

УДК 159.968.2:616.89-008.441.13/33:355

[https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2\(36\)-624-638](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2(36)-624-638)

Гальцова Світлана Василівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології, факультет підвищення кваліфікації і перепідготовки, Комунальний заклад Сумський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти, м. Суми, <https://orcid.org/0000-0003-4698-6058>

Ляска Оксана Петрівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки та психології, факультет 3, Харківський національний університет внутрішніх справ, м. Харків, <https://orcid.org/0000-0001-6943-8957>

Карачинський Олексій Аркадійович кандидат психологічних наук, старший викладач кафедри філософії Факультету соціології і права, Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського» м. Київ, <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

Анотація. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є дуже поширеним психічним розладом, який викликає дистрес і функціональні порушення, призводить до відхилення психіки та медичних супутніх захворювань і пов'язаний із серйозними ускладненнями, включаючи самогубство. Пацієнти відчувають різноманітні симптоми. Збої в різних нейробиологічних системах можуть спровокувати розвиток і стійкість ПТСР. В наш час цей розлад стає все більш поширеним серед військовослужбовців. Для їх лікування використовують ряд методів медикаментозної та психологічної допомоги. До найбільш поширених типів психологічної реабілітації військовослужбовців із ПТСР відносяться індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, інтегральна психотерапія, терапія десенсибілізації, психодинамічна терапія, сімейна терапія, гіпноз. Когнітивно-поведінкова терапія, зосереджена на травмі, позбавлення стресу, а також десенсибілізація є ефективними психологічними методами лікування ПТСР. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, а також препарати першої лінії є добре відомими фармакологічними методами лікування ПТСР. Празозин часто використовується для лікування порушень сну, пов'язаних із посттравматичним стресовим розладом. Антидепресанти, протисудомні препарати та антипсихотики другого покоління відіграють другорядну роль у лікуванні ПТСР. Головна мета лікування стосується основних симптомів ПТСР, супутніх захворювань, суїцидальності та функціональних розладів. Для

підтвердження посттравматичного стресового розладу рекомендують застосувати оціночну шкалу, яку в подальшому використовують для оцінки відповіді на лікування. Серед підходів лікування багато уваги приділяють психологічній та соціальній реабілітації військовослужбовців із ПТСР та медикаментозній терапії. Остання вважається альтернативним лікуванням першої лінії в рекомендаціях з лікування ПТСР, але є рекомендації, які розглядають фармакотерапію як варіанти, коли психотерапія недоступна або неефективна. Вибір ефективних методів соціальної, психологічної реабілітації та медикаментозного лікування військовослужбовців із ПТСР є надзвичайно актуальним.

Ключові слова: військові, медикаментозна терапія, психологічна допомога, посттравматичний стресовий розлад.

Haltsova Svitlana Vasylivna PhD in Psychology, Associate Professor of the Department of Psychology, Faculty of Advanced Training and Retraining, Municipal Institution Sumy Regional Institute of Postgraduate Pedagogical Education, Sumy, <https://orcid.org/0000-0003-4698-6058>

Liaska Oksana Petrivna PhD in Psychology, Associate Professor Department of Pedagogy and Psychology, Faculty 3, Kharkiv National University of Internal Affairs, Kharkiv, <https://orcid.org/0000-0001-6943-8957>

Karachynskiyi Oleksii Arkadiyovych PhD in Psychology, Senior lecturer of the Department of Philosophy, Faculty of Sociology and Law, National Technical University of Ukraine "Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute, Kyiv, <https://orcid.org/0009-0005-2477-7329>

PTSD IN MILITARY PERSONNEL: FEATURES OF THE CLINICAL PICTURE AND APPROACHES TO TREATMENT

Abstract. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a very common mental disorder that causes distress and functional impairment, leads to mental health and medical comorbidities, and is associated with serious complications, including suicide. Patients experience a variety of symptoms. Disruptions in various neurobiological systems can trigger the development and persistence of PTSD. Nowadays, this disorder is becoming increasingly common among military personnel. A number of methods of medication and psychological assistance are used to treat it. The most common types of psychological rehabilitation for servicemen with PTSD include individual cognitive behavioral therapy, integrative psychotherapy, desensitization therapy, psychodynamic therapy, family therapy, and hypnosis. Cognitive-behavioral therapy focused on trauma, stress management, and desensitization are effective psychological treatments for PTSD. Selective

serotonin reuptake inhibitors, as well as first-line medications, are well-known pharmacological treatments for PTSD. Prazosin is often used to treat sleep disorders associated with post-traumatic stress disorder. Antidepressants, anticonvulsants, and second-generation antipsychotics play a secondary role in the treatment of PTSD. The main goal of treatment is to address the main symptoms of PTSD, comorbidities, suicidality, and functional disorders; to confirm post-traumatic stress disorder, it is recommended to use an assessment scale, which is then used to assess the response to treatment. Among the treatment approaches, much attention is paid to psychological and social rehabilitation of servicepersons with PTSD and medication therapy, the latter being considered an alternative first-line treatment in the PTSD treatment guidelines, but there are recommendations that consider pharmacotherapy as an option when psychotherapy is not available or ineffective. The choice of effective methods of social, psychological rehabilitation and medication for military personnel with PTSD is extremely important.

Keywords: military, drug therapy, psychological assistance, post-traumatic stress disorder.

