

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О.О.БОГОМОЛЬЦЯ
Навчально-науковий інститут психічного здоров'я
Кафедра загальної і медичної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА ВИПУСКНА РОБОТА
На тему: Особливості прояву ПТСР у ветеранів бойових дій:
психотерапевтичні підходи до лікування

Виконав: здобувач вищої освіти 6 курсу, групи 9905
напряму підготовки (спеціальності) – 225 медична психологія

Луц Аліна Олександрівна

Керівник: к.психол.н., доцент Луньов В.Є.

Рецензент: д.психол.н., професор Турбан В.В.

ЗМІСТ

Вступ	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ	8
1.1. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика	8
1.2. Проблема бойового стресу у працях вітчизняних та зарубіжних фахівців	17
1.3. Психологічні наслідки участі у бойових діях: Аналіз психологічних травм, які зазнають військові під час та після бойових дій	27
1.4. Фактори ризику розвитку ПТСР: Визначення факторів, які підвищують ризик розвитку ПТСР у ветеранів (тривалість участі у бойових діях, характер травматичних подій, індивідуальні особливості особистості тощо).	31
1.5. Існуючі психотерапевтичні підходи до лікування ПТСР: Огляд основних психотерапевтичних методів, які застосовуються для лікування ПТСР (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, терапія прийняття та зобов'язання тощо).	35
Висновок до першого розділу	38
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ	40
2.1. Організація дослідження: Опис вибірки (кількість, критерії відбору), інструментарію (анкети, тести, методики), процедури проведення дослідження.	40
2.2. Результати дослідження	45
Висновок до другого розділу	56
РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ	57

РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ БОЙОВИХ ДІЙ	
3.1. Специфіка психотерапевтичних відносин: Аналіз особливостей терапевтичних відносин з ветеранами, враховуючи їхній досвід та специфіку травми	57
3.2. Бар'єри в психотерапії ветеранів: Визначення основних бар'єрів у процесі психотерапії (сором, недовіра, стигматизація).	63
3.3. Роль соціальної підтримки: Аналіз ролі сім'ї, друзів та соціальних служб у процесі реабілітації ветеранів.	68
3.4. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід	73
Висновок до третього розділу	75
ВИСНОВКИ	77
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79
ДОДАТКИ	96

Актуальність дослідження. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це складне психічне захворювання, яке розвивається у відповідь на пережиті травматичні події. Для ветеранів бойових дій ПТСР є особливо актуальним, оскільки вони часто стикаються з екстремальними ситуаціями, які несуть загрозу життю та фізичному здоров'ю. Наслідки ПТСР можуть суттєво погіршити якість життя ветеранів, ускладнюючи їхню соціальну адаптацію та взаємодію з оточенням.

Незважаючи на значну кількість досліджень, присвячених ПТСР, залишається багато невирішених питань, пов'язаних зі специфікою його прояву у ветеранів, ефективністю різних методів лікування та розробкою оптимальних стратегій реабілітації. Це обумовлено складністю та багатогранністю феномену ПТСР, а також відсутністю єдиної моделі його розвитку та лікування.

Метою даного дослідження є аналіз особливостей прояву ПТСР у ветеранів бойових дій та розробка рекомендацій щодо вдосконалення психотерапевтичної допомоги цій категорії пацієнтів.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз ПТСР та його проявів у ветеранів бойових дій, з урахуванням вікових психологічних особливостей.

2. Здійснити емпіричне дослідження симптомів ПТСР у військовослужбовців різного віку та проаналізувати статистичні залежності між віком і вираженістю симптомів.

3. Розробити практичні рекомендації для вдосконалення психотерапевтичної допомоги та психопрофілактики ПТСР з урахуванням віку, соціальної підтримки та бар'єрів до лікування.

Об'єктом дослідження є психологічні особливості ветеранів бойових дій з діагнозом ПТСР.

Предметом дослідження є вплив віку на інтенсивність та типові форми прояву таких симптомів, як інтрузії, гіперактивація, уникнення та почуття провини.

Гіпотеза дослідження. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у ветеранів бойових дій має вікову специфіку проявів, зумовлену поєднанням психофізіологічних змін, досвіду адаптації та стратегіями подолання стресу.

Методи дослідження, застосовані у роботі, включали як теоретичні, так і емпіричні підходи. Теоретичний аналіз було спрямовано на вивчення наукових джерел з проблеми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), його вікових проявів, механізмів психотравматизації, а також сучасних психотерапевтичних стратегій лікування ПТСР у ветеранів. Особливу увагу було приділено аналізу клінічних характеристик ПТСР та специфіки психологічного реагування на бойову травму у різних вікових групах.

Емпіричне дослідження проводилося на вибірці з 30 військовослужбовців чоловічої статі, які були розподілені на дві групи: основну (17 осіб із клінічною картиною ПТСР) та контрольну (13 осіб без ознак ПТСР). Основна група складалась з ветеранів із досвідом бойової психотравматизації, що дозволило виявити специфіку симптомів, пов'язаних саме з цим типом травматичного досвіду.

Для кількісної діагностики симптомів ПТСР використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики. Зокрема, застосовано PCL-M (PTSD Checklist – Military Version), що оцінює частоту прояву 17 ключових симптомів ПТСР згідно з DSM-IV, а також Міссісіпську шкалу ПТСР, яка дозволяє глибше оцінити вираженість таких симптомів, як уникнення, інтрузії, гіперактивація та провини. Обидві методики мають високу валідність і надійність, і є рекомендованими в міжнародній практиці роботи з військовими.

Аналіз результатів здійснювався за допомогою методів математичної статистики. Зокрема, використовувався t-критерій Стьюдента для порівняння середніх значень між групами, а також коефіцієнт кореляції Пірсона для

встановлення залежності між віком респондентів та інтенсивністю симптоматики. Додатково була побудована багатofакторна регресійна модель, що дозволила встановити прогностичну значущість віку та окремих симптомів у загальному рівні ПТСР.

Наукова новизна дослідження полягає у виявленні вікової специфіки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед ветеранів бойових дій. Уперше на емпіричному рівні встановлено, що молодші ветерани характеризуються значно вищим рівнем симптоматики ПТСР у порівнянні зі старшими, зокрема в частині гіперактивації, інтенсивності інтрузій та почуття провини. Це відкриття дозволяє уточнити існуючі теоретичні моделі психологічної адаптації до бойової психотравми з урахуванням вікового чинника.

Вперше отримано підтвердження гіпотези про зниження загального рівня симптомів ПТСР з віком, зокрема на основі показників за шкалою PCL-M. Негативна кореляція між віком та симптомами гіперактивації, а також загальним балом PCL-M, свідчить про більший потенціал адаптації у старших ветеранів або ж про різні механізми подолання наслідків травматизації у різних вікових групах. Це дозволяє розширити уявлення про вікову динаміку травматичного досвіду та його вплив на психоемоційний стан.

Практична значущість полягає у розробці психотерапевтичних рекомендацій, адаптованих до потреб різних вікових категорій ветеранів. Запропоновано персоналізовані підходи до психологічного супроводу, що враховують підвищену емоційну збудливість у молодших ветеранів, а також відносну стабільність і ресурсність у старших. Це має безпосереднє значення для розробки програм психосоціальної реабілітації, підготовки фахівців кризової психології та побудови протоколів інтервенцій. Завдяки використанню комплексної методики (PCL-M та Міссісіпської шкали), вдалося не лише кількісно оцінити симптоми ПТСР, а й побудувати прогностичну модель, що враховує вплив віку на формування індивідуального

профілю ПТСР. Це дозволяє з наукової точки зору підвищити точність діагностики та обґрунтованість психотерапевтичного втручання.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження апробовані в форматі доповіді на Міжнародній науково-практичній конференції «Орликівські читання – 2025» (м. Миколаїв, 2025).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків та списку використаних джерел, а також додатків. Обсяг основного тексту роботи становить 72 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТСР У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика

Цей розділ має на меті надати всебічний огляд посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу. Ми розглянемо особливості прояву ПТСР у військових та цивільного населення, сучасні методи його діагностики, а також ефективні стратегії профілактики та лікування. Ця інформація буде корисною для психологів, психіатрів, соціальних працівників, військових медиків, а також для всіх, хто зацікавлений у проблемі психічного здоров'я у воєнний час.

Визначення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) згідно з міжнародними класифікаціями, зокрема МКХ-10 та МКХ-11, має певні нюанси, але загалом описує стан, що розвивається після переживання травматичної події. Ось основні положення:

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10)

- **Визначення:** ПТСР визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію (короткочасну або тривалу), яка має винятково загрозливий або катастрофічний характер і здатна спричинити загальний дистрес майже у кожної людини.

- **Ключові характеристики:**

- Реакція виникає *після* травматичної події, а не під час неї.

- Подія має бути надзвичайною та виходити за межі звичайного людського досвіду.

- Симптоми можуть проявитися через певний час після події (від кількох тижнів до кількох місяців).

- Код за МКХ-10: F43.1

Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11)

- Визначення: ПТСР у МКХ-11 визначається як розлад, що розвивається після переживання події або ряду подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру.

- Ключові симптоми (кластери):

- Повторне переживання травматичної події: нав'язливі спогади, кошмари, флешбеки.

- Уникнення нагадувань про подію: уникнення думок, місць, людей, що асоціюються з травмою.

- Постійне відчуття загрози: гіперзбудженість, підвищена тривожність, порушення сну, дратівливість.

- Важлива відмінність від МКХ-10: МКХ-11 чітко визначає три кластери симптомів, що спрощує діагностику.

- Код за МКХ-11: 6B40

Загальні риси обох класифікацій:

- ПТСР є наслідком психотравмуючої події.

- Симптоми призводять до значного погіршення соціального, професійного та інших важливих сфер функціонування. [1,2]

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це глибока рана, яку завдає психіці війна. Це не просто психологічний дискомфорт, а серйозний розлад, що вимагає комплексного підходу до лікування та профілактики. Умови воєнного часу з їхніми непередбачуваними подіями, загрозою життю та насильством створюють сприятливий ґрунт для розвитку ПТСР.

Війна – це екстремальний досвід, який виходить за межі звичайного людського досвіду. Смерть, руйнування, втрати близьких, постійний страх за власне життя – все це залишає глибокий слід у психіці людини. Навіть після закінчення активних бойових дій, ті, хто пережив травматичні події, можуть продовжувати відчувати їхні наслідки.

Загальна характеристика ПТСР:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) характеризується різноманітними симптомами, що охоплюють різні сфери життя людини. Серед

них часто зустрічаються нав'язливі спогади про травматичну подію, які можуть з'являтися раптово та викликати сильні емоційні переживання, нічні жахи, що порушують сон та призводять до відчуття втоми, постійна підвищена тривожність, що змушує людину перебувати в стані напруження та очікування небезпеки. Хворі на ПТСР часто уникають ситуацій, місць або людей, які можуть нагадати їм про травму, що призводить до соціальної ізоляції та обмеження звичайної діяльності. Крім того, ПТСР може супроводжуватися різними фізичними симптомами, такими як головний біль, болі в шлунку та інші проблеми з травленням, а також порушення сну та труднощі з концентрацією уваги, що негативно впливають на навчання, роботу та повсякденне життя. Важливо пам'ятати, що інтенсивність та прояви цих симптомів можуть варіюватися в різних людей, тому при виявленні подібних ознак необхідно звернутися за кваліфікованою допомогою.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) здатний глибоко та всебічно вплинути на життя людини, руйнуючи її звичний ритм та якість. Цей розлад пронизує всі сфери існування, від професійної діяльності та стосунків з найближчими людьми до соціальної активності та загального відчуття благополуччя. Люди, що борються з ПТСР, часто опиняються в полоні відчуття відчуження від світу, втрачають відчуття зв'язку з оточенням, відчувають безпорадність перед труднощами та переживають глибоку втрату сенсу життя. Їхнє повсякдення може перетворитися на постійну боротьбу з тривожними спогадами, емоційними спалахами та фізичними симптомами, що ускладнює виконання звичайних обов'язків на роботі, підтримання здорових стосунків з родиною та друзями, а також участь у соціальному житті. Відчуття ізоляції та спустошеності, що супроводжують ПТСР, можуть призвести до серйозних проблем з психічним та фізичним здоров'ям, тому своєчасна та кваліфікована допомога є надзвичайно важливою для повернення до повноцінного життя.

Розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) не обмежується лише безпосередньою участю в бойових діях. Існує низка

факторів, які значно підвищують ризик виникнення цього стану. Одним із ключових факторів є тривалість експозиції до стресу. Чим довше людина перебуває в умовах постійної загрози та психологічного напруження, тим вища ймовірність розвитку ПТСР.

