

Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазону

Російська воєнна агресія значно вплинула на різноманітні складові мирного життя, докорінно зруйнувавши відчуття безпеки та спричинивши виникнення потужного стресу, психологічні наслідки якого небезпечні як для дітей, так і для дорослих. Пережитий травматичний досвід може стати причиною розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – крайньої реакції організму на дію сильного стресового чинника.

Поширеність ПТСР: війна і мир

Сучасна дефініція визначає ПТСР як виснажливий дезадаптивний психічний розлад, який характеризується повторним переживанням, уникненням, негативними емоціями та думками, збереженням підвищеної збудливості протягом місяців і років після пережитої тяжкої травми [7]. Поняття «травма» використовують для описання різноманітних типів переживань, які спричиняють стрес; але не всі стресові події являють собою травму, що може призвести до ПТСР. Щоби спровокувати виникнення цього крайнього стану, травма має бути шокуючою та небезпечною подією, яка дійсно загрожує життю або безпеці людини [7].

Згідно зі статистичними даними поширеність ПТСР у загальній популяції в мирних умовах є відносно невеликою та становить 6-8%, причому зазвичай усі клінічні прояви цього розладу починають клінічно проявлятися протягом 6 міс після впливу травматичної події [13]. Кілька років тому перелік основних вагомих травматичних подій для нашої країни мав такий вигляд: стихійне лихо, пожежа, дорожньо-транспортна пригода, пограбування, авіакатастрофа, встановлення несприятливого для життя медичного діагнозу, поранення або смерть [11]. Нині всі лікарі чітко знають, що ПТСР частіше виникає в осіб, які безпосередньо беруть участь у бойових діях, були в окупації, перебувають під постійними обстрілами, живуть у регіонах із частими повітряними тривогами, перенесли фізичне чи сексуальне насильство, бачили на власні очі насильницьку смерть або стали свідками катувань, згвалтувань [15, 18].

ПТСР у США й Україні: сухі факти

Найбільшу кількість даних щодо особливостей виникнення та лікування ПТСР зібрано в США. У цій країні активно працює Національний центр із ПТСР, який окрім надання кваліфікованої допомоги постраждалим

аналізує статичні дані щодо особливостей виникнення цього розладу. Згідно з даними, наведеними на сайті цієї державної організації, приблизно 6% населення США матиме ПТСР у певний момент свого життя, причому 2020 року від ПТСР страждали 13 млн американців, тобто 5% загальної популяції [7]. У США відзначається гендерна різниця у виникненні ПТСР: жінки майже у 2 рази частіше зазнають ПТСР, ніж чоловіки (8 проти 4% відповідно). Таку особливість пов'язують із різними типами травматичних подій: жінки частіше стають жертвами сексуального насильства, чоловіки – бійок. Представники Національного центру з ПТСР підкреслюють, що військові частіше хворіють на ПТСР, ніж цивільні американці, причому ветерани, які безпосередньо брали участь у бойових діях, мають більше шансів отримати цей руйнівний синдром, ніж ті військові, які не були в зоні бойових дій [7].

Відповідно до сучасних вітчизняних досліджень поширеність ПТСР в Україні становить близько 25% [15], причому майже половина населення (57%) перебуває в зоні ризику розвитку ПТСР [18]. Опитування, проведене серед цивільних осіб (n=1300), підтверджує американські дані щодо більшої схильності жінок до розвитку ПТСР, але також додає, що в зоні ризику перебувають літні люди, вимушені переселенці й особи з регіонів, що опинилися під російською окупацією [15]. Онлайн-анкетування студентів (n=1072) демонструє значний вплив війни на життя молодих людей: 98% опитуваних зазнали впливу війни, 86% бачили уві сні кошмари про війну, 49% страждали від безсоння, а 27% мали ознаки ПТСР [10]. Війна порушила психічний стан не тільки дорослих і літніх людей, вона безжально руйнує ментальний спокій дітей: імовірний ПТСР діагностують і серед дітей шкільного віку та підлітків (14,4%), і в найменших дошкільнят (15,4%) [12].

