

Депресія і війна

За матеріалами Науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Організація амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги під час війни» (26-27 січня 2023 р.)

Розуміння поширеності симптомів депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед населення, яке зазнало впливу війни, а також чинників ризику, пов'язаних із психічними розладами, є необхідним для надання своєчасної допомоги вразливим групам. Зокрема, про чинники ризику розвитку депресивних розладів внаслідок війни, їх клінічні особливості, діагностику і підходи до лікування розповідає провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», к.мед.н. Тамара Василівна Панько.

Поширеність депресії

Поширеність депресії є дуже високою. За даними Інституту вимірювання показників і оцінювання стану здоров'я (IHME, 2021), що є незалежним глобальним дослідницьким центром охорони здоров'я при Вашингтонському університеті (США), у всьому світі на депресію страждає 3,8% населення, зокрема близько 5% дорослого населення, 5,7% осіб віком від 60 років і 1,2% дітей.

Депресія — серйозне захворювання, особливо, якщо вона періодично повторюється і має середньотяжку чи тяжку форму. У таких випадках депресія призводить до великих страждань, зниження працездатності або шкільної успішності та труднощів у сімейному житті. За найважчих випадків депресія може призвести до самогубства. Щороку у світі понад 700 тис. осіб закінчують життя самогубством, яке посідає четверте місце серед основних причин смерті молодих людей віком від 15 до 29 років.

Чинники ризику виникнення депресії і наслідки війни

Як відомо, депресія є наслідком складної взаємодії соціальних, психологічних і фізіологічних чинників. Підвищений ризик розвитку депресії спостерігають в осіб, які пережили життєві потрясіння і надзвичайні ситуації. Війна — це надзвичайна ситуація, що спричиняє збільшення кількості депресивних пацієнтів щонайменше на 20%. Дані офіційних доповідей Організації здоров'я та соціальних зв'язків засвідчили, що кількість суїцидів внаслідок війни збільшується на 22%. Також зазначається, що значна кількість депресивних пацієнтів у групі осіб похилого віку є наслідком тривалого важкого життя в умовах війни. Кількість суїцидів серед них може збільшуватися до 20% (Vuković et al., 2016).

У групі підлітків також виявлено збільшення відсотка депресій. Власне, у цій віковій групі переважає зловживання алкоголем і токсичними речовинами, а також асоціальна поведінка. Багато молодих людей залишають країну.

Люди, які в дитинстві стикнулися із ситуацією військового конфлікту, мають підвищений ризик розвитку психічних розладів, зокрема ПТСР, депресії та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Також вони мають нижчу тривалість життя.

У дослідженні CONNECT, яке було проведено через 8 років після закінчення війни в колишній Югославії у п'яти балканських країнах (Боснії та Герцеговині, Хорватії, Косово, яке на той час було провінцією Сербії, Республіці Македонії та Сербії), а також у трьох країнах Західної Європи (Німеччині, Італії, Великій Британії), взяли участь 3313 осіб, що продовжили проживати на Балканах, та 854 біженці (Crossley et al., 2011). Найважчими психологічними симптомами в обох вибірках стали параноїдальні думки і тривога. Крім того, зазначається, що підвищений рівень параної може бути результатом втрати довіри до людських стосунків в умовах війни, особливо в контексті громадянської війни, яка характеризувала більшу частину конфлікту в колишній Югославії. Отримані дані виявили високу поширеність психічних розладів: у балканській вибірці: 33,5 і 28,3% респондентів повідомили про тривожні розлади і розлади настрою, тоді як серед біженців ці показники становили 43,7 і 43,4% відповідно.

Психічні розлади в період війни та після неї лягають вкрай важким тягарем на населення: за даними проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) огляду 129 досліджень, що пройшли у 39 країнах, кожен п'ятий (22%) із тих, хто за останні 10 років пережив війну або інший збройний конфлікт, страждав на депресію, ПТСР, біполярний афективний розлад (БАР) або шизофренію. При цьому поширеність психічних розладів серед осіб будь-якої миті (так звана миттєва поширеність) для депресивного розладу оцінюється на рівні 13% (ВООЗ, 2022).