Важливу роль відіграє також тяжкість травматичної події. Переживання надзвичайно інтенсивних та загрозових для життя ситуацій, таких як втрата близьких, фізичне насильство або безпосередня загроза смерті, значно збільшує ризик розвитку розладу. Наявність попередніх психічних розладів, таких як депресія, тривожні розлади або інші психологічні проблеми, також є вагомим фактором ризику. Люди з вже існуючими проблемами психічного здоров'я можуть бути більш вразливими до розвитку ПТСР після травматичних подій.

- Обмежені соціальні ресурси та відсутність належної психологічної підтримки також відіграють значну роль. Відсутність підтримки з боку родини, друзів або громади, а також недоступність кваліфікованої психологічної допомоги, можуть ускладнити процес відновлення та збільшити ризик розвитку ПТСР. Соціальна ізоляція та відсутність можливості поділитися своїми переживаннями можуть посилити психологічну травму та призвести до серйозних наслідків.

- Отже, ризик розвитку ПТСР залежить від комплексної взаємодії різних факторів, включаючи характер та тривалість стресового впливу, індивідуальні особливості людини та наявність соціальної підтримки. Врахування цих факторів є важливим для своєчасної профілактики та надання ефективної допомоги людям, які пережили травматичні події.

Чому важливо приділяти увагу ПТСР у воєнний час?

ПТСР може мати серйозні наслідки для індивіда, суспільства та економіки. Нелікований ПТСР може призвести до розвитку інших психічних розладів, таких як депресія, алкоголізм та наркоманія, а також підвищує ризик суїциду. Тому вчасна діагностика та ефективне лікування ПТСР є критично

важливими для забезпечення психологічного здоров'я населення та відновлення післявоєнного суспільства.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є поширеним психічним розладом, який може виникнути після травматичної події. ПТСР має широку клінічну картину, але характеризується симптомами, що порушують когнітивні функції, настрої, соматичний досвід і поведінку. ПТСР може спричинити хронічні порушення, призвести до супутніх психічних захворювань і призвести до підвищеного ризику самогубства. [3]

ПТСР було вперше включено до 3-го видання «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» (DSM), опублікованого в 1980 році. [4] Включення посттравматичного стресового розладу в DSM відображає визнання значного впливу, який може мати вплив травматичних подій на людину. психічне здоров'я. Критерії DSM для посттравматичних стресових розладів передбачають переживання травматичної події, наявність специфічних симптомів, таких як нав'язливі спогади або кошмари, поведінка уникнення, негативні зміни в настрої та пізнанні, а також підвищене збудження. Включення ПТСР у DSM сприяло кращому розумінню, діагностиці та лікуванню осіб, які пережили травму. [3] Лікування посттравматичного стресового розладу є складним, оскільки кожен випадок травми індивідуальний, а специфічні симптоми посттравматичного стресового розладу відрізняються від випадку до випадку. Методи профілактики та лікування включають психологічне втручання, а також фармакотерапію. [5] [6] [7]

DSM-5-TR визначає травму як важливу характеристику тих, у кого розвивається ПТСР. Травма (у контексті посттравматичного стресового розладу) визначається як вплив фактичної або загрозованої смерті, серйозної травми або сексуального насильства. Це включає в себе безпосереднє переживання травматичної події, спостереження за людиною, яка переживає травму, або знання про те, що травматична подія сталася з близькими. [8]

Існують різні психологічні теорії, які пропонують пояснити здатність травми викликати ПТСР. Теорія зруйнованих припущень була запропонована Яноффом-Булманом у 1992 році. [9] Ця теорія передбачає, що травматичні події можуть змінити те, як люди сприймають себе та світ у порівнянні з їхніми поглядами до травматичного досвіду. Ця теорія має попередні припущення, зокрема: «світ доброзичливий», «світ має сенс» і «я гідний». Після травми основа цих успадкованих припущень слабшає або «руйнується». [9]

Психодинамічна психологія наголошує на систематичному вивченні того, як життєвий досвід може бути пов'язаний із поточними психологічними силами розуму, які впливають на поведінку та емоції. [10] У 1890 році Жан-Мартен Шарко стверджував, що причиною всіх психічних захворювань є психологічна травма. [11] З часом це було спростовано, але визнається, що травма (і особливо рання травма) може мати глибокий вплив на розвиток психічних захворювань. Психодинамічний психологічний погляд на посттравматичний стрес особливо стосується несвідомих рішень довіри. Людям, які пережили травму, може бути важко повірити, що світ може бути безпечним місцем, або повірити, що люди не завдадуть їм емоційної чи фізичної шкоди. [12]

Вчені-біхевіористи також зробили внесок у розуміння впливу травми на когнітивні процеси. Умовна реакція вивченого страху може виникнути після впливу значного подразника, що зазвичай має місце в контексті ПТСР. Особи, які зазнають повторних травм (наприклад, особи, які зазнають насильства в сім'ї або з боку батьків), можуть розвинути умовну реакцію на травму. [13]

Наявність або відсутність підтримки після травми може збільшити або зменшити ризик ПТСР. Особи, які мають добре налагоджену систему підтримки, менш схильні до розвитку ПТСР після травматичної події.

Подібним чином люди, які відчувають себе ізольованими після травми або мають погану систему соціальної підтримки, мають більшу ймовірність розвитку гострого стресового розладу та/або посттравматичного стресового розладу. [14]

Люди з нижчим рівнем освіти можуть мати менше ресурсів для подолання стресу та менший доступ до інформації про психічне здоров'я та способи отримання допомоги. Соціально-економічні труднощі, такі як бідність, безробіття та погані умови проживання, можуть створювати додатковий стрес та обмежувати доступ до якісної медичної та психологічної допомоги. Пережитий у дитинстві досвід жорстокого поводження, насильства, нехтування або втрати близьких може зробити людину більш вразливою до розвитку ПТСР у дорослому віці. Жінки мають приблизно вдвічі вищий ризик розвитку ПТСР порівняно з чоловіками. Це може бути пов'язано з біологічними, психологічними та соціальними факторами, такими як гормональні відмінності, різні моделі реагування на стрес та частіші випадки сексуального насильства щодо жінок. Представники деяких расових та етнічних меншин можуть стикатися з додатковими факторами стресу, такими як дискримінація, соціальна ізоляція та обмежений доступ до ресурсів, що може підвищувати ризик розвитку ПТСР. Наявність фізичних травм, особливо черепно-мозкових, може ускладнити перебіг ПТСР та вплинути на його симптоми. Сильні емоційні реакції відразу після травматичної події, такі як сильний страх, паніка, відчуття безпорадності або дисоціація, можуть бути ознакою підвищеного ризику розвитку ПТСР. Наявність міцних соціальних зв'язків та підтримки від родини, друзів або спільноти може допомогти людині краще впоратися з наслідками травми та знизити ризик розвитку ПТСР. Наявність в анамнезі депресії, тривожних розладів або інших психічних захворювань може збільшити вразливість до ПТСР. Генетичні фактори також можуть відігравати роль у розвитку ПТСР, хоча точні механізми цього впливу ще досліджуються. [15] [16] [17] [18] [19]

Поширеність ПТСР протягом життя коливається від 6,1% до 9,2% від національних вибірок загального дорослого населення Сполучених Штатів і Канади. [20] [21] [22] Показники поширеності за 1 рік коливаються від 3,5% до 4,7%. [23] [24] У Західній півкулі було виявлено, що певні групи населення мають більшу поширеність посттравматичного стресового розладу,

включаючи корінне населення та біженців. [25] [26] Нижчі показники поширеності ПТСР були виявлені за межами Західної півкулі, але причина нижчого рівня ПТСР у Східній півкулі не зовсім зрозуміла. [27]

Було встановлено, що навмисна травма має більший зв'язок із посттравматичним стресовим розладом, ніж випадкова травма чи ненасильницька травма. [28] [29] Повторні травми та збільшення тривалості впливу травми також пов'язані з вищим ризиком ПТСР. [30] Як у чоловіків, так і у жінок зазвичай розвивається посттравматичний стресовий розлад після травми, але відомо, що жінки більш схильні до посттравматичного стресового розладу, з невеликими варіаціями залежно від типу травматичного досвіду. [31]

Початкова реакція на травму пов'язана з патофізіологією посттравматичного стресового розладу. Відповідь характеризується викидом адреналіну від стимуляції симпатичної нервової системи. З фізіологічної точки зору це може призвести до тахікардії, підвищення артеріального тиску та подальших нейроендокринних реакцій, таких як вивільнення кортизолу та інших катехоламінів. [32] Коли травма продовжується або повторюється, може виникнути умовна поведінкова реакція, що призводить до гострого стресового розладу або ПТСР.

Нейроанатомічно мигдалеподібне тіло несе значну відповідальність за виявлення загрози та реакцію на страх. Дослідження магнітно-резонансної томографії (МРТ) осіб з посттравматичним стресовим розладом виявили неспецифічні знахідки, включаючи зменшення загального об'єму мозку, хоча результати не є послідовними. [33] [34] Мигдалеподібне тіло є частиною стародавнього мозку еволюційно, що означає, що його активація є первинною і зазвичай пом'якшується фронтальною корою головного мозку в міру розвитку когнітивних функцій і навченої поведінки. [35] У пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом здатність лобової частки до зниження тону є нерегульованою порівняно з пацієнтами без посттравматичного стресового розладу. Це спостереження може частково пояснити результати

візуалізації зменшення об'єму мозку в осіб із хронічним ПТСР. Були досліджені рівні нейромедіаторів у тих, хто страждає на ПТСР, включаючи серотонін, дофамін, адреналін, норадреналін, глутамат і гамма-аміномасляну кислоту (ГАМК). [36] Рівні нейромедіаторів у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом мають суперечливі дані, але все ще складають основу підходу до лікування психотропними препаратами. [37].

Прояви ПТСР варіюються як в історії хвороби, так і в клінічній симптоматиці. Травма є широкою, і ризики для певних типів травми відрізняються залежно від характеристик пацієнта, таких як вік, стать, географічне розташування, сімейний і сімейний стан, а також наявність фізичної вади. [38] Типи травм включають сексуальне насильство, масовий політичний конфлікт і переміщення (біженці), військові чи бойові дії, фізичні травми та медичні захворювання. [19] Через широкий діапазон можливих травм важливо розуміти індивідуальне походження пацієнта та його соціальний анамнез.

Крім того, дорослі пацієнти з посттравматичним стресовим розладом зазвичай страждають від симптомів травми в дитинстві, які можуть залишитися далеко в минулому порівняно з часом клінічної оцінки. [39] Важливо відзначити тривалість симптомів після травматичної події, оскільки це відрізняє ПТСР від інших психічних розладів (таких як гострий стресовий розлад). [40]

Дисоціативні симптоми можуть бути присутніми у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом, і коли ці симптоми присутні, їх слід відрізнити від попереднього дисоціативного розладу. Дисоціативні симптоми включають наступне:

- Деперсоналізація: відчуття відірвання від свого тіла та відчуття «загубленості» або «шир'яння над моїм тілом».
- Дерезалізація: відчуття, ніби навколишній світ нереальний, наприклад, спостерігати за світом із стану сну. [41]

Обговорення травми з пацієнтами, які проходять обстеження на предмет посттравматичного стресового розладу, вимагає підходу з делікатністю. [42] У контексті травми сексуального насильства слід брати до уваги стать лікаря та пацієнта, оскільки багатьом пацієнтам, які пережили сексуальне насильство, може бути важко перебувати в кімнаті для допиту наодинці зі статтю кривдника. Деякі пацієнти можуть з легкістю говорити про минулу травму, а інші не можуть обговорювати деталі, не відчуючи гострих симптомів. Під час обговорення деталей травми важливо поважати межі пацієнта щодо теми та запитати, наскільки глибоко чи поверхово пацієнт воліє обговорювати цю тему. Це основоположні концепції втручання з інформацією про травму. [43] Примітно, що конкретні деталі травми зазвичай не потрібні для встановлення діагнозу ПТСР.

