

ОСОБИСТІТЬ В УМОВАХ ВІЙНИ

УДК 159.944.4-057.36

© І. С. Коваленко, О. І. Березан, В. М. Помогайбо, 2023

orcid.org/0009-0007-5639-9590

orcid.org/0000-0002-4959-3594

orcid.org/0000-0002-9828-2565

<https://doi.org/10.33989/2226-4078.2023.2.288310>

КОВАЛЕНКО Ірина Сергіївна

військовий психолог

БЕРЕЗАН Олексій Іванович

кандидат медичних наук, доцент кафедри спеціальної освіти і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка

ПОМОГАЙБО Валентин Михайлович

кандидат біологічних наук, професор-консультант кафедри спеціальної освіти і соціальної роботи Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ: ТЕОРІЯ, ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ

Військова служба пов'язана із впливом травматичних стресових чинників, включаючи небезпеки в зоні бойових дій, нещасні випадки та інші професійні небезпеки, які можуть піддавати військовий персонал підвищеному ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Загальний рівень поширеності ПТСР серед населення світу протягом життя варіює в межах 10,0-11,3% для жінок і 5,0-6,0% для чоловіків. Серед ветеранів дійсної військової служби поширеність розладу протягом життя становить 13,4% і 7,7% для жінок і чоловіків відповідно.

Департамент ветеранів та Департамент оборони США рекомендують клінічну методику лікування ПТСРів, яка включає такі компоненти: діагноз на основі критеріїв «Діагностичного і статистичного посібника з ментальних розладів» Американської

психіатричної асоціації; наявність високого ризику заподіяння шкоди собі або іншим; функціональний статус, включаючи обов'язки та рівень службової відповідальності; чинники ризику та захисту; ведення історії лікування; медичну історію пацієнта та його родини. При цьому передбачається спільне з пацієнтом прийняття рішень, ключовими компонентами якого є врахування вподобань пацієнта, ознайомлення пацієнта та його родичів з поняттям психологічної травми та особливостями перебігу ПТСР, спільний з пацієнтом розгляд переваг і недоліків доступних варіантів лікування. Процес лікування ПТСР обов'язково повинен бути орієнтованим на травму і включати такі види психотерапії: тривалу експозицію, терапію когнітивного впливу, когнітивно-поведінкову терапію, коротку еклектичну психотерапію, розмовну експозиційну терапію, десенсибілізацію та репроцесуалізацію травми рухом очей і письмову експозиційну терапію. За ситуацій, коли клініцисти не навчені психотерапії, орієнтованій на травму, або коли пацієнти відмовляються починати лікування, рекомендується фармакотерапія або не орієнтована на травму мануальна психотерапія, яка включає тренування стресостійкості, терапію, орієнтовану на поточне життя пацієнта, і міжособистісну психотерапію.

Попри певні успіхи у лікуванні ПТСР залишаються невирішеними важливі питання. Перш за все, недостатньо клінічних досліджень для порівняння ефективності численних дійових психологічних методів лікування загалом і, зокрема, для військовослужбовців дійсної служби. Необхідно продовжувати дослідження у галузі точної медицини, яка дасть змогу вибрати найбільш ефективне лікування ПТСР для кожного військовослужбовця індивідуально. Для вирішення цих та подібних питань необхідні подальші тривалі послідовні дослідження, здійснювані на репрезентативних вибірках.

Ключові слова: *посттравматичний стресовий розлад, військовослужбовці, психологічна травма, стрес, психотерапія, точна медицина.*

Постановка проблеми. Військова служба пов'язана з впливом травматичних стресових чинників, включаючи небезпеки в зоні бойових дій, нещасні випадки та інші професійні небезпеки, які можуть піддавати військовий персонал підвищеному ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для оцінки та лікування ПТСР дана стаття пропонує практичні рекомендації, засновані на досвіді Міністерства у справах ветеранів (Department of Veterans Affairs)

і Міністерства оборони (Department of Defense) США (VA/DoD, 2023) та інших достовірних джерелах.