Також наслідками війни є міграційні процеси, і війна в Україні, на жаль, не є винятком. Російське повномасштабне вторгнення в Україну призвело до найбільшої хвилі біженців із часів Другої світової війни: понад 7,9 млн осіб залишили країну, тоді як 5,9 млн є внутрішньо переміщеними особами (РБК-Україна, 2023).

Характер проблем під час війни та їхній вплив на населення України

Війна, що триває в Україні, стосується всіх її мешканців без винятку. Тож впливу війни зазнають і військові, і цивільне населення, що перебуває в зоні бойових дій або в окупації,

а також мешканці тилу, внутрішні переселенці та ті, хто виїхав закордон. Тобто все населення України зазнає впливу стресорів воєнного часу. Через війну мільйони українців матимуть негативні наслідки для психічного здоров'я. За прогнозами ВООЗ, у майбутньому близько 15 млн українців потребуватимуть психологічної підтримки, із них 3-4 млн — медикаментозного лікування (ВООЗ, 2022).

Під час війни виникають соціальні проблеми, зокрема такі, що пов'язані безпосередньо з надзвичайною ситуацією: розлучення родин, брак безпеки, втрата засобів до існування, розрив соціальних зв'язків, низький рівень довіри, нестача ресурсів, зростання дітей без батьків тощо. Також мають вплив такі гуманітарні чинники, як переповненість місць проживання, відсутність можливості для усамітнення та відпочинку, розпад традиційних механізмів підтримки. Як наслідок, виникають проблеми психічного здоров'я, зокрема, загострення наявних психічних захворювань (депресія, шизофренія, зловживання алкоголем), зміни стану психічного здоров'я через страждання, гострі реакції на стрес, зловживання алкоголем і наркотичними засобами, розвитку депресій і тривожних станів, наприклад ПТСР.

На жаль, в Україні також наявні ці проблеми, і пов'язані вони насамперед із воєнними діями та всіма їх наслідками (безпосередньо бойові дії, втрата близьких і житла), процесами міграції в межах України та за її кордонами, інформаційною складовою, переживанням за рідних і близьких, фінансово-економічною і соціальною кризою, неочікуваною зміною звичного життя, проблемами особистості на мікрорівні (негараздами в сім'ї, її розпадом, дистанціюванням родин), проблемами у професійній сфері (втратою роботи, зменшенням заробітної платні), психоемоційними порушеннями (відчуттям розчарування, тривоги, безнадійності), порушенням фізичного благополуччя.

Клінічні особливості депресивних розладів, зумовлених війною

Типовими клінічними ознаками депресивних розладів є знижений настрій, втрата кола зацікавленості, втрата енергії, наявність песимістичних думок про майбутнє, суїцидальні думки, наміри та дії, а також різноманітні порушення сну. До додаткових симптомів належать втрата інтересу до роботи, неспроможність отримувати задоволення, зниження життєвої активності, погана концентрація уваги, зниження самооцінки, почуття провини, плаксивість, нездатність приймати рішення, втрата надії на майбутнє, зменшення ваги (або навпаки, її збільшення), зниження сексуальної активності.

Клінічними особливостями депресивних розладів, зумовлених війною, є:

- відтермінований розвиток симптомів депресії та тривоги;
- переважання в скаргах переживань того, що відбувається;
- очікування погіршення загальної ситуації в Україні;
- переживання щодо нерозуміння того, коли закінчиться війна;
- хвилювання за своїх близьких;
- когнітивна складова, що характеризується наявністю думок і переживань про негативний вплив на загальний стан організму;
- очікування сирен та обстрілів;
- переживання, пов'язані зі зниженням матеріальних можливостей через втрату роботи;
- неочікувані спогади про те, що довелося пережити;
- уникання спілкування з оточуючими;
- жажливі сновидіння пережитих подій.

