

Олена Хаустова

«Травма та тривога: вчасно розпізнати й ефективно допомогти»

Справа в тому, що наш світ завжди був тривожним. У 2013 році було дуже цікаве дослідження індексу тривожності в усьому світі, й у результаті всі країни виявилися тривожними. Якщо детальніше розглянути результати, то більш тривожними виявилися Пакистан, Іспанія, Аргентина й Італія, а найменш тривожними – Фінляндія, Німеччина, Канада та Китай.

За цим же дослідженням намагалися розділити країни на щасливі/нещасливі, тривожні/нетривожні. І як ви бачите, майже немає країн, які тривожні та щасливі: всі або тривожні та нещасливі, або щасливі та нетривожні.

Про що люди турбувалися до війни та пандемії? Про вартість життя, рішення уряду, рівень життя в старості, тільки на п'ятому місці було здоров'я. При цьому найбільш тривожними були жінки у віці від 30 до 49 років, потім йдуть жінки 50+ та жінки від 18 до 29 років, а вже далі – чоловіки. На мою думку, чоловіки просто більше приховують свою тривогу в порівнянні з жінками.

Як ви бачите, нормативні страхи супроводжують нас усе життя: це – сепарація, вмирання близьких, страх негативної оцінки, сором'язливість, природні й уявні жахи, шкільна тривога/тривога щодо продуктивності, мікроби, захворювання, природні катастрофи та відштовхування однолітками.

Глобальні DALY за психічними розладами, станом та віком

DALYs = роки життя з поправкою на інвалідність:

- DALYs через психічні розлади були у всіх вікових групах, з'являючись до 5 років у людей з ідіопатичною інтелектуальною недостатністю та розладами аутистичного спектру. Також наявні в старшому віці в людей із депресивними розладами, тривожними розладами та шизофренією;
- Хоча відносний внесок кожного розладу змінювався залежно від віку та статі, кількість DALY постійно зростала в дитинстві та підлітковому

віці, досягаючи піку між 25 та 34 роками та стабільно знижуючись після 35 років.

Ми живемо в світі VUCA:

- volatility (нестабільність);
- uncertainty (невизначеність);
- complexity (складність);
- ambiguity (неоднозначність).

Війна – це екстремальна ситуація, тобто така, що виходить за межі звичайного, «нормального», людського досвіду.

Для окремих людей ця ситуація є ГПЕРЕКСТРЕМАЛЬНОЮ: внутрішні навантаження, які вона викликає, часто перевищують людські можливості, руйнують звичну поведінку та дії, можуть спричиняти небезпечні наслідки для здоров'я.

Психогенні розлади при військових діях посідають особливе місце в зв'язку з тим, що можуть одночасно виникати у великій кількості людей.

Цим визначається необхідність оперативної оцінки стану потерпілих, прогнозу розладів, які виявляються, а також – проведення всіх можливих (у конкретних екстремальних умовах) корекційно-лікувальних заходів.

Одна з п'яти осіб, що живуть у зоні війни, уразлива щодо тривоги, депресії, ПТСР, БАР і шизофренії.



Співвідношення вимушено переміщених осіб до глобальної кількості тих, хто пережив війну (1989-2015 рр.), 60:1.

Абсолютна кількість тих, хто пережив війну, не мігруючи та страждаючи на ПТСР і депресію, у багато разів вища за кількість біженців, які страждають від цих розладів.

Вплив війни, щоденні стресові фактори та психічне здоров'я:

- подолання розриву між зосередженням на травмі та психосоціальними рамками;
- щоденні стресори – це проксимальні чи безпосередні стресори, тоді як вплив війни часто – це більш віддалений досвід, особливо в постконфліктних умовах або ситуаціях війни низької інтенсивності, де насильство – епізодичне, а не постійне;
- корисний інтегрований підхід до втручання, який послідовно враховує як щоденні стресори (низької інтенсивності та потенційно травматичні), так і вплив війни.

Кількість стресових подій, що стають травматичними, залежить від отриманої соціальної підтримки:

- зі збільшенням кількості травматичних подій зростають також пов'язані з ними інтрузивні роздуми та симптоми ПТСР;
- однак нахил дедалі зменшується при підвищенні рівня передбачуваної соціальної підтримки.

Війна, яку зараз переживає наше суспільство, ще й у поєднанні із ситуацією постковіду, – це ідеальний інкубатор зростання тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади.

СТРЕС

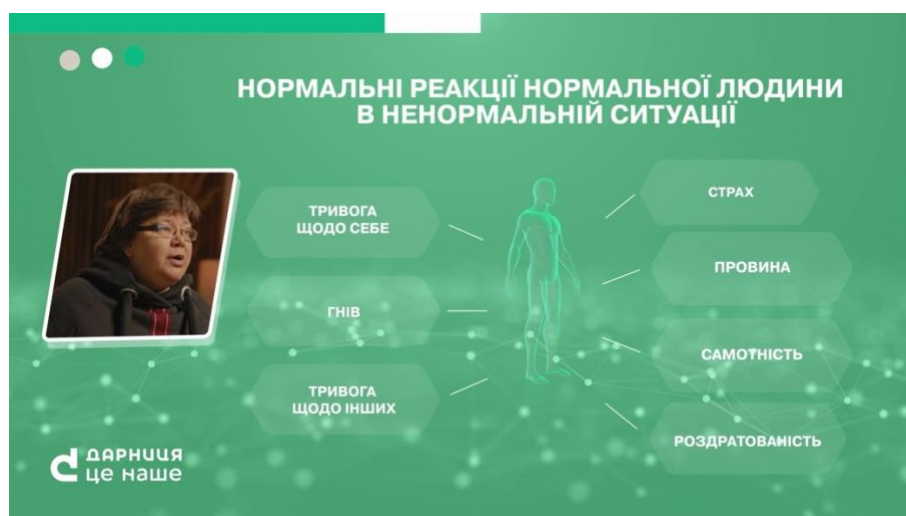
«Єдина річ, якої ми маємо боятися, – це сам страх», – Франклін Делано Рузвельт.



