

УДК 316.613.4

О. М. БАРНА, О. О. АЛІФЕР

/Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна/

## Тривожні розлади як новий виклик сучасному суспільству

### Резюме

Тривожні розлади включають широкий спектр психічних порушень, які можуть поєднуватися між собою або супроводжувати хвороби різних органів та систем. У сучасному світі, охопленому пандемією COVID-19, військовими конфліктами, зростанням захворюваності на онкологічні та інші хвороби, люди все частіше звертаються до лікарів із симптомами тривожних розладів. Подібні зміни психіки супроводжуються вираженими клінічними синдромами, а також вегетативними порушеннями, які змушують людину змінювати стиль свого життя, перешкоджають буденній діяльності, професійному розвитку. Для лікування тривожних розладів доцільно застосовувати комбінацію фармакологічного та психотерапевтичного впливу. Препарат з групи транквілізаторів Адаптол® має високий профіль безпеки та переносимості, він виявився ефективним у лікуванні різних видів тривожних розладів. Адаптол® доцільно призначати хворим різного віку та статі, з наявністю супутніх захворювань або без них, оскільки цей препарат чинить не лише протитривожну дію, а й має інші корисні властивості (ноотропна дія тощо).

**Ключові слова:** тривожність, розлад, психіка, медікар

Ще 30–40 років тому психічне здоров'я українців, зокрема будь-які розлади психіки, породжували в суспільстві здебільшого прояви стигматизації та, навіть, дискримінації. Завдяки впровадженню нових методів навчання українських лікарів, появі у них доступу до праць європейських та американських лікарів-психіатрів, популяризації уваги до власного психічного здоров'я серед населення, щороку з'являються нові методи діагностики, лікування та профілактики психічних захворювань. Пандемія коронавірусної хвороби, окрім високих рівнів інфекційної захворюваності та смертності в усьому світі, викликала хвилю психічних розладів, серед яких ключову роль відіграють тривожні розлади.

У світі є декілька класифікацій психічних розладів. Можна поділяти їх за категоріями Міжнародної класифікації хвороб (МКХ) або користуватися, наприклад, DSM-5 (англ. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition) – діагностичним та статистичним керівництвом з психічних розладів, згідно з яким тривожні розлади включають розлади, які мають схожі риси надмірного страху та тривоги й пов'язаних з ними поведінкових розладів. До них належать тривожний розлад розлуки, селективний мутизм, специфічна фобія, соціальний тривожний розлад (соціальна фобія), панічний розлад, агорафобія, генералізований тривожний розлад, тривожний розлад, спричинений речовинами/ліками, тривожний розлад через інший медичний стан.

Завдяки розвитку методів функціональної та структурної візуалізації головного мозку вдалося визначити, які саме структури пов'язані з тривожними розладами. Ключовим у модуляції страхів та тривоги вважають мигдалеподібне тіло, що є частиною лімбічної системи. З біохімічної точки зору в центральній нервовій системі (ЦНС) основними медіаторами симптомів тривожних розладів є норадреналін, серотонін, дофамін і гамма-аміномасляна кислота (ГАМК). Можуть бути залучені й інші нейромедіатори та пептиди, такі як кортикотропін-рилізінг-фактор. На периферії багато симптомів опосередковує вегетативна нервова система, особливо

симпатична нервова система, це обумовлює низку вегетативних клінічних симптомів, які супроводжують тривожні розлади.

Чи є визначені етіологічні фактори, які можуть викликати тривожні розлади? Здебільшого тривожні розлади є функціональними розладами психіки, тобто такими, що не спричинені органічним ураженням ЦНС. Усе ще триває дискусія про те, що саме є основним базовим фактором, на фоні якого виникає тривожний розлад: генетичні особливості або вплив на організм зовнішніх факторів (навколишнього середовища). Є декілька теорій розвитку тривожних станів, які висвітлюють ті чи інші ключові механізми. Так, наприклад, цікавою є психодинамічна теорія, яка пояснює тривожний розлад як конфлікт Ід (воно – несвідома частина психіки, сукупність вроджених інстинктивних потягів) та Его. З цього погляду, обумовлені Ід імпульсивні потяги зустрічають репресію зі сторони Его, прориваючись крізь них, Ід обумовлює виникнення внутрішньої автоматичної тривоги. Когнітивна теорія пояснює тривогу як тенденцію переоцінювати потенціал небезпеки. Пацієнти з тривожним розладом схильні уявляти найгірший можливий сценарій і уникати ситуацій, які вони вважають небезпечними. Є також різноманітні психологічні теорії, що пояснюють виникнення тривожних розладів. Варто зазначити, що всі наведені теорії мають певне значення з точки зору призначення терапії та профілактики виникнення тривожних розладів.