ПТСР – це дуже виснажливий і потенційно хронічний стан психічного здоров'я, який може виникнути після травми (DSM-5-TR, 2022: 302-314; ICD-11 MMS, 2018: 48). Травма може спричинитися загрозою смерті, фізичним ушкодженням, насильством чи спостереженням цих подій, загрозами для здоров'я та життя рідних і близьких людей, розповідями та думками про це. Для встановлення діагнозу ПТСР необхідно врахувати такі діагностичні критерії: повторна наявність симптомів; постійне уникнення того, що пов'язане з подією; періодичні погіршення когнітивних функцій або настрою; чергування збудження та реактивності, пов'язаних із подією. Тривалість симптомів повинна становити місяць або більше і викликати значний дистрес або порушення в соціальній, професійній або інших важливих сферах діяльності. Інколи спостерігається затримка прояву ПТСР на 6 або більше місяців після травматичної події.

Перебіг ПТСР не лінійний, а скоріше хвилеподібний з посиленнями та послабленнями (Bryant, 2019). Результати 20-річного проспективного дослідження симптомів ПТСР у ізраїльських ветеранів війни показали, що у частини вояків під час бойових дій настає реакція на бойовий стрес (РБС). РБС полягає у психологічному зриві на полі бою, який характеризується когнітивними, поведінковими та афективними реакціями та нездатністю діяти як учасник бойових дій (Karstoft, Armour, Elklit, & Solomon, 2013). Відповідно, у ньому порівнювався перебіг ПТСР серед солдатів двох груп, у яких була та не була діагностована гостра стресова реакція. В обох групах було виявлено чотири траєкторії перебігу ПТСР: (1) стійка, (2) відновна, (3) затяжна та (4) хронічна. Водночас 76,5% випадків без РБС, були класифіковані як стійкі порівняно з 34,4% випадками з наявністю РБС. Заслуговує на увагу також 10-річне дослідження за участю ветеранів США, які брали та не брали участі у бойових діях, яке подібним чином визначило чотири траєкторії ПТСР, описані як стійка, давня, щойно виникла та помірно стабільна (Donoho, Bonanno, Porter, Kearney, & Powell, 2017). Виявляється, що стійкість ПТСР у військовослужбовців дійсної служби (ВДС) і ветеранів тісно пов'язана з бойовими діями та

тяжкістю симптомів розладу. Водночас велике значення мають додаткові чинники ризику, які включають супутню патологію, хворобу/ушкодження, фізичні симптоми та проблеми зі сном (Argenta, Rush, LeardMann, Millegan, Cooper, Hoge, et al., 2018).

Подібним до ПТСРу є гострий стресовий розлад (ГСР), який зазвичай починається одразу після травми і триває від 3 днів до 1 місяця, тоді як ПТСР триває понад 1 місяць або у вигляді продовження ГСРу, або як самостійний розлад, який виникає протягом 6 місяців після травми. Крім того, ГСР повинен мати принаймні 9 із 14 симптомів ПТСР. ГСР гарно реагує на спрямовану на травму психотерапію, яка містить компоненти експозиції та/або когнітивної реструктуризації, внаслідок чого таке лікування рекомендовано для профілактики ПТСР у пацієнтів з діагнозом ГСР (VA/DoD, 2023).

Загальний рівень поширеності ПТСРу серед населення світу протягом життя варіює в межах 10,0-11,3% для жінок і 5,0-6,0% для чоловіків (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Серед ветеранів поширеність розладу протягом життя становить 13,4% і 7,7% для жінок і чоловіків відповідно (Lehavot, Katon, Chen, Fortney, & Simpson, 2018). Ці закономірності співвідношення подвійної уразливості ПТСРами жінок порівняно з чоловіками були підтверджені широкомасштабним мета-аналізом результатів досліджень серед цивільного населення (Tolin & Foa, 2006). Всупереч цьому, мета-аналіз результатів обстежень майже 5 млн. ветеранів військових операцій в Афганістані та Іраку показав загальний рівень поширеності ПТСРів у 23%, причому в більшій мірі у чоловіків, а не у жінок (Fulton, Calhoun, Wagner, Schry, Hair, Feeling, et al., 2015). Не дивлячись на ці розбіжності, загалом дослідження свідчать, що ПТСР частіше зустрічається серед жінок, ніж серед чоловіків, як серед цивільного, так і військового населення.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі результатів сучасних досліджень та лікування посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