Конкретні деталі травми необхідні лише для певних типів психотерапевтичного лікування, на яке пацієнт повинен погодитися перед початком. Загальне опитування щодо симптомів, пов'язаних із травмою, як правило, є оптимальним підходом для першого діагностичного інтерв'ю, де важливе значення має розвиток терапевтичного взаєморозуміння. [44]

1.2. Проблема бойового стресу у працях вітчизняних та зарубіжних фахівців

На основі досліджень напруження функціонального стану людей під час стресу, виділяють чотири основні субсиндроми стресу: вегетативний, емоційно-поведінковий, когнітивний та соціально-психологічний. Кожен з них відображає специфічні зміни в організмі та поведінці людини під впливом стресових факторів. Бойовий стрес – це складне психологічне явище, яке виникає внаслідок участі в бойових діях або свідчення насильства. Він є одним із найпоширеніших психічних розладів серед військовослужбовців та цивільного населення в зонах конфліктів.

Вивчення бойового стресу має довгу історію, яка сягає часів Першої світової війни. Особливої уваги ця проблема набула після Другої світової та В'єтнамської війн, коли стало очевидним, що багато ветеранів страждають від тривалих психологічних проблем.

В Україні дослідження бойового стресу мають свою специфіку, пов'язану з історичними подіями та геополітичним становищем країни. Вітчизняні фахівці, зокрема психологи, психіатри та соціальні працівники, активно займаються вивченням цієї проблеми, особливо в контексті сучасних подій.

Дослідження бойового стресу в Україні є важливим напрямком роботи багатьох науковців та установ. Оскільки це активна сфера досліджень, список виконавців постійно оновлюється.

Інститут психології імені Г. С. Костюка НАН України проводить фундаментальні та прикладні дослідження в галузі психології, включаючи проблеми, пов'язані з бойовим стресом. Інститут психології імені Г. С. Костюка є науковою установою в Україні, що займається фундаментальними та прикладними дослідженнями в галузі психології. Важливо зазначити, що з 2017 року Інститут перейшов з підпорядкування НАН України до Національної академії педагогічних наук України. Інститут носить ім'я видатного українського психолога Григорія Силовича Костюка, який зробив значний внесок у розвиток вітчизняної психологічної науки. Діяльність Інституту охоплює широкий спектр психологічних проблем, зокрема:

- Загальна психологія: дослідження основних закономірностей психічної діяльності, пізнавальних процесів, емоцій, мотивації, особистості.
- Вікова та педагогічна психологія: вивчення психологічних особливостей розвитку людини на різних вікових етапах, проблем навчання та виховання.
- Соціальна психологія: дослідження психологічних аспектів міжособистісних відносин, групової динаміки, соціальних установок та поведінки.

- Клінічна психологія та психотерапія: вивчення психологічних причин психічних розладів, розробка методів діагностики та корекції.

- Психологія праці та організаційна психологія: дослідження психологічних факторів ефективності професійної діяльності, управління та організаційної поведінки.

- Юридична психологія: вивчення психологічних аспектів правової діяльності, поведінки правопорушників та потерпілих.

- Психологія екстремальних ситуацій та бойового стресу: дослідження психологічних наслідків травматичних подій, розробка методів психологічної допомоги та реабілітації.

Особливо актуальними в сучасних умовах є дослідження, пов'язані з **бойовим стресом**. Інститут проводить дослідження психологічних наслідків військових дій, розробляє програми психологічної підтримки та реабілітації військовослужбовців та цивільного населення, що постраждало від війни.

Інститут психології імені Г. С. Костюка є не лише науково-дослідницькою установою, але й важливим центром підготовки наукових кадрів у галузі психології. На базі Інституту діють аспірантура та докторантура, проводяться наукові конференції, семінари та тренінги.

У результаті виконання проєкту було підготовлено комплекс науково-практичних видань, в яких відображено практичний досвід учасників проєкту з проблеми підтримки та збереження психічного здоров'я персоналу організацій та населення пі час війни. , який включає розробки -Карамушка, Л.М., О. В. Креденцер, К. В. Терещенко, В. І. Лагодзінська, В. М.Івкін, О. С. Ковальчук [45].

Важливо також згадати й інші наукові установи та вищі навчальні заклади в Україні, де проводяться психологічні дослідження та здійснюється підготовка фахівців-психологів:

- Київський національний університет імені Тараса Шевченка: один з найстаріших та найпрестижніших університетів України, де функціонує факультет психології.

- Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна: також має потужну психологічну школу та факультет.

- Львівський національний університет імені Івана Франка: відомий своїми дослідженнями в галузі клінічної психології та психотерапії.

- Національний педагогічний університет імені М. П. Драгоманова: готує фахівців у галузі педагогічної та вікової психології.

Ці та інші установи відіграють важливу роль у розвитку психологічної науки та практики в Україні.

- Військово-медичні заклади: Військові госпіталі та науково-дослідні інститути займаються вивченням фізичних та психічних наслідків бойових дій для військовослужбовців.

- Вищі навчальні заклади: Психологічні факультети університетів, особливо в Києві, Харкові, Львові, проводять дослідження в цій галузі.

- Міжнародні організації: Різні міжнародні організації, такі як ВООЗ, Червоний Хрест, надають підтримку українським дослідникам та проводять власні дослідження.

Combat Stress, благодійна організація психічного здоров'я ветеранів, різко попередила, що без негайного значного збільшення коштів вона не зможе задовольнити стрімко зростаючий попит на спеціалізоване лікування травм, пов'язаних із військовими діями. Це попередження надійшло в той день, коли дослідження Королівського центру досліджень військової охорони здоров'я Королівського коледжу Лондона за дорученням Управління у справах ветеранів виявило рівень ймовірного посттравматичного стресового розладу (ПТСР), включаючи комплексний ПТСР (С- ПТСР), зріс серед ветеранів до 11% (раніше він був 7% на останньому етапі дослідження майже десять років тому).

Серед ветеранів, які брали участь у бойових діях в Іраку чи Афганістані, цей показник зростає навіть вище – майже кожен п'ятий (18%), з яких три чверті (13,9%) відповідають критеріям С-ПТСР. Для порівняння, рівень ПТСР серед населення становить 4%.

Звіт є кульмінацією 20 років досліджень, спрямованих на вивчення впливу розгортання в Іраку та Афганістані на здоров'я та добробут особового складу Збройних сил Великобританії.

Це дослідження є першим випадком, коли С-PTSD було виміряно в цій когорті респондентів. Попередні дослідження, проведені Combat Stress та Единбурзьким університетом Нейпір, показали, що у ветеранів частіше розвивається С-PTSD, ніж посттравматичний стресовий розлад. На відміну від ПТСР, який часто асоціюється з однією травматичною подією, С-ПТСР може виникнути, коли хтось переживає тривалі, повторювані або численні травматичні події, і це призводить до більш складних проблем.

Combat Stress, заснована в 1919 році, є єдиною організацією у Великій Британії, яка займається наданням інтенсивного, клінічно перевіреного лікування ветеранам, які страждають на посттравматичний стресовий розлад і комплексний посттравматичний стресовий розлад внаслідок військової служби. Наразі благодійна організація лікує майже 1500 ветеранів на рік, включаючи направлення від NHS та Op COURAGE, коли ветеранам потрібна додаткова допомога, яку може надати лише Combat Stress. Крім того, благодійна організація розробляє найефективніші програми лікування ветеранів, зменшуючи навантаження на Національну службу охорони здоров'я та просуваючи вперед сферу психічного здоров'я ветеранів у Великобританії.

За останні три роки кількість нових звернень до Combat Stress зросла на 44% (539 у 2020/21 – 776 у 2023/24), включаючи зростання на 15% минулого року. Виходячи з аналізу, благодійна організація каже, що перенаправлення лише продовжуватиме зростати. Якщо цього року кількість нових рефералів зросте ще на 15%, Combat Stress знадобиться додатково £2,5 млн, щоб задовольнити цей попит. Без додаткової фінансової підтримки Combat Stress благодійна організація попереджає, що це може призвести до жахливих наслідків для ветеранів, які потребують спеціального лікування психічних захворювань.

Хлоя Маккей, генеральний директор Combat Stress, сказала:

«Нам потрібно більше фінансування, щоб йти в ногу зі зростаючим попитом. Ми серйозно стурбовані нашою спроможністю лікувати тих ветеранів, які отримали травми, пов'язані з військовими діями, які так відчайдушно потребують нас. Збільшення фінансування наших послуг є не лише терміновим, це вкрай необхідно. На нашу послугу покладаються тисячі людей, і ми покладаємось на фінансування, щоб її надати.

«Результати дослідження, проведеного Королівським центром досліджень військової охорони здоров'я, показують збільшення частоти ймовірного посттравматичного стресового розладу, включаючи C-PTSD, підтверджують те, що ми бачимо зі збільшенням кількості нових направлень до Combat Stress. Ми підтримуємо рекомендації дослідження щодо продовження інвестицій у служби психічного здоров'я ветеранів, а також дослідження, щоб зрозуміти найкраще лікування та підтримку цього захворювання».[45]

Теорія контролю воріт болю, запропонована Рональдом Мелзаком і Патріком Воллом у 1965 році, пояснює, як біль відчувається та модулюється. Вона передбачає існування механізму, що діє як «ворота» в спинному мозку, контролюючи проходження больових сигналів до головного мозку.

Ось основні положення цієї теорії:

- Нервові волокна різного діаметру: Існують два основних типи нервових волокон, що передають інформацію від місця травми до спинного мозку:

- Товсті волокна (A β): Передають інформацію про дотик, тиск та інші нешкідливі подразники.

- Тонкі волокна (A δ та C): Передають інформацію про біль та температуру.

- «Ворота» в спинному мозку: У задніх рогах спинного мозку знаходиться желатинозна субстанція (substantia gelatinosa), яка діє як «ворота».

Ці «ворота» можуть бути «відкриті» або «закриті», регулюючи проходження больових сигналів.

- Вплив різних волокон на «ворота»:

- Активність товстих волокон (A β): Має тенденцію «закривати ворота», блокуючи або зменшуючи проходження больових сигналів. Саме тому розтирання або масаж місця травми може зменшити біль.

- Активність тонких волокон (A δ та C): Має тенденцію «відкривати ворота», пропускаючи больові сигнали до головного мозку.

- Вплив головного мозку: Головний мозок також може впливати на «ворота», модулюючи відчуття болю. Психологічні фактори, такі як увага, емоції та попередній досвід, можуть посилювати або послаблювати біль.

Як це працює на практиці - уявіть собі, що ви вдарилися ліктем. Тонкі волокна (A δ та C) передають сигнал про біль до спинного мозку. Якщо в цей момент активні також товсті волокна (наприклад, ви розтираєте місце удару), вони можуть частково «закрити ворота», зменшуючи інтенсивність больового сигналу, що досягає головного мозку.

Теорія контролю воріт стала важливим кроком у розумінні механізмів болю. Вона пояснює, чому різні фактори, такі як дотик, масаж, емоції та увага, можуть впливати на сприйняття болю. Ця теорія також сприяла розробці нових методів лікування болю, таких як:

- Транскутанна електрична нервова стимуляція (TENS): Застосування слабких електричних імпульсів для стимуляції товстих волокон та «закриття воріт».

- Когнітивно-поведінкова терапія: Навчання пацієнтів стратегіям управління болем, включаючи техніки релаксації та відволікання уваги.

Хоча теорія контролю воріт була революційною, з часом вона була доповнена та уточнена. Сучасні дослідження показують, що механізми болю є складнішими, ніж просто «відкриття» та «закриття воріт». Проте, ця теорія залишається важливою основою для розуміння модуляції болю та розробки методів його лікування.

Важливо зазначити, що біль є складним та багатогранним феноменом, на який впливають як фізичні, так і психологічні фактори. Тому для ефективного лікування болю необхідний комплексний підхід, що враховує індивідуальні особливості кожного пацієнта. [46]. На окрему увагу заслуговує стан адаптації у комбатантів. Дослідження німецького дослідника Е. Дінтера вказують на певний часовий проміжок, протягом якого військовослужбовці адаптуються до екстремальних умов бойової обстановки.

Згідно з Дінтером, процес адаптації до бойових дій можна умовно поділити на кілька етапів:

Початковий етап (перші дні): Характеризується високим рівнем стресу, тривоги, страху та дезорієнтації. Військовослужбовці стикаються з незвичними умовами, шумом, небезпекою, втратою товаришів. У цей період можуть спостерігатися порушення сну, апетиту, концентрації уваги.

Етап адаптації (приблизно 15-25 днів): Протягом цього періоду відбувається поступова адаптація до бойової обстановки. Військовослужбовці звикають до шуму, небезпеки, вчаться контролювати свої емоції та діяти в екстремальних умовах. Формуються нові навички та стратегії поведінки. Саме на цьому етапі, за Дінтером, досягається пік морально-психологічних можливостей.