### Епідеміологія тривожних розладів

Поширення специфічних тривожних розладів у різних країнах і культурах відрізняється. Міжнародне дослідження поширеності панічного розладу виявило, що цей показник коливається від 0,4 % на Тайвані до 2,9 % в Італії. Середнє поширення соціального тривожного розладу в Європі становить 2,3 %. Дослідження не виявили різниці в частоті панічного розладу серед білих, афроамериканців або латиноамериканців у Сполучених Штатах.

Співвідношення жінок і чоловіків для будь-якого тривожного розладу протягом усього життя становить 3:2.

Більшість тривожних розладів найчастіше виникають у періоди дитинства, підліткового та раннього дорослого віку. Тривога розлуки, наприклад, зазвичай починається в дитинстві і часто включає тривогу, пов'язану з відвідуванням школи. Цей розлад може бути передвісником тривожних розладів у дорослих, найчастіше панічного розладу. Більшість соціальних фобій виникають у віці до 20 років (середній вік на момент початку захворювання – 16 років). Агорафобія зазвичай починається в пізньому підлітковому віці й до раннього зрілого віку (середній вік на момент початку захворювання – 29 років). Тому тривожні симптоми, що виникли у літніх людей, повинні спонукати лікаря до пошуку соматичних захворювань, зловживання психоактивними речовинами або депресії з симптомами вторинної тривоги.

## Що ж таке тривожні розлади?

Не варто плутати поняття тривоги та тривожних розладів, адже тривога як така є нормальною реакцією на стрес і може бути корисною в деяких життєвих ситуаціях. Саме вона може попередити людину про небезпеку, допомогти підготуватися до певних ситуацій або звернути увагу на небезпечні моменти.

Натомість тривожні розлади відрізняються від звичайних почуттів нервозності або занепокоєння і включають надмірний страх або занепокоєння. Тривожні розлади є найпоширенішими з психічних розладів і вражають майже 30 % дорослих людей у певний момент їхнього життя. Вони можуть змусити людей уникати ситуацій, які викликають або погіршують певні фізіологічні симптоми. Це може вплинути безпосередньо на існування людини в соціумі, на результативність роботи, ефективність навчання та особисті стосунки.

Тривожні розлади мають певні характерні ознаки, тобто пацієнт повинен відповідати певним критеріям для того, щоб йому можна було встановити діагноз того чи іншого тривожного розладу. Тобто страх або занепокоєння пацієнта, що характеризують тривожний розлад, зазвичай є непропорційні ситуації або невідповідні віку, перешкоджають нормальному функціонуванню людини.

## Типи тривожних розладів

Тривожні розлади можуть існувати окремо, але частіше поєднуються з іншими тривожними та депресивними розладами.

Генералізований тривожний розлад включає в себе постійне та надмірне занепокоєння, яке заважає повсякденній діяльності, він найчастіше проявляється в поєднанні з іншими психіатричними та медичними станами. При оцінці стану пацієнта, в якого підозрюють наявність генералізованого тривожного розладу, лікар повинен звертати увагу на такі симптоми:

- наявність надмірної тривоги і занепокоєння з приводу різноманітних тем, подій або заходів. Занепокоєння виникає протягом щонайменше шести місяців і є об'єктивно надмірним;
- тривога сприймається як дуже складна для контролю. Занепокоєння як дорослих, так і дітей може легко перейти з однієї теми на іншу;

- тривога та занепокоєння супроводжуються принаймні трьома з наступних фізичних або когнітивних симптомів (у дітей лише один із цих симптомів необхідний для діагностики ГТР): роздратування або неспокій, швидка втома (пацієнт більш втомлений, ніж зазвичай), порушення концентрації, дратівливість (яка може бути помітною або непомітною для інших), посилення м'язового болю, труднощі зі сном (проблеми із засинанням або якістю сну, неспокій вночі або незадовільний сон).

