

УДК 616.45-001.1/.3-08-059

КОРОСТІЙ В.І.¹, ПОЛІЩУК В.Т.², ЗАВОРОТНИЙ В.І.²¹Харківський національний медичний університет²Військово-медичний клінічний центр Північного регіону МО України, м. Харків

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Резюме. Стаття присвячена проблемі стресових розладів, що виникають внаслідок психічних травм. Наведена класифікація, розглянуті питання етіології та патогенезу посттравматичних стресових розладів. Приділено увагу діагностиці та вибору фармакологічних засобів лікування. Підкреслено, що препаратами першого вибору залишаються антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, лікування, антидепресанти.

Вступ

На превеликий жаль, питання лікування, діагностики та профілактики психічних розладів, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу, стало актуальним для нашої країни.

Як показує світовий досвід, після локальних воєн, що відбувалися протягом останніх десятиліть, навіть після завершення воєнного конфлікту проблема посттравматичних стресових розладів, психологічна реабілітація ветеранів, адаптація вимушених переселенців залишаються актуальними протягом багатьох років. Особливість ситуації в Україні в тому, що так звана гібридна війна, що відбувається, має непрогнозований у часі перебіг, а потужна сучасна психологічна зброя може призводити до масового негативного впливу на психічний стан цивільного населення [1, 2, 6, 21].

Таким чином, актуальність питань лікування, діагностики та профілактики психічних розладів, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу, зростає, і не тільки для фахівців в галузі психічного здоров'я, а й для лікарів усіх без винятку спеціальностей, насамперед загальної практики та сімейної медицини. Ця публікація має на меті на підставі аналізу закордонних та вітчизняних публікацій та власного досвіду визначити основні особливості психічних розладів, пов'язаних зі стресовими подіями воєнного часу в сучасних вітчизняних умовах, та надати практичні рекомендації лікарям із питань діагностики, лікування та профілактики цих розладів.

Історія поглядів на посттравматичний стресовий розлад

Сучасні уявлення про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) як діагностичну рубрику склалися в 70–80-х роках минулого сторіччя, проте розлади, що розвиваються в результаті пережитої катастрофи (на відміну від звичайних психогенних станів), описували й діагностували і раніше. Вперше синдром, дуже схожий на сучасний ПТСР, був описаний Da Costa у солдатів під час громадянської війни в Америці (Da Costa, 1864) і названий синдромом солдатського серця, провідне місце в описі посідали вегетативні прояви. В 1867 р. J.E. Egichsen опублікував роботу «Залізнична та інші травми нервової системи», в якій описав психічні розлади в осіб, які пережили аварії на залізниці. 1888 р. Н. Орпенгейм увів у практику широко відомий діагноз «травматичний невроз», у рамках якого описав багато симптомів сучасного ПТСР [2].

Багато робіт, присвячених цій проблемі, з'являється після значних військових конфліктів. Так, важливі дослідження були проведені у зв'язку з Першою світовою війною (1914–1918). Е. Краєпелін (1916), характеризуючи

Адреса для листування з авторами:

Коростій В.І.

E-mail: vikorostiy@ukr.net

© Коростій В.І., Поліщук В.Т., Заворотний В.І., 2015

© «Міжнародний неврологічний журнал», 2015

© Заславський О.Ю., 2015

травматичний невроз, уперше показав, що після тяжких психічних травм можуть залишатися постійні розлади, що посилюються з часом. Пізніше Майерс у роботі «Артилерійський шок у Франції 1914–1919» визначив відмінності між неврологічним розладом «контузії від розриву снаряда» і «снарядним шоком». Контузія, викликана розривом снаряда, розглядалася ним як неврологічний стан, викликаний фізичною травмою, тоді як «снарядний шок» Майерс розглядав як психічний стан, викликаний сильним стресом. Реакції, обумовлені участю у бойових діях, стали предметом широких досліджень під час Другої світової війни. Це явище у різних авторів називалося по-різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз» [4].

У 1941 р. в одному з перших систематизованих досліджень А. Кардинер назвав це явище «хронічним військовим неврозом». Відштовхуючись від ідей Фрейда, він вводить поняття «центрального фізіоневрозу», що, на його думку, служить причиною порушення ряду особистісних функцій, які забезпечують успішну адаптацію до навколишнього світу. Кардинер вважав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Ним уперше було дано комплексний опис симптоматики: 1) збудливість і дратівливість; 2) невтримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах події, що травмувала; 4) відхід від реальності; 5) схильність до некерованих агресивних реакцій (Kardiner, 1941). Подібні типи розладів спостерігали у в'язнів концентраційних таборів і військовополонених (Etinger, Strom, 1973).

Згодом вплив стресів воєнного часу на подальший психічний стан комбатантів (тобто учасників бойових дій) глибше за все було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. Figley (1978) описує поств'єтнамський синдром, для якого характерні повторювані нав'язливі спогади, що часто набувають форму яскравих образних уявлень — флешбеків (flashbacks) і супроводжуються пригніченням, страхом, соматовегетативними розладами. У в'єтнамських комбатантів були виявлені стани відчуження і байдужості із втратою звичайних інтересів, підвищена збудливість і дратівливість, повторювані сновидіння бойового характеру, відчуття власної провини за те, що вони залишилися живими.

У зв'язку з тим, що цей симптомокомплекс не відповідав жодній із загальноприйнятих нозологічних форм, М. Горовіц (Hogowitz, 1980) запропонував виділити його як самостійний синдром, назвавши його посттравматичним стресовим розладом (posttraumatic stress disorder, PTSD). Надалі група авторів на чолі з М. Горовіцем розробила діагностичні критерії ПТСР, прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III і DSM-III-R), а пізніше (практично без змін) — для МКХ-10.

Дослідження ПТСР-синдрому в 1980-х рр. стали ще більш широкими. З метою розвитку та уточнення

різних аспектів ПТСР у США були проведені численні дослідження. Серед них виділяються роботи Егендорфа зі співавт. (Egendorf et al., 1981) і Боуландера зі співавт. (Boulander et al., 1986). Перша з них присвячена порівняльному аналізу особливостей адаптаційного процесу у в'єтнамських ветеранів та їх ровесників, які не воювали, а друга — вивченню особливостей відстроченої реакції на стрес у того ж контингенту. Результати цих досліджень не втратили своєї важливості досі. Основні підсумки міжнародних досліджень були узагальнені в колективній двотомній монографії «Травма та її слід» (Figley, 1986), де поряд з особливостями розвитку ПТСР військової етіології наводяться й результати вивчення наслідків стресу у жертв геноциду, інших трагічних подій або насильства над особистістю.

Початок систематичних досліджень постстресових станів, викликаних переживанням природних та індустріальних катастроф, можна віднести до 50–60-х років минулого століття. Число робіт щодо наслідків катастроф, які виявляють ПТСР, набагато менше, ніж кількість досліджень, проведених з ветеранами бойових дій. Можна навести дані двох спеціально організованих досліджень, завданням яких було встановлення наявності ПТСР у жертв урагану і повені (Green, 1990; Green et al., 1983; Modi, 1985). Інтерес до цієї проблеми у вітчизняній психіатрії радянського періоду в останні десятиліття визначався переважно з природними та техногенними катастрофами, особливо тяжкими за наслідками були аварія на Чорнобильській АЕС (1986) і землетрус у Вірменії (1988).

Епідеміологія

Поширеність ПТСР у популяції залежить від частоти травматичних подій. Так, можна говорити про травми, типові для певних політичних режимів, географічних регіонів, в яких особливо часто відбуваються природні катастрофи тощо. У 90-ті роки показники частоти виникнення ПТСР виражено зросло: якщо у 80-х роках вони становили 1–2 %, то в недавніх дослідженнях, опублікованих в США, — 7,8 %, причому є виражені статеві відмінності (10,4 % — для жінок, 5,0 % — для чоловіків).

Обстеження населення виявило, що показник поширеності ПТСР коливається в діапазоні від 1 до 14 % з варіативністю, пов'язаною з методами обстеження та особливостями популяції. Так, в осіб із групи ризику (наприклад, ветеранів в'єтнамської війни, людей, постраждалих від вивержень вулкана або насильства) поширеність ПТСР становила від 3 до 58 %.