«F 3» або відповідь «Fight-Flight-Freeze» на відчуття небезпеки – це автоматична вбудована система реагування, призначена для захисту від загрози чи небезпеки:

- Застигни – оніміння, депресія, безпорадність, безнадія;
- Бий – роздратованість, розлюченість, гнів, насильство;
- Тікай – занепокоєння, тривога, страх, паніка;
- Дій – деструктивно/конструктивно.

Нормальні реакції нормальної людини в ненормальній ситуації



Серед психосоціальних змінних, що впливають на індивідуальну вразливість, перебіг і результат будь-якої хвороби, роль хронічного стресу (алостатичного навантаження/перевантаження) визначається як вирішальний фактор.

СТРЕС: АЛОСТАТИЧНЕ ПЕРЕВАНТАЖЕННЯ

Критерій А (необхідний) – наявність поточного ідентифікованого джерела стресу у вигляді останніх подій життя та/або хронічного стресу; СТРЕСОР ПЕРЕВИЩУЄ ІНДИВІДУАЛЬНІ НАВИЧКИ КОПІНГУ пацієнта, коли всі вони повністю задіяні.

Критерій В (необхідний) – стресор асоціюється щонайменше з ОДНІЄЮ з наступних 3-х ознак протягом 6 місяців після початку дії стресора:

1. Щонайменше 2 з наступних симптомів: труднощі засинання, неспокійний сон, раннє ранкове пробудження, відсутність енергії, запаморочення, генералізована тривога, дратівливість, смуток, деморалізація;
2. Значне порушення соціальної або професійної діяльності;
3. Значне збільшення панування середовища (почуття переповненого вимогами повсякденного життя).

Що змінюється при хронічному стресі?

1. Хронічний стрес стимулює збільшення вироблення CRF (кортикотропін-вивільняючий фактор), що викликає збільшене утворення АСТН (кортикотропін) гіпофіза;
2. АСТН викликає збільшене утворення кортизола (або глюкокортикоїду) корою наднирників;
3. Глюкокортикоїди ініціюють метаболічні ефекти, такі як збільшений метаболізм глюкози, які мають на меті полегшити наслідки стресу;
4. Глюкокортикоїди знижують рівень прозапальних цитокінів, коли знищуються подразники чи причини запалення, а також знижується продуктивність CRF у гіпоталамусі через негативний зворотний зв'язок із гіпоталамусом і гіпофізом.

Дисфункціональна вісь НРА

► Якщо глюкокортикоїди пригнічують синтез прозапальних цитокінів і кортикотропін-релізінг фактору (CRF), то чому психосоматичні пацієнти з депресією мають підвищену циркулюючу концентрацію як цитокінів, так і кортизолу?

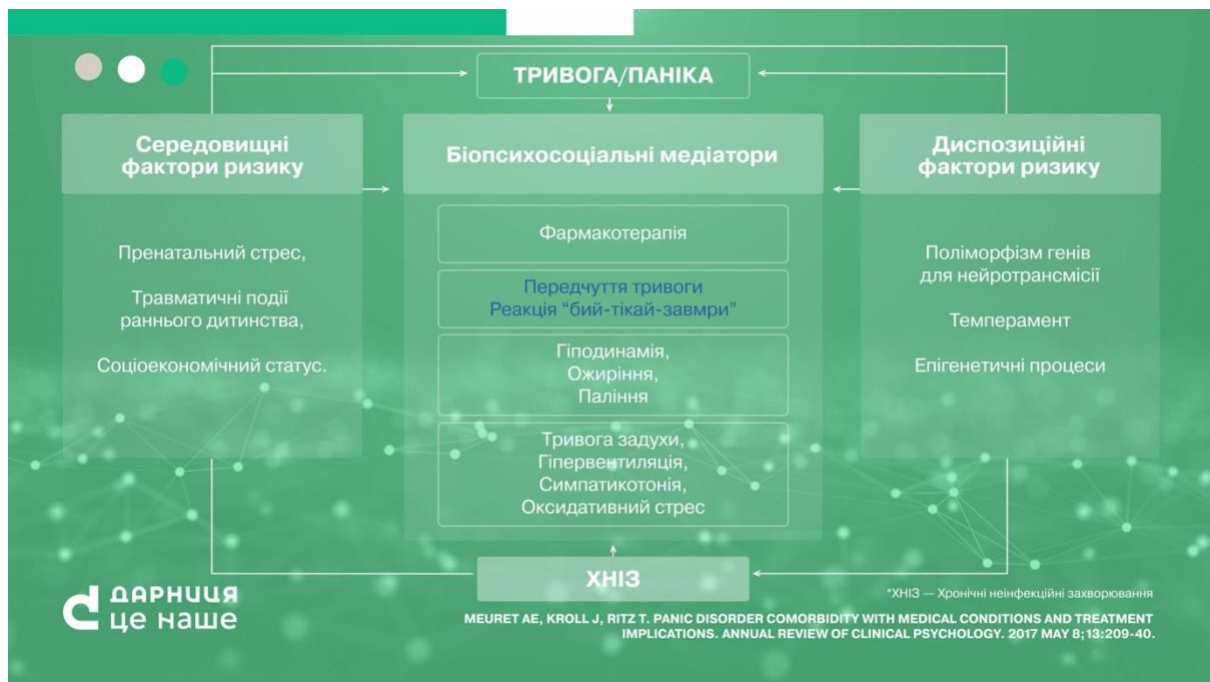
► Підвищені рівні IL1 викликають гальмування глюкокортикоїдної відповіді на кортикостерон, таким чином цитокіни та кортизол продовжують циркулювати та викликати хворобливі зміни поведінки.

Стрес активує ГГА-вісь і синтез кортизолу: прогестерон – це субстрат, із якого синтезуються кортизол, естроген і тестостерон. Гіперактивна ГГА-вісь буквально «краде» попередника тестостерону й естрогену для синтезу кортизолу.

