

Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії

О.О. Хаустова¹, О.М. Авраменко²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

²Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, Київ, Україна

Теоретичні концепти сучасного світу

Останніми десятиліттями стрімко пришвидшуються цивілізаційні зміни, а сучасний світ стає більш непривітним та агресивним по відношенню до людини [1]. Ще у 1990-ті роки соціологи зазначали, що ми живемо у світі VUCA, через зібрані в аббревіатурі його характеристики: volatility (нестабільність), uncertainty (невизначеність), complexity (складність), ambiguity (неоднозначність) [2].

Згодом з'явився концепт VUCA-Prime, акронім, що містить «протидію» викликам: нестабільності протистояло чітке бачення (Vision) цілей та утримування їх у фокусі; невизначеність долається розумінням (Understanding) зібраних даних перед ухваленням будь-якого рішення; складність проблем поступалася прагненню набуття ясності (Clarity) та зрозумілості щодо їх основи/структури; неоднозначність відступала перед високою швидкістю (Agility) ухвалення рішень [3, 4].

Але епоха VUCA вже минула: останнє десятиріччя принесло стрімку руйнацію сталих орієнтирів та відчуття психологічної опори, коли людство відчуло власну беззахисність перед агресивним антропогенним середовищем. Це спонукало футуриста Джаміса Кашію до створення у 2016 р. нового концепту сучасного світу — BANI. Цей термін є аббревіатурою від характеристик: Brittle — крихкий, Anxious — тривожний, Nonlinear — нелінійний, Incomprehensible — незбагнений [4].

Досвід пандемії COVID-19 та російської збройної агресії в Україні в сучасному крихкому світі доводить, що звичні нам способи дій і сам спосіб життя можуть у будь-який момент просто зруйнуватися. Такий світ провокує та підтримує у людей тривогу, яка посилюється постійним неконтрольованим інформаційним потоком та втратою звичного способу життя. Руйнівні події у світі часто є глобальними наслідками індивідуальних невідповідальних дій, але через нелінійність світу встановлення чіткого зв'язку між причиною та наслідком утруднене різними, переважно суб'єктивними, факторами. Незбагненність світу заважає скласти картину зрозумілого уявлення про події, що відбуваються: бракує знань і даних, рішення почасти ухвалюють навпомацки. Як стверджував Д. Кашію, більша кількість даних — навіть великих даних — може бути контрпродуктивною, пригнічуючи нашу здатність розуміти світ, відповідно підвищуючи нашу тривожність.

Наразі ще не розроблена стратегія ефективної взаємодії з BANI-середовищем, але вже існують певні підходи протидії його впливам з тією самою аббревіатурою, що є корисними для нашого суспільства. Так, В — build up (розбудова) є протидією крихкості світу, коли ми маємо хотіти та вміти відбудувувати, перебудувувати та добудувувати як матеріальний, так і духовний світ. А — attentiveness (уважність) сприяє зменшенню вираженості тривоги за майбутнє за рахунок фокусування уваги на сьогоденні, коли через емоційну свідомість ми розуміємо свої почуття і здатні контролювати їх,

усвідомлюємо емоції інших і виявляємо емпатію у відносинах. N — non-dogmatic (недогматичність) зумовлює необхідність критичного мислення, яке допомагає гнучко сприймати нову інформацію, що суперечить раніше сформованим уявленням, ефективно ухвалювати рішення та стає на заваді сліпій вірі в авторитети. I — intuitive (інтуїтивне розуміння) або трансцендуальне мислення дає можливість швидкого реагування з розумінням нюансів у ситуаціях, коли досягнуто, але не усвідомлено, межі відповідності між когнітивною моделлю та поточним досвідом, тому зайве обмірковування перешкоджає процесу ухвалення рішень [4].