Провокувальними чинниками ПТСР є не лише безпосереднє переживання воєнної агресії, фізичного насильства чи тяжких страждань, а й високий рівень тривоги, депресії, стресу та симптомів, пов'язаних із травмою [4]. Підвищену психологічну вразливість мають представники єврейської діаспори (n=845), особливо ті особи, родичи яких постраждали під час Голокосту, особисто пережили принаймні одну травматичну

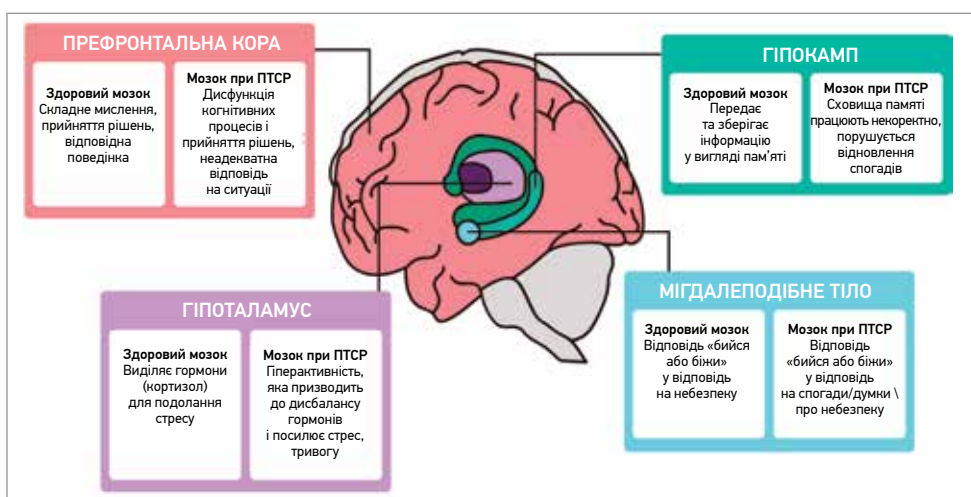


Рис. 1. Особливості здійснення інформаційних процесів у мозку в здоровому стані та при ПТСР [14]