У пренатально-стресованих самців щурів виявлені ранні ознаки фемінізації мозку. Активація ГГАС материнського організму та плода протягом останнього тижня вагітності викликає транзиторне зниження секреції гіпофізарного ЛГ і тестостерону семінниками плода. Андрогенний дефіцит програмує подальший розвиток мозку плода за жіночим або, можливо, нейтральним типом. Придушення стрес-реакції ГГАС вагітної самиці щура дексаметазоном, блокада опіоїдних рецепторів налтрексоном або заповнення андрогенного дефіциту тестостероном запобігають фемінізації мозку чоловічого потомства.

Хронічний стрес руйнує зворотній зв'язок ГГА-вісі та сприяє:

- Вивільненню стрес-активованих протеїназ;
- Блокаді глюкокортикоїдних рецепторів мозку;
- Пригніченню механізму зворотнього зв'язування кортизолу;
- Підтриманню високого рівня кортизолу в крові;
- Виникненню симптомів астенії, тривоги та депресії;
- Виникненню соматичних і когнітивних симптомів.



Тривога – універсальний психофізіологічний феномен, пов'язаний із реакцією на стрес:

1. Нормальна:

- Пов'язана із загрозовою ситуацією;
- Підсилюється адекватно ситуації;
- Обумовлена зовнішніми причинами;

- Не має клінічно значущих проявів.
2. Субсиндромальна:
- Може бути не пов'язана з реальною загрозою;
 - Може підсилюватися неадекватно ситуації;
 - Обумовлена внутрішніми причинами;
 - Має конкретні клінічні прояви.
3. Патологічна:
- Не пов'язана з реальною загрозою;
 - Підсилюється неадекватно ситуації;
 - Обумовлена внутрішніми причинами;
 - Має конкретні клінічні прояви.

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ

МКХ-11: «Розлади, пов'язані з тривогою або страхом»:

- 6B00 Генералізований тривожний розлад;
- 6B01 Панічний розлад;
- 6B02 Агорафобія;
- 6B03 Специфічна фобія
- 6B04 Соціальний тривожний розлад;
- 6B05 Тривожний розлад розлуки;
- 6B06 Вибірковий мутизм;
- 6B0Y Інші уточнені тривожні або пов'язані зі страхом розлади.

Психопатологічні прояви:

- відчуття запаморочення, нестійкості або непритомності;
- почуття, що предмети нереальні (дереалізація) або того, що власне Я відокремилася або насправді знаходиться не тут»;
- страх втрати контролю, божевілля або прийдешньої смерті;
- страх померти;
- посилені прояви на невеличкі сюрпризи або на переляк;
- утруднення зосередження уваги або «порожнеча» в голові через занепокоєння;
- постійна дратівливість.

ГТР: три групи симптомів (2)

МОТОРНІ СИМПТОМИ:

- Моторна напруга, яка може виражатися в:
 - м'язовій напрузі;
 - треморі;
 - нездатності розслабитися;
 - головному болю (зазвичай, двосторонньому, часто в лобовій та потиличній зонах);
 - ниючих м'язових болях;
 - ригідності м'язів;
 - особливо м'язів спини та плечової області.

- Гіперактивність вегетативної нервової системи проявляється:
 - підвищеним потовиділенням;
 - тахікардією;
 - сухістю в роті;
 - дискомфортом в епігастрії;
 - запамороченням;
 - іншими симптомами вегетативного збудження.

Вегетативні симптоми ГТР – посистемно

ВЕГЕТАТИВНІ СИМПТОМИ ГТР - ПОСИСТЕМНО	
Шлунково-кишківникові	сухість у роті, утруднення при ковтанні, дискомфорт в епігастрії, надмірне газоутворення, бурчання в животі, нудота
Дихальні	відчуття стиснення, біль і дискомфорт у грудях, утрудненість вдиху (на противагу ускладненню видиху при астмі), відчуття задухи та наслідки гіпервентиляції
Серцево-судинні	відчуття дискомфорту в області серця, серцебиття, відчуття відсутності биття серця, пульсація шийних судин
Урогенітальні	прискорене сечовипускання, зникнення ерекції, зниження лібідо, менструальні порушення, тимчасова аменорея
Нервова система	почуття захитування, відчуття нечіткості зору, запаморочення та парестезії, пітливість, тремор або тремтіння, припливи й озноб, оніміння або відчуття поколювання
Порушення сну	<ul style="list-style-type: none"> • ПРЕСОМНІЧНІ: утруднення при засинанні через занепокоєння; • ІНТРАСОМНІЧНІ: переривчастий або поверхневий сон, сон із неприємними сновидіннями, сон з жахливими сновидіннями; • ПОСТСОМНІЧНІ: відчуття неспокою при пробудженні, пробудження в тривозі, відсутність почуття відпочинку вранці.

МКХ-11: додаткові клінічні ознаки ГТР

Деякі люди з ГТР можуть повідомляти лише про загальну тривожність, що супроводжується хронічними соматичними симптомами, але не в змозі сформулювати конкретне занепокоєння. Можуть також спостерігатися

зміни в поведінці, такі як уникнення, часта потреба в заспокоєнні (особливо в дітей) і прокрастинація. Така поведінка, як правило, є спробою зменшити побоювання або запобігти небажаним подіям.

Симптоми ГТР мають зберігатися протягом щонайменше кількох місяців упродовж більшої частини днів. Вони мають спричиняти значний стрес через переживання стійких симптомів тривоги або значні порушення в особистих, сімейних, соціальних, освітніх, професійних або інших важливих сферах функціонування. Якщо функціонування зберігається, то лише завдяки значним додатковим зусиллям.

МКХ-10 F41.1. Генералізований тривожний розлад:

А. Період щонайменше шість місяців із вираженою напруженістю, занепокоєнням і відчуттям майбутніх неприємностей у повсякденних подіях і проблемах.

Б. Повинні бути присутніми щонайменше чотири симптоми з наступного списку, до того ж, один із них – із переліку 1-4:

1. Посилене або прискорене серцебиття;
2. Пітливість;
3. Тремор або тремтіння;
4. Сухість у роті (але не від ліків або дегідратації);
5. Симптоми, які відносяться до грудей і живота;
6. Симптоми, пов'язані з психічним станом;
7. Симптоми напруги.