За впливами на психіку людини та їх наслідками війни кінця ХХ століття дуже схожі на війну у В'єтнамі. Згідно з даними національного дослідження ветеранів в'єтнамської війни, в 1988 р. у 30,6 % американців, які брали участь у ній, спостерігався ПТСР. У 55,8 % осіб із ПТСР були виявлені пограничні нервово-психічні розлади; ймовірність стати безробітними у них в 5 разів більша порівняно з іншими, розлучення були у

70 %, проблеми з вихованням дітей — у 35 %, крайні форми ізоляції від людей — у 47,3 %, виражена ворожість — у 40 %, вчинення понад 6 актів насильства на рік — у 36,8 %, потрапили до в'язниці або були заарештовані — 50 %.

На жаль, відсутність вірогідних даних про число ветеранів у країнах СНД та реальну поширеність ПТСР не дозволяє отримати повне уявлення про відповідні потреби в медичній та соціально-психологічній допомозі в близьких за соціально-економічним становищем країнах.

Визначення понять та класифікація

Психобіологічна сутність бойового стресу полягає в перепрограмуванні ресурсів людського організму на виживання в екстремальних, небезпечних для життя умовах. Цей процес супроводжується напруженням адаптаційних механізмів і вираженими психофізіологічними змінами, що, будучи надмірно інтенсивними і тривалими, можуть спричинити стресогенну дезінтеграцію психічної діяльності — бойову психічну травму.

Незважаючи на широке використання терміна «бойова психічна травма», знайти його загальноприйняте визначення в доступних літературних джерелах нам не вдалося. Більшість авторів порівнюють це поняття з реактивними станами і гострими стресовими реакціями, що розвиваються як наслідок життєво небезпечних бойових стресорів, суть яких чітко відбивається в клінічній картині.

Поряд із природними, нормальними психологічними реакціями тривоги і страху без ознак дисфункції психічної діяльності в умовах інтенсивних бойових дій досить часто виникають транзиторні психічні розлади — гострі реакції на стрес (код МКХ-10 — F43.0), що мають ознаки змішаних і мінливих симптомів депресії, тривоги, гніву, розпачу, ажитації, гіперактивності або загальмованості (аж до дисоціативного ступору — F44.2) на тлі явищ оглушення, деякого звуження поля свідомості, нездатності адекватно реагувати на зовнішні стимули, іноді з наступною частковою або повною амнезією (F44.0).

F43. Реакція на тяжкий стрес і порушення адаптації.

F43.0. Гостра реакція на стрес.

F43.1. Посттравматичний стресовий розлад.

F43.2. Розлад пристосувальних реакцій.

F43.8. Інші реакції на тяжкий стрес.

F43.9. Реакція на тяжкий стрес неуточнена.

F43.0. Гостра реакція на стрес.

F43.00. Легка реакція на стрес.

F43.01. Помірна реакція на стрес.

F43.02. Тяжка реакція на стрес.

F43.2. Розлад пристосувальних реакцій.

F43.20. Короткочасна депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації.

F43.21. Пролонгована депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації.

F43.22. Змішана тривожна й депресивна реакція, обумовлена розладом адаптації.

F43.23. Розлад адаптації з переважанням порушення інших емоцій.

F43.24. Розлад адаптації з переважанням порушення поведінки.

F43.25. Змішаний розлад емоцій і поведінки, обумовлений розладом адаптації.

F43.28. Інші специфічні переважні симптоми, обумовлені розладом адаптації.

F43.8. Інші реакції на тяжкий стрес.

F43.9. Реакція на тяжкий стрес неуточнена.

Психологія війни

Участь у бойових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, що може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. На відміну від багатьох інших стресових ситуацій участь у війні може стати психічною травмою з віддаленими наслідками.

Перебування на війні супроводжується комплексним впливом низки факторів, таких як: 1) чітко усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації; 2) ні з чим не порівнянний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою, поряд із цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю товаришів по зброї або з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних факторів бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дій, раптовість, невизначеність, новизна); 4) негаразди і злигодні (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування); 5) незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, холод, спека, підвищена інсоляція тощо) (Пушкарьов та ін., 2000).

Соціально-психологічна адаптація ветеранів воєн, які зазнали психотравмуючого впливу факторів бойової обстановки, являє собою надзвичайно актуальну проблему.

Пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади є одним із головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до звичайного життя. Після повернення до мирної обстановки на вже наявний, пов'язаний з війною ПТСР нашаровуються нові розлади, обумовлені стресами внаслідок соціальної дезадаптації ветеранів. Ветерани війни, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні та професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї та ін.

Участь у війні призводить до помітних якісних змін свідомості ветерана. Згідно з результатами досліджень військових медиків і психологів, особливості життя в бойових умовах призводять до того, що після повернення до мирного життя у ветерана розвивається так звана криза ідентичності, тобто втрата цілісності сприйняття себе і своєї соціальної ролі. Це проявляється в порушенні здатності адекватно брати участь у складних соціальних

взаємодіях, в яких відбувається самореалізація людської особистості. Багато з таких людей втратили інтерес до громадського життя, знизилася їх активність при вирішенні власних життєво важливих проблем.

Нерідко спостерігаються втрата здатності до співпереживання і зниження потреби в душевній близькості з іншими людьми. Так, майже половина опитаних військовослужбовців, які брали участь у бойових діях у Чечні, скаржаться, що вони не можуть знайти порозуміння ні в суспільстві, ні в сім'ї. Кожен четвертий заявив, що відчуває труднощі при спілкуванні в трудовому колективі, а кожен другий змінював місце роботи по три-чотири рази. Порушена здатність підтримувати соціальні контакти позначається і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий розлучений.

Надзвичайно гостру психологічну драму відчувають інваліди, а також ті, хто втратив близьких. Життєвий досвід цих людей унікальний; він різко відрізняється від досвіду людей, які не воювали, що й породжує нерозуміння з боку оточуючих. Як правило, до колишніх бійців ставляться з нерозумінням і побоюванням, що тільки посилює хворобливу реакцію ветеранів на незвичну обстановку, яку вони оцінюють із притаманним їм фронтовим максималізмом. Свідченням того, що колишні учасники воєнних дій зазнають труднощів в адаптації до умов мирного життя, є їх конфліктна поведінка в соціальному середовищі: нездатність прийняти нові правила гри, небажання йти на компроміси, спроби вирішити суперечки мирного часу звичними силовими методами. Ветерани підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирний ґрунт, хоча і розуміють, що це неадекватно.

Після фронтової ясності конфлікти мирного часу, коли противник формально таким не є і застосування силових методів боротьби заборонено законом, нерідко виявляються складними для сприйняття тих, у кого виробилася миттєва реакція на будь-яку небезпеку. Багатьом ветеранам важко стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички хапатися за зброю в прямому чи переносному сенсі.

Світова статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій за відсутності фізичних ушкоджень страждає від нервово-психічних розладів, а серед поранених і калік — кожен третій. Але це лише частина гігантського айсберга — всього масиву різноманітних порушень, що залишаються після екстремальних впливів. Інші наслідки починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. Це різні психологічні реакції та психосоматичні захворювання.

Основними проблемами колишніх комбатантів є страх (57 %), демонстративність поведінки (50 %), агресивність (58,5 %) і підозрілість (75,5 %). До їх поведінкових особливостей належать: конфліктність у сім'ї, з родичами, колегами, спалахи гніву, зловживання

алкоголем і наркотиками. Крім того, відзначаються: нестійкість психіки, при якій навіть найменші втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; боязнь нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими. Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість та емоційна відокремленість, підвищена дратівливість та агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги. Відзначаються повторювані яскраві бойові сни і нічні кошмари, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій із поверненням до психотравмуючої ситуації.