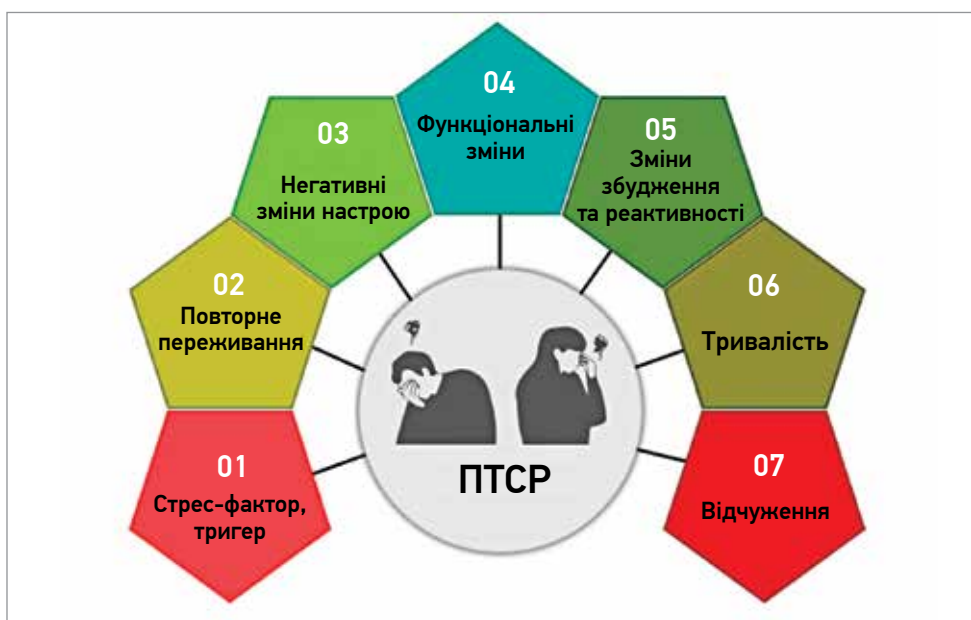


Рис. 2. Діагностичні критерії ПТСР

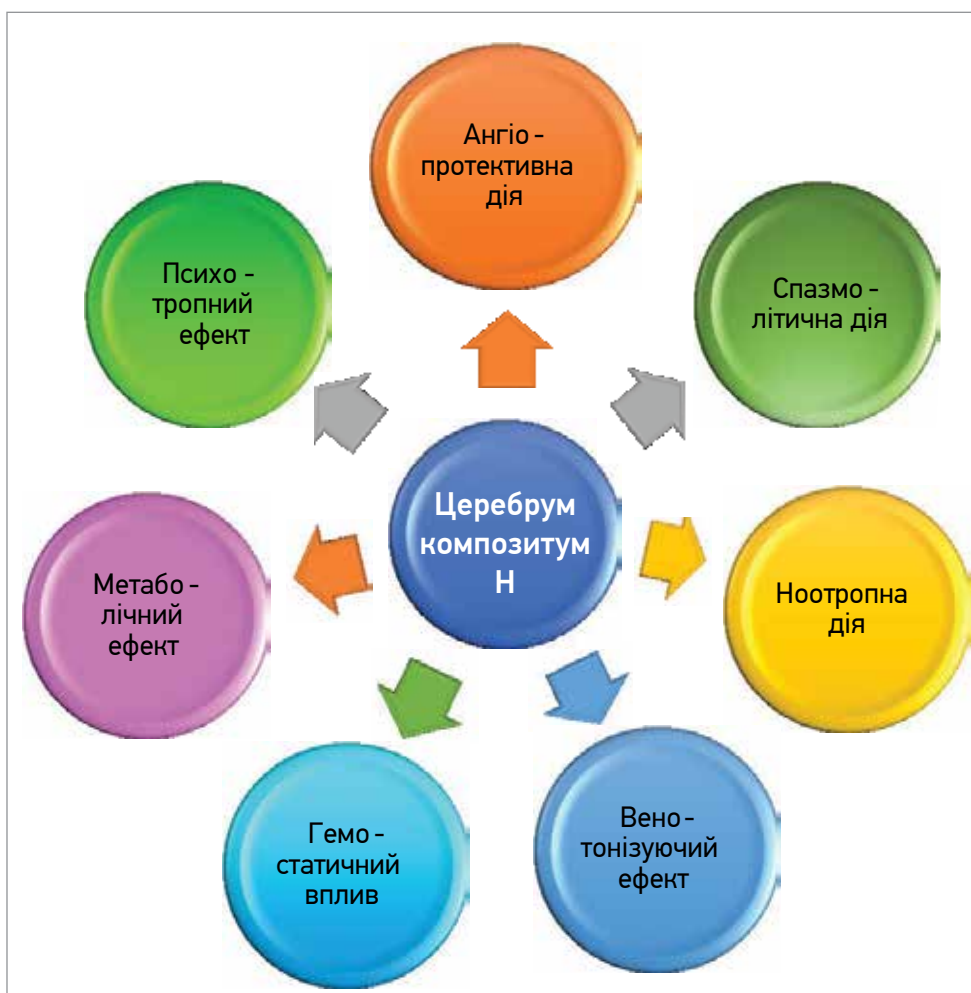


Рис. 3. Спектр дії Церебрум композитум Н [16]

подію або ретельно стежили за висвітленням російсько-української війни в засобах масової інформації [8]. Згідно з даними іншого онлайн-опитування (n=1001) захистити від розвитку ПТСР, навіть після впливу травматичного чинника, можуть деякі соціально-демографічні характеристики (високий рівень добробуту), значна індивідуальна стійкість, приналежність до чоловічої статі [3].

Патофізіологічне підґрунтя

Патофізіологічною основою виникнення ПТСР вважають порушення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та розвиток запалення, порушення процесів нейротрансмісії, різкі зміни нейротропної функції [2]. При ПТСР основні зміни відбуваються в чотирьох зонах мозку: префронтальній корі, гіпокампі, гіпоталамусі та мигдалеподібному тілі (рис. 1).

