

99% т. Всемирной организации здравоохранения
публикована версия психических расстройств для
практики [4].
с учетом особенностей
иностранцев
с главой V
D-го пересмот
ричной меди
ые часто вст
ачи общего
consent form
of Stony Brook
en patients me
the McDona
eria. All of
ity Stat
they all b
2 Food
disease
relapsing
defined as
eat. For

chloride and intranasal desmopressin acetate. After
treatment, his bowel and bladder function score
remained at 2, but he stopped receiving all of the
medications and has incontinence twice per month.
Eight patients had decreased bowel and bladder
function, and
systemic
this, pati
withdrew from
table the
score
period. P
5 at 6
secret
therapy
return
8 and s
ethylpr
has experi
no furth
therapy
has experi
further worsening. D
had an abn
of her
for EDS
recently
turned.
ne gain
of re
a simi
cebo
to be
warranted to
different phenotyp
of fatig
mental
being
ad sa
over
also fo
rarily for
Anabisi
autic be
medica
ability, i
жесткості,
сапирити,
роль сирити

Expert View
Conclusion
References
1. Savelkoul H, Chakravarti S, et al. (2017) The impact of
2. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
3. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
4. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
5. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
6. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
7. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
8. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
9. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of
10. Bullman G, Kaur G, et al. (2017) The impact of



НЕВРОЛОГІЯ • ОГЛЯД

№ 5 (160)
2025

НЕЙРО NEWS

психоневрологія та нейропсихіатрія

Поліпшення психологічного стану населення в умовах довготривалої війни
..... 5

Війна як простір для життя. Психоаналітичні рефлексії
..... 12

Модель поетапного лікування пацієнтів із ноцицептивним болем
..... 38

Вальтер Скотт: тілесна неміч і сила духу
..... 44



Ебботсфорд, будинок сера Вальтера Скотта



ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів



Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



редакційна колегія**Берадзе Т.І.**

Міжнародний центр «Психічне здоров'я», м. Київ

Долішня Н.І.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, м. Львів

Дубенко А.Є.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків

Карабань І.М.

ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

Каспер З.

Президент Всесвітньої федерації біологічної психіатрії, Віденський медичний університет, Австрія

Левада О.А.

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя

Маляров С.О.

«Центр психосоматики та депресій» Універсальної клініки «Оберіг», м. Київ

Мартинюк В.Ю.

ДЗ «Український медичний центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи МОЗ України», м. Київ

Марценковський І.А.

ДУ «Науково-дослідний інститут психіатрії МОЗ України», м. Київ

Міщенко Т.С.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Московко С.П.

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

Пінчук І.Я.

Інститут психіатрії Київського національного університету імені Тараса Шевченка, м. Київ

Сердюк А.І.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Слободін Т.М.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Засновник

Ігор Іванченко

Видавець

ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс» код ЄДРПОУ 38391828

Видання

Журнал «НейроNews: психоневрологія та нейропсихіатрія»

Ідентифікатор медіа R30-05248**Передплатний індекс 96489****Шеф-редактор**

Тетяна Ільницька
ilynyska@health-ua.com

Відділ реклами

+38 (095) 940-47-55
karina@health-ua.com

Відділ передплати та розповсюдження

+38 (095) 476-72-79
podpiska@health-ua.com

Підписано до друку 27.06.2025

Друк: ТОВ «ЛІВ ПРИНТ»
03134, м. Київ, вул. Симиренка, 5-В, кв. 32

Загальний наклад 8 500 прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи поглядів авторів. За достовірність фактів, цитат, імен та інших відомостей відповідають автори. Редакція залишає за собою право редагувати та скорочувати надані матеріали.

Матеріали з позначкою «реклама» містять інформацію рекламного характеру про медичні вироби та методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, медичні лабораторії, послуги медичних клінік, медичну апаратуру, біологічно активні добавки, харчові продукти для спеціального дієтичного споживання, функціональні харчові продукти та дієтичні добавки тощо, а також про лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря та не внесені до переліку заборонених до рекламування.

Публікації з позначкою © містять інформацію про лікарські засоби, застосування та відпуск яких дозволяється лише за рецептом лікаря, а також про ті, які внесені до переліку заборонених до рекламування. Ці публікації призначені для медичних установ, лікарів і фармацевтів, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах із медичної тематики.

Правовий режим інформації, викладеної в цьому виданні або наданої для розповсюдження на спеціалізованих заходах із медичної тематики, визначається Законом України № 123/96-ВР «Про лікарські засоби», а також Законом України № 270/96-ВР «Про рекламу».

Відповідальність за зміст рекламних та інформаційних матеріалів, а також за їх відповідність вимогам чинного законодавства несуть особи, які подали їх для розміщення у виданні. Повне або часткове відтворення та тиражування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається тільки з письмового дозволу видавця та з посиланням на джерело. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Поштова адреса:

вул. Світлицького, 35, офіс 23-д,
м. Київ, 04123
e-mail: zu@health-ua.com
www.neuronews.com.ua
Тел.: +380 95 117 34 36

Шановні колеги!

На сторінках журналу «НейроNEWS» представлена рубрика «Клінічний випадок»

Пропонуємо вам надсилати найцікавіші, на ваш погляд, випадки з практики, що будуть розміщені у наступних випусках видання.

Авторів опублікованих робіт додаватимуть до бази безкоштовного розповсюдження журналу

Звертаємо вашу увагу на правила оформлення рукописів статей:

- обсяг статті – від 10 до 20 тис. знаків;
- дані про автора (прізвище, ім'я, по батькові; місце роботи, посада; контактний номер телефону та електронна адреса);
- стаття має бути структурована за такими розділами: анамнез; діагноз та його обґрунтування; лікування; обговорення; висновки;
- ілюстративний матеріал подавати окремим файлом бажано у форматах JPG, TIFF, EPS

Матеріали надсилайте за адресою:
ilnytska@health-ua.com

Дякуємо за співпрацю!

НЕЙРО NEWS[©]

ЗМІСТ

Актуально

- 5 Поліпшення психологічного стану населення в умовах довготривалої війни

Огляд

- 7 Тривожність, пов'язана з війною: основні аспекти проблеми

Погляд на проблему

- 12 Війна як простір для життя. Психоаналітичні рефлексії
Володимир Лагутін

Практика

- 18 Ведення пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом

Клінічні дослідження

- 24 Ефективність поетапної програми психологічних втручань для мігрантів
- 28 Альтернативний підхід до терапії тривожних розладів: важливість правильного титрування дози
- 32 Аналіз ефективності фармакотерапії депресії у жінок дітородного віку

Зарубіжний досвід

- 38 Модель поетапного лікування пацієнтів із ноцицептивним болем

Цікаво дізнатися

- 44 Вальтер Скотт: тілесна неміч і сила духу



ПОЛІПШЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО стану населення в умовах довготривалої війни



Повномасштабна війна призвела до зростання потреби українців у психологічній допомозі. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, у районах, постраждалих від війни, уже зараз кожна п'ята людина живе з певною формою розладу психіки. Кожен, кого зачепили військові дії, має свої переживання та реакції у відповідь на загрозливу для життя ситуацію. Загалом будь-яка стресова / травматична подія може призвести до розвитку посттравматичного стресового розладу.

Наслідки впливу війни на психічне здоров'я

Через повномасштабну війну в Україні виникли надзвичайні стресові умови, які підвищують ризик розвитку психічних розладів, як-от посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), надмірна тривожність та депресія, зумовлюючи додаткове навантаження на систему охорони здоров'я. Лише за попередніми прогнозами, внаслідок негативного впливу війни на психологічний стан підтримки різного ступеня інтенсивності потребуватимуть до 15 млн осіб, серед яких: 1,8 млн військових і ветеранів, 7 млн людей старшого віку, близько 4 млн дітей і підлітків. В електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) за останні роки зафіксовано значне збільшення осіб зі встановленим діагнозом ПТСР. За даними ЕСОЗ, 2023 р. кількість пацієнтів із ПТСР зросла майже вчетверо проти 2021 р., а за перші два місяці 2024 р. цей діагноз було встановлено такий самий кількості осіб, як за весь 2021 р. Значна частина клінічних випадків із неврологічними захворюваннями, пов'язаними зі стресом, припадає на військовослужбовців (30 %). Чинники, які можуть підвищувати ризик ПТСР:

- Дуже інтенсивна або тривала травматична подія.
- Певні типи подій (наприклад, участь у бойових діях або пережите сексуальне насильство).
- Вплив попереднього травматичного досвіду, зокрема в дитячому віці.
- Брак або недостатність соціальної підтримки після травматичної події.
- Втрата роботи, фінансові обмеження, хвороба, труднощі у відносинах.
- Надмірна тривожність, депресія або інші розлади психічного здоров'я в анамнезі.
- Генетичні аспекти, як-от наявність розладів психіки в батьків чи близьких.
- Демографічні та соціальні передумови (залежно від статі, належності до груп етнічних меншин, соціально-економічного статусу тощо).

Додаткове навантаження на систему охорони здоров'я

Психічні розлади можуть мати серйозні негативні наслідки для людини, зокрема позначатись на її соціальному житті, емоційному стані, когнітивних функціях та якості життя:

- Підвищення ризику серцево-судинних та онкологічних хвороб, діабету, артритів, астми.
- Погіршення результатів лікування хронічних хвороб і підвищення смертності від онкологічних патологій.
- Порушення сну, які часто призводять до хвороб органів дихання (понад 50 % осіб із психічними розладами, це вчетверо частіше, ніж у загальній популяції, мають хронічну інсомнію).
- Схильність до куріння (за психічних розладів важче кидають згубну звичку та в середньому палять більше).
- Зниження звернень до лікарів, низький рівень уваги до власного здоров'я та періодичності проходження рутинних обстежень, що призводить до пізньої діагностики та меншої успішності лікування.
- Зростання ризику смерті (від раку за депресії на 50 %, а від серцевих хвороб — на 67 %).
- Більш поширені гіпертонія, стенокардія, тахікардія, інші хвороби серця, виразка шлунка, гастрит і артрит.
- Схильність до ризикової поведінки, що часто призводить до зловживання алкоголем, наркотичними речовинами, чи деструктивних вчинків.
- За важких пережитих травм окремі ризики можуть виникати на 10–15 років раніше, ніж у середньому в загальній популяції.

Поряд із зазначеними чинниками негативні наслідки впливу війни на психічне здоров'я можуть діяти навіть після її закінчення та створювати додаткове навантаження на систему охорони здоров'я. Надання якісної доступної психологічної допомоги всім, хто її потребує, є пріоритетом держави. Таку допомогу нині можливо отримати як на первинній ланці, так і в закладах спеціалізованої медичної допомоги.

Із 1 січня 2025 р. усі медзаклади первинної ланки, закон-трактовані Національною службою здоров'я України, надають безоплатні послуги з охорони психічного здоров'я, а лікарі та медперсонал мають отримати сертифікати про проходження навчання за програмою Всесвітньої організації охорони здо-ров'я mhGAP (Mental Health Gap Action Programme). Ця про-грама спрямована на поліпшення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я, передбачає залучення медичних праців-ників первинної ланки до надання допомоги пацієнтам із психічними розладами. Її впроваджують у більш ніж 100 країнах світу, а її матеріали перекладено понад 20 мовами, зокрема й українською. Як окремі проекти програму mhGAP в Україні почали реалізовувати ще 2019 р., однак із розгортан-ням воєнної агресії проти нашої країни виникла потреба в її масштабуванні. Протягом 2024 р. таке навчання пройшли понад 24 тис. лікарів первинної ланки. На цьому рівні нада-ють консультації з використання психологічних практик управління стресом, зокрема способів релаксації, управління диханням, методів відволікання. Спеціалізована медична допомога передбачає травмофокусовані, фармакологічні та психологічні методи, що потребують участі вузьких фахів-ців (як-от лікар-психіатр, психотерапевт, психолог).

Серед основних методів психологічної допомоги затре-бувані такі втручання, як дебрифінг, керування стресом, когнітивно-поведінкова терапія, EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing — десенсибілізація та ре-процесуалізація [опрацювання травми] за допомогою руху очей), психоосвіта, належна фізична активність тощо.

Нині в Україні є гострий дефіцит фахівців-психологів і психіатрів. За підсумком 2023 р., налічувалося понад 100 професійних спільнот психологів і психотерапевтів, кількість їх членів становила до 4,5 тис. осіб. У середньому психолог потенційно може надавати 2–5 консультацій на день і 10–35 — на тиждень. Але в умовах повномасштабної війни ці фахівці мають значно більше навантаження. Попри те, що кількість лікарів-психотерапевтів збільшилась порівняно з довоєнним періодом (наприкінці лютого 2025 р. 576 лікарів проти 182 на початок 2022 р.), цього недостатньо для задоволення гострої потреби в психологічній допомозі через стрімке й масштабне зростання кількості осіб із відповідними розладами різного ступеня. Тоді як кількість інших фахівців, які обслуговують пацієнтів із психічними розладами, майже не змінилася (наприкінці лютого 2025 р. було зареєстровано 265 лікарів-психотерапевтів і 2669 лікарів-психіатрів проти 149 психо-терапевтів і 2766 психіатрів на початок 2022 р.). Нестача фа-хівців стала однією з причин почастишання випадків надання психологічної допомоги псевдоспеціалістами, які не є дипло-мованими з низьким рівнем підготовки (часто це коротко-термінові курси). Послуги цих осіб можуть не лише не спри-яти полегшенню ситуації з ПТСР, а й завдати ще більшої психологічної травми цій когорті пацієнтів.

Доступність психологічної допомоги

Сьогодні наша держава докладает максимум зусиль для запобігання захворюваності населення на ПТСР, зокрема від квітня 2022 р. за ініціативи першої леді Олени Зеленської реалізовано Всеукраїнську програму ментального здоров'я «Ти як?». Пріоритетним є проект Міністерства охорони здо-ров'я України «Охорона психічного здоров'я в структурі медичної допомоги».

Через зростання в умовах повномасштабної війни потреб в охороні психічного здоров'я населення України важливо, щоб доступ до відповідних послуг був у всіх, хто їх потребує. Міністерство охорони здоров'я України разом із партнерами активно працює над тим, аби послуги з охорони психічного здоров'я надавалися безоплатно не лише на первинному рівні, а й на всіх рівнях меддопомоги. Уряд затвердив розпорядження від 21 червня 2024 р. № 572-р «Про затвердження плану заходів на 2024–2026 рр. щодо реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». Попри активне впровадження ініціатив із боку суспільства та дер-жави, забезпечення доступності психологічної допомоги досі є нагальною проблемою. Брак професійних дипломо-ваних фахівців, збільшення кількості псевдоспеціалістів, необізнаність населення щодо психічних станів, несвоєчасне звернення по допомогу часто призводять до негативних наслідків, а іноді — і до летальних випадків. Важливо звер-нути увагу на забезпечення закладів охорони здоров'я про-фесійними кваліфікованими психологами, здійснити низку дій щодо перевірки псевдопсихологів та їхніх сертифікатів.

Висновки

Проблема з кадровим забезпеченням психологічної допомоги потребує термінових рішень. Залучивши до надання психологічної допомоги лікарів первинної ланки, можливо оперативні розв'язати лише частину проблеми з нескладними випадками стресових розладів, проте надалі ситуація потребу-ватиме комплексних і довгострокових заходів. Власне, ідеться про підготовку, підвищення кваліфікації та створення належ-них умов для роботи відповідних фахівців.

Отже, нині вкрай важливо:

1. Модернізувати освітні програми (навчальні плани відповідно до сучасних викликів і міжнародних стандар-тів, як-от вимоги Американської психологічної асоціації [APA] та Європейської федерації психологічних асоціацій [EFPA]). Розширити можливості підготовки через стажу-вання, супервізії та заняття в клініках, школах і організа-ціях, забезпечити державне фінансування спеціалізованих курсів для психологів у медичних, військових, шкільних і кризових напрямках.

2. Запровадити механізми постійного підвищення квалі-фікації фахівців, яка має містити обов'язкове навчання що 3–5 років, розвиток супервізійної підтримки для моло-дих спеціалістів, стимулювання участі в міжнародних конференціях, тренінги тощо.

3. Втілювати інституційну підтримку, зосереджену на ство-ренні національної системи сертифікації психологів / психо-терапевтів, розробленні та впровадженні відповідного етичного кодексу, а також інтеграції психології в державні та громадські програми, зокрема підготовці шкільних / військових психологів, кризових консультантів тощо.

4. Упроваджувати ефективні практики міжнародного досвіду, зокрема ідеться про адаптацію стандартів Європей-ського Союзу, США, Канади та організацію міжнародних стажувань, спільних досліджень, втілення в клінічну прак-тику доказових методик, як-от когнітивно-поведінкова тера-пія, діалектична поведінкова терапія, EMDR.

Підготувала *Лариса Мартинова*

За матеріалами moz.gov.ua

ТРИВОЖНІСТЬ, ПОВ'ЯЗАНА З ВІЙНОЮ: ОСНОВНІ АСПЕКТИ ПРОБЛЕМИ

В умовах війни психічне здоров'я людини зазнає тривалого негативного впливу, що призводить до розвитку надмірної / хронічної тривожності, яка, своє чергою, може зумовлювати довгострокові негативні наслідки, спричиняти деструктивні психічні порушення впродовж життя та позначатися на добробуті наступних поколінь. До вашої уваги представлено огляд статті S.X. Zhang and L.Z. Li «War Anxiety: A Review», опублікованої у виданні *Curr Psychiatry Rep* (2025 Feb; 27 [2]: 140–146), у якій автори проаналізували результати досліджень тривожності, пов'язаної з війною, соціально-економічні чинники впливу на її рівень, а також стратегії її подолання, приділивши особливу увагу наслідкам російсько-української війни.

Війни та збройні конфлікти чинять серйозний вплив на психічне здоров'я мільйонів людей у всьому світі (Miller and Rasmussen, 2010; Lim et al., 2022). Серед негативних наслідків для психіки особливо поширеним і стійким є тривожність (Bogic et al., 2015; Hyland et al., 2023). Останніми роками значно прогресує розуміння тривожності, пов'язаної з війною, що зумовлено тривалими конфліктами (Limone et al., 2022).

Мета огляду S.X. Zhang and L.Z. Li — узагальнити результати останніх досліджень щодо поширеності та епідеміології надмірної тривожності серед осіб, які постраждали від війни. Особливу увагу автори приділяли дослідженням, дані яких було опубліковано впродовж 2021–2024 рр. Як зазначають дослідники, глобальна картина збройних конфліктів кардинально змінилася за останні роки, а вторгнення РФ до України знову привернуло увагу вчених до наслідків війни для психіки людини внаслідок травматичних подій (Pavlova et al., 2022). На цьому тлі науковці зосередили увагу на визначенні та оцінюванні рівня поширеності тривожності під час війни (Surzykiewicz et al., 2022; Pavlova et al., 2023).

Зокрема, досягнуто значних успіхів у з'ясуванні складної взаємодії чинників ризику, які призводять до підвищення рівня тривожності в зонах конфлікту — від гострої травми до хронічних соціально-економічних стресорів і глибокої соціальної напруженості (Pinchuk et al., 2022; Rogowska and Pavlova, 2023; Zasiiekina et al., 2023).

У низці досліджень клініцисти також вивчали довгострокові наслідки надмірної тривожності та ефективність втручань (Chudzicka-Czupala et al., 2023; Mottola et al., 2023; Nnanyelugo et al., 2023).

Визначення й оцінювання рівня тривожності, спричиненої війною

Згідно з визначенням Американської психологічної асоціації (APA, 2024), для надмірної тривожності характерне хронічне відчуття страху та соматичні симптоми

напруги, коли людина постійно очікує небезпеку, катастрофу або ситуацію, що несуть загрозу фізичному або психологічному благополуччю, виходять за межі звичайного життєвого досвіду та зумовлюють інтенсивний страх, жах, і відчуття безпорадності нещастя, що насувається». Тривога є природною емоційною реакцією, часто пов'язаною з почуттям страху або небезпеки, проте коли вона стає надмірною або хронічною, вона може бути симптомом певних захворювань чи порушень, як-от генералізований тривожний розлад (ГТР) або посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

У таблиці 1 представлено інформацію, як у межах проведених досліджень науковці оцінювали рівень тривожності та почуття страху, спричинені війною. Інструменти оцінювання рівня тривожності охоплюють тісно пов'язані, але окремі категорії, як-от:

- ГТР (Xu et al., 2022; Malecki et al., 2023; APA, 2024); стан тривожності (Celuch et al., 2024);
- хронічна тривожність, пов'язана зі збройним конфліктом (Surzykiewicz et al., 2022);
- різкі напади страху, спричинені війною (Surzykiewicz et al., 2022);
- психологічний дистрес (Xu et al., 2023).

Поширеність і тенденції розвитку тривожності в регіонах, що постраждали від війни

I.C. Lim et al. (2022) виконали знакове дослідження, що охоплювало дані 183 випробувань у 42 країнах, дані яких продемонстрували різницю між зонами активних конфліктів і постконфліктними ситуаціями, із показниками поширеності 43,4 і 30,3 % відповідно.

Цей висновок свідчить про значний вплив тривалого насильства й нестабільності на психіку людини, а також дає підстави припустити, що тривожність може частково зменшуватися після завершення збройного конфлікту. За оцінками, отриманими в цьому дослідженні, сукупна

Таблиця 1. Інструменти оцінювання тривожності та страху, спричинених війною

Інструмент оцінювання	Абревіатура	Кількість пунктів	Публікації	Популяції учасників досліджень	Розробка або валідація (джерело)
Шкала оцінювання ГТР	GAD	7, 2	Hyland et al., 2023; Malecki et al., 2023; Xu et al., 2023	Мешканці України та Польщі	Spitzer et al., 2006
Опитувальник для оцінювання рівня тривожності	STAI	20, 6	Celuch et al., 2023	Мешканці Фінляндії	Marteau and Bekker, 1992; Spielberger et al., 1983
Шкала оцінювання депресії, тривожності та стресу	DASS-21	21	Chudzicka-Czupala et al., 2023; Khan and Altalbe, 2023	Мешканці Польщі, України та Тайваню	Henry and Crawford, 2005
Шкала оцінювання страху, спричиненого війною	FOWARS	13	Vintil et al., 2023	Мешканці Румунії	Kalca-Janosi et al., 2023
Шкала оцінювання рівня тривожності, пов'язаної з війною	WAS	7	Немає даних	Немає даних	Surzykiewicz et al., 2022
Шкала щодо нав'язливих думок про війну	WPTS	7	Немає даних	Немає даних	Surzykiewicz et al., 2022
Шкала сприйнятого стресу	PSS	10, 4	Lushchak et al., 2024; Mottola et al., 2023	Мешканці України та Італії	Cohen et al., 1983
Шкала психологічного дистресу Кесслера	K10, K6	10, 6	Xu et al., 2023	Мешканці України	Kessler et al., 2002
Шкала душевного болю	PAS-13	13	Brgiel and Gambin, 2023	Мешканці Польщі	Holden et al., 2001

Примітка. ГТР — генералізований тривожний розлад.

Адаптовано згідно з S.X. Zhang and L.Z. Li. War Anxiety: A Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2025 Feb. Vol. 27, № 2. P. 140–146.

поширеність клінічно значущих ознак тривожності серед осіб, які проживають на територіях, що постраждали від збройного конфлікту, становить 30,7 %. Цей відсоток свідчить про значний тягар для психічного здоров'я людини, пов'язаний із наслідками війни, що чинить вплив майже на кожну третю особу в цих регіонах. Оскільки на об'єднаний показник поширеності підвищеної тривожності (30,7 %) значною мірою позначається надмірна представленість повоєнних досліджень, імовірно, він є консервативною характеристикою. Тож для оцінювання безпосереднього впливу війни на рівень тривожності необхідно провести більше досліджень саме в умовах війни.

Поширеність і частота хронічної тривожності в умовах війни

Внаслідок повномасштабного вторгнення РФ до України дослідники отримали унікальну можливість вивчити безпосередні наслідки війни для психіки людини. За даними одного з перших широкомасштабних досліджень, виконаних на початку російсько-української війни, 44,1 % учасників (мешканців України) повідомили про клінічно значущі симптоми тривожності (Pavlova et al., 2022).

Цікаво, що згаданий показник поширеності хронічної тривожності в Україні відповідає середньому світовому в зонах активних збройних конфліктів (43,4 %), про який повідомляли I.C. Lim et al. (2022), та узгоджується з даними багатьох досліджень, у яких підтверджено підвищення рівня тривожності в інших країнах (Chudzicka-Czupala et al., 2023; Mottola et al., 2024; Malecki et al., 2023; APA, 2024; Greenglass et al., 2024).

Тож високі показники поширеності хронічної тривожності свідчать про значний негативний вплив нещодавніх збройних конфліктів на психічне здоров'я людини та порушення соціальної й економічної стабільності в Україні.

Варіативність показників поширеності в різних дослідженнях наголошує на необхідності застосування підходів до моніторингу рівня тривожності, орієнтованих на конкретні групи населення, зважаючи на підгрупові відмінності, зокрема:

- між підлітками і дорослими (Rogowska and Pavlova, 2023; Hyland et al., 2023);
- між учасниками бойових дій, працівниками гуманітарних служб і цивільним населенням (Pavlova et al., 2022; Pinchuk et al., 2022; Zasiékina et al., 2023);
- між мешканцями зон бойових дій і переміщеними особами (Chudzicka-Czupala et al., 2023; Lushchak et al., 2024).

Індивідуальні відмінності рівня тривожності та подолання стресу в різних категоріях населення

Аналізуючи вплив війни в Україні, I. Pavlova et al. (2022) досліджували відмінності щодо поширеності підвищеного рівня тривожності між цивільними та професійними комбатантами. Дослідники дійшли висновку, що цивільні зазвичай мають вищі показники рівня тривожності (41,6 % серед добровольців територіальної оборони) порівняно з комбатантами (25,8 % серед військовослужбовців строкової служби та 32,6 % серед резервістів). Така різниця, ймовірно, може бути пов'язана з різними рівнями підготованості та стресостійкості різних верств населення, що свідчить про необхідність залучення цілеспрямованих заходів (Zasiékina et al., 2023).

W. Xu et al. (2023) у дослідженні параметрів психічного здоров'я людини і застосування стратегій подолання стресу (копінг-стратегій) серед українців на ранніх стадіях російсько-української війни надали важливу інформацію щодо психологічних механізмів, що діють

в умовах активного конфлікту. Наприклад, застосування проблемно-орієнтованої копінг-стратегії (як-от пошук інформації, планування майбутнього) було пов'язане з нижчим рівнем тривожності, тоді як емоційно-орієнтовані підходи (як-от уникання, румінація), навпаки, асоціювалися з вищим рівнем її виразності.

Особи з нижчою толерантністю до невизначеності демонстрували вищий рівень тривожності, що акцентує на ролі когнітивних чинників у формуванні емоційної реакції людини на травматичні події. Сприйняття соціальної підтримки виявилось вирішальним чинником подолання підвищеної тривожності, що наголошує на важливості збереження соціальних зв'язків в умовах війни.

Власне, надмірне використання пов'язаних із конфліктом новин і контенту в соціальних мережах асоціювалося з вищим рівнем тривожності, що, своєю чергою, свідчить про необхідність проведення відповідних заходів для підвищення медіаграмотності в умовах збройного конфлікту. Такі висновки підтверджують, що вразливість щодо рівня виразності тривожності може бути неоднаковою для представників різних демографічних груп.

На думку S.X. Zhang and L.Z. Li, майбутні дослідження мають бути спрямовані на додаткове вивчення ролі особистісних, генетичних чинників і розвитку в етіології тривожності та її контролю під час воєнних дій.

Соціально-економічні предиктори хронічної тривожності в зонах збройного конфлікту

Роль соціально-економічних чинників у формуванні поширеності хронічної тривожності серед населення, яке постраждало від війни, важко переоцінити. V. Patel and A. Kleinman (2003) довели взаємозв'язок між низьким матеріальним рівнем (бідністю) та станом психічного здоров'я людини, який стає ще очевиднішим в умовах війни.

Такі чинники, як економічна нестабільність, безробіття, брак доступу до основних ресурсів можуть посилювати рівень тривожності, створюючи замкнене коло, у якому психологічний дистрес ще більше перешкоджає повоєнному відновленню та матеріальному благополуччю.

В умовах повномасштабної війни в Україні I. Pavlova et al. (2023) також виявили, що економічні проблеми були значним чинником підвищення рівня виразності тривожності та асоціювалися зі страхами, пов'язаними із застосуванням зброї та насильства. Цей висновок узгоджується з даними ширших досліджень економічних детермінант психічного здоров'я людини в зонах збройного конфлікту.

K.E. Miller and A. Rasmussen (2010) акцентували на важливості щоденного впливу стресових чинників, зокрема економічних труднощів, для встановлення зв'язку між впливом війни та його наслідками на психічне здоров'я людини. Така взаємодія економічної нерівності з етнічною та расовою напруженістю додає ще один рівень труднощів до епідеміології тривожності, пов'язаної з війною. Своєю чергою, збройні конфлікти можуть загострювати вже наявні соціальні протиріччя, при цьому групи меншин несуть непропорційно великий тягар як внаслідок насильства, так і його психологічного впливу.

Расові та етнічні меншини серед постраждалого від конфлікту населення мають менше ресурсів для подолання надмірної тривожності, зокрема, через нерівний доступ

до працевлаштування та мовні бар'єри у сфері охорони психічного здоров'я. Як зазначають L.J. Kirmauer et al. (2011), досвід дискримінації та маргіналізації може посилювати травматичний ефект в умовах війни. Тому ступінь негативного впливу расової нерівності на рівень тривожності, пов'язаної з війною, необхідно й надалі досліджувати.

Політичні детермінанти та чинники модифікації тривожності

Стійкість ворожих наративів і нерозв'язаних проблем у відносинах між народами може призводити до постійного стану підвищеної пильності та страху в представників постраждалого населення навіть у постконфліктних ситуаціях. D. Bar-Tal et al. (2009) описали, як колективні наративи віктимності та ворожнечі можуть вкоренитися в суспільствах, що постраждали від тривалого конфлікту, зумовлюючи постійне психологічне страждання, дискримінацію й виправдання насильства та перешкоджаючи зусиллям із примирення.

У контексті російсько-української війни попередній стан напруженості та історичні суперечності, ймовірно, посилюють психологічний вплив цього конфлікту. Довга історія переплетених, але складних відносин між двома народами створила умови, за яких нинішні проблеми лише посилюються, потенційно ускладнюючи зусилля з відновлення та врегулювання відносин у майбутньому.

Наслідки надмірного рівня тривожності, пов'язаної з війною, для поведінки та здоров'я людини

Хоча в більшості досліджень науковці зосереджували увагу на поширеності та предикторах розвитку тривожності, пов'язаної з війною, у межах деяких із них вивчали саме наслідки емоційного стану, який характеризується відчуттям напруження, нервозності та занепокоєння, часто у відповідь на потенційні загрози.

Вона може бути як короткочасною, ситуативною реакцією на стрес, так і хронічною, що позначається на повсякденному житті.

Пов'язана з війною тривожність, як і інші психічні розлади та симптоми, має негативний вплив:

- на психічне здоров'я, зумовлюючи супутні захворювання, як-от депресія та ПТСР;
- на соматичне здоров'я, спричиняючи психосоматичні симптоми та серцево-судинні захворювання;
- на поведінку, призводячи до розвитку безсоння та зловживання психоактивними препаратами (Rogowska and Pavlova, 2023).