Постановка проблеми. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це дезадаптивна емоційна та когнітивна реакція на травматичну подію, що характеризується вторгненням у формі небажаних спогадів та емоцій, негативного пізнання та настрою, а також збудження, підвищеної настороженості та очікуваного страху. Цей стан є поширеним і важким серед військовослужбовців [1]. Вони стикаються з багатьма травматичними ситуаціями через характер своєї роботи. Це посилюється для військовослужбовців, які знаходяться у зонах активних бойових дій і піддаються низці травматичних подій, таких як вплив вибухівки, а також є свідками страждань інших. Цей стан є хронічним і може вплинути на всі аспекти життя [2]. Встановлено, що симптоми ПТСР заважають когнітивним процесам, залученим до відбору, гальмування та оновлення інформації [1].

ПТСР пов'язаний зі змінами в когнітивно-афективному функціонуванні, особливо щодо уваги та утримання в пам'яті інформації, пов'язаної з травмою. Вважається, що ці зміни є як проявами симптомів ПТСР, так і факторами, які посилюють та можуть підтримувати симптоми розладу. Крім того, вони спричиняють психологічні проблеми, з якими стикаються військовослужбовці, включаючи наркотичну та алкогольну залежність, агресію, самопошкодження та порушення особистого та професійного життя [1].

Поряд з тим, що ПТСР є реакцією на стрес із нав'язливими спогадами, униканням нагадувань, емоційним заціпенінням, негативними переконаннями та підвищеним збудженням, він може прогресувати до мультисистемного синдрому з супутніми захворюваннями. Незважаючи на те, що системні відповіді відрізняються залежно від системи органів, показано, що клітинні процеси, які сприяють синдрому ПТСР, пов'язані з циркулюючими

молекулярними медіаторами [3].

Докази, що стосуються різних варіантів лікування ПТСР, були ретельно розглянуті в низці рекомендацій щодо лікування. Загалом існує високий рівень узгодженості між різними експертними рекомендаціями відносно лікування, незважаючи на відмінності в їх методології та системах оцінювання.

Численні дослідження виявили ефективність кількох методів психологічної реабілітації при ПТСР, включаючи експозиційну терапію, когнітивну терапію та терапію когнітивної обробки [4].

Відновлення після ПТСР можливе під час військової служби, але це менш імовірно в осіб з певними негативними прогностичними факторами, особливо важкою депресією [5]. Вибір ефективних методів медикаментозної та психологічної реабілітації військовослужбовців із ПТСР є надзвичайно актуальним у наш час.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Стаття, присвячена розгляду актуального питання особливостей клінічної картини та сучасних методів лікування ПТСР, включає аналіз літературних даних щодо персоналізованих підходів під час вибору ефективних методів медикаментозної та психологічної реабілітації військовослужбовців.

Аналіз наукових робіт Russell [1], Obuobi-Donkor [2], Muhie [3], Friedman [4], Mclay [5], Blais [6], Dean [7], Misganaw [8], Blalock [9], Breen [10], Coventry [11], Miles [12], Staples [13], Murphy [14], Vyas [15], Blakey [16], Back [17], Chetty [18], Zalta [19] показав, що необхідно переглянути підходи до методів терапії та визначити індивідуальні чинники ризику стресу на основі набору фізіологічних даних. Ці методи лікування націлені на ризики та фактори, що модифікуються.

Мета статті – дослідження особливості клінічної картини та підходи до лікування ПТСР у військовослужбовців.

Виклад основного матеріалу. ПТСР, який пов'язаний з бойовими діями, має поширеність протягом життя від 10,1% до 30,9%, наприклад, як було показано серед американських ветеранів війни у В'єтнамі та наступних конфліктів, включаючи війни в Іраку та Афганістані. ПТСР спричиняє переживання або спостереження за фактичною чи загрозливою смертю, серйозними травмами чи насильством і має симптоми, які включають повторне переживання, уникнення, негативні думки чи настрої, пов'язані з травматичною подією та гіперзбудженням. Існує обмежене розуміння біологічних процесів, що лежать в основі головних ознак ПТСР та пов'язаних з ним психічних і соматичних супутніх захворювань [3; 6; 8].

ПТСР спостерігається у багатьох ветеранів і солдатів, які були або перебувають на військовій службі, але діагностика може бути проблематичною через ускладненість у визначенні симптомів і обмеження ідентифікації осіб, які можуть входити в групу ризику. ПТСР – системне захворювання, яке вражає не лише мозок, а й весь організм, маркери

захворювання охоплюють кілька біологічних доменів, включаючи гени, білки, клітини, тканини та фізіологічні зміни на рівні всього організму. Зокрема, молекулярні медіатори виникнення та тяжкості є важливими для кращого розуміння молекулярного патогенезу ПТСР. Це включає ідентифікацію на системному рівні молекулярних змін, які лежать в основі ПТСР та його супутніх захворювань [3; 8]. Ідентифікація таких маркерів може допомогти в діагностиці, прийнятті рішення стосовно лікування та оцінці розвитку та прогресування ПТСР [7].

В роботі Mihic були визначені кореляції між багатьма показниками клінічних та характерних ознак ПТСР та тяжкості його перебігу (рис.1) [3].