Аналіз основних досліджень та публікацій. Люди різняться між собою за ступенем ризику розвитку будь-якого захворювання, зокрема ПТСРу, а також за своїми реакціями на проблему. Багатьом із них доводиться переживати травматичні

події, але у більшості із них ПТСР не розвивається. На розвиток і перебіг ПТСР впливають біологічні, психологічні та когнітивні характеристики людини, а також особливості травматичної події (Bryant, 2019; Elwood, Hahn, Olatungi & Williams, 2009; Keane, Marshall, & Taft, 2006). Наприклад, психіатричний анамнез, зазнання бруталності у дитинстві та родинний анамнез завжди пов'язані з ризиком розвитку ПТСР (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000; McLaughlin & Lambert, 2017). До того ж, одні види травматичного впливу виявляються більше ризикові для розвитку ПТСР, ніж інші. Наприклад, вплив природних катаклізмів значно рідше призводить до ПТСР порівняно з різними формами міжособистісного насильства (Creamer, Burgess, & McLaughlin, 2001; Forbes, Lockwood, Phelps, Wade, Creamer, Bryant, et al., 2014). Хоча приблизно однакова кількість чоловіків і жінок повідомляють про те, що вони зазнавали різних форм міжособистісного насильства (Iverson, Mercado, Carpenter, & Street, 2013), але чоловіки частіше зазнають несекуального насильства, тоді як жінки – сексуального (Tolin & Foa, 2006; Iverson, Mercado, Carpenter, & Street, 2013).

На сприйнятливість до ПТСР впливають такі прямі та непрямі чинники: існуючі раніше (стать, психіатричний анамнез, спадковість тощо); пов'язані з травмою (тяжкість, біль, перитравматична дисоціація, вживання алкоголю тощо); і посттравматичні (відсутність соціальної підтримки, фінансовий стрес тощо) (Keane, Marshall, & Taft, 2006; Sareen, 2014). Наприклад, було виявлено, що перитравматичне збудження під час сексуального насильства спричинює більш тяжкі симптоми ПТСР, нав'язливі думки, самозвинувачення і вживання алкоголю для подолання проблеми (Jaffe, Steel, DiLillo, Hoffman, Gratz, & Messman-Moore, 2017; Littleton, Grills-Taquechel, & Aksom, 2009). Серед військовослужбовців виявлено декілька претравматичних чинників ризику ПТСР, пов'язаного з бойовими діями, зокрема жіноча стать, статус етнічної меншини, сам факт дійсної військової служби, звання рядового, низький рівень освіти, бойова спеціалізація, несприятливі життєві події, тривалість бойової дії, а також попередні травми та психологічні проблеми (Xue, Ge, Tang, Liu, Kang, Wang, et al., 2015). Підвищений ризик ПТСР створюють такі аспекти травми, як висока інтенсивність бою, стрільба зі зброї,

спостереження за пораненням або вбивством, потужні травми та стресові чинники, пов'язані з бойовими діями (Хуе, Ге, Танг, Ліу, Канг, Ванг, et al., 2015). Сексуального насильства значно частіше зазнають жінки-військовослужбовці у процесі бойових операцій порівняно з тими жінками-військовослужбовцями, які не беруть у них участі, що потенційно піддає їх особливо високому ризику розвитку ПТСР (LeardMann, Pietrucha, Magruder, Smith, Murdoch, Jacobson, et al., 2013). Існують також чинники ризику розвитку ПТСР після завершення бойової операції, які полягають у бездіяльності, зловживанні алкоголем, стресових подіях та незадовільній соціальній підтримці (Possemato, McKenzie, McDevitt-Murphy, Williams, & Ouimette, 2014). Значна соціальна підтримка після травматичного впливу може суттєво зменшити ризик розвитку ПТСР (Sareen, 2014).