Етап відносної стабілізації: Після 25 днів більшість військовослужбовців досягає відносної стабілізації. Вони здатні ефективно виконувати бойові завдання, підтримувати бойовий дух та зберігати психологічну стійкість. Однак, тривале перебування в умовах бойових дій може призвести до накопичення стресу та розвитку посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Важливо зазначити, що тривалість та інтенсивність кожного етапу можуть варіюватися залежно від індивідуальних особливостей військовослужбовця, характеру бойових дій, інтенсивності стресових факторів та інших чинників.

Доречно згадати теорію Роберта А. Габріеля щодо бойової нездатності, пов'язану з тривалим перебуванням на полі бою. Габріель стверджував, що після приблизно 45 діб безперервних бойових дій значна частина військовослужбовців досягає стану психофізіологічного виснаження, що призводить до втрати боєздатності.

Основні положення теорії Габріеля:

- Тривалий стрес: Безперервне перебування в умовах бойових дій, постійна загроза життю, втрата товаришів, фізичне та емоційне навантаження призводять до накопичення стресу та виснаження психофізіологічних ресурсів.

- Зниження функціональних можливостей: Після 45 діб у більшості військовослужбовців спостерігається значне зниження когнітивних функцій (увага, пам'ять, мислення), емоційна нестабільність, порушення сну, апатія, втрата мотивації та бойового духу.

- Втрата боєздатності: Внаслідок психофізіологічного виснаження військовослужбовці стають нездатними ефективно виконувати бойові завдання, приймати адекватні рішення в стресових ситуаціях та підтримувати бойову готовність.

Важливо зазначити, що 45 діб – це умовна цифра. Індивідуальна стійкість до стресу та швидкість виснаження можуть значно відрізнятись. На це впливають такі фактори:

- Інтенсивність бойових дій: Постійні бої, обстріли, втрати призводять до швидшого виснаження.

- Умови перебування: Нестача сну, їжі, води, гігієнічні умови погіршують стан.

- Попередній досвід: Військовослужбовці з попереднім бойовим досвідом можуть бути більш стійкими.

- Підготовка та екіпірування: Добра підготовка та якісне екіпірування підвищують стійкість до стресу.

- Соціальна підтримка: Наявність підтримки з боку товаришів та командирів є важливим фактором.

- Індивідуальні особливості: Темперамент, характер, рівень стресостійкості та інші індивідуальні особливості також впливають на процес виснаження.

Теорія Габріеля має важливе практичне значення для організації військової служби та психологічної підтримки:

- Ротація особового складу: Регулярна ротація особового складу дозволяє запобігти надмірному виснаженню та зберегти боєздатність.

- Психологічна підготовка: Підготовка повинна формувати стійкість до стресу та навчати стратегіям саморегуляції.

- Психологічна підтримка: Надання психологічної допомоги та реабілітації є важливим для відновлення психофізіологічного стану.

Хоча теорія Габріеля отримала широке визнання, вона також піддавалася критиці. Деякі дослідження показують, що деякі військовослужбовці можуть зберігати боєздатність протягом тривалого часу, навіть після 45 діб безперервних бойових дій. Проте, загалом, теорія Габріеля підкреслює важливість врахування психофізіологічних факторів при організації бойових дій та необхідність своєчасної ротації та психологічної підтримки.

Важливо розуміти, що бойова нездатність – це складний феномен, на який впливає багато факторів. Теорія Габріеля є важливим внеском у розуміння цього явища, але вона не є абсолютною істиною. Необхідно враховувати індивідуальні особливості кожного військовослужбовця та умови, в яких він перебуває.

Думку про значний вплив безперервних бойових дій на психіку військовослужбовців поділяють також американські психіатри Р. Свонк та У. Маршан. Грунтуючись на своїх дослідженнях, вони стверджують, що у переважної більшості – а саме у 98% – військових, які беруть участь у бойових діях без перерви протягом 35 діб, спостерігаються різноманітні психічні

розлади. Це підкреслює критичний вплив тривалого перебування в умовах бойового стресу на психічне здоров'я. [47].

Військова психологія має справу відмінними проблемами адаптації суспільства, соціальних груп, людини до стану війни та виведення із стану війни й адаптації до мирного життя. Ці якісно відмінні перехідні стани ще на початку ХХ століття були позначені Вільямом Озером терміном - стрес.

Сьогодні військова психологія розглядає стрес як процес, який виводить психологічні та фізіологічні функції за межі діапазону їх стійкості, викликаючи почуття напруженості.

1.3. Психологічні наслідки участі у бойових діях: Аналіз психологічних травм, які зазнають військові під час та після бойових дій.

Посттравматичний стресовий розлад широко досліджувався в армії, особливо у зв'язку з впливом бойових дій, схожих на війну. Це було визнано результатом бойового впливу як меланхолія після Громадянської війни в США, як контузійний шок після Першої світової війни, пов'язаний із бойовими діями стрес після Другої світової війни та після В'єтнаму як посттравматичний стресовий розлад [48]. Основним аспектом для діагностики посттравматичного стресового розладу є те, що особа зазнала травматичної події, під час якої вона зіткнулася зі смертю чи серйозною травмою або стала свідком загрози фізичному благополуччю себе чи інших [49]. ПТСР відноситься до віддалених наслідків травми, але відрізняється від гострого стресового розладу (ГСР), який відноситься до початкових травматичних симптомів, що виникають відразу після травми [50]. ГСР може перейти в посттравматичний стресовий розлад, якщо симптоми не усунуті належним чином або якщо військовослужбовець залишається в бойовому середовищі та не може отримати своєчасне лікування. Характер сучасних військових дій, як бойових, так і миротворчих, постійно наражає військовослужбовця/жінку на потенційно травматичні події [51].

Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів (DSM-5) детально описує критерії діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ось перефразований опис цих критеріїв літературною мовою, з урахуванням змін порівняно з DSM-IV:

DSM-5 визначає ПТСР, базуючись на наступних критеріях:

1. Переживання травматичної події: Особа повинна була безпосередньо пережити, стати свідком або дізнатися про подію (або події), що включала фактичну або загрозливу смерть, серйозні травми або сексуальне насильство. Це може включати безпосереднє переживання події, спостереження за подією, що сталася з іншими, дізнання про травматичну подію, що сталася з близьким членом сім'ї або другом, або повторний вплив на неприємні деталі травматичної події (наприклад, працівники екстрених служб, які збирають людські останки).

2. Симптоми вторгнення (інтрузії): Після травматичної події особа постійно переживає нав'язливі, мимовільні та болісні спогади про подію, кошмари, флешбеки (відчуття повторного переживання події) та інтенсивний психологічний дистрес при зіткненні з нагадуваннями про травму.

3. Уникнення: Особа наполегливо уникає подразників, пов'язаних з травматичною подією, таких як місця, люди, розмови, думки або почуття, що нагадують про травму.

4. Негативні зміни в когнітивних здібностях та настрої: Після травматичної події спостерігаються негативні зміни у мисленні та емоційному стані, такі як постійні негативні переконання про себе, інших або світ, відчуття провини, сорому, страху, гніву, зниження інтересу до раніше цікавих занять, відчуття відчуження від інших, нездатність відчувати позитивні емоції.

5. Зміни у збудженні та реактивності: Особа відчуває підвищене збудження та реактивність, що проявляється у підвищеній настороженості, дратівливості, спалахах гніву, труднощах з концентрацією уваги, порушеннях сну, надмірній реакції на несподівані подразники (здригання).

6. Тривалість симптомів: Симптоми, описані в пунктах 2-5, повинні тривати більше одного місяця.

7. Клінічна значущість: Симптоми повинні викликати клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

8. Відсутність впливу речовин або інших медичних станів: Симптоми не повинні бути результатом фізіологічного впливу речовин (наприклад, наркотиків, алкоголю, ліків) або іншого медичного стану.

Лікування залежить від характеру отриманої травми, симптомів, які виникають, а також навичок, підготовки та філософського режиму спеціаліста, який лікує. Загалом доступні три види лікування – психологічне, фармакологічне та фізичне, уважність і самодопомога. Основні психологічні методи лікування ПТСР включають когнітивну поведінкову терапію (КПТ) і десенсибілізацію та повторну обробку рухів очей (EMDR), коротку психодинамічну психотерапію, гіпнотерапію та управління стресом. Альтернативні методи лікування, включаючи репетицію образів, міжособистісну терапію, підтримуюче консультування, особистісно орієнтовану терапію та методи свободи емоцій [48]

Більшість досліджень психічного здоров'я солдатів після бойових дій зосереджено на бойових операціях, а не на операціях з підтримання миру, що спричинило Forbes et. al. покаржитися на те, що результати психічного здоров'я військовослужбовців, які брали участь у миротворчих місіях, були відносно занедбані у військовій літературі щодо психічного здоров'я [49].

Дослідження 2013 року щодо впливу миротворчої діяльності на довгострокове психічне здоров'я, яке вивчало стан психічного здоров'я ветеранів через 10–15 років після розгортання, виявило, що ветерани миротворчих місій переживали психічні розлади, подібні до тих, які спостерігалися під час війни у В'єтнамі, тобто операції, подібні до бойових дій щодо негативних наслідків для психічного здоров'я. Дослідження показало, що приблизно 60% ветеранів добре справлялися після розлучення,

у той час як 20% продемонстрували помірний рівень порушення психічного здоров'я, а решта 20% виявили більш серйозні проблеми психічного здоров'я [50].

Загалом більшість військовослужбовців, які повертаються з операцій з підтримання миру, почуваються добре протягом місяців після розгортання, однак для тих солдатів, які повертаються, і які стикаються з труднощами після розгортання, було виявлено чотири фактори, які впливають на психічне здоров'я та посттравматичний стресовий розлад [51]: 1) рівень впливу травматичних подій під час розгортання, 2) кількість розгортань, 3) риси особистості або розлад перед розгортанням, а також 4) стресори після розгортання.

Шведські миротворці, які були направлені в Боснію, конфлікт низької інтенсивності, і які зазнали травматичного досвіду під час розгортання, а також стресових життєвих подій після розгортання, повідомили про найгірше психічне здоров'я порівняно з тими, хто не мав травматичного впливу під час розгортання. Стресові фактори після розгортання найбільше вплинули на погіршення психічного здоров'я через рік. Здавалося б, травматичний оперативний досвід схилив миротворців до погіршення психічного здоров'я через стресові фактори після розгортання [52].

Недавнє дослідження показало, що австралійські миротворці, які служили між 1989 і 2002 роками, мали значно більшу 12-місячну поширеність ПТСР (16,8%), великого депресивного епізоду (7%), генералізованого тривожного розладу (4,7%), зловживання алкоголем (12%), алкогольної залежності (11,3%) та суїцидальних думок (10,7%) порівняно з цивільним населенням [53]. Форбс та ін. al. визначили, що наявність цих психічних розладів найбільш тісно пов'язана з впливом потенційно травматичних подій, і дійшли висновку, що до ветеранів миротворчих сил слід ставитися так само, як і до ветеранів бойових дій, щодо військових ініціатив щодо психічного здоров'я [54].

У дослідженні новозеландських миротворців, розміщених у Боснії, MacDonald et al. [55] виявили, що рівень посттравматичних стресових розладів і депресії підвищився під час розгортання в порівнянні з контрольними групами, які були направлені в інші закордонні місії або залишилися в Новій Зеландії. Вона стверджувала, що ці збільшення були характерними для боснійського розгортання, яке викликало високий стрес, а не для розгортання за кордоном як такого, і що шестимісячний період після розгортання також був дуже стресовим періодом для адаптації до нормального цивільного життя.

1.4. Фактори ризику розвитку ПТСР: Визначення факторів, які підвищують ризик розвитку ПТСР у ветеранів (тривалість участі у бойових діях, характер травматичних подій, індивідуальні особливості особистості тощо).

Вплив травми є одним із найважливіших і найпоширеніших факторів ризику психічного та фізичного погіршення здоров'я. Тривалий або надмірний вплив стресу підвищує ризик різноманітних психічних і фізичних симптомів, що призводить до стану, відомого як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Діагноз може бути складним через складну патофізіологію та співіснування з іншими психічними розладами. Основним фактором розвитку посттравматичного стресового розладу є вплив стресового фактора, який різним чином, разом із перитравматичними станами, впливає на прогресування та тяжкість захворювання. Крім того, вважається, що багато факторів впливають на реакцію на стресор і, отже, змінюють природну історію та перебіг хвороби. Маючи достатні знання про хворобу, можна застосовувати профілактичні та інтервенційні методи, щоб покращити якість життя пацієнтів і обмежити як медичний, так і економічний тягар хвороби.