Дистрес війни та тривога

Війна, через яку наразі проходить наше суспільство, у поєднанні із ситуацією постковіду, постала ідеальним інкубатором зростання тягаря для громадського здоров'я через психічні розлади [1]. Потужна психотравматизація негативно позначається на психічному здоров'ї населення України, одночасно поглинаючи до тла ресурс психологічних та психіатричних послуг та знижуючи нашу здатність реагувати через руйнування інфраструктури та економічний спад. Причому самі по собі економічні проблеми вже є фактором ризику підвищення рівня психічних розладів, самогубств, вживання психоактивних речовин тощо [5, 6]. Таке поєднання подій суттєво підвищує ймовірність того, що в певний час попит на послуги щодо психічного здоров'я перевищить наявні можливості системи охорони здоров'я. І підготовкою до такого виклику є розбудова психологічної та медико-психологічної допомоги, про що свідчить досвід постраждалих від війн країн [7]. У нашій країні триває Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», місією якої є зробити піклування про ментальне здоров'я щоденною звичкою для українців шляхом розбудови якісної системи послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

Дійсно, перманентний хронічний стрес, щоденні втрати військових і цивільних, масова інвалідизація населення (втрати кінцівок, полон, тортури), вимушене переселення, тривала розлука із близькими, неможливість вплинути на ситуацію викликають постійне відчуття занепокоєння, тривоги, невизначеності майбутнього тощо [1, 6, 8]. Тривала війна в Україні значно виснажила ресурси психосоматичної адаптації населення, що вже призвело до значного зростання порушень фізичного та психічного здоров'я українців. Втім, за даними українського аудиту ресурсів послуг у сфері психічного здоров'я, що був проведений за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID), лише 10% осіб, які потерпають від психічного або психологічного дискомфорту, звертаються по медичну допомогу. Систематичний метааналіз ВООЗ зазначив, що у країнах, які пережили конфлікти протягом останніх 10 років, більше ніж кожна 5-та людина (22,1%) страждає від депресії, тривоги, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), біполярного афективного

розладу (БАР) або шизофренії. Причому ці розлади є помірними або тяжкими майже у кожної десятої людини (9,1%) [9].

Екстраполяція такої оцінки на населення України (43,7 млн) дозволяє припустити, що близько 9,6 осіб можуть мати психічні розлади, з них до 3,9 млн осіб страждатимуть на розлади помірною або тяжкою ступеня [7]. МОЗ України також наводить дані, що порушення психічного здоров'я можуть згодом проявитися у близько 15 млн українців, з яких 3–4 млн осіб потребуватимуть медикаментозного втручання. Особливо підкреслено, що проблеми психічного здоров'я можуть загострити або призвести до появи вже хронічних неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних, цереброваскулярних, онкологічних тощо, а також шкідливих звичок, хімічних та нехімічних залежностей.

Взагалі поширеність субсиндромальної тривоги, що часто передре іншим психічним порушенням, у середньому удвічі вища за поширеність клінічно окреслених форм тривожних розладів та може сягати 28–76% [3, 10], причому здебільшого лікарі первинної ланки не розглядали ці стани як патологічні, відповідно, не лікували їх. Крім досить високої поширеності, самі тривожні розлади визначаються клінічною гетерогенністю, формуванням коморбідних співвідношень з депресивною і соматоформною симптоматикою, схильністю до затяжного перебігу [10].

Зрозуміло, що тривога, що виникає як відповідь на загрозливу або навіть невизначену ситуацію, на дефіцит інформації, є нормальною пристосувальною реакцією, що мобілізує організм у разі виникнення реальної погрози або складної ситуації. Втім, якщо інтенсивність тривоги надмірна стосовно ситуації, що її викликала, або вона взагалі не зумовлена зовнішніми факторами, її розглядають як патологічну [1, 8].

За даними опитувальника Sixteen Personality Factors Scale, підвищена тривожність, відчуття незахищеності, порушення емоційної чутливості та психологічної адаптації пов'язані з підвищенням серцево-судинної смертності [11, 12]. У підсвідомості хворого під впливом реальних або уявних фактів формується застійна тривога. Реакція страху у відповідь на стрес запускає активацію симпатoadреналової системи, тим самим стимулює розвиток серцево-судинної патології.