У нормі мигдалеподібне тіло запускає реакцію типу «боротьба чи втеча» у відповідь на небезпеку, але при ПТСР така сама реакція виникає навіть у разі спогадів або думок про небезпеку. У звичайному стані гіпокамп передає та коректно зберігає інформацію, в умовах ПТСР збереження й відновлення спогадів відбуваються уривчасто та неправильно. Префронтальна кора забезпечує складне мислення, сприяючи прийняттю рішень і реалізуючи відповідну поведінку. ПТСР порушує процеси мислення, унеможливує або значно утруднює прийняття рішень, викликаючи неадекватну реакцію на звичайні ситуації. У нормі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь виділяє гормони, як-от кортизол, щоб допомогти впоратися зі стресом і подолати його. ПТСР зумовлює гіперактивність, яка призводить до дисбалансу гормонів і посилює стрес, тривогу, спричиняє виникнення депресії (рис. 1). ПТСР не просто порушує звичайний настрій, він здатний зруйнувати все життя, роботу, стосунки, здоров'я та задоволення від повсякденної діяльності. При ПТСР мозок починає переоцінювати рівень небезпеки після закінчення дії травматичного чинника та вже не здатний самостійно повернутися до нормального стану, починаючи робити помилки й інтерпретуючи навколишній світ як надзвичайно небезпечний [2].

Ознаки ПТСР

Симптоми ПТСР зазвичай починаються незабаром після травматичної події, але можуть з'явитися через кілька місяців або років. Виділяють чотири типи ознак ПТСР: повторне переживання події, уникання ситуацій, які нагадують травматичний чинник,

зростання негативних почуттів порівняно з їх кількістю до екстремальної ситуації, гіперзбудження (рис. 2) [7].

Повторне переживання події здатне повернутися в будь-який момент, видаючись надзвичайно реальним і страшним: так з'являються кошмари, специфічні тригери (звук, картинка, відчуття, що здатні знову запустити переживання). Особи з ПТСР підсвідомо уникають речей і ситуацій, які нагадують про травматичну подію: перебування в натовпі, водіння автотранспорту, перегляду новин і фільмів, феєрверків, обговорення екстремальної ситуації. Для ПТСР дуже типовим є зростання кількості негативних думок і почуттів порівняно з такою до впливу травматичної події; воно може проявлятися втрачанням можливості відчувати позитивні емоції, любов, співчуття до інших людей / речей, які раніше подобалися. Сором, провини й відчуття знесилення також супроводжують ПТСР. Появу напруженості та знервованості розцінюють як ознаку гіперактивності, що змушує нервувати, бути завжди настороженим і шукати ймовірну небезпеку, дотримуватися саморуйнівної поведінки (курити, зловживати наркотиками/алкоголем, агресивно керувати автомобілем) [7].

Збільшують імовірність розвитку ПТСР інтенсивні переживання, тривалий час дії травматичного чинника, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, відсутність належної системи підтримки з боку сім'ї та друзів, наявність кровних родичів із психічними розладами, служба в армії [11], черепно-мозкова травма, посттравматична епілепсія та хронічний головний біль [13].

Лікування ПТСР: місце альтернативної медицини

Наразі основними методами лікування ПТСР вважають анксиолітики й антидепресанти. Єдиними препаратами, схваленими Управлінням із контролю якості продуктів харчування та лікарських засобів США (FDA) для лікування ПТСР, є такі селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), як сертралін і пароксетин [2]. Представники Національного центру з ПТСР (США) доповнюють цей список венлафаксином (селективний інгібітор зворотного захоплення норепінефрину) [7]. Зазначені препарати визнані першою лінією терапії психічних розладів, включаючи депресію та тривогу. Проте застосування СІЗЗС має певні обмеження, наприклад тривалий час лікування, нижчі показники відповіді та ремісії. Представники Національного центру

з ПТСР підкреслюють необхідність проведення психотерапії, орієнтованої на травму, під час якої широко використовують когнітивно-процесингову терапію, лікування з тривалою експозицією, десенсибілізацію та корекцію перероблення інформації за допомогою руху очей [7].