У DSM-1 посттравматичний стресовий розлад не був класифікований як сьогодні; скоріше, її класифікували як грубу стресову реакцію, одну з транзиторних реакцій особистості (поряд із ситуаційною реакцією дорослого,

адаптаційною реакцією дитинства, адаптаційною реакцією дитинства, адаптаційною реакцією підлітків і адаптаційною реакцією пізнього віку). Згодом у DSM-3 (введеному в 1980 році) посттравматичний стресовий розлад був визнаний (вперше як посттравматичний стресовий розлад) як «воєнний невроз» або «контужний шок», як це зазвичай бачили під час війни. Оскільки вимога до суб'єктивної негативної реакції людини (визначається як психологічний дистрес або фізіологічна реактивність на сигнали, пов'язані з травмою) була усунена як діагностичний критерій, ПТСР більше не розглядається як розлад, заснований на страху та тривозі, у DSM-5 (введено у 2013 році). Його скоріше класифікують як розлад, що виникає у відповідь на травматичні або стресові події, що передують появі його симптомів. Відповідно до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5), посттравматичний стресовий розлад складається з чотирьох компонентів: симптоми вторгнення, уникнення, зміни когнітивних функцій і настрою, а також збудження, яке погіршує функціонування людини [56].

ПТСР у військовослужбовців є загальним предметом психіатричних і психологічних досліджень і, як правило, корелює з тяжкістю отриманої травми [57]. Ногге та ін. досліджували посттравматичний стресовий розлад у американських солдатів, які поверталися з Іраку через кілька місяців після повернення з дислокації. Їхнє дослідження показало, що поширеність посттравматичного стресового розладу збільшувалася протягом місяців, але цікаво, що тяжкість фізичної травми корелювала з більш раннім розвитком захворювання [58]. Крім того, деякі фактори можуть впливати на розвиток і прогресування захворювання. Важливе значення має розгортання з бойовим досвідом, негаразди в дитинстві (негаразди, пов'язані з сімейними стосунками та антисоціальною поведінкою в дитинстві), залишення служби та серйозні нещасні випадки, як продемонструвало дослідження британського військового персоналу [59]. Важливо зазначити, що війна впливає не лише на солдатів, які знаходяться на полі бою; також постраждали цивільні особи. Систематичний огляд результатів психічного здоров'я серед груп населення,

які зазнали масового конфлікту та переміщення, виявив загальну поширеність посттравматичних стресових розладів у 30,6% у всіх включених дослідженнях (15,7% у дослідженнях лише з 1000 учасників). Основними виявленими факторами, що сприяли, були повідомлення про тортури, кумулятивний вплив потенційно травматичних подій, час після конфлікту та оцінений рівень політичного терору [60]. Діти також сильно постраждали не лише від травми війни, але й від впливу, який це має на соціально-екологічні чинники на рівні сім'ї (виховання дітей) і громади [61]. Це також можна побачити на прикладі вторгнення в Україну 2022 року, де численні травматичні впливи мають критичний вплив на психічне здоров'я [62, 63].

Поширеність посттравматичних стресових розладів протягом життя відрізняється між статями з вищими показниками серед жінок (10–12% проти 5–6% серед чоловіків). Пояснення цього є як психосоціальними (наприклад, тип травми, оскільки жінки піддаються сильній травмі, наприклад, сексуальне насильство, як описано раніше), так і біологічними (наприклад, зниження викиду окситоцину, гормону, який, як було показано, зменшує посттравматичний стресовий розлад розвитку, як обговорюватиметься пізніше) [64]. Жінки-ветерани повідомили про найвищий рівень посттравматичних стресових розладів протягом життя та минулого року порівняно з цивільними жінками, чоловіками-ветеранами та цивільними чоловіками [65]. Однак інше дослідження військового персоналу США, розгорнутого для підтримки операцій в Іраку та Афганістані, не показало суттєвих гендерних відмінностей щодо ймовірності розвитку посттравматичних стресових розладів або показників тяжкості посттравматичних стресових розладів [66].

Стійкий посттравматичний стресовий розлад асоціюється з довгостроковими нейробиологічними змінами та супутніми захворюваннями, які можуть мати глибокий вплив на функціонування фізичного та психічного здоров'я. Ці зміни можуть вплинути на психологічне, поведінкове та фізичне здоров'я людини, погіршуючи якість життя та проявляючись у вигляді

збільшення частоти серцево-судинних захворювань, гіпертонії, ожиріння, імуноопосередковані розлади та смертність. Крім того, ПТСР часто виникає разом із депресією, тривогою та зловживанням психоактивними речовинами, усі з яких були пов'язані з суїцидальною поведінкою [67]. Як прямий вплив ПТСР або непрямий результат супутніх наслідків для здоров'я, важливі соціальні взаємодії, що включають інтимні стосунки, такі як шлюб, також часто зазнають негативного впливу, що призводить до зниження підтримки та подальшого погіршення симптомів. Постійний посттравматичний стресовий розлад асоціюється зі збільшенням інвалідності, зниженням продуктивності та зниженням фізичної форми, що обмежує здатність продовжувати служити в армії чи працювати в інших професійних умовах. Чим довше посттравматичний стресовий розлад залишається без лікування, тим більша ймовірність того, що цей стресовий розлад призведе до ускладнень для здоров'я [68]. Тому розуміння механізмів, пов'язаних із стійкістю симптомів ПТСР, має вирішальне значення для життя та благополуччя військовослужбовців, ветеранів та їхніх родин.

Обмежені дослідження вивчили фактори, пов'язані зі стійким ПТСР серед американських ветеранів конфлікту у В'єтнамі і Другої світової війни [69], а також британських ветеранів недавнього конфлікту в Іраку. У цих дослідженнях тяжкість бойових дій була пов'язана з більшою частотою посттравматичних стресових розладів і стійкістю симптомів. Інші помітні фактори, пов'язані зі стійким ПТСР, включали відсутність соціальної підтримки, наявну депресію та повідомлення про численні фізичні симптоми. Інші дослідження виявили, що симптоми ПТСР можуть продовжувати посилюватися з часом [69,70,71]

Наскільки нам відомо, це перше дослідження, яке проспективно оцінює стійкі симптоми ПТСР серед військовослужбовців США, які служать з початку операцій в Іраку та Афганістані. Основна мета цього дослідження полягала в тому, щоб оцінити частоту стійких посттравматичних стресових розладів і визначити фактори, пов'язані зі стійкими симптомами серед

учасників Millennium Cohort Study, великого когортного дослідження військовослужбовців і ветеранів з усіх відділів служби та компонентів [72,73].

1.5. Існуючі психотерапевтичні підходи до лікування ПТСР: Огляд основних психотерапевтичних методів, які застосовуються для лікування ПТСР (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, терапія прийняття та зобов'язання тощо).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – складне психологічне явище, яке потребує комплексного підходу до лікування. На щастя, сучасна психотерапія пропонує ряд ефективних методів, які допомагають людям, що пережили травму, відновити своє життя.

Основні психотерапевтичні методи лікування ПТСР:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

КПТ є одним з найбільш досліджених і ефективних методів лікування ПТСР. Вона фокусується на зміні негативних думок і поведінки, пов'язаних з травматичною подією.

- Експозиційна терапія: Поступове зіткнення з травматичними спогадами в безпечних умовах з метою зменшення їхньої емоційної сили.
- Когнітивна реструктуризація: Ідентифікація та зміна негативних і спотворюючих думок, пов'язаних з травмою.
- Навчання навичкам копінгу: Розвиток навичок управління стресом і емоціями.

2. EMDR (Десенсибілізація та переробка інформації за допомогою рухів очей)

EMDR – це інноваційний метод, який допомагає мозку обробити травматичні спогади. Під час сеансів терапевт використовує білатеральну стимуляцію (наприклад, рухи очей, звуки або дотики), що допомагає мозку природним чином обробити травматичну інформацію.

3. Терапія прийняття та зобов'язання (ACT)

АСТ – це сучасний підхід, який допомагає прийняти свої думки і почуття, пов'язані з травмою, замість того, щоб боротися з ними. Метою АСТ є збільшення психологічної гнучкості і покращення якості життя.

4. Інтерперсональна терапія

Цей метод фокусується на покращенні міжособистісних відносин, оскільки проблеми у взаємодії з іншими людьми можуть погіршувати симптоми ПТСР.

5. Групова психотерапія

Групові заняття дозволяють людям з подібним досвідом поділитися своїми відчуттями, отримати підтримку від інших учасників і навчитися новим способам копіngu.

6. Додаткові методи

- Міндливість: Практики мінливості допомагають зосередитися на теперішньому моменті і зменшити симптоми тривоги і депресії.

- Йога і фізичні вправи: Регулярні фізичні навантаження можуть сприяти зменшенню симптомів ПТСР.

- Фармакотерапія: Іноді для лікування ПТСР можуть призначатися ліки, такі як антидепресанти або анксиолітики.

Вибір методу лікування

Вибір конкретного методу лікування залежить від багатьох факторів, таких як:

- Тип і тяжкість травми
- Індивідуальні особливості людини
- Наявність супутніх розладів
- Переваги пацієнта

Найкращий результат досягається при індивідуальному підході, коли терапевт підбирає оптимальний план лікування для кожного пацієнта.

Важливо пам'ятати:

- Лікування ПТСР вимагає часу і терпіння. Не варто очікувати миттєвих результатів.

- Психотерапія – це активна співпраця між пацієнтом і терапевтом. Важливо довіряти своєму терапевту і виконувати його рекомендації.
- Підтримка близьких людей дуже важлива для успішного лікування.

Якщо ви або хтось із ваших знайомих страждає від ПТСР, не соромтеся звернутися за допомогою до кваліфікованого спеціаліста. Чим раніше розпочнеться лікування, тим більші шанси на повне одужання.

Індивідуальна психотерапія, орієнтована на травму, рекомендована порівняно з іншими методами лікування ПТСР

VA/DoD CPG (2023) рекомендує лікувати посттравматичний стресовий розлад за допомогою індивідуальної психотерапії, орієнтованої на травму (зокрема, PE, CPT, EMDR) замість медикаментів на основі поточного стану досліджень лікування посттравматичного стресового розладу. [74] Хоча було проведено кілька прямих порівнянь психотерапії, орієнтованої на травму, і препаратів першої лінії для лікування посттравматичного стресового розладу, нещодавній мета-аналіз Мерца та його колег (2019) досліджував порівняльні дослідження ефективності та дійшов висновку, що більша користь від психологічних процедур. [75] Два попередніх метааналізи, які порівнювали лікувальні ефекти психотерапії та фармакотерапії, [76,77] також показали, що психотерапія, орієнтована на травму, призводить до більшого покращення симптомів ПТСР, ніж ліки, і що ці покращення тривають довше. Обмеження досліджень підмножиною, яка включала активні контролю, не змінило результатів. Крім того, ризик негативних побічних ефектів або негативних реакцій зазвичай більший при лікуванні, ніж при психотерапії. Помітним винятком було нещодавнє рандомізоване контрольоване дослідження (РКД), у якому порівнювали ПЕ з сертраліном і комбінацією (ПЕ + сертралін) і не виявили відмінностей. Однак у цьому дослідженні медикаментозне лікування було ширшим, ніж типове медикаментозне лікування. [77]

Індивідуальна психотерапія, орієнтована на травму, може бути доступною не в усіх умовах, і не всі пацієнти вирішують брати участь у цьому

лікуванні. У таких випадках СРГ рекомендує певну індивідуальну, мануалізовану психотерапію (зокрема, когнітивну терапію, письмову експозиційну терапію [WET] і терапію, орієнтовану на сьогодні [PCT]; див. нижче) або використання медикаментів (зокрема, сертраліну, пароксетину або венлафаксину).

Інші методи лікування можуть бути ефективними; однак наразі недостатньо доказів, щоб зробити висновки. До них належать терапія прискореного розв'язання (ART), адаптивне розкриття (AD), терапія прийняття та зобов'язань (ACT), коротка еклектична психотерапія (BEP), діалектична поведінкова терапія (DBT), методи емоційної свободи (EFT), вплив на вбивство (IoK), Міжособистісна психотерапія (IPT), Наративна експозиційна терапія (NET), Тривале перебування в закладах первинної медичної допомоги (PE-PC), психодинамічна терапія, психонавчання, повторна консолідація травматичних спогадів (RTM), пошук безпеки (SS), навчання стресу (SIT), навчання навичкам афективної та міжособистісної регуляції (STAIR), навчання навичкам в афективній та міжособистісній регуляції в первинній медичній допомозі (STAIR-PC), підтримуюче консультування, Терапія поля думки (TFT), зменшення почуття провини на основі інформації про травму (TRiGR) або терапія управління травмою.