Терапія тривожних станів. З практичної точки зору, вчасна діагностика субклінічної тривожної реакції на тлі хронічних неінфекційних захворювань, зокрема серцево-судинних, забезпечує значні можливості превенції більш складних клінічно окреслених розладів. Ці можливості на сучасному етапі розвитку психофармакотерапії визначаються наявністю достатнього вибору протитривожних засобів, але його складність зумовлена необхідністю розгалуження нормальних фізіологічних реакцій тривоги в межах адаптації до стресорних подій та тривоги як психопатологічного феномену.

Втім, можливі помилки лікаря в підборі протитривожних або заспокійливих засобів, що призводять до нетривалого нестійкого ефекту психофармакотерапії. Вони зумовлені недооцінкою мішеней терапії, невідповідністю хімізму та доз препаратів меті лікування, а також відсутністю подальшої підтримувальної терапії навіть за умови наявності резидуальної тривожної симптоматики. Причому недостатність у дозуванні препаратів та тривалості лікування інколи аргументується лікарями побоюваннями розвитку толерантності до терапії та синдрому залежності, а також побічних ефектів препаратів (у тому числі надмірної седатції).

Тому при виборі тактики курації хворобливих станів, викликаних дією перманентного стресу, вартує першо-

чергово спиратися на окремі симптоми, що відображають переважні зміни активності окремих нейропептидів і нейротрансмітерних систем (табл. 1) [13].

Таблиця 1 Механізми формування тривожних та пост-стресових розладів (модиф. за S.M. Stahl) [13]

Нейротрансмітерна система	Прояви	
	Стрес	Захворювання
ГАМК ↓ СЕ ↓	Неспокій	Тривога, фобії (АФ, СФ, ПФ, ГТР)
ГАМК ↓ СЕ ↓	Завмирання	Ступор (ГРС), заціпеніння, емоційна притупленість, оглушеність (ПТСР)
ГАМК ↓ СЕ ↓	Нецілеспрямовані рухи	Ажитация, психомоторне збудження (ГРС)
СЕ ↓	Втеча або боротьба	Стітка уникаюча (АФ, СФ, ПФ, ПР) або агресивна поведінка (ПТСР)
ГАМК ↓ СЕ ↓ та ↑ ДА ↑ НА	Активізація мислення	Страх смерті, втрати самоконтролю або божевілля (АФ, СФ, ПФ, ПР)
ГАМК ↓ СЕ ↓ та ↑ АЦХ	Активізація пам'яті	Нав'язливі спогади, сни або жахи (ПТСР)
ГАМК ↓ СЕ ↓ та ↑ ГІ	Підвищення рівня пильнування	Безсоння
ГАМК ↓ СЕ ↓ та ↑ НА	Підвищення АТ, ЧСС, ЧД	Панічні атаки (ПР, АФ): кардіальні (серцебиття, біль у серці, пульсація судин, запаморочення); гіпервентильаційні (задишка, задуха, нестача повітря)
ГАМК ↓ СЕ ↓ та ↑ ГІ ↑ ДА ↑ АЦХ	Підвищення секреції шлункового соку, перистальтики ШКТ	Панічні атаки (ПР, АФ, СФ): гастроінтестинальні (дискомфорт в епігастрії, нудота, позиви до блювання і дефекації)
ГАМК ↓ СЕ ↓ та ↑ НА	Підвищення тону м'язів	Моторна напруга з метушливістю, головним болем напруги, тремтінням, неможливістю розслабитися

ГАМК — гамма-аміномасляна кислота (ГАМК)-ергічна; СЕ — серотонінергічна; ДА — дофамінергічна; НА — норадренергічна; АЦХ — ацетилхолінергічна; ГІ — гістамінергічна.

Практичний досвід свідчить про клінічну доцільність комбінованої терапії субклінічних тривожних та постстресових розладів, а саме поєднання психотерапевтичного втручання із застосуванням анксиолітичних засобів небензодіазепінового ряду, зокрема з аналогом ГАМК фенібуту та/або біциклічним похідним сечовини термікогурилом.