До інших психічних явищ, що наявні у ветеранів воєн, належать: стан песимізму, відчуття занедбаності; недовіри; нездатність говорити про війну; втрата сенсу життя; невпевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; почуття, що «я загинув на війні»; відчуття неможливості впливати на хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; тривожність; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших воєн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на комусь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об'єкта задоволення сексуальних потреб; схильність брати участь у небезпечних пригодах; спроба знайти відповідь на питання, чому загинули твої друзі, а не ти.

Етіологія та патогенез

Інтенсивність психотравмуючої ситуації є фактором ризику виникнення ПТСР. Іншими факторами ризику є: низький рівень освіти, соціальне становище; попередні травматичні події; психіатричні проблеми; наявність близьких родичів, які страждають від психіатричних розладів; хронічний стрес.

Необхідно відзначити, що досить часто індивіди з ПТСР переживають вторинну травматизацію, що виникає, як правило, через негативні реакції оточуючих, медичного персоналу та працівників соціальної сфери на проблеми, з якими стикаються ті, хто переніс травму. Негативні реакції проявляються у запереченні самого факту травми, зв'язку між травмою і стражданнями, негативному ставленні до жертви та її обвинуваченні, у відмові надати допомогу (Тарабрина, 2001).

В інших випадках вторинна травматизація може виникати внаслідок гіперопіки постраждалих, навколо яких оточуючі створюють «травматичну мембрану», що відгороджує їх від зовнішнього світу і стресорів повсякденного життя.

Біологічні порушення при ПТСР можна уявити як порушення регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі й балансу між збуджуючими та гальмуючими нейронними системами нейроциркуляції мозку. Існує результуюча порушення регуляції адренергічних механізмів, що забезпечують класичну (боротьба, втеча або

замирання) відповідь. Іегуда та інші виявили, що пацієнти з ПТСР мають підвищену чутливість гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі порівняно з пацієнтами без ПТСР і мають набагато більший розкид у рівнях адренкортикоїдів [5].

Інші дослідники виявили відмінності між пацієнтами з посттравматичним стресовим розладом і без нього в обох структурах головного мозку і мозкових ланцюгів, що обробляють сигнал загрози. Ще невідомо напевно, чи існували ці зміни до травматичної події і чи визначають схильність людини до розвитку ПТСР, або ці зміни були вже результатом посттравматичного стресового розладу. Система страху стає гіперчутливою при ПТСР і більше не інтегрована з виконавчими центрами планування та прийняття рішення в префронтальній корі [5]. Навіть незначні напруження можуть потім викликати у відповідь реакцію боротьби або втечі, що призводить до збільшення частоти серцевих скорочень, викликає пітливість, прискорене дихання, тремор та інші симптоми надмірного збудження у хворих із ПТСР.

Клінічна картина

Виділяються такі основні симптоми посттравматичних стресових порушень у ветеранів війни:

1. Надпильність. Людина пильно стежить за всім, що відбувається навколо, чи не загрожує їй небезпека. Але ця небезпека не лише зовнішня, а й внутрішня — вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, що мають руйнівну силу, прорвуться назовні. Часто надпильність проявляється у вигляді постійного фізичного напруження. Воно не дозволяє розслабитися і відпочити, може створити чимало проблем. По-перше, підтримка високого рівня пильності вимагає постійної уваги та величезних витрат енергії. По-друге, ветерану починає здаватися, що це і є його основна проблема і що як тільки вдасться зменшити напруження або розслабитися, все буде добре. Насправді фізичне напруження може захищати свідомість, і не можна прибирати психологічний захист, поки не зменшилася інтенсивність переживань. Коли ж це станеться, фізичне напруження мине.

2. Перебільшене реагування. За найменшої несподіванки людина робить стрімкі рухи (кидається на землю при звукові, який нагадує двигун танка, або різко обертається та приймає бойову позу, коли хтось наближається до неї з-за спини), раптово здригається, кидається бігти, голосно кричить тощо.

3. Притупленість емоцій. Іноді ветеран повністю або частково втрачає здатність до емоційних проявів. Йому важко встановлювати близькі та дружні зв'язки з оточуючими, недоступні радість, любов, творчий підйом, дух гри і спонтанність. Чимало ветеранів скаржаться, що після травмуючих подій їм стало набагато важче відчувати подібні почуття.

4. Агресивність. Прагнення вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічається також

психічна, емоційна і вербальна агресивність. Простіше кажучи, людина схильна застосовувати силовий тиск на оточуючих щоразу, коли хоче домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

5. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Ветеран відчуває труднощі, коли потрібно зосередитися або щось згадати, принаймні в певних обставинах. В інші моменти концентрація може бути чудовою, але варто з'явитися якомусь стресовому фактору, як людина втрачає здатність зосередитися.

6. Депресія. У стані посттравматичного стресу депресія посилюється, доходячи до стану відчаю, коли здається, що все безглуздо і марно. Її супроводжують нервові виснаження, апатія та негативне ставлення до життя.

7. Загальна тривожність. Проявляється на фізіологічному рівні (ломота в спині, спазми шлунка, головні болі), у психічній сфері (постійне занепокоєння і стурбованість, параноїдальні явища, наприклад необґрунтований страх переслідування), в емоційних переживаннях (відчуття страху, невпевненість у собі, комплекс вини).

8. Напади люті. Це не припливи помірного гніву, а саме вибухи люті. Багато ветеранів повідомляють, що такі напади частіше виникають під впливом наркотичних речовин і, особливо, алкоголю. Однак подібна поведінка спостерігається і без залежності від алкоголю або наркотиків, так що було б неправильно вважати сп'яніння основною причиною цих нападів, скоріше це розгальмовуючий фактор.

9. Зловживання наркотичними та лікарськими речовинами. У спробі знизити інтенсивність посттравматичних симптомів багато ветеранів починають зловживати тютюном, алкоголем та (меншою мірою) наркотичними речовинами.

10. Непрохані спогади. Наяву вони з'являються в тих випадках, коли навколишня дійсність чимось нагадує обставини травмуючої події: запахи, зорові стимули, звуки. Яскраві образи минулого падають на психіку і викликають сильний стрес. Головна відмінність від звичайних спогадів у тому, що посттравматичні непрохані спогади супроводжуються сильними почуттями тривоги і страху.

Непрохані спогади, що надходять у сні, називають нічними кошмарами. У ветеранів війни ці сновидіння часто, але не завжди пов'язані з бойовими діями. Сни такого роду бувають, як правило, двох типів: перший з точністю відеозапису відтворює травмуючу подію так, як вона закарбувалася в пам'яті; у снах другого типу обстановка і персонажі можуть бути зовсім іншими, але принаймні деякі елементи (люди, ситуація, відчуття) подібні до пережитої травми. Людина пробуджується від такого сну цілком розбитою; її м'язи напружені, вона спітніла.

У медичній літературі нічний піт іноді розглядають як самостійний симптом, оскільки чимало пацієнтів прокидаються мокрими від поту, але не пам'ятають, що їм снилося. Проте, очевидно, пітливість є реакцією саме на

сновидіння незалежно від того, запам'ятовується воно чи ні. Інколи під час подібного сну людина кидається в ліжку і прокидається зі стиснутими кулаками, немов готова до бійки. Такі сновидіння є, мабуть, найнеприємнішим аспектом ПТСР, і ветерани неохоче погоджуються говорити про це.

11. Галюцинаторні переживання. Це особливий різновид непрошених спогадів про травмуючі події — з тією різницею, що при галюцинаторному переживанні спогад про те, що трапилося, настільки яскравий, що події поточного моменту немов би відходять на другий план і здаються менш реальними. У цьому галюцинаторному відчуженому стані людина поводить себе так, ніби вона знову опинилася в минулих травмуючих подіях; вона діє, думає і відчуває так само, як у той момент, коли їй доводилося рятувати своє життя.

Галюцинаторні переживання властиві не всім: це лише різновид непрошених спогадів, для яких характерна особлива яскравість і хворобливість. Вони частіше виникають під впливом наркотичних речовин і алкоголю, проте можуть з'явитися й у тверезому стані, навіть у того, хто ніколи не вживав наркотичних речовин.