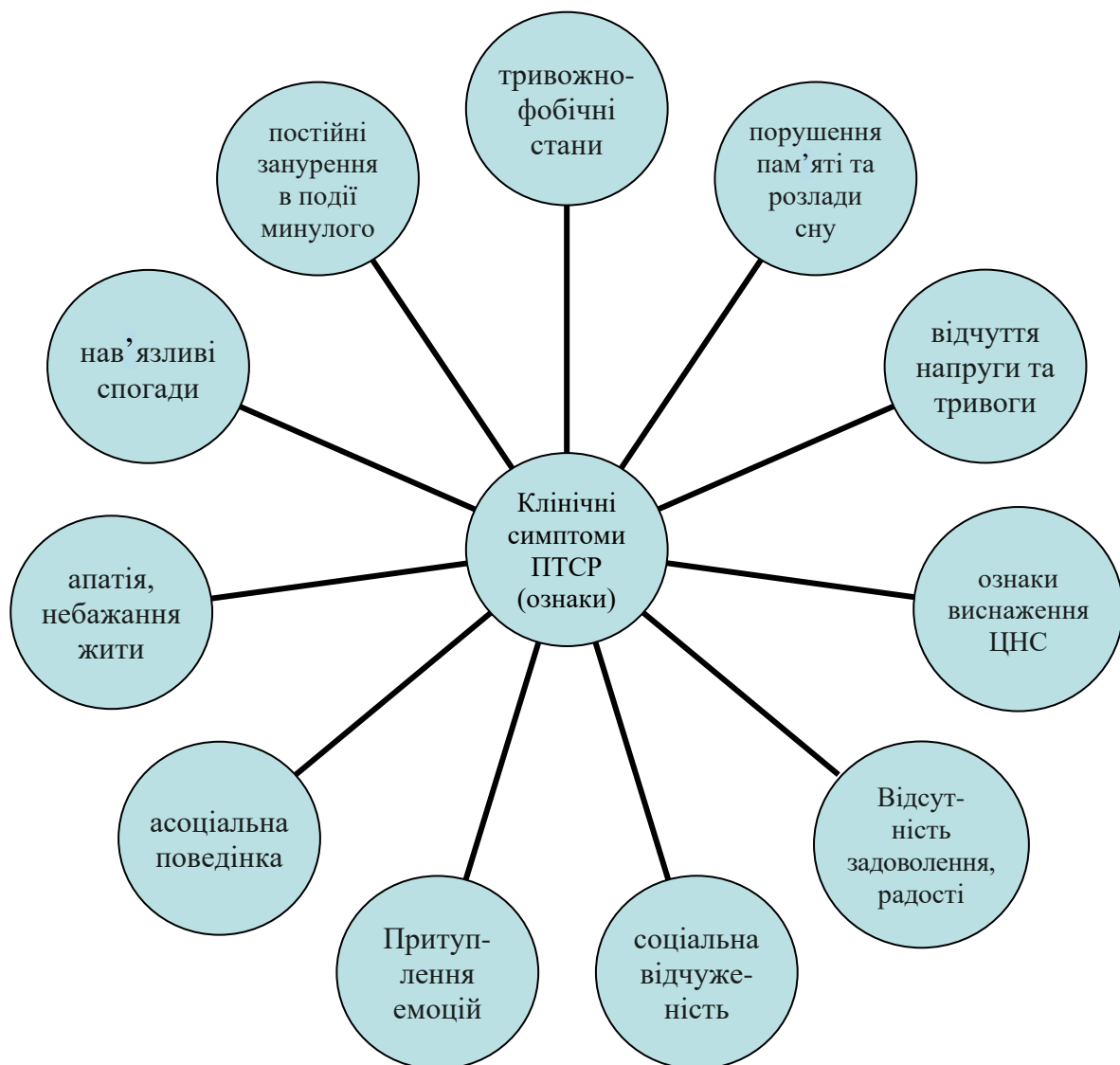


Рис. 1. Характерні клінічні симптоми посттравматичного стресового розладу

Джерело: створено автором за даними [3]

У багатьох дослідженнях підкреслюється високий рівень коморбідності ПТСР з іншими станами, включаючи депресію, тривожність, алкоголізм і токсикоманію, серцево-судинні захворювання, діабет та інші.

При виявленні ПТСР основне завдання спеціаліста правильно диференціювати діагноз, встановивши вид і тип. В таблиці 1 представлено характерні ознаки ПТСР та їх прояви, а також типи, до яких можна віднести виявлені порушення.

Таблиця 1

Характерні ознаки посттравматичних синдромів

Ознаки посттравматичного стресового розладу та його типи	Прояви
Тривожний	Часті напади, які проявляються на тлі постійного перенапруження
Астенічний	Нервова система виснажена, втрачається інтерес до життя, пацієнт починає відчувати власну ущербність
Дистрофічний	Замкнутість, пацієнти намагаються уникати оточуючих, часто з'являється незрозуміла агресія
Соматоформний	Проявляється на тлі відстроченого ПТСР, супроводжується проблемами в роботі серцево-судинної, нервової систем, шлунково-кишкового тракту

Джерело: створено автором за даними....

З точки зору патофізіології, деякі дослідження показали нейроанатомічні зміни при ПТСР, такі як збільшення розміру та активності мигдалеподібного тіла (тобто емоційного центру), зменшення об'єму префронтальної кори та зменшення об'єму гіпокампу. Окрім цих морфологічних змін, різноманітні нейробиологічні зміни можуть бути залучені до патофізіології ПТСР, причому найчастіше згадуються посилені відповіді симпатичної нервової системи та зміни в системі гіпоталамус-гіпофіз-наднирники.

Надійна панель біомаркерів ПТСР повинна бути специфічною тільки для ПТСР і здатною виявляти синдром як за наявності, так і за відсутності супутніх захворювань. Зокрема, низка станів, що мають безпосередній зв'язок із ПТСР, включаючи суїцидальні думки, підвищене запалення та метаболічні розлади, пов'язані з підвищеним рівнем scf-mtDNA, хоча вони спеціально не досліджувалися в осіб з ПТСР. Підвищена чутливість до глюкокортикоїдів

була зареєстрована в багатьох дослідженнях ПТСР, а також на основі позитивних зв'язків, повідомлених між *ccf-mtDNA* та рівнями глюкокортикоїдів після фізичного стресу та між тестом на пригнічення дексаметазоном рівня кортизолу та рівнів *ccf-mtDNA* в осіб, які намагалися вчинити самогубство. Виявлено, що підвищена чутливість до глюкокортикоїдів у осіб з ПТСР може бути пов'язана з нижчими рівнями *ccf-mtDNA* [9].