Так, фенібут (Ноофен®) виявився високоефективним у лікуванні цефалгії напруги, яка часто виникає у пацієнтів в умовах хронічного стресу [14]. Причому транквілізуювальна дія цієї сполуки має виражений дозозалежний характер, що багатьом лікарям і пацієнтам невідомо, тому пацієнти часто скаржаться на порушення сну через стимулювальну дію препарату. Справа в тому, що виражені транквілізуювальні властивості фенібуту виявляє в добовій дозі ≥ 1500 –2000 мг, але до цієї фармакологічної дії швидко розвивається толерантність. Отже, якщо анксиолітична терапія давала позитивні результати в невисоких дозах, а потім змінилася на активуючий ефект, то дозу при показаннях варто підвищувати — тоді фенібут знову стане транквілізатором. Причому у ряді випадків він може замінити навіть бензодіазепінові транквілізатори.

Темгіколурил, що одночасно діє на психічну, соматичну та когнітивну тривогу, є оптимальним препаратом

у терапії надмірного стресорного реагування в сучасній психосоматичній практиці. На думку М.М. Ороса [15], відповідно до періодизації розвитку стресової реакції термікогурил (Адаптол®) показаний насамперед у початкову адаптивну фазу стресорної реакції, яка визначається ще збереженими механізмами нормальної адаптації, що на практиці є донозологічною або субклінічною стадією розвитку патологічного процесу. Автор підкреслив цінність термікогурилу саме як інструменту стратегії психофармакопрофілактики, спрямованої на максимальну підтримку повноцінної адаптивної реакції та запобігання розвитку конкретної нозології.

Позитивний клінічний досвід 3-тижневого застосування термікогурилу показано в нещодавньому дослідженні щодо функціонального (психогенного) свербіжжю та тлі стресу та тривоги [16]. Автори відмітили, що в описаному клінічному випадку пацієнтка відчула значне зменшення вираженості симптомів свербіжжю вже в 1-й день застосування термікогурилу (Адаптол® 500 мг двічі на добу); на 6-ту добу відпала потреба в місцевих протисвербіжних засобах. Значний позитивний ефект зумовив зниження дози темгіколурилу (Адаптол® 500 мг ввечері) на 15-й день терапії та відміну препарату на 21-й день. Зважаючи на те, що на 3-му тижні зникли практично всі елементи висипу, а функціональний свербіж був повністю усунутий під час анксиолітичної терапії без інших системних препаратів, автори підкреслили важливість усунення компонента стресу та хвилювання при лікуванні таких пацієнтів.

У нещодавньому огляді досліджень щодо сучасного стану тривоги та депресії серед пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями в Україні [17] наведено можливі причини розвитку цих станів та висвітлено дані щодо ефективності та безпеки темгіколурилу, що продемонстрував високу ефективність в усуненні тривожності, страху, зниженні внутрішнього емоційного напруження та роздратування з прокогнітивною дією без міорелаксації та зниження рухової активності. В огляді особливо акцентовано увагу на тому, що препарат виявляє клітинні ефекти, викликаючи більш сприятливий перебіг соматичної патології, зокрема артеріальної гіпертензії, різних форм ішемічної хвороби серця, пароксизмальної фібриляції передсердь у хворих з ішемічною хворобою серця, функціональних розладів травного тракту тощо.

N. Sydorova [17] відмітила зацікавленість науковців інших країн щодо властивостей термікогурилу. Зокрема, в експериментальному дослідженні щодо превенції стресорного реагування на тваринних моделях, проведеному групою південнокорейських науковців на чолі з С.У. Кім, показано, що введення термікогурилу в дозі 10 мг/кг маси тіла викликало слабкий профілактичний ефект на порушення поведінки лабораторних тварин під впливом стресу, проте скорочувало тривалість тривоги, спричиненої впливом нового середовища [18]. У цьому дослідженні термікогурил запобігав підвищенню рівня кортикостерону (у гризунів подібний за дією до кортизолу людини) в сироватці крові та гіперсекреції прозапальних цитокінів внаслідок періодичного непередбачуваного стресу у 7-тижневих мишей лінії Balb/cByJLUS. Зауважено, що попри тривалу клінічну історію препарату, для його широкого впровадження необхідне проведення рандомізованих контрольованих багатоцентрових досліджень.