Також слід додати, що в структурі депресивних розладів спостерігають симптоми ПТСР.

Складності діагностики депресивних розладів в умовах війни

Вчасну діагностику депресивних розладів ускладнює не своєчасне звернення по допомогу внаслідок того, що люди розцінюють свій поганий настрій, розгубленість, складність прийняття рішень, стомлюваність, зниження соціальної активності як безпосередній вплив війни. Також негативно позначається наявність психотравматичних переживань — втрата близьких або знайомих, пошкодження чи позбавлення житла, сирени та обстріли, зміна звичного способу життя, переживання нових незвичних емоцій, які оцінюються



Т.В. Панько

як вплив ситуації, а не як захворювання. Зрештою, негативний вплив також має нерозуміння того, де саме шукати допомогу, особливо за відсутності можливості отримати медичну допомогу (зруйновані лікарні), або куди звернутися по допомогу в разі внутрішньої або зовнішньої міграції.

За прогнозами, через повномасштабну війну кожен п'ятий українець має ризик захворіти на психічні розлади, як-от депресія і ПТСР. Це означає, що сьогодні в Україні 8,5 млн осіб потенційно мають ризик розвитку психічних розладів, зокрема депресії та ПТСР.

Упродовж 2018–2020 рр. відділ пограничної психіатрії ДУ ІНПН НАМН України досліджував 270 внутрішньо переміщених осіб (ВПО) із Донецького і Луганського регіонів. Так, у 108 із них було виявлено психічні розлади, зокрема органічний афективний (депресивний) розлад (14,81%), органічний тривожний розлад (9,26%), помірний депресивний епізод (16,67%), рекурентний депресивний розлад (6,48%), розлади адаптації (35,19%), ПТСР (17,59%).

Особливості терапії

Депресивні розлади обов'язково потрібно лікувати, при цьому терапія має бути комплексною і поєднувати фармако- (антидепресанти, анксиолітики, антипсихотики) і психотерапію (когнітивно-біхевіоральну, сімейну, групову), а також психоосвіту.

Терапію депресивних розладів застосовують:

- за наявності легкого епізоду — в амбулаторних умовах;
- за наявності помірного епізоду можна проводити терапію як в амбулаторних, так і в стаціонарних умовах;
- за наявності помірного епізоду із суїцидальним ризиком та за тяжкого епізоду як із суїцидальним ризиком, так і без нього — виключно в умовах стаціонару.

Основні принципи надання допомоги в разі депресивних розладів під час війни передбачають:

- 1) максимально раннє виявлення симптомів психічного спектра — тривожних, депресивних, інших емоційних порушень, розладів сну, когнітивних порушень;
- 2) оцінювання виявлених психічних порушень як первинних психічних розладів або як рецидивів уже наявних психічних розладів;
- 3) обов'язкову комплексну терапію (фармако- і психотерапію);
- 4) диференційований характер терапії залежно від даних анамнезу, спадкових особливостей, клінічної симптоматики, особистісних особливостей пацієнтів;
- 5) використання антидепресантів (АД) для впливу на зворотний розвиток депресивної симптоматики (під час вибору АД слід брати до уваги не лише їхній вплив на депресивну симптоматику, але й на загальний сомато-неврологічний стан пацієнта);
- 6) дотримання етапності та послідовності в реалізації терапевтичних заходів;
- 7) здійснення спадкоємності в процесі лікування;
- 8) оптимальну тривалість терапії;
- 9) надання психопрофілактичних рекомендацій.