Шляхи, пов'язані з ангіогенезом, запаленням, окислювальним стресом, метаболізмом і реакцією на поранення, корелюють з тяжкістю симптомів та хронізацією ПТСР [3]. Взаємозв'язок характеристик метаболітів і білків, а також епігенетичних показників із ПТСР свідчить про пригнічений морфогенез судинної мережі та активне запалення й окислювальний стрес, які пов'язані з прогресуванням і персистенцією хвороби. Запалення, окислювальний стрес і метаболічна дисрегуляція є важливими сигналами та механізмами, що спричиняють пошкодження тканин і порушення відновлення тканин, а це призводить до функціонального погіршення життєво важливих систем, пов'язаних із серцево-судинними захворюваннями, метаболічними розладами та порушеною імунною відповіддю з прогресуванням захворювання. Було встановлено кореляційний зв'язок показників запалення, окислювального стресу і метаболізму із клінічними показниками ПТСР у військовослужбовців. Зокрема, запальні реакції, окислювальний стрес, апоптоз і аутофагія були значно активовані. Тоді як коагуляція, активація тромбоцитів, ангіогенез і механізми клітинної адгезії були пригнічені. Така надмірна активація може призводити до порушення загоєння ран (нормальні механізми підтримки/відновлення) [3; 10].

Пошкодження тканини та порушення загоєння пошкодженої тканини можуть сприяти виникненню, перебігу та стійкості ПТСР, включаючи супутні захворювання: серцево-судинні захворювання, цукровий діабет 2 типу, хронічний біль і нервово-психічні проблеми. Ці спостереження підтверджують, що ознаки мультиоміки, які були суттєво змінені та корелюють із симптомами ПТСР, опосередковують перебіг і стійкість хвороби, крім того, є потенційними маркерами в його часових і тяжких траєкторіях. Таке розуміння цих розладів на системному рівні може допомогти вирішувати пов'язані з ПТСР дисфункції за допомогою узгодженого підходу та сприятиме розробці стратегій профілактики, діагностики та лікування [3].

В наш час все більше уваги приділяється психологічній реабілітації військовослужбовців із ПТСР. Показано, що психологічні втручання, орієнтовані на травму, ефективні для лікування проблем психічного здоров'я та супутніх захворювань у людей, які зазнали складної травми. Багатокомпонентні втручання, які можуть включати пофазові підходи, є найефективнішим пакетом лікування для управління ПТСР при складній травмі [11]. В іншому дослідженні встановлено, що дратівливість була присутня лише у приблизно 20% випадків після лікування із застосуванням терапії когнітивної обробки або тривалого впливу [12].

Індивідуальна когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, терапія десенсибілізації та інтегральна психотерапія (EMDR), що розглядає дисфункціонально збережені спогади як основний елемент розвитку психопатології, є ефективними для зменшення симптомів ПТСР [11].

Когнітивно-поведінкова терапія базується на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінкою. Відносно коротка форма психотерапії, яка зосереджена на проблемі та орієнтована на дію, експозиційна терапія має дуже серйозну доказову базу. Десенсибілізація та EMDR включають основні елементи, орієнтовані на травму, але їх унікальною особливістю є використання рухів очей як центрального компонента процедури. Інші типи психотерапії, такі як психодинамічна терапія, сімейна терапія або додатковий гіпноз, можуть бути розглянуті для деяких пацієнтів [4].

Безсоння виступає серйозною проблемою, що погіршує якість життя військовослужбовців. Порушення сну є одним із симптомів ПТСР, але навіть після доказових методів лікування симптоми безсоння часто залишаються. Основними підходами до лікування безсоння є когнітивно-поведінкова терапія безсоння і фармакотерапія. Однак у кожного з цих методів лікування є недоліки. Підходи комплементарного та інтегративного здоров'я, а саме: медитація усвідомленості, медитація мантри, йога та тай-чі, можуть забезпечити альтернативне лікування безсоння у військових [13]. Фактори ризику виникнення проблемного гніву та агресії включають вплив травми, чоловічу стать, молодший вік і бойові дії. Крім того, вживання алкоголю завжди сильно впливає на ризик агресії та гніву та часто супроводжується ПТСР [13; 14].

Емоція гніву та поведінкові акти агресії можуть призвести до серйозних негативних наслідків, включаючи насильство в сім'ї, судові звинувачення та смерть. На жаль, військовослужбовці та ветерани, які повертаються, повідомляють про труднощі з керуванням своїм гнівом, агресією та проблемами з подальшими наслідками. ПТСР зумовлює виникнення гніву та агресії, особливо у військовослужбовців. Майже половина військовослужбовців із симптомами ПТСР повідомили про фізичну агресію, а 20% схвалили насильницьку поведінку, яка завдала шкоди іншій особі протягом першого року після повернення зі служби [12]. Попередні дослідження з цивільними особами та ветеранами показали, що зниження гніву пов'язане з успішним лікуванням ПТСР. Порушення регуляції емоцій опосередковує зв'язок між симптомами ПТСР та імпульсивною агресією у ветеранів із ПТСР. Вирішальним є не наявність інтенсивних емоцій, а те, як керувати ними. Агресивна поведінка може бути зменшена, тоді як рівень гніву залишається постійним. Також можливо, що безсоння пов'язане з агресією, оскільки це ще один симптом ПТСР, стійкий до лікування. Військовим часто доводиться виконувати позмінну роботу, що є причиною нестачі сну, і може призвести до гніву та дратівливості [12]. Деяким людям знадобиться додаткове лікування, орієнтоване на гнів і агресію.