Хронічна тривожність під час війни також може значно погіршувати когнітивні функції (здатність розуміти, пізнавати, вивчати, усвідомлювати, сприймати і переробляти зовнішню інформацію) та шкодити вибудові соціальних відносин (взаємодії та зв'язки між людьми або їх групами в процесі спільної діяльності).

Як наголошують S.X. Zhang and L.Z. Li, у межах майбутніх досліджень необхідно вивчити не лише вплив надмірного хвилювання та хронічного стресу в умовах війни на фізичне здоров'я і психологічний добробут людини, а й на розвиток дітей, здорове старіння і смертність.

Таблиця 2. Рівень тривожності, пов'язаної з війною, та напрями майбутніх досліджень

Ключові висновки	Напрями майбутніх досліджень
Поширеність тривожності, пов'язаної з війною	
<i>Зони конфліктів у всьому світі:</i> рівень поширеності тривожності становить 30,7 % загалом і 43,4 % в умовах війни (Lim et al., 2022)	<i>Географічні відмінності:</i> дослідження відмінностей за інтенсивністю та тривалістю збройного конфлікту, інфраструктурою охорони психічного здоров'я, історичними чинниками тощо (Roberts et al., 2019)
<i>Дані по Україні:</i> рівень поширеності тривожності становить 44,1 % (Pavlova et al., 2022)	
Чинники ризику	
<i>Військовий статус:</i> цивільні піддаються більшому ризику розвитку надмірної тривожності, ніж учасники бойових дій (Pavlova et al., 2022)	<i>Професійні відмінності:</i> хронічна тривожність і вигорання медичних працівників порівняно із цивільним населенням (Rzosa et al., 2024)
<i>Споживання медіаконтенту:</i> інформація, пов'язана з конфліктом, та відомості у соціальних мережах є чинниками ризику виникнення надмірної тривожності (Malecki et al., 2023)	<i>Обробка інформації:</i> евристики та упередження, політичні ідеології та соціальні норми як чинники ризику або захисту (Vintil et al., 2023)
<i>Індивідуальні особливості:</i> низька толерантність до невизначеності є чинником ризику розвитку хронічної тривожності (Xu et al., 2023)	<i>Генетична схильність:</i> взаємодія ген-середовище може бути досліджена за допомогою менделівської рандомізації (Gross et al., 2024)
<i>Копінг-стратегія:</i> копінг, орієнтований на проблему, є захисним чинником щодо розвитку надмірної тривожності порівняно з копінгом, орієнтованим на емоції (Xu et al., 2023)	<i>Чинники, пов'язані з розвитком:</i> дитячі негаразди і травматична пам'ять можуть бути чинниками ризику (Zanoaga et al., 2024)
<i>Соціальна підтримка:</i> захисний чинник	<i>Соціальні мережі:</i> самотність може бути чинником ризику, тоді як соціальна активність — захисним аспектом (Li et al., 2020)
Механізми розвитку хронічної тривожності	
<i>Прямі механізми:</i> страх щодо ймовірних травм, поранень, нестачі їжі та води, розвитку інфекційних захворювань, обмеженого доступу до медичної допомоги та смерті (Garry et al., 2020)	<i>Соціальний поділ:</i> расова дискримінація та маргіналізація можуть посилювати рівень тривожності (Kirmayer et al., 2011)
<i>Економічні труднощі:</i> фінансова нестабільність опосередковує вплив війни на рівень тривожності (Pavlova et al., 2023)	<i>Взаємозалежність:</i> визначення, як взаємодіють раса, гендер, соціальний клас, сексуальність, релігія, імміграційний статус тощо
Наслідки	
<i>Психічні розлади:</i> коморбідність депресії та ПТСР (Rogowska and Pavlova, 2023)	<i>Соматичне здоров'я:</i> хронічний біль, підвищена втомлюваність, порушення когнітивних функцій, серцево-судинні захворювання, довгострокова смертність від усіх причин (Garry et al., 2020)
<i>Безсоння</i> (Rogowska and Pavlova, 2023)	<i>Спосіб життя:</i> зловживання психоактивними речовинами (тютюнокуріння, алкоголь, наркотичні речовини), суїцидальні думки та спроби самогубства (Wilmer et al., 2021)
<i>Хронічні негативні наслідки:</i> впливи впродовж життя (розвиток дитини, здорове старіння) та міжгенераційний вплив	
Втручання	
<i>Втручання на рівні громади:</i> трансдіагностична психотерапія на рівні громади сприяє зменшенню рівня тривожності (Bogdanov et al., 2021)	<i>Соціально-психологічні інтервенції:</i> вплив інтервенцій з визнання цінностей та соціальної належності в зонах конфлікту (Yan et al., 2021)
<i>Втручання із застосуванням інтернету та мобільних пристроїв:</i> музична терапія сприяє зменшенню рівня тривожності (Nnanyelugo et al., 2023)	<i>Лікування:</i> ефективність когнітивно-поведінкової терапії, медіації усвідомленості (майндфулнес), травма-інформованої допомоги та терапії в групах підтримки (Allan et al., 2023)

Адаптовано згідно з S.X. Zhang and L.Z. Li. War Anxiety: A Review. *Curr Psychiatry Rep.* 2025 Feb. Vol. 27, № 2. P. 140–146.

Довгострокові тенденції та міжгенераційний вплив на психічне здоров'я після війни

Розуміння довгострокових тенденцій розвитку надмірної тривожності в групах населення, постраждалих від війни, має вирішальне значення для розробки ефективних втручань щодо її подолання і відповідних систем підтримки та поліпшення якості життя цих верств населення.

Як зазначають М. Vogic (2015) у систематичному огляді, 20,3–88 % військових біженців страждають від хронічної тривожності через п'ять років після вимушеного переміщення. Це свідчить про необхідність постійної підтримки психічного здоров'я впродовж тривалого часу (навіть після припинення активних бойових дій).

«Спадкування» стану надмірного напруження й нервовості (тривожність, стрес), пов'язаної з війною, від покоління до покоління є однією з важливих проблем, які зумовлюють такі симптоми, як: підвищене збудження, постійна тривога, хронічний неспокій, порушення сну, труднощі з концентрацією уваги. С.С. Sangalang and С. Vang (2017) встановили, що в дітей військових, біженців часто спостерігається вищий рівень тривожності, а також тяжчі форми депресії, тобто негативні психологічні наслідки збройного конфлікту можуть «передаватися навіть через покоління». Це явище особливо протестується в громадах, які продовжують стикатися з дискримінацією (однією з найпоширеніших форм

насильства та порушення прав людини) і маргіналізацією (виключення зі сфер життєдіяльності суспільства на підставі расових, релігійних, етнічних, гендерних, культурних чи інших ознак окремих осіб або прошарків населення) у країнах, куди переїхали біженці, що лише підсилює стійкий посттравматичний стрес від війни і вимушеного переміщення.

Втручання з приводу тривожності в умовах збройного конфлікту

В умовах війни тривожність може бути адаптивною, зважаючи на наявність реальної загрози, проте коли вона стає надмірною або хронічною, це може бути ознакою психічного розладу. Тож актуальним є оцінювання втручання, спрямованих на запобігання негативним наслідкам надмірної / хронічної тривожності під час війни та зменшення її рівня. У низці досліджень було підтверджено позитивний вплив втручання на рівні громади, а також інтервенції завдяки інтернет-ресурсу та мобільних пристроїв (Bogdanov et al., 2021; Nnanyelugo et al., 2023).

Нині є багато оцінок щодо ефективності застосування в клінічній практиці підходів до лікування ПТСР у біженців і шукачів притулку через збройні конфлікти (Thompson et al., 2018; Turrini et al., 2021). Результати традиційних методів лікування осіб із психічними розладами (зокрема із ПТСР), як-от когнітивно-поведінкова терапія, медитація усвідомленості (майндфулнес), травма-інформована допомога і терапія в групах підтримки, необхідно оцінювати в умовах війни (Bhattacharya et al., 2023). Крім того, соціально-психологічні втручання, вплив яких вивчали в інших кризових ситуаціях, як-от пандемія COVID-19, можливо поширювати на зони воєнного конфлікту (Yan et al., 2021). За даними оцінювання чинників ризику, ці втручання можуть бути застосовані для представників вразливих груп населення (MacIntyre et al., 2023).

Майбутні напрями дослідження підвищеної тривожності, пов'язаної з війною

Нещодавні досягнення щодо розуміння епідеміології та поширеності підвищеної тривожності серед постраждалого від війни населення демонструють доволі складну картину значного загального тягаря з варіаціями в певних демографічних групах, зумовленими різними контекстами. Взаємодія травматичних подій із воєнними конфліктами, соціально-економічними чинниками та суспільними проблемами, як-от расизм і політична напруженість, є багатогранною проблемою як для дослідників, так і для лікарів-практиків (MacIntyre et al., 2023).

Так, на думку S.X. Zhang and L.Z. Li, нині простежується пряма потреба в проведенні додаткових досліджень щодо розвитку підвищеного рівня тривожності протягом тривалих періодів часу в різних умовах затяжного або циклічного збройного конфлікту, що допоможуть зрозуміти

складну природу стресових чинників, із якими стикається постраждале від війни населення у XXI ст.

У таблиці 2 узагальнено результати виконаних досліджень рівня тривожності, пов'язаної з війною, та питання, які потребують якнайшвидшого вирішення щодо чинників ризику надмірного напруження, їх механізмів, наслідків і відповідних втручання.

Висновки

Оскільки глобальні конфлікти продовжують виникати в сучасному світі й перетинатися з іншими кризовими явищами, продовження досліджень їх впливу на психічне здоров'я людини матиме вирішальне значення для задоволення потреб постраждалих внаслідок війни. Хронічна тривожність, пов'язана з воєнними конфліктами, поширена в усьому світі серед цивільного населення, учасників бойових дій, медичних працівників, фахівців гуманітарних організацій, біженців і переміщених осіб, як підлітків, так і дорослих. Вона становить серйозну проблему в умовах російсько-української війни.

Сьогодні простежуються індивідуальні відмінності щодо рівня тривожності та стратегій її подолання, які поглиблюються соціально-економічними та політичними предикторами надмірного хвилювання, стану хронічної тривожності в умовах збройного конфлікту.

Підвищена тривожність, пов'язана з війною, має високий рівень коморбідності з депресією, порушеннями сну та ПТСР, що потенційно позначається на соматичному здоров'ї, спричиняючи довготривалі наслідки впродовж життя людини, яка зазнала травматичних подій, а й навіть для представників її наступних поколінь. Втручання на рівні громади та відповідні підходи із застосуванням інтернет-ресурсу й мобільних пристроїв також можуть стати в пригоді, щоб запобігти розвитку психічних розладів та зменшити їх наслідки.

Спираючись на отримані результати останніх досліджень, S.X. Zhang and L.Z. Li зауважують, що науковці та лікарі й надалі мають наполегливо працювати над розробкою економічно ефективних інтервенцій, які допоможуть зменшити рівень тривожності та поліпшити якість життя в представників вразливих груп населення.

Для майбутніх досліджень також дуже важливо оцінити нозологічну мережу цих категорій осіб. Попри обмеженість ресурсів у зонах збройного конфлікту, валідація наявних інструментів вивчення рівня тривожності може підвищити порівнянність і клінічну значущість отриманих результатів. Крім того, оскільки в більшості дослідженнях увага вчених була зосереджена на вивченні психічного стану населення України та Європи, необхідно порівняти, як війна позначається на рівні тривожності в інших країнах чи регіонах.

Підготувала Наталія Купко

ВІЙНА ЯК ПРОСТІР ДЛЯ ЖИТТЯ. Психоаналітичні рефлексії

Володимир Лагутін,
Українське психоаналітичне товариство, м. Дніпро

Загальноприйнято вважати, що війна залишає в людській душі помітний і передбачуваний слід. Це стосується не лише учасників бойових дій, а й так званого мирного населення. Йдеться про багаторазово описану комбінацію симптомів, що виникають у відповідь на складнощі та небезпеки війни та переважно збігаються з ознаками будь-якої хронічної травматизації. Якщо коротко, то до них належать інформаційна захопленість темою війни, марні спроби відгородитися від неї повсякденними справами і турботами, більш чи менш інтенсивні переживання страху, тривоги, злості, провини, сорому (Priebe et al., 2012).

А також негативні симптоми депресивного спектра: збіднення творчого начала, відчуття спустошеності, втрата інтересу до життя, зменшення цікавості та намагання дізнатися щось нове, що значно ускладнює набуття емоційного досвіду, внаслідок чого для «відчуття прожитого часу» характерна убогість або навіть порожнеча (Mogina, 2010; Kernberg, 2017). Колега, яка живе в одному місті зі мною і продовжує працювати «як до війни» у своєму кабінеті, так описала власний стан: «Втома, ненависть і бажання завмерти. Порожнє життя, безчасся».

Наявність зазначених симптомів та їх виразність є індивідуальними та залежать від багатьох суб'єктивних та об'єктивних чинників, але найчастіше в емоційних і поведінкових проявах «людини воєнного часу» їх можливо розпізнати. Переконливий зв'язок між травматичними властивостями війни та змістом описаних симптомів, підкріплений власним досвідом переживань, справляє враження зрозумілості та робить їх очікуваними, а їх поширеність створює враження обов'язковості.

Психоаналіз виявляє інтерес до різних аспектів травматичної ситуації. Акцентується увага на індивідуальних особливостях символічного проживання травматичних подій, на дослідженні ранньої взаємодії з материнським об'єктом і кореляціями дитячого досвіду з дезадаптивним впливом травми, характері та якості атакованих прихильностей (Garland, 2002; Klein, 1940; Rosenfeld, 1950; Fonagy et al., 2017).

Обширна література формує уявлення про багаторівневість впливу травми на психіку та виразну залежність наслідків від індивідуальних особливостей людини. Тому є підстави припустити, що ми можемо передбачити найімовірніший варіант реагування пацієнта на травмувальні обставини війни за умови, що для нас зрозумілі механізми функціонування його психіки.

Мотивом для написання цієї статті стало здивування. Власне, мене дуже вразила реакція на війну двох пацієнтів, які виявили життестійкість, що не відповідала

моєму розумінню характеру і глибини їхньої патології. Ніби уникнувши травматизації, вони продемонстрували підвищений рівень адаптивності та парадоксальну здатність справлятися з викликами воєнного часу. Життя в умовах напруження війни вдавалося їм не менш, а можливо, й більш повноцінно, ніж до війни.

За моїми очікуваннями, «довоєнна» симптоматика мала б приректи їх на суттєві труднощі в адаптації до екстремальних подій. Деякі продемонстровані ними риси здавалися несправедливо «присвоєними» або виниклими з нізвідки, що змусило мене визнати поверховість своїх діагностичних суджень. Несподівані стосунки цих пацієнтів із війною спонукали до нового знайомства з ними.

Далі я буду спиратися на клінічний матеріал двох багаторічних аналізів. Пацієнтка С. і пацієнт Б. звернулися до терапії відповідно п'ять і шість років тому зі скаргами на панічні атаки. Задовго до описуваних подій я об'єднав їх характеристикою «важкі пацієнти», оскільки обоє відчували труднощі в асоціюванні, символізації, а відповідно, і в опрацюванні сепараційних тривог і депресивних переживань. Вони вирізнялися нестійкою ідентичністю і насторожено-ворожим ставленням до світу. У роботі з ними я часто відчував себе неефективним. Я знаходив певну схожість у їхніх сімейних історіях, динаміці нашої взаємодії, у контрпереносних переживаннях. Моє ставлення до них як до пари остаточно сформувалося в перші місяці повномасштабної війни, оскільки динаміка обох виявилася для мене однаково несподіваною.

Перший рік аналізу С. могла приїжджати до кабінету лише в супроводі когось, зазвичай доньки-підлітка. У Б. панічними атаками передували нав'язливі думки про безглуздість життя, які «зводили його з розуму».

Втім, попри дуже помірний прогрес в аналізі, в обох пацієнтів спостерігалось помітне професійне зростання. С. послідовно робила скромну кар'єру в районній адміністрації, а Б. став керівником середньої ланки на великому приватному підприємстві. С. і Б. у схожий спосіб зосереджувалися на актуальних для них проблемах і турботах, ігноруючи виклики та спокуси великого світу. Високий інтелект та хороша освіта в обох поєднувалися з обмеженістю інтересів, без певних політичних уподобань і помітного патріотизму. Обоє зневажали складні процеси, що відбувалися у країні. Наприклад С., проходячи через сквер по дорозі до мого кабінету, де протягом кількох тижнів збиралося багато людей для політичних маніфестацій, широко висвітлюваних у засобах масової інформації, одного разу запитала: «Ви не знаєте, що там роблять ці люди?».

Було видно дитяче збентеження та повну неготовність прийняти надто складну реальність. Б змінював політичні партії, орієнтуючись на фінансову вигоду і протекцію в кар'єрному зростанні. Обоє визнавали значущість терапії, сприймаючи її як засіб профілактики панічних атак, хоча чіткого розуміння, як саме це допомагає, у пацієнтів не було. Тривалий час терапія використовувалася ними як ритуал, що забезпечував захист від панічних атак. Хоча я був важливою частиною цієї ритуальної конструкції, зокрема в перші роки аналізу я відчував себе знеособленим.

Здавалося, пацієнти не цікавилися мною, не коментували мій зовнішній вигляд чи настрої. Наприклад, зауваження на кшталт: «Сьогодні ви виглядаєте втомленим», — не з репертуару цих людей. С. заохочувала мене до монологів, тоді як Б. із задоволенням заповнював би увесь сеанс собою. Попри очевидну протилежність того, що відбувалося, в обох випадках уникався діалог як простір для формування прив'язаності. Іноді, нудьгуючи в одноманітному просторі повторюваних історій, я фантазував, що якби на моєму місці несподівано опинилася незнайома їм людина, вони не помітили б жодних змін.

Покращення самопочуття пацієнтів я пояснював собі атмосферою прийняття, що пом'якшувала сепараційну тривогу, безпосереднім підтримувальним впливом стабільного, високочастотного сеттінгу з його холдинг-функцією та, можливо, початком формування об'єктних відносин, менш нарцисично заряджених, ніж звичні (Winnicott, 2018).

Власне, проблеми із символізацією та обмеження в рефлексії гальмували повноцінне усвідомлення того, що відбувалося між нами. Довіра пацієнтів, що не вимагала підтверджень, виглядала природною складовою частиною ідеалізуючого переносу, що допомагав їм уникнути зіткнення з реальністю та власними складними переживаннями, насамперед з агресією.

Основою мого розуміння особливостей психічного функціонування С. і Б. було уявлення про їхню нарцисичну вразливість і крихкість. Я сприймав їхній обмежено функціональний, спрощений механізм взаємодії з реальністю загалом і зі мною зокрема як захисний кокон, сформований внаслідок ранньої травматизації, що приховує найуразливіші частини психіки. Через це емоційний та інтелектуальний складники нашого контакту виглядали набагато пласкішими, ніж міг би дозволити особистісний ресурс цих людей. Класичні уявлення про психічну оболонку як захисний бар'єр від надмірної стимуляції як зовнішніми, так і внутрішніми подразниками задовольняли мене як базова діагностична модель в обох випадках (Freud, 1920).

Така модель передбачала серйозні наслідки в разі руйнування захисних механізмів, які здавались мені досить уразливими і нездатними протистояти масивним травматичним впливам. Очікувалося актуалізація попередніх травм, оживлення «запечатаного в кишнях» болісного матеріалу (Levy, Lemna, 2012). Загострення початкової симптоматики С. після залишення її чоловіком підтверджувало моє уявлення про крихкість психічного благополуччя. Далі я коротко представляю історії С. і Б., простежуючи події до вторгнення агресора в Україну 24.02.22, на початку війни, у період гострого травматичного випадку та перших кроків «посттравматичного» життя.

Пацієнтка С.

Єдина дитина, що виросла без батька в атмосфері знецінення всього, що могло бути для неї важливим. Мати, яка вторгалася, переслідувала та вишукано провокувала почуття сорому, страху і провини, атакувала всі прояви автономії, креативності та сексуальності дівчинки. Дуже слухняна С. добре вчилася в школі, а згодом і у вибраному мамою інституті, але все одно залишалася «маминим розчаруванням».

Завжди й у всьому сумніваючись, боячись бажань, безжалісна до своєї зовнішності, соромлячись статусу «покинутої», С. і в аналізі залишалася старанною дитиною, яка усвідомлювала безнадійність зусиль у побудові відносин прийняття, не кажучи вже про любов.

У стосунках зі мною С. займала залежну позицію, вибудовуючи взаємодію на основі покірності, вини, страху, провокуючи моє по-батьківськи зверхнє ставлення опіки, наставництва і повчань. Вона не виявляла агресії та навіть мінімального незадоволення. Ховаючись та уникаючи відповідальності, С. була ефективною лише в обмеженому просторі професійних завдань. У цьому їй допомагало неухильне дотримання правил, старанність, акуратність і скрупульозність у стосунках із людьми.

Я припускав, що за емоційною одноманітністю С. ховається надлишок заборонених почуттів. У моїх переживаннях переважали нудьга і розчарування. Я пояснював це гіпертрофованістю материнської фігури в об'єктних стосунках пацієнтки, яка атакує все живе. Мені були потрібні вольові зусилля для підтримання мотивації до роботи. Іноді мені вдавалося розрядити атмосферу, але частіше в кабінеті панував настрій безжиттєвості й безнадійності, схожий на пустелю: монотонний голос, банальні, повторювані із сесії в сесію історії. Обов'язкове: «Мабуть, я вам страшенно набридла». І моє відчуття втоми та провини за невміння зрушити процес із мертвої точки.

На початок великої війни пацієнтка стала жвавішою і відкритішою, хоча періодично все ж провалювалася в колишній емоційний стан. Разом з обстрілами нашого міста додалася нова складність — мені стало важче відокремлювати безнадійність, зумовлену реальними загрозами, і контрпереносну, спроектовану пацієнткою.

Через кілька місяців після початку бойових дій С. виявила незвичну для себе активність, реалізуючи раніше стримувані бажання. Неочікувано для мене вона дозволила собі поїздку на вікенд до замського готелю, ініціювала офіційне розлучення із чоловіком і вирішила завести собаку. Найпарадоксальнішим вчинком, що заперечував реальність війни, стала покупка нової великої квартири та переїзд «подалі від мами» із заборонаю на її відвідування і припиненням усіх стосунків із нею.

Попри спокусу побачити в цьому ознаки позитивної динаміки, я розцінив події як прояв псевдосепарації. Було очевидно, що регресивні емоційні зв'язки з материнським об'єктом збереглися. С. ігнорувала те, що в покупці квартири були реалізовані материнські уявлення про цінності та життєвий успіх. Для матері, власниці кількох квартир, володіння житлом було універсальним способом підтвердження статусності, гарантією безпеки, інструментом маніпуляцій із близькими та домінуванням у стосунках. У придбанні нової квартири виявилось розщеплення

погляд на проблему

материнського образу на ту, що переслідує, та таку, що асоціювалася з простором безпеки й престижності. Пацієнтка намагалася ідентифікуватися з «безпечною» частиною матері, ізолюючи її від атакуючої частини. У терапії вона залишалася покірною і з колишньою млявою доброзичливістю приймала мої коментарі та інтерпретації. А у її сприйнятті я залишався позбавленим будь-яких якостей, які могли б завадити злиттю.

Під час сеансів неодноразово звучала сирена повітряної тривоги і одного разу досить близько від офісу пролунав вибух. Але він лише на кілька секунд відволік пацієнтку від переживань із приводу віддаленої перспективи материнської немочі, яка зобов'яже її бути доглядальницею. Внутрішня війна виявилася для С. актуальнішою та небезпечнішою, ніж справжня, у якій ніби не було нічого несподіваного. Звична експансивність, жорстокість, байдужість, від яких захищає засвоєна з дитинства стратегія виживання: відхід у себе, відмова від бажань, сором, страх і вина. Тоді як зі справжньою війною простіше — вона чесніша. Вона не приховує ненависті, не вдає любові та не вимагає її у відповідь. Війна — ідеальний простір для агресивних проєкцій, необмежених виною та страхом покарання.

Одного разу С. пропустила сеанс, попередивши мене за 15 хвилин до початку, що не зможе прийти, оскільки в її будинок влучила ракета, і вона мала багато проблем, пов'язаних із цим. Говорила С. спокійним рівним голосом: «Не хвилюйтеся, у мене все гаразд. Нас із донькою вдома не було. Завтра буду на сеансі». На той момент я знав про чергове влучання ракети в багатоповерховий будинок, бачив фото в інтернеті і, як усі, стежив за повідомленнями про загиблих і тих, кого витягли з-під завалів. Повідомлення С. про те, що її будинок постраждав, викликало в мене інтенсивні переживання, серед яких подив не був основним. Лише кілька годин потому я усвідомив, наскільки тон пацієнтки не відповідав моїм очікуванням. Її «У мене все добре» виглядало як маніакальне заперечення щойно пережитої смертельної загрози та катастрофічності ситуації загалом.

Сюрприз чекав на мене і наступного дня: усміхнена С., сповнена оптимізму та планів. Вони з донькою поселилися в одній із маминих квартир, і ворожість до матері розчинилася в клопотах побутових проблем. Мати взагалі зникла з переживань С., здавалося, цей раніше домінуючий у її асоціаціях персонаж більше не мав значення для її емоційного благополуччя. С. виглядала не жертвою, а переможницею. Вона стала впевненішою і дорослішою, ніж за два дні до цього.

Я не знаходив очевидних ознак маніакальності, відзначаючи логічність і зрілість її планів. Начебто вона відчула себе досить дорослою для контролю над тим, що ще двома днями раніше залишала в підпорядкуванні мамі. Раптом виявилось, що велика і незатишна квартира не мала цінності. Пацієнтка відчувала себе в ній самотньою та нещасною. Квартира, із якої було вигнано експансивну матір, не стала територією безпеки та спокою. Навпаки, у цьому просторі актуалізувався вбивчий виворот материнської «турботи»: світ депривації та самотності. Удар ракети — подія, що виглядала трагічною, виявилася наповненою символічним оптимістичним змістом.

Мій емпатичний відгук на втрату пацієнткою дому був зумовлений упевненістю в її повній ідентифікації з ним. Виявилось, що в цій ситуації вона більшою мірою ідентифікована із силою, яка атакує квартиру як материнську презентацію, руйнуючи задушливий світ материнських цінностей. Ракета — проєкція, адресованої матері агресії.

«Якщо мама не приховує свого бажання вбити мене, то і я маю право не приховувати свого наміру відповісти тим самим», — таку конструкцію могло б побудувати не-свідомий потяг пацієнтки, позбавлений війною заборон.

Втрата квартири дала право на більш відкриту комунікацію і більший ступінь автономії. Стало менше сорому. Пацієнтка ніби повідомляла мені: «Я така сама, як ви, я гідна вашої уваги. Я, як усі». У перенесенні я перестав бути матір'ю, яка зобов'язана переживати провину і безпорадність. Пацієнтка стала цікавою. Почуття свободи — головне переживання із цього періоду.

Приблизно через місяць у переживаннях пацієнтки з'явилися відлуння колишніх проблем. До сновидінь повернулися мотиви примусу та страху, в асоціації — розгубленість і безпорадність. Відновилися питання та прохання дати пораду. Мене начебто знову затягували у батьківську роль супротивника сепарації. Втрата квартири набувала контурів травматичної ситуації з депресивними переживаннями власної неспроможності. Моя стримана присутність почала зумовлювати хворобливі почуття: «Поки не прийшла до вас, усе було добре».

Щоразу вона відчувала біль від «дотиків» до різних аспектів її життя, що витіснялися за межами мого кабінету. Це були добре знайомі довоєнні мотиви з однією істотною відмінністю: мені не було нудно. Я сердився, співчував, ображався, але не нудьгував. Ми стали живими людьми.

Процес поступового проживання нещастя, що спіткало її, триває досі та може бути початком руху по шляху набуття власного досвіду відносин зі світом і відділення від матері. Неминуче питання, відповідь на яке шукають люди, які перенесли травму: «Я зробила це чи це зробили зі мною?», виявлялося в чергуванні почуття провини та гніву на мою адресу, війни, матері, неповороткої влади. Їй було дуже складно розрізнити досвід всемогутності та травму як об'єктивну подію» (Shabad, 1993).

На користь позитивної динаміки свідчать деякі особливості, що відрізняють пацієнтку від колишньої С. Зокрема, вона відмовилася перенести на моє прохання зустріч на інший день, хоча її робочий графік цілком дозволяв це. Гнівні інтонації переконали мене в тому, що така відмова була зумовлена необ'єктивними причинами. Її агресію я розцінив як спробу опору матері.

Другий епізод — прийняття моєї інтерпретації, яка дала потім пацієнтці матеріал для міркувань на кількох сеансах. Коментуючи її скаргу на втому та почуття провини через нездатність вирішити безліч проблем, я зазначив: «Ви начебто злякалися того, що почали собі дозволяти. Занадто багато самостійності. Ви можете бути покарані». Після цього сеансу наснилися два сні, що прояснюють поточні стосунки з материнським об'єктом.

У першому випадку пацієнтка мала перебувати поруч зі шкатулкою, у якій лежав невеликий, «як пупсик», труп матері. А в другому — страшна, «як у фільмах жахів», стара, яка чіплялася за руку, але С. скидає її в проліт

гвинтових сходів. Реакція С. на сні мене втішила: «Усе змістилося у бік життя», — сказала вона. І продовжила: «Мати активна, дістає лікарів, могу за неї не боятися. Її квартири переслідували мене все життя».

З'явився розуміння моїх давніх інтервенцій щодо продовження її стосунків із матір'ю у взаємодії із дочкою. Її свіжа гіпотеза: «Може, дочка спеціально нещасна для мене? Адже я завжди показувала матері лише свій нещасний бік». Вона ніби «видає» із себе матір, по крихтах знаходячи окремість.

Пацієнт Б.

Конкурент старшої сестри та батька за увагу матері. Почувався переможцем у цьому змаганні, позаяк відрізнявся особливою чутливістю до нарцисичних потреб матері та інших членів сім'ї. Батьками стимулювалися і наповнювалися лібідинозним змістом обсессивна старанність Б., вміння перейматися інтересами матері, здатність бути незамінним і вміння «все схоплювати на льоту». Внаслідок цього ці якості стали важливою частиною його ідентичності. Свідченням успіху Б. у вирішенні завдання емоційного виживання була реакція матері: «Ти найкращий у світі». Відповідно, відсутність бажаного зворотного зв'язку була сигналом небезпеки та приводом для більшої активності. Адаптація Б. у дорослому житті багато в чому визначалася прагненням досягати прихильності емоційно холодної матері, що забезпечувало йому короткостроковий успіх у досягненні значних цілей, але прирікало на безперервні та безуспішні зусилля у боротьбі за збереження позиції «найкращого». Дефіцитарність функції символізації компенсувалася, мабуть, прагненням Б. проявляти себе в надмірній діяльності (Gatjen-Rund, 2015). Для Б. це були переважно збавлення і конкуренція. В історіях, що розповідав пацієнт, він виглядав недооціненим, часто переживав себе жертвою садистичних партнерів. Сімейне життя також було джерелом страждань і розчарувань.

Б. демонстрував захопленість аналізом, не раз повідомляв про свою переконаність у тому, що він чудово справляється із завданнями терапії. Малося на увазі, що я повинен відчувати гордість через його успіхи. Не помічаючи мого розчарування поверховістю аналітичного процесу, Б. намагався втягнути мене у переживання винятковості нашої пари. Як докази ефективності аналізу він наводив приклади «успішного» маніпулятивного використання аналітичного розуміння у відносинах із партнерами та конкурентами в професійній діяльності.