Департамент ветеранів та Департамент оборони США рекомендують клінічну методику лікування ПТСРів, яка включає такі компоненти: діагноз на основі критеріїв «Діагностичного і статистичного посібника з ментальних розладів» Американської психіатричної асоціації (DSM-5-TR, 2022: 302-314); наявність високого ризику заподіяння шкоди собі або іншим; функціональний статус, включаючи обов'язки та рівень службової відповідальності; чинники ризику та захисту; ведення історії лікування; медичну історію пацієнта та його родини (VA/DoD, 2023). Враховуючи, що ПТСР тісно пов'язаний із ризиком самогубства (Panagioti, Gooding, & Tarrier, 2012), особливо важливо оцінити наявність суїцидальних думок і попередніх спроб самогубства. Потрібно також мати на увазі той факт, що ПТСР часто пов'язаний із розладом міжособистісних стосунків і соціальною ізоляцією. Рекомендується спільне з пацієнтом прийняття рішень, ключовими компонентами якого є врахування вподобань пацієнта, ознайомлення пацієнта та його родичів з поняттям психологічної травми та особливостями перебігу ПТСР, спільний з пацієнтом розгляд переваг і недоліків доступних варіантів лікування.

Інструкції Департаменту ветеранів та Департаменту оборони США з клінічної практики ПТСРів наполегливо рекомендують використання орієнтованих на травму розмовних та мануальних психотерапевтичних процедур, які зазвичай

передбачають експозицію та/або когнітивну реструктуризацію (VA/DoD, 2023). Лікування, яке відповідає цим критеріям, включає тривалу експозицію (Foa, Hembree, Rothbaum, & Rauch, 2019), терапію когнітивного впливу (Resick, Monson, & Chard, 2016), когнітивно-поведінкову терапію (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, Fennell, Herbert, et al. 2003), коротку еkleктичну психотерапію (Gersons, Carlier, Lamberts, & van der Kolk, 2000), розмовну експозиційну терапію (Neuner, Elbert, & Schauer, 2020), десенсибілізацію та репроцесуалізацію травми рухом очей (Shapiro, 1989) і письмову експозиційну терапію (Sloan & Marx, 2019).

Однак приблизно третина пацієнтів може не реагувати на когнітивно-поведінкову терапію, орієнтовану на травму (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005), а тривала експозиція та терапія когнітивного впливу спричинює зростання випадків відмови від лікування до досягнення позитивного результату (Najavits, 2015). За такої ситуації може бути особливо корисною письмова експозиційна терапія, оскільки вона продемонструвала не меншу ефективність порівняно з терапією когнітивного впливу і значно нижчий рівень відмови від лікування, ніж терапія когнітивного впливу (6,4% проти 39,7%), а також передбачає меншу кількість сеансів лікування та менше часу на здійснення кожного сеансу (Sloan, Marx, Lee, & Resick, 2018).

За ситуацій, коли клініцисти не навчені психотерапії, орієнтованій на травму, або коли пацієнти відмовляються починати лікування, рекомендується фармакотерапія або не орієнтована на травму мануальна психотерапія, яка включає тренування стресостійкості (Meichenbaum & Deffenbacher, 1988), терапія, орієнтована на поточне життя пацієнта (Resick, Wachen, Mintz, Young-McCaughan, Roache, Borah, et al., 2015), і міжособистісна психотерапія (Markowitz, Petkova, Neria, Van Meter, Zhao, Hembree, et al., 2015). Хоча емпіричні дані щодо використання цих варіантів лікування обмежені, результати мета-аналізу цих даних свідчать, що фармакологічна та індивідуальна терапія, не орієнтована на травму, може послабити симптоми ПТСР.