Отже, генералізований тривожний розлад, згідно з критеріями DSM-5, характеризується надмірним і непропорційно високим рівнем тривоги, страху або занепокоєння протягом більшості днів впродовж принаймні 6-місячного періоду. Це один із ряду тривожних розладів, який, окрім психічних, має також фізичні симптоми.

## Панічний розлад

Панічний розлад (ПР) є виснажливим тривожним розладом, на який страждає близько 5 % населення. Основним симптомом ПР є повторні напади паніки, раптові епізоди сильного страху або дискомфорту разом із низкою симптомів, таких як серцебиття, задишка, оніміння та запаморочення. Панічні атаки можуть також виникати при інших тривожних розладах, а також при депресивних станах й іноді навіть у здорових людей. Однак, щоб встановити діагноз панічного розладу, такі напади мають з'являтися несподівано на регулярній основі і призводити до страху наступних епізодів або до значної зміни поведінки. Крім уразливості до спонтанних панічних атак, пацієнти з ПР демонструють підвищену чутливість до кількох зовнішніх тригерів, включаючи ситуації, що провокують тривогу, коли раніше могли виникнути панічні атаки. Крім того, ці пацієнти реагують підвищеною тривогою та панічними атаками на різноманітні фармакологічні засоби.

Панічний розлад, схоже, є генетично успадкованою нейрохімічною дисфункцією, яка може включати вегетативний дисбаланс, а також зниження ГАМК-ергічного тону, алейний поліморфізм гена катехол-О-метилтрансферази, підвищення функції аденозинових рецепторів, підвищення рівня кортизолу, зниження функції бензодіазепінових рецепторів і порушення в генах серотоніну тощо. Повертаючись до теорій виникнення тривожних розладів варто зазначити, що існує когнітивна теорія щодо механізмів формування панічного розладу, яка полягає в тому, що такі пацієнти мають підвищену чутливість до внутрішніх вегетативних сигналів. Деякі дослідники припускають, що панічний розлад може являти собою стан хронічної гіпервентиляції та гіперчутливості до рецепторів вуглекислого газу. Генетичні дослідження показують, що є хромосомні ділянки (наприклад, 13q та інші), які можуть бути пов'язані зі спадковістю фенотипу панічного розладу. Можливо, саме тому панічні розлади можуть важко піддаватись лікуванню, адже механізм їх виникнення надзвичайно запутаний.

Основним симптомом панічного розладу є повторювані атаки паніки, переважна комбінація фізичного та психологічного стресу. Під час нападу поєднуються кілька з таких симптомів:

- серцебиття;
- пітливість;
- тремтіння;
- відчуття задишки;

- відчуття задухи;
- біль у грудях;
- відчуття запаморочення або непритомність;
- оніміння або поколювання по тілу;
- озноб або відчуття жару;
- нудота або болі в животі;
- відчуття відстороненості;
- страх втратити контроль;
- страх смерті.

Симптоми бувають настільки серйозні, що можуть імітувати напад стенокардії або симулювати ознаки інших серйозних захворювань. Середній вік виникнення панічного розладу – 20-24 роки.

## Фобії, специфічні фобії

Специфічна фобія – це надмірний і стійкий страх перед певним об'єктом, ситуацією або діяльністю, які, як правило, не є шкідливими. Пацієнти знають, що їх страх надмірний, але вони не можуть його подолати. Страх викликають настільки стійкі симптоми, що можуть змінювати поведінку пацієнта. Прикладами фобій є страх публічних виступів, страх перед польотами або страх павуків тощо.

## Агорафобія

Агорафобія – це страх і занепокоєння з приводу перебування у ситуаціях чи місцях, де немає можливості легко їх покинути, або страх, що в разі виникнення сильної тривоги допомога може бути недоступна. Страх непропорційний реальній ситуації і триває, як правило, впродовж 6 місяців або більше й значною мірою змінює життя людини, її повсякденну діяльність. Людина з агорафобією відчуває цей страх у двох або більше з наступних ситуацій:

- при користуванні громадським транспортом;
- при перебуванні на відкритих просторах;
- при перебуванні в закритих місцях;
- при стоянні в черзі або в натовпі;
- при перебуванні наодинці поза домом.

Людина, яка страждає на агорафобію, активно уникає ситуацій, що викликають у неї переживання, потребує супутника або переживає ситуацію з сильним страхом чи тривогою. Нелікована агорафобія може стати настільки вираженою клінічно, що людина не зможе вийти з дому.