Однак прихильність до лікування та показники одужання можуть бути низькими. Є докази того, що складність впливу травми пов'язана з більшою кількістю різних типів супутніх симптомів на додаток до ПТСР [11; 12; 15], а численні супутні симптоми можуть сприяти погіршенню результату. Дійсно, високий рівень комплексних психіатричних супутніх захворювань може негативно вплинути на результати лікування людей з ПТСР. Ризик вибуття та зниження ефективності лікування викликає особливе занепокоєння при наявності комплексного ПТСР, який нещодавно був визнаний Міжнародним класифікатором хвороб-11 (МКБ-11) як новий діагноз. Він включає основні симптоми (підвищена тривога та емоційне збудження, уникнення та заціпеніння, повторне переживання травматичної події) та додаткові симптоми, пов'язані з порушеннями самоорганізації (афективна дисрегуляція, негативна самооцінка та міжособистісні проблеми) [11]. Нещодавні дослідження засвідчують, що ветерани, які потребують лікування, частіше повідомляють про алкогольну залежність та шкоду, яку алкоголь завдає, ніж діючі військові чи населення в цілому [14]. Проведений багатофакторний аналіз з поправкою на кількість симптомів ПТСР показав, що військовий бойовий досвід не був суттєво пов'язаний із вживанням алкоголю протягом життя. Отримані дані підкреслюють важливість оцінки вживання алкоголю (навіть за відсутності зловживання алкоголем/залежності) при ПТСР у військовослужбовців [15; 16]. ПТСР і регулярне вживання алкоголю поширені серед тих, хто пережив травму. Такі пацієнти мають вищий рівень недотримання режиму лікування та рецидивів, нижчий рівень мотивації до змін, меншу участь у лікуванні, слабкі адаптивні навички подолання, збільшення психічних захворювань, зниження якості життя та серйозне погіршення соціально-економічного функціонування. У літературі визначено дві широкі категорії втручання: неінтегроване та інтегроване лікування. Інтегроване лікування мало значно більше зниження психіатричної симптоматики, зокрема симптомів ПТСР, порівняно з неінтегрованим лікуванням [15; 17; 18].

Було встановлено, що травматичні події, професійні фактори, соціальна підтримка, фізичні і психологічні чинники та індивідуальні риси є основними прогностичними факторами ПТСР [2]. Декілька досліджень, які вивчали фактори ризику, показали, що серед них саме низька соціальна підтримка є серйозною передумовою наявності діагнозу або посилення симптомів ПТСР; встановлено тісний зв'язок між соціальною підтримкою та тяжкістю ПТСР [4; 6; 11]. В іншому дослідженні було розкрито, що аспекти травми можуть впливати на зв'язок між соціальною підтримкою та ПТСР, включаючи тип травми. Деякі травми можуть становити такий сильний ризик цього розладу, що соціальна підтримка може мати мінімальний вплив на тяжкість його перебігу [19].

Існують також характеристики соціальної підтримки, такі як тип, джерело та час, які можуть пом'якшити зв'язок між соціальною підтримкою та симптомами ПТСР серед військовослужбовців. Було виявлено, що негативні соціальні взаємодії мають сильніший зв'язок із таким розладом порівняно з позитивними формами соціальної підтримки, що переконує, що тип соціальної підтримки є ключовим модератором для вивчення. Дійсно, теорії соціальної підтримки припускають, що негативна підтримка може бути більш каральною, ніж винагорода від позитивної соціальної підтримки, оскільки очікується, що отримана підтримка є бажаною та корисною [6; 19].

Соціальна підтримка є одним із найнадійніших факторів захисту від ПТСР. Результати свідчать про те, що соціальна підтримка, отримана від цивільних осіб і в домашньому оточенні, може відігравати більшу захисну роль, ніж соціальна підтримка, отримана з військових джерел щодо тяжкості довгострокових симптомів ПТСР [6]. Згідно з моделлю буферизації стресу, соціальна підтримка захищає або буферизує військовослужбовців від патогенного впливу травми, посилюючи сприйману здатність справлятися з травмою, знижуючи негативну оцінку травми та зменшуючи шкідливі фізіологічні реакції на травму. Таким чином, очікується, що після травми люди з вищим рівнем соціальної підтримки будуть менш схильні до розвитку симптомів ПТСР. Однак модель буферизації стресу також передбачає, що травми вимагають специфічних реакцій подолання і має бути відповідність між потребами, викликаними травмою, і функцією підтримки для буферизації, що називається гіпотезою відповідності [19].

Переваги лікування можуть зменшуватися у віддаленому періоді, особливо серед військовослужбовців, які зазнали складної травми. Проте більшість досліджень повідомляли лише про результати лікування та короткострокові результати, обмежуючи оцінку середньо- та довгострокових результатів. Військовослужбовці з досвідом комплексної травми можуть отримати користь від психологічної терапії в довгостроковій перспективі, але більш високий рівень супутніх захворювань може ускладнювати лікування ПТСР [11]. Це свідчить про те, що оцінка результатів наявності симптомів ПТСР у віддалений період має вирішальне значення для розуміння довгострокового впливу лікування.

Висновки наукових розвідок також доводять, що потрібні нові методи лікування для тих, хто страждає від ПТСР, гніву та агресії. Керування емоціями, щоб зменшити агресію – це трисеансове лікування регуляції емоцій, яке тестується для ветеранів із ПТСР та імпульсивною агресією. Це лікування може слугувати як варіант короткої терапії для осіб, які намагаються позбавитися агресії [12]. Крім того, мобільне або комп'ютеризоване лікування, яке зменшує гнів, може бути корисним додатковим методом лікування.