Ймовірність та інтенсивність розвитку ПТСР чітко залежить від сили та тривалості впливу травматичної події

(Dohrenwend, Turner, Turse, Adams, Koenen, & Marshall, 2006). Виявлено також кумулятивний характер негативного впливу кількох попередніх травм або хронічної травми на тривалість і вираженість ПТСР (Sareen, 2014). На підставі цього для планування лікування клініцистам рекомендується здійснити ретельний аналіз історії травми пацієнта, визначити рівень впливу травми на самопочуття пацієнта та прогноз на майбутнє (Coyle, Hanna, Dyer, Read, Curran, & Shannon, 2019; Sareen, 2014).

ПТСР зазвичай супроводжується іншими психічними захворюваннями. За даними Національної програми дослідження супутніх захворювань США, 16% пацієнтів з діагнозом ПТСР мають один супутній психіатричний розлад, 17% – два психіатричні розлади, а 50% – три або більше (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Аналіз 7-річних клінічних даних великої вибірки військовослужбовців показав, що 83% пацієнтів з ПТСРом мали один супутній діагноз, а 62,2% – три (Walter, Levine, Highfill-McRoy, Navarro, & Thomsen, 2018). Депресивні розлади, тривожні розлади, наркоманія та алкоголізм в 2-4 рази більш поширені серед пацієнтів із ПТСРом, які користувалися психоактивними речовинами для самолікування (Leeies, Pagura, Sareen, & Bolton, 2010). Поки-що не існує єдиної думки щодо того, чи слід пацієнтів із коморбідними ПТСРами і зловживанням психоактивними речовинами лікувати послідовно чи одночасно, хоча для військових ветеранів можливим і ефективним виявилось одночасне лікування (Back, Killeen, Badour, Flanagan, Allan, Ana, et al., 2019). Значна супутня патологія може суттєво ускладнити лікування та потребувати ширшого спектру втручання та додаткового лікування.

ПТСР може також супроводжуватися черепно-мозковою травмою (ЧМТ) або obsесивно-компульсивним розладом (ОКР), які буває досить важко виявити. Але якщо цього не зробити, це може значно подовжити дистрес і негативно вплинути на результат лікування та якість життя.

ПТСР часто супроводжується легкою і помірною ЧМТю, яку може бути важко ідентифікувати через давність розладу (Bryant, O'Donnell, Creamer, McFarlane, & Silove, 2013). За умови відсутності ідентифікації ЧМТ лікування ПТСР

неефективне (Rosen & Ayers, 2020). Правда, під час бойових дій ЧМТ виявити досить легко і тоді лікування ПТСРу буде дійовим (Rosen & Ayers, 2020). Таким чином, пацієнти, які зазнали травматичного стресу і поранення, потребують ретельного обстеження хворого і глибокого аналізу одержаних даних.

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) і ПТСР пов'язані з травмою і часто виникають одночасно (Badour, Bown, Adams, Bunaciu & Feldner, 2012; Gershuny, Baer, Parker, Gentes, Infield, & Jenike, 2008). Це трапляється у 24-40% пацієнтів із ПТСРом (Brown, Campbell, Lehman, Grisham & Mancill, 2001; Gershuny, Baer, Parker, Gentes, Infield, & Jenike, 2008). У 36% ветеранів із більш тяжкими формами ПТСРу спостерігалось посилення симптомів ОКРу (Aldea, Michael, Alexander, & Kison, 2019). За таких обставин клініцистам рекомендується у пацієнтів із ПТСРами обов'язково враховувати наявні симптоми ОКРу.

Лікування ПТСРу, обтяженого ОКРом поки-що проблематичне. Показано, що в деяких випадках поведінкова терапія при ОКРі може збільшити та посилити симптоми ПТСРу (Gershuny, Baer, Jenike, Minichiello & Wilhelm, 2002). Враховуючи те, що спеціальних рекомендацій чи інтегрованих підходів до лікування цих пов'язаних розладів не існує, поки-що варто користуватися програмою запобігання та реагування (Foa, Yadin, & Lechner, 2012). У свою чергу, Міністерство у справах ветеранів і Міністерство оборони США рекомендують експозиційну терапію, спрямовану на травму (VA/DoD, 2023). Такий одночасний підхід з подвійним спрямуванням виглядає доречним. Також було показано, що обидва захворювання реагують на селективні інгібітори захоплення серотоніну (Rossi, Niolu, Siracusano, Rossi, & Di Lorenzo, 2020).