## Соціальний тривожний розлад

Людина з соціальним тривожним розладом відчуває значну тривогу та дискомфорт під час соціальної взаємодії чи діяльності через думки про те, що її оцінюють або думають про неї. Такі пацієнти можуть вважати, що оточуючі їх принижують, дивляться зверхньо тощо. Люди з цим розладом намагатимуться уникати спілкування або переносити його з великою тривогою, що значно ускладнює професійну діяльність, можливість навчання та інші види життєдіяльності людини. Поширеними прикладами є сильний страх публічних виступів, зустрічей з новими людьми, споживання їжі прилюдно. Страх або тривога викликає проблеми з повсякденним функціонуванням і триває щонайменше півроку.

Соціальна фобія може бути ініційована травматичним соціальним досвідом або дефіцитом соціальних навичок, що призводить до повторюваних негативних переживань. Сучасна думка полягає в тому, що соціофобія є наслідком взаємодії між біологічними та генетичними факторами та подіями навколишнього середовища. З погляду психоаналізу соціальну тривогу можна визначити як симптом більш глибокого внутрішнього конфлікту, наприклад, низької самооцінки або інших невіршених конфліктів. З біохімічної точки зору подібна гіперчутливість до соціальних контактів, можливо, пов'язана із серотонінергічною або дофамінергічною дисфункцією.

## Тривожний розлад розлуки

Людина з тривожним розладом розлуки надмірно боїться або переживає розлуку з тими, до кого вона емоційно прив'язана. Відчуття виходить за межі відповідного віку людини, зберігається щонайменше чотири тижні у дітей і шість місяців у дорослих і викликає проблеми з функціонуванням у побутовому житті. Людина з тривожним розладом розлуки може постійно турбуватися про втрату найближчої до неї людини, може неохоче виходити чи спати далеко від дому чи без цієї людини, або може відчувати кошмари про розлуку. Фізичні симптоми дистресу часто розвиваються в дитинстві, але можуть переноситися навіть у дорослому віці.

## Тривожні розлади в контексті пандемії COVID-19

Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 сприяла появі додаткових медичних досліджень стосовно неврологічних та психічних розладів, що виникають як наслідок перенесеної хвороби або під час захворювання, викликаного вірусом SARS-CoV-2. З'явилися повідомлення про підвищений ризик тривоги, розладів настрою та деменції після COVID-19, порівняно з низкою інших подій зі здоров'ям.

Одним із подібних досліджень доведено, що COVID-19 був чітко пов'язаний із підвищеним ризиком неврологічних та психічних розладів протягом 6 місяців після встановлення діагнозу [2]. Серед 236 379 пацієнтів з діагнозом COVID-19 оцінена частота неврологічного або психіатричного діагнозу протягом наступних 6 місяців становила 33,62 %. Для пацієнтів, які були госпіталізовані до відділення реанімації, орієнтовна частота неврологічного/психіатричного діагнозу становила 46,42 %. При цьому частота тривожного розладу становила 17,39 %, а частота психотичних розладів – 1,40 %. У групі пацієнтів, які перебували в реанімаційному відділенні, оцінені випадки становили 19,15 % для тривожного розладу та 2,77 % для психотичного розладу. Більшість діагностичних категорій частіше виявлялися у пацієнтів із COVID-19, ніж у тих, хто хворів на грип та інші інфекції дихальних шляхів. Таким чином, дослідження надає докази значної неврологічної та психіатричної захворюваності протягом 6 місяців після інфікування COVID-19. Ризики були найбільшими у хворих із тяжкою формою COVID-19. Результати цього дослідження підкреслюють необхідність посиленого неврологічного спостереження за пацієнтами, які були госпіталізовані до ВРІТ або мали енцефалопатію під час COVID-19.