Разом із початком війни прийшло те, чого пацієнт так довго домагався від мене — захоплення та гордість у зв'язку з його успіхами. Його підприємство працювало на оборону, а він виявився більше за інших готовим до викликів воєнного часу. Б. з ентузіазмом хапався за будь-яку можливість продемонструвати ефективність, що, до речі, припала на час найбільшої розгубленості та невизначеності перших місяців війни. Атмосфера адресованих йому надочікувань виявилася звичною. Б. талановито відповідав і на мій запит, опинившись поза конкуренцією з багатьма пацієнтами, які важко адаптувалися до умов війни. Розповіді Б. про діяльність, спрямовану на допомогу армії, винахідливість під час вирішення найскладніших і дуже

відповідальних завдань, його наполегливість і самовідданість часто змушували мене забути про аналіз.

Як і С., пацієнт реагував на материнські властивості військової реальності, але виділяв у ній не загрозливі, а стимулюючі й обіцяючі нагороду сигнали. Актуалізувався досвід виживання, що спирається на незрілий механізм злиття з нарцисичним, «не досить хорошим» материнським об'єктом.

Власне, я слухав, захоплювався і пишався. Мої тривоги, зумовлені війною, на час сеансу відступали. Я був аналітиком кращого у світі пацієнта, а його життя, як ніколи, було наповнене змістом і переживанням власної значущості. Війна змодельовала звичний світ, у якому він умів заслуговувати у символічній матері право на кохання. Ми утворили всемогутню пару. Згадуючи необхідність рефлексії з приводу контрпереносу, я ставив собі питання: «Те, що відчуваю я, те, що було обіцяно мамі, щоб ніщо у світі не змогло відволікти її від улюбленого Б.?».

Поворотний момент історії Б. — несправедливе і нічим не виправдане позбавлення його посади. Я думаю, ця подія за значущістю для нього була порівнянна з потраплянням ракети в будинок С. В інтерпретації пацієнта звільнення стало результатом нечесної конкуренції, низки зрад і корумпованості людей, на чію підтримку Б. розраховував.

Як і в разі втрати домівки пацієнткою, ця ситуація викликала мій інтенсивний емоційний відгук. Я очікував на рецидив панічних атак, що здавалося обґрунтованим, оскільки «універсальна» стратегія виживання знову зрадливо підвела Б. Із позиції найкращого й коханого він скотився до стану відкинутого та знеціненого. Пацієнт відмовився від компромісів із його кривдниками, відкинув пропозиції менш значних посад, які не наділяли його свободою рішень і важелями влади.

Насправді це був драматичний момент, що містив загрозу загострення страху смерті та інших симптомів обсессивно-компульсивного кола. Дуже нетривалий час пацієнт рухався в цьому напрямі, але потім симптоматика розчинилася у відновленні активності, спрямованої цього разу на боротьбу з ТЦК. Замість емоційного зриву я одержав бійця. Справа в тому, що разом із втратою посади Б. втратив право на звільнення від військової служби, надане йому у зв'язку зі співпрацею його підприємства з армією.

Мені здавалося, що ймовірність його мобілізації була мінімальною, оскільки дія броні тривала ще декілька місяців, а вік Б. наближався до 57 років. Але Б. стимулював власну яву, намагаючись переконати себе і мене в тому, що його життю загрожує небезпека. Його зусилля виглядали спробою змодельовати знайому ситуацію виживання, щоб, спираючись на ресурс страху, дозволити собі активний захист. Разом із втратою посади він був позбавлений колишніх важелів контролю реальності, що лякало і спричиняло злість. Мою нейтральність він розцінював як осуд і вперше за час аналізу дозволив відкрите роздратування на мою адресу. Крім того, з'явилися моменти запізнення та пропусків. Пацієнт не приховував розчарування можливостями аналізу, нездатного врятувати його від війни. Усе виглядало так, ніби він перейшов на ще більш регресивний рівень захисту від страху смерті, більш прямолінійний і менш маніпулятивний.

Він сам ініціював проходження військово-медичної комісії для того, щоб довести свою непридатність до військової служби. Підставою стала наявність хронічного захворювання, що періодично загострювалося і раніше ігнорувалося пацієнтом. Досі в конфліктних ситуаціях він вигравав завдяки дипломатичності та комунікативній гнучкості. У боротьбі з ТЦК він уперше дозволив собі неприкрити ворожість, ставши наполегливим і непримиреним: «я вступив у нерівний бій», «зворотної дороги немає...» Виявляв агресію, що ховалася за чарівливістю та еластичністю фальшивого Селф.

Яскраві симптоми загострення соматичного захворювання виглядали органічною частиною агресивної стратегії виживання. З одного боку, пацієнт ставився до них як до інструменту вирішення завдання, що стоїть перед ним, а з іншого — він усе більше зливався з ними, переживаючи захворювання як головний складник його ідентичності. До речі, хвороба почала дуже прогресувати, що призвело до термінової госпіталізації Б., який із гордістю ніс прапор невиліковно хворого, «втираючи ніс» усім, хто «хотів його смерті», не помічаючи протиприродності боротьби за життя за допомогою хвороби, що вбиває його. Він ніби говорив: «Моє тіло вам не дістанеться. Ви нічого не отримаєте!».

У зв'язку з небезпекою ускладнень йому було запропоновано операцію, від якої пацієнт відмовився, думаючи, що в разі її успіху він не зможе отримати звільнення від мобілізації. На поверхні цієї ситуації: контекст війни переформатує співвідношення загроз. Загибель у бою набагато реальніша і невідворотніша, ніж смерть в умовах миру, яка відстрочена в часі. Пацієнт виглядає цілком раціональним: він уникає більшої небезпеки, затулившись меншою.

Але в найближчому розгляді стає очевидним, що в цій вибірковості загроз головним для Б. є не порівняльний аналіз ризиків, а домінування фантазії про всемогутню матір. Зовнішній загрози протиставляється хвороба, не менш небезпечна, ніж війна, що сприймається Б. як рятівні обійми матері. У моїх переживаннях мати Б. егоїстична, безжальна і ненаситна, у його — та, що гарантує перевагу над ворогами і невразливість.

Материнська постать за воєнного часу набула монолітності та однозначності. Присвоєння нарцисичною матір'ю права на його життя переживалося Б. як вияв щирого кохання, тоді як зумовлена цим смерть його справжнього «Я» і підміна його хибним виглядала моєю непереконливою і неактуальною фантазією. Пацієнт виглядав безпорадним і розгубленим щоразу, коли не зустрічав захоплення та підтримки, реагуючи на мої інтервенції роздратуванням і запізненнями.

Якщо раніше пацієнт спокушав мене своєю винятковістю, підштовхуючи до захопленого злиття, зараз він розчинявся у хворобі, створюючи з нею нероз'ємну пару, виштовхуючи мене зі стосунків, як раніше батька чи сестру.

На одному із сеансів я згадав питання 6-річного сина однієї з пацієнок: «Мамо, коли мене прийдуть забирати на війну, ти зможеш мене обійняти міцно, так, щоб ніхто не зміг мене відірвати від тебе? Вони розгубляться і підуть. Це так?». Взаємні обійми Б. та хвороби виглядали нерозривними. Хвороба робила його невразливим,

як у дитинстві материнська любов. Ці обійми не виглядали ніжними, я сприймав їх, скоріше, як хватку чіпких лап. Напевно, ця ситуація могла б бути ілюстрацією ідеї Розенфельда про ідеалізацію деструктивної частини самості, що бере на себе контроль над менш сильними ідентифікаціями (Rosenfeld, 2003).

Б. проявляв себе продовженням руйнуючої його частини самості, яка найбільшою мірою відповідала запиту матері на винятковість за всяку ціну. Ситуація спричинила суперечливі почуття. Мені було важко інтерпретувати переживання пацієнта, оскільки я не міг відповісти на запитання: як могла б виглядати відмова від материнських обіймів? Чи було б за цим виконання громадянського та чоловічого обов'язку? Як би виживав Б. в умовах війни, якби відмовився платити будь-яку ціну за триумфальне злиття з материнським об'єктом?

Його боротьба триває. Еластичний інструмент спокуси виявився незатребуваним, але Б. атакує рамки, правила, субординацію. Він нехтує думкою про себе, не дбає про репутацію. Ідентифікувавшись із хворобою, він перебуває в ладі із самим собою, в егосинтонній позиції, сприймаючи зовнішній світ як поле бою. Усі сили були кинуті на зміцнення материнських обіймів, у яких Б. готовий померти.

Висновки

На одному з недавніх сеансів інший мій пацієнт побіжно згадав, що бойові дії наближаються до місць, де пройшло його дитинство. Я зазначив, що серед його нечастих згадок про війну досі не звучав мотив можливого знищення рідного для нього міста. Він відповів: «Непідіймна тема. Я можу наговорити купу слів, але все це буде не те».

Мій опір написанню тексту про війну виглядав схожим: передчуття непідіймості теми і побоювання зрештою написати «не про те». Щоб писати «про те», слід відмовитися від спекуляцій на темі війни або від того, що внутрішній цензор розцінює як спекуляцію, обмеживши себе виключно аналітичною позицією «ззовні».

Але в цьому випадку провалюється в переживання несправжності іншого роду: марність старань бути вдумливим і стриманим дослідником у ситуації, коли сам перебуваєш усередині травматичної ситуації, у якій важко міркувати і хочеться кричати. Обставина, що неминуче позначається на процесі народження тексту, напевно, і на кінцевому результаті: самі слова стають чинником, що травмує, оскільки їх написання жорстко стикається з переживаннями, яких хотілося б уникнути.

Війна — не найкращий час для психоаналізу. Бути аналітиком воєнного часу загалом не просто, але особливо складно з тими пацієнтами, чия психопатологія виявляється конгруентною викликам війни. Досвід ранніх відносин, що дезадаптував їх у мирний час, раптом виявляється затребуваним в умовах виживання. Ще одне джерело опору — контрперенесення, що підштовхує терапевта до уникнення дослідження тих властивостей пацієнта, які здаються корисними для виживання. Один із них так відреагував на мою інтерпретацію: «Ви хочете, щоб я відмовився від фантазій заради розуміння? У вас нічого не вийде. З одним розумінням просто не виживу. Як вижити під час війни з одним розумінням?».

Навіть якщо ситуація, у якій перебуває пацієнт, не є екстремальною і дає змогу нам перебувати в позиції дослідника, спільний із пацієнтом досвід війни втручається у вигляді емоційного резонансу. Простір емпатії розширюється, а аналізу зменшується. Докладніше про це я писав раніше (Lagutin, 2022; Lagutin, 2024).

Тому аналітичні відносини можуть підмінитися псевдокомунікацією — реалізацією потреби пацієнта у комплексному афекті (Shabad, 1993). Крім того, може виникнути переживання недоречності та марності того, що відбувається в кабінеті.

В умовах війни складно адекватно оцінити можливості наших стосунків, того психоаналітичного простору, що вдалося вибудувати разом із пацієнтами. Особисто мене в цьому випадку обнадіюють слова Розенфельда, що складні обставини не можуть зупинити пошук хорошої матері у внутрішньому світі аналітика. Якщо пошук увінчається успіхом, пацієнт зможе не тільки прожити травматичні обставини, але й інтегрувати цей досвід без відщеплення (Rosenfeld, 2003).

Життя у відносно віддаленому від фронту місті під час великої війни має свою специфіку: нетривалі явні загрози, що чергуються з періодами звичайного життя, що порушуються лише кілька разів на добу сиренами повітряної тривоги. Або навпаки: мирне життя, яке спокушає всіма його можливостями, але з прихованим відчуттям розчиненої в повітрі смертельної загрози, переживанням, від якого все ж таки можна відмахнутися. Потім — вибухи, смертельна небезпека, як правило, різка та несподівана. Ракетні і дроніві атаки, що ніби оголюють справжній зміст того, що ще хвилину тому здавалося доброзичливим.

Для деяких пацієнтів у цих властивостях «міри війни» є щось дуже впізнаване, що може бути тригером для включення механізмів виживання, сформованих у ранньому дитинстві. Причому сформованих в умовах, практично ідентичних воєнному часу: виживання у світі об'єктів, що приховують загрозу за доброзичливістю, агресію — за імітацією любові.

Війна — простір для відігрань. Створюються умови, що сприяють актуалізації тих несвідомих конфліктів, які співзвучні багатогранному світу війни. При цьому для мене залишається актуальним питання: чи стимулює війна появу в душевному житті пацієнтів чогось нового, раніше їм не властивого, або все, що мене дивувало — непрожите, невідрефлексоване старе, що відгукнулося на запрошення війни.

Тобто пацієнти, про яких йшлося у статті, змогли краще за багатьох адаптуватися до умов війни. Вони ніби нічого не втратили, а навпаки, відкрили нові можливості. Приклади таких можливостей: купівля квартири С. та вражаюча ефективність Б. в організації виробництва. Обидва зустріли війну як хорошу знайому, знайшовши у своєму ранньому досвіді об'єктних відносин точки опори задля виживання в ній.

Досвід виживання, що спирається на незрілі механізми пристосування до нарцисичних, «не досить гарних» материнських об'єктів. Їхній оптимізм різко контрастував із моїм способом адаптації до умов війни. Зміни в мені позначились у терапії у вигляді більшого співпереживання та меншої аналітичності. Це раніше за мене відчули

пацієнти, відгукнувшись активізацією материнського перенесення.

Для Б. в умовах війни небезпеки сепарації знайшли дуже конкретний, позбавлений символізму зміст — це смерть. Тому він захищається злиттям, використовуючи хворобу, яка не є небезпечною для нього, позаяк саме злиття обіцяє безсмертя. Для С., навпаки, війна об'єктивізує страшні фантазії про поглинання і допомагає протистояти їм, послаблюючи почуття провини. Внутрішній світ пацієнтки переповнений атакуючими об'єктами, війна дозволила проєктувати їх назовні.

Удар ракетою — це можливість спостерігати втілену в життя фантазію про звільнення від материнського об'єкта. На відміну від звичайних обставин із повним правом на торжество та безкарність. Тож усі мої міркування — лише спроба пояснити собі те, що здавалося несподіваним і незрозумілим.

Як наслідок, багато що пояснено, але залишається і впевненість, що пацієнти, які перебувають у хронічно складних обставинах, усе одно будуть дивувати нас несподіваними поворотами душевного життя.

Література

1. De Jong J.T., Komproe I.H., Van Ommeren M. Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*. 2003. Vol. 361, № 9375. P. 2128–2130.
2. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L. Affect regulation, mentalization and the development of the self. *Routledge*. 2018.
3. Freud S. Beyond the pleasure principle. London, 1920.
4. Garland C. Understanding trauma: A psychoanalytical approach, 2018.
5. Gatjen-Rund A. Kindeskind aus Krieg und Flucht. *Kinderanalyse*. 2015. Vol. 23, № 2. P. 151–170.
6. Kernberg O.F. The destruction of time in pathological narcissism. *Cliniques*. 2017. Vol. 14, № 2. P. 32–52.
7. Klein M. Mourning and its relation to manic-depressive states. *Death: Interpretations*. New York: Dell Publishing Co, 1969. P. 237–267.
8. Lagutin V. Diferentes Tonalidades Del Negro. *Temas De Psicoanalisis*. 2022. Vol. 25.
9. Lagutin V. When the Setting Is Bursting at the Seams: The Survival of a Psychoanalytic Dyad During War. *Psychoanalytic Inquiry*. 2024. P. 1–10.
10. Levy S., Lemma A. The perversion of loss: Psychoanalytic perspectives on trauma. *Routledge*. 2012.
11. Morina N., Rudari V., Bleichhardt G., Prigerson H.G. Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder among bereaved Kosovar civilian war survivors: a preliminary investigation. *International Journal of Social Psychiatry*. 2010. Vol. 56, № 3. P. 288–297.
12. Priebe S., Jankovic Gavriloic J., Bremner S. et al. Psychological symptoms as long-term consequences of war experiences. *Psychopathology*. 2012. Vol. 46, № 1. P. 45–54.
13. Rosenfeld H. Note on the psychopathology of confusional states in chronic schizophrenias. *The International Journal of Psycho-Analysis*. 1950. Vol. 31. P. 132.
14. Rosenfeld H. Impasse and interpretation: Therapeutic and anti-therapeutic factors in the psychoanalytic treatment of psychotic, borderline, and neurotic patients. *Routledge*. 2003.
15. Shabad P. Paradox and the repetitive search for the real reply to Ghent, Lachmann, and Russell. *Psychoanalytic Dialogues*. 1993. Vol. 3, № 4. P. 523–533.
16. Winnicott D.W. The maturational processes and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development. *Routledge*. 2018.

ВЕДЕННЯ ПАЦІЄНТІВ із посттравматичним стресовим розладом

Посттравматичний стресовий розлад — це хронічне порушення психічного стану після травмувальної події. Ризик розвитку цього розладу особливо високий у військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, та цивільних, які живуть в умовах війни та піддаються впливу постійного стресу. Фахівці Міністерства у справах ветеранів США (VA) та Міністерства оборони США (DoD) поставили собі за мету — оновити настанови щодо діагностики, профілактики та лікування осіб із посттравматичним стресовим розладом, створену 2017 р. До вашої уваги представлено огляд основних положень цього документа, викладених у публікації P.P. Schnurr et al. «The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline» видання *Ann Intern Med* (2024 Mar; 177 [3]: 363–374).

Майже сім із десяти дорослих у США протягом свого життя переживають травматичну подію, як-от сексуальне або фізичне насильство, перебування в зоні бойових дій, серйозний нещасний випадок або катастрофа (Goldstein et al., 2016). Це може призвести до суттєвих проблем, зокрема до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) — стану, симптоми якого тривають понад місяць після впливу та зумовлюють клінічно значущий дистрес або функціональні порушення. Гострий стресовий розлад (ГСР) може виникнути протягом перших 30 днів після травматичного впливу. Особи, для яких травмувальний вплив пов'язаний із родом діяльності, наприклад військовослужбовці, що брали участь у бойових діях, мають підвищений ризик розвитку як ГСР, так і ПТСР. Втім, і серед цивільного населення США поширеність ПТСР протягом життя становить 4 % для чоловіків і 8 % для жінок (Goldstein et al., 2016).

P.P. Schnurr et al. проаналізували переглянуту настанову Міністерства у справах ветеранів США (VA) та Міністерства оборони США (DoD) щодо лікування ПТСР та розладів спектра аутизму (РСА) (VA/DoD, 2023), зосередивши увагу на методах оцінювання стану пацієнта та лікування, для яких достатньо доказових даних, щоб розробити рекомендацію «за» або «проти». Основою для цієї настанови став огляд даних з опублікованих у період з 01.01.2016 року по 01.05.2022 року в базах даних Embase, Medline, PubMed, PsycInfo англійських статей із результатами досліджень, серед учасників яких принаймні 80 % мали діагноз ПТСР, а спостереження тривало щонайменше протягом місяця (загалом було проаналізовано 141 публікацію). Укладачі оновленої настанови керувалися відповідними принципами

системи градації якості аналізу, розробки та оцінювання рекомендацій (GRADE) (Guyatt et al., 2008).

Силу та пріоритетність кожної рекомендації визначали за достовірністю якості наявних доказів; балансом бажаних і небажаних результатів; важливістю для пацієнтів та їх вподобаннями; іншими аспектами, що передбачають потенційні наслідки або впливи. За системою GRADE встановлено силу рекомендацій (сильні або слабкі), а також їх спрямованість («за», «проти», «ні за», «ні проти» — останній варіант означає, що немає достатньої кількості доказів, щоб дати рекомендацію «за» або «проти»).

Для кожної рекомендації зазначено категорію, що стосується її перегляду: переглянута (нова / додана, нова / замінена, незмінена, змінена чи видалена) або не переглянутою (не змінена, не доповнена, не видалена).

Діагностика, профілактика та вибір підходу до лікування ПТСР

Рекомендації щодо діагностування, профілактики та вибору підходу до лікування ПТСР наведено в таблиці 1. Відповідно до клінічної настанови, запропоновано виконувати скринінг на ПТСР за допомогою 5-пунктового інструменту, розробленого для виявлення осіб із ймовірним ПТСР у закладах первинної медичної допомоги (PC-PTSD-5) на основі критеріїв Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'ятого видання (DSM-5) (Prins et al., 2016; Bovin et al., 2021).

Діагноз ПТСР пропонується встановлювати за результатами структурованого інтерв'ю, яке здійснює клініцист за допомогою розробленої на основі критеріїв DSM-5 валідованої клінічної шкали для встановлення

Таблиця 1. Діагностування, профілактика та вибір підходу до лікування пацієнтів із ПТСП

№	Рекомендація	Сила	Категорія
Оцінювання стану пацієнта й діагностування ПТСП			
1	Для скринінгу на ПТСП використовуйте 5-пунктовий інструмент, розроблений для виявлення осіб з імовірним ПТСП у закладах первинної медичної допомоги (PC-PTSD-5)	Слабка, «за»	Переглянута, нова / замінена
2	Для підтвердження діагнозу ПТСП використовуйте валідоване структуроване інтерв'ю, як-от CAPS-5 або PSSI-5, проведене клініцистом	Слабка, «за»	Переглянута, нова / замінена
3	Для виявлення змін тяжкості симптомів ПТСП із часом використовуйте валідований інструмент, як-от PCL-5, або структуроване інтерв'ю, яке проводить клініцист, як-от CAPS-5	Слабка, «за»	Переглянута, нова / замінена
Вибір підходу до профілактики ПТСП			
4	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати застосування безпосередньо після перенесення травми психо- чи фармакотерапії для профілактики ПТСП	Ні «за», ні «проти»	Не переглянута, внесені зміни
Підходи, рекомендовані для профілактики ПТСП			
5	Для профілактики ПТСП у пацієнтів із діагнозом «гострий стресовий розлад» застосовуйте когнітивно-поведінкову психотерапію, орієнтовану на травму	Слабка, «за»	Переглянута, нова / замінена
6	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати застосування фармакотерапії для профілактики ПТСП у пацієнтів із діагнозом гострої реакції на стрес / розладу спектра аутизму	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
Вибір підходу до лікування пацієнтів із ПТСП			
7	Застосовуйте для лікування осіб із ПТСП методи індивідуалізованої психотерапії, як-от когнітивно-процесингова терапія, EMDR або терапія пролонгованою експозицією, замість фармакологічних втручань	Сильна, «за»	Переглянута, нова / замінена

Примітки: ПТСП — посттравматичний стресовий розлад; CAPS-5 — клінічна шкала для діагностування ПТСП, що базується на критеріях DSM-5; PCL-5 — інструмент для самооцінювання симптомів ПТСП згідно з критеріями DSM-5; PSSI-5 — шкала для самооцінювання симптомів ПТСП відповідно до критеріїв DSM-5; EMDR — метод десенсибілізації та репроцесуалізації (опрацювання травми) за допомогою рухів очей.

Адаптовано згідно з P.P. Schnurr et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2024 Mar. Vol. 177, № 3. P. 363–374.

цього розладу (CAPS-5) або шкали для самооцінювання симптомів ПТСП відповідно до критеріїв DSM-5 (PSSI-5) (Weathers et al., 2018; Foa et al., 2016). Підтверджено належну конвергентну валідність між загальними показниками за PSSI-5 і CAPS-5 та помірну відповідність між діагнозами, визначеними на підставі даних цих двох інструментів (Foa et al., 2016).

Користь застосування інтерв'ю, яке проводить клініцист, переважала потенційну шкоду. Хоча деякі пацієнти можуть відчувати певний дистрес, у разі прохання інтерв'юера описати власні травматичні події та пов'язані з ними симптоми. Втім, важливість встановлення достовірного діагнозу для планування лікування зазвичай переважає цей ризик. Проведення структурованих інтерв'ю може бути доволі ресурсомістким, а також потребувати спеціалізованої підготовки й компетенції клініциста, що не завжди можливо в певних клінічних умовах. Оцінювання рівня змін симптомів рекомендовано виконувати за допомогою інструменту для самооцінювання ознак ПТСП відповідно до критеріїв DSM-5 (PCL-5) або CAPS-5, валідованих на підставі даних досліджень за участю ветеранів (Bovin et al., 2016; Weathers et al., 2018; Lee et al., 2022; Marx et al., 2022).

Важливим етапом є профілактика ПТСП, оскільки військовослужбовці та ветерани можуть стикатися не лише з бойовими діями, але й з іншими травматичними подіями. Хоча нині бракує доказів, щоб рекомендувати для запобігання ПТСП використання психо- або фармакотерапії безпосередньо після травми. Недостатньо також даних, щоб рекомендувати застосування фармакотерапії для запобігання ПТСП у пацієнтів із ПСА, натомість

рекомендовано використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), орієнтованої на травму (Bisson et al., 2021).

Для лікування пацієнтів із ПТСП рекомендовано як методи психотерапії, так і медикаментозне лікування. За доступності обох підходів рекомендовано віддавати перевагу психотерапії (Watts et al., 2013; Lee et al., 2016; Merz et al., 2019). Ризики побічних ефектів, як правило, виникають за фармакологічного лікування, ніж за психотерапії (VA/DoD, 2023). Позитивний вплив медикаментозного лікування часто зменшується із часом і втрачається після скасування лікарських засобів (Lee et al., 2016).

Використання психотерапії порівняно з медикаментозним лікуванням дещо переважає потенційну шкоду, що вважається мінімальною. Більшість пацієнтів із ПТСП, як правило, віддають перевагу психотерапевтичним втручанням над фармакотерапією (Watts et al., 2015; Simiola et al., 2015; Swift et al., 2017; Zoellner et al., 2019).

Методи психотерапії для пацієнтів із ПТСП

У таблиці 2 наведено рекомендації щодо застосування психотерапевтичних підходів для лікування осіб із ПТСП. Зокрема, створено сильну рекомендацію щодо застосування трьох методів травмоорієнтованої психотерапії: когнітивно-процесингової терапії, десенсибілізації та репроцесуалізації (опрацювання травми) за допомогою рухів очей (EMDR), терапії пролонгованою експозицією (Jonas et al., 2013; Cusack et al., 2016; Morina et al., 2021; Jericho et al., 2022; McLean et al., 2022). Існують певні обмеження щодо інших підходів, проте згідно зі слабкою рекомендацією їх також можливо застосовувати.

Таблиця 2. Методи психотерапії для лікування пацієнтів із ПТСР

№	Рекомендація	Сила	Категорія
8	Застосовуйте такі індивідуалізовані, основані на посібниках, травмоорієнтовані методи психотерапії для лікування ПТСР, як когнітивно-процесингова терапія, EMDR або терапія пролонгованою експозицією	Сильна, «за»	Переглянута, нова / замінена
9	Пропонується застосовувати такі індивідуалізовані, основані на посібниках методи психотерапії для лікування ПТСР, як когнітивна терапія Елерса; психотерапія, зосереджена на поточних проблемах; письмова експозиційна терапія	Слабка, «за»	Переглянута, нова / замінена
10	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати для лікування осіб із ПТСР такі індивідуалізовані методи психотерапії, як терапія прискороного вирішення проблеми, адаптивне розкриття, терапія прийняття та зобов'язання, короткий курс еклектичної психотерапії, діалектична поведінкова терапія, техніки емоційної свободи, терапія наслідків скоєного вбивства, міжособистісна психотерапія, нарративна експозиційна терапія, терапія пролонгованою експозицією в межах первинної медичної допомоги, психодинамічна терапія, психоосвіта, реконсолідація травматичних спогадів, терапія пошуку безпеки, тренінг зі «щеплення від стресу», тренінг навичок афективної та міжособистісної регуляції (зокрема, у межах первинної медичної допомоги), підтримувальне консультування, терапія мисленнєвого поля, травма-інформована допомога в зниженні почуття провини	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
11	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати використання окремих компонентів протоколів психотерапії, основаної на посібниках, замість / на додаток до повного протоколу терапії для лікування пацієнтів із ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, не змінена
12	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати використання будь-якого методу групової терапії, основаної на посібниках, для лікування пацієнтів із ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
13	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати використання групової терапії як доповнення до основного лікування осіб із ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
14	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати використання для лікування ПТСР методів парної терапії, як-от сімейна поведінкова терапія, терапія зі структурованим підходом або спільна когнітивно-поведінкова терапія	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, не змінена

Примітки: ПТСР — посттравматичний стресовий розлад; EMDR – метод десенсибілізації та репроцесуалізації (опрацювання травми) за допомогою рухів очей.

Адаптовано згідно з P.P. Schnurr et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2024 Mar. Vol. 177, № 3. P. 363–374.

Таблиця 3. Медикаментозне лікування пацієнтів із ПТСР

№	Рекомендація	Сила	Категорія
Лікування ПТСР: фармакотерапія			
15	Для лікування ПТСР застосовуйте пароксетин, сертралін або венлафаксин	Сильна, «за»	Переглянута, нова / замінена
16	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати застосування амітриптиліну, бупропіону, буспірону, циталопраму, десвенлафаксину, дулоксетину, есциталопраму, есзопіклону, флуоксетину, іміпраміну, міртазапіну, ламотриджину, нефазодону, оланзапіну, фенелзину, прегабаліну, ривастигміну, топірамату або кветіапіну для лікування ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
17	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати використання псилоцибіну, аяуаски, диметилтриптаміну, ібогаїну або діетиламіду лізергінової кислоти для лікування ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / доповнена
18	Не використовуйте дивалпрокс, гуанфацин, кетамін, празозин, рисперидон, тіагабін або вортіоксетин для лікування ПТСР	Слабка, «проти»	Переглянута, нова / замінена
19	Не використовуйте бензодіазепіни для лікування осіб із ПТСР	Сильна, «проти»	Переглянута, нова / замінена
20	Уникайте використання канабісу та його похідних для лікування осіб із ПТСР	Сильна, «проти»	Переглянута, змінена
Лікування ПТСР: аугментація терапії			
21	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати комбінування або доповнення методів психотерапії, зазначених у рекомендаціях 8 та 9, або медикаментозного лікування, зазначеного в рекомендації 15, із будь-якими іншими методами психо- або фармакотерапії ПТСР (див. рекомендацію 22 щодо антипсихотичних препаратів та рекомендацію 23 щодо MDMA)	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
22	Не використовуйте арипіпразол, азеналін, брекспіпразол, карипразин, ілоперидон, луматеперон, луразидон, оланзапін, паліперидон, кветіапін, рисперидон або зипразидон для аугментації медикаментозного лікування ПТСР	Слабка, «проти»	Переглянута, нова / замінена
23	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати психотерапію з використанням MDMA для лікування осіб із ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / доповнена

Примітки: ПТСР — посттравматичний стресовий розлад; MDMA — 3,4-метилендіоксиметамфетамін.

Адаптовано згідно з P.P. Schnurr et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2024 Mar. Vol. 177, № 3. P. 363–374.

