтів, які страждають від стресових розладів, тривоги, безсоння, ПТСР в умовах війни. Препарат характеризується високою ефективністю та сприятливим профілем безпеки.

Підготувала **Олександра Марченко**

ТРИТТИКО

Тразодону гідрохлорид 75 мг, 150 мг, 300 мг

ЩОБ ЖИТТЯ ПРИНОСИЛО ЗАДОВОЛЕННЯ!







- ▶ **ПЕРША ЛІНІЯ ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСІЇ** порушенням сну²
- ▶ **ПРОТИТРИВОЖНА ЕФЕКТИВНІСТЬ** дорівнюється бензодіазепінам³
- ▶ **СПРИЯЄ ВІДНОВЛЕННЮ ЯКОСТІ** та тривалості сну⁴
- ▶ **БАЛАНС** ефективності та безпеки⁵



ANGELINI



1. Інструкції для медичного застосування лікарського засобу Триттіко 75 мг, 150 мг, 300 мг. 2. Depression Management Guidelines, Version 6, August 2017. NHS. 3. Rickels K., Downing R., Schweizer E., Hassman H. Antidepressants for the treatment of generalized anxiety disorder. A placebo-controlled comparison of imipramine, trazodone, and diazepam // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — V. 50(11). — P. 884-895. 4. Sateya-Jylariz G.M., Abu-Bair M.H., Anderer P. et al. Neuropharmacology. — 2001. — 44. — P. 139-149. 5. Sheehan D.V., Cohen J.A., Gukov E. et al. Efficacy of the Trazodone in Major Depressive Disorder: A Randomized, Double-blind, Placebo-controlled Study // Psychiatry (Edgmont). — 2009. — 6. — 20-33. **Коротка характеристика лікарського засобу Триттіко.** Триттіко є складним тразодонпрепаратом. Є ефективним для лікування депресивних станів, в тому числі депресії, що пов'язана з тривогою і порушеннями сну. Відзначається швидким початком дії. Триттіко стабілізує емоційний стан, покращує настрій, послаблює психічну залежність від алкоголю. На відміну від інших позитивних засобів, Триттіко не протипоказаний при глаукомі і розладах з боку сечовидільної системи, не має екстрапірамідних ефектів і не потенціює адренергічну передачу. Не має антихолінергічної активності, тому не асоціюється з впливом на функцію серця. Триттіко є антидепресантом з седативними властивостями, що може призводити до сонливості протягом перших днів прийому препарату. Ноді можуть виникати інші побічні реакції. Для більш детальної інформації ознайомтеся з інструкцією для медичного застосування. Виробник лікарського засобу: Агенція Кіміно Руїне Анжеліні Франческо — А.К.Р.А.Ф. — С.І.А. Виа Векоко Дел Пінкокко, 22 — 60100 Анкона (AN), Італія. Р/л М03 Україна для Триттіко таблетки пролонгованої дії № UA9930/01/01 від 29.05.2019 №1194, № UA9930/01/02 від 29.05.2019 №1194, № UA15377/01/02 від 29.05.2019 №1194. Діа Фарма, 04119, м. Київ, вул. Мельникова, 85. Д. оф. 404 тел: (044) 538-01-26; факс: (044) 538-01-27. Інформація для лікарів (і фармацевтів) для використання в професійній діяльності.