Цікавими висновками поділилися дослідники з США, які аналізували дані, отримані завдяки співпраці Бюро перепису населення США у партнерстві з Національним центром статистики охорони здоров'я CDC (NCHS) та кількома іншими федеральними статистичними агентствами [3]. У їхньому звіті описано тенденції щодо відсотка дорослих із симптомами тривожного або депресивного розладу та тих, хто звернувся за послугами психічного здоров'я. Відсоток дорослих, які мали симптоми тривожного або депресивного розладу протягом останніх 7 днів, і тих, хто не задовольнив потреби в психічному здоров'ї протягом останніх 4 тижнів, значно збільшився з серпня 2020 року по лютий 2021 року, причому найбільше зріс серед осіб у віці 18–29 років і з освітою нижче середньої. У період з 20 січня 2021 року по 1 лютого 2021 року більше двох із п'яти дорослих у віці  $\geq 18$  років відчували симптоми тривожного або депресивного розладу протягом останніх 7 днів (тиждень). Кожен четвертий дорослий, який відчув ці симптоми, повідомив, що потребував, але не отримував консультації чи терапії щодо свого психічного здоров'я. Ці висновки узгоджуються з результатами опитувань, проведених на початку пандемії COVID-19 (березень – червень 2020 р.), які показали підвищену поширеність симптомів психічного здоров'я, особливо серед молодих людей [4–6]. Тенденції симптомів тривожного або депресивного розладу в наведеному аналізі узгоджуються з тенденціями щодо щотижневої кількості зареєстрованих випадків COVID-19 у США, тому було теоретизовано, що збільшення цих показників психічного здоров'я відповідає тенденціям пандемії.

На сьогодні вже є багато даних, які підтверджують, що пандемія коронавірусу (COVID-19) значно підвищила тривожність і змінила індивідуальну поведінку людей. При цьому збільшується кількість виявлення тривожних розладів, як у людей, що не мали подібних епізодів в анамнезі, так і в тих, хто вже звертався у лікаря з приводу розладів психічного здоров'я. Наприклад, в одному з довготривалих досліджень вивчали роль депресії, тривоги та інших психічних розладів з точки зору відмінності в рівнях і змінах симптомів страху, депресії та тривоги, що пов'язані з COVID-19, протягом перших місяців пандемії серед дорослих з Німеччини [8]. У результаті виявили, що симптоми страху, депресії та тривоги, пов'язані з COVID-19, у середньому були вищими в людей із депресією, тривогою чи іншими психічними розладами, порівняно з людьми без таких розладів. У проєкті спостереження з чотирма хвилями оцінки з 27 березня по 15 червня 2020 року було оцінено загалом 6551 дорослого з Німеччини. 4175 осіб взяли участь в одній, 1070 – у двох, 803 – у трьох і 503 – у всіх чотирьох хвилях збору даних. Багаторівневий аналіз показав, що на всіх хвилях оцінки страх, тривожність і депресивні симптоми, пов'язані з COVID-19, були значно вищими в осіб із тривожними, депресивними та іншими психічними розладами, порівняно з людьми без них. Усі симптоми з часом зменшувалися, і це зниження було значно сильніше в осіб із тривожними розладами в анамнезі, особливо в осіб із генералізованим тривожним розладом. Результати свідчать про те, що люди з психічними розладами, особливо тривожними, стають уразливими до психологічного напруження в контексті пандемії, та, ймовірно, вони можуть переоцінювати потенційну загрозу і повинні бути спрямовані до спеціаліста з метою профілактики або терапевтичного втручання.

Таким чином, тривожні розлади на сьогоднішній день є одним із наслідків пандемії COVID-19, що ставить перед медичною спільнотою нові виклики в пошуку методів профілактики та лікування.

## Тривожні розлади як важлива соціальна проблема

Тривожні розлади є не лише індивідуальною медичною проблемою окремої людини, а й відіграють важливу соціальну роль, оскільки пацієнти з ТР можуть мати велику ймовірність виникнення супутніх захворювань, що реалізується через опосередкований нейроендокринний та нейроімунний вплив або через пряму нервову стимуляцію (наприклад, гіпертензія або серцева аритмія). Окрім цього, тривожні розлади часто супроводжуються депресією, а також зловживанням алкоголем та наркотиками. Тому підвищення захворюваності й смертності в популяції також можуть бути наслідком збільшення кількості тривожних розладів. Наприклад, існують численні докази того, що соціофобія (соціальний тривожний розлад) призводить до значних функціональних порушень і зниження якості життя [12, 13]. Тяжкі тривожні розлади можуть ускладнюватися вторинними розладами настрою або без них (наприклад, депресією). Також відомо, що наявність будь-якого тривожного розладу, включаючи фобії, у поєднанні з розладом настрою, мабуть, підвищує ймовірність суїцидальних спроб, порівняно з самим розладом настрою [14]. Фобії також дуже коморбідні. Більшість коморбідних простих (специфічних) і соціальних фобій тимчасово є первинними, тоді як більшість коморбідних агорафобій є тимчасово вторинними. Коморбідні фобії, як правило, більш серйозні, ніж чисті фобії. Соціальна фобія, наприклад, також часто поєднується з великим депресивним розладом і атиповою депресією.