В. Розлад не відповідає критеріям панічного розладу (F41.0), тривожно-фобічних розладів (F40), obsесивно-компульсивного розладу (F42) або іпохондричного розладу (F45.2).

Г. Найчастіше використовують критерії виключення. Тривожний розлад не обумовлений фізичним захворюванням, таким як гіпертиреозидизм, органічним психічним розладом (F10-F09) або розладом, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин (F10-F19), таким, як надмірне вживання амфетаміноподібних речовин або відміни БЗД.

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Самооціночна шкала по 14 пунктам (Zigmond, 1983):

- 7 тверджень щодо тривоги (непарні числа);

- 7 тверджень щодо депресії (парні числа);
- Бал від 0 до 3.

Оцінка за кожною зі шкал проводиться окремо. Таким чином, максимальна оцінка становить 21 – для депресії та 21 – для тривоги.

Критерії оцінки:

- 0-7 Норма;
- 8-10 Зона ризику (присутність феномену) або легкий ступінь тяжкості.
- КЛІНІЧНО ЗНАЧУЩІ ПОКАЗНИКИ – 11+ БАЛІВ;
- 11-15 – помірний ступінь;
- 16-21 – важкий ступінь.

Діагностика тривоги: опитувальник GAD-7 (частина PHQ):

1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені;
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання;
3. Ви занадто хвилювались через різні речі;
4. Вам було важко розслабитись;
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці;
6. Вас було легко дошкулити або роздратувати;
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися.

Оцінки:

- 0-4 бали. Мінімальний рівень тривожності;
- 5-9 балів. Помірний рівень тривожності;
- 10-14 балів. Середній рівень тривожності;
- 15-21 бал. Високий рівень тривожності;

Загальний бал ≥ 10 свідчить про ПАТОЛОГІЧНУ ТРИВОГУ.

Скринінг тривоги в дорослих

Проект заяви про рекомендації 20 вересня 2022 р.

НАСЕЛЕННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЯ	ОЦІНКА
Дорослі віком до 64 років, у тому числі вагітні та породілля	USPSTF рекомендує: проводити скринінг тривожних станів у дорослих, включно вагітних і жінок у післяпологовому періоді.	B
Літні люди віком від 65 років	USPSTF робить висновок, що наявних доказів недостатньо для оцінки балансу користі та шкоди скринінгу на тривожність у літніх людей.	I

<https://uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/draft-recommendation/anxiety-adults-screening>

Шкала поведінки ВНАСЛІДОК тривоги для пацієнтів з афазією (ВОА):

1. Чи був особливо напруженим або «на межі»?
2. Чи було напружене обличчя?
3. Чи були проблеми із засинанням?
4. Чи легко втомлюється?
5. Чи був неспокійним або постійно в русі (наприклад, ходить)?
6. Чи виглядає стурбованим?
7. Чи здавалося, що раптово впадає в паніку?
8. Чи здавалося, що боїться впасти?
9. Чи уникає дій або соціальних стосунків?
10. Чи легко здригається?

Загальний бал ≥ 14 свідчить про наявність значущої тривоги.

Шкала тривоги Гамильтона (НАМ-А)

- Шкала оцінки лікарем за 14 пунктам (Hamilton, 1959);
- Діапазон оцінок: 0-56 балів:
 - від «немає»: 0
 - до «дуже важка симптоматика»: 4 .
- Дві підшкали – психічної (1-6) і соматичної тривоги (7-14)
- Критерії оцінки: 14 балів – межа.

- До 7 балів – немає тривоги;
- 7-13 балів – окремі симптоми, зона ризику;
- 14-17 балів – легкий ступінь тривоги;
- 18-24 бали – помірний ступінь тривоги;
- 25-30 балів – тяжкий ступінь тривоги;
- Понад 30 балів – дуже тяжкий ступінь тривоги (рідко).

Люди в надстресових умовах (наприклад, під час стрілянини, вибухів тощо) можуть відчувати сильну тривогу, але це не – ГТР, якщо вона виникає лише за таких обставин.

Якщо при ГТР панічні атаки виключно в контексті щоденного занепокоєння без спонтанних панічних атак, додатковий діагноз панічного розладу невиправданий.

ГТР одночасно з депресивними розладами слід діагностувати лише тоді, якщо діагностичні вимоги щодо ГТР були виконані до початку або після повної ремісії депресивного епізоду.

При ОКР нав'язливі ідеї зазвичай небажані, а при ГТР занепокоєння може відчуватися як корисна стратегія для запобігання ймовірного лиха.

Панічний розлад (ПР — 6B01):

1. Повторювані панічні атаки, які є окремими епізодами сильного страху або побоювання, що характеризуються швидкою й одночасною появою кількох характерних симптомів;
2. Ці симптоми можуть включати (але не обмежуватись цим) таке:
 - серцебиття або збільшення частоти серцевих скорочень;
 - потовиділення, тремтіння;
 - відчуття задишки, відчуття задухи, біль у грудях;
 - нудоту або абдомінальний дистрес;
 - відчуття запаморочення, озноб або припливи;
 - поколювання або відсутність відчуття в кінцівках (тобто парестезії);
 - деперсоналізацію або дереалізацію;
 - страх втратити контроль або збожеволіти;
 - страх неминучої смерті.

3. Принаймні деякі атаки паніки є неочікуваними, тобто вони не обмежуються окремими подразниками чи ситуаціями як тригерами, а, ймовірно, виникають «раптово» (спонтанно, автохтонно);
4. Панічні атаки супроводжуються ПОСТІЙНИМ ЗАНЕПОКОЄННЯМ (наприклад, протягом кількох тижнів) щодо їхнього повторення:
 - або уявного негативного значення (наприклад, що фізіологічні симптоми можуть бути ознаками інфаркту міокарда);
 - чи поведінки, спрямованої на уникнення їхнього повторення (наприклад, виходити з дому лише з надійним супутником).

Клінічні прояви типової панічної атаки (ПА):

- Не менше ніж 4 симптоми;
- Повторюваність;
- Не обумовлені органічними факторами (кофеїн).