Таблиця 4. Інші підходи до лікування пацієнтів із ПТСР

№	Рекомендація	Сила	Категорія
Нефармакологічне біологічне лікування осіб із ПТСР			
24	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати для лікування осіб із ПТСР методи соматичної терапії, як-от капнометрія, гіпербарична киснева терапія, нейробиологічний зворотний зв'язок, цифрові терапевтичні системи для зменшення порушень сну, пов'язаних із нічними кошмарами (NightWare), повторювану транскраніальну магнітну стимуляцію, блокаду зірчастих гангліїв або транскраніальну стимуляцію постійним струмом	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
25	Не рекомендовано застосовувати електросудомну терапію або стимуляцію блукаючого нерва для лікування осіб із ПТСР	Слабка, «проти»	Переглянута, нова / замінена
Комплементарні, інтегративні та альтернативні підходи в лікуванні осіб із ПТСР			
26	Запропонуйте для лікування осіб із ПТСР метод зняття стресу завдяки медитативному зосередженню	Слабка, «за»	Переглянута, нова / замінена
27	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати для лікування осіб із ПТСР такі психосоматичні втручання, як акупунктура, когнітивно-орієнтований тренінг із розвитку співчуття — версія для ветеранів, арт-терапія (музика, мистецтво, танці тощо), керована візуалізація, гіпноз або самогіпноз, медитація «люблячої доброти» (<i>loving kindness meditation</i>), програма повторення мантр, когнітивна терапія на основі усвідомленості (майндфулнес), інші тренінги усвідомленості (наприклад, інтегративні вправи, терапія експозиції на основі усвідомленості, короткий тренінг усвідомленості), тренінг релаксації, соматичний досвід, тайцзицюань або цигун, трансцендентальна медитація або йога	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
28	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати для лікування осіб із ПТСР такі втручання, як рекреаційна терапія, аеробні / неаеробні вправи, терапія за допомогою тварин (собаки, коні тощо) або перебування на природі (наприклад, риболовля, вітрильний спорт)	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена
Технологічні методи лікування осіб із ПТСР			
29	Використовуйте відео-/телеконференції за захищеними каналами для застосування методів, зазначених у рекомендаціях 8 і 9, якщо такий підхід затверджено або інші варіанти недоступні	Сильна, «за»	Переглянута, нова / замінена
30	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати використання мобільних застосунків чи інших втручань на основі самопомогі для лікування осіб із ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / доповнена
31	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати спрощену інтернет-версію когнітивно-поведінкової терапії для лікування осіб із ПТСР	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / замінена

Примітка. ПТСР — посттравматичний стресовий розлад.

Адаптовано згідно з P. P. Schnurr et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2024 Mar. Vol. 177, № 3. P. 363–374.

Застосування фармакотерапії

Рекомендації щодо медикаментозного лікування пацієнтів із ПТСР представлено в таблиці 3. На підставі даних систематичного огляду, який охоплював аналіз результатів шести досліджень ефективності терапії пароксетином, шести досліджень — сертраліном і двох досліджень — венлафаксином, було створено сильну рекомендацію щодо застосування цих препаратів для лікування ПТСР (Williams et al., 2022). Зміни цієї рекомендації порівняно з варіантом 2017 року стосувалися використання флуоксетину, оскільки його користь для лікування осіб із ПТСР не підтверджено; нині бракує даних за або проти його застосування. Переваги лікування пароксетином, сертраліном і венлафаксином переважають невелику потенційну шкоду від побічних ефектів. Вважається, що неможливо ані підтвердити, ані спростувати ефективність таких препаратів, як оланзапін і кветіапін, про застосування яких у варіанті настанови 2017 року була слабка рекомендація «проти», і фенелзин — слабка рекомендація «за» (Williams et al., 2022; Yan et al., 2022).

Бракує належних доказів, щоб рекомендувати / не рекомендувати використання психоделіків (як-от псилоцибіну) для лікування пацієнтів із ПТСР. За даними трьох систематичних оглядів та одного рандомізованого контрольованого дослідження (РКД), не пропонується

використовувати дивалпроекс, гуанфацин, кетамін, празозин, рисперидон, тіагабін і вортиоксетин (Dunlop et al., 2021; Williams et al., 2022; Yan et al., 2022).

Через брак доказових даних щодо користі застосування бензодіазепінів та наявність відомої шкоди, не рекомендовано використовувати ці препарати для лікування осіб із ПТСР, оскільки це може бути пов'язане зі зловживанням, зниженням ефективності і несприятливими змінами когнітивних функцій, особливо в пацієнтів похилого віку (Steenkamp et al., 2017; Williams et al., 2022). Також не рекомендовано призначати канабіс і його похідні для лікування осіб із ПТСР, зокрема, через брак даних відповідних РКД із належним дизайном і потенційні серйозні побічні ефекти, підтвержені низкою систематичних оглядів (Belendiuk et al., 2015; Wilkinson et al., 2016; Kansagara et al., 2017; Bonn-Miller et al., 2021).

Комбінована терапія та аугментація

Не виявлено достатньої кількості доказових даних, щоб рекомендувати / не рекомендувати застосування комбінацій ліків або поєднання фармако- та психотерапії для поліпшення результатів лікування ПТСР. Крім того, не рекомендовано застосовувати атипові антипсихотичні препарати, оскільки бракує відповідних даних доведеної користі та доказів шкоди внаслідок застосування цих

Таблиця 5. Лікування пацієнтів із ПТСР із нічними кошмарами та коморбідними станами

№	Рекомендація	Сила	Категорія
Пацієнти з нічними кошмарами			
32	Призначте празозин для лікування пацієнтів із нічними кошмарами, пов'язаними з ПТСР	Слабка, «за»	Переглянута, змінена
33	Недостатньо доказів «за» і «проти», щоб рекомендувати / не рекомендувати для лікування пацієнтів із нічними кошмарами, пов'язаними з ПТСР, такі підходи, як терапія методом образної репетиції; експозиційна, релаксаційна терапія та «переписування» травматичного досвіду; терапія рескриптингу та повторної обробки образів; застосування цифрової терапевтичної системи для зменшення порушень сну, пов'язаних із нічними кошмарами (NightWare)	Ні «за», ні «проти»	Переглянута, нова / доповнена
Пацієнти з ПТСР і коморбідними станами			
34	Наявність коморбідного розладу, пов'язаного з вживанням психоактивних речовин, та/або інших розладів не перешкоджає лікуванню осіб із ПТСР, описаному в рекомендаціях 8 і 9	Слабка, «за»	Переглянута, нова / заміна

Примітка. ПТСР — посттравматичний стресовий розлад.

Адаптовано згідно з P.P. Schnurr et al. The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med.* 2024 Mar. Vol. 177, № 3. P. 363–374.

засобів для осіб із ПТСР. Бракує також доказів для створення рекомендації «за» або «проти» щодо психотерапії з використанням 3,4-метилендіоксиметамфетаміну (Hoskins et al., 2021).

Інші підходи до лікування пацієнтів із ПТСР

У таблиці 4 наведено рекомендації щодо нефармакологічних біологічних методів лікування пацієнтів із ПТСР, комплементарних, інтегративних й альтернативних підходів і технологічних методів терапії. Таблиця 5 містить рекомендації для лікування осіб із ПТСР із нічними кошмарами та коморбідними станами.

Нефармакологічні біологічні методи лікування

Нині недостатньо доказів для створення рекомендації щодо застосування низки методів соматичної терапії (Cohen et al., 2004; Boggio et al., 2010; Berlim et al., 2014). Через брак даних про ефективність і ризику, пов'язані із загальною анестезією для проведення хірургічних втручань, не рекомендовано застосовувати електросудомну терапію та стимуляцію блукаючого нерва.

Комплементарні, інтегративні та альтернативні підходи

За даними систематичного огляду результатів п'яти РКД, для лікування пацієнтів із ПТСР рекомендовано застосовувати метод зняття стресу, що ґрунтується на медитативному зосередженні (техніка концентрації уваги, збільшення усвідомлення поточного моменту) (Liu et al., 2018).

Технологічні методи

Розширити доступ до психіатричної допомоги також можливо завдяки використанню відповідних мобільних застосунків і відеоконференцій. Так, за даними трьох РКД (використані для створення настанови 2017 року), одного систематичного огляду та двох нових РКД, КПТ і терапія пролонгованою експозицією, здійснювані через відео-конференції, не поступаються за ефективністю очним консультаціям (Yuen et al., 2015; Morland et al., 2015; Maieritsch et al., 2016; Morland et al., 2020; Liu et al., 2020; McClellan et al., 2022).

Лікування пацієнтів із нічними кошмарами

Окрім вивчення ефекту втручань на загальну тяжкість ПТСР, робоча група досліджувала вплив на нічні кошмари, які є основним симптомом цього розладу. На підставі даних систематичного огляду та РКД було створено слабку рекомендацію «за» щодо використання празозину для лікування осіб із нічними кошмарами (McCall et al., 2018; Zhang et al., 2020; Reist et al., 2021).

Лікування пацієнтів із ПТСР і коморбідними станами

Наявність супутніх психічних розладів не перешкоджає застосуванню рекомендованих психотерапевтичних підходів. Згідно з проаналізованими даними систематичних оглядів і досліджень, пацієнти із супутніми захворюваннями, як-от розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, можуть отримати користь завдяки лікуванню ПТСР (Simpson et al., 2021; Kline et al., 2021; Resick et al., 2020; Straud et al., 2021).

Висновки

Представлені клінічні настанови покликані сприяти актуалізації та покращенню клінічних рекомендацій, якими послуговуються лікарі для надання медичної допомоги пацієнтам із ПТСР. Оновлення рекомендацій здійснювалося згідно з дотриманням відповідних стандартів, зокрема критеріїв GRADE. Акцент було зроблено на потенційних конфліктах інтересів і стандартизованому процесі, який використовують для розробки всіх настанов Міністерства ветеранів США (VA) / Міністерства оборони США (DoD). Ці рекомендації призначені як для лікування військових, так і інших пацієнтів із ПТСР. Відповідний скринінг на ПТСР, а також психотерапевтичні втручання, рекомендовані для лікування пацієнтів із цим розладом, можливо використовувати як у спеціалізованих закладах, так і на первинній ланці надання медичної допомоги.

Підготувала **Наталія Купко**

Оригінальний текст документа читайте на сайті www.healthquality.va.gov



> 225 мг на добу

ДОФАМІН
DA

НОРАДРЕНАЛІН
NA

≈ 150 мг на добу

ВЕЛАКСИН®

Венлафаксин XR

СЕРОТОНІН
5-HT

< 150 мг на добу



Подвійний антидепресивний ефект¹

Пролонгована форма — 1 капсула на добу²

**Більш ефективний ніж СИОЗС
при лікуванні депресії³**

1. PH. Roseboom, NH. Kalin: Neuropharmacology of Venlafaxine Depression and Anxiety, Vol12, Suppl 1:20-29 (2000). 2. Інструкція для медичного застосування препарату Велаксин.
3. Bauer M, Tharmanathan P et al, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci: 2009 Apr 259(3):172-85.

Показання. Лікування великих депресивних епізодів; профілактика великих депресивних епізодів; генералізовані тривожні розлади (ГТР); соціальні тривожні розлади. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Супутнє застосування з інгібіторами моноамінооксидази (МАО), а також протягом 14 днів після відміни інгібіторів МАО. Тяжкий ступінь артеріальної гіпертензії (АТ 180/115 та вище до початку терапії). Закритокутова глаукома. **Побічні реакції.** Артеріальна гіпертензія, вазодилатація, зниження апетиту, запор, нудота, порушення сну, сухість у роті, слабкість, втома. Р.П. № UA/3580/02/01-03. **Виробник:** Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, сим-позіумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.

Тел.: +38 (044) 496 05 39, **факс:** +38 (044) 496 05 38



ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЕТАПНОЇ програми психологічних втручань для мігрантів

Мігранти, кількість яких у сучасному світі останнім часом невпинно зростає, зокрема через збройні конфлікти, піддаються впливу різних стресових чинників, які негативно позначаються на їхньому психічному здоров'ї, про що свідчить стрімке збільшення рівня захворюваності та поширеності психічних розладів. До вашої уваги представлено огляд статті M. Purgato et al. «Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in a population of migrants: results from the RESPOND randomized controlled trial» видання *World Psychiatry* (2025 Feb; 24 [1]: 120–130), присвяченої поетапній психологічній допомозі мігрантам, розробленій Всесвітньою організацією охорони здоров'я.

За даними Міжнародної організації з міграції (ІОМ), 2021 року у світі налічувалося близько 281 млн міжнародних мігрантів, що на 27 % більше порівняно з 2010 роком (221 млн мігрантів) і становить майже 3,6 % населення світу. Мігрантські групи населення піддаються впливу різних чинників ризику психічних розладів, як-от розбіжності між очікуваннями і фактичними досягненнями, неадекватні системи підтримки, проблеми з процесами адаптації та акумуляції, а також фінансові, адміністративні та правові перешкоди (Cadorin et al., 2024).

Серед мігрантів вимушено переміщені особи (біженці та шукачі притулку) стикаються з такими додатковими серйозними стресовими чинниками, як втрата дому і майна, а також інші травматичні події (бомбардування, погрози, ув'язнення, тортури тощо).

Останніми роками зростає кількість рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), присвячених вивченню переваг психосоціальних втручань для мігрантів (Uphoff et al., 2020). Результати систематичного огляду даних 52 досліджень (зокрема 26 РКД) підтвердили значну редукцію симптомів депресії, тривожності та соматизації завдяки цим втручанням (Sambucini et al., 2020). Крім того, вони були ефективними в поєднанні з іншими методами (Apers et al., 2023).

Проте реалізація цих втручань потребує ретельної підготовки, значних термінів, досвідченого персоналу, а також надійної системи моніторингу й нагляду, які здебільшого застосовують індивідуально. Зважаючи на ці труднощі, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) розробила посібник з управління стресом «Самопоміч Плюс» (SH+) і короткий курс, що ґрунтується на когнітивно-поведінкових стратегіях і методах розв'язання проблем «Управління проблемами Плюс» (PM+) (Erping-Jordan et al., 2016; Dawson et al., 2015). Нині доступна програма самопоміч під наглядом фахівців, яка базується

на курсі SH+ під назвою «Робити те, що важливо, під час стресу» (DWM), адаптованої для реалізації у вигляді веб-сайту з підтримкою мобільних пристроїв (версія українською відома як «Важливі навички в періоди стресу: ілюстроване керівництво») (WHO, 2020).

Програми SH+, PM+ і DWM протестовано як самостійні втручання для різних груп населення, зокрема для медичних працівників, шукачів притулку, біженців, міжнародних мігрантів, вимушено переміщених осіб та тих, хто зазнав впливу збройних конфліктів, стихійних лих і стресових чинників для здоров'я, як-от пандемія COVID-19 (Tol et al., 2020; Riello et al., 2021; Purgato et al., 2021; Acarturk et al., 2022; Schäfer et al., 2023).

Дослідження за участю медичних працівників із дистресом, зумовленим COVID-19, поєднало DWM і PM+ у поетапну програму, сумісну з повністю дистанційним навчанням, проведенням і наглядом, результати якого продемонстрували доцільність таких дій (Mediavilla et al., 2022). Зокрема, було досягнуто значущої редукції симптомів депресії, надмірної тривожності та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Тобто ця програма може бути потенційно корисною для інших груп населення, які зазнали несприятливих обставин (Mediavilla et al., 2023).

Як зазначають M. Purgato et al., їхнє дослідження присвячене оцінюванню ефективності DWM і PM+, застосовуваних як поетапна програма, для зменшення ознак депресії та тривожності у мігрантів із підвищеним рівнем психологічного дистресу.

Матеріали та методи дослідження

Учасниками РКД у паралельних групах були мігранти, зокрема біженці та шукачі притулку, яких рандомізували для отримання першої психологічної допомоги (ППД) в поєднанні з адаптованим поетапним втручанням DWM / PM+ або лише ППД і звичайної медичної допомоги.

ППД — це розроблена ВООЗ стратегія підтримки осіб, які постраждали від гуманітарних криз. Надання ППД насамперед передбачає ненав'язливий практичний догляд і підтримку, оцінювання запитів і проблем, допомогу в задоволенні основних потреб, зокрема в доступі до затребуваної інформації, послуг і соціальної підтримки (WHO, 2011; Frankova et al., 2022).

Після виконання скринінгу стан учасників дослідження оцінювали на його початку перед випадковим розподілом (через тиждень після скринінгу), а також після рандомізації на 7, 14 і 21-му тижнях (первинний кінцевий результат) відповідно. Критерії включення до дослідження: вік учасників від 18 років; статус мігрантів (переміщення працездатного населення для працевлаштування на певний термін, переселенці без документів, шукачі притулку, біженці, міжнародно переміщені особи); підвищений рівень психологічного дистресу (≥ 16 балів за шкалою психологічного дистресу Кесслера [K10]).

До дослідження не залучали осіб із: гострими захворюваннями, що потребують госпіталізації; неминучим ризиком самогубства або виразними проблемами чи ризиками, які передбачають негайне спостереження; тяжкими психічними розладами; тяжкими когнітивними порушеннями; наркозалежністю, які отримували спеціалізовану психологічну допомогу; а також тих, хто планував повернення до країни народження до закінчення дослідження.

Учасники контрольної групи отримували ППД та звичайну медичну допомогу, а саме: підтримку місцевих органів охорони здоров'я, соціальну / правову допомогу та психоосвіту щодо загального дистресу. Тоді як учасники групи втручання отримували ППД, звичайну медичну допомогу та поетапну програму: DWM, а особи зі значним рівнем психологічного дистресу після DWM (≥ 16 балів за K10) додатково отримували PM+.

Курс DWM базувався на методах терапії прийняття та відповідальності (Lotito et al., 2023). Через 5–7 днів після завершення DWM оцінювали критерії для переходу до 5–6 тижневого курсу PM+, адаптований згідно з культурними та контекстуальними особливостями осіб відповідно до протоколів ВООЗ (WHO, 2008). Це п'ять різних поведінкових стратегій: управління стресом, методи подолання проблем, поведінкова активація, соціальна підтримка та сприяння досягненню ефектів. Втручання в межах DWM і PM+ відбувалися в онлайн-форматі.

Первинним результатом дослідження автори вважали зміну виразності симптомів депресії та тривожності від початкового рівня до 21-го тижня після рандомізації, оцінену за допомогою комбінованого сумарного бала, визначеного за 9-пунктовим опитувальником щодо здоров'я пацієнта (PHQ-9) і 7-пунктовою шкалою оцінювання симптомів генералізованого тривожного розладу (ГТР) (GAD-7). Об'єднаний інструмент раніше був валідований як опитувальник щодо стану здоров'я пацієнта з оцінюванням рівня тривожності та депресії (PHQ-ADS) (Kroenke et al., 2016). Показник за цим інструментом може варіювати від 0 до 48 балів, більша кількість балів свідчить про тяжчі симптоми депресії та тривожності.

До вторинних результатів належали зміни щодо рівня виразності симптомів депресії, тривожності та ПТСР, а також самостійно оцінені пацієнтами проблеми

з функціонуванням і самопочуттям. Симптоми ПТСР оцінювали за допомогою 8-пунктної версії опитувальника для самостійного визначення клінічних ознак цього розладу відповідно до критеріїв Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, 5-ї редакції (DSM-5), і PCL-5 (показник варіює від 0 до 32 балів, більша кількість балів свідчить про тяжкість ПТСР).

Самостійне оцінювання проблем, функціонування та самопочуття пацієнти виконували за допомогою інструменту PSYCHLOPS, що містить чотири запитання (два щодо проблем, одне щодо функціонування та одне щодо самопочуття); відповіді оцінювали від 0 до 5 балів, максимальний показник — 20 балів).

Оцінювання відбувалося дистанційно; про побічні ефекти повідомляли самі учасники (або їх реєстрували дослідники). Ґрунтуючись на даних попередніх досліджень із застосуванням PM+, автори мали на меті встановити середній розмір ефекту 0,3 у групі застосування PM+ на T4, починаючи з первинного комбінованого результату за PHQ-ADS. Розрахунок потужності (0,95 для вибраного дизайну) засвідчив, що для виявлення досягнутого ефекту кожна з двох груп має налічувати щонайменше 106 учасників (двобічний коефіцієнт $\alpha = 0,05$).

Усі первинні та вторинні аналізи виконували на підставі даних вибірки учасників, які мали намір лікуватися (ITT-вибірки). Для перевірки надійності результатів усі результати були додатково проаналізовані з використанням підходу згідно з протоколом (PP-вибірка, лише учасників, для яких застосовували щонайменше три модулі DWM, та учасники, що відвідали принаймні чотири сесії в межах PM+).

Результати дослідження

Критеріям включення відповідали 217 осіб, які були рандомізовані для отримання допомоги згідно з поетапною програмою DWM / PM+ ($n = 108$; група втручання), або звичайної медичної допомоги ($n = 109$; контрольна група). Лише 16,6 % рандомізованих учасників були втрачені впродовж подальшого спостереження (їх розподіл не відрізнявся між групами). Понад третина учасників це чоловіки; середній вік в обох групах становив близько 36 років. Більшість осіб мали щонайменше середню освіту, майже 40 % — вищу. Учасники дослідження були мігрантами з країн: Азіатсько-Тихоокеанського регіону — 14,8 %; Європи або Центральної Азії — 34,0 %; Америки або Карибського басейну — 26,8 %; Близького Сходу або Африки — 24,4 %. Більшість була постійними мешканцями Італії (59,7 %); 22,4 % мали тимчасовий дозвіл на проживання, 17,9 % — біженці або шукачі притулку.

На 7-му тижні 32,4 % (35/108) учасників групи втручання проти 21,1 % (23/109) осіб контрольної групи, повідомили про клінічно значуще зменшення рівня дистресу, після отримання курсу PM+. Середній показник за K10 на 7-му тижні становив $19,49 \pm 5,91$ бала в групі втручання та $22,94 \pm 8,13$ бала — у контрольній групі.

Упродовж періоду дослідження отримувана психічна та фізична допомога (окрім експериментального або контрольного втручання) не відрізнялася між двома групами. Динаміку оцінюваних первинних і вторинних показників наведено в таблиці.

Таблиця. Первинні та вторинні результати (аналіз для ІТТ-вибірки)

Показник	Група втручання, середнє значення (стандартна похибка)	Група контролю, середнє значення (стандартна похибка)	Коефіцієнт (стандартна похибка)	Значення p	Стандартизований коефіцієнт (стандартна похибка)
Показник за PHQ-ADS					
7-й тиждень	12,303 (0,696)	16,045 (0,728)	-3,742 (1,008)	< 0,001	-0,414 (0,111)
14-й тиждень	9,112 (0,631)	15,493 (0,825)	-6,381 (1,039)	< 0,001	-0,705 (0,115)
21-й тиждень (первинний ефект)	10,625 (0,730)	14,085 (0,755)	-3,460 (1,050)	0,001	-0,382 (0,116)
Показник за PHQ-9					
7-й тиждень	6,769 (0,390)	8,414 (0,400)	-1,645 (0,560)	0,003	-0,324 (0,110)
14-й тиждень	5,123 (0,368)	8,300 (0,502)	-3,177 (0,623)	< 0,001	-0,625 (0,123)
21-й тиждень	5,978 (0,418)	7,292 (0,420)	-1,314 (0,593)	0,027	-0,258 (0,117)
Показник за GAD-7					
7-й тиждень	5,537 (0,336)	7,621 (0,391)	-2,085 (0,516)	< 0,001	-0,471 (0,117)
14-й тиждень	3,995 (0,308)	7,193 (0,423)	-3,198 (0,523)	< 0,001	-0,723 (0,118)
21-й тиждень	4,652 (0,348)	6,783 (0,400)	-2,131 (0,531)	< 0,001	-0,482 (0,120)
Показник за PCL-5					
7-й тиждень	8,422 (0,630)	10,056 (0,568)	-1,633 (0,849)	0,054	-0,235 (0,122)
14-й тиждень	6,079 (0,540)	9,592 (0,625)	-3,513 (0,827)	< 0,001	-0,506 (0,119)
21-й тиждень	5,994 (0,540)	8,517 (0,538)	-2,523 (0,763)	0,001	-0,363 (0,110)
Показник за PSYCHLOPS					
7-й тиждень	8,085 (0,506)	10,234 (0,529)	-2,149 (0,732)	0,003	0,392 (0,134)
14-й тиждень	6,379 (0,520)	9,907 (0,572)	-3,528 (0,773)	< 0,001	-0,644 (0,141)
21-й тиждень	5,427 (0,479)	8,995 (0,533)	-3,567 (0,717)	< 0,001	-0,651 (0,131)

Примітки: PHQ-9-9-пунктовий опитувальник щодо здоров'я пацієнта; GAD-7-7-пунктова шкала оцінювання симптомів генералізованого тривожного розладу; PHQ-ADS — опитувальник щодо стану здоров'я пацієнта з оцінюванням тривожності та депресії; PCL-5 — опитувальник для самостійного оцінювання симптомів ПТСР цього розладу відповідно DSM-5; PSYCHLOPS — інструмент для самостійного оцінювання проблем, функціонування та самопочуття; жирним шрифтом позначено статистично значущі відмінності.

Адаптовано згідно з M. Purgato et al. Effectiveness of a stepped-care programme of WHO psychological interventions in a population of migrants: results from the RESPOND randomized controlled trial. *World Psychiatry*. 2025 Feb. Vol. 24, № 1. P. 120–130.

Програма поетапної допомоги сприяла значущій редукції симптомів депресії та тривожності порівняно зі звичайною медичною допомогою, про що свідчить зміна показників за PHQ-ADS на 21-му тижні (коефіцієнт = $-3,460 \pm 1,050$ бала; $p = 0,001$) (первинний результат) та в інші моменти часу. Значну різницю виявлено за окремого розгляду рівня виразності симптомів депресії та тривожності в усіх часових точках. Результати, отримані для ІТТ-вибірки, були підтверджені даними аналізу показників для РР-вибірки, який не демонстрував жодної суттєвої різниці порівняно з основним аналізом.

Також було перевірено взаємодію розподілу втручання і таких чинників, як показник за PHQ-ADS на вихідному рівні, вік, стать, правовий статус, час із моменту вимушеного переселення, рівень освіти, розмір доходу та те, чи звертався такий учасник раніше по допомогу до фахівця з психічного здоров'я. Як з'ясувалося, лише базове значення показника за PHQ-ADS було статистично значущим і залишалось таким після корекції Бенджаміні–Хохберга ($p = 0,006$). Вплив втручання на зниження показників за PHQ-ADS був суттєвішим для учасників із вищими балами на початку дослідження.

Як зазначають дослідники, не було виявлено жодної серйозної побічної реакції. Загалом протягом дослідження зафіксовано шість випадків небажаних ефектів, усі з яких не були пов'язаними з участю в дослідженні (як-от випадкове падіння, випадок суїцидальних думок, дві госпіталізації через певні захворювання, два випадки втрати близької людини).

Обговорення

Застосування для групи мігрантів із підвищеним психологічним дистресом програми поетапної допомоги, яка поєднує два розроблені ВООЗ низькоінтенсивні психологічні втручання (DWM і РМ+), було ефективним і допомогло зменшити ознаки виразності депресії та тривожності. Ефективність цих втручань послідовно спостерігалася в різні моменти часу, причому отримані коефіцієнти вказували на їх суттєвий вплив. Наприклад, редукція симптомів депресії та тривожності відзначалася окремо в усіх точках часу. Крім того, програма поетапної допомоги мала позитивний вплив на ознаки ПТСР, загального самопочуття та самостійно оцінені проблеми із функціонуванням.

Дані аналізу гетерогенності не виявили суттєвої взаємодії втручання та характеристик учасників, окрім базових показників за PHQ-ADS. Примітно, що ефект втручання був виразнішим в осіб із вищим початковим рівнем тривожності та тяжчими симптомами депресії. На думку авторів дослідження, це можна розглядати як додаткове свідчення його впливу. Аналогічний висновок отримано в попередніх дослідженнях із застосуванням РМ+ і DWM / РМ+ (de Graaff et al., 2023; Mediavilla et al., 2023).

Отримані результати підтверджують ефективність програми та свідчать про її застосовність для мігрантів. Корисний вплив застосування програми поетапного втручання, на думку дослідників, може бути зумовлений тим, що DWM (метод усвідомленості, що базується на терапії прийняття та відповідальності), спрямований на підвищення психологічної гнучкості та поліпшення стратегій подолання труднощів. Його застосовують самостійно (за допомогою навчених помічників), що дає можливість виконувати вправи через онлайн-вебсайт / застосунок, а також вивчати способи розпізнавання та управління емоційними станами (Hayes et al., 2013, 2016; WHO, 2020).

Імовірно, DWM допомагає заохочувати учасників краще адаптуватися до мінливих ситуативних вимог, знаходити способи діяти відповідно до власних цінностей, навіть в умовах зовнішніх труднощів і стресових чинників, пов'язаних із міграцією (Hayes et al., 2016).

Можливість переходу до втручання РМ+ для тих, хто все ще відчуває дистрес після застосування DWM, стала практичним джерелом допомоги для виявлення та управління проблемами. Зокрема, РМ+ допомагає поліпшувати управління практичними (безробіття, міжособистісні конфлікти, бідність) та психологічними (депресія, хронічна тривожність, горювання, страх, почуття безпорадності) проблемами. Такі складові РМ+, як поведінкова активація та використання / посилення соціальної підтримки, могли сприяти редукції симптомів поширених психічних розладів. За даними досліджень, керовані психологічні втручання, здійснювані за допомогою інтернет-технологій, більшою мірою залежать від соціальної підтримки, ніж безпосередня взаємодія з терапевтом, оскільки значною мірою потребують самомотивації (Wang et al., 2018; Lewis et al., 2018, 2023). Міжособистісна взаємодія з помічниками могла б мати прямий і позитивний вплив на кінцеві результати втручання (Lingiardi et al., 2018).

Особливо це важливо для такої категорії осіб, як мігранти, зокрема через потенційну нестачу надійної соціальної підтримки в країні переселення. За результатами систематичного огляду даних 35 РКД, у яких оцінювали 33 втручання у сфері психічного здоров'я, здійснювані в цифровому форматі, ефекти були більшими, коли втручання доповнювали клінічною допомогою (Biagiatti et al., 2023).

Цифровий формат DWM і РМ+ є гнучкішим, ніж очне проведення терапії, про що свідчить невелика кількість учасників, які не завершили сесії. У попередніх РКД, що тестували втручання SH+, яке проводилися особисто та в групах для шукачів притулку й біженців, було виявлено високу частку тих, хто не відвідував сесії (Purgato et al., 2021; Acarturk et al., 2022). До того ж мігранти, як правило, мають багато конкурентних пріоритетів, як-от задоволення основних потреб, забезпечення житлом,

проходження юридичних процедур, пошук роботи, вивчення нової мови тощо (Lotito et al., 2023).

Представлене дослідження має деякі обмеження, як-от потенційна неоднорідність вибірки учасників, неможливість здійснення подвійного сліпого дослідження, оцінювання результатів незамаскованими дослідниками, а самостійно самими учасниками, відносно короткий період спостереження тощо. Хоча загалом отримані результати значно розширюють наявні знання про ефективність психологічних втручань для мігрантів, вперше демонструючи, що низькоінтенсивні втручання з перерозподілом завдань за допомогою вільнодоступних посібників можуть бути впроваджені як поетапна програма допомоги для зменшення рівня виразності симптомів депресії та тривожності в осіб із підвищеним рівнем дистресу. Завдяки цим характеристикам такі втручання унікально підходять для впровадження в країнах із низьким рівнем ресурсів.

На думку M. Purgato et al., також важливо адаптувати програму поетапної допомоги до конкретних потреб і характеристик цільової групи населення. Демографічні показники, культурні норми та унікальні виклики громади чи групи, для якої призначене таке втручання, необхідно ретельно оцінювати. Зокрема, її адаптація може передбачати переклад матеріалів місцевими мовами, врахування культурних особливостей і відгуків місцевих зацікавлених сторін, що допоможе зробити втручання більш ефективним, зрозумілим і прийнятним.