Отже, складно переоцінити роль тривожних розладів у житті окремої людини та населення в цілому, оскільки їх вплив на життєдіяльність, професійну та соціальну активність є визначальним.

## Лікування

Лікування тривожних розладів передбачає комплексний підхід, тобто пацієнту слід запропонувати як психотерапію, так і фармакотерапію, і обидва ці методи вважаються порівняно ефективними. Рішення про лікування слід приймати з огляду на тяжкість тривожного розладу, прихильність пацієнта, очікувану тривалість лікування, можливі побічні ефекти та доступність відповідного лікування. Якщо одна форма лікування виявляється неефективною, слід спробувати іншу (або комбінацію обох). На сьогоднішній день тільки для специфічних фобій рекомендований один тип лікування – психотерапія, без використання препаратів. Усі інші форми тривожних розладів підлягають комбінації декількох типів терапій.

Першим вибором лікування тривожних розладів є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Однак рівень відповіді пацієнтів із різними тривожними розладами на це початкове лікування лежить у діапазоні від 45 % до 65 %. Безсумнівно, існує багато причин, чому лікування є неефективним у значній кількості пацієнтів. Саме гетерогенність основних нейробиологічних механізмів у пацієнтів може спричинити значні відмінності в ефектах лікування. Щоб збільшити

реакцію на лікування може знадобитися більш персоналізований підхід. Не зважаючи на це, є дані, що когнітивна поведінкова терапія має помірно сильний позитивний ефект проти всіх типів тривожних розладів, порівняно з препаратом плацебо, те саме стосується й фармакотерапії [15].

Фармакотерапія тривожних розладів може передбачати три-валеве застосування лікарських засобів, що належать до однієї з наступних груп:

1. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС): есциталопрам, пароксетин, сертралін;
2. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСІН): венлафаксин;
3. Інгібітори моноамінооксидази (інгібітори МАО): моклобемід;
4. Бензодіазепіни: лоразепам;
5. Неселективні інгібітори зворотного нейронального захоплення моноамінів: кломіпрамін;
6. Антиконвульсанти: прегабалін;
7. Анксиолітики: мебікар,
8. Азапірони: буспірон.

Отже, існує велика кількість лікарських засобів, які можуть призначатися хворим із тривожними розладами. Більшість із цих препаратів, на жаль, можуть мати виражені побічні ефекти, тому вибір повинен бути обумовлений індивідуальними особливостями кожного окремого пацієнта.

Так, лікування препаратами з групи бензодіазепінів може бути пов'язане з негативним впливом на центральну нервову систему (пригнічення ЦНС), що призводить до таких симптомів як втомлюваність, запаморочення, сповільнення реакції (загальмованість) та інших побічних ефектів. Когнітивні функції також можуть бути порушені, особливо у пацієнтів літнього віку. Після тривалого лікування бензодіазепінами (наприклад, протягом 4–8 місяців) у деяких пацієнтів може виникнути залежність, особливо це стосується пацієнтів, схильних до зловживання психоактивними речовинами.

При призначенні селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну початок анксиолітичного ефекту має латентний період від 2 до 4 тижнів (у деяких випадках до 6 тижнів), що обмежує їх застосування, коли потрібно отримати швидкий лікувальний ефект. Також протягом перших 2 тижнів побічні ефекти цих антидепресантів можуть бути сильнішими. Зокрема, можуть виникнути початкова нервозність або посилення симптомів тривоги, що може знизити прихильність пацієнтів до лікування.

Деякі СІЗЗС та СІЗЗСІН є інгібіторами ферментів цитохрому P450 і, отже, можуть взаємодіяти з іншими психофармакологічними препаратами та ліками. Тому коморбідним пацієнтам їх потрібно призначати з обережністю. Після припинення лікування СІЗЗС можуть виникнути реакції відміни. Однак вони є набагато менш частими та тяжкими, ніж реакції відміни, що спостерігаються після припинення лікування бензодіазепінами. Ці побічні реакції можуть бути частішими при застосуванні пароксетину, ніж при застосуванні сертраліну або флуоксетину.