Окрім стандартних підходів для лікування ПТСР нині в усьому світі використовують додаткову й альтернативну медицину, яка передбачає застосування біорегуляційних, фітотерапевтичних і ароматичних засобів, акупунктури, масажу, йоги, танців, релаксаційної терапії [2, 6]. Одним з ефективних способів подолання та профілактики ПТСР вважають використання комплексних біорегуляційних препаратів через їхню достатню ефективність і високу безпеку. Біорегуляційні ліки дають полегшення, зменшуючи частоту, тривалість й інтенсивність клінічних проявів, покращуючи самопочуття та сон. Серед додаткових переваг відзначають добру переносимість і відсутність побічних ефектів, синдрому звикання або медикаментозної залежності [9, 11]. Регулярне застосування біорегуляційних препаратів дає змогу поступово знизити потребу в заспокійливих, антидепресантах і снодійних [9, 11]. Найефективнішим вважають поєднання психотерапії, традиційної фармакотерапії з біорегуляційними засобами; останні можуть призначатися одночасно із СІЗЗС / іншими ліками з метою підвищення результативності лікування.

Церебрум композитум Н: ефективний біорегуляційний засіб

За потреби запобігання ПТСР і його лікування в осіб із різних вікових груп (діти, дорослі, літні) може бути призначений ефективний біорегуляційний засіб Церебрум композитум Н, який представляє відома німецька фірма Heel. Церебрум композитум Н є комбінованим біорегуляційним препаратом, який містить 26 активних речовин, що впливають на різні патологічні ланцюги розвитку ПТСР, сприяючи нівелюванню клінічних ознак цього стану. Активні компоненти Церебрум композитум Н мають рослинне, тваринне й мінеральне походження та введені до складу препарату в надмалих дозах: 4 суїс-органних (Cerebrum suis, Hepar suis, Embryo suis, Placenta suis), 14 рослинних і 7 мінеральних нозод (Medorrhinum) [17]. Поліпшуючи кровообіг та мікроциркуляцію в центральній нервовій системі, препарат стимулює роботу вищих регуляторних і надсегментарних вегетативних центрів, підвищуючи їх контроль над роботою підлеглих структур

[19]. Вважають, що завдяки таким особливостям Церебрум композитум Н чинить ноотропний, ангіопротекторний, спазмолітичний, метаболічний, вентонізувальний, гемостатичний, психотропний ефекти (рис. 3). Відновлюючи функціональну активність центральної нервової системи, він не зумовлює судомної готовності на відміну від традиційних ноотропів, що має велике значення при виникненні ПТСР на тлі черепно-мозкової травми, поліпшує сон і нівелює тривогу. До початку бойових дій Церебрум композитум Н широко використовувався в неврологічній, психіатричній і педіатричній практиках, демонструючи добрі результати [1, 5, 16].

Лікарі-практики мають позитивний досвід застосування Церебрум композитум Н у хворих на ішемічний інсульт [1, 5] і пострадіаційне ураження мозку [16]. Вчені підтверджують, що Церебрум композитум Н гармонійно впливає на біоелектричну активність головного мозку та церебральну гемодинаміку, покращує психологічний стан, зменшує тривожність, підвищує ініціативність і фізичну активність пацієнтів, які отримували лікування [5], тому підтримують його широке застосування в дорослих, літніх осіб і дітей [1, 5, 16, 19].

Висновки

Значна поширеність ПТСР під час війни зумовлює необхідність його ефективної профілактики та лікування. Основну роль у розвитку ПТСР відіграє порушення гіпофізарно-надниркової осі, яка підтримує гомеостаз центральної та периферичної нервових систем. Підвищити ефективність психотерапії ПТСР можна завдяки біорегуляційним засобам, а саме Церебрум композитум Н, якому притаманні багатоцільова дія та здатність поліпшувати функціонування осі «гіпоталамус – надниркові залози». Продемонстровано здатність Церебрум композитум Н покращувати пам'ять, усувати прояви страху, тривоги та депресії. Добра переносимість, безпека, економічна доступність, швидкий початок дії роблять Церебрум композитум Н оптимальним кандидатом для ад'ювантної терапії ПТСР, за допомогою якого можна значно розширити потенціал і результативність терапії. Висловлюється припущення, що комбінація СІЗЗС і біорегуляційних ліків здатна не тільки підвищити ефективність лікування ПТСР, але й допомогти знизити добові дози сертраліну/пароксетину.

Список літератури знаходиться в редакції.

Підготувала **Тетяна Можина**