Особливо є сенс наголосити на позитивному клінічному досвіді комбінування термікогурилу не тільки з фенібутутом, але й з іншими сполуками: бензодіазепінами, нейро-

лептиками, антидепресантами, коли на тлі збільшення вираженості лікувального ефекту чітко фіксується зменшення побічної дії цих груп препаратів. Так, у поєднанні з бензодіазепінами термікогурил сприяє посиленню їх анксиолітичної дії, зменшуючи при цьому вираженість побічних ефектів: м'язового розслаблення, уповільнення рухових реакцій, суб'єктивного відчуття оглушення і сонливості. У комбінаціях з нейролептиками на тлі розширення терапевтичного ефекту відбувається зменшення основних компонентів нейролептичного синдрому: тремору, гіпертонусу м'язів, гіперсаливації, пітливості, дизурічних явищ, соматовегетативних і неврологічних порушень. До того ж термікогурил, на відміну від циклодолу, редукує холінолітичні ефекти нейролептиків: тахікардію, сухість у роті, порушення сечовипускання. У поєднанні з селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) підвищення ефективності терапії двобічне та більш швидка редукція симптомів, тому що СІЗЗС активує серотонінергічний нейрон ззовні (пригнічення зворотного захоплення серотоніну, десенситизація рецепторів), а термікогурил діє всередині нейрона (підвищення синтезу серотоніну і його виведення в міжсинаптичну щілину) [42]. Також відомо, що термікогурил посилює дію снодійних ліків та зменшує вираженість атерогенної дії пропранололу [10, 17, 19–21].

Особливості проявів клінічних ефектів монотерапії термікогурилом (Адаптол® 500 мг 3 рази на добу) та фенібутутом (Ноофен® 250 мг 3 рази на добу) і комбінованої терапії (Адаптол® 500 мг та Ноофен® 250 мг, обидва 2 рази на добу) тривалістю 28 днів досліджені у пацієнтів із тривожними синдромами в межах невротичних та психосоматичних розладів (серцево-судинна патологія і метаболічний синдром X) [21] (табл. 2).

Таблиця 2 Застосування препаратів Адаптол® та Ноофен®

Препарат	Вранці	Ввечері	Добова доза
Адаптол®	1 таблетка 500 мг незалежно від прийому їжі	1 таблетка 500 мг	1000 мг
Ноофен®	1 таблетка 250 мг перед прийомом їжі, запиваючи достатньою кількістю води	1 таблетка 250 мг	500 мг

Зважаючи на тенденцію до значущої соматизації емоційних порушень внаслідок дистресу війни, цей досвід набув нової актуальності за рахунок тотожності особливостей прояву тривоги у пацієнтів психосоматичного профілю, а саме її маскуванням астеничною дратівливістю, гнівними спалахами або виникненням відчуття тривоги одночасно із загостренням соматичних проявів. Клінічною відмінністю соматизованої тривоги під час війни порівняно з довоєнним часом є вища інтенсивність тривоги та менша підконтрольність відчуття занепокоєння і тривоги очікування. Причому на тлі менш дієвого пригнічення пацієнтами тривожних спонукань до дії і висловлення розрядки афективної напруги, як і раніше, відбувається переважно через гнів з вербальною та поведінковою його реалізацією.

У вищезазначеному дослідженні [21] достовірна редукція симптоматики тривожного регістру зафіксована у 73,3% пацієнтів, які отримували монотерапію термікогурилом, у 76,7% пацієнтів — монотерапію фенібутутом, у 93,3% — котерапію обома засобами відповідно. У висновках дослідження зауважено, що поєднання фенібуту та темгіколурилу викликало синергічний ефект та забезпечило більш значущу та збалансовану терапевтичну відповідь щодо спектра тривожних симптомів із застосуванням

нижчої дози ліків. Варто все ж зауважити, що зниження дози дещо уповільнило саму динаміку терапевтичного ефекту в групі котерапії на 5–7 днів порівняно з групами монотерапії вищими дозами препаратів.