Лише наявність панічних атак недостатня для встановлення діагнозу панічного розладу. Панічні атаки у відповідь на реальну загрозу фізичній або психологічній цілісності особи вважаються частиною нормативного континууму реакцій. При ПР поширені редуковані панічні атаки, оскільки стратегії поведінки (наприклад, уникнення) використовуються для зменшення симптомів тривоги.

Прогресування симптоматики при панічних розладах:

- Фаза 1: поява спонтанних панічних нападів;
- Фаза 2: сенсibilізація (біологічна та/або когнітивна поведінка);
- Фаза 3: панічний розлад;
- Фаза 4: уникнення, що призводить до агорафобії;
- Фаза 5: деморалізація, що призводить до депресії;
- Фаза 6: неадекватна поведінка пошуку допомоги, що призводить до зловживання чи залежності від сильнодіючих речовин.

Модель непевності та очікування тривоги – «uncertainty and anticipation model of anxiety» (UAMA):

1. Завищена оцінка наявності та величини загрози;

2. Підвищена увага до загрози та надмірна пильність;
3. Недостатнє навчання безпеці;
4. Поведінкове та когнітивне уникнення;
5. Підвищена реактивність на невизначеність загрози;
6. Дезадаптивний контроль.

DSM-5: психотравма:

Експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження, або сексуального насильства в один (чи більше) з таких способів:

1. Безпосереднє переживання травмуючої події (-ій);
2. Перебування в ролі свідка подій, які трапилися з іншими;
3. Знання того, що травмуюча подія (-ії) трапилась із членом сім'ї чи близьким другом – у випадках смерті чи загрози життю члена сім'ї чи другу, якщо ця подія була насильницькою або непередбаченою;
4. Переживання багаторазової або надмірної експозиції до нестерпних деталей травмуючої події (-ій), наприклад, фахівці зі швидкого реагування, які збирають людські останки.

Експозиція – безпосереднє зіткнення з якоюсь подією та пов'язані з цим переживання.


Рекомендовано проводити оцінювання наявності ПТСР в осіб:

- а) із групи підвищеного ризику (військовослужбовці, ветерани, переселенці, біженці, люди, які постраждали внаслідок травмуючих подій);
- б) із поведінкою, що свідчить про наявність симптомів ПТСР;
- в) з ознаками тривалих/поточних утруднень або психологічного виснаження (наприклад, під час ротацій військовослужбовців).

Найкращий варіант – організація скринінгу для всіх, хто пережив травмуючу подію (учасників бойових дій, переселенців, біженців, звільнених із полону тощо). Один із симптомів ПТСР – це уникання, що утримує людей від візиту до психолога, тож розлад залишається невиявленим. Часто потерпілі звертаються не до фахівця в галузі психічного здоров'я, а до когось іншого, наприклад, до працівника соціальної служби, працівників закладу первинної медичної допомоги чи у відділення невідкладної допомоги.


Скринінгові опитувальники ПТСР спрямовані на виявлення:

- основних симптомів ПТСР;
- типу травмуючої події, яку пережила особа (ступінь розвитку цього розладу та рівень переживання часто залежать від тривалості та інтенсивності травмуючого досвіду);
- оцінювання впливу травмуючої події на людину (наскільки глибоко вона її переживає).



ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ СКРИНІНГУ ПТСР (УНІФІКОВАНИЙ ПРОТОКОЛ)

№	ЗАПИТАННЯ	ВАРІАНТИ ВІДПОВІДІ
1	Чи уникаєте Ви нагадувань про травмівну подію, уникаючи певних місць, людей або діяльності?	+ Так
		Так
2	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?	Ні
		Ні
3	Чи стали Ви відчувати себе відділеним або ізольованим від інших людей?	+ Так
		Ні
4	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	+ Так
		Ні
5	Чи почали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	+ Так
		Ні
6	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	Так
		Ні
7	Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	+ Так
		Ні



*4 чи більше позитивних відповідей вказують на ймовірність ПТСР.

6B43 Розлад адаптації:

- дезадаптивна реакція на певний психосоціальний стресор або численні стресові фактори (наприклад, розлучення, хвороба чи інвалідність, соціально-економічні проблеми, конфлікти вдома або на роботі), яка, зазвичай, виникає протягом місяця після стресу;
- занурення в стрес або його наслідки, включаючи надмірне занепокоєння, періодичні та тривожні думки про стресор або постійні роздуми про його наслідки, а також неспроможність адаптуватися до стресора, що спричиняє значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

Симптоми не мають достатньої специфічності чи вираженості, щоб обґрунтувати діагноз іншого психічного та поведінкового розладів і, зазвичай, редукуються протягом 6 місяців, якщо стресор не зберігається протягом більш тривалого періоду часу.

Винятки:

- Розлучний тривожний розлад дитинства (6B05);
- Рецидивуючі депресивні розлади (6A71);
- Одиночний депресивний розлад (6A70);
- Тривалий розлад горя (6B42);
- Неускладнене горе (QE62);
- Вигорання (QD85);
- Гостра реакція на стрес (QE84).

Кластерна структуризація варіантів розладів адаптації



Коморбідність тривоги та депресії



«Найгучніший звук, який ви чуєте під час війни, – це звук розбитих сердець».

(The Psychosocial Impacts of War and Armed Conflict on Children
March 8, 2022 Iman Farajallah, PsyD, Omar Reda, MD, H. Steven Moffic, MD,
John R. Peteet, MD, Ahmed Hankir, MD, SPIRIT (Social Psychiatrists Interested in
Recovery from International Trauma))

Маска депресії – тривога та безсоння:

1. Людина прокидається рано, снідає з відразою до їжі, приходять на роботу вже втомленою, їй потрібен відпочинок, чашка міцної кави;
2. Однак часто не може заснути до глибокої ночі;
3. Пік активності – 11-12 годин дня, але десь після 2-ої години вдень активність знижується, й наприкінці робочого дня відчувається сильна втома;
4. А вранці всі повторюється.

Тривожна депресія ≠ ГТР:

1. Першою діагностуємо депресію;
2. Першою лікуємо депресію;
3. ГТР – тільки за відсутності клінічно окресленої депресії.



ТЕРАПІЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

Лікарі всіх спеціальностей повинні мати наступні компетенції щодо психічних розладів:

- запідозрити наявність психічного розладу;
- встановити синдромальний діагноз;
- встановити діагноз психологічного розладу;
- направити на консультацію до лікаря-психіатра;
- проводити терапію, реабілітацію тяжких розладів разом із лікарем-психіатром;
- проводити терапію легких/помірних розладів самостійно в межах клінічних настанов й уніфікованих протоколів.

ТРИВОЖНИЙ ПАЦІЄНТ:

1. Заохочення, підтримка;
2. Ваша думка безапеляційна та єдино вірна. Нічого не пропонувати на вибір;
3. Постійні докази, аргументація тим, що для нього є доказовим (наука, медичні авторитети);
4. Опіка, наскільки вистачить ваших сил.

NICE: стандарт якості QS53 (лютий 2014)

На основі фактичних даних психологічні втручання як ефективні методи терапії тривожних розладів повинні бути запропоновані як перша лінія лікування на перевагу до фармакотерапії: це – заходи низької інтенсивності, що включають самопомогу та психологічні методи лікування високої інтенсивності. Людям із тривожними розладами не слід призначати бензодіазепіни чи нейролептики, якщо немає специфічних клінічних причин.

Швидка та повільна терапія тривожних розладів:

Бензодіазепіни посіли 7 місце за:

- ступенем залежності;
- фізичної шкоди,
- соціальної шкоди.



Анксиолітики БЗД ряду не діють через мигдалину (впливають переважно на страхи, а не на тривогу). Після відміни БЗД тривога, зазвичай, повертається, чого не відбувається після курсу терапії СИЗС/ІЗЗСН.

ЛІКУВАННЯ ГТР: СТАНДАРТ ФАРМАКОТЕРАПІЇ

ЛІКУВАННЯ	ПРИКЛАДИ	КАТЕГОРІЯ ДОКАЗІВ	РІВЕНЬ РЕКОМЕНДАЦІЇ	РЕКОМЕНДОВАНА ЩОДЕННА ДОЗА ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ
СІЗЗС	Есциталопрам	A	1	10-20 mg
	Пароксетин	A	1	20-50 mg
	Сертралін	A	1	50-150 mg
СІЗЗСІН	Венлафлаксин Дулоксетин	A A	1 1	75-225 mg 60-120 mg
Модулятор кальцієвих каналів	Прегабалін	A	1	150-600 mg
Атипічні антипсихотики	Кветіапін	A	1	50-300 mg
Трициклічні антидепресанти	Іміпрамін	A	2	75-200 mg
	Діазепам	A	2	5-15 mg
Бензодіазепіни	Лоразепам	A	2	2-15 mg
Антигістамінні препарати	Гідроксизин	A	2	37.5-75 mg
Трициклічні анксиолітики	Опіпрамол	B	3	50-150 mg
Азапірон	Буспірон	D	5	15-60 mg

ДАРНИЦЯ
це наше

Рекомендації «German Guideline for the treatment of anxiety disorders: treatment recommendations for anxiety disorders in adults» (2021)

Пацієнтам із GH, GAD або SAD слід запропонувати:

- Психотерапію;
- Медикаментозне лікування.

Варто поважати переваги добре поінформованого пацієнта. Пацієнта слід поінформувати, зокрема, про початок і тривалість дії, побічні ефекти та наявність різних підходів до лікування.

Фармакотерапія

ліки	Ліки	Тривожний розлад			Добова доза (мг)	Рівень доказовості	Рівень рекомендацій
		ПР/агорафобія	ГТР	СТР			
СІЗЗС/ ІЗЗСН	Циталопрам	Х			20–40	1a	A +
	Есциталопрам	Х	Х	Х	10–20	1a	A +
	Пароксетин	Х	Х	Х	20–50	1a	A +
	Сертралін	Х		Х	50–150	1a	A +
	Дулоксетин		Х		60–120	1a	A +
	Венлафаксин	Х	Х	Х	75–225	1a	A +
ТЦА	Кломіпрамін (якщо препарати з рекомендацією класу А неефективні або погано переносяться)	Х			75–250	1a	B +
Модулятор кальцієвих каналів	Прегабалін		Х		150–600	1a	B +

При постійному прийомі СІЗЗС селективно зменшують тривогу (але не страх). Одноразовий/початковий прийом СІЗЗС посилює тривогу.

Цей ефект узгоджується з клінічними спостереженнями транзиторного підвищення тривоги під час початкового лікування СІЗЗС. Як анксиолітичний ефект тривалого прийому СІЗЗС, так й анксиогенний ефект одноразового прийому СІЗЗС були відтворені в гризунів. Сучасний науковий погляд полягає в тому, що ці ефекти включають опорне ядро термінальної смуги та є результатом взаємодії між серотоніном і кортикотропін-релізінг-фактором.

Фармакотерапія

ФАРМАКОТЕРАПІЯ							
ЛІКИ	ЛІКИ	Тривожний розлад			Добова доза (мг)	Рівень доказовості	Рівень рекомендацій
		ПР/ агорафобія	ГТР	СТР			
СІЗЗС/ ІЗЗСН	Циталопрам	Х			20–40	1a	A +
	Есциталопрам		Х	Х	10–20	1a	A +
	Пароксетин	Х	Х	Х	20–50	1a	A +
	Сертралін	Х		Х	50–150	1a	A +
	Дулоксетин	Х	Х		60–120	1a	A +
	Венлафаксин		Х	Х	75–225		A +
ТЦА	Кломіпрамін (якщо препарати з рекомендацією класу А неефективні або погано переносяться)	Х			75–225	1a	B +
Модулятор кальцієвих каналів	Прегабалін		Х		150–600	1a	B +