Висновок до першого розділу

Отже, у першому розділі було проведено аналіз теоретичних основ дослідження посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій, що дозволив зробити такі висновки. ПТСР як багатогранне явище: ПТСР є складним психологічним розладом, який виникає внаслідок переживання екстремальних ситуацій та має багатогранний прояв. Його симптоми охоплюють різні сфери психічної діяльності людини і можуть суттєво впливати на якість життя.

Виникнення ПТСР обумовлене комплексом факторів, включаючи індивідуальні особливості особистості, характер травматичної події, тривалість експозиції до стресу, соціальну підтримку та інші.

Дослідження виявили різноманітність клінічних проявів ПТСР у ветеранів, які можуть включати інвазивні спогади, нічні жахи, уникання ситуацій, пов'язаних з травмою, підвищену тривожність, депресію та фізіологічні реакції.

ПТСР може суттєво впливати на різні сфери життя ветеранів, включаючи сімейні стосунки, соціальну адаптацію, професійну діяльність та загальне самопочуття. Сучасні підходи до діагностики та лікування ПТСР: Сучасна психологія пропонує різноманітні методи діагностики та лікування ПТСР, серед яких провідне місце займають когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, терапія прийняття та зобов'язання.

Незважаючи на значні досягнення в дослідженні ПТСР, залишається багато невирішених питань, що потребують подальшого вивчення. Зокрема, важливо досліджувати довгострокові наслідки ПТСР, розробляти нові методи лікування та профілактики, а також враховувати культурні особливості різних країн при розробці програм допомоги ветеранам.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПТРС У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація дослідження: Опис вибірки (кількість, критерії відбору), інструментарію (анкети, тести, методики), процедури проведення дослідження.

У 2011 році Департамент у справах ветеранів (VA) повідомив, що випадки посттравматичних стресових розладів у ветеранів, які служили в Іраку та Афганістані, зросли в геометричній прогресії між 2004 і 2008 роками, з 4400 зареєстрованих випадків у 2004 році різко зросли до 69 000 зареєстрованих випадків у 2008 році. [78] Згідно з дослідженням, на той час «20% ветеранів, які служать у нинішніх війнах в Іраку та Афганістані, до 10% ветеранів війни в Перській затоці та до 30% ветеранів війни у В'єтнамі пережили посттравматичний стресовий розлад», а загальне лікування ВА збільшилося на 60% з 274 000 ветеранів, які пройшли лікування в 2004 році, до 442 000 ветеранів, які пройшли лікування в 2008 році. [78] Більш сучасні дослідження показують, що посттравматичний стресовий розлад серед військовослужбовців, розгорнутих в Іраку та Афганістані, становить від 8% до 20%, відповідно, що становить від 192 000 до 480 000 військовослужбовців. [79] Інші дослідження показують, що, незважаючи на те, що більшість ветеранів війни були здоровими та дуже витривалими, здатними справлятися з небезпечними для життя стресовими факторами, відсоток солдатів, які повідомляли про посттравматичний стресовий розлад у перші роки розгортання, коливався від 3% до 17%. [80]

Критерії відбору:

- Включення: Включити до дослідження ветеранів бойових дій, які відповідають таким критеріям:

- Діагноз ПТСР, підтверджений кваліфікованим спеціалістом.
- Вік (25-55 років).
- Стать (чоловіки).
- Тривалість участі у бойових діях.
- Час, що минув від завершення участі у бойових діях.
- Виключення: Виключити з дослідження осіб з іншими психічними розладами, які можуть значно вплинути на результати (наприклад, шизофренія, біполярний розлад), а також осіб, які не здатні адекватно відповідати на питання анкети.

Вибірка була репрезентативною для загальної популяції ветеранів бойових дій, які мають ПТСР. Це передбачає врахування таких факторів, як регіон проживання, вид військ, рівень освіти тощо.

Основні характеристики дослідження, які можна виділити:

- Час проведення: 4 квартал 2024 року. Це важливо для контекстуалізації результатів, оскільки ситуація та умови, в яких перебували військовослужбовці, могли вплинути на їхній стан.

- Вибірка: 30 військовослужбовців чоловічої статі. Обмежений розмір вибірки (30 осіб) є важливим фактором, який необхідно враховувати при інтерпретації результатів. Невелика вибірка може обмежувати статистичну потужність дослідження та можливість узагальнення результатів на ширшу популяцію.

- Розподіл на групи:

- Група 1 (ПТСР): 17 осіб з ознаками ПТСР та досвідом бойової психотравматизації. Це основна група дослідження, на якій фокусується увага.

- Група 2 (Контрольна): 13 осіб без проявів ПТСР, які перебували в пункті постійної дислокації. Ця група служить контролем для порівняння та виявлення відмінностей між військовослужбовцями з ПТСР та без нього.

- Критерії відбору: Усі досліджувані – чоловіки. Це дозволяє уникнути впливу гендерних відмінностей на результати дослідження.

- Зрівняння груп: Зазначено, що суттєвих відмінностей між групами за віком, стажем служби та освітою не виявлено. Це важливий момент, оскільки він мінімізує вплив цих факторів на результати дослідження та дозволяє більш впевнено стверджувати, що виявлені відмінності пов'язані саме з наявністю/відсутністю ПТСР.

Інструментарій

- Стандартизовані психодіагностичні інструменти:
- Шкали для оцінки симптомів ПТСР: PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist), CAPS (Clinician-Administered PTSD Scale) перекладені та адаптовані для українського населення.
- Шкали для оцінки супутніх розладів: Шкали для оцінки депресії (Беків інвентар депресії), тривоги (Шкала тривоги стану та рис особистості), посттравматичного зростання (ПТЗР-30).
- Опитувальники якості життя: Для оцінки загального рівня задоволення життям та функціонування в різних сферах (робота, сім'я, соціальні відносини).
- Методики проєктивного типу:
- Тематичний апперцептивний тест (ТАТ), Роршаховий тест для виявлення несвідомих конфліктів і захисних механізмів.
- Інтерв'ю: Структуровані або напівструктуровані інтерв'ю для збору якісної інформації про суб'єктивний досвід ветеранів.
- Соціодемографічна анкета: Для збору інформації про вік, стать, освіту, сімейний стан, тривалість участі у бойових діях, характер травматичних подій тощо.

Опитувальник життєвих подій (Life Events Checklist for DSM-5, LEC-5) є важливим інструментом для ідентифікації потенційно травматичних подій, які могли вплинути на психологічний стан військовослужбовців.

Ось ключові моменти щодо LEC-5, які варто врахувати:

- Мета: LEC-5 призначений для виявлення потенційно травматичних подій, які пережила людина. Він не ставить діагноз ПТСР, але

допомагає визначити, чи відповідає досвід людини критерію А для діагностики ПТСР згідно з DSM-5 (наявність травматичної події).

- **Форми анкети:** Існування трьох форм анкети дозволяє використовувати LEC-5 у різних ситуаціях та для різних цілей:

- **Стандартний самозвіт:** Використовується для загального огляду потенційно травматичних подій, які пережила людина протягом життя. Респондент відмічає події, які з ним відбувалися.

- **Розширений самозвіт:** Застосовується у випадках, коли респондент пережив декілька потенційно травматичних подій. Ця форма дозволяє визначити найбільш стресову або значущу подію для подальшого дослідження.

- **Інтерв'ю:** Використовується для більш детальної оцінки відповідності досвіду людини критерію А DSM-5. Інтерв'юер ставить уточнюючі питання, щоб з'ясувати деталі події та її вплив на респондента. Це особливо важливо для клінічної оцінки та постановки діагнозу.

Значення використання LEC-5 у дослідженні:

- **Ідентифікація травматичних подій:** LEC-5 дозволяє систематично та стандартизовано зібрати інформацію про потенційно травматичні події, які пережили військовослужбовці. Це важливо для розуміння контексту їхнього психологічного стану.

- **Відповідність критерію А:** Використання LEC-5 (особливо у формі інтерв'ю) допомагає встановити, чи відповідає досвід військовослужбовців критерію А для діагностики ПТСР. Це є необхідною умовою для подальшої діагностики ПТСР за DSM-5.

- **Порівняння груп:** Оскільки в дослідженні є дві групи (з ПТСР та без), використання LEC-5 дозволяє порівняти частоту та характер травматичних подій у цих групах. Це може допомогти зрозуміти, які саме події є найбільш значущими факторами ризику розвитку ПТСР у військовослужбовців.

Важливі уточнення:

- LEC-5 сам по собі не діагностує ПТСР. Він лише допомагає ідентифікувати потенційно травматичні події. Для постановки діагнозу ПТСР необхідно використовувати інші методи, такі як PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) або CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5), які оцінюють симптоми ПТСР.

- Важливо враховувати, яка саме форма LEC-5 була використана в дослідженні (стандартний самозвіт, розширений самозвіт чи інтерв'ю), оскільки це впливає на інтерпретацію результатів.

Загалом, використання LEC-5 у дослідженні є важливим кроком для розуміння впливу травматичних подій на психологічний стан військовослужбовців. Ця інформація дозволяє більш точно оцінити контекст дослідження та інтерпретувати отримані результати. [6, с.12]. [81, с.16].

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi PTSD Scale). Це опитувальник-самозвіт, призначений для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Він існує у двох варіантах:

Військовий варіант: Розроблений у 1987 році Т. Кіном (Т. Keane) та співавторами спеціально для діагностики ПТСР у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Цивільний варіант: Створений та опублікований у 1995 році для діагностики ПТСР у цивільних осіб, які пережили травматичні події, не пов'язані з військовою службою. [82, с.85].

Методологічну основу дослідження склав «Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ)» [83]

Процедура проведення дослідження

1. **Отримання етичного дозволу:** Забезпечення дотримання етичних норм дослідження з людьми.

2. **Рекрутування учасників:** Розміщення оголошень про проведення дослідження в місцях, де можуть бути ветерани (ветерани організації, медичні установи, соціальні служби).

3. **Інформована згода:** Кожен учасник повинен підписати інформовану згоду, в якій пояснюються цілі дослідження, процедури, можливі ризики та права учасників.

4. **Проведення дослідження:**

- Збір соціодемографічних даних.
- Застосування психодіагностичних інструментів.
- Проведення інтерв'ю.

5. **Обробка даних:**

- Введення даних в статистичний пакет.
- Проведення статистичного аналізу (описова статистика, кореляційний аналіз, порівняння груп).

6. **Інтерпретація результатів:**

- Аналіз отриманих даних з урахуванням теоретичних положень.
- Формулювання висновків та рекомендацій.

2.2. Результати дослідження

Актуальність бойової травми для ветеранів і лікування посттравматичного стресового розладу в системі охорони здоров'я у справах ветеранів (VA) підкреслює цінність порівняння мереж посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з бойовою травмою, з небойовою травмою. Таке порівняння могло б поглибити розуміння гетерогенності ПТСР шляхом виявлення подібностей і відмінностей у тому, як симптоми пов'язані, як зв'язки пояснюють відмінності у вираженні симптомів, а також виявлення симптомів, які є виключно центральними для ПТСР, пов'язаного з бойовими діями. Порівняння мереж за індексом травми також може надати корисну інформацію для лікування посттравматичного стресового розладу, враховуючи центральну роль індексу події в терапії, орієнтованій на травму. Зокрема, порівняння бойової та небойової індексної травми може виявити унікальні аспекти симптоматики ПТСР, пов'язаної з бойовими діями, що має

відношення до лікувальних бар'єрів і зниження ефективності терапії, орієнтованої на травму, серед ветеранів (Dewar та ін., 2020; Kitchiner та ін., 2019).

Професійний контекст і унікальний бойовий досвід вказують на те, як мережа симптомів і прояв посттравматичного стресового розладу можуть відрізнятися між бойовою та небойовою травмою (Adler and Castro, 2013). Наприклад, надмірна настороженість, гнів, емоційне заціпеніння та ризикована поведінка можуть бути більш поширеними для пов'язаного з бойовими діями посттравматичного стресового розладу через те, що вони адаптивні або сприймаються як корисні для підтримки продуктивності в бойових умовах (Adler et al., 2017; Griffith and West, 2010). . Бойова травма також може призвести до самозвинувачення, негативних емоцій і соціальної відстороненості, особливо якщо досвід, отриманий під час бою, суперечить військовій культурі та підготовці (Litz та ін., 2009; Nanney та ін., 2018). Ці симптоми, як правило, підвищені та тісно взаємопов'язані серед ветеранів із ПТСР та бойовою травмою (Elbogen та ін., 2012, 2010; Грем та ін., 2016), що підтверджує їхнє центральне місце в мережах ПТСР, пов'язаних із бойовими діями.