З точки зору максимальної безпеки в лікуванні тривожних розладів препаратом вибору може стати Адаптол®, наразі зареєстровано нове INN Темгіколурил, який активно призначають як лікарі первинної ланки, неврологи, так і лікарі-психіатри. Діюча

речовина лікарського засобу (мебікар) за хімічною структурою близька до природних метаболітів організму, адже його молекула складається з двох метильованих фрагментів сечовини, що входять до складу біциклічної структури. Ця хімічна сполука називається тетраметилтетраазобіциклооктандіон. Препарат належить до групи транквілізаторів, діє на лімбіко-ретикулярний комплекс, а серед біохімічних систем, які знаходяться під впливом мебікару, є серотонінова, адренергічна, холінергічна та ГАМК-ергічна. Це пояснює широкий спектр фармакологічних впливів, зокрема, Адаптол чинить анксиолітичний, стрес-протекторний та ноотропний вплив на організм, а також має протисудомний ефект. Не чинить прямої снодійної дії, але регулює порушений нічний сон. Адаптол не має центральних чи периферичних холіноблокуючих властивостей, а його анксиолітична дія не супроводжується міорелаксацією та порушенням координації рухів, що гарантує мінімальну вірогідність виникнення побічних ефектів. Цим препаратом відрізняється від транквілізаторів бензодіазепінового ряду.

Перевагою Адаптолу® є високий профіль безпеки, що дозволяє призначати його на тривалий час, адже гарна переносимість підвищує прихильність пацієнта до лікування, що особливо важливо при психічних розладах. Окрім цього, адаптол безпечно поєднується з препаратами інших груп, що дозволяє призначати його коморбідним пацієнтам.

## Висновки

Тривожні розлади – це гетерогенна група порушень психіки, яка може мати різноманітні клінічні прояви та значно змінювати повсякденне життя пацієнта. В контексті пандемії COVID-19 тривожні розлади мають тенденцію до поширення серед популяції. З огляду на це, своєчасна діагностика розладів і призначення безпечних та ефективних протитривожних препаратів може запобігти тяжким наслідкам не лише для пацієнта, а й для суспільства в цілому.

**Додаткова інформація.** Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

## Список використаної літератури

1. Klevebrant L. Effects of caffeine on anxiety and panic attacks in patients with panic disorder: A systematic review and meta-analysis. Lisa Klevebrant, Andreas Frick // *General Hospital Psychiatry*. – 2022. – Vol. 74. – P. 22–31.
2. 6-month neurological and psychiatric outcomes in 236 379 survivors of COVID-19: a retrospective cohort study using electronic health records / Maxime Taquet, John R. Geddes, Masud Husain [et al.] // *Lancet Psychiatry*. – 2021. – Vol. 8. – P. 416–427.
3. Symptoms of Anxiety or Depressive Disorder and Use of Mental Health Care Among Adults During the COVID-19 Pandemic. United States, August 2020-February 2021 / Anjel Vahratian, Stephen J. Blumberg, Emily P. Terlizzi, Jeannine S. Schiller // *Morbidity and Mortality Weekly Report*. – 2021. – Vol. 70 (13). – P. 490–494.
4. Racial and ethnic disparities in the prevalence of stress and worry, mental health conditions, and increased substance use among adults during the COVID-19 pandemic – United States, April and May 2020 / McKnight-Eily L.R., Okoro C.A., Strine T.W. [et al.] // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. – 2021. – Vol. 70. – P. 162–166. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7005a3>
5. Mental health, substance use, and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic – United States, June 24–30, 2020 / M. Czeisler, R. I. Lane, E. Petrosky [et al.] // *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. – 2020. – Vol. 69. – P. 1049–1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
6. Keeter S. People financially affected by COVID-19 outbreak are experiencing more psychological distress than others / S. Keeter. – Washington, DC: Pew Research Center. – 2020. – URL: <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/03/30/>