Висновки та перспективи подальших розвідок.

Військовослужбовці та їхні родини приносять значні жертви до, під час і після участі у військових операціях. Поведінкові розлади є частиною ціни, яку сплачує дехто із них. Серед цих розладів одним із найпоширеніших є ПТСР. У Міністерстві оборони США проводиться значна робота для забезпечення доступу до допомоги тим, хто її потребує, через онлайн спілкування або особисто. Крім того, численні достовірні дослідження свідчать про те, що існують ефективні методи лікування багатьох проблем, пов'язаних із участю у бойових

діях. Однак ще залишаються важливі невіршені питання. Перш за все, недостатньо клінічних досліджень для порівняння ефективності численних дійових психологічних методів лікування загалом і, зокрема, для військовослужбовців дійсної служби. Оскільки завчасно вибрати достовірне лікування ПТСРу, яке було б найбільш ефективним для даного військовослужбовця, наразі неможливо, необхідно продовжувати дослідження у галузі точної медицини. Залишається також багато питань щодо впливу участі у військових операціях на ризик розвитку ПТСРу у майбутньому. Зокрема, вкрай недостатньо інформації про довгострокові наслідки впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців. Для вирішення цих та пов'язаних із ними питань необхідні тривалі послідовні дослідження, здійснювані на репрезентативних вибірках.

References

- Aldea, M. A., Michael, K., Alexander, K., & Kison, S. (2019). Obsessive–compulsive tendencies in a sample of veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 33 (1), 33-45.
- Armenta, R. F., Rush, T., LeardMann, C. A., Millegan, J., Cooper, A., & Hoge, C. W., et al. (2018). Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *Bio Med Central Psychiatry*, 18 (48), 1-11.
- Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., & Ana, E. S., et al. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive Behaviors*, 90, 369-377.
- Badour, C. L., Bown, S., Adams, T. G., Bunaciu, L., & Feldner, M. T. (2012). Specificity of fear and disgust experienced during traumatic interpersonal victimization in predicting posttraumatic stress and contamination-based obsessive– compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 26 (5), 590-598.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162 (2), 214-227.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48 (3), 216-222.

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 585-599.
- Bryant, R. A. (2019). Post-traumatic stress disorder: A state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*, 18 (3), 259-269.
- Bryant, R. A., O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., & Silove, D. (2013). A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 70 (8), 839-846.
- Coyle, L., Hanna, D., Dyer, K. F. W., Read, J., Curran, D., & Shannon, C. (2019). Does trauma-related training have a relationship with, or impact on, mental health professionals' frequency of asking about, or detection of, trauma history? A systematic literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11 (7), 802-809.
- Creamer, M., Burgess, P., & Mcfarlane, A. C. (2001). Post-traumatic stress disorder: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Psychological Medicine*, 31 (7), 1237-1247.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313 (5789), 979-982.
- Donoho, C. J., Bonanno, G. A., Porter, B., Kearney, L., & Powell, T. M. (2017). A decade of war: Prospective trajectories of posttraumatic stress disorder symptoms among deployed U.S. military personnel and the influence of combat exposure. *American Journal of Epidemiology*, 186 (12), 1310-1318.
- DSM-5-TR (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of

- cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60 (10), 1024-1032.
- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., & Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29 (1), 87-100.
- Foa, E. B., Hembree, E., Rothbaum, B. O., & Rauch, S. A. M. (2019). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide. 2nd ed.* New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive compulsive disorder: Therapist guide (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Forbes, D., Lockwood, E., Phelps, A., Wade, D., Creamer, M., Bryant, R. A., et al. (2014). Trauma at the hands of another: Distinguishing PTSD patterns following intimate and nonintimate interpersonal and noninterpersonal trauma in a nationally representative sample. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75 (2), 147-153.
- Fulton, J. J., Calhoun, P. S., Wagner, H. R., Schry, A. R., Hair, L. P., Feeling, N., et al. (2015). The prevalence of posttraumatic stress disorder in Operation Enduring Freedom/Operation Iraqi Freedom (OEF/OIF) veterans: A metaanalysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 98-107.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Jenike, M. A., Minichiello, W. E., & Wilhelm, S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: Impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159 (5), 852-854.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Parker, H., Gentes, E. L., Infield, A. L., & Jenike, M. A. (2008). Trauma and posttraumatic stress disorder in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 25 (1), 69-71.
- Gersons, B. P. R., Carlier, I. V. E., Lamberts, R. D., & van der Kolk, B. A. (2000). Randomized clinical trial of brief eclectic psychotherapy for police officers with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
- ICD-11 MMS (2018). *The international classification of diseases for mortality and morbidity statistics*. Geneva: World Health Organization

- Iverson K. M., Mercado R., Carpenter S. L., & Street A. E. (2013). Intimate partner violence among women veterans: Previous interpersonal violence as a risk factor. *Journal of Traumatic Stress*, 26 (6), 767-771.
- Jaffe, A. E., Steel, A. L., DiLillo, D., Hoffman, L., Gratz, K. L., & Messman-Moore, T. L. (2017). Victim alcohol intoxication during a sexual assault: Relations with subsequent PTSD symptoms. *Violence and Victims*, 32 (4), 642-657.
- Karstoft, K.-I., Armour, C., Elklit, A., & Solomon, Z. (2013). Long-term trajectories of posttraumatic stress disorder in veterans: The role of social resources. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (12), e1163-e1168.
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2 (1), 161-197.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52 (12), 1048-1060.
- LeardMann, C. A., Pietrucha, A., Magruder, K. M., Smith, B., Murdoch, M., Jacobson, I. G., et al. (2013). Combat deployment is associated with sexual harassment or sexual assault in a large, female military cohort. *Women's Health Issues*, 23 (4), e215-e223.
- Leeies, M., Pagura, J., Sareen, J., & Bolton, J. M. (2010). The use of alcohol and drugs to self-medicate symptoms of posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 27 (8), 731-736.
- Lehavot, K., Katon, J. G., Chen, J. A., Fortney, J. C., & Simpson, T. L. (2018). Post-traumatic stress disorder by gender and veteran status. *American Journal of Preventive Medicine*, 54 (1), e1-e9.
- Littleton, H., Grills-Tauchel, A., & Axsom, D. (2009). Impaired and incapacitated rape victims: Assault characteristics and post-assault experiences. *Violence and Victims*, 24 (4), 439-457.
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., et al. (2015). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 172 (5), 430-440.
- McLaughlin, K. A., & Lambert, H. K. (2017). Child trauma exposure and psychopathology: Mechanisms of risk and resilience. *Current Opinion in Psychology*, 14, 29-34.

- Meichenbaum, D. H., & Deffenbacher, J. L. (1988). Stress inoculation training. *The Counseling Psychologist*, 16 (1), 69-90.
- Najavits, L. M. (2015). The problem of dropout from “gold standard” PTSD therapies. *F1000Prime Reports*, 7 (43), 1-8.
- Neuner, F., Elbert, T., & Schauer, M. (2020). Narrative exposure therapy for PTSD. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.), *Casebook to the APA clinical practice guideline for the treatment of PTSD* (pp. 187-205). Washington, DC: American Psychological Association.
- Panagioti, M., Gooding, P. A., & Tarrier, N. (2012). A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: The role of comorbid depression. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (7), 915-930.
- Possemato, K., McKenzie, S., McDevitt-Murphy, M. E., Williams, J. L., & Ouimette, P. (2014). The relationship between postdeployment factors and PTSD severity in recent combat veterans. *Military Psychology*, 26 (1), 15-22.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive processing therapy for PTSD: A comprehensive manual*. New York: Guilford Press.
- Resick, P. A., Wachen, J. S., Mintz, J., Young-McCaughan, S., Roache, J. D., Borah, A. M., et al. (2015). A randomized clinical trial of group cognitive processing therapy compared with group present-centered therapy for PTSD among active duty military personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83 (6), 1058-1068.
- Rosen, V., & Ayers, G. (2020). An update on the complexity and importance of accurately diagnosing post-traumatic stress disorder and comorbid traumatic brain injury. *Neuroscience Insights*, 15, 1-8.
- Rossi, R., Niolu, C., Siracusano, A., Rossi, A., & Di Lorenzo, G. (2020). A case of comorbid PTSD and posttraumatic OCD treated with sertraline-fripiprazole augmentation. *Case Reports in Psychiatry* (Vol. 2020, art. ID 2616492, 4 p.). doi.org/10.1155/2020/26164.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic stress disorder in adults: Impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (9), 460-467.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20 (3), 211-217.