Фізіологічна збудливість спостерігається у 13 осіб, що відповідає 43,4% від загальної кількості. Серед основних фізіологічних ознак збудження виділяються:

Порушення сну: Проявляється у вигляді безсоння, повторюваних нічних кошмарів та неспокійного сну.

Підвищена дратівливість: Бійці стають емоційно нестабільними, реагують на слова та дії оточуючих неадекватно, часто з роздратуванням.

Неконтрольовані спалахи гніву: Характеризуються раптовими епізодами сильного гніву, які важко стримати.

Агресивна поведінка: Бійці схильні до застосування фізичної сили для досягнення своїх цілей, навіть незначних. Агресія може бути спрямована як на сторонніх, так і на близьких людей.

Надмірна пильність: Постійне відчуття загрози змушує бійців безперервно стежити за оточенням, перебуваючи у стані постійної напруги та нездатності розслабитися.

Підвищена полохливість: Реакція на несподівані подразники надмірно сильна, наприклад, різкі рухи, стрибки або прийняття бойової пози при звичайних звуках чи наближенні людей.

Раптові здригання: Несподівані мимовільні скорочення м'язів.

Гіпертрофована підозрілість: Недовіра до оточуючих, за винятком бойових товаришів. Ця недовіра може поширюватися і на членів сім'ї.

Параноя: Постійне відчуття переслідування та намірів нашкодити.

Останнє видання DSM (DSM-5; APA, 2013) характеризує посттравматичний стресовий розлад як такий, що містить 20 окремих симптомів, згрупованих у чотири кластери симптомів; Втручання (IN; B1-B5; див. рис. 1), уникнення (AV; C1-C2), негативні зміни в пізнанні та настрої (NACM; D1-D7) і зміни збудження та реактивності (AAR; E1-E6) . Слід зазначити, що структура посттравматичних стресових розладів у DSM-5 була заперечена за допомогою запропонованих альтернативних структурних моделей. Підсумовуючи, низка факторних аналітичних досліджень продемонструвала, що моделі, що включають шість (Liu та ін., 2014 [модель Ангедонії]; Tsai та ін., 2014 [модель зовнішньої поведінки]) та сім груп симптомів (Armour та ін., 2015). [Гібридна модель]) може забезпечити кращу відповідність, ніж чотири кластери, описані в DSM-5 (переглянуто в Armour, Mullerova, & Elhai, 2016).

За методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)», застосованою для уточнення специфіки прояву ПТСР залежно від базових груп симптомів, було встановлено наступне: посттравматичний стресовий розлад не було діагностовано в жодного з досліджуваних; розлади, характерні для ПТСР, спостерігалися у 12 (40%) військовослужбовців; 18 (18%) осіб продемонстрували добру адаптацію. Це свідчить про те, що більшість респондентів має задовільний рівень соціальної

адаптації, незважаючи на тривале перебування в зоні бойових дій. Також було визначено домінуючі критерії прояву ПТСР у військовослужбовців. Результати наведено у таблиці 1.

Таблиця 2.1.

Кількісні показники критеріїв прояву ПТСР (за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій»)

Критерії	Кількість військовослужбовців	%
Уникнення	9	30
Вторгнення	7	23,3
Збудливість	13	43,4
Провина	1	3,3

Менш вираженим критерієм прояву ПТСР є уникнення, яке спостерігається у 9 осіб (30%). Характеризується стійким униканням стимулів, пов'язаних із травмою, що супроводжується емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Бійці намагаються: уникати думок і почуттів, пов'язаних із травмою; уникати будь-яких дій або ситуацій, здатних викликати спогади про травму; виявляють неспроможність згадати важливий аспект травми (психічна амнезія); в них наявне почуття відчуження щодо оточуючих, зниження здатності до співпереживання і душевної близькості з іншими людьми.

На першому етапі дослідження ми з'ясували особливості вираженості симптомів ПТСР за опитувальником PCL-M (за DSM-IV, військова версія). Діагностується загальний показник вираженості ПТСР та бали за трьома критеріями: В (вторгнення), С (уникнення) і D (збудження).

Усі учасники дослідження –військовослужбовці Київської військової частини.

Результати за сумарним показником методики PCL-M представлено у таблиці 2.2.

Кількість балів	Відсоток досліджуваних
До 30	18,78%
30-35	30,9%
36-44	49,72%
45-50	0,6%

Отже, 49,72% досліджуваних військовослужбовців віком від 21 до 53 років отримали бали у діапазоні 36-44. Відповідно до орієнтовних граничних значень симптомів ПТСР, це означає, що такі досліджувані повинні отримувати допомогу (у тому числі психологічну) на базі центрів первинної медичної допомоги ветеранам (у вітчизняних реаліях це Госпіталі для ветеранів війни), 49,68% досліджуваних можуть отримувати допомогу з питань подолання наслідків психотравматичних ситуацій на базі центрів первинної медичної допомоги для цивільних (у наших реаліях ймовірно це амбулаторії сімейної медицини); лише 0,6% досліджуваних потребують спеціалізованої допомоги на базі психіатричних відділень або амбулаторної консультації лікаря-психіатра.

Враховуючи спостережувані відмінності в тяжкості симптомів ПТС, поширеності та профілях симптомів у різних типах травм, цілком зрозуміло, що різні типи травм можуть призвести до різних мереж ПТС. Зокрема, центральні симптоми можуть відрізнятися залежно від типу травми.

Відмінності в структурі мереж PTS на основі індексної травми можуть мати важливі клінічні наслідки. Зокрема, ідентифікація найбільш центральних симптомів у мережі може прояснити можливі основні попередні або наслідки в мережі симптомів. Коли центральний симптом є основним антецедентом, втручання в цей симптом може спричинити каскадний ефект, у якому позитивно впливають периферійні симптоми в мережі. Дуже центральні симптоми, які не обов'язково є попередніми в мережі, можуть підтримувати існуючі петлі зворотного зв'язку. Націлювання на ці симптоми може порушити ці цикли зворотного зв'язку, послаблюючи зв'язки між центральними симптомами та симптомами, з якими вони пов'язані (Fried et al., 2018). Покращене розуміння того, як тип травми може вплинути на онтологію посттравматичного стресового синдрому, може покращити лікування посттравматичного стресового розладу.

Варте уваги і дослідження вікових особливостей показників стресу у військовослужбовців(табл. 2.3)

Таблиця 2.3.

Вікові особливості прояву ПТСР у військовослужбовців

Кількість балів	Вік до 30 років	35-45 років	Старші за 45 років
До 30	24,8%	34,54%	1,81%
30-35	68,9%	18,19%	36,18%
36-44	6,3%	45,46%	60,01%
45-50	0	1,81%	0

Учасники дослідження віком до 30 років показали середній результат від 30 до 35 балів, що вказує на незначну вираженість симптомів ПТСР. Цим особам достатньо медико-психологічної підтримки в амбулаторних умовах, наприклад, у закладах сімейної медицини. Жоден з учасників цієї вікової групи не потребує спеціалізованої психіатричної допомоги.

Серед військовослужбовців віком від 31 до 45 років ситуація дещо інша: значна частина (45,46%) потребує більш інтенсивної медико-психологічної допомоги в умовах госпіталю для ветеранів війни. Більшість цієї групи (52,73%) може отримувати консультації щодо симптомів ПТСР в амбулаторних закладах сімейної медицини. Лише незначна кількість (1,81%) потребує спеціалізованої психіатричної допомоги.

Слід підкреслити, що всі досліджувані з результатами понад 45 балів, окрім безпосередньо бойового досвіду, стикалися з труднощами в цивільному житті, що значно посилює симптоми ПТСР. Зокрема, йдеться про такі події, як смерть близьких або розлучення незадовго до проведення діагностики (за 1-2 тижні). Серед військовослужбовців віком понад 45 років у 60,01% випадків сумарний бал опинився в діапазоні 36-44, що вказує на потребу в медико-психологічній підтримці в умовах госпіталю. Решта (майже 40,0%) можуть отримувати необхідну допомогу амбулаторно, у закладах сімейної медицини.

З огляду на те, що симптоми ПТСР розвиваються в результаті впливу травми, одним із потенційних джерел неоднорідності в мережах ПТСР є тип індексної травми. Справді, було виявлено, що тип травми може передбачати відмінності в поширеності посттравматичного стресового розладу (Kilpatrick та ін., 2013), профілях симптомів (Graham та ін., 2016) і факторній структурі (Shevlin та Elklit, 2012).

Важливість індексної травми також підтверджується висновками про те, що тип індексної травми пов'язаний з відмінностями в проявах посттравматичного стресового розладу та супутньої психопатології, навіть якщо контролювати кількість травм і час після індексної події (Kelley et al., 2009; Smith et al. , 2016).

	Середнє (ПТСР)	Середнє (Контрольна)	t-критерій	p-значення

Уникнення	15.32	10.48	5.45	достовірна
Інтрюзії	17.33	11.4	6.73	достовірна
Гіперактивація	19.51	11.4	11.3	достовірна
Почуття провини	13.07	8.91	4.89	достовірна
PCL_ Сума	57.69	43.98	6.53	достовірна

Порівняння показників між групами ПТСР і Контроль. Інтрюзії, гіперактивація, уникнення, провини — значно вищі в групі ПТСР. PCL-M загальний бал також істотно вищий у ПТСР-групі (57.7 vs 44.0). t-критерій > 4.8 для всіх шкал: це потужний ефект.

Основні психічні розлади, які спостерігаються у військовослужбовців в ході бойових дій:

Розлади	Кількість захворювань, %
Відчуття неспокою	56
Пригнічена свідомість	38
Безсоння	34
Страх (виправдний і безпричинний)	34
Соціальна відчуженість та почуття самотності	24
Конверсійні реакції	21
Істерія	21
Зниження апетиту	19
Головні болі	17
Виснаження, втома	17
Розлади рухового апарату	17

Розлади сну, пам'яті	17
Тремтіння кінцівок	13
Розлади думок, нездатність зосередитися	13
Порушення мовлення	12
Розлади психічних процесів	11
Роздратованість	11
Підвищено-агресивна поведінка	11
Порушення пам'яті	11
Підвищене сприйняття шуму (переляк)	10

Кореляція віку з симптомами ПТСР у двох групах

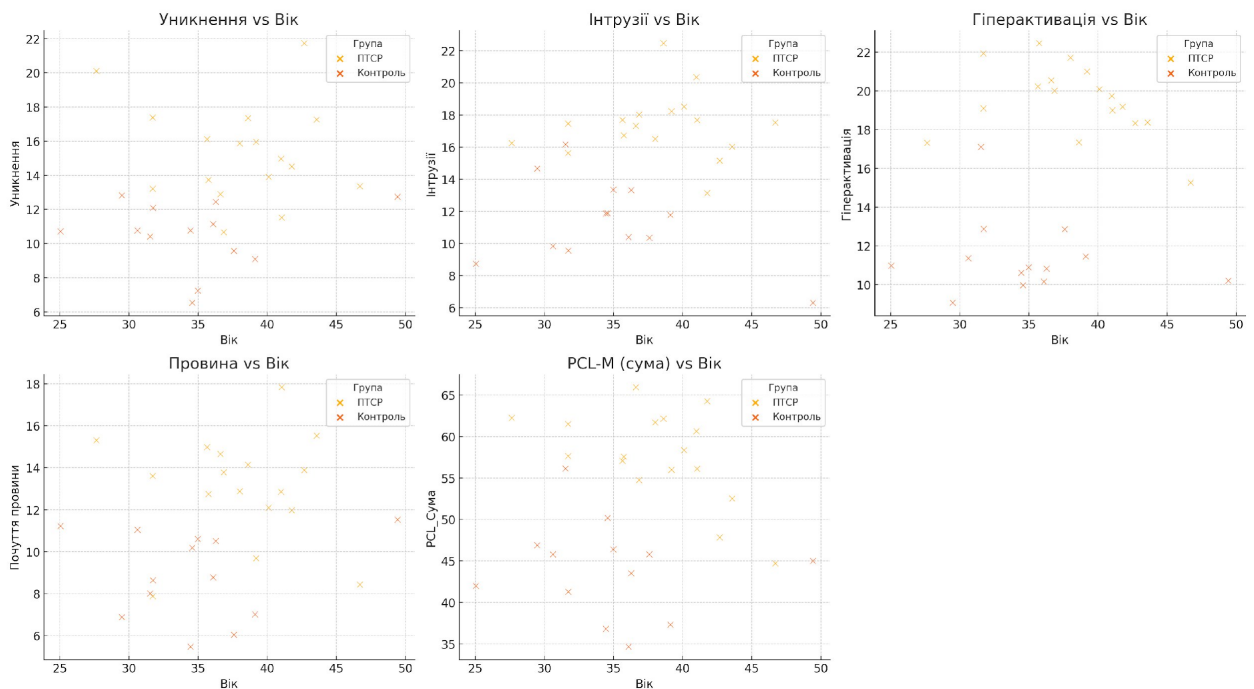
	Кореляція з віком (ПТСР)	Кореляція з віком (Контроль)
Уникнення	-0.14	0.06
Інтрузії	0.04	-0.38
Гіперактивність	-0.35	-0.15
Почуття провини	-0.1	0.06
PCL_Сума	-0.55	-0.14

У групі ПТСР спостерігається помірна негативна кореляція між віком і загальним балом PCL ($r = -0.55$) — старші ветерани демонструють менший рівень симптомів.