В наш час існують психологічні та медикаментозні методи лікування ПТСР. Фармакологічні методи лікування також ефективні для лікування

симптомів ПТСР, але меншою мірою. Ефективними для зменшення симптомів ПТСР визначаються антипсихотропні засоби. Порівняно з фармакологічними втручаннями, психологічні втручання пов'язані з більшим подоланням симптомів ПТСР і депресії та покращенням якості сну [11].

Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну є добре відомими методами як для лікування гострої ситуації, так і для довготривалої профілактики рецидивів ПТСР. Сертралін, пароксетин і флуоксетин продемонстрували ефективність у рандомізованих контрольованих дослідженнях, але тільки перші 2 агенти схвалені Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів США для лікування ПТСР. Венлафаксин, інгібітор зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну, також має хороші докази ефективності. Інші антидепресанти з доказами ефективності включають міртазапін, нефазодон, амітриптилін, іміпрамін і фенелзин. Міртазапін часто згадується як стратегія лікування другого ряду при ПТСР, але, на жаль, інші препарати викликають серйозні занепокоєння, які обмежують їхню корисність. Празозин часто використовується спеціально для лікування пов'язаних із ПТСР кошмарів і порушень сну, цей препарат зазвичай додають до поточного лікування першої лінії. Антиконвульсанти отримали відносно обмежені дослідження в рандомізованих контрольованих дослідженнях. Ламотриджин і топірамаат мають позитивні результати в дослідженнях; тіагабін і дивалпрокс мають негативні результати. Інші протисудомні засоби, такі як карбамазепін, габапентин, прегабалін і леветирацетам, мають певну кількість даних, що підтверджують ефективність їх використання. Під час вживання цих засобів слід враховувати побічні ефекти та рекомендовані параметри моніторингу. Ламотриджин або топірамаат можна розглядати як препарати третьої лінії у випадках неефективності лікування бажаними препаратами, тоді як габапентин, прегабалін або леветирацетам можна призначати як додаткову терапію у випадках часткової відповіді на препарати першого ряду. Антипсихотропні засоби другого покоління, які були досить добре вивчені при ПТСР, показали неоднозначні результати, вони мають низку побічних ефектів. Таким чином, вони використовуються переважно як допоміжне лікування у випадках часткової відповіді на препарати першого ряду [4, 7].

Висновки. Головною метою невідкладного лікування ПТСР є зменшення частоти та тяжкості основних симптомів цього розладу, включаючи відторгнення, когнітивні функції/настрій, збудження/реактивність, що супроводжується супутніми захворюваннями, такими як депресія, тривога та вживання психотропних речовин. Запобігання самогубствам є першочерговим завданням при ПТСР. Враховуючи різні функціональні наслідки ПТСР, важливим є питання нормалізації функціонування в таких сферах, як робота чи навчання, фізичне здоров'я, соціальне життя та сімейні стосунки. Загалом якість життя пацієнта має бути покращена. Після стабілізації стану пацієнта

метою продовження лікування є запобігання рецидиву. Майбутні дослідження повинні визначити, яким пацієнтам буде корисний комплексний підхід і на які психологічні симптоми ПТСР (гнів, агресія чи інші) слід націлити увагу насамперед при різних типах лікування.

Література:

1. Russell B., Mussap A. J. Posttraumatic stress, visual working memory, and visual imagery in military personnel. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*. 2023. P. 1–18. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04338-1>.
2. Obuobi-Donkor G., Oluwasina F., Nkire N., Agyapong V. I. O. A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19(3). P. 1565. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031565>.
3. Muhie S., Gautam A., Yang R., Misganaw B., Daigle B. J., Jr, Mellon S. H., Flory J. D., Abu-Amara D., Lee I., Wang K., Rampersaud R., PTSD Systems Biology Consortium, Hood L., Yehuda R., Marmar C. R., Wolkowitz O. M., Ressler K. J., Doyle F. J., 3rd, Hammamieh R., Jett M. Molecular signatures of post-traumatic stress disorder in war-zone-exposed veteran and active-duty soldiers. *Cell reports. Medicine*. 2023. Vol. 4(5). P. 101045. <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2023.101045>.
4. Friedman M. J., Sonis J. H. Pharmacotherapy for PTSD: What psychologists need to know. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.). *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD*. 2020. pp. 207–232. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000196-010>.
5. Mclay R., Fesperman S., Webb-Murphy J., Delaney E., Ram V., Nebeker B., Burce C. M. Post-Traumatic Stress Disorder Treatment Outcomes in Military Clinics. *Military medicine*. 2023. Vol. 188(5-6). P. e1117–e1124. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab454>.
6. Blais R. K., Tirone V., Orłowska D., Lofgreen A., Klassen B., Held P., Stevens N., Zalta A. K. Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*. 2021. Vol. 12(1). P. 1851078. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851078>.
7. Dean K. R., Hammamieh R., Mellon S. H., Abu-Amara D., Flory J. D., Guffanti G., Wang K., Daigle B. J., Jr, Gautam A., Lee I., Yang R., Almlı L. M., Bersani F. S., Chakraborty N., Donohue D., Kerley K., Kim T. K., Laska E., Young Lee M., Lindqvist D., ... Marmar C. Multi-omic biomarker identification and validation for diagnosing warzone-related post-traumatic stress disorder. *Molecular psychiatry*. 2020. Vol. 25(12). P. 3337–3349. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0496-z>. [in English].
8. Misganaw B., Yang R., Gautam A., Muhie S., Mellon S. H., Wolkowitz O. M., Ressler K. J., Doyle F. J., 3rd Marmar C. R., Jett M., Hammamieh R. The Genetic Basis for the Increased Prevalence of Metabolic Syndrome among Post-Traumatic Stress Disorder Patients. *International journal of molecular sciences*. 2022. Vol. 23(20). P. 12504. <https://doi.org/10.3390/ijms232012504>.
9. Blalock Z. N., Wu G. W. Y., Lindqvist D., Trumpff C., Flory J. D., Lin J., Reus V. I., Rampersaud R., Hammamieh R., Gautam A., SBPBC, Doyle F. J., 3rd, Marmar C. R., Jett M., Yehuda R., Wolkowitz O. M., Mellon S. H. Circulating cell-free mitochondrial DNA levels and glucocorticoid sensitivity in a cohort of male veterans with and without combat-related PTSD. *Translational psychiatry*. 2024. Vol. 14(1). P. 22. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02721-x>.
10. Breen M. S., Tylee D. S., Maihofer A. X., Neylan T. C., Mehta D., Binder E. B., Chandler S. D., Hess J. L., Kremen W. S., Risbrough V. B., Woelk C. H., Baker D. G., Nievergelt C. M., Tsuang M. T., Buxbaum J. D., Glatt S. J. PTSD Blood Transcriptome Mega-Analysis: Shared Inflammatory Pathways across Biological Sex and Modes of Trauma. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2018. Vol. 43(3). P. 469–481. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.220>.