Програму поетапної допомоги можна також розширювати паралельно або послідовно з наявними сьогодні послугами. Наприклад, за паралельного підходу вона може впроваджуватися разом із наявними послугами, що дає змогу охопити більшу кількість груп мігрантів поза сектором охорони здоров'я та забезпечити для ширшого кола осіб доступ до необхідної їм підтримки. Однак це може створювати навантаження на ресурси, оскільки такі дії передбачають окреме фінансування, розширення персоналу та певну інфраструктуру.

Таких проблем, як правило, не виникає за послідовного впровадження програми поетапної допомоги, наприклад до або після того, як мігранти отримують інші соціальні послуги. Своєю чергою, цей підхід сприяє максимальному використанню наявної інфраструктури та персоналу для мінімізації дублювання ресурсів. Можливості розширення програми поетапної допомоги, паралельно або послідовно з наявними послугами, необхідно й надалі вивчати за допомогою кількісних або змішаних підходів для визначення економічно ефективних стратегій впровадження.

Висновки

Результати дослідження M. Purgato et al. підтверджують ефективність поетапного надання медичної допомоги за допомогою таких втручань, як DWM та РМ+, для мігрантів із підвищеним рівнем дистресу. Як наголошують автори, наявні настанови, які базуються на даних доказової медицини, потребують оновлення відповідно до отриманих результатів сучасних досліджень, що допоможе забезпечити для мігрантів рівний доступ до високоякісної психіатричної допомоги.

Підготувала *Наталія Купко*

АЛЬТЕРНАТИВНИЙ ПІДХІД до терапії тривожних розладів: важливість правильного титрування дози

Тривожні розлади є найпоширенішою групою психічних розладів, що чинять негативний вплив на повсякденне функціонування, міжособистісні стосунки і загальний добробут пацієнтів. Терапія антидепресантами часто супроводжується несприятливими ефектами, яка потребує пошуку альтернативних підходів. До вашої уваги представлено огляд статті Н. Fei et al. «Efficacy of Pregabalin (25 and 75 mg) vs. Conventional Antidepressants in Reducing Anxiety in Patients in the Ica Region: A Comparative Study (2023–2025)» видання *J Clinical Case Studies and Review Reports* (2024; 2 [2]: 24), у якій викладено результати порівняльного дослідження ефективності застосування прегабаліну в двох різних дозуваннях та антидепресантів для лікування пацієнтів із тривожними розладами.

Тривожні розлади є серйозною проблемою охорони психічного здоров'я, що впливає на якість життя значної кількості людей (Bandelow et al., 2013). У представленому дослідженні Н. Fei et al. порівнювали ефективність застосування прегабаліну в дозах 25 і 75 мг, препарату з анксиолітичними властивостями та антидепресантів, які зазвичай призначають для лікування пацієнтів із тривожними розладами (селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну [СІЗЗС] сертраліну або есциталопраму). Мета дослідження: визначити, чи забезпечує терапія прегабаліном у дозуваннях 25 і 75 мг порівнянну або ефективнішу редукцію симптомів тривожних розладів порівняно з використанням антидепресантів (сертраліном або есциталопрамом), оцінених за шкалою НАМА, після 12 тижнів втручання.

Як відомо, дозування 25 мг прегабаліну знаходиться поза межами діапазону доз, які зазвичай призначають для лікування пацієнтів із тривожними розладами, проте Н. Fei et al. поставили мету вивчити потенційну дію і переносимість препарату в нижчому дозуванні. Це дослідження охоплювало групу учасників, які отримували прегабалін у дозуванні 75 мг, що вважається низькою дозою з потенційною ефективністю. Автори оцінювали безпеку й переносимість обох підходів, які є вирішальними для забезпечення прихильності пацієнтів до лікування і їхнього добробуту, а також вплив обох видів втручання на рівень якості життя.

Наразі в клінічній практиці є нагальна потреба у визначенні та оцінюванні ефективних і безпечних терапевтичних альтернатив для лікування пацієнтів із тривожними розладами. Застосування традиційних антидепресантів нині є поширеним варіантом такої терапії, але вказані

засоби можуть чинити значні побічні ефекти. Тож альтернативою може стати застосування модулятора кальцієвих каналів прегабаліну, проте необхідні подальші дослідження щодо визначення його ефективності та переносимості порівняно з антидепресантами.

Н. Fei et al. досліджували ефективність застосування прегабаліну (25 і 75 мг) та антидепресантів сертраліну й есциталопраму для зменшення ознак тривожності, оціненої за шкалою Гамільтона (НАМА), враховуючи класифікацію пацієнтів за віком, статтю та видом занять; безпеку та переносимість таких підходів до лікування, а також їхній вплив на якість життя, соціальне й професійне функціонування та використання послуг з охорони психічного здоров'я.

Матеріали та методи дослідження

Дизайн

За дизайном представлене дослідження є рандомізованим подвійним сліпим контрольованим клінічним випробуванням із чотирма паралельними групами. Рандомізацію учасників здійснювали блоками для забезпечення рівномірного розподілу на групи. Для подвійного сліпого маскування використовували форми плацебо, ідентичні активним препаратам; ні учасники, ні дослідники до завершення дослідження не знали, яке саме лікування їм призначали. Тривалість терапії становила 12 тижнів.

Учасники

Підбір учасників здійснювали за такими критеріями: вік пацієнтів від 18 років; підтверджений діагноз ГТР або розлад соціальної тривоги відповідно до критеріїв Діагностичного та статистичного посібника з психічних

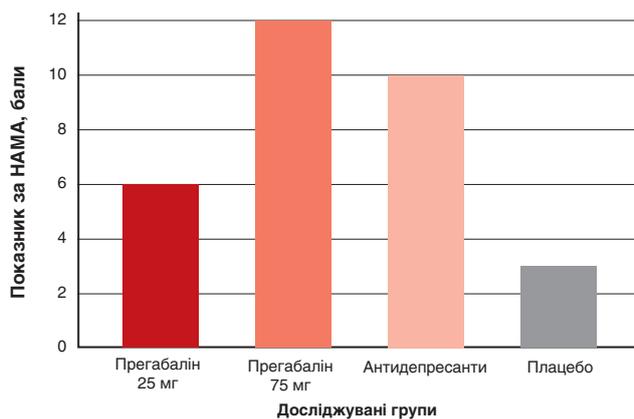


Рисунок 1. Середні зміни показників за шкалою НАМА на 12-й тиждень лікування

Адаптовано згідно з H. Fei et al. Efficacy of Pregabalin (25 and 75 mg) vs. Conventional Antidepressants in Reducing Anxiety in Patients in the Ica Region: A Comparative Study (2023–2025). *J Clinical Case Studies and Review Reports*. 2024. Vol. 2, № 2. P. 24.

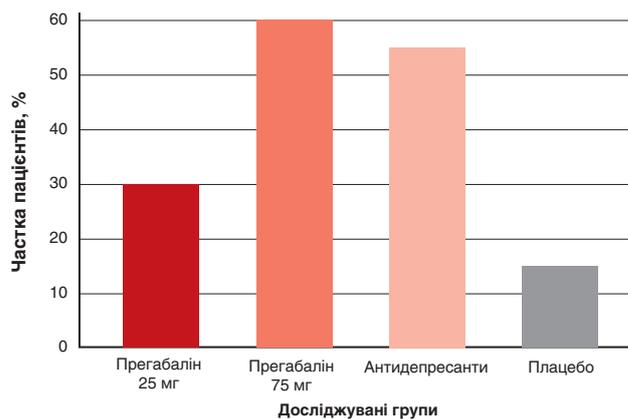


Рисунок 2. Частота відповіді на терапію за шкалою НАМА на 12-й тиждень лікування

Адаптовано згідно з H. Fei et al. Efficacy of Pregabalin (25 and 75 mg) vs. Conventional Antidepressants in Reducing Anxiety in Patients in the Ica Region: A Comparative Study (2023–2025). *J Clinical Case Studies and Review Reports*. 2024. Vol. 2, № 2. P. 24.

розладів 5-го перегляду (DSM-5); проживання в регіоні Іка (Перу); показник ≥ 20 балів за шкалою НАМА на початковому етапі. Критерії виключення: тяжкі супутні психічні захворювання (біполярний афективний розлад, шизофренія); вагітність / годування грудьми; зловживання психоактивними речовинами в анамнезі протягом останніх 12 місяців; лікування прегабаліном або антидепресантами упродовж останніх трьох місяців; нестабільний перебіг захворювань.

Розмір вибірки

Загальний обсяг вибірки — 300 учасників, яких рівномірно розподілили на чотири групи по 75 осіб у кожній. Група 1 — терапія прегабаліном у дозі 25 мг/добу; група 2 — застосування прегабаліну в дозі 75 мг/добу; група 3 — лікування антидепресантами в стандартних терапевтичних дозах (сертралін 50–100 мг/добу, есциталопрам 10–20 мг/добу); група 4 — приймання плацебо.

Такий розмір вибірки гарантував виявлення статистично значущих відмінностей між групами. Розрахунок виконували з рівнем значущості 0,05 та потужністю 80 % за допомогою спеціалізованого статистичного програмного забезпечення.

Класифікація учасників

Для аналізу підгруп і впливу різних змінних на відповідь на лікування учасників дослідження класифікували за: статтю; віком (18–35 років — молоді пацієнти, 36–55 років — дорослі пацієнти середнього віку, 56–65 років — пацієнти старшого віку); професійною діяльністю.

Оцінювані змінні

Основною змінною вважали показник за шкалою НАМА від початкового рівня до 12-го тижня лікування. Вторинні змінні — бали за ВАШ від початкового рівня до 12-го тижня та показники якості життя за опитувальником WHOQOL-BREF.

Статистичний аналіз

Для визначення змін показників за шкалою НАМА від початкового рівня до 12-го тижня використовували однобічний дисперсійний аналіз (ANOVA) між чотирма

групами терапії: перша — прегабаліном у дозі 25 мг; друга — прегабаліном у дозі 75 мг; третя — антидепресантами; четверта — плацебо. Тест χ^2 -квадрат застосовували для порівняння частоти відповіді на терапію і досягнення ремісії. Для порівняння змін щодо показників за ВАШ від початкового рівня до 12-го тижня лікування між групами учасників дослідження використовували t-критерій Стьюдента.

Частоту виникнення побічних ефектів, оцінену за шкалою UKU, порівнювали між групами учасників дослідження за допомогою тесту χ^2 -квадрат. За методом ANOVA вивчали зміни показників якості життя, визначені за даними опитувальника WHOQOL-BREF.

Результати дослідження

Результати дисперсійного аналізу засвідчили статистично значущі відмінності між групами лікування (F-значення [3,296] = 25,8; $p < 0,001$). Зокрема, в учасників груп терапії прегабаліном у дозі 75 мг/добу та антидепресантами спостерігалось значно більше зниження показників за шкалою НАМА порівняно із застосуванням прегабаліну в дозі 25 мг і плацебо (між останніми двома групами не виявлено суттєвих відмінностей).

Як зазначають дослідники, для зменшення симптомів тривожних розладів лікування прегабаліном у дозуванні 75 мг/добу та антидепресантами була ефективнішою, ніж прегабаліном у дозі 25 мг/добу та плацебо (рис. 1).

Між групами виявлено значущі відмінності щодо частоти відповіді на лікування ($\chi^2[3] = 38,2$; $p < 0,001$) та досягнення ремісії ($\chi^2[3] = 29,5$; $p < 0,001$). У групах терапії прегабаліном у дозі 75 мг/добу та антидепресантами були значно вищі показники відповіді на лікування і досягнення ремісії порівняно з використанням прегабаліну в дозі 25 мг/добу й приймання плацебо (рис. 2 і 3).

Тоді як у групах терапії прегабаліном у дозі 75 мг/добу та антидепресантами спостерігалось значно більше зниження показників за ВАШ порівняно із застосуванням прегабаліну в дозі 25 мг/добу і плацебо.

Частота виникнення побічних ефектів була вищою за терапії антидепресантами порівняно з прегабаліном і плацебо. У групі застосування прегабаліну в дозуванні 75 мг/добу частота небажаних явищ (переважно

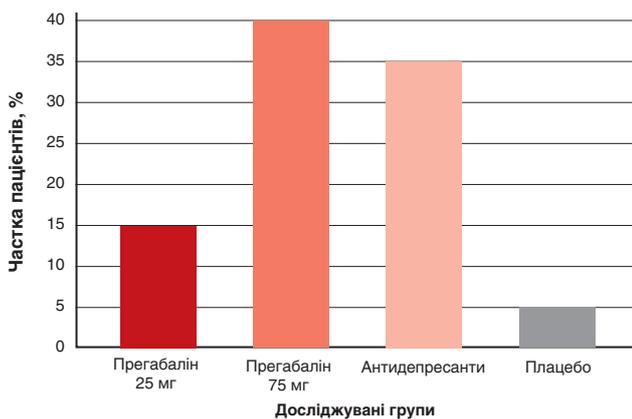


Рисунок 3. Частота досягнення ремісії за шкалою НАМА на 12-й тиждень лікування

Адаптовано згідно з H. Fei et al. Efficacy of Pregabalin (25 and 75 mg) vs. Conventional Antidepressants in Reducing Anxiety in Patients in the Ica Region: A Comparative Study (2023–2025). *J Clinical Case Studies and Review Reports*. 2024. Vol. 2, № 2. P. 24.

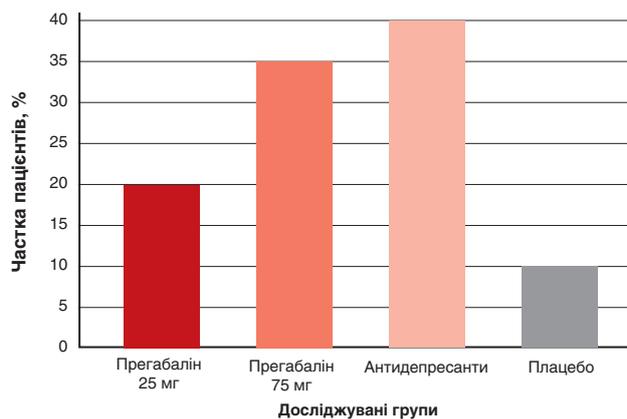


Рисунок 4. Частота виникнення побічних ефектів у досліджуваних групах

Адаптовано згідно з H. Fei et al. Efficacy of Pregabalin (25 and 75 mg) vs. Conventional Antidepressants in Reducing Anxiety in Patients in the Ica Region: A Comparative Study (2023–2025). *J Clinical Case Studies and Review Reports*. 2024. Vol. 2, № 2. P. 24.

сонливості й запаморочення) була дещо вищою порівняно з групами лікування вказаним препаратом у нижчому дозуванні та плацебо (рис. 4).

Значне поліпшення якості життя та рівня соціальних стосунків фіксували в учасників групах терапії прегабаліном у дозі 75 мг/добу та антидепресантами. Симптоми відміни найчастіше виникали в групі лікування антидепресантами, другою за частотою була терапія прегабаліном у дозі 75 мг/добу.

Жінки, як правило, краще відповідали на лікування прегабаліном у дозуванні 75 мг/добу. Пацієнти з помірними й тяжкими симптомами тривожних розладів отримували більшу користь за лікування прегабаліном у дозуванні 75 мг/добу та антидепресантами.

Обговорення

Як продемонстрували первинні результати дослідження редукції симптомів тривожних розладів, оцінені за шкалою НАМА, терапія прегабаліном у дозуванні 75 мг/добу та СІЗЗС була значно ефективнішою, ніж застосування прегабаліну в дозі 25 мг/день і плацебо.

Дані щодо ефективності використання прегабаліну в дозуванні 75 мг/добу порівняно із СІЗЗС підтверджують його потенціал як альтернативного терапевтичного засобу для лікування пацієнтів із тривожними розладами. Це узгоджується з даними попередніх досліджень, у яких було підтверджено ефективність застосування прегабаліну для лікування пацієнтів із тривожними розладами, де загалом вказаний препарат використовували у вищих дозах (Bandelow et al., 2013; Katzman et al., 2014).

Еквівалентність ефективності прегабаліну в дозі 75 мг і СІЗЗС свідчить, що терапія прегабаліном може бути результативною, особливо для пацієнтів, у яких спостерігається непереносимість антидепресантів або недостатність відповіді на них. Обмежена дія прегабаліну в дозуванні 25 мг/добу свідчить про важливість використання відповідних терапевтичних доз.

Власне, прегабалін у дозуванні 25 мг/добу може бути неоптимальним для лікування пацієнтів із тривожними розладами і потребувати титрування дози вказаного засобу для досягнення клінічної відповіді. Сприятливий профіль переносимості прегабаліну в дозі 75 мг/добу з меншою

частотою розвитку побічних ефектів порівняно із СІЗЗС демонструє, що прегабалін може бути краще переносимим варіантом терапії. Такий підхід може поліпшити прихильність до лікування та підвищити шанси для досягнення кращих клінічних результатів.

На підставі отриманих даних H. Fei et al. дійшли висновку, що прегабалін у дозі 75 мг/добу може бути альтернативним засобом першої лінії терапії, особливо для пацієнтів, які не переносять СІЗЗС або мають труднощі з доступом до інших методів лікування.

Перед початком лікування прегабаліном слід поінформувати пацієнта про можливі побічні ефекти призначеної терапії та симптоми відміни в разі її припинення. За вибору медикаментозного лікування також слід брати до уваги вподобання пацієнта, супутні захворювання та профіль побічних ефектів.

Висновки

Підсумовуючи дані рандомізованого контрольованого клінічного дослідження, H. Fei et al. зазначили, що лікування прегабаліном (75 мг/день) через 12 тижнів є так само ефективним, як і застосування СІЗЗС (сертраліну / есциталопраму) для зменшення симптомів тривожних розладів, оцінених за шкалою НАМА.

Терапія прегабаліном у дозі 75 мг/добу та СІЗЗС сприяла досягненню значно вищих показників відповіді на лікування і ремісії порівняно з використанням прегабаліну в дозі 25 мг/добу і плацебо. Продемонстровано сприятливий профіль переносимості прегабаліну в дозуванні 75 мг/добу з меншою частотою побічних ефектів порівняно із СІЗЗС і мінімальними симптомами відміни. Значне поліпшення рівня якості життя було виявлено в групах терапії прегабаліном у дозі 75 мг/добу та СІЗЗС.

Усе це свідчить про важливість правильного титрування дози прегабаліну при лікуванні пацієнтів із тривожними розладами, зокрема в бік її збільшення, та використання прегабаліну в дозуванні 75 мг/добу як одного з дієвих засобів, ефективність якого порівнянна із СІЗЗС, що підтверджують відповідні дані досліджень щодо його безпеки, переносимості та застосування в клінічній практиці.

Підготувала **Наталія Кунко**

ЛІРИКА

ОРИГІНАЛЬНИЙ ПРЕГАБАЛІН
ШВИДКИЙ ЕФЕКТ. СТІЙКИЙ РЕЗУЛЬТАТ.

20
РОКІВ
клінічного
досвіду⁴



35,6 мільйонів
пацієнто-років¹



223 клінічних та 105 доклінічних
досліджень²



Більше 80% пацієнтів задоволені
результатом терапії³



БІЛЬ* ЧИ ТРИВОГА** – ЛІРИКА У ДОПОМОГУ!

ЛІРИКА (прегабалін) капсули, по 50 мг, 75 мг, 150 мг або 300 мг. Для 75 мг та 150 мг – по 14 або по 21 капсулу у блистері, по 1 або по 4 блистери в картонній коробці. Для 50 мг та 300 мг – по 21 капсулу у блистері, по 1 або по 4 блистери в картонній коробці. **КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ.**

Показання для застосування: Нейропатичний біль (препарат Лірика показаний для лікування нейропатичного болю периферичного або центрального походження у дорослих); епілепсія (препарат Лірика показаний дорослим в якості додаткового лікування при парціальних судомних нападах із вторинною генералізацією або без неї); генералізований тривожний розлад (препарат Лірика показаний для лікування генералізованого тривожного розладу у дорослих); фіброміалгія. **Спосіб застосування та дози:** Препарат Лірика можна застосовувати незалежно від прийому їжі. Рекомендована доза складає 150 мг на добу, розподілена на 2 або 3 прийоми. Залежно від індивідуальної відповіді та переносимості препарату пацієнтом дозу можна збільшити до 300 мг на добу після першого тижня лікування. Дозу можна збільшити до максимальної – 600 мг на добу. Рекомендована доза препарату для лікування фіброміалгії становить від 300 до 450 мг на добу. Лікування слід розпочинати із застосування дози 75 мг двічі на добу (150 мг на добу). Лірика ефективна при застосуванні в дозах від 150 до 600 мг/добу. **Противопоказання:** Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, перелічених у розділі «Склад». **Побічна дія:** Найчастішими проявами побічної дії були запаморочення та сонливість. Побічні реакції були, зазвичай, легкого або помірного ступеня. Спостерігались також назофарингіт, посилення апетиту, безсоння, дезорієнтація, ейфоричний настрій, сплутаність свідомості, зниження лібідо, дратівливість, головний біль, амнезія, гіпестезія, седативний ефект, порушення рівноваги, летаргія, атаксія, порушення уваги і координації, погіршення пам'яті, тремор, дизартрія, парестезія, нечіткість зору, диплопія, кон'юнктивіт, нудота, діарея, сухість у роті, запор, блювання, метеоризм, еректильна дисфункція, незвичайні відчуття, підвищена втомлюваність, периферичні набряки, відчуття сп'яніння, набряки, вертиго, кон'юнктивіт, гастроентерит, порушення ходи, збільшення маси тіла (більш детально – див. інструкцію). **Особливості застосування:** Належні дані щодо застосування прегабаліну у вагітних жінок відсутні. Препарат може викликати запаморочення й сонливість, і, таким чином, впливати на здатність керувати транспортними засобами та працювати з механізмами. Годування груддю не рекомендується під час застосування прегабаліну. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами:** Оскільки прегабалін екскретується переважно в незмінену вигляді з сечею, зазнає незначного метаболізму в організмі людини (≤2% дози виділяється із сечею у формі метаболітів), не інгібує метаболізм інших препаратів *in vitro* і не зв'язується з білками плазми крові, то малоймовірно, що прегабалін може спричиняти фармакокінетичну взаємодію або бути об'єктом такої взаємодії. **Фармакологічні властивості:** Прегабалін – аналог гамма-аміномасляної кислоти [(S)-3-(амінометил)-5-метилгексанова кислота], зв'язується з допоміжною субодиницею (α₂-δ білок) потенціалізалежних кальцієвих каналів у центральній нервовій системі. **Умови відпуску:** За рецептом.

Перед використанням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією по застосуванню. Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначена для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. **Рестраційні посвідчення** №UA/3753/01/04; №UA/3753/01/02; №UA/3753/01/05; №UA/3753/01/06 від 17.01.2020 р. Наказ МОЗ №91, зі змінами від 18.11.2024 р. Наказ МОЗ №1933.

** генералізований тривожний розлад у дорослих. * Нейропатичний біль у дорослих.

Посилання: 1. Independent analysis by Pfizer using data obtained under license from the following IMS Health Incorporated service: IMS Health MIDAS Quantum (3Q15). 2. Pregabalin master bibliography. 3. Toguchi T, Igarashi A, Watt S, et al. Effectiveness of pregabalin for the treatment of chronic low back pain with accompanying lower limb pain (neuropathic component): a non interventional study in Japan, Journal of Pain Research. 2015; 8: 487–497. 4. www.fda.gov/drugsatfda Lyrica.

Джерело: Інструкція для медичного застосування лікарського засобу ЛІРИКА. Рестраційні посвідчення №UA/3753/01/04; №UA/3753/01/02; №UA/3753/01/05; №UA/3753/01/06 від 17.01.2020 р. Наказ МОЗ №91, зі змінами від 18.11.2024 р. Наказ МОЗ №1933.



Представництво «Меда Фармасьютикалс Світселенд ГмбХ» в Україні:
01054, м. Київ, вул. О. Гончара, 57Б, 6-й поверх.
Фактична адреса: 01033, м. Київ, вул. Сім'ї Прахових, 54,
тел.: +38 (044) 482-15-51. www.meda.ua
MEDA, A Viatris company

Приєднуйтеся до
професійного порталу
VIATRIS CONNECT



UKR-LVR-2025-00007

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ фармакотерапії депресії у жінок дітородного віку

Дослідження ефективності застосування антидепресантів, зважаючи на стать і вік пацієнта, є важливими для персоналізації планів лікування, оптимізації дозувань, мінімізації побічних ефектів та поліпшення очікуваних результатів. А. Fagiolini et al. здійснили ретроспективний об'єднаний аналіз ефективності терапії сертраліном у жінок репродуктивного віку з великим депресивним розладом. До вашої уваги представлено стислий огляд результатів, опублікованих у статті «A pooled analysis of the efficacy of sertraline in women, with a focus on those of childbearing age» видання *Ann Gen Psychiatry* (2024 Nov 7; 23 [1]: 44–53).

Зростання поширеності психічних розладів у всьому світі зумовлене збільшенням кількості населення і тим, що велика частка людей досягає віку, у якому зазвичай маніфестує депресія (WHO, 2017). Великий депресивний розлад (ВДР) уражає до 280–300 млн осіб у світі, посідаючи тринадцяте місце серед захворювань представників усіх вікових груп (WHO, 2017; GBD, 2020, 2022). Так, за даними досліджень, поширеність ВДР різниться між країнами, зокрема, вона вища в Австралазії, тропічній Латинській Америці та країнах Північної Америки з високим рівнем доходу (GBD, 2022).

У Європі спостерігаються відмінності в поширеності ВДР як між регіонами, так і всередині країн із плином часу (Arias-de la Torre et al., 2021). Незалежно від географічної та часової різниці, імовірність розвитку ВДР протягом життя приблизно вдвічі вища для жінок, ніж для чоловіків (Kuehner, 2017; GBD, 2022). Хоча ВДР може виникнути в будь-якому віці, за даними епідеміологічних досліджень, найпоширенішим віком дебюту ВДР є рання зрілість (Kessler and Bromet, 2013). Співвідношення представників різних статей і вік початку захворювання вказують на те, що схильність до розвитку ВДР у жінок є дуже високою у репродуктивний період (Weissman and Olfson, 1995). Зокрема, через вплив гормональних змін, пов'язаних із менструальним циклом, вагітністю, післяпологовим періодом і стадіями перименопаузи й менопаузи. Різноманітність симптомів депресії, а також проблеми з розпізнаванням супутніх захворювань часто призводять до затримки у встановленні достовірного діагнозу та початку лікування. Тому під час оцінювання стану пацієнток важливо зважати на вплив репродуктивних стадій і коливань рівнів гормонів (Abel and Freeman, 2023).

Близько 25 % жінок із депресією повідомляють, що відповідні симптоми розвинулися в них ще до настання вагітності (Wisner et al., 2013). Якщо пацієнтка з депресією

завагітніла і не отримувала лікування, це може призвести до передчасних пологів, низької ваги немовляти при народженні, дефіциту маси для гестаційного віку, мертвонародження та збільшення частоти таких проблем у матерів, як ускладнення в перинатальний період, вищий рівень оперативних втручань під час пологів і післяпологова депресія (Jahan et al., 2021).

Діти батьків, які страждають на депресію, також мають підвищений ризик розвитку тривожності, розладів соціальної поведінки та депресивних розладів (Weissman et al., 2006). Вкрай важливо для зниження таких ризиків, виконувати скринінг на депресію, моніторинг стану пацієнток, призначати належне лікування, ретельно зважаючи потенційні переваги та ризики, пропонувати відповідні профілактичні заходи (Jahan et al., 2021).

А. Fagiolini et al. наголошують на важливості оцінювання ефективності та безпеки застосування лікарських засобів, зважаючи на стать пацієнтів і їхній вік. Дані цих досліджень є важливими для розробки індивідуальних планів лікування, оптимізації схем дозування, мінімізації побічних ефектів і, зрештою, поліпшення результатів втручань, які пацієнти обох статей на різних етапах свого життя можуть отримувати відповідно до їхніх унікальних характеристик. Зважаючи на те, що жінки є більш схильними до розвитку ВДР, метою об'єданого аналізу було проаналізувати особливості застосування в цій популяції сертраліну як одного з найкраще досліджених антидепресантів (Soldin and Mattison, 2009).

Сертралін є селективним інгібітором зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), рекомендованим для лікування пацієнтів із ВДР, а також інших психічних розладів, як-от розлад соціальної тривоги, панічний розлад, обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (Singh and Saadabadi, 2023). Вказаний препарат схвалений Управлінням із контролю

Таблиця 1. Характеристики клінічних досліджень ефективності сертраліну, дані яких використали для об'єднаного аналізу

Тип дозування	Характеристики учасників (тільки групи сертраліну та плацебо)		Типи втручань	Тривалість, тижні	Параметри ефективності (бальні показники за шкалами)
	Загалом рандомізовано (n)	Аналізована вибірка жінок (n)			
Фіксована доза	369	197	Терапія сертраліном, приймання плацебо	6	HAM-D17, CGI
Титування дози	299	157	Терапія сертраліном, терапія амітриптиліном, приймання плацебо	8	HAM-D17, CGI
Фіксована доза	161	80	Терапія сертраліном, терапія амітриптиліном	8	HAM-D17, CGI
Титування дози	220	154	Терапія сертраліном, терапія флуоксетином, приймання плацебо	8	HAM-D17, CGI
Титування дози	28	12	Терапія сертраліном, терапія дезипраміном, приймання плацебо	8	HAM-D17
Титування дози	165	118	Терапія сертраліном, терапія амітриптиліном, приймання плацебо	8	HAM-D17, CGI
Титування дози	141	82	Терапія сертраліном, терапія флуоксетином	6	HAM-D17
Титування дози	261	171	Терапія сертраліном, терапія амітриптиліном, приймання плацебо	8	HAM-D17, CGI
Титування дози	187	126	Терапія сертраліном, терапія дотіепіном, приймання плацебо	6	CGI

Примітки: HAM-D17—17-пунктова шкала оцінювання депресії Гамільтона; CGI — шкала оцінювання загального клінічного враження.

Адаптовано згідно з A. Fagiolini et al. A pooled analysis of the efficacy of sertraline in women, with a focus on those of childbearing age. *Ann Gen Psychiatry*. 2024 Nov 7. Vol. 23, № 1. P. 44–53.

за якістю харчових продуктів і лікарських засобів США (FDA) і рекомендований різними настановами як препарат першої лінії лікування ВДР (Cipriani et al., 2009; APA, 2010; Bauer et al., 2013; Kennedy et al., 2016; NICE, 2022). Безпеку та ефективність застосування сертраліну в жінок, зокрема репродуктивного віку, вивчали в низці досліджень (di Lanza and Wisner, 2009; Pinheiro et al., 2015; Cuomo et al., 2018). Терапія сертраліном є одним із найчастіше призначуваних варіантів лікування пацієнтів із депресією, а сам препарат вважається одним із найбезпечніших навіть під час вагітності й лактації (Weissman et al., 2004; Singh and Saadabadi, 2023; Abel and Freeman, 2023).

Для доповнення наявної сукупності доказових даних A. Fagiolini et al. виконали ретроспективний об'єднаний аналіз досліджень завдяки оцінюванню ефективності сертраліну в жінок репродуктивного віку (18–44 роки).

Матеріали та методи дослідження

Відбір даних

В об'єднаному аналізі використовували дані осіб жіночої статі з ВДР, які в межах досліджень отримували терапію сертраліном або приймали плацебо. Проаналізувавши результати контрольованих плацебо досліджень 2-ї або 3-ї фази, у межах яких вивчали ефективність короткострокового лікування осіб із ВДР, було відібрано дев'ять досліджень, характеристики яких наведено в таблиці 1.