12. Порушення сну: труднощі із засинанням і переривчастий сон. Коли в людини нічні кошмари, є підстави думати, що вона сама мимоволі опирається засинанню і саме в цьому причина її безсоння: вона боїться заснути і знову побачити жакливі сон. Регулярне недосипання, що веде до крайнього нервового виснаження, доповнює картину симптомів посттравматичного стресу.

13. Думки про самогубство. Ветеран нерідко думає про самогубство або планує які-небудь дії, що зрештою повинні привести до смерті.

Коли життя видається більш лякаючим і болісним, ніж смерть, думка покінчити з усіма стражданнями може бути привабливою. Багато учасників бойових дій повідомляють, що в якийсь момент досягали тієї межі відчаю, за якою не видно жодних способів виправити своє становище. Всі ті, хто знайшов у собі сили жити, дійшли висновку: потрібні бажання і завзятість — і з часом з'являються більш світлі перспективи.

14. Відчуття вини за те, що ти вижив у тяжких випробуваннях, які забрали життя інших, нерідко притаманне тим, хто страждає від емоційної глухоти (нездатності пережити радість, любов, співчуття тощо) після травмуючих подій. Багато жертв ПТСР готові на що завгодно, лише б уникнути нагадування про трагедію, про загибель товаришів. Сильне почуття провини іноді провокує приступи самопринизливої поведінки.

Основні симптоми посттравматичного стресу були покладені в основу діагностичного опитувальника посттравматичного стресу, рекомендованого для застосування в індивідуальній роботі з учасниками бойових дій (шкала клінічної діагностики ПТСР).

Гострий ПТСР діагностують, коли симптоми виникають у межах 6 місяців після перенесеної травми і

зберігаються не більше ніж 6 місяців. Прогноз добрий. Про хронічні ПТСР говорять, коли тривалість симптомів перевищує 6 місяців. Для відстрочених ПТСР характерна поява симптомів після латентного періоду (місяці, роки). При відстроченому та хронічному ПТСР симптоми з'являються через 6 місяців після травми і тривають понад 6 місяців.

У структурі скарг, які аналізувалися за Гіссенським психосоматичним опитувальником, у ветеранів з ознаками ПТСР найбільшу питому вагу мають скарги, пов'язані зі станом серцево-судинної системи, — 36 % усіх скарг. Дещо менше скарг пов'язано з проявом нервового виснаження — 24,6 %. Скарги, пов'язані з болями різної етіології та локалізації, — 20,2 %. Скарги на стан шлунково-кишкового тракту — 19,1 %. Загальна інтенсивність скарг у ветеранів з ознаками ПТСР майже у 2 рази більша, ніж у ветеранів без ПТСР. Загальна інтенсивність скарг у ветеранів без ПТСР практично не відрізняється від показника у здорових людей, що не брали участь у військових діях. Особливістю групи ветеранів без ПТСР є (на відміну від здорового контингенту) превалювання скарг (40,5 %), пов'язаних із станом серцево-судинної системи (у контрольній групі — не більше ніж 20 %).

Психопатологічні порушення у ветеранів Афганської війни були представлені такими синдромами: істеріопохондричний (32 %); астеніопохондричний (35 %); обсесивно-фобічний (33 %); астенодепресивний (26 %); астеноневротичний (38 %). При цьому порівняно з ветеранами, які не мають ознак ПТСР, у ветеранів з ознаками ПТСР у 3,7 рази частіше виражений астеноневротичний синдром (особливо його субклінічні форми); в 4,7 рази — астеніопохондричний синдром; в 9,5 рази — обсесивно-фобічний синдром; в 7,3 рази — істеріопохондричний синдром; в 7,5 рази — астенодепресивний синдром.

Описуються типи психічної дезадаптації ветеранів, виділені залежно від цілісної поведінкової стратегії (Карвасарський та ін., 1990).

Перший тип — активно-оборонний (переважно адаптований). Відзначається або адекватна оцінка тяжкості захворювання, або тенденція до його ігнорування. Спостерігаються невротичні розлади. У частини ветеранів цього типу виражене прагнення обстежуватися і лікуватися амбулаторно.

Другий тип — пасивно-оборонний (дезадаптація з інтрапсихічною спрямованістю). У його основі — відступ, примирення з хворобою. Характерні тривожно-депресивні й іпохондричні тенденції. Знижена потреба боротися з хворобою, нерідко орієнтація на вииграш від неї. Психічний дискомфорт проявляється у скаргах соматичного характеру.

Третій тип — деструктивний (дезадаптація з інтерпсихічною спрямованістю). Характерне порушення соціального функціонування. Спостерігаються внутрішня напруженість, дисфорія. Часто відзначаються конфлікти, вибухова поведінка. Для розрядки негатив-

них афектів пацієнти вдаються до алкоголю, наркотиків, агресивних дій і суїцидальних спроб.

Описано психопатологічні симптомокомплекси, що спостерігалися у ветеранів (Циганков, 1992).

Для астеничного симптомокомплексу характерні виражені збудливість і дратівливість на фоні підвищеної стомлюваності та виснаженості, емоційна слабкість, знижений настрій, образливість.

Обсесивно-фобічний симптомокомплекс проявляється почуттями невмотивованої тривоги і страху, нав'язливими спогадами психотравмуючої події.

При істеричному симптомокомплексі спостерігаються підвищена сугестивність і самонавіюваність, прагнення привернути до себе увагу, демонстративний характер поведінки.

Для депресивного симптомокомплексу характерні знижений настрій, почуття песимізму.

Для експлозивного симптомокомплексу характерні підвищена дратівливість, вибуховість, злостивість та агресивність.

Психоорганічний симптомокомплекс, як правило, розвивається у постраждалих, які перенесли черепно-мозкову травму (астенія, дисфорія, порушення пам'яті, емоційні розлади, порушення сну). Можливі короточасні епізоди дереалізації, деліріозні й онейрологічні розлади.

Коморбідність ПТСР та диференціальна діагностика

Коморбідність

Схильність до ПТСР корелює з певними психічними порушеннями, що або виникають як наслідок травми, або наявні спочатку. До числа таких порушень належать: невроз тривоги; депресія, схильність до суїцидальних думок або спроб; медикаментозна, алкогольна або наркотична залежність; психосоматичні розлади; захворювання серцево-судинної системи. Дані свідчать про те, що у 50–100 % пацієнтів, які страждають від ПТСР, є яке-небудь із перерахованих супутніх захворювань, а найчастіше два або більше. Крім того, у пацієнтів із ПТСР особливу проблему становить високий показник самогубств або спроб самогубств. Симптоми посттравматичного стресового розладу часто складно відрізнити від проявів панічного розладу або генералізованого тривожного розладу, оскільки при всіх трьох станах спостерігаються виражена тривога і підвищена реактивність вегетативної системи. Важливе значення в діагностиці посттравматичного стресового розладу має встановлення зв'язку між розвитком симптомів і психотравмуючою подією. Крім того, при посттравматичному стресовому розладі спостерігаються постійне переживання травмуючих подій і прагнення уникнути будь-якого нагадування про них, що не характерно для панічного і генералізованого тривожного розладу. Посттравматичний стресовий розлад часто доводилося диференціювати і з Великою депресією. Хоча два ці

стани легко розрізнити за їх феноменологією, важливо своєчасно виявити у хворих на ПТСР прояви коморбідної депресії, що може суттєво впливати на вибір терапії.

Диференціальна діагностика

При діагностиці психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів, слід проявляти обережність, насамперед необхідно виключити інші синдроми, які можуть з'явитися після травми. Особливо важливо розпізнавати неврологічні або соматичні захворювання, що можуть зробити свій внесок у розвиток посттравматичних симптомів. Наприклад, черепно-мозкова травма чи абстинентний синдром можуть спричинювати симптоми, що виявили відразу після травми або через кілька тижнів. Виявлення неврологічних або соматичних розладів вимагає докладного збору анамнезу, ретельного фізикального обстеження, а іноді і нейропсихологічного дослідження. Якщо при нейропсихологічному дослідженні виявляється когнітивний дефект, відсутній до травми, слід виключити органічне ураження головного мозку.