КЛАС ЛІКІВ	МЕХАНІЗМ ДІЇ	СХВАЛЕНО FDA	КЛІНІЧНІ НАСТАНОВИ ТА OFF-LABEL	ДІАПАЗОН ДОЗ (МГ/ДОБУ)
СІЗЗС:				
Флуоксетин	Селективні інгібітори зворотного захоплення 5-HT	ПР	ГТР, СТР	20-60
Сертралін		ПР, СТР	ГТР	50-200
Циталопрам		-	ГТР, ПР, СТР	20-40
Есциталопрам		ГТР	ПР, СТР	10-20
Пароксетин		ПР, СТР, ГТР	-	20-60
Пароксетин ER		ПР, СТР	ГТР	27-75
Флувоксамін		-	ГТР, ПР, СТР	100-300
ІЗЗСН:				
Дулоксетин	Інгібітори зворотного захоплення 5-HT, NE (і DA)	ГТР	ПР, СТР	30-60
Венлафаксин (XR)		ГТР	ПР, СТР	75-300
Дезвенлафаксин		-	ГТР, ПР, СТР	50-100
ТЦА:				
Кломіпрамін	NE та інгібітор зворотного захоплення 5-HT	-	ГТР, ПР, СТР	100-250
Іміпрамін		-	ГТР, ПР, СТР	100-300
Дезипрамін		-	ГТР, ПР, СТР	100-200
Нортриптилін		-	ГТР, ПР, СТР	50-150
ІМАО:				
Фенелзін	Інгібітор МАО	-	ГТР, ПР, СТР	30-90
ЗМІШАНІ АНТИДЕПРЕСАНТИ:				
Міртазапін	5-HT ₂ , 5-HT ₃ , α ₂ , Н1-антагоніст	-	Тривога, ГТР, ПР, СТР	15-45

КЛАС ЛІКІВ	МЕХАНІЗМ ДІЇ	СХВАЛЕНО FDA	КЛІНІЧНІ НАСТАНОВИ ТА OFF-LABEL	ДІАПАЗОН ДОЗ (МГ/ДОБУ)
СІЗЗС:				
Флуоксетин	Селективні інгібітори зворотного захоплення 5-HT	ПР	ГТР, СТР	20-60
Сертралін		ПР, СТР	ГТР	50-200
Циталопрам		-	ГТР, ПР, СТР	20-40
Есциталопрам		ГТР	ПР, СТР	10-20
Пароксетин		ПР, СТР, ГТР	-	20-60
Пароксетин ER		ПР, СТР	ГТР	27-75
Флувоксамін		-	ГТР, ПР, СТР	100-300
ІЗЗСН:				
Дулоксетин	Інгібітори зворотного захоплення 5-HT, NE (і DA)	ГТР	ПР, СТР	30-60
Венлафаксин (XR)		ГТР	ПР, СТР	75-300
Дезвенлафаксин		-	ГТР, ПР, СТР	50-100
ТЦА:				
Кломіпрамін	NE та інгібітор зворотного захоплення 5-HT	-	ГТР, ПР, СТР	100-250
Іміпрамін		-	ГТР, ПР, СТР	100-300
Дезипрамін		-	ГТР, ПР, СТР	100-200
Нортриптилін		-	ГТР, ПР, СТР	50-150
ІМАО:				
Фенелзін	Інгібітор МАО	-	ГТР, ПР, СТР	30-90
ЗМІШАНІ АНТИДЕПРЕСАНТИ:				
Міртазапін	5-HT ₂ , 5-HT ₃ , α ₂ , Н1-антагоніст	-	Тривога, ГТР, ПР, СТР	15-45

ТЕРАПІЯ ДИСТРЕСУ

АНКСІОЛІТИКИ:

- часткові агоністи бензодіазепінового рецептора, речовини з різною тропністю до його субодиниць і таких ГАМК-А-бензодіазепінового рецептора (абекарніл, алпідем, золпідем, зопіклон, імідазеніл, бретанезил, дивалон, гідазепам та інші);

- ендогенні регулятори ГАМК-А-бензодіазепінового рецепторного комплексу (ендозепіни – інгібітор зв'язування діазепаму та його фрагментів, похідні β-карболіна, нікотинаміду та ін.);
- агоністи ГАМК-В-бензодіазепінового рецепторного комплексу (фенібут, біфрен, ноофен);
- мембранні модулятори ГАМК-А-бензодіазепінового рецепторного комплексу (мексидол, бафазол, ладастен та ін.);
- глутаматергічні анксиолітики (конкурентні та неконкурентні антагоністи NMDA-рецептора, антагоністи AMPA-рецептора, ліганди гліцинової ділянки);
- серотонінергічні анксиолітики: агоністи та часткові агоністи серотонінових 1A-рецепторів (буспірон, гепірон та ін.), антагоністи 1C-, 1D-, 2A-, 2B-, 2C-рецепторів (ритансерин, алтансерин та ін.), серотонінових 3 закоприл, ондансентрон та ін.);
- β-адреноблокатори (пропранолол та ін.);
- метаболіти нуклеїнових кислот (урідін, калію оротат та ін.);
- речовини, що впливають на енергетичний статус мозку: ліганди аденозинових рецепторів (A1); речовини, що впливають на біоенергетичний обмін мозку (літоніт, нікогамол, нікотинат рубідія);
- гормональні речовини (кортикотропін-релізінг-гормон, епіфізарний гормон мелатонін та ін.);
- анксиолітики на основі нейропептидів (пептиди холецистокініна, нейропептид Y, енкефаліни, селанк, ноопепт і його метаболіт, інгібітори пролілендопептидази та ін.);
- різні речовини: антагоністи σ2-рецепторів; антагоністи нейрокініну 1; агоністи гістамінових H3-рецепторів; інгібітори MAO-A, ДОФА-декарбоксілази; препарати з інших груп психотропних засобів; препарати рослинного походження та інші.

Психотерапія при ТР/ТДР сполучає психологічні втручання низької інтенсивності (психолога або лікаря без додаткової підготовки) та втручання високої інтенсивності (сертифікованих фахівців).