Учасники цих досліджень отримували терапію сертраліном по 50–200 мг/добу як у фіксованих дозах (два дослідження), так і в діапазоні дозувань (сім досліджень), або приймали плацебо. Було залучено додаткові групи активного порівняння в межах шести досліджень, але до об'єднаного аналізу брали лише дані груп терапії сертраліном

і приймання плацебо. Усі учасники дослідження приймали ліки / плацебо раз на добу. Тривалість лікування становила вісім тижнів у шести дослідженнях і шість тижнів у трьох дослідженнях, причому кінцевою точкою втручань вважався 8-й тиждень.

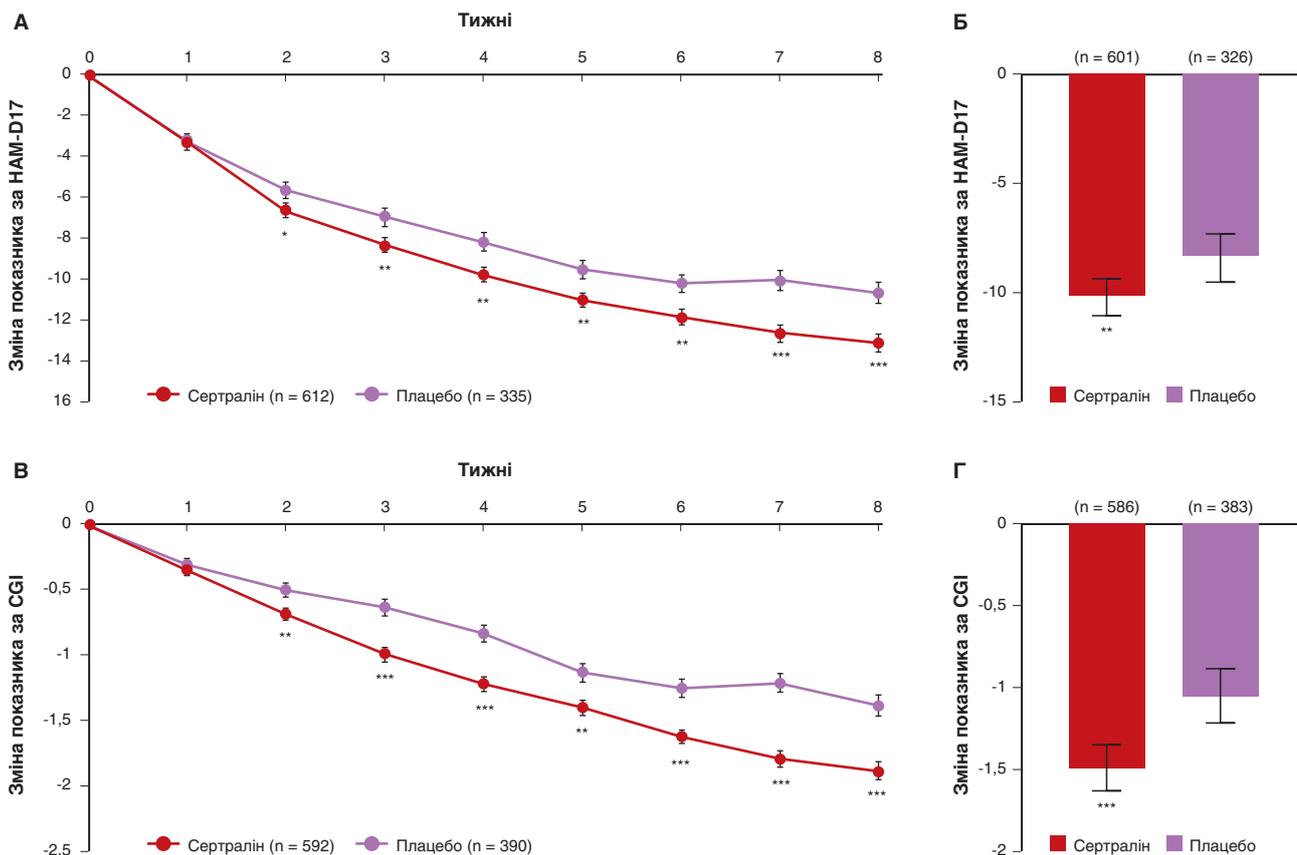
Пацієнти

У межах аналізу використовували дані жінок віком > 18 років із діагнозом ВДР, які отримували плацебо або сертралін (50–200 мг/добу). Діагноз ВДР встановлювали згідно з критеріями Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів (третьої редакції [DSM-III] або третьої редакції переглянутого [DSM-III-R]). Було відібрано пацієнток зі стабільним станом здоров'я та первинним ВДР; осіб із іншими первинними діагнозами виключали.

Для оцінювання безпеки втручань використовували дані всіх пацієнток, які отримали щонайменше одну дозу препарату згідно з дизайном подвійного сліпого дослідження. Частоту припинення лікування і найпоширеніших побічних явищ, що виникали під час лікування щонайменше в 10 % пацієнток у групах терапії сертраліном, розглядали для аналізу та порівнювали між групами втручання.

Оцінювання результатів

Ефективність лікування визначали за 17-пунктовою шкалою оцінювання депресії Гамільтона (HAM-D17) і шкалою загального клінічного враження (CGI); первинним кінцевим результатом була зміна показників HAM-D17 і CGI порівняно з базовим рівнем на 8-му тижні. У семи дослідженнях застосовували як показники HAM-D17, так і CGI, тоді як одному дослідженню — лише



Примітки: середньоквадратичні значення (95 % ДІ) змін показників із часом: А — за HAM-D17 (MMRM-аналіз); Б — за HAM-D17 (ANCOVA-аналіз); В — за CGI (MMRM-аналіз); Г — за CGI (ANCOVA-аналіз); * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,0001.

Рисунок 1. Зміни показників за шкалами HAM-D17 і CGI від вихідного рівня до 8-го тижня в жінок усіх вікових груп

Адаптовано згідно з A. Fagiolini et al. A pooled analysis of the efficacy of sertraline in women, with a focus on those of childbearing age. *Ann Gen Psychiatry*. 2024 Nov 7. Vol. 23, № 1. P. 44–53.

показники HAM-D17, і ще в одному — лише CGI. Показники припинення лікування, зокрема через побічні ефекти, вважали кінцевими результатами щодо безпеки втручання.

Статистичний аналіз

Популяція повного аналізу охоплювала усіх осіб жіночої статі (n = 1097), які отримали щонайменше одну дозу сертраліну або плацебо; вибірка аналізу пацієнток репродуктивного віку (18–44 років), для яких було визначено принаймні один показник ефективності, була дещо меншою (n = 651). Статистичний аналіз виконували на підставі індивідуальних даних пацієнток, а не на підсумковій статистиці для кожного з досліджень. Зміни параметрів ефективності (показників за HAM-D17 і CGI) як для груп лікування, так і для груп приймання плацебо визначали на вихідному рівні, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 і 8-му тижнях відповідно. Модель змішаних ефектів для повторних вимірювань (MMRM) використовували для аналізу безперервних змінних ефективності протягом певного часу (1, 2, 3, 4, 6 і 8-й тижні) відповідно до умов дослідження, візиту, групи застосування, взаємодії візиту і групи лікування, а також початкового показника як коваріати. Для оцінювання поточних змін порівняно з вихідним рівнем на 8-му тижні, із перенесенням останнього спостереження (LOCF) для заміщення даних, яких бракувало, використовували коваріаційний аналіз (ANCOVA). Закінченням дослідження вважали восьмий тиждень, статистично значущими — показники зі значенням p < 0,05.

Результати дослідження

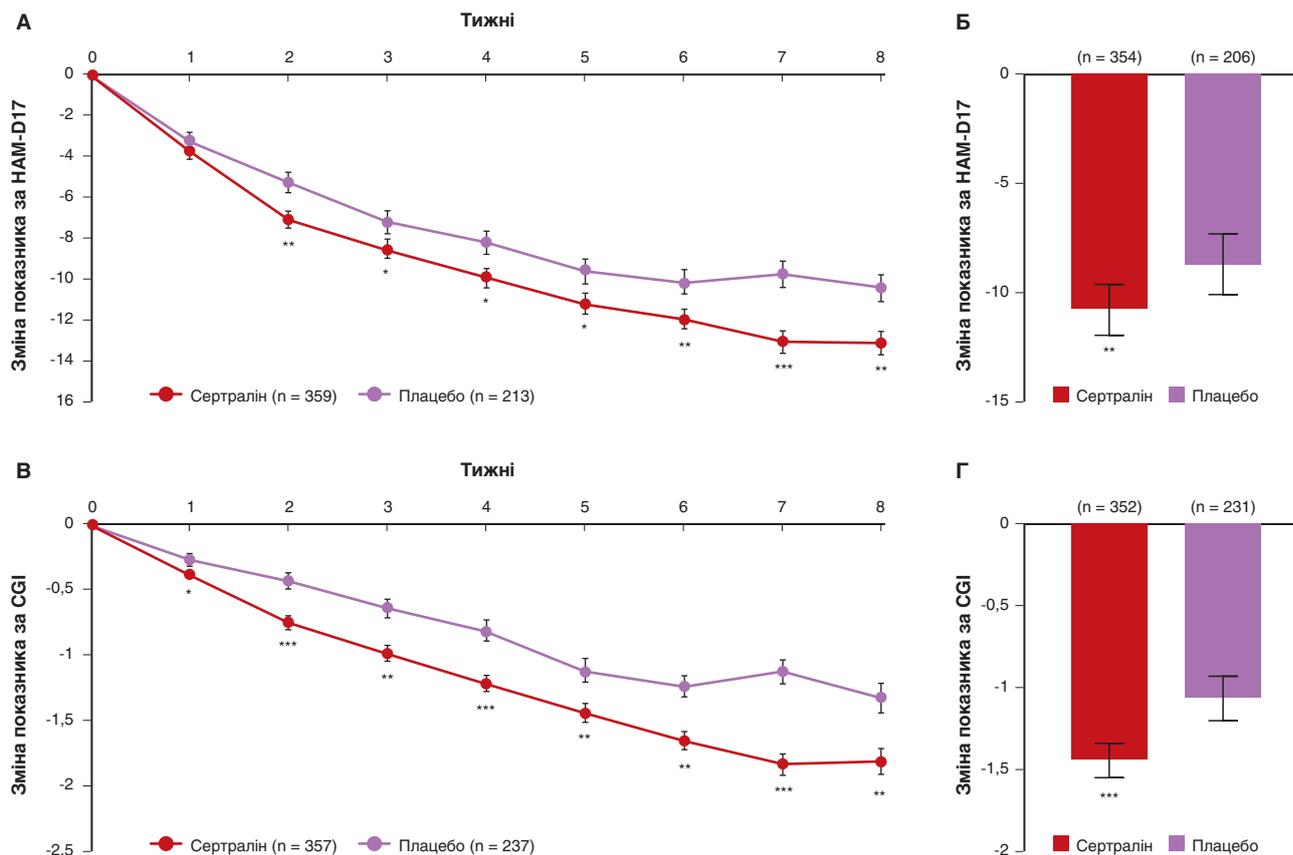
Пацієнти

В аналізованих дев'яти дослідженнях брали участь 1832 дорослі пацієнти, 1097 (59,8 %) із яких були жіночої статі. У зведеній жіночій підгрупі 92,5 % — представниці європеїдної раси, середнім віком 43,5 ± 14,88 року. Середній загальний показник за HAM-D17 на вихідному рівні 23,8 ± 3,49 бала для всіх осіб жіночої статі і 23,6 ± 3,29 бала для жінок репродуктивного віку (18–44 роки). На початку дослідження середній загальний показник за CGI для всіх осіб жіночої статі становив 4,3 ± 0,59 бала, а для репродуктивного віку — 4,3 ± 0,59 бала.

Оцінювання ефективності втручання

Жінки всіх вікових груп. Показники за HAM-D17 оцінювали у 947 учасниць (плацебо — 335; сертралін — 612), для яких було визначено принаймні один показник ефективності за цією шкалою на додаток до показника на вихідному рівні. Наприкінці 8-го тижня зміна середнього значення проти вихідного рівня, за методом найменших квадратів і методом ANCOVA, була значуще більшою за терапії сертраліном, ніж плацебо: середня різниця -1,81 (95 % довірчий інтервал [ДІ] від -3,01 до -0,62; p = 0,0029) (рис. 1А).

За даними проведеного аналізу зміни показників за шкалою HAM-D17 проти вихідного рівня за методом MMRM, статистично значуща розбіжність у групах приймання плацебо та терапії сертраліном спостерігалась на 2-му тижні (p = 0,0253) і була значущою до 8-го тижня



Примітки: середньоквадратичні значення (95 % ДІ) змін показників із часом: А — за HAM-D17 (MMRM-аналіз); Б — за HAM-D17 (ANCOVA-аналіз); В — за CGI (MMRM-аналіз); Г — за CGI (ANCOVA-аналіз); * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,0001.

Рисунки 2. Зміни показників за шкалами HAM-D17 і CGI від вихідного рівня до 8-го тижня в жінок репродуктивного віку

Адаптовано згідно з A. Fagiolini et al. A pooled analysis of the efficacy of sertraline in women, with a focus on those of childbearing age. *Ann Gen Psychiatry*. 2024 Nov 7. Vol. 23, № 1. P. 44–53.

($p < 0,0001$) (рис. 1Б). Показники за CGI оцінювали у 982 учасниць (плацебо — 390; сертралін — 592). Наприкінці 8-го тижня зміна середнього значення проти вихідного рівня, за методом найменших квадратів і методом ANCOVA, була значуще більшою в пацієнок за терапії сертраліном, ніж плацебо: середня різниця -0,38 (95 % ДІ від -0,55 до -0,20; $p < 0,0001$) (рис. 1В).

За даними аналізу зміни показників за шкалою CGI проти вихідного рівня за методом MMRM, статистично значуща розбіжність у групах приймання плацебо і терапії сертраліном спостерігалася на 2-му тижні ($p = 0,0051$) і була значущою до 8-го тижня ($p < 0,0001$) (рис. 1Г).

Жінки репродуктивного віку (18–44 роки). Оцінювали показники за HAM-D17 у 572 учасниць (плацебо — 213; сертралін — 359), для яких було визначено принаймні один показник ефективності за цією шкалою на додаток до показника на вихідному рівні. Наприкінці 8-го тижня дослідження зміна середнього значення проти вихідного рівня, за методом найменших квадратів і методом ANCOVA, була значуще більшою в пацієнок репродуктивного віку, які отримували терапію сертраліном, ніж у тих, які приймали плацебо: середня різниця -2,08 (95 % довірчий інтервал [ДІ] від -3,52 до -0,64; $p = 0,0047$) (рис. 2А). Статистично значуща розбіжність у групах приймання плацебо і терапії сертраліном, за даними аналізу зміни показників за шкалою HAM-D17 від вихідного рівня за методом MMRM, спостерігалася на 2-му тижні ($p = 0,001$) і була значущою до 8-го тижня ($p < 0,0011$) (рис. 2Б).

Оцінювали показники за CGI у 594 учасниць (плацебо — 237; сертралін — 357). Наприкінці 8-го тижня зміна середнього значення проти вихідного рівня, за методом найменших квадратів і методом ANCOVA, була значуще більшою в пацієнок за терапії сертраліном, ніж плацебо: середня різниця -0,44 (95 % ДІ від -0,66 до -0,22; $p < 0,0001$) (рис. 2В). За даними об'єднаного аналізу зміни показників за шкалою CGI проти вихідного рівня за методом MMRM, статистично значуща розбіжність між групами застосування плацебо та терапії сертраліном спостерігалась на 1-му тижні ($p = 0,0486$) і була значущою до 8-го тижня ($p = 0,0011$) (рис. 2Г).

Аналіз безпеки

У групі приймання плацебо припинили дослідження 142 із 404 (35,2 %) осіб жіночої статі та 265 зі 693 (38,2 %) у групі терапії сертраліном. Зокрема, через побічні ефекти: 16 із 404 (4 %) осіб у групі приймання плацебо та 115 зі 693 (16,6 %) осіб у групі застосування сертраліну. Дані щодо частоти розвитку побічних ефектів у загальній групі наведено в таблиці 2.

Обговорення

За даними метааналізів, сертралін є одним із найбезпечніших і ефективних антидепресантів першої лінії. У представленому аналізі A. Fagiolini et al. показники за HAM-D17 і CGI, зареєстровані на вихідному рівні та наприкінці 8-го тижня, порівнювали за допомогою методу ANCOVA.

Таблиця 2. Побічні ефекти із частотою $\geq 10\%$ у групі терапії сертраліном

Побічні ефекти, пов'язані із втручанням	Група терапії сертраліном (n = 693) n (%)	Група приймання плацебо (n = 404) n (%)
Сухість у роті	115 (16,59)	60 (14,85)
Запаморочення	79 (11,40)	46 (11,39)
Головний біль	135 (19,48)	83 (20,54)
Тремор	87 (12,55)	29 (7,18)
Діарея / рідкі випорожнення	100 (14,43)	23 (5,69)
Нудота	175 (25,25)	59 (14,60)
Втомлюваність	73 (10,53)	43 (10,64)
Безсоння	93 (13,42)	49 (12,13)
Сонливість	71 (10,25)	30 (7,43)

Адаптовано згідно з A. Fagiolini et al. A pooled analysis of the efficacy of sertraline in women, with a focus on those of childbearing age. *Ann Gen Psychiatry*. 2024 Nov 7. Vol. 23, № 1. P. 44–53.

Зниження показників за обома шкалами було значно більшим як у всіх осіб жіночої статі, так і в жінок репродуктивного віку, які отримували терапію сертраліном, ніж у тих, хто приймав плацебо. Оцінки за HAM-D17 і CGI реєстрували на початку дослідження та щотижня. Суттєву різницю між групами приймання плацебо та сертраліну виявлено з 2-го тижня за показниками обох шкал. У жінок репродуктивного віку значущий розрив між ефектами у двох групах фіксували з 2-го тижня за показниками HAM-D17 і з 1-го тижня за показниками CGI. До 8-го тижня тривало значуще зниження показників для всіх показників в обох групах.

Варіації рівнів статевих стероїдів у жінок на різних етапах життя можуть чинити прямий і опосередкований вплив на всмоктування, розподіл, метаболізм і виведення ліків. Нині бракує даних досліджень щодо рівнів статевих стероїдних гормонів, які позначаються на ефективності препаратів або розвитку побічних явищ. За даними короткострокових досліджень, СІЗЗС циталопрам, інгібітори зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН) десвенлафаксин і дулоксетин є ефективними для жінок із ВДР як у пери-, так і в постменопаузі (Soares et al., 2003; Burt et al., 2005; Clayton et al., 2013; Kornstein et al., 2015; Norman and Olver, 2021). Результати порівняння дії СІЗЗС флуоксетину і СІЗЗСН венлафаксину для лікування жінок із ВДР у постменопаузі засвідчили, що венлафаксин добре переносився і сприяв значущій редукції симптомів ВДР (Zhou et al., 2021). Дані аналогічного порівняльного дослідження застосування СІЗЗС есциталопраму і СІЗЗСН десвенлафаксину продемонстрували, що есциталопрам дієвіший за короткострокового лікування депресії, обидва препарати однаково безпечні й добре переносилися жінками в постменопаузі (Mahajan et al., 2019).

СІЗЗС є найчастіше призначуваними ліками для пацієнтів із депресією (Chu, 2023). Оригінальні або генеричні форми сертраліну нині доступні в усьому світі, зокрема в країнах із доходом нижче середнього рівня і з низьким

рівнем доходу (Dharmawardene and Menkes, 2014; Gbadamosi et al., 2022). Найчастіше призначають СІЗЗС, потім — інші антидепресанти (венлафаксин і міртазапін) і трициклічні антидепресанти (ТЦА) (амітриптилін і досулепін) (Sundell et al., 2011; Wemakor et al., 2014). Ефективність застосування сертраліну ретельно вивчали для популяцій зазначених країн (Indu et al., 2018).

Лікування сертраліном було ефективнішим, ніж есциталопрамом, зокрема для зниження симптомів депресії (Raza et al., 2023). На відміну від ТЦА, сертралін не чинить антихолінергічної дії. Перевагами застосування сертраліну в клінічній практиці також є те, що він не потребує коригування дози препарату для пацієнтів літнього віку (на відміну від пароксетину та циталопраму), а також поліпшення параметрів когнітивних функцій (порівняно з флуоксетином). Сертраліну притаманний нижчий потенціал лікарської взаємодії, що особливо важливо для літніх пацієнтів, які через супутні захворювання приймають декілька препаратів (Muijsers et al., 2002). Крім того, сертралін добре переноситься і є помірно ефективним порівняно з плацебо для лікування ВДР у літніх пацієнтів (віком > 60 років) (Muijsers et al., 2002; Schneider et al., 2003).

У жінок репродуктивного віку, особливо з депресією в анамнезі, під час вагітності та в післяпологовому періоді, існує ризик розвитку рецидиву. Нелікована депресія (на додаток до її впливу на зв'язок матері та дитини) може мати серйозні наслідки, як-от підвищену дратівливість, занепокоєння, стомлюваність; ризик самогубства; недостатнє харчування матері та плоду, що призводить до несприятливих неонатальних та акушерських результатів (Bhatia and Bhatia, 1999).

Жінки з епізодами депресії в анамнезі, зокрема під час вагітності, мають підвищений ризик розвитку післяпологової (постнатальної) депресії, післяпологових ПТСР і ОКР, а також післяпологової тривожності (Ghaedrahmati et al., 2017; Grekin and O'Hara, 2014; Bayri Bingol and Demirgoz Bal, 2020; (Miller et al., 2013; van der Zee-van, den Berg et al., 2021). Тож своєчасне призначення лікування пацієнтам із ВДР є дуже важливим, зокрема для жінок дітородного віку, щоб запобігти супутнім захворюванням, які можуть виникнути в післяпологовому періоді.

Висновки

На підставі даних дослідження A. Fagiolini et al. підтверджено статус сертраліну як ефективного антидепресанту класу СІЗЗС, що асоціюється з нижчою кількістю побічних ефектів, зокрема в жінок репродуктивного віку з ВДР різного ступеня тяжкості. Ці дані можуть бути актуальними, як щодо ефективності кожного з препаратів, які зазвичай призначають у клінічній практиці пацієнтам із ВДР, так і щоб краще оцінити вплив і безпеку втручань для осіб обох статей і різних вікових груп, що важливо для персоналізації планів лікування, оптимізації дозувань, мінімізації побічних реакцій і поліпшення кінцевих результатів.

Підготувала **Наталія Купко**

Список літератури знаходиться в редакції



ЗОЛОФТ® – оптимальний вибір для початку терапії ваших пацієнтів¹

Сприяє відразу з ключовим фактором успіху терапії

- ☀️ Ефективне купірування симптомів^{2,3}
- ☀️ Дотримання тривалого курсу терапії⁴
- ☀️ Функціональне одужання пацієнта⁵



1. Cipriani A., Furukawa TA, Georgia Salanti G., Comparative efficacy and acceptability of 12 new generation antidepressants a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2009, Feb; 373: 746 – 58. 2. Moller H.J., Glaser K., Leverkus F.C., et al, Double-blind, Multicenter Comparative Study of Sertraline versus Amitriptyline in Outpatients with Major Depression, *Globel Pharmacopsychiatry*. 2000, Nov, 33 (6); 206-12. 3. Fava M., Rosenbaum JF., Hoog SL., et al., Fluoxetine versus sertraline and paroxetine in major depression: tolerability and efficacy in anxious depression, *Journal of Affective Disorders*, 2000, 59, 119–126. 4. Nierenberg AA, Petersen TJ, Alpert JE, Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy, *J Clin Psychiatry*. 2003; 64 (suppl 15): 13-17. 5. Huang Y., Wang Y., Chen J. et al. Clinical outcomes of patients with major depressive disorder treated with either duloxetine, escitalopram, fluoxetine, paroxetine, or sertraline. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 2018;14 2473–2484.

ЗОЛОФТ® (сертралін) таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 50 мг; по 14 таблеток у блістері, по 2 блістери в картонній упаковці.

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ.

Показання для застосування: Великі депресивні епізоди, запобігання рецидиву великих депресивних епізодів, панічні розлади з наявністю або відсутністю агорафобії, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР) у дорослих та дітей 6–17 років, соціальний тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). **Спосіб застосування та дози:** Сертралін приймати 1 раз на добу (вранці або ввечері). Таблетки можна приймати незалежно від вживання їжі. Лікування депресії та ОКР слід розпочинати з дози 50 мг/добу; панічних розладів, ПТСР та соціального тривожного розладу – з 25 мг/добу, через 1 тиждень підвищуючи до 50 мг 1 раз на добу. Підлітки віком 13–17 років з ОКР: початкова доза становить 50 мг 1 раз на добу. Діти віком 6–12 років: початкова доза становить 25 мг 1 раз на добу. Через 1 тиждень дозу можна збільшити до 50 мг 1 раз на добу. Більш детально – див. інструкцію. **Противпоказання:** Підвищена чутливість до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин, зазначених у розділі «Склад». Противпоказане одночасне застосування сертраліну разом з інгібіторами моноаміноксидаз (MAO) незворотної дії у зв'язку з ризиком розвитку серотонінового синдрому з проявами таких симптомів як збудження, тремор та гіпертермія. Розпочинати терапію сертраліном не можна щонайменше протягом 14 днів після припинення курсу лікування інгібітором MAO незворотної дії. Застосування сертраліну у слід припинити щонайменше за 7 днів до початку терапії інгібітором MAO незворотної дії. Противпоказане одночасне застосування сертраліну та пімізиду. **Побічна дія:** Найчастішими проявами побічної дії були: фарингіт, зниження апетиту, посилення апетиту, безсоння, депресія, деперсоналізація, нічні жахи, відчуття тривожності, збудження, нервозність, зниження лібідо, бруксизм, запаморочення, сонливість, головний біль, парестезія, тремор, гіпертонус, дисгевзія, порушення уваги, порушення зору, дзвін у вухах, відчуття серцебиття, припливи, позихання, діарея, нудота, сухість у роті, біль у животі, блювання, запор, диспепсія, метеоризм, висипання, гіпергідроз, порушення еякуляції, підвищена втомлюваність (більш детально – див. інструкцію). **Особливості застосування:** Одночасне застосування сертраліну та інших засобів, що посилюють ефект серотонінергічної нейротрансмісії, таких як аміфетаміни, триптофан, фенфлураміни, 5-HT-агоністи чи рослинні препарати, препарати звіробію (*Hypericum perforatum*), слід проводити з обережністю, і такої комбінованої терапії слід у разі можливості уникати. Повідомлялося про розвиток синдромів, що можуть бути небезпечними для життя, таких як серотоніновий синдром чи зляканий нейролептичний синдром (більш детально – див. інструкцію). **Взаємодія з іншими лікарськими засобами:** Противпоказане застосування сертраліну разом з інгібіторами MAO незворотної дії, селективними MAO інгібіторами зворотної дії, неселективними інгібіторами MAO зворотної дії, пімізидом. Не рекомендується одночасне застосування з засобами, які пригнічують ЦНС, алкоголем, іншими серотонінергічними лікарськими засобами (більш детально – див. інструкцію). **Фармакологічні властивості:** Сертралін є потужним та специфічним інгібітором нейронального захоплення серотоніну (5-HT) *in vitro*, яке в організмі тварин призводить до потенціювання ефектів 5-HT. **Умови відпуску:** За рецептом.

Перед використанням препарату необхідно ознайомитись з інструкцією за застосуванням. Інформація для лікарів та фармацевтів. Призначена для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. **Реєстраційне посвідчення** №UA/7475/01/01 Наказ МОЗ №1586 від 13.12.2017 р., зі змінами від 09.09.2024 р. Наказ МОЗ №1557.

Якщо Вам стало відомо про будь-які побічні реакції, пов'язані із застосуванням продукту компанії, у т.ч. застосуванням у період вагітності або годування груддю, або про такі, що виникли у результаті медичних помилок, неправильного застосування, зловживання, передозування, взаємодії з іншими лікарськими засобами чи взаємодії лікарського засобу та їжі, застосування не за показаннями чи внаслідок впливу, пов'язаного з професійною та непрофесійною діяльністю, підозрюваною передачею інфекційного агента чи відсутності ефективності, а також асоційовані з дефектом якості, необхідно повідомити про це особі, відповідальній за фармаконагляд, за електронною адресою infosafety.cis@viatris.com

Приєднуйтеся до професійного порталу
VIATRIS CONNECT



Представництво «Меда Фармасьютікалз Світселенд ГмбХ» в Україні:
01054, м. Київ, вул. О. Гончара, 57Б, 6-й поверх.
Фактична адреса: 01033, м. Київ, вул. Сім'ї Прахових, 54, тел.: +38 (044) 482-15-51.
www.meda.ua MEDA, A Viatris company

МОДЕЛЬ ПОЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ пацієнтів із ноцицептивним болем

Поширеність хронічного болю, який може призводити до розвитку депресії, тривожних, біполярних афективних і посттравматичних стресових розладів, є вищою серед військовослужбовців, ніж серед цивільного населення. До вашої уваги представлено огляд частини статті K. T. Nguyen et al. «A Pathophysiological Approach for Selecting Medications to Treat Nociceptive and Neuropathic Pain in Servicemembers» видання *Mil Med* (2024 Aug 30; 189 [9–10]: e1879–e1889), у якій на основі аналізу доказових даних описано поетапний підхід до лікування осіб із ноцицептивним соматичним болем.

Близько 31–44% військовослужбовців дійсної служби у США страждають від хронічного болю, тоді як серед цивільного населення цей показник становить 26% (Toblin et al., 2011; Reif et al., 2018). Імовірно, це пов'язано зі значними ураженнями м'язово-скелетного апарату, зумовленими як фізичними навантаженнями, так і бойовими травмами, наслідки яких можуть погіршуватися із часом (Smith et al., 2020).

Хронічний біль також може призводити до інших неврологічних і патофізіологічних станів. Як повідомляє Організація з дослідження психічного здоров'я США (Mental Health America – МНА), згідно з даними протягом 2015–2019 рр., особи, які відчували хронічний біль, частіше страждали від психічних порушень, зокрема тяжких тривожних розладів і депресії, біполярного афективного розладу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Згадані захворювання своєю чергою знижували продуктивність праці й готовність до виконання військових обов'язків, збільшували ризик надмірного вживання опіоїдів та розвитку залежності від них (McGeary et al., 2016).

R. M. Bray et al. (2012) провели дослідження, використовуючи дані опитувань Міністерства оборони США (DoD) щодо зловживання рецептурними знеболювальними препаратами серед військовослужбовців, які перебувають на дійсній службі. Зокрема, було виявлено, що підгрупа цих пацієнтів приблизно втричі частіше зловживала знеболювальними препаратами вже після того, як їхні основні скарги на біль припинилися.

Більшість знеболювальних препаратів призначали військовослужбовцям під час бойових операцій, коли дійсно траплялися травми. Однак багато хто продовжував використовувати ці засоби після одужання й повернення до цивільного життя.

Використовуючи дані щодо пацієнтів Адміністрації з охорони здоров'я ветеранів та Міністерства оборони США (VHA / DoD) за 2010–2016 рр., T. Peltzman et al., (2020) проаналізували смертність від передозування,

зокрема опіоїдними препаратами, серед ветеранів США. Тоді як цей показник становив 51,3% (1779 із 3465) від усіх смертей від передозування серед ветеранів за 2010 р. та 62,1% (2775 із 4466) – за 2016 р.