Для терапії депресій обов'язково застосовують АД: трициклічні АД (амітриптилін, кломіпрамін, анафраніл, іміпрамін, імізін, меліпрамін), інгібітори моноамінооксидази (МАО) (ніаламід, нуредаль, інказан, бефол, піразидол), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) (циталопрам, есциталопрам, флуоксетин, флувоксамін, пароксетин, сертралін), селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН) (дулоксетин, венлафаксин, левомолнаціпран, вортіоксетин), а також норадренергічні і специфічні серотонінові АД (NaSSA). СІЗЗС

та СИЗСН зазвичай пацієнти переносять краще, ніж інші класи АД, крім того, вони є безпечнішими щодо передозування.

Місце сертраліну в терапії депресивних розладів

Препаратами вибору для лікування депресивних розладів є препарати СИЗС, зокрема сертралін (Стимулотон®), тому його призначають для лікування депресії найчастіше (NHS, 2011). Сертралін рекомендовано як препарат 1-ї лінії для лікування депресії.

Показаннями для застосування сертраліну (Стимулотон®) є:

- лікування великих депресивних епізодів;
- запобігання рецидиву великих депресивних епізодів;
- панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії;
- обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих і дітей віком 6-17 років;

- соціальний тривожний розлад;
- ПТСР.

Сертралін (Стимулотон®) належить до СИЗС, які мають специфічні особливості, що зумовлюють його затребуваність у клінічній практиці. Зокрема, він є препаратом збалансованого типу, який не спричинює загострення тривожності й емоційної напруженості, що дає змогу розширити сферу його застосування. Сертралін належить до СИЗС II покоління, оскільки в його структурі змінено геометрію АД на молекулярному рівні, внаслідок чого вдалося досягти більш точної взаємодії з рецептором. Так, під час порівняння S- і R-енантіомерів виявилось, що S-енантіомер активної речовини в 30 разів сильніше інгібує зворотне захоплення серотоніну, ніж його оптичний антипод (Sorriani et al., 2009).

Сертралін є одним із небагатьох АД, які дозволено до вживання в дитячій популяції, що може свідчити про його сприятливий рівень безпеки. Він добре зарекомендував себе в терапії пацієнтів із депресією з коморбідними психічними порушеннями, що розширює діапазон його використання як у психіатрії, так і в загальномедичній практиці: хронічний больовий синдром, булемія, ожиріння, алкоголізм, ОКР, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, панічні розлади тощо.

Застосування сертраліну сприяє значній редукції депресивної симптоматики, а також поліпшенню практично всіх досліджуваних параметрів когнітивного профілю, зокрема пам'яті, уваги, швидкості реакції, психомоторних і виконавчих функцій (Akharin et al., 2018).

Сертралін (Стимулотон®) має переваги в лікуванні пацієнтів із депресивними та тривожними розладами, а саме:

- є препаратом першого вибору для лікування депресії за співвідношенням ефективності та переносимості;
- має показання до застосування в дітей віком від 6 років;
- зручний вибір дозування — раз на добу;
- кращий вибір із СИЗС за кардіоваскулярної патології;
- оптимальний препарат для лікування перинатальної депресії;

• має доведену біоеквівалентність оригінальному сертраліну;

- володар премії за інновацію 2004 року;
- єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах (50 і 100 мг), а також має низький ризик медикаментозної взаємодії.

Дозування Стимулотону® стартує від 50 мг раз на добу зранку. Через тиждень дозу можна підвищити залежно від зворотної динаміки. Для досягнення ефекту максимальна доза препарату становить 200 мг/добу.

Загалом при великих депресивних епізодах, а також для запобігання рецидиву великих депресивних епізодів Стимулотон® призначають у дозуванні 50 мг раз на добу, при панічних розладах із наявністю або відсутністю агорафобії — по 25 мг раз на добу, при ОКР у дорослих і дітей віком від 6 років — 50 мг раз на добу, при соціальному тривожному розладі — 25 мг раз на добу, при ПТСР — 25 мг раз на добу.