Психологічні втручання високої інтенсивності

ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ВИСОКОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ			
ЛІКУВАННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЯ	РІВЕНЬ ДОКАЗОВОСТІ	РЕКОМЕНДАЦІЙНА ОЦІНКА
Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)	Пацієнтам із ПР, ГТР, СТР або специфічними фобіями слід запропонувати КПТ.	Я	A +
Психодинамічна психотерапія (PDT)	Пацієнтам із ПР, ГТР або СТР слід запропонувати психодинамічну психотерапію, якщо КПТ недоступна або неефективна, або якщо вони висловлюють перевагу психодинамічній психотерапії після того, як їх поінформовано про всі доступні види лікування.	IIa	B +
Терапія впливу віртуальної реальності	Пацієнтам із специфічними фобіями (страх перед павуками, висотою або польотів) можна запропонувати як додатковий засіб до інших стандартних методів лікування.	Ib	КПК +
	Пацієнтам із соціальною фобією можна запропонувати як допоміжний засіб до інших стандартних методів лікування.	Експертний консенсус	КПК +
Системна терапія	Пацієнтам із СТР можна запропонувати системну терапію, якщо КПТ або психодинаміка недоступні або неефективні, або якщо вони висловлюють перевагу системній терапії після того, як їх поінформовано про всі доступні види лікування.	Експертний консенсус	0 +

Психологічні втручання низької інтенсивності

ПСИХОЛОГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ВИСОКОЇ ІНТЕНСИВНОСТІ			
ЛІКУВАННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЯ	РІВЕНЬ ДОКАЗОВОСТІ	РЕКОМЕНДАЦІЙНА ОЦІНКА
Інтернет-психологічні інтервенції	Пацієнтам із ПР, ГТР або СТР слід пропонувати психотерапевтичне втручання через інтернет (на основі КПТ для ПР, ГТР або СТР; на основі психодинамічної терапії лише для СТР) як допоміжний засіб до інших стандартних методів лікування або для скорочення часу до стандартної психотерапії — в сенсі стратегії самопомогі.	Експертний консенсус	КПК +
Фізичні вправи (тренування на витривалість, наприклад, біг на 5 км тричі на тиждень)	Пацієнтам із ПР можуть бути рекомендовані фізичні вправи (тренування на витривалість) як допоміжний засіб до інших стандартних методів лікування.	Експертний консенсус	КПК +
Групи самопомогі пацієнту та підтримки сім'ї	Пацієнти та їхні сім'ї повинні бути проінформовані про групи самопомогі та підтримки сім'ї. Слід заохочувати їх до участі, якщо це необхідно.	Експертний консенсус	КПК +

Чи легко лікувати тривогу?

Надмірна залежність від досліджень призвела до недооцінювання внеску коркових мереж у біологічну основу страху та тривоги.

Емоції, такі як страх, – це не поведінкові та фізіологічні реакції, які однакові у людей та інших тварин, а натомість – це свідомі переживання, які можна пізнати лише безпосередньо за допомогою самоаналізу.

КОМБІНОВАНА ТЕРАПІЯ: ліки більше націлені на підкіркову систему поведінкового контролю; психотерапія більше впливає на коркову систему суб'єктивного досвіду.

Рекомендації з інструкцій RANZCP:

Зважаючи на значну варіабельність індивідуальних реакцій на скорочення дозування ліків, зниження має бути підібрано індивідуально для пацієнта.

Дозу AD треба зменшувати, причому дозу, зазвичай, знижують принаймні щотижневими кроками, а швидкість зниження дози має бути адаптована до кожного окремого пацієнта:

- Спочатку титруйте до рекомендованої мінімальної ефективної дози антидепресанту;
- Після досягнення мінімальної ефективної дози зменшуйте дозу на більш ніж 50% щотижня.

Пацієнтам з одним або декількома факторами ризику розвитку симптомів відміни та відміни (лікування дозами, вищими за звичайні, тривалий період прийому антидепресантів, попереднє припинення прийому та симптоми відміни або симптоми, що виникають під час пропуску дози), рекомендується повільне поступове зниження.

Програма дій ВООЗ
у сфері психічного здоров'я

Оцінка та ведення розладів,
безпосередньо пов'язаних
зі стресом:
Модуль посібника mhGAP з надання допомоги

Assessment and Management of Conditions
Specifically Related to Stress: mhGAP
Intervention Guide Module (version 1.0)

ДАРНИЦЯ
це наше

Цей модуль посібника з надання допомоги, розроблений у рамках Програми дій ВООЗ у сфері психічного здоров'я, містить поради з оцінки та ведення станів, пов'язаних із гострим стресом, посттравматичним стресовим розладом і горем, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я.

Запропонуйте першу психологічну допомогу:

- Слухайте. НЕ примушуйте особу говорити;
- Проведіть оцінку її потреб і побоювань;
- Допоможіть особі вирішити її найнагальніші базові фізичні потреби (наприклад, знайти притулок, де вона може переночувати);
- Допоможіть особі отримати необхідні послуги та точну інформацію, зв'язатися з родиною та службами соціальної допомоги;
- Наскільки це можливо, допоможіть захистити особу від заподіяння подальшої шкоди;
- Проведіть оцінку та, наскільки це можливо, вирішіть проблеми, пов'язані з поточними стресогенними чинниками, зокрема, – із насильством, що триває;
- Розгляньте можливість навчити особу основам управління стресом;
- Допоможіть особі визначити, які існують позитивні методи копіngu й моделі соціальної підтримки, та розвинути їх.

КУРАЦІЯ:

- НЕ призначайте бензодіазепіни або антидепресанти для ведення гострого стресу;
- Розгляньте додаткові стратегії ведення таких станів:
 - Безсоння як симптом гострого стресу;
 - Нічний енурез як симптом гострого стресу;
 - Значущі медично незрозумілі соматичні скарги.
- Запропонуйте психоедукацію. Поясніть, що:
 - Люди часто переживають гострий стрес унаслідок впливу надзвичайно сильних стресогенних чинників;
 - У більшості людей симптоми гострого стресу послаблюються з часом.
- Попросіть особу повернутися для проведення повторного огляду, якщо симптоми посиляться або якщо в неї не буде ніякого покращення стану впродовж одного місяця після події;
- Під час повторного огляду проведіть оцінку на ПТСР та інші розлади психіки.



Дякую за увагу!