Крім випадків, пов'язаних із тривалим прийманням призначених опіоїдів під час активної участі в службі, вразливість щодо передозування вказаних засобів у ветеранів, які виходили у відставку й поверталися до цивільного життя, може бути пов'язана з багатьма проблемами із психічним і фізичним здоров'ям, працевлаштуванням тощо (Bennett et al., 2022).

Проте K. T. Nguyen et al. зосередилися лише на розгляді поетапного підходу, починаючи з нефармакологічного втручання та медикаментозної терапії неопіоїдними препаратами для запобігання потенційній шкоді, пов'язаній із тривалою терапією опіоїдами, зокрема їх передозуванню, зловживанню, переломам, інфаркту міокарда тощо (Furlan et al., 2011; Chou et al., 2015).

Щоб запобігти потенційному зловживанню опіоїдами, VHA розробила комплексний та інтегрований підхід, спираючись на модель поетапного лікування болю (Stepped Care Model for Pain Management – SCM-PM) (DVA / VHA, 2009).

Така модель передбачає цілісний підхід для контролю болю, поліпшення функціонування та якості життя за допомогою мультимодальних і міждисциплінарних ресурсів для лікування больових синдромів. У партнерстві з VHA Управління начальника медичної служби США (ASGO) створило Робочу групу з лікування больових синдромів для перегляду відповідних сучасних практик у військах та розробки рекомендацій для медичних закладів Командування медичного забезпечення армії США (MEDCOM).

Метою її діяльності було розв'язання проблеми потенційного зловживання призначеними опіоїдами та активне зменшення вразливості ветеранів щодо розладів, пов'язаних із застосуванням цих засобів, після їхнього повернення до цивільного життя.

Таблиця 1. Больові рецептори та механізми їхньої дії

Типи больових рецепторів		
Основні ноцицептори	Чутливість	Можливі подразники
Термічні	До високих та низьких температур	Опік, вогонь або сильний холод
Механічні	До прямого тиску	Здавлювання, різання, щипання, стискання, розтягування або будь-який непрямий тиск всередині тіла, спричинений запаленням тканин, набряком або ростом пухлини
Хімічні	До дії хімічних речовин	Хімічні речовини, що вивільняються клітинами після інфекції, укусів комах тощо
Механізми дії		
Процеси	Шляхи	Способи дії
Трансдукція	Висхідний (збуджувальний)	Відбувається під час дії подразника на тканину в периферичних або вісцеральних ділянках; больова інформація перетворюється на електричний сигнал і поширюється від місця ушкодження
Трансмсія	Висхідний (збуджувальний)	Задіяні нейрони першого порядку (первинні аферентні нейронами А β та С-волокна) у внутрішніх органах (серце / печінка) і ПНС (руки / стопи), які відповідають за передачу больової інформації (електричних сигналів) до дорсального рогу спинного мозку, де вони утворюють синапси з нейронами другого порядку. Нейрони другого порядку переходять на інший бік спинного мозку (крос-овер), передаючи електричні сигнали до таламуса, де вони утворюють синапси з нейронами третього порядку. Потім нейрони третього порядку ретранслюють больові сигнали до сенсорної зони кори головного мозку. Таламус є «проміжною станцією» між ЦНС та рештою організму. А β -волокна є великими мієлінізованими волокнами, що відповідають за відчуття гострого болю; С-волокна — крихітними немієлінізованими волокнами, що індукують тупий або тривалий біль
Сприйняття	Висхідний (збуджувальний)	Сприйняття відбувається, коли сенсорна зона кори головного мозку отримує інформацію про біль від нейронів третього порядку
Модуляція	Низхідний / висхідний	Коли больове відчуття досягає сенсорної зони кори головного мозку, низхідна модуляторна система мобілізується в різних ділянках кори головного мозку та активує періакведукальну сіру речовину. Остання стимулює ядра шва, посылаючи активовані низхідні гальмівні нейрони до дорсального рогу головного мозку, де вивільнення й підвищення рівня гальмівних нейромедіаторів значною мірою сприяє модуляції болю шляхом переривання його висхідної передачі від дорсального рогу до сенсорної зони кори

Примітки: ПНС — периферична нервова система; ЦНС — центральна нервова система.

Адаптовано згідно з К.Т. Nguyen et al. A Pathophysiological Approach for Selecting Medications to Treat Nociceptive and Neuropathic Pain in Servicemembers. *Mil Med.* 2024. Vol. 189, № 9–10: e1879–e1889.

Робоча група завдяки моделі SCM-PM розробила відповідну комплексну стратегію щодо лікування пацієнтів із больовим синдромом, рекомендовану для всієї системи охорони здоров'я військовослужбовців (DoD, 2011).

На її основі було створено міждисциплінарні клініки з лікування больових синдромів із командами з надання первинної медичної допомоги, у складі мають бути терапевти, психологи, фармацевти, фізіотерапевти, ерготерапевти, мануальні терапевти, медсестри відповідної кваліфікації, масажисти, інструктори з йоги та координатори з надання медичної допомоги.

Злагоджена робота команд спрямована на просування нефармакологічних методів лікування та медикаментозного лікування неопіїдними препаратами пацієнтів із хронічним боєм, не пов'язаним з онкологічними захворюваннями (DoD, 2011).

До нефармакологічних втручань належать:

- Інформування щодо вживання продуктів із високим вмістом антиоксидантів для зменшення системного запалення, що може сприяти нормалізації сну.
- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).
- Когнітивна терапія на основі усвідомленості (майнд-фулнес).
- Застосування медитації.
- Методи зменшення болю.

У межах рандомізованого дослідження було проаналізовано дані 250 пацієнтів медичного центру Управління зі справ ветеранів США (VA) щодо зв'язку між больовим синдромом і якістю сну. Результати оцінювали на початку дослідження, через 3 і 12 місяців відповідно. Як зазначають дослідники, зміни скарг на порушення сну через три місяці були достовірними предикторами змін інтенсивності болю через 12 місяців (стандартизований коефіцієнт регресії = 0,29; $p < 0,001$). Своєю чергою зміни виразності болю меншою мірою допомагали передбачити зміни якості сну (стандартизований коефіцієнт регресії = 0,15; $p < 0,05$) (Koffel et al., 2016).

Міждисциплінарними додатковими методами лікування больових синдромів є хіропрактична допомога, фізіо- і трудотерапія, акупунктура, йога та масажна терапія. Вони слугують альтернативою або доповненням до традиційного медикаментозного лікування і сприяють підвищенню якості життя пацієнтів.

Комплексний підхід до лікування больових синдромів узгоджується із чинними настановами щодо застосування опіїдної терапії за хронічного болю. Пацієнтам із хронічним боєм, не пов'язаним із раком, рекомендовано насамперед призначати нефармакологічне лікування та неопіїдну фармакотерапію (DoD, 2021; VA/DoD, 2022; CDCP, 2022).

Таблиця 2. Типи нейромедіаторів

Збуджувальні нейромедіатори	Механізми дії / ефекти	Причинно-наслідковий зв'язок	Локалізація
Простагландини Dubin and Pataroutian, 2010; Gold and Gebhart, 2010; Ricciotti and FitzGerald, 2011; Smith, 2018; Yam et al., 2018	Ферменти ЦОГ-1 та ЦОГ-2 перетворюють жирні кислоти клітинної мембрани на простагландини. Коли тканини пошкоджені, вироблення ПГ-E2, залученого до процесу запалення, значно зростає. Він підтримує запальні процеси та надсилає безперервні больові сигнали до сенсорної зони кори	Ноцицептивний біль	Фермент ЦОГ-1 у низькій концентрації є в усіх тканинах організму, що необхідно для захисту серця, слизової оболонки шлунково-кишкового тракту та інших внутрішніх органів. Вироблення ферменту ЦОГ-2 збільшується під час запальних процесів, в результаті зростає збільшується утворення ПГ-E2
Глутамат (первинний) Zhou and Danbolt, 2014; Samineni et al., 2017; Yam et al., 2018; Finnerup et al., 2021 Речовина P (вторинний) Dubin and Pataroutian, 2010; Gold and Gebhart, 2010; Smith, 2018; Yam et al., 2018	У відповідь на больовий подразник пресинаптичні нейронні закінчення вивільняють везикули, що містять субстанцію P та глутамат, у синапси між нейронами 1-го та 2-го порядку в дорсальному розі. Ці медіатори підсилюють та передають больовий сигнал до сенсорної зони кори через висхідний збуджувальний шлях (глутамат відповідає за передачу близько 75 % больових сигналів)	Ноцицептивний та нейропатичний біль	ЦНС і ПНС
Гальмівні / модульовальні медіатори	Механізм	Модуляція	Локалізація
Енкефалін Ендорфін Dubin and Pataroutian, 2010; Gold and Gebhart, 2010; Ricciotti and FitzGerald, 2011; Smith, 2018; Yam et al., 2018; Busse et al., 2018; Varrassi et al., 2020; Finnerup et al., 2021	Стимуляція низхідного гальмівного шляху; пригнічення вивільнення субстанції P; пригнічення передачі больових сигналів	Ноцицептивний та нейропатичний біль	ЦНС: гіпоталамус, середній мозок, довгастий мозок, спинний мозок, рецептори в періакведукальній сірій речовині

Примітки: ЦОГ — циклооксигеназа; ЦНС — центральна нервова система; ПНС — периферична нервова система.

Адаптовано згідно з K.T. Nguyen et al. A Pathophysiological Approach for Selecting Medications to Treat Nociceptive and Neuropathic Pain in Servicemembers. *Mil Med.* 2024. Vol. 189, № 9–10. e1879–e1889.

Основна мета огляду K.T. Nguyen et al. — узагальнення узгоджених рекомендацій VHA, VA/DoD і CDCR щодо лікування пацієнтів із системним боєм, зокрема ноцицептивним соматичним. Ці рекомендації ґрунтуються на поетапному підході до лікування згаданої корти осіб, починаючи із нефармакологічних методів і застосування неопіоїдних засобів до призначення опіоїдної терапії. Також було проаналізовано основні механізми дії препаратів і метаболічні шляхи, пов'язані із цими типами болю.

Аналіз публікацій

Автори використовували інструмент для оцінювання якості нарративних оглядів статей (SANRA). Застосування цієї шестипунктової шкали забезпечує визначення: внутрішньокласового коефіцієнта кореляції 0,77; 95% довірчого інтервалу (ДІ); показника міжекспертної надійності 0,88 (Baethge et al., 2019).

Пошук відбувався в базах даних PubMed, Google Scholar, WorldCat і в Кокранівській бібліотеці. Було відібрано та проаналізовано 48 статей, опублікованих протягом 2011–2022 рр., що стосуються безпеки та ефективності застосування ліків для полегшення ноцицептивного соматичного болю, а також механізмів його розвитку та патофізіологічних шляхів. Крім того, автори зосередили увагу на рекомендованих фармакологічних методах лікування пацієнтів із цим типом больових відчуттів на підставі чинних настанов (DoD, 2021; VA/DoD, 2022; CDCR, 2022). Для огляду не використовували дані статей із педіатричної терапії, деякими специфічними

больовими станами (біль, пов'язаний із раком, паліативною допомогою, доглядом осіб наприкінці життя), неангломовні публікації.

Больові рецептори та механізми виникнення болю

Больові рецептори (ноцицептори) – це група сенсорних нейронів (головно первинні аферентні нейрони Aδ і C-волокна) зі специфічними молекулярними сенсорами на нервових закінченнях. Вони реагують на пошкодження тканин, зумовлюючи процеси трансдукції (передачі ноцицептивного болю у вигляді електричних сигналів), трансмісії (проведення больових сигналів до спинного мозку та сенсорної зони кори головного мозку), де відбувається сприйняття (обробка больових відчуттів) (Dubin and Pataroutian, 2010; Gold and Gebhart, 2010; Smith, 2018; Yam et al., 2018). У таблиці 1 наведено больові рецептори, відомі як ноцицептори, та механізми їх реагування на механічні, термічні та хімічні подразники.

Ноцицептивний соматичний біль

За даними досліджень, одним із типів болю, від якого найчастіше страждають військовослужбовці, є ноцицептивний соматичний біль (Dubin and Pataroutian, 2010; Gold and Gebhart, 2010; Smith, 2018; Yam et al., 2018).

Ноцицептивний соматичний біль є наслідком ушкодження тканин хімічними, механічними або термічними подразниками, які активують больові рецептори (ноцицептори) у сенсорних нервових закінченнях.

Таблиця 3. Терапевтичні засоби, поетапно призначувані для лікування пацієнтів із ноцицептивним соматичним болем

Препарати (посилання на джерела)	Модулятори		Механізм дії
	Ендогенні	Екзогенні	
Терапія першої лінії			
Пероральні НПЗП Woolf and Max, 2001; Derry et al., 2016; Wongrakpanich et al., 2018; Bhatia et al., 2020; Varrassi et al., 2020; Chen et al., 2021;	ЦОГ-1 у низькій концентрації є в усіх тканинах організму. ЦОГ-2 є індукційним, його рівень різко зростає під час запальних процесів	НПЗП — інгібітори ЦОГ-1 та ЦОГ-2 пригнічують утворення різноманітних ПГ, зокрема ПГ-Е2. Найпоширеніші: диклофенак, ібупрофен, етодолак, індометацин, мелоксикам, набуметон, напроксен	ЦОГ-1 перетворює жирні кислоти клітинної мембрани на ПГ, зокрема ті, що регулюють захисні клітинні процеси (агрегацію тромбоцитів, вазодилатацію аферентних артеріол нирок та слизової оболонки шлунка тощо). ЦОГ-2 перетворює жирні кислоти в клітинній мембрані на специфічні ПГ-Е2, необхідні для підтримки процесів сенсibiliзації ноцицепторів та запальних процесів. ПГ-Е2 надсилають безперервні больові імпульси до больових рецепторів у сенсорній зоні кори головного мозку через висхідний шлях
		НПЗП, інгібітор ЦОГ-2: целекоксиб	Вибірково пригнічує ЦОГ-2, зменшує запалення тканин з меншими побічними ефектами щодо агрегації тромбоцитів, вазодилатації аферентних артеріол нирок і захисту слизової оболонки шлунка
Терапія другої лінії			
Місцеві НПЗП Derry et al., 2016; Gudin et al., 2017; Choi et al., 2020	Диклофенак 1–2 % Індометацин 1 % Етофенамат 5–10 % Фелбінак 3 %	Флуфенамінова кислота 2,5–3 % Кетопрофен 2,5 % Ібупрофен 5 % Піроксикам 0,5 %	Всмоктується через шкіру, зменшуючи вироблення простагліцеринів та сприйняття болю
Лідокаїн для місцевого застосування Choi et al., 2020; Voute et al., 2021	Тимчасове полегшення незначного локалізованого болю: • Крем, мазь: 3–5 % • Пластир: 4–5 %		Всмоктується через шкірні тканини та зменшує збудливість шкірних сенсорних нейронів, сприяючи зменшенню передачі больових імпульсів до мозку
Терапія третьої лінії			
Пероральні опіоїди Woolf and Max, 2001; Busse et al., 2018; Varrassi et al., 2020; Bhatia et al., 2020; Gudin et al., 2020	Енкефаліни, ендорфіни	Трамадол, гідрокодон, гідроморфон, метадон, фентаніл, меперидин, морфін, оксикодон	Модулюють вивільнення гальмівних нейромедіаторів у низхідному шляху, які блокують передачу болю через висхідний шлях, сприяючи зменшенню сприйняття болю

Примітки: ПГ — простагландин; ЦОГ — циклооксигеназа; НПЗП — нестероїдні протизапальні препарати

Адаптовано згідно з К.Т. Nguyen et al. A Pathophysiological Approach for Selecting Medications to Treat Nociceptive and Neuropathic Pain in Servicemembers. *Mil Med.* 2024. Vol. 189, № 9–10: e1879–e1889.

Згадані спеціалізовані рецептори передусім відповідають за перетворення больових подразників на електричні сигнали, які потім передаються до сенсорної зони кори головного мозку Аδ- і С-волоконками нейронів першого, другого та третього порядків.

Обробка болю: типи нейромедіаторів

Нейромедіатори, відомі також як нейротрансмітери, – це ендогенні хімічні речовини, що вивільняються до синапсів, невеликих проміжків між пресинаптичними та постсинаптичними нейронами, допомагаючи нейронам контактувати. Вони відіграють ключову роль у функціонуванні нервової системи. Класифікують нейромедіатори відповідно до виконуваних ними функцій у синапсах. Збуджувальні нейромедіатори перетворюють подразники на електричні сигнали, які передають інформацію про біль до сенсорної зони кори в мозку. Тоді як гальмівні нейромедіатори відповідають за сприяння, модуляцію або блокування передачі больових сигналів до сенсорної зони кори головного мозку. Основні типи збуджувальних і гальмівних нейромедіаторів, залучених до формування ноцицептивного болю, представлено в таблиці 2.

Патофізіологічний підхід до вибору знеболювальних препаратів

Лікування пацієнтів із ноцицептивним соматичним болем

Ноцицептивний соматичний біль є наслідком пошкодження тканин подразниками (хімічними, механічними або термічними). При цьому виникають електричні імпульси, що передаються висхідним шляхом і сприймаються як больові сигнали сенсорною зоною кори.

У таблиці 3 наведено поетапний підхід до вибору рекомендованих терапевтичних засобів для лікування пацієнтів із ноцицептивним соматичним болем.

Нестероїдні протизапальні препарати

Неселективні протизапальні препарати (НПЗП) пригнічують ізоформи циклооксигенази ЦОГ-1 і ЦОГ-2, що призводить до зменшення утворення простагландинів (ПГ), зокрема ПГ-Е2, сприяючи зменшенню інтенсивності запалення та болю. Однак неселективні НПЗП теж можуть пригнічувати активність ЦОГ-1 та утворення захисних ПГ, що призводить до кровотеч та шлунково-кишкової токсичності.

Хоча деякі НПЗП можуть вибірково блокувати активність ЦОГ-2 та утворення ПГ-E2, що своєю чергою сприяє протизапальній дії та знеболенню без порушення захисних функцій (табл. 3).

Місцеві анестетики

Місцеві знеболювальні препарати вважаються цінними варіантами лікування болю, оскільки вони безпосередньо наносяться та всмоктуються через шкіру безпосередньо в місці больових відчуттів, полегшення яких зазвичай відбувається швидше, ніж за перорального застосування. Як зазначають дослідники, місцеве використання анестетиків сприяло усуненню або полегшенню системних побічних ефектів і лікарської взаємодії (Derry et al., 2016; Gudin et al., 2017; Choi et al., 2020; Voute et al., 2021).

Проте застосування місцевих знеболювальних препаратів обмежене лікуванням больового синдрому в локалізованих ділянках. Місцеві знеболювальні препарати вивчаються як альтернатива або доповнення до опіоїдів задля зменшення ризиків зловживання та уникнення деяких побічних ефектів опіоїдів, як-от закрепи, седативний ефект і пригнічення дихання (DoD, 2021; VA/DoD, 2022; CDCR, 2022; Busse et al., 2018; Varrassi et al., 2020; Voute et al., 2021).

J.A. Gudin et al. (2017) у проспективному обсерваційному дослідженні за участю пацієнтів із хронічним болем вивчали зміни порівняно з вихідним рівнем загальної середньої тяжкості болю та ступеня впливу за коротким опитувальником для оцінювання болю (BPI) впродовж 3- і 6-місячного спостереження.

У дослідженні взяли участь пацієнти, які пройшли опитування щодо результатів терапії на її початку і через три місяці, та 158 осіб, стан яких оцінювали на початку втручання і через шість місяців. Лікування місцевими рецептурними препаратами, наприклад диклофенаком, кетопрофеном, флурбіпрофеном або іншими (не НПЗП), призначали на розсуд клініцистів у поєднанні з безрецептурними добавками, як-от L-карнітин, ліпоєва кислота, метил В-12, піридоксаль-5-фосфат, фолінова кислота, вітамін D3 або хлорид магнію, які своєю чергою можуть мати знеболювальні властивості.

Результати дослідження підтвердили статистично значуще зниження порівняно з вихідним рівнем середньої тяжкості болю та ступеня впливу ($p < 0,001$ для обох періодів спостереження). Застосування місцевих анагетиків може бути ефективною та безпечною альтернативою опіоїдам і пероральним рецептурним НПЗП для лікування пацієнтів із хронічним болем.

Опіоїди

Ці препарати зв'язуються з опіоїдними μ -, κ - і δ -рецепторами в центральній (ЦНС) та периферичній нервовій системі (ПНС), активуючи каскад хімічних реакцій, які сприяють модуляції болю (регулювання больових відчуттів на різних рівнях нервової системи) та посиленню задоволення.

Два основні ендогенні типи опіоїдів (енкефаліни й ендорфіни), залежно від їх походження та дії на організм, мають високу концентрацію в періакведукальній сірій речовині середнього мозку, утворюючи первинну низхідну

модуляторну систему болю, яка відіграє вирішальну роль у процесі знеболення, індукованого застосуванням опіоїдів (Bhatia et al., 2020; Varrassi et al., 2020).

Нейрони, які містять опіоїди, у низхідній модуляторній системі вивільняють їх до дорсального рогу. Водночас зменшується вивільнення глутамату й субстанції Р та пригнічується передача больових імпульсів від периферії до сенсорної зони кори головного мозку, сприяючи модуляції болю.

Опіоїди – потужні препарати, які використовують для лікування помірною та сильного гострого болю. Хоча їх слід призначати з обережністю, балансує між ризиком і користю, оскільки їх застосування може призводити до звикання. Після одужання від травми або купірування післяопераційного болю дози опіоїдів слід поступово знизувати та припиняти їх приймання. Зазвичай їх призначають пацієнтам, які не відповідають на лікування неопіоїдними препаратами або не переносять його.

Для аналізу впливу опіоїдів було проведено метааналіз даних 96 рандомізованих контрольованих досліджень (РКД), у яких взяли участь 26169 пацієнтів із больовим синдромом, не пов'язаним з онкологічними захворюваннями, зокрема ноцицептивним, які отримували лікування протягом 1–6 місяців. У кожному із цих досліджень було виявлено статистично значуще зниження виразності больових відчуттів завдяки застосуванню опіоїдів порівняно з прийманням плацебо. Однак загальне зниження больового синдрому та поліпшення фізичного функціонування були помірно клінічно значущими.

Крім того, спостерігалось збільшення ризику нудоти та блювання, пов'язаних із терапією опіоїдами, порівняно з прийманням плацебо. Імовірно, лікування опіоїдами забезпечувало переваги щодо знеболення та фізичної функціональності, подібні до таких при застосуванні НПЗП і трициклічних антидепресантів (ТЦА), хоча клінічна значущість цих ефектів була низькою або помірною (Busse et al., 2018; Varrassi et al., 2020).

Висновки

Ефективне лікування пацієнтів із хронічним болем є бажаною, але часто доволі складною метою. К.Т. Nguyen et al. здійснили огляд рекомендованих методів лікування пацієнтів із ноцицептивним соматичним болем, зокрема окресливши основні механізми та метаболічні шляхи, пов'язані з больовим синдромом, та способи їх модуляції за допомогою знеболювальних препаратів із різними механізмами дії. Знання цих механізмів допоможе визначити етіологію больових симптомів і також сприятиме розробці ефективного плану лікування. Поєднання препаратів із різними механізмами дії може доповнювати або синергізувати очікувані ефекти такої терапії.

Лікування осіб із хронічним болем має бути індивідуалізованим, здійснюватися відповідно до супутніх захворювань, соціальних та економічних ресурсів, а також уподобань цієї когорти пацієнтів. Це допоможе збалансувати переваги та ризики, пов'язані із застосуванням знеболювальних препаратів, а також досягти оптимального полегшення виразності болю та поліпшення якості життя.

Підготувала *Наталія Купко*

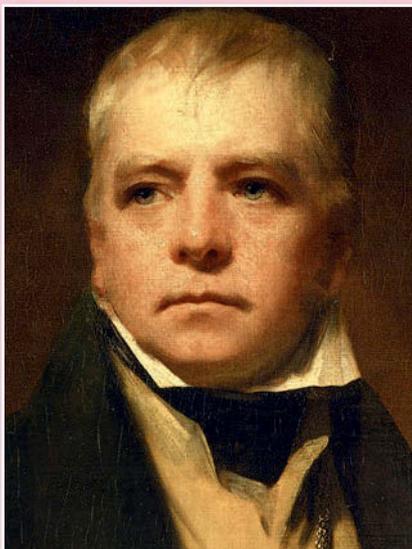


Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал



Вальтер Скотт: тілесна неміч і сила духу



Біографія всесвітньовідомого шотландського письменника, «батька історичного роману» Вальтера Скотта (1771–1832) є прикладом того, як людина з інвалідністю внаслідок спинномозкового паралічу зуміла прожити повноцінне й доволі насичене життя, реалізувавшись відразу в кількох сферах. За словами дослідників, «тілесна неміч урівноважувалась у нього силою духу». Усупереч своїм фізичним вадам, він пропагував заняття спортом на відкритому повітрі, вражав оточення своєю доброзичливістю й незмінним оптимізмом, а також мав феноменальну пам'ять. Його не зламало ні погіршення здоров'я у зрілості, ні родинні трагедії, ні фінансові негаразди. Однак на схилі віку порушення мозкового кровообігу призвели в нього до серйозних розладів когнітивних функцій.

Вотті

Вальтер Скотт народився 15 серпня 1771 р. у м. Единбург і був нащадком старовинних шотландських династій Прикордонного краю (Скоттіш-Бордерс). Про своїх предків він писав, що вони «триста років добутоквали вбивствами, грабунками та розбійництвом, за короля Якова орудували в парламентському війську, тобто лицемірили, співали псалми тощо; за останніх Стюартів переслідували інших і самі зазнавали гонінь; полювали, пили кларет, учиняли заколоти й дуелі». Як узагальнив письменник Джон Нісбет, це сімейство із яскраво виразною патологічною історією «буквально пронизане нервовими розладами».

Його батько, Вальтер Скотт-старший (1729–1799), був сином фермера, але зумів здобути вищу освіту та стати адвокатом. Він відзначався твердими принципами, чесністю і прямодушністю, однак при цьому не вмів дати раду своїм справам і грошам. Для нього також була характерна штивність, аскетизм, захоплення церковними книгами й незбагнений потяг до організації та відвідування похоронів.

Мати, Анна Резерфорд (1739–1819), донька професора медицини Единбурзького університету, здобула досить ґрунтовну освіту в приватній школі. Вона була відкритою та компанійською, із почуттям гумору та хистом неперевершеної оповідачки. За Скотта Анна вийшла заміж у 19 років і народила йому 12 дітей, шестеро з них померли в ранньому віці.

Вальтер (по-домашньому — Вотті) був дев'ятим. За його словами, «надзвичайно здоровим і сильним малюком»,

проте недовго. Його перша нянька хворіла на туберкульоз, який намагалася приховати, але була вчасно викрита і звільнена, не встигнувши його заразити. Хлопчик зростав дуже активним і невгамовним.

Однак у віці півтора року якимось прокинувся з лихоманкою, яку пов'язали з прорізуванням зубів. А після трьох днів, проведених у ліжку, під час купання несподівано виявилось, що він не може рухати правою ногою. Занепокоєна мати звернулася до свого батька-лікаря Джона Резерфорда, той консультувався з колегами, але причину з'ясувати так і не вдалося. Ані вивиху, ні розтягнення не було, а застосовані різні місцеві засоби не мали жодного ефекту.

Сучасні дослідники переконані, що це був один із перших на Британських островах випадків захворювання на поліомієліт. Поліовірус вражає переважно нерви спинного або стовбура головного мозку і призводить до незворотного паралічу кінцівок, що й сталося у письменника.

Маленького Вотті врешті відправили на ферму до дідуся Скотта в Прикордонний край, де головні сподівання покладалися на цілющий вплив повітря та народні методи лікування. Як він пригадував, щоразу, коли різали вівцю, його загортали у свіжозняту шкіру і, приманюючи годинником, спонукали повзати. Утім на нього чатувала й нова небезпека. За матеріалами біографа Хескета Пірсона, його нянька збожеволіла через нерозділене кохання і вирішила зарізати хлопчика: віднесла на болото, але потім передумала і повернулася з покайням. Періодично Вотті залишали качатися на вигоні під наглядом вівчаря, та якимось забули забрати під час грози, що його, однак, не злякало.



Вальтер Скотт-старший,
батько



Анна Резерфорд, мати



Джон Резерфорд, дідусь



Вальтер у віці 6 років

Із часом він уже зміг стояти, а потім і пересуватися, пізніше навчився кататися на поні. Але його права нога так і лишилася значно меншою і коротшою, тому, коли інші діти бігали й гралися, йому зоставалося сидіти біля бабусі й тітки, слухаючи їхні розповіді. Майбутній письменник змалку демонстрував гострий розум: рано почав читати, а почувши баладу, відразу повторював із неї цілі уривки. Його пам'ять була справді феноменальною, адже він пам'ятав себе ще немовлям. На думку доктора Девіда М. Грея, у нього могло статися ураження й частини головного мозку, що призвело до повнішого його розвитку.

Цілий рік Скотт прожив разом із тіткою в курортному м. Бат (Англія), де до нього застосовували електричні процедури та лікували мінеральними водами. Однак помітного ефекту це не дало, як і пізніше оздоровлення на східному узбережжі Шотландії. Зате побачені дорогою визначні місця Лондона він пам'ятав у деталях і через 25 років, а враження від вистави за Шекспіром лишилися із ним до кінця життя.

Взимку 1777 р. Вотті нарешті повернувся до батьків в Единбург. Троє братів і сестра, котрі його по суті не знали, ставилися до нього досить вороже, лущували та брали на кпини через його кульгавість і не за роками гострий розум. Згодом він пригадував: «Ніколи не забуду образу, яка душила мене, та змішаного почуття, що об'єднало гнів на власну безпорадність і заздрощі, із якими я слідкував за вільними рухами моїх в'юнких братів». Лише із четвертим братом Томом у нього склалися приязні стосунки. Але найголовнішою опорою була для нього мати: «Добрішої матері годі й уявити, і якщо я чогось досягнув у цьому світі, того головню тому, що вона із самого початку мене підтримувала».

Усе до снаги

Хоча інколи йому доводилося відстоювати власну гідність кулаками, Скотт виріс незлобливим і доброзичливим юнаком. Після підготовки з репетитором його віддали до середньої школи, яку він відверто зненавидів і тому не вирізнявся особливими успіхами. Але в колі однолітків Вальтер швидко здобув популярність як неперевершений оповідач, зробившись більш упевненим у собі і, попри свою ваду, почав займатися скелелазінням, ставши першим у цьому виді спорту.

В обхід навчальної програми він багато, але безсистемно читав, запам'ятовуючи прочитане на все життя: «Моїй

пам'яті рідко коли не вдавалося зберегти улюблений поетичний уривок або пісеньку з вистави, не кажучи вже про прикордонні балади; імена ж, дати й інші історичні формальності вельми прикро не давалися мені».

Бажання охопити якомога більше книг, своєю чергою, спонукало його до вивчення мов. Так Скотт фактично самотужки опанував французьку, німецьку, іспанську та італійську мови.

У листопаді 1783 р. він вступив до Единбурзького міського коледжу, але за рік змушений був перервати навчання через внутрішній крововилив. Його перший біограф Джон Локхарт стверджував, що була кровотеча в нижньому відділі кишківника. Інші дослідники висловлювали припущення про туберкульозний процес або тиф. І знову, коли інші хлопці розважалися, Вальтер опинився прикутим до ліжка. До нього застосовували досить дивне лікування: його тримали на морозі, пускали кров, дозволяли вживати лиш овочі та забороняли говорити, проте можна було читати і грати в шахи.