Щодо симптомів відміни після припинення терапії сертраліном, то слід уникати раптового скасування препарату. У разі припинення лікування сертраліном, щоб знизити ризик розвитку синдрому відміни, дозу слід поступово знижувати щонайменше протягом 1-2 тиж. Якщо після зниження дози препарату або припинення його застосування з'являються нестерпні симптоми, може бути доцільним відновлення застосування препарату в раніше призначеному дозуванні. Надалі лікар може продовжувати знижувати дозування, але більш поступово.

Специфічні мішені психотерапевтичного впливу при депресивних розладах

При лікуванні депресивних розладів, крім АД, слід обов'язково використовувати психотерапевтичні заходи. Власне, психотерапевтичний вплив має бути орієнтований не лише на клінічні ознаки депресії, а й на ті психологічні зміни, які спостерігають під час перебігу депресивного розладу. Для цього слід визначити мішені терапевтичного впливу.

Зокрема, антивітальним тенденціям притаманна характерна наявність антивітальних переживань безпорадності й негативного сприйняття власного життя, свого минулого й майбутнього, відчуття самотності, тривожних румінацій, які, своєю чергою, оформлюються у вигляді антивітальних думок.

Для антивітальної поведінки характерна наявність переконань про себе як про безпорадну перед перешкодами особою; сприйняття майбутнього як невизначеного й похмурого,

а власного минулого — як негативного. Вона проявляється у вигляді усамітнення, відсторонення від оточуючих, зниження активності, а також пасивності та песимізму. Для тривожних румінацій характерні обмірковування досвіду неспіху, невдач і подій, що турбують, тоді як ретроспективна фіксація на негативі посилює емоційну напругу та сприяє її накопиченню.

При цьому сприйняття часу залежить від тяжкості депресивного епізоду: за легкого депресивного епізоду пацієнти у теперішньому часі відчувають свій стан, порівнюючи його з емоційною оцінкою минулого, та відчувають сумнів щодо власної якісної реалізації у майбутньому.

У разі помірного депресивного епізоду пацієнти в теперішньому часі чітко усвідомлюють, що вони хворі на депресію, та сприймають своє минуле і майбутнє кризь цей стан, починаючи втрачати надію на покращення стану. За важкого депресивного епізоду пацієнти вже не пов'язують свій стан із минулим, усвідомлюють наявність депресії в теперішньому часі і вкрай песимістично ставляться до майбутнього.

Психотерапія при депресивних розладах

Психотерапевтична програма для лікування депресивних розладів має охоплювати когнітивно-біхевіоральну психотерапію (КБТ), сімейну психо- та арт-терапію.

Зокрема, КБТ орієнтована на позитивізацію установок щодо теперішнього й майбутнього. При цьому використовують такі техніки, як:

- аналіз переживань, що спрямований на зміну хворобливого уявлення пацієнта про власну безпорадність щодо себе і хвороби, та безвихідь щодо депресивного розладу;

- віддалення — методика, яка полягає в тому, що пацієнт має обрати об'єктивну позицію щодо до власних думок, тобто віддалитися від них. Методика передбачає три компоненти: усвідомлення автоматичності «поганої» думки, її мимовільності, розуміння того, що така схема виникла раніше за інших обставин або була нав'язана іншими ззовні; усвідомлення того, що «погана» думка неадаптивна, тобто призводить до страждань, страху або розчарування; виникнення сумнівів щодо істинності цієї неадаптивної думки, розуміння того, що така схема не відповідає новим вимогам або новій ситуації.

На першому тижні лікування сеанси проводять щоденно, надалі — тричі на тиждень упродовж 3 тиж., в амбулаторних умовах продовжують 1-2 рази на тиждень упродовж 3 міс.