Незважаючи на чіткість діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу, при його діагностиці виявляються певні труднощі. Наголосимо, що діагноз посттравматичного стресового розладу встановлюється тільки в тому випадку, якщо зазначені симптоми зберігаються не менше місяця. При наявності симптомів менше місяця діагностують гострий стресовий розлад. Гострий ПТСР триває менше трьох місяців, хронічний ПТСР — довше. Відстрочений ПТСР діагностують у тому випадку, коли його симптоми стають очевидними через 6 і більше місяців від моменту травми.

Посттравматичний стресовий розлад слід диференціювати з пограничним розладом особистості, дисоціативним розладом або навмисною імітацією симптомів, що можуть мати подібні до ПТСР клінічні прояви. Наші спостереження відзначають зв'язок цих психічних проявів із преморбідним статусом. Отже, аналіз преморбідного психічного статусу важливий для розуміння симптомів, що розвиваються після психотравмуючої події.

Психодіагностичні методики та клінічні шкали

Існує декілька рейтингових шкал самооцінки і структурованих клінічних опитувальників, щоб контролювати ефекти лікування. Прикладами є опитувальник Post-Traumatic Stress Disorder Checklist (PCL) та шкала клінічної діагностики ПТСР Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). PCL є прикладом форми самооцінки без інформації про стресор, а CAPS є прикладом структурованого клінічного опитувальника, включає інформацію про стресор (Criterion A), базуючись на Life Events Checklist. CAPS є кращою для початкової оцінки, однак існують докази на підтримку сильної кореляції між цими двома шкалами. Перевага PCL у тому, що він дозволяє швидко і легко контролювати, як змінюється тяжкість симптомів ПТСР. Комбінація PCL і CAPS забезпечує

кількісну оцінку симптомів ПТСР та відповіді пацієнта на лікування протягом довгого часу. Ця інформація доповнює клінічну оцінку та опитування пацієнта.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій має цивільний та військовий варіанти. Дозволяє оцінити ступінь вираженості посттравматичних реакцій. Використовується для первинного скринінгу ПТСР.

Лікування ПТСР

Лікують ПТСР за допомогою психотерапії та медикаментів. Грунтуючись на сучасних доказових знаннях, фармакотерапія розглядається як важливе доповнення до психотерапії. Результати прямих порівнянь фармакотерапії та психотерапії свідчать про найбільші ефекти від лікування КПТ і ПЕ. Існують докази того, що за наявності вибору більшість пацієнтів виберуть психотерапевтичне лікування симптомів ПТСР, а не ліки. При використанні комбінованого підходу (ліки та психотерапія) важливо мати кілька методів на увазі. Пацієнти повинні бути поінформовані про ризики та переваги різних варіантів лікування.

Психофармакотерапія в лікуванні ПТСР

Дослідження показують, що ряд препаратів є корисними в мінімізації симптомів ПТСР. У більшості випадків ліки не повністю усувають симптоми, але забезпечують їх зменшення і більш ефективні при використанні в поєднанні з програмою психотерапевтичної реабілітації.

У терапії ПТСР медикаментами використовують практично всі групи психотропних препаратів: антидепресанти, транквілізатори, бета-блокатори, гіпнотики, нейролептики, в окремих випадках — антиконвульсанти (стабілізатори настрою) та психостимулятори. Найчастіше використовують антидепресанти та транквілізатори. Але найбільш ефективні антидепресанти групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС), препарати, що впливають на адренорецептори, та транквілізатори. Транквілізатори слід призначати коротким курсом, не більше 10 днів, через ризик виникнення залежності. Антидепресанти ж, навпаки, є препаратами для тривалого прийому. Антидепресанти зазвичай необхідно приймати щонайменше 6–8 тижнів, щоб вони почали помітно зменшувати симптоми ПТСР. На початку лікування ПТСР антидепресантами самопочуття хворого може погіршуватись, але у процесі лікування симптоми ПТСР значно пом'якшуються і загальний стан хворого покращується. Через те важливо не кидати та не переривати призначене лікування ПТСР антидепресантами. Показане застосування бета-блокаторів, таких як пропранолол, у лікуванні ПТСР для запобігання формуванню пам'яті про травматичні події. До призначення нейролептиків вдаються, як правило, коли симптоматика резистентна.

Відаючи перевагу тому чи іншому лікарському засобу, лікар повинен керуватися насамперед існуванням доказової бази ефективності та безпеки призначених

препаратів. Вибір фармакологічних препаратів і психотерапевтичних методик визначається змістом і особливостями клінічної картини, а також особистісними та фізіологічними особливостями хворого.

СІЗЗС у лікуванні ПТСР

Нейромедіатор серотонін відіграє добре відому роль у модуляції ряду розладів настрою і тривожних розладів. Дефіцит транспорту серотоніну в мигдалині був виявлений в осіб із ПТСР [6]. Рівень цього медіатора у периферичній і центральній нервовій системах можна модулювати за допомогою СІЗЗС, що є єдиними ліками, затвердженими FDA для терапії посттравматичного стресового розладу. Застосування СІЗЗС має сильні емпіричні докази щодо зниження симптомів ПТСР за результатами рандомізованих контрольованих випробувань, і вони є препаратами першого вибору в лікуванні посттравматичного стресового розладу [1, 2]. Виняток можуть становити деякі пацієнти з огляду на їх індивідуальні побічні ефекти, супутні захворювання, відповіді на прийом препаратів та особисті переваги.

Прикладом може бути пацієнт із ПТСР та супутнім біполярним розладом. У такого хворого існує ризик виникнення маніакального епізоду, що може бути пом'якшений стабілізаторами настрою (з протиепілептичних ліків) до призначення СІЗЗС. Іншим прикладом може бути наявність інформації про появу нестерпних для пацієнта сексуальної дисфункції, розладів шлунково-кишкового тракту або інших побічних ефектів, що є наслідками збільшення рівня серотоніну в периферичній нервовій системі, у відповідь на призначення СІЗЗС у минулому.

Дослідження показали, що максимальна користь від лікування СІЗЗС залежить від адекватних доз і тривалості лікування, тож забезпечення дотримання режиму лікування є ключем до успішної фармакотерапії ПТСР. Наводимо деякі типові діапазони доз для СІЗЗС у лікуванні посттравматичного стресового розладу:

- сертралін від 50 мг до 200 мг на день;
- пароксетин від 20 до 60 мг на день;
- флуоксетин від 20 до 60 мг на день;
- есциталопрам від 10 до 30 мг на день.

Серед усіх СІЗЗС найбільшу доказову базу ефективності при ПТСР мають сертралін і пароксетин (обидва схвалені FDA).

Інші антидепресанти в лікуванні ПТСР

Антидепресанти, що впливають на баланс серотонінергічної і норадренергічної нейротрансмісії або змінюють нейротрансмісію серотоніну через інші механізми дії, також корисні при лікуванні ПТСР. Венлафаксин в низьких дозах діє в першу чергу як інгібітор зворотного захвату серотоніну і як комбінований інгібітор зворотного захвату серотоніну та норадреналіну при більш високих дозах. Тепер він віднесений до препаратів першої лінії лікування ПТСР у переглянутому VA/DoD Clinical

Practice Guideline for PTSD based upon large multi-site RCTs (Клінічне практичне керівництво для лікування ПТСР на основі великих мультицентрових рандомізованих досліджень) [7].

Досліджень ефективності міртазапіну менше, переважно з відкритим дизайном [8]. Міртазапін має унікальний механізм дії, що впливає на трансмісію як серотоніну, так і норадреналіну через блокаду пресинаптичних альфа-2-адренергічних гальмівних авторецепторів для норадреналіну і блокаду постсинаптичних 5-HT₂- і 5-HT₃-рецепторів. Завдяки такому механізму дії сексуальна дисфункція менш виражена, ніж при прийомі СІЗЗС. Міртазапін може бути особливо корисним для лікування безсоння при ПТСР.

Тразодон також широко використовується для лікування безсоння в ПТСР, хоча є мало доказових даних щодо його використання.

Приклади антидепресантів із новими механізмами дії, деякі типові діапазони доз, встановлені для ПТСР, подані нижче:

- венлафаксин від 75 мг до 300 мг на день;
- міртазапін від 7,5 мг до 45 мг на день;
- тразодон від 50 мг до 150 мг на день.