Після кількох рецидивів письменник усе ж одужав, що лікарі назвали справжнім дивом. Ба більше, завдяки наполегливості й упертості йому вдалося не лише повернутися до звичного життя, а ще й інтенсивно займатися спортом. Він виконував силові вправи для верхньої частини тіла, сформувавши кремезний торс і розвинувши велику міць у руках. Також Скотт пропагував рухову активність на свіжому повітрі. З об'єктивних причин він віддавав перевагу їзді верхи, але не обмежувався цим: чимало ходив і пішки, зокрема досліджував із друзями довколишні замки та поля битв, мандрував на далекі озера або в гори, полював і рибалив. Оскільки правою ногою Вальтер ледве діставав пальчиками землі, то рухався, перекочуючись із боку на бік усім тілом, та мусив опиратися на ціпок. Проте це його не зупиняло: він пересувався хоч і повільно, але міг іти безперервно довгий час.

А 1786 р. батько взяв його учнем до своєї правничої контори. Хоча цей фах не надто приваблював 15-річного юнака й викликав у нього нудьгу. Втім, із поваги до батька Вальтер старанно виконував свої обов'язки і, крім того, отримав можливість на роботі читати, а підробіток переписуванням документів допоміг йому оплачувати бібліотеку й театр.

Потрапивши до середовище юристів, Скотт став дбати про власний зовнішній вигляд, став завсідником різних клубів і завів чимало друзів, яких розважав власними



Вільяміна Белшес,
перше кохання



Вальтер у молодості



Шарлотта Шарпентьє, дружина



Скотт, 1805

блискучими оповідками і з якими нерідко випивав. За спогадами одного з них, він «відзначався досить нестриманою та дратівливою натурою», що, проте, успішно гамував і завжди лишався винятково тактовним, ніколи не втрачаючи гарного настрою.

Утім, будучи душею компанії, письменник відчував також і потребу в усамітненні, «знаходячи в потаємних своїх мріях джерело невичерпної насолоди». Періодично він здійснював прогулянки наодинці, під час яких так глибоко занурювався в себе, що забридав досить далеко і надовго, й рідні не знали, де його шукати.

До коледжу Вальтер повернувся 1790 р. і за рік отримав диплом адвоката. Батько доручав йому деякі судові справи, але особливих здобутків на юридичній ниві він не мав, бо насправді відчував потяг до іншого: «У мене завжди було серце солдата, хоча через кульгавість я не придатний до цієї справи». Однак мрію йому вдалося здійснити, хоча і не на професійному рівні.

Після французької революції по всій Англії створювалися добровольчі загони легкої кавалерії, тож Скотт, не полишаючи адвокатури, сформував корпус королівських легких драгунів, у якому став казначеем, квартирмейстром і секретарем. До цієї волонтерської діяльності він ставився не просто з відповідальністю, а зі щирою пристрасною, власною завзятістю й натхненням підіймаючи дух усього корпусу.

Глибокі місця

Через своє каліцтво Вальтер у юності був украй нерішучим із представницями протилежної статі, проте згодом зумів змістити акцент на власні переваги. «Я, бувало, заздрило на танцях хлопцям, які уміли попрацювати ногами; але потім переконався, що варто мені опинитися в товаристві дівчат — і, як правило, я досягаю того самого завдяки живому спілкуванню», — говорив він, натякаючи на свої декламаторські здібності.

Найбільшим його коханням стала Вільяміна Белшес, донька адвоката. Вони познайомилися, коли їй було лише 15, а Скотту — 20, і зустрічалися п'ять років, чергуючи побачення з довгими розставаннями. Він пригадував, що жив між відчаєм і надією: «три роки солодких мрій і два роки пробудження від них — ось, власне, і вся історія кохання». Офіційних заручин між ними так і не відбулось, проте, коли до Вільяміни посватався син банкіра, вона одразу дала згоду, ще й сама прямо повідомила про

це Вальтеру. За спогадами друзів, Скотт перебував у такому тяжкому психічному стані, що вони навіть побоювались, як би він із горя не схибнувся розумом.

Вільяміна не стала щасливою у цьому шлюбі та померла у віці 34 років. Письменник так ніколи й не зміг її забути, хоча сам одружився через півтора року після їхнього розриву. Жваву і веселу французьку Шарлотту Шарпентьє (1770–1826) він зустрів під час кінної прогулянки й уже за три тижні зробив їй пропозицію. Шарлотта здобула монастирське виховання, оскільки її батько, начальник військової академії, після втечі дружини з коханцем передав дітей опікунові. Її спочатку відштовхнула кульгавість залицяльника, дівчина заборонила йому приїжджати, називала нахрапистим і божевільним. Хоча він писав їй палкі листи, обіцяючи незабаром стати головним суддею графства і першим багатієм, та клявся, що «готовий жити і померти тільки ради Вас».

Пара обвінчалась 24 грудня 1797 р., а за наступні вісім років у них народилося п'ятеро дітей, із яких тільки перша померла немовлям. Старша донька Софі, лагідна та музично обдарована, була улюбленицею батька. Вийшовши за редактора Джона Локхарта, єдина подарувала йому онуків. А старший син Вальтер утілював його мрію, зробивши блискучу військову кар'єру (дослужився до підполковника), але в шлюбі дітей не мав. Молодша донька Анна, гарна й талановита, лишилась незаміжньою і жила разом із батьками. Син Чарльз, отримавши диплом юриста, став британським послом у Неаполі.

Митець дуже любив дітей, а потім і внуків. Та якось гості поцікавились, чи кохає він дружину, на що отримали відповідь: «Ми з місіс Скотт вирішили побратися, керуючись почуттям найщирішої симпатії, і за роки шлюбу це почуття не зменшилось, а ще й зросло. Звісно, йому бракувало того samozабутнього любовного шалу, який, здається, людині судилося пізнати в житті лиш єдиний раз. Той, хто, купаючись, ледве не втонує, рідко наважиться знову потикатися до глибокого місця».

Невід'ємною частиною їхньої родини також вважалися собаки. Вальтер постійно був оточений чотириногими різних порід, які супроводжували його навіть під час подорожей. Один із перших його улюбленців — Кемп, гібрид тер'єра і бульдога, завжди лазив із ним по скелях, демонструючи найпростіший шлях. На багатьох портретах разом із хазяїном зображений гібрид мастифа і хорта на ім'я Майда.



Донька Софі із чоловіком



Син Вальтер



Донька Анна



Син Чарльз

Коли у письменника виникли фінансові проблеми, він не в останню чергу непокоївся за собак: «...думка про те, що доведеться розлучитись із цими безсловесними істотами, завдає мені невимовної гіркоти... Я вже ніби чую, як вони скавчать і скрізь мене розшукують». Скотт дуже тяжко переживав смерть улюбленців і встановлював у пам'ять про них кам'яні статуї. В одному з листів він розмірковував: «Чому в собак таке коротке життя? Мені здається, що Господь зробив його таким зі співчуття до людини: бо, якщо ми так страждаємо, втрачаючи пса, із яким прожили разом 10 чи 12 років, то що тоді було б із нами, якби вони жили вдвічі довше?»

Творчість як насолода

Вальтер зростав на шотландському фольклорі і, хоча працював адвокатом, багато часу мандрував селами, збираючи народні балади. Результатом цієї діяльності стала видана ним тритомна збірка «Пісні шотландського кордону» (1802). Сам він почав віршувати ще в 11-річному віці, однак першу свою поему — «Пісня останнього менестреля» — опублікував, коли йому виповнилося 33 роки. Наступні поеми («Мірміон», «Діва лісового озера», «Рокбі», «Повелитель островів» тощо) стали справжніми бестселерами і принесли авторові славу.

Поетичні твори давалися йому дуже легко: «Мої вірші потрапляють зі столу зразу до друкарні. Іноді мені самому важко пояснити, що я хотів у них сказати». Скотт ніколи не перечитував написане двічі, а після публікації втрачав будь-який інтерес до своїх поем і навіть власним дітям ніколи не давав їх читати.

Також Скотт пробував писати і прозу, але роками перекладав чернетки з місця на місце, доки якось не сів і не завершив твір за три тижні. Цей перший його історичний роман під назвою «Веверлі» вийшов друком, коли авторові виповнилось уже 43. Будучи на той час суддею, він вирішив приховати своє ім'я і, на відміну від поем, власні прозові книги публікував анонімно.

Цілком заслужено Вальтера називають «батьком історичного роману», адже він не просто відродив цей уже забутий жанр, а розробив універсальну схему, за якою працювали всі його послідовники. Серед найкращих зразків жанру — «Айвенго», «Роб Рой», «Кенілворт», «Ламмермурська наречена», «Квентін Дорвард», «Редгонглет» та ін., у яких поряд з історичними особами діють вигадані персонажі, що подорожують, воюють і закохуються.

Скотт був плідним прозаїком, випускаючи по два романи щороку, і працював дуже швидко, покладаючись лише на інтуїцію: «Інколи мені здається, що рука в мене пише сама, незалежно від голови. Разів двадцять я починав писати за визначеним планом, але жодного разу не дотримувався його до кінця, максимум — на півгодини». Узввшись за нову книгу, він не мав жодного уявлення, яким буде її кінець і навіть наступний розділ. Завершивши роботу за лічені тижні, одразу віддавав її до видавництва, адже насилу розбирав власний почерк і тому вдруге перечитував текст лише в друкованій коректурі.

Безперечно, великою опорою була і його виняткова пам'ять. Так, у 54 роки Вальтер стверджував, що за першим рядком може повторити будь-який лист, написаний ним за останні чотири десятиліття. Багато віршів і поем своїх сучасників він був здатен повторити вже після першого читання. Немало епіграфів до його романів узято з книг, прочитаних ним ще в ранній юності. Як зазначав біограф Х. Пірсон, «в історії людства він, можливо, є єдиним прикладом поєднання феноменальної пам'яті з багатою уявою».

Сучасні критики виявляють у його творах низку недоліків: недбала манера письма, затягнуті вступи, багатослів'я, нерівномірний розвиток сюжету, брак художньої цілісності тощо. Але за життя автора його романи мали просто приголомшливий успіх. Захоплені читачі з нетерпінням очікували на появу кожної нової його книги, які одразу після виходу розмітали з полиць книгарень. Митець започаткував таке явище як літературний туризм: усі місця, у яких розгорталися події його творів, незмінно ставали популярними туристичними об'єктами, водночас сприяючи популярності Шотландії.

Однак при цьому Вальтер продовжував приховувати своє авторство впродовж тринадцяти років — усі його романи виходили з підписом «від автора «Веверлі»». Ба більше, у передмові зазвичай ішлося про те, що він є лише упорядником, який віднайшов нотатки, щоденники, розповіді іншої людини і просто їх белетризує. Цей підхід не лише дозволяв йому уникнути особистої відповідальності та критики, а ще й став своєрідною грою: доки читачі дискутували, хто є цим таємничим автором чи письменниками (адже одна людина не здатна стільки створити!), він і сам відсторонено обговорював власні книги та навіть писав на них рецензії, і не тільки схвальні.

Вальтеру Скотту дуже подобалась літературна праця як процес: «Чим би не пояснювали спонукальні мотиви



Скотт із собаками, 1823



Маєток Ебботсфорд



Письменник за роботою

творчості — бажанням слави або збагачення — я вважаю, що єдиний стимул — це насолода, яку дарує напруження творчих сил і пошук матеріалу. На інших умовах я писати відмовляюсь — так, як не стану полювати, тільки щоб пообідати кроликом. Однак, якщо це заняття супроводжуватимуть слава та гроші, заперечувати проти цього так само безглуздо, як викинути впольованого кролика». Свою літературну працю він називав «порожніми розвагами, на кшталт гри в м'яч або катання обруча», адже мав ще, окрім неї, безліч інших справ.

Шум крові у жилах

Після смерті батька Вальтер кинув адвокатуру, діставши посаду головного судді графства Селкірк, яку обіймав до самої смерті, а з 1806 р. ще й працював за сумісництвом секретарем на сесіях Вищого суду Шотландії в цивільних справах. Через це частину року він жив у столиці, де мав власний будинок, а решту — у Шотландському прикордонні, де облаштував своє життя сільського поміщика.

Одружившись, письменник спочатку винаймав на літо заміський будинок, згодом придбав невеликий маєток Ашестил, де прожив із родиною вісім років. Продавши його 1811 р., він купив садибу Ебботсфорд на річці Твід, яка стала цариною його невтомної діяльності. Це була ферма на 100 акрів зі ставком і прибережним лугом, однак Скотт завзято скуповував довколишні землі, збільшивши за п'ять років свої володіння майже втричі. Незацікавлений у розведенні худоби й вирощуванні аграрних рослин, він був одержимий висаджуванням дерев: осушував болота, удобрював пустки та власноруч садив десятки тисяч саджанців — куплених, виписаних та отриманих у подарунок.

Іншою його манією стало ушляхетнення будинку. Почавши з прибудови кількох кімнат, за десятиліття Вальтер перетворив його на пишний замок, «дім-роман на кшталт поміщицьких маєтків старої Шотландії». Так, передпокій у ньому прикрашала солідна колекція історичної зброї, а більшу частину кабінету займала величезна бібліотека тощо. До Ебботсфорду постійно з'їжджалися його численні друзі, адже Скотт славився неймовірною гостинністю та щедрістю, полюбляв веселощі та живе спілкування. Він зазвичай рано прокидався та перед розважанням відвідувачів і господарськими справами встигав ще до сніданку кілька годин присвятити й літературній праці. У нього була незмінна звичка — відповідати на всі листи в день їх отримання.

Не менш насиченим було й життя митця в столиці. Окрім роботи на сесіях, він виконував обов'язки президента нової нафтогазової компанії, заснував та очолював клуб, що займався перевиданням рідкісних книг, був головою Единбурзького королівського товариства і низки зібрань.

До того ж 1818 р. Вальтер віднайшов регалії шотландського трону та згодом був удостоєний титулу баронета. Він дуже поважав звання, але при цьому не мав жодного чванства чи снобізму, виявляв терпимість, шану та розуміння до інших, із повагою ставився навіть до слуг. Проте вищий світ не припав йому до душі: брак вишуканості та витонченості в нього доповнювали скромність, невибагливість і переконання у власній посередності.

Займаючи пост судді, Скотт багато років замовчував свій бізнес, а саме права власності на друкарню братів Баллантайнів, у якій виходили його прозові книги, та співробітництво з видавцем Арчибальдом Констеблом. Водночас він особисто займався підготовкою до друку творів інших авторів, упорядковував гори матеріалів, їздив за уточненням деталей тощо, однак мало цікавився фінансовим аспектом видавничої справи, демонструючи відверту нерозсудливість і марнотратство.

Вальтер вважав зміну діяльності найкращим відпочинком і ніколи не сумнівався у власних силах, переймаючись тільки, щоб вистачило часу на всі його задуми. Саме тоді він перебував у відмінному здоров'ї та доброму настрої, встигав і працювати, і розважатись, та ще й нарікати на свої надмірні лінощі. «Я розривався на частини, але як же прекрасно радісно мені жилося! — пригадував він. — Кров шумувала в жилах — у мене було відчуття, ніби на світі немає нічого такого, що не було б мені до снаги».

Затуманене чоло

Однак після 45 років Скотт почав хворіти: спочатку травмувався, упавши з коня, а згодом несподівано занедужав на жовчнокам'яну хворобу. А навесні 1817 р. він уперше відчув різкі кольки, спазми і нудоту. Напади регулярно повторювались і тривали по кілька годин, а біль був настільки сильним, що він інколи непритомнів і якимось навіть уже благословив дітей. Лікарі пускали йому кров, прикладали розпечену сіль, а за знеболювальне призначали опій і його похідні. Письменник не міг відмовитися від нього, хоча нарікав, що це спричиняє сильну втому та хандру, які намагався розвіяти, катаючись верхи (але вже не на коні, а на поні) — аби «розігнати прокляті випари від лаудануму,



Арчибальд Констебл, видавець



Джон Баллантайн, співвласник типографії



Джеймс Баллантайн, редактор



Вальтер Скотт, 1826

що я змушений був проковтнути». Найдієвішим засобом виявилася каломель — препарат на основі ртуті, який довелося приймати регулярно і тривалий час.

Гостра фаза хвороби тривала три роки, упродовж яких Вальгер не припиняв працювати. Навіть за найтяжчих нападів, які супроводжувалися нез'ясованими судомою, він із ліжка диктував нові твори. Саме тоді постали одні з найкращих його книг — «Ламмермурська наречена», «Легенда про Монтроуза», частини «Айвенго» й «Роба Роя».

Це справді загадковий епізод біографії митця: задокументовано, що, коли йому принесли вже надруковану «Ламмермурську наречену», він не міг пригадати «жодної обставини, жодної розмови із цього роману, жодного із введених характерів». Подібне повторилося з «Айвенго», який теж викликав у нього сумніви, чи дійсно він його написав.

Версія про епілептичний характер цих судом не мала підтвердження. На думку сучасних фахівців, це могло стати наслідком больового синдрому і наркотичного сп'яніння через вживання певних препаратів (Дж. Б'юкан) або це був органічний амнестичний синдром внаслідок судинного захворювання головного мозку (О. Шувалов).

Урешті Скотт одужав і повернувся до звичного життя, але не такого насиченого, як раніше. Він уже не настільки інтенсивно займався фізичною діяльністю, а в листах почав нарікати на пригніченість і мозкові симптоми. Крім того, 1819 р. один за одним пішли з життя його мати, улюблені тітка й дядько (до речі, більшість його родичів помирали внаслідок інсульту). Проте, за словами біографів, «уява разом із чудовою пам'яттю рятувала його від довгих періодів меланхолії чи песимізму».

А 1825 р. письменника спіткав фінансовий крах. У його типографії не велося жодного бухгалтерського обліку, а численні борги, замовчувані партнерами, покривала заплутана система вексельних кредитів, яка в одну мить обвалилася. Скотт мусив не просто визнати свою підприємницьку діяльність, а ще й узяв на себе (хоча був не єдиним акціонером) сплату всієї заборгованості в сумі 116 838 фунтів. Він гордо відмовився від допомоги друзів, продав дім у Единбурзі та позичив під заставу Ебботсфорду 10 тисяч фунтів. Основну частину зобов'язався сплачувати із суддівської зарплатні й гонорарів за книги, зізнавшись зрештою публічно, що є «автором «Веверлі»».

«Стою так само міцно, хоча чоло децю затуманене. Переді мною відкривається новий шлях, — бадьорився Скотт на людях і додавав: — У мене таке відчуття, ніби

я скинув із плечей розкішний, але дуже важкий одяг, який мене більше обтяжував, ніж захищав». Проте його родині довелося відмовитись від звичного побуту та економити буквально на всьому. Особливо тяжко це переживала дружина Шарлотта, яка до того ж не мала міцного здоров'я і ще змолоду «сиділа» на знеболювальних. А на початку 1826 р. у неї діагностували грудну водянку (гідроторакс), від якої вона й померла у травні цього року.

Втрата дружини повністю вибила письменника з колії. Перший час він перебував у стані заціпеніння та відчуженості, але потім уже не міг стримувати власних емоцій: «У мене істеричний стан, що змушує людей плакати, проявляється із жахливою силою — горло так перехоплює, що немає чим дихати, а потім я занурююсь у напівсон і запитую себе, чи може бути таке, що моя бідолашна Шарлотта й справді померла...»

Крім того, його дуже пригнітив від'їзд дітей та онуків після похорону Шарлотти (хоча Анна й надалі мешкала з ним): «У домі тихо, як у склепі. Не чути дітлахів — їхні голоси стихли. Порожнеча наводить на смуток, і мені ніяк не вдається повернутися до звичного настрою. До мене підкралася хандра, яку не розвіяти жодними силами, а ще весь день лле дощ і не можна вийти на прогулянку».

Не нарікаю і не боюся

Саме творчість відігравала стабілізуючу роль для нього. Обтяжений боргами, Вальгер мусив украй методично працювати, проводячи за письмовим столом сумарно близько восьми годин щодня. Його романи мали незмінний успіх і приносили високі гонорари, однак він усвідомлював, що майбутнє жанру за чітко розробленою фабулою — явно слабким його місцем. А 1827 р. Скотт випустив цикл повістей «Кеннонгейтські хроніки» (позначені більшою увагою до психологічних станів персонажів), документальну працю «Життя Наполеона Бонапарта», розпочав серію нарисів з історії Шотландії для дітей «Розповіді дідуся», а ще взявся за написання приміток до повного зібрання власних творів.

Також невпинно погіршувалося його здоров'я. Митець часто застуджувався, страждав від сильного дисконфорту в кишківнику та головного болю, нападів ревматизму, проблем із зором, після виявлення крові в сечі став ще більше кульгати — однак за будь-якого самопочуття незмінно здійснював прогулянки на свіжому повітрі верхи на своєму поні. Він був виснажений напруженою інтелектуальною працею,

до чого несподівано додалися ще й певні психічні розлади. «Два чи три останні дні щось даються в знаки нерви, — занотував він 1827 р., — я впадаю в найсильніше збудження через найнікчемніші причини; краса сутінків, подув літнього вітерцю викликають у мене сльози благоговіння».

Так пізніше описував свій стан на званому обіді: «Мене охопило тривожне відчуття — здалося, що все, що відбувається, трапляється не вперше, що ми вже обговорювали ці предмети і ці ж самі люди точно так само про них висловлювались... Усе, що я говорив і робив, було ніби уві сні — огидне відчуття».

У Лондоні під час його гостин одна з дам співала пісню, яка йому дуже сподобалася. Вальтер запитав: «Хто автор? Чи не Байрон?» — у відповідь почув, що це уривок із його поеми «Пірат». «Ви мене засмутили, — розгубився він. — Якщо пам'ять почне мені зраджувати — моя справа скінчена: я завжди так на неї покладався».

А на думку дослідників, це були передвісники інсульту: «Мої думки відмовляються перебувати в необхідному порядку». Вочевидь, він страждав від гіпертонії та вже переніс кілька нападів, які приховав.

Після сніданку 15 лютого 1830 р. Скотт бесідував із гостею і раптом збагнув, що його мовлення стало плутаним, а потім на 15 хвилин (він засікав) узагалі втратив здатність говорити. Помітивши його перекошене обличчя, донька навіть знепритомніла. «Дуже схоже на параліч або апоплектичний удар, — записав він до щоденника. — Хоча, що б це не було, здолаю й це».

Лікарі рекомендували йому сувору дієту із заборонаю вживання алкоголю й куріння сигар. Але, протримавшись дев'ять місяців, Вальтер дозволив собі келих віскі, після чого дійшов до спальні та знепритомнів, пролежавши деякий час на підлозі без допомоги. Безсумнівно, це був другий інсульт, внаслідок якого в нього паралізувало праву руку.

Він продовжував диктувати нові твори, попри заборону інтелектуальної праці. Однак романи, написані ним після інсультів («Граф Роберт Паризький», «Замок небезпечний»), позначені різким занепадом його творчих здібностей. Митець намагався дотримуватися суворого розпорядку дня та відповідної дієти, але з нагоди приїзду друга випив кілька келихів шампанського — і з ним

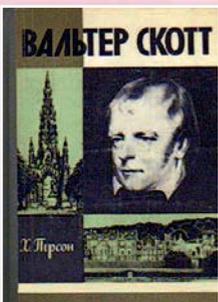
стався третій інсульт. Проте навіть після цього він не здався та розпочав новий роман «Облога Мальти». «Я не наражаю і не боюся наближення смерті, — зізнався він. — Хай буде миттєвий біль, я згоден — тільки не це затьмарення розуму, що позбавляє мене здатності повноцінно жити і діяти».

На думку дослідника В. Ланге-Айхбаума, у нього розвинулася атеросклеротична деменція. Усупереч слабкому здоров'ю Вальтер вирішив провести зиму 1831–1832 рр. в Неаполі, де служив послом його молодший син Чарльз, та заодно провідати й інших дітей. Сини і доньки були вражені змінами в поведінці батька: він зробивсь украй дратівливим, мав порожній вираз обличчя, кілька разів поспіль повторював одні й ті самі історії, забував слова та, почавши про щось розповідати, раптом замовкав і невпевнено озирався. А ще не дотримувався дієти — зловживав забороненою їжею та алкоголем.

Із початком весни Скотт наполіг на поверненні додому. Дорога була складною: погана погода, довгі переїзди, карети й пароплави, що спричинило в нього четвертий інсульт. Митець мав затьмарений розум, маячення, але вимагав їхати далі без зупинок. Коли 9 липня він нарешті дістався Шотландії, то пізнав рідні місця і дуже зрадив улюбленому Ебботсфорду. У період просвітлення Вальтер просив вивозити його до саду і дати перо, але вже не міг нічого написати та навіть не пізнавав рідних. У віці 61 року 21 вересня 1832 р. він помер. Доктор Кларксон під час розтину оглянув його мозок, виявивши ураження його лівої півкулі і наявність кількох гідатид.

Біограф Хескет Пірсон підсумовував: «Життя Скотта є найбагатшим зразком панування уяви над реальністю, а духу над плоттю, якщо вважати, що реальністю в його випадку були поліомієліт і каліцтво в дитинстві, три роки тяжкого нездужання після сорока та банкрутство на шостому десятку. Внутрішнє життя, наповнене творчою уявою, було тією опорою, завдяки якій він здолав усі тілесні немочі та стійко зустрів крах усіх своїх честолюбних надій. Так само непохитно він переніс і останній удар долі».

ЩО ПОЧИТАТИ



Хескет Пірсон
«Вальтер Скотт»

Художня біографія «батька історичного роману» Вальтера Скотта, що належить перу відомого британського літературознавця та біографа Хескета Пірсона. У книзі детально висвітлено життєвий шлях всесвітньвідомого шотландського письменника, описано

його творчі зв'язки з рідною Шотландією. Але найголовніший здобуток автора — це яскраво і глибокий розкритий психологічний портрет митця, творами якого зачитуються вже кілька поколінь читачів у всьому світі.

ЩО ПОДИВИТИСЯ

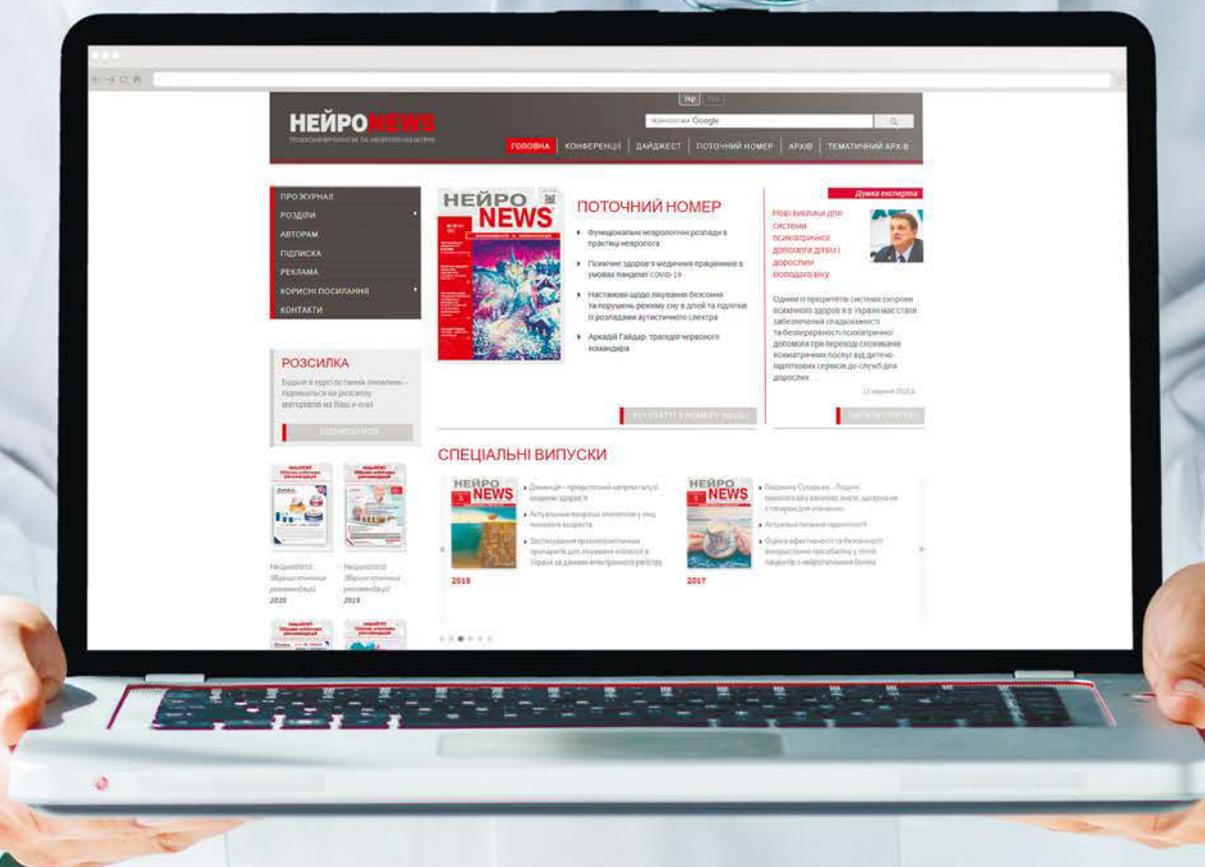


«У пошуках сера
Вальтера Скотта» (2022)

У документальному фільмі BBC сучасний шотландський письменник Даміан Барр подорожує місцями, пов'язаними із життям і творчістю Вальтера Скотта, а також спілкується з літературознавцями, істориками та екскурсоводами, прагнучи з'ясувати, у чому полягає велич його особистості та виняткове значення його діяльності для Шотландії та світу загалом.

Підготувала **Олена Тищенко**

Архів усіх випусків з
2006
року



Шукайте повний
електронний архів
нашого журналу
на сайті



neuronews.com.ua

~ 225 мг на добу

ДОФАМІН
DA

НОРАДРЕНАЛІН
NA

~ 150 мг на добу

ВЕЛАКСИН®

Венлафаксин XR

СЕРОТОНІН
5-НТ

< 150 мг на добу



Подвійний антидепресивний ефект¹
Пролонгована форма — 1 капсула на добу²
**Більш ефективний ніж СИЗС
при лікуванні депресії³**

1. PH. Roseboom, NH. Kalin: Neuropharmacology of Venlafaxine Depression and Anxiety, Vol12, Suppl 1:20-29 (2000). 2. Інструкція для медичного застосування препарату Велаксин.
3. Bauer M, Tharmanathan P et al, Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci: 2009 Apr 259(3):172-85.

Показання. Лікування великих депресивних епізодів; профілактика великих депресивних епізодів; генералізовані тривожні розлади (ГТР); соціальні тривожні розлади. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Супутнє застосування з інгібіторами моноамінооксидази (МАО), а також протягом 14 днів після відміни інгібіторів МАО. Тяжкий ступінь артеріальної гіпертензії (АТ 180/115 та вище до початку терапії), Закритокутова глаукома. **Побічні реакції.** Артеріальна гіпертензія, вазодилатація, зниження апетиту, запор, нудота, порушення сну, сухість у роті, слабкість, втома. Р.П. № UA/3580/02/01-03. **Виробник:** Фармацевтичний завод ЕГІС, Угорщина.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, сим-позіумах з медичної тематики. Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Контакти представника виробника в Україні: 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.

Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38