11. Coventry P. A., Meader N., Melton H., Temple M., Dale H., Wright K., Cloitre M., Karatzias T., Bisson J., Roberts N. P., Brown J. V. E., Barbui C., Churchill R., Lovell K., McMillan D., Gilbody S. Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*. 202. Vol. 17(8). P. e1003262. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>.

12. Miles S. R., Dillon K. H., Jacoby V. M., Hale W. J., Dondanville K. A., Wachen J. S., Yarvis J. S., Peterson A. L., Mintz J., Litz B. T., Young-McCaughan S., Resick P. A., STRONG STAR Consortium. Changes in anger and aggression after treatment for PTSD in active duty military. *Journal of clinical psychology*. 2020. Vol. 76(3). P. 493–507. <https://doi.org/10.1002/jclp.22878>.

13. Staples J. K., Gibson C., Uddo M. Complementary and Integrative Health Interventions for Insomnia in Veterans and Military Populations. *Psychological reports*. 2023. Vol. 126(1). P. 52–65. <https://doi.org/10.1177/00332941211048473>.

14. Murphy D., Turgoose D. Exploring patterns of alcohol misuse in treatment-seeking UK veterans: A cross-sectional study. *Addictive behaviors*. 2021. Vol. 92. P. 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.044>.

15. Vyas K., Murphy D., Greenberg N. Cognitive biases in military personnel with and without PTSD: a systematic review. *Journal of mental health (Abingdon, England)*. 2023. Vol. 32(1). P. 248–259. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1766000>.

16. Blakey S. M., Tsai J., Elbogen E. B. Drinking to Cope with Posttraumatic Stress: A Nationally Representative Study of Men with and without Military Combat Experience. *Journal of dual diagnosis*. 2021. Vol. 17(2). P. 101–112. <https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1891360>.

17. Back S. E., Killeen T., Badour C. L., Flanagan J. C., Allan N. P., Ana E. S., Lozano B., Korte K. J., Foa E. B., Brady K. T. Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive behaviors*. 2019. Vol. 90. P. 369–377. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032>.

18. Chetty A., Guse T., Malema M. Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA = SA Gesondheid*. 2023. Vol. 28. P. 2094. <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094>.

19. Zalta A. K., Tirone V., Orłowska D., Blais R. K., Lofgreen A., Klassen B., Held P., Stevens N. R., Adkins E., Dent A. L. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2021. Vol. 147(1). P. 33–54. <https://doi.org/10.1037/bul0000316>.

References:

1. Russell, B., & Mussap, A. J. (2023). Posttraumatic stress, visual working memory, and visual imagery in military personnel. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, 1–18. Advance online publication. Retrieved from: <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04338-1>. [in English].

2. Obuobi-Donkor, G., Oluwasina, F., Nkire, N., & Agyapong, V. I. O. (2022). A Scoping Review on the Prevalence and Determinants of Post-Traumatic Stress Disorder among Military Personnel and Firefighters: Implications for Public Policy and Practice. *International journal of environmental research and public health*, 19(3), 1565. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031565>. [in English].

3. Muhie, S., Gautam, A., Yang, R., Misganaw, B., Daigle, B. J., Jr, Mellon, S. H., Flory, J. D., Abu-Amara, D., Lee, I., Wang, K., Rampersaud, R., PTSD Systems Biology Consortium, Hood, L., Yehuda, R., Marmar, C. R., Wolkowitz, O. M., Ressler, K. J., Doyle, F. J., 3rd, Hammamieh, R., & Jett, M. (2023). Molecular signatures of post-traumatic stress disorder in war-zone-exposed veteran and active-duty soldiers. *Cell reports. Medicine*, 4(5), 101045. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.xcrm.2023.101045>. [in English].