Всі антидепресанти, описані вище, також ефективні в лікуванні супутнього депресивного розладу, який, за сучасними даними, супроводжує ПТСР близько п'ятдесяти відсотків часу. Бупропіон, що може використовуватися в лікуванні коморбідного депресивного розладу, в контрольованих випробуваннях не підтвердив своєї ефективності щодо лікування ПТСР [11].

Стабілізатори настрою в лікуванні ПТСР

Ці препарати, відомі також як антиконвульсанти, впливають на баланс між збуджуючим нейротрансмітером глутаматом і гальмівним нейромедіатором гамма-аміномасляної кислоти (ГАМК), діючи на їх рецепторних ділянках нейронів. Топірамат продемонстрував багатообіцяючі результати в рандомізованих контрольованих випробуваннях у цивільних і ветеранів із ПТСР, але з огляду на поточні дослідження топірамат може бути корисним у лікуванні симптомів ПТСР у пацієнтів, які використовують засоби не першої лінії фармакотерапії. Необхідні подальші дослідження про місце топірамату в лікуванні посттравматичного стресового розладу [17]. Топірамат показав ефективність у скороченні споживання алкоголю і може виявитися корисним у пацієнта з ПТСР та подвійним діагнозом (розлади, пов'язані з уживанням алкоголю) [19].

Щодо інших стабілізаторів настрою для ПТСР, невеликі за кількістю учасників дослідження ламотриджину продемонстрували ефективність цього препарату при ПТСР [22]. Є негативні відгуки щодо використання вальпроату в лікуванні посттравматичного стресового розладу [20, 21]. Таким чином, ефективність стабілізаторів настрою при ПТСР потребує уточнення.

Стабілізатори настрою, безумовно, рекомендовані для біполярного розладу, коморбідного ПТСР, стабілізації настрою при біполярному розладі й уникнення маніакального епізоду при призначенні СІЗЗС. Вальпроати та карбамазепін вимагають регулярного лабораторного контролю, щоб виявляти побічні ефекти; ламотриджин і топірамат не потребують лабораторного контролю, але їх дозу слід титрувати повільно відповідно до вказівок виробника, щоб уникнути потенційно серйозних побічних ефектів.

— Карбамазепін. Потрібен моніторинг лімфоцитів через ризик агранулоцитозу. Збільшує метаболізм інших препаратів, у тому числі оральних контрацептивів.

— Вальпроат. Потрібен моніторинг показників функції печінки через ризик гепатотоксичності та рівня тромбоцитів (ризик тромбоцитопенії).

— Ламотриджин (Lamictal). Потрібне повільне титрування дози відповідно до інструкції через ризик шкірних висипань.

— Топірамат (Topimax). Потрібен клінічний контроль за глаукомою, можливі седативний ефект, запаморочення, атаксія.

Атипові антипсихотичні препарати в лікуванні ПТСР

Антипсихотики (як першого, так і другого покоління) ефективні в лікуванні психотичних симптомів у пацієнтів із ПТСР. Актуальним є питання, наскільки ці ліки корисні для лікування основних симптомів ПТСР, коли симптомів психозу немає. Теоретичне підґрунтя є з огляду на вплив атипових антипсихотиків на баланс між дофамінергічною та серотонінергічною системами нейромедіаторів.

Результати досліджень ефективності атипових антипсихотиків як додаткового методу лікування для пацієнтів із ПТСР, які мали погані відповіді на лікування препаратами першої лінії — СІЗЗС або СІЗЗСіН, дозволяють рекомендувати таке:

- атипові нейролептики не рекомендуються як монотерапія для посттравматичного стресового розладу;
- рисперидон (риспердал) протипоказаний для використання як допоміжний агент — потенційна шкода (побічні ефекти) перевищує переваги;
- існує достатньо доказів, щоб рекомендувати який-небудь інший атиповий антипсихотик (крім рисперидону) як додатковий засіб для лікування посттравматичного стресового розладу.

Інші препарати в лікуванні ПТСР

Є ряд інших ліків, які можуть бути корисні для конкретних симптомів ПТСР або які були використані як препарати другої лінії.

Трициклічні антидепресанти й інгібітори моноаміноксидази діють на декілька нейромедіаторів, включаючи серотонін і норадреналін. Іміпрамін та амітриптилін, що є більш серотонінергічними,

вважалися більш ефективними в лікуванні посттравматичного стресового розладу, ніж вторинні аміни, такі як нортриптилін і дезипрамін, що більше норадренергічні. Проте вони не є препаратами першої лінії через їх профілі безпеки та побічні ефекти. Так, трициклічні антидепресанти мають хінідинподібний вплив на серце і можуть викликати шлуночкові аритмії через пролонгацію інтервалу QT, особливо при передозуванні. З іншого боку, вони зазвичай не викликають сексуальних побічних ефектів, що спостерігаються при призначенні СИЗС.

Празозин може бути використаний для зменшення нічних кошмарів при ПТСР, враховуючи, що він блокує нейромедіатор норадреналін постсинаптичного альфа-1-рецептора. Недавні випробування з використанням у військовослужбовців празозину протягом дня показують значне зниження денних симптомів ПТСР, а не тільки нічних кошмарів. Це дослідження дає можливість для розширення використання празозину в лікуванні ПТСР.

Буспірон є агоністом пресинаптичних 5-HT-(1A)-рецепторів серотоніну та частковим агоністом постсинаптичного 5-HT-(1A)-рецептора серотоніну і може зменшувати збудження при ПТСР без седативної дії або ризику розвитку залежності. Є деякі тематичні доповіді (але не рандомізовані дослідження), які підтримують його використання.

Бета-блокатори блокують дію адреналіну (епінефрину) на постсинаптичних бета-адренорецепторах, розташованих на таких органах, як серце, потові залози і м'язи. Існує досвід використання бета-блокаторів для запобігання ПТСР, хоча доказових даних сьогодні немає. Бета-блокатори зменшують периферійні прояви надмірного збудження і можуть зменшити агресію, також вони можуть бути використані для лікування коморбідних захворювань, наприклад соціальної фобії.

Бензодіазепіни в лікуванні ПТСР

Бензодіазепіни підвищують активність ГАМК у ГАМК-А-рецепторах, що викликає депресію ЦНС. Це єдина група препаратів з усіх обговорюваних, використання яких потенційно небезпечно через розвиток звикання й залежності. Існуючі дослідження не показали їх ефективності у лікуванні основних симптомів ПТСР. У дослідженні порівняння ефективності PE й алпразоламу група прийому алпразоламу показала гірший результат у послабленні симптомів ПТСР, ніж групові психотерапія PE. Через це рекомендується використовувати бензодіазепіни з великою обережністю при ПТСР. Якщо вони призначаються, то короткостроково.

Перспективні методи лікування ПТСР

Існує великий інтерес щодо розвитку нових фармакологічних агентів із більш конкретним механізмом дії, ніж доступні в наш час, для спрямованого впливу на симптоми ПТСР, а також зведення до мінімуму можливих побічних ефектів.

До кінця патофізіологічний механізм розвитку посттравматичного стресового розладу в нервовій системі не вивчений, але є кілька цікавих гіпотез і шляхів, які можуть сприяти розробці нових лікарських засобів для лікування або профілактики посттравматичного стресового розладу. Є конкуруючі гіпотези про роль глюкокортикоїдів після травми та їх вплив на мозок. Можна було б втручатися на певному рівні по гіпоталамо-гіпофізарно-наднирниковій осі або на рівні глюкокортикоїдних рецепторів у головному мозку, щоб модулювати дію стресу і розвиток ПТСР. Деякі дослідження підтверджують додаткове використання кортизолу для зниження симптомів ПТСР.