- people-financially-affected-by-covid-19-outbreak-are-experiencing-more-psychological-distress-than-others/
7. Predicting COVID-19-related anxiety: The role of obsessive-compulsive symptom dimensions, anxiety sensitivity, and body vigilance / Heidi J. Ojalehto, Jonathan S. Abramowitz, Samantha N. Hellberg [et al.] // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2021. – Vol. 83. – P. 102460.
  8. Benda A. Longitudinal changes of anxiety and depressive symptoms during the COVID-19 pandemic in Germany: The role of pre-existing anxiety, depressive, and other mental disorders / Antonia Benda, Stefanie Lydia // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2021. – Vol. 79. – P. 102377
  9. A mechanistic model for individualised treatment of anxiety disorders based on predictive neural biomarkers / A. Brehl, N. Kohn, A. Schene [et al.] // *Psychological Medicine*. – 2020. – Vol. 50 (5). – P. 727–736. DOI:10.1017/S0033291720000410
  10. Kelly A. Anxiety and safety behavior usage during the COVID-19 pandemic: The prospective role of contamination fear / A. Kelly, Knowles Bunmi, O. Olatunji // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2021. – Vol. 77. – P. 102323
  11. Immunization stress-related responses: Implications for vaccination hesitancy and vaccination processes during the COVID-19 pandemic / Steven Taylor, J. G. Gordon, Asmundson // *Journal of Anxiety Disorders*. – 2021. – Vol. 84. – P. 102489
  12. Functional impairment in social phobia / F. R. Schneier, L. R. Heckelman, R. Garfinkel [et al.] // *J. Clin Psychiatry*. – 1994. – Vol. 55 (8). – P. 322–331.
  13. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder / C. Lochner, M. Mogotsi, P. L. du Toit [et al.] // *Psychopathology*. – 2003. – Vol. 36 (5). – P. 255–262.
  14. Anxiety disorders and risk for suicidal ideation and suicide attempts: a population-based longitudinal study of adults / J. Sareen, B. J. Cox, T. O. Afifi [et al.] // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2005. – Vol. 62 (11). – P. 1249–1257.
  15. Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis / B. Bandelow, M. Reitt, C. Röver [et al.] // *Int. Clin. Psychopharmacol.* – 2015. – Vol. 30. – P. 183–192.
  16. Bandelow B. Treatment of anxiety disorders / B. Bandelow, S. Michaelis, D. Wedekind // *Dialogues Clin Neurosci.* – 2017. – Vol. 19 (2). – P. 93–107. doi:10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow
  17. Ströhle A. The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders / A. Ströhle, J. Gensichen, K. Domschke // *Dtsch Arztebl Int.* – 2018. – Vol. 115. – P. 611–620. DOI: 10.3238/arztebl.2018.0611.

## Резюме

### Тревожные расстройства как новый вызов современному обществу

О. Н. Барна, О. А. Алифер

Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина

Тревожные расстройства включают в себя широкий спектр психических нарушений, которые могут сочетаться между собой или сопровождать болезни различных органов и систем. В современном мире, охваченном пандемией COVID-19, военными конфликтами, ростом заболеваемости онкологическими и другими болезнями, люди все чаще обращаются к врачам с симптомами тревожных расстройств. Подобные изменения психики сопровождаются выраженными клиническими синдромами, а также вегетативными нарушениями, заставляющими человека изменять стиль своей жизни, препятствуют обыденной деятельности, профессиональному развитию. Для лечения тревожных расстройств целесообразно использовать комбинацию фармакологического и психотерапевтического воздействия. Препарат из группы транквилизаторов Адаптол® имеет высокий профиль безопасности и переносимости, он оказался эффективным в лечении различных видов тревожных расстройств. Адаптол® целесообразно назначать больным всех возрастов и пола с наличием сопутствующих заболеваний или без них, поскольку этот препарат оказывает не только противотревожное действие, но и имеет другие полезные свойства (ноотропное действие и т. д.).

**Ключевые слова:** тревожность, расстройство, психика, мепикар

## Summary

### Anxiety disorders as a new challenge to modern society

O. M. Barna, O. O. Alifer

O. O. Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Anxiety disorders are a wide range of mental disorders that can be combined with each other or accompany diseases of other organs and systems. In today's world affected by the COVID-19 pandemic, military conflicts, the growing incidence of cancer and other diseases, people is increasingly turn to doctors with symptoms of anxiety disorders. Such changes in the psyche are accompanied by severe clinical syndromes, as well as autonomic disorders that force a person to change their lifestyle, interfere with daily activities, professional development. For the treatment of anxiety disorders, it is advisable to use a combination of pharmacological and psychotherapeutic effects. From the point of view of high safety and tolerability profile, the drug from the group of tranquilizers Adaptol® was effective in the treatment of various types of anxiety disorders, its use is appropriate in patients of all ages and genders, with or without comorbidities, and has other useful properties (nootropic action, etc.).

**Key words:** anxiety, disorder, psyche, mepicar