При монотерапії темгіколурилом терапевтична дія препарату відмічалася досить швидко. У пацієнтів вже на 3–4-ту ніч відмічали подовження та поглиблення сну з подальшим відновленням його архітектоники. На 21-й день терапії у 73,3% пацієнтів відзначали редукцію тривоги, страху з появою відчуття спокою на фоні достатньої фізичної активності ($p < 0,01$). Зафіксовано виражену редукцію кардіалгії та цефалгії метаболічного характеру (переважно клімакс, МСХ), а також функціональної та рефлекторної алгії ($p < 0,01$). Наприкінці курсу терапії у більшості пацієнтів повністю або більшою мірою редукувалися тривога, страхи, емоційне напруження, підвищена втомлюваність та подразливість, інсомнія та вираженість емоційно спровокованих алгій. Понад $\frac{1}{3}$ пацієнтів відзначили підвищення психічної та фізичної стійкості, стресостійкості, працездатності. Для пацієнтів з артеріальною гіпертензією додатково корисним виявився ефект зниження артеріального тиску до 20%, що здебільшого зберігався до кінця терапії на відміну від його транзиторного зниження у нормотоніків у межах 1–2 тиж на початку лікування [21].

Фенібут, за даними цього самого дослідження [21], в перші 2–3 доби терапії у більшості пацієнтів забезпечував відчуття розслабленості, інколи вечірньої сонливості зі швидкою редукцією стресорної цефалгії, втоми, пригніченості та апатії. Але вже починаючи з 4–5-ї доби заспокійлива дія препарату змінювалася на стимулюючу з покращанням працездатності і когнітивних функцій, але і з появою у частини пацієнтів пресомнічних порушень (утруднення засинання). Такий ефект є відображенням чіткої дозозалежної дії фенібуту, про яку ми згадували вище. Умови дослідження не передбачали підвищення добової дози фенібуту задля повернення транквілізуювальної дії, що не завадило загальній позитивній динаміці з редукцією інсомнічних порушень після 2 тиж терапії та наявністю адекватної денної активності.

У підсумку зазначено [21], що особливо при котерапії пацієнти відмічали не тільки відсутність напруженості та втомленості, а також наголошували на поживленні життєвих інтересів, покращанні фізичної та розумової працездатності, більшій стійкості та деякій «нечутливості» до дії стресорних факторів. Крім того, на тлі підвищення рівня самооцінки пацієнти збільшували кількість та поліпшували якість соціальних контактів, у тому числі у власній родині.

Висновки

Таким чином, життя в умовах перманентного стресу у світі БАНІ за рахунок його надмірної крихкості, нелінійності та незбагненності сповнене тривогою. Для нашої країни додатковим тягарем для психічного здоров'я українців стала тривала війна, що зруйнувала звичне життя та щоденно виснажує адаптаційні ресурси, приводячи до зростання психосоматичної захворюваності. Всеукраїнська програма ментального здоров'я «Ти як?», інші міжнародні, національні, регіональні та локальні проєкти спрямовані на розбудову якісної системи послуг у сфері психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

При виборі тактики курації хворобливих станів, зумовлених дією перманентного стресу, вартує першочергово спиратися на окремі симптоми, що відображають переважні зміни активності окремих нейропептидів і нейротрансмітерних систем. Практичний досвід свідчить про клінічну доцільність

комбінованої терапії субклінічних тривожних та постстресових розладів, а саме поєднання психотерапевтичного втручання із застосуванням анкісіолітичних засобів небензодіазепінового ряду, зокрема із аналогом ГАМК фенібуту та/або біциклічним похідним сечовини термікогурилом.