4. Friedman, M. J., & Sonis, J. H. (2020). Pharmacotherapy for PTSD: What psychologists need to know. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.), *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD* (pp. 207–232). American Psychological Association. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/0000196-010>. [in English].
5. Mclay, R., Fesperman, S., Webb-Murphy, J., Delaney, E., Ram, V., Nebeker, B., & Burce, C. M. (2023). Post-Traumatic Stress Disorder Treatment Outcomes in Military Clinics. *Military medicine*, 188(5-6), e1117–e1124. Retrieved from: <https://doi.org/10.1093/milmed/usab454>. [in English].
6. Blais, R. K., Tirone, V., Orlowska, D., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N., & Zalta, A. K. (2021). Self-reported PTSD symptoms and social support in U.S. military service members and veterans: a meta-analysis. *European journal of psychotraumatology*, 12(1), 1851078. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1851078>. [in English].
7. Dean, K. R., Hammamieh, R., Mellon, S. H., Abu-Amara, D., Flory, J. D., Guffanti, G., Wang, K., Daigle, B. J., Jr, Gautam, A., Lee, I., Yang, R., Almlı, L. M., Bersani, F. S., Chakraborty, N., Donohue, D., Kerley, K., Kim, T. K., Laska, E., Young Lee, M., Lindqvist, D., ... Marmar, C. (2020). Multi-omic biomarker identification and validation for diagnosing warzone-related post-traumatic stress disorder. *Molecular psychiatry*, 25(12), 3337–3349. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0496-z>. [in English].
8. Misganaw, B., Yang, R., Gautam, A., Muhie, S., Mellon, S. H., Wolkowitz, O. M., Ressler, K. J., Doyle, F. J., 3rd, Marmar, C. R., Jett, M., & Hammamieh, R. (2022). The Genetic Basis for the Increased Prevalence of Metabolic Syndrome among Post-Traumatic Stress Disorder Patients. *International journal of molecular sciences*, 23(20), 12504. Retrieved from: <https://doi.org/10.3390/ijms232012504>. [in English].
9. Blalock, Z. N., Wu, G. W. Y., Lindqvist, D., Trumpff, C., Flory, J. D., Lin, J., Reus, V. I., Rampersaud, R., Hammamieh, R., Gautam, A., SBPBC, Doyle, F. J., 3rd, Marmar, C. R., Jett, M., Yehuda, R., Wolkowitz, O. M., & Mellon, S. H. (2024). Circulating cell-free mitochondrial DNA levels and glucocorticoid sensitivity in a cohort of male veterans with and without combat-related PTSD. *Translational psychiatry*, 14(1), 22. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02721-x>. [in English].
10. Breen, M. S., Tylee, D. S., Maihofer, A. X., Neylan, T. C., Mehta, D., Binder, E. B., Chandler, S. D., Hess, J. L., Kremen, W. S., Risbrough, V. B., Woelk, C. H., Baker, D. G., Nievergelt, C. M., Tsuang, M. T., Buxbaum, J. D., & Glatt, S. J. (2018). PTSD Blood Transcriptome Mega-Analysis: Shared Inflammatory Pathways across Biological Sex and Modes of Trauma. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 43(3), 469–481. Retrieved from: <https://doi.org/10.1038/npp.2017.220>. [in English].
11. Coventry, P. A., Meader, N., Melton, H., Temple, M., Dale, H., Wright, K., Cloitre, M., Karatzias, T., Bisson, J., Roberts, N. P., Brown, J. V. E., Barbui, C., Churchill, R., Lovell, K., McMillan, D., & Gilbody, S. (2020). Psychological and pharmacological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid mental health problems following complex traumatic events: Systematic review and component network meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(8), e1003262. Retrieved from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003262>. [in English].
12. Miles, S. R., Dillon, K. H., Jacoby, V. M., Hale, W. J., Dondanville, K. A., Wachen, J. S., Yarvis, J. S., Peterson, A. L., Mintz, J., Litz, B. T., Young-McCaughan, S., Resick, P. A., & STRONG STAR Consortium (2020). Changes in anger and aggression after treatment for PTSD in active duty military. *Journal of clinical psychology*, 76(3), 493–507. Retrieved from: <https://doi.org/10.1002/jclp.22878>. [in English].
13. Staples, J. K., Gibson, C., & Uddo, M. (2023). Complementary and Integrative Health Interventions for Insomnia in Veterans and Military Populations. *Psychological reports*, 126(1), 52–65. Retrieved from: <https://doi.org/10.1177/00332941211048473>. [in English].

14. Murphy, D., & Turgoose, D. (2019). Exploring patterns of alcohol misuse in treatment-seeking UK veterans: A cross-sectional study. *Addictive behaviors*, 92, 14–19. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.044>. [in English].

15. Vyas, K., Murphy, D., & Greenberg, N. (2023). Cognitive biases in military personnel with and without PTSD: a systematic review. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 32(1), 248–259. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1766000>. [in English].

16. Blakey, S. M., Tsai, J., & Elbogen, E. B. (2021). Drinking to Cope with Posttraumatic Stress: A Nationally Representative Study of Men with and without Military Combat Experience. *Journal of dual diagnosis*, 17(2), 101–112. Retrieved from: <https://doi.org/10.1080/15504263.2021.1891360>. [in English].

17. Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., Ana, E. S., Lozano, B., Korte, K. J., Foa, E. B., & Brady, K. T. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive behaviors*, 90, 369–377. Retrieved from: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032>. [in English].

18. Blalock Breen Coventry Miles Staples Murphy Vyas Blakey Back Chetty, A., Guse, T., & Malema, M. (2023). Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA = SA Gesondheid*, 28, 2094. Retrieved from: <https://doi.org/10.4102/hsag.v28i0.2094>. [in English].

19. Zalta, A. K., Tirone, V., Orłowska, D., Blais, R. K., Lofgreen, A., Klassen, B., Held, P., Stevens, N. R., Adkins, E., & Dent, A. L. (2021). Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological bulletin*, 147(1), 33–54. Retrieved from: <https://doi.org/10.1037/bul0000316>. [in English].