Сімейна терапія спрямована на аналіз дисфункціональних родинних стосунків, які можуть виступати як такі, що провокують або підтримують симптоми депресії, а також на реструктурування нерациональних форм взаємодії в сім'ї. Так, сучасна системна сімейна терапія зосереджена на зміні негативної атрибуції стосовно хвороби пацієнта, отриманні навичок і наданні підтримки пацієнтові та його родині щодо системності формування родинних стосунків, тобто взаємодетермінованості окремих особистостей і міжособистісних стосунків, згідно з якими стиль спілкування, характер взаємодії, тип виховання — з одного боку, та особистісні особливості членів родини — з іншого, утворюють замкнений гомеостатичний цикл, що постійно відтворюється. У межах сімейної терапії застосовують такі прийоми: уміння слухати, навчання за допомогою запитань, повторення (резюмування), сумарне повторення, уточнення (прояснення) й віддзеркалення афекту, конфронтація, програвання ролей. Кількість сеансів становить 5-7, періодичність — двічі на тиждень.

Арт-терапія націлена на вираження емоцій і почуттів, пов'язаних із переживаннями власних проблем, самого себе; активний пошук нових форм взаємодії зі світом; підтвердження своєї індивідуальності, неповторності та значущості; підвищення адаптивності (гнучкості) у світі, що постійно змінюється. Кількість сеансів арт-терапії — 10, курс має проводитися тричі на тиждень упродовж 1,5 год.

Висновки

За прогнозами ВООЗ, через війну в майбутньому близько 15 млн українців потребуватимуть психологічної підтримки, із них 3-4 млн — медикаментозного лікування.

Своєчасну діагностику депресивних розладів ускладнює не своєчасне звернення по допомогу внаслідок того, що людина розцінює наявні симптоми (поганий настрій, розгубленість, стомленість, зниження соціальної активності тощо) як безпосередній вплив війни.

Препаратами вибору для лікування депресивних розладів є препарати СИЗС, зокрема сертралін (Стимулотон®). Стимулотон® є препаратом першого вибору для лікування депресії за співвідношенням ефективності та переносимості. Це єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах (50 і 100 мг). Препарат застосовують для лікування та запобігання рецидиву великих депресивних епізодів, панічних розладів із наявністю або відсутністю агорафобії, соціальному тривожному розладі, ПТСР, а також ОКР у дорослих і дітей віком від 6 років.

Терапія депресивних розладів має бути комплексною і поєднувати фармако- і психотерапії, а також психоосвіту. Саме такий комплексний підхід забезпечує високу якість лікування депресії та запобігає розвитку рецидивів у майбутньому.

Підготувала **Олександра Демецька**

Стимулотон®

Європейський сертралін



Єдиний європейський сертралін, представлений в Україні у двох дозах: 50 мг і 100 мг

Зручний режим дозування — один раз на добу¹

Володар Премії за Інновацію 2004 року

Кращий вибір з СИЗС при кардіоваскулярній патології²

Доведена біоеквівалентність оригінальному сертраліну³

Показання

- Великі депресивні епізоди
- Запобігання рецидиву великих депресивних епізодів
- Панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії
- Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей віком 6-17 років
- Соціальний тривожний розлад
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

1. Інструкція для медичного застосування препарату Стимулотон. 2. Hillel W Cohen et al. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: association with use of tricyclic agents. The American Journal of Medicine, 2000, vol.108, Issue 1, Pages 2-8. 3. Clinical Expert Report on Stimuloton® film-coated tablets (2000).

Склад та форма випуску: табл. в/о 50 мг білістер, №30; табл. в/о 100 мг білістер, №28. Протипоказання. Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин; одночасне застосування з інгібіторами МАО. Побічні реакції. Фарингіт, анорексія, збільшення апетиту, безсоння, неспокій, збудження, нервозність, запаморочення, головний біль, сонливість, шум у вухах, серцебиття, припливи, діарея, сухість у роті, нудота. Категорія відпуску. Відпускається за рецептом лікаря. Р.Л. № UA/3195/01/01-02. Виробник. ЗАТ Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування. Інформація для лікарів та фармацевтів.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