□

Список використаної літератури

1. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2022) Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. Укр. мед. часопис, 4: 150.
2. Цимбал І.В., Жовтун А.А., Ліманська О.Л. (2015) Світ VUCA як сучасний контекст інформаційних і суспільно-політичних змін. Науковий часопис НПУ імені МП Драгоманова. Серія 22: Політичні науки та методика викладання соціально-політичних дисциплін (17): 43–47.
3. Хаустова О.О. (2019) Психосоматичні маски тривоги. Укр. мед. часопис, 4(1): 53–60.
4. Сагайдак М.П., Мерзлякова О.Л., Сімшаг І. (2021) Дослідження сучасних трендів функціонування бізнес-організацій в контекстах викликів часа-світу. Трансформація менеджменту бізнес-організацій: сучасні тренди та виклики, 31–53.
5. Стан здоров'я народу України в умовах війни (2022) Посібник за заг. ред. В.М. Коваленко, В.М. Корнацький. Київ, 220 с.
6. Mahmood H.N., Ibrahim H., Goessmann K. et al. (2019) Post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees residing in the Kurdistan region of Iraq. Conflict Health, 13(1): 1.
7. Пріоритетні багатосекторні заходи з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні під час та після війни: оперативна дорожня карта. Відкритий документ (5 грудня 2022 року).
8. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2022) Антистресова поведінка в умовах війни. Основи фармакотерапії тривоги. Практикуючий лікар, (2-3), 5-13. plr.com.ua/index.php/journal/article/view/705.
9. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A. et al. (2019) New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 394(10194): 240–248.
10. Хаустова О.О. (2017) Нейроімуноендокринологія: сучасний погляд на психосоматичний діалог людини зі стресом. Ліки України, 1(207): 15–21.
11. Dahlén A.D., Miguët M., Schiöth H.B., Rukh G. (2022) The influence of personality on the risk of myocardial infarction in UK Biobank cohort. Scientific Reports, 12(1): 6706.
12. Tunheim K., Dammen T., Baardstu S. et al. (2022) Relationships between depression, anxiety, type D personality, and worry and rumination in patients with coronary heart disease. Front. Psychol., 13: 929410.
13. Stahl S.M. (2008) Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical application. 3rd ed. Cambridge: Cambridge University Press, 1117.
14. Орос М.М., Сабовчик А.Я. (2019) Ефективність використання Ноофену в лікуванні цефалгії напруги. На допомогу практичному лікарю, 5–6: 81–87.
15. Орос М.М. (2023) Вплив війни на людину. Зміни психіки та характеру в умовах воєнного стану. Укр. мед. часопис, 2(154). DOI: 10.32471/umj.1680-3051.154.241952.
16. Sydorova N., Vereshchaka V., Kuts T. (2023) Possibilities of Anxiolytic Therapy in the Elimination of Stress Skin Manifestations: A Case Report. Acta medica Lituanica, 30(1): 8–8.
17. Sydorova N.M. (2021) A cure for fear. Analytical literature review. Cur. Aspects of Military Med., 28(2): 173–188.
18. Kim C.Y., Kim Y.G., Sin S.J. et al. (2018) Preventive Effect of Mecibar and Ginsenoside Rg1 on Neurobehavioral and Immunological Disruptions Caused by Intermittent Unpredictable Stress in Mice. Neuroimmunomodulation, 25(1): 49–58.
19. Serediuk L., Vakalyuk I. (2019) The effectiveness of treatment with mecibar in patients with permanent atrial fibrillation, which stem from anxiety and depression. Pol. J. Appl. Sci., 5: 5–10.
20. Serediuk L., Vakalyuk I., Tsimbalyuk U., Bila L. (2019) Effectiveness of Treating Patients with Stable Ischemic Heart Disease and Co-Existent Paroxysmal Atrial Fibrillation with Mecibar. Arch. Clin. Med., 25(2): E201922.
21. Чабан О.С., Хаустова О.О. (2009) Терапія пацієнтів з тривожними синдромами в межах невротичних та психосоматичних розладів (серцево-судинна патологія і метаболічний синдром X). Методичний посібник. Київ, 55 с.