- Sloan, D. M., & Marx, B. P. (2019). *Written exposure therapy for PTSD: A brief treatment approach for mental health professionals*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Sloan, D. M., Marx, B. P., Lee, D. J., & Resick, P. A. (2018). A brief exposure-based treatment vs. cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder: A randomized noninferiority clinical trial. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, 75 (3), 233-239.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959-992.
- VA/DoD (2023). VA/DoD Clinical Practice Guidelines. *Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. Washington, DC: U.S. Department of veterans affairs. Retrieved from <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/>.
- Walter, K. H., Levine, J. A., Highfill-McRoy, R. M., Navarro, M., & Thomsen, C. J. (2018). Prevalence of posttraumatic stress disorder and psychological comorbidities among U.S. active duty service members, 2006–2013. *Journal of Traumatic Stress*, 31 (6), 837-844.
- Xue, C., Ge, Y., Tang, B., Liu, Y., Kang, P., Wang, M., et al. (2015). A metaanalysis of risk factors for combat-related PTSD among military personnel and veterans. *PLoS One*, 10 (3), e0120-270.

I. Kovalenko, O. Berezan, V. Pomohaibo

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER FOR MILITARY SERVANTS: THEORY, RESEARCH AND TREATMENT

Military service is associated with exposure to traumatic stressors, including war zone hazards, accidents, and other occupational hazards, which may place military personnel at increased risk for the developing post-traumatic stress disorder (PTSD). The overall lifetime prevalence of PTSD among the world's population varies between 10.0-11.3% for women and 5.0-6.0% for men. Among military veterans, the lifetime prevalence of the disorder is 13.4% and 7.7% for women and men, respectively.

The United States Department of Veterans Affairs and the United States Department of Defense recommend a clinical methodology for the treatment of PTSD, which includes the following components: a diagnosis based on the criteria of the "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" of the American

Psychiatric Association; the presence of a high risk of harming oneself or others; functional status including duty and level of work responsibility; risk and protective factors; treatment history; medical history of the patient and his family. At the same time, joint decision-making with the patient is assumed, the key components of which are taking into account the patient's preferences, educating the patient and his relatives with the concept of psychological trauma and the peculiarities of the course of PTSD, joint consideration with the patient of the advantages and disadvantages of available treatment options. The PTSD treatment process necessarily must be trauma-oriented and include the following types of psychotherapy: prolonged exposure, cognitive processing therapy, cognitive-behavioral therapy, brief eclectic psychotherapy, narrative exposure therapy, eye movement desensitization and reprocessing, and written exposure therapy. For situations where clinicians are not trained in trauma-focused psychotherapy or when patients refuse to initiate treatment, pharmacotherapy or non-trauma-focused manualized psychotherapy that includes stress resistance training, life-focused therapy, and interpersonal psychotherapy is recommended.

Despite certain successes in the treatment of PTSD, important questions remain unsolved. First of all, there is a lack of clinical research to compare the effectiveness of the many available psychological treatments in general and for active-duty military personnel in particular. It is necessary to continue research in the field of precision medicine, which will make it possible to choose the most effective treatment for PTSD for each serviceman individually. To resolve these and similar issues, further long-term, consistent studies conducted on representative samples are needed.

Key words: *post-traumatic stress disorder, military personnel, psychological trauma, stress, psychotherapy, precision medicine.*