На додаток до рилізінг-фактора кортикотропіну й адренкортикотропного гормону інші нейропептиди, такі як речовина P і нейропептид Y (NPY), були задіяні в ПТСР. Було виявлено, що військові в умовах бойового стресу мають більш низькі рівні NPY. Можливо, вплив на рівень цього нейромодулятора може поліпшити опірність мозку до впливу травми. Одна з проблем для введення нейропептидів у головний мозок — це гематоенцефалічний бар'єр, але дослідники вже додавали нейропептид окситоцин інтраназально у ветеранів із ПТСР і продемонстрували зниження симптомів надмірного збудження.

D-циклосерин (DCS) був використаний у лікуванні панічного розладу, фобії й ізольованого соціального тривожного розладу з метою підвищення ефекту терапії експозицією. DCS є частковим агоністом у глутаматергічних рецепторах N-метил-D-аспартату (NMDA). На підставі досліджень на тваринах встановлено, що підтримуючою терапією є використання DCS для полегшення зникнення умовного страху. Передбачається, що використання DCS у поєднанні з психотерапією може зменшити кількість необхідних сеансів психотерапії. Недавні дослідження DCS не продемонструвало значної переваги лікування, якщо додавати цей препарат до PE. Такий напрямок досліджень визнає зміну парадигми з використання фармакотерапії як основного методу лікування для зменшення симптомів ПТСР до допоміжної ролі сприяння навчанню під час психотерапії, особливо у зв'язку з психотерапією тривалої експозиції (пролонгованої експозиції, ПЕ).

Кетамін є анестетиком, що модулює баланс між глутаматергічною активністю NMDA-рецептора і серотонінергічною активністю 5-HT-рецепторів. Цей препарат показує перспективні результати для лікування резистентної депресії в дослідницьких випробуваннях у наш час. Недавні дослідження показали позитивну дію при ПТСР [40]. Обмеженнями є короткий термін використання (до кількох тижнів), знеболюючий характер препарату і потенційний ризик розвитку наркоманії. Проте це може привести до нового напрямку досліджень нових ліків із механізмами дії, відмінними від серотонінергічних та норадреналінергічних для лікування посттравматичного стресового розладу.

Психотерапія

Психотерапія при ПТСР ставить своєю метою допомогти пацієнтові переробити проблеми і впоратися з симптомами, що виникають під час зіткнення з травмуючою ситуацією. Один з ефективних підходів — допомогти пацієнтові відреагувати на травматичний досвід, обговорюючи та заново переживаючи думки і почуття, пов'язані з травмою, в безпечній терапевтичній обстановці. Такий підхід може потребувати, щоб пацієнт знову занурювався у зміст пережитих подій, розглядаючи й аналізуючи свої дії та емоційні реакції, які супроводжували те, що відбувалося в момент психотравми. Психотерапія пацієнта, який страждає від ПТСР, залежно від вираженості його психологічної дезадаптації, може тривати від 6 місяців до декількох років.

Інший важливий аспект психотерапії можна назвати психоосвітнім. Як правило, пацієнтові тим чи іншим чином повідомляють про те, чого він може очікувати через кілька днів, тижнів або місяців. Якщо очікувані зміни не з'являються, пацієнт може відчувати втрату контролю або ненормальність. Це може посилити травматизацію пацієнта, оскільки тимчасово підвищить тривогу і затримає відновлення.

Така ситуація потребує опрацювання або на індивідуальній сесії, або в груповій роботі. Психотерапія повинна здійснюватися під керівництвом підготовленого психотерапевта, який має досвід як у проведенні групової роботи з хворими із ПТСР, так і в індивідуальній допомозі особам із такими станами.

При роботі з ветеранами бойових дій добре зарекомендували себе такі напрямки психотерапії, як десенсибілізація і переробка травмуючих переживань за допомогою руху очей, метод ПЕ, когнітивно-поведінкова психотерапія та інші.

Детальна характеристика методів психотерапії ПТСР виходить за рамки даної публікації, але це не означає зменшення значущості психотерапії при лікуванні ПТСР. Слід наголосити на зміні сучасної парадигми в лікуванні ПТСР із попередньої (використання фармакотерапії як основного методу лікування для зменшення симптомів ПТСР) до нової (основна роль психологічної реабілітації, допоміжна роль фармакотерапії для сприяння психотерапії та реабілітації).

Реабілітація

Подолання індивідом психотравмуючих стресорів бойової обстановки залежить не лише від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії трьох факторів: характеру психотравмуючих подій, індивідуальних характеристик ветеранів і особливостей умов, в які ветеран потрапляє після повернення з війни (Green, 1990).

До характеристик психотравмуючої події належать: ступінь загрози для життя; тяжкість втрат; раптовість події; ізоляваність від інших людей у момент події; вплив

оточення; наявність захисту від можливого повторення психотравмуючої події; моральні конфлікти, пов'язані з подією; пасивна або активна роль ветерана (чи був він жертвою або активним учасником події); безпосередні результати впливу даної події.

Серед індивідуальних характеристик ветерана виділяються: рівень розвитку стрес-долаючої поведінки, ефективність психологічного захисту, що були до травми, труднощі адаптації, психічні відхилення, а також демографічні показники.

Повоєнне оточення ветерана характеризують: рівень підтримки, культурні особливості, ставлення оточення до війни, соціальна допомога.

Взаємодія цих трьох факторів із процесом когнітивної переробки психотравмуючого досвіду (поєднання уникнення спогадів із періодичним їх повторенням) призводить або до зростання психічного напруження, або до поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. З огляду на це можливі два результати: психічна рестабілізація або виникнення посттравматичних стресових розладів.

На думку ряду фахівців, повне позбавлення від бойового посттравматичного синдрому неможливе. Його ознаки мають тенденцію не тільки зберігатися тривалий час, а й наростати, а також виявлятися раптово на фоні зовнішнього благополуччя. Стан ветерана можна поліпшити тільки за допомогою системи реабілітаційних заходів. Реабілітація може мати тимчасовий, але значний успіх, що сприяє суттєвому поліпшенню якості життя.

Профілактика

Існує постійний інтерес до вивчення можливості раннього втручання та зміцнення стійкості після травми за допомогою психотерапії, фармакотерапії або якоїсь комбінації, що перешкоджали б розвитку посттравматичного стресового розладу. Але в наш час немає визнаних методів, які запобігають розвитку ПТСР після бойової травми.

Психоосвіта

Пацієнти зазвичай не звертаються по медичну допомогу, тому що вважають, що люди, які не пережили їх трагедію, не зможуть їх зрозуміти. Хворі із ПТСР не звертаються до лікарів, тому що не оцінюють свій стан як хворобу і побоюються, що відвідування психіатричних установ може вплинути на їх соціальний статус. Тому психологічна корекція ставлення до свого стану надзвичайно важлива для цієї категорії пацієнтів. Хворих потрібно переконати в доцільності лікування. Ця робота потребує великого такту і терпіння, поваги до пацієнта та його травматичного досвіду; проводити її треба з урахуванням психологічних, культурних і національних особливостей людей, які пережили катастрофу.

Психоосвіта пацієнта щодо побічних ефектів, необхідних доз, тривалості лікування й дотримання режиму може значно поліпшити результати. Побічні ефекти

повинні бути розглянуті та обговорені, слід зважити ризики і користь від подальшого лікування.

Важливо обговорювати відповідь на лікування, а також координувати зусилля. Це важливо для лікаря, щоб мати постійний діалог із пацієнтом про дію ліків і наявність побічних ефектів. Це важливо й для пацієнта, щоб брати активну участь у лікуванні, а не почувати себе пасивним отримувачем ліків, щоб полегшити симптоми.

Існує декілька найбільш частих побоювань і помилок пацієнтів, що є перешкодами для ефективного медикаментозного лікування ПТСР, які перераховані нижче. Вони повинні бути вирішені в постійному діалозі пацієнта з лікарем:

- страх можливих побічних ефектів у сексуальній сфері;
- побоювання, що ліки є милицею і що їх прийом означатиме слабкість;
- страх стати залежним від ліків;
- бажання приймати ліки лише зрідка, коли симптоми стають тяжкими;
- неточне розуміння того, як саме треба приймати ліки;
- перевищення дози, прийом декількох пігулок або незапам'ятовування, коли був попередній прийом ліків, і повторення прийому;
- самолікування з алкоголем або наркотиками одночасно з прийомом запропонованих ліків.

Родина й близькі відіграють основну роль у підтримці пацієнтів із ПТСР. Залежно від характеру психотравмуючої події та її наслідків родина сама може потребувати допомоги фахівців. У всіх випадках необхідно враховувати вплив травми й наявності ПТСР у пацієнта на всіх інших членів родини. Членам родини (за згодою пацієнта) необхідно в доступній формі надати повну інформацію про захворювання, симптоми та їх перебіг, лікування. На додаток до отриманої від фахівця інформації члени родини й близькі повинні бути поінформовані про групи підтримки і самопомоги та заохочуватися до участі в них за місцем проживання. Якщо впливу психотравмуючих обставин піддається вся родина, ПТСР може розвинути в декількох членів сім'ї. У цьому випадку їх лікування повинно бути добре скоординованим.

Висновки

Слід наголосити на зміні парадигми в лікуванні ПТСР із використання фармакотерапії як основного методу лікування для зменшення симптомів ПТСР до нової, в якій основну роль відіграє психологічна реабілітація, допоміжну — фармакотерапія для сприяння психотерапії та реабілітації.

У психофармакотерапії ПТСР препаратами першого вибору залишаються антидепресанти групи СІЗЗС.

Існує декілька перспективних напрямків досліджень із пошуку нових психофармакологічних підходів до лікування ПТСР.

Більш детальне обговорення фармакотерапії та психотерапії можна знайти в клінічних настановах із лікування ПТСР. Розпочала роботу група МОЗ зі створення вітчизняної адаптованої клінічної настанови, матеріали для публічного обговорення можна знайти на сайті МОЗ.

Список літератури

1. Александров Е.О. Посттравматическое стрессовое расстройство: клиника, лечение / Е.О. Александров. — Новосибирск: Сибвузиздат, 2000. — 160 с.
2. Литвинцев С.В. Боевая психическая травма / Рук-во для врачей / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, А.М. Резник. — М.: Медицина, 2005. — 432 с.
3. Чабан О. Психотерапия при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности // *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия*. — 2009. — № 2(21). — С. 5-8.
4. Малкіна-Пух І.Г. Психологічна допомога в кризових ситуаціях — М.: Ексмо, 2005. — 960 с.
5. Yehuda R., Bierer L.M. Transgenerational transmission of cortisol and PTSD risk // *Prog. Brain Res.* — 2008. — Vol. 167. — P. 121-35. doi: 10.1016/S0079-6123(07)67009-5.
6. Lanius R.A., Vermetten E., Loewenstein R.J., Brand B., Schmahl C., Bremner J.D., Spiegel D. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype // *American Journal of Psychiatry*. — 2010. — Vol. 167. — P. 640-647. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09081168.
7. Тарабрина Н.В. Теоретико-эмпирическое исследование посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина // *Психол. журн.* — 2007. — Т. 28, № 4. — С. 5-12.
8. Brady K., Pearlstein T., Asnis G.M., Baker D., Rothbaum B., Sikes C.R., Farfel G.M. Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial // *Journal of the American Medical Association*. — 2000. — Vol. 283. — P. 1837-1844.
9. Marshall R.D., Beebe K.L., Oldham M., Zaninelli R. Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: A fixed-dose, placebo-controlled study // *American Journal of Psychiatry*. — 2001. — Vol. 158. — P. 1982-1988.
10. Davidson J., Baldwin D., Stein D.J., Kuper E., Benattia I., Ahmed S., Pedersen R., Musgnung J. Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: A 6-month randomized controlled trial // *Archives of General Psychiatry*. — 2006. — Vol. 63. — P. 1158-1165.
11. Chung M.Y., Min K.H., Jun Y.J., Kim S.S., Kim W.C., Jun E.M. Efficacy and tolerability of mirtazapine and sertraline in Korean veterans with posttraumatic stress disorder: a randomized open label trial // *Human Psychopharmacology*. — 2004. — Vol. 19. — P. 489-94. doi: 10.1002/hup.615.
12. Davis L.L., Jewell M.E., Ambrose S., Farley J., English B., Bartolucci A., Petty F. A placebo-controlled study of nefazodone for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder: a preliminary study // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. — 2004. — Vol. 24. — P. 291-297.
13. Becker M.E., Hertzberg M.A., Moore S.D., Dennis M.F., Bukunya D.S., Beckham J.C. A placebo-controlled trial of bupropion SR in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder // *Journal*

of *Clinical Psychopharmacology*. — 2007. — Vol. 27. — P. 193-197. doi: 10.1097/JCP.0b013e318032eae.

14. Yeh M.S., Mari J.J., Costa M.C., Andreoli S.B., Bresnan R.A., Mello M.F. A double-blind randomized controlled trial to study the efficacy of topiramate in a civilian sample of PTSD // *Clinical Neuroscience & Therapeutics*. — 2011. — Vol. 17. — С. 305-310.

15. *Psychopharmacology*. — 2007. — Vol. 27(6). — P. 677-681. doi: 10.1097/jcp.0b013e31815a43ee.

16. Andrus M.R., Gilbert E. Treatment of civilian and combat-related posttraumatic stress disorder with topiramate // *Annals of Pharmacotherapy*. — 2010. — Vol. 44. — P. 1810-1816.

17. Davis L.L., Davidson J.R., Ward L.C., Bartolucci A., Bowden C.L., Petty F. Divalproex in the treatment of posttraumatic stress disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial in a Veteran population // *Journal of Clinical Psychopharmacology*. — 2008. — Vol. 28. — P. 84-88.

18. Hamner M.B., Faldowski R.A., Robert S., Ulmer H.G., Horner M.D., Lorberbaum J.P. A preliminary controlled trial of

divalproex in posttraumatic stress disorder // *Annals of Clinical Psychiatry*. — 2009. — Vol. 21. — P. 88-94.

19. Коростий В.И. и др. Применение Эпилептала в комплексном лечении депрессивного расстройства у пациентов с высоким суицидальным риском // *Міжнародний неврологічний журнал*. — 2014. — № 5. — С. 66-71.

20. Hertzberg M.A., Butterfield M.I., Feldman M.E., Beckham J.C., Sutherland S.M., Connor K.M. A preliminary study of lamotrigine for the treatment of posttraumatic stress disorder // *Biological Psychiatry*. — 1999. — Vol. 45. — P. 1226-1229.

21. Jonah D.E., Cusack K., Fomeris C.A., Forneris C.A., Wilkins T.M., Sonis J., Middleton J.C., Feltner C., Meredith D., Cavanaugh J., Brownley K.A., Olmsted K.R., Greenblat A., Weil A., Gaynes B.N. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD) // *Comparative Effectiveness Reviews*. — 2013. — Vol. 92.

Отримано 09.09.15 ■

Коростий В.И.¹, Полицук В.Т.², Заворотный В.И.²

¹Харьковский национальный медицинский университет

²Военно-медицинский клинический центр Северного региона МО Украины, г. Харьков

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА

Резюме. Статья посвящена проблеме стрессовых расстройств, возникающих в результате психических травм. Приведена классификация, рассмотрены вопросы этиологии и патогенеза посттравматических стрессовых расстройств. Уделено внимание диагностике и выбору фармакологических средств лечения. Подчеркнуто, что препаратами первого выбора остаются антидепрессанты группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, лечение, антидепрессанты.

Korostii V.I.¹, Polishchuk V.T.², Zavorotnyi V.I.²

¹Kharkiv National Medical University, Kharkiv

²Military Medical Clinical Centre of the Northern Region of the Ministry of Defense of Ukraine, Kharkiv, Ukraine

PSYCHOPHARMATHERAPY IN COMPREHENSIVE TREATMENT AND REHABILITATION OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER

Summary. The article deals with the problem of stress disorders arising from psychic trauma. The classification is presented, the issues of etiology and pathogenesis of post-traumatic stress disorders are considered. Attention is paid to the diagnosis and choice of pharmacological treatments. It is emphasized that antidepressants from the group of selective serotonin reuptake inhibitors remain the first choice drugs.

Key words: post-traumatic stress disorder, treatment, antidepressants.