Також з віком зменшується гіперактивація ($r = -0.35$).

У контрольній групі жодна з кореляцій не досягає практичного значення (усі близькі до нуля).

Це дозволяє зробити гіпотезу: молодші ветерани мають вищу емоційну збудливість і гостріші симптоми ПТСР, можливо, через менший досвід адаптації.



У групі ПТСР помітно, що молодші ветерани мають вираженіші симптоми, особливо за шкалою PCL-M і гіперактивації.

У контрольній групі явних залежностей не спостерігається — симптоми не залежать від віку.

Ключові результати багатofакторної регресійної моделі, яка прогнозує загальний бал PCL-M (симптоми ПТСР) у ветеранів на основі віку та чотирьох шкал.

Змінна	Коефіцієнт	p-значення
Інтрюзії	1.24	0.006
Уникнення	0.31	0.32
Гіперактивація	0.47	0.24
Почуття провини	0.12	0.66
Вік	-0.46	0.034
Константа	36.9	0.017

Інтрюзії (нав'язливі спогади) — найбільш сильний і значущий предиктор (чим більше, тим вищий бал ПТСР).

Вік — має негативний ефект, тобто з віком симптоматика ПТСР дещо знижується.

Інші шкали не дали статистично значущого внеску в модель (можливо, через мультиколінеарність або малу вибірку).

Отже, проведене діагностичне дослідження дає підстави стверджувати про ймовірну наявність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у 23% опитаних, яким необхідно пройти додаткове обстеження у психіатра для підтвердження діагнозу. Серед найбільш поширених симптомів ПТСР у ветеранів бойових дій виявлено проблеми зі сном (порушення якості та тривалості), підвищену тривожність, роздратованість та тенденцію уникати спогадів про пережиті травматичні ситуації. Окремої уваги потребують респонденти, які відчувають інтрюзії (нав'язливі спогади) та флешбеки (раптові повторні переживання травматичної події). Результати дослідження показали, що всі учасники мають середній рівень посттравматичного зростання. Цей показник є найвищим серед наймолодших військовослужбовців та дещо нижчим у найстарших, проте в усіх випадках рівень зростання можна охарактеризувати як помірно виражений.

Фобії можна класифікувати за трьома основними клінічними проявами страху:

Активна (моторна) форма: Ця форма характеризується нестримними рухами та діями, спрямованими на уникнення уявної загрози, наприклад, безконтрольна втеча.

Застигла (ригідна) форма: Цей тип фобічної реакції проявляється у вигляді пасивності, скутості, обмеженої міміки, емоційної відстороненості та загальної загальмованості.

Латентна (прихована) форма: Ця форма фобії маскується під виглядом метушливої бездіяльності або безцільної активності, що може негативно вплинути на виконання поставлених завдань, особливо в бойових умовах. В організаційному контексті, наприклад, у штабі, такий стан може призвести до паралічу ефективної роботи, хаотичного прийняття рішень та видачі суперечливих вказівок.

Висновок до другого розділу

У даному розділі було представлено результати емпіричного дослідження особливостей прояву ПТСР у ветеранів бойових дій. Метою дослідження було виявлення найбільш поширених симптомів ПТСР та аналіз їх взаємозв'язку з різними факторами, такими як вік, тривалість участі в бойових діях та досвід пережитих травматичних подій.

Отримані результати свідчать про те, що значна частина досліджуваних ветеранів відчуває симптоми, характерні для ПТСР. Найбільш вираженими виявилися такі симптоми, як порушення сну, підвищена дратівливість, надмірна пильність та уникнення спогадів про травматичні події.

На сьогодні, багато воїнів, які повертаються з фронту, несуть великий психологічний тягар через переживання, які вони пережили, а також зміни у своєму стилі поведінки, які відбулися через їхні власні реакції на небезпечні

ситуації, які вони зазнали під час служби. Успішна психологічна реабілітація та соціальна реінтеграція базується на трьох ключових елементах: комунікації, прийнятті ветерана в такому вигляді, як він є, і підтримці фахівців.

Наступним етапом дослідження є розробка на основі діагностичних даних комплексної системи психологічної реабілітації в умовах медико-соціальних центрів.

РОЗДІЛ 3. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ З ВЕТЕРАНАМИ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Специфіка психотерапевтичних відносин: Аналіз особливостей терапевтичних відносин з ветеранами, враховуючи їхній досвід та специфіку травми.

Психотерапевтичні відносини з ветеранами – це складний і багатогранний процес, який вимагає від терапевта глибокого розуміння специфіки травматичного досвіду та особливостей особистості військових. Військова служба, особливо в умовах бойових дій, залишає глибокий слід у психіці людини, формуючи унікальний набір травматичних переживань. Тому побудова терапевтичних відносин з ветеранами вимагає індивідуального підходу та врахування низки специфічних факторів.

Особливості психотерапевтичних відносин з ветеранами

1. Травматичний досвід:

- **Комплексність травми:** Травма ветерана часто має комплексний характер, включаючи фізичні ушкодження, психологічні травми, втрати близьких, соціальну ізоляцію.

- **Повторна травматизація:** Ветерани можуть переживати повторну травматизацію внаслідок згадок про бойові дії, стикання з подібними ситуаціями в цивільному житті.

- Сором та вина: Багато ветеранів відчують сором або вину за свої дії під час війни, що ускладнює процес терапії.

2. Особливості особистості:

- Підвищена пильність: Ветерани часто перебувають у стані підвищеної пильності, що може проявлятися у труднощах з довірою до інших людей.

- Автономність: Багато ветеранів звикли вирішувати проблеми самостійно, що може ускладнювати прийняття допомоги.

- Стійкість: Ветерани часто демонструють високу стійкість і здатність адаптуватися до складних умов.

3. Соціальна ізоляція:

- Труднощі у встановленні міжособистісних контактів.

- Відчуження від цивільного суспільства.

- Відсутність розуміння з боку оточуючих.

4. Культурні особливості:

- Військова культура з її специфічними цінностями та нормами може впливати на взаємодію з терапевтом.

- Відмінності у культурному бекграунді можуть створювати додаткові бар'єри у спілкуванні.

Завдання терапевта при роботі з ветеранами

- Створення безпечного терапевтичного середовища: Ветерани мають відчувати себе в безпеці, щоб відкритися і говорити про свої травматичні переживання.

- Будування довірчих відносин: Терпіння, емпатія та безумовне прийняття – ключові фактори у встановленні довірчих відносин з ветеранами.

- Розуміння специфіки травматичного досвіду: Глибоке знання психологічних механізмів травми та її наслідків дозволяє терапевту ефективніше працювати з ветеранами.

- Надання психоосвіти: Пояснення ветеранам, що відбувається з ними на психологічному рівні, допомагає їм краще зрозуміти свої переживання.

- Розвиток навичок копінг-стратегій: Навчання ветеранів ефективним способам подолання стресу та управління емоціями.

- Підтримка соціальної інтеграції: Сприяння відновленню соціальних зв'язків та інтеграції ветеранів у суспільство.

Методи психотерапії, ефективні при роботі з ветеранами

- Когнітивно-поведінкова терапія: Допомагає змінити негативні патерни мислення та поведінки, пов'язані з травмою.

- EMDR (десенсибілізація та переробка рухами очей): Ефективна для обробки травматичних спогадів.

- Групова психотерапія: Дозволяє ветеранам відчувати себе частиною спільноти, поділитися своїм досвідом і отримати підтримку від однодумців.

- Психодинамічна терапія: Допомагає дослідити глибинні причини травми та розробити нові способи взаємодії зі світом.

В даний час VA пропонує кілька специфічних психотерапій для лікування ПТСР [84, 85]. Загалом психотерапію VA можна класифікувати як орієнтовану на травму або не орієнтовану на травму терапію. Терапія, орієнтована на травму, зосереджена на обробці травматичних подій. Вони передбачають, що пацієнти певним чином охоче залучаються до пов'язаних із травмою спогадів, переконань і сигналів/тригерів. Це залучення може здійснюватися за допомогою будь-якої комбінації поведінкових, когнітивно-поведінкових або орієнтованих на емоції стратегій [84]. З іншого боку, психотерапія, не орієнтована на травму, не стосується самої травматичної події. Замість цього вони зосереджуються на тому, щоб ветерани отримували підтримку та співпереживання, розуміння/проникливість та моделі адаптивної реакції способами, які безпосередньо не пов'язані із стимулами травми [86]. Сучасні терапії, які не орієнтовані на травму, пропонуються VA, це терапія щеплення від стресу (SIT), терапія, орієнтована на сьогоднішній день (PCT), і

міжособистісна психотерапія (ІТР). VA також пропонує когнітивно-поведінкову спільну терапію (СВСТ) для пар, допомагаючи партнерам зрозуміти та впоратися з впливом ПТСР на їхні стосунки. Деякі з цих психотерапій, як правило, використовуються, якщо пацієнти не бажають безпосередньо займатися своєю травмою. Можна використовувати послідовну комбінацію будь-якої з цих терапій, оскільки ветерани зазвичай можуть отримувати лікування стільки часу, скільки їм потрібно. Хоча терапія, орієнтована на травму, і терапія, яка не орієнтована на травму, може досягти позитивних результатів, було продемонстровано, що терапія, орієнтована на травму, є значно більш ефективною [86, 87, 88]. Враховуючи докази, клінічні практичні рекомендації VA 2023 настійно рекомендують використовувати терапію, орієнтовану на травму (таку як PE та СРТ), а не терапію, що не орієнтована на травму [83] (стор. 48–50).

Таким чином, ветерани з посттравматичним стресовим розладом найчастіше отримують певний ступінь втручання, орієнтованого на травму. Тим не менш, відтік пацієнтів від терапії, орієнтованої на травму, у VA є областю для покращення [89]. Цей огляд має на меті конкретно розглянути потреби та рішення для утримання пацієнтів-ветеранів у лікуванні, орієнтованому на травми. На жаль, чіткий розрив VA між лікуванням, орієнтованим на травму, і не орієнтованим на травму, може залишати мало місця для «середніх варіантів» — варіантів, які могли б сприяти остаточному або поступовому залученню до травматичного контенту.

У категорії терапії, орієнтованої на травму, система VA пропонує тривалу експозицію (PE), когнітивну терапію обробки (СРТ), письмову експозиційну терапію (WET) і терапію десенсибілізації та повторної обробки рухів очей (EMDR). Однак є вагомі докази того, що не всі методи лікування були однаково поширені. Незважаючи на те, що різні методи лікування можуть поширюватися різним ступенем на різних сайтах VA, PE та СРТ помітно переважають. Зусилля VA щодо поширення психотерапії, заснованої на доказах (ЕВР), почалися в 2005 році. Ці зусилля керувалися планами

Асоціації охорони здоров'я ветеранів (VHA) щодо широкого реформування системи охорони психічного здоров'я. Згідно з наявними на той час доказами, лише дві психотерапії були рекомендовані для лікування посттравматичного стресового розладу: ПЕ та КПТ [20]. Після розробки та тестування в 2006 році розпочалися ініціативи щодо поширення СРТ, а в 2007 році – РЕ. Виняткова підтримка з боку VA щодо швидкості та рівня навчання призвела до того, що 96% закладів VA надають або РЕ, або СРТ протягом двох-трьох років. років [90]. Здається, доступ до обох методів лікування зберігається й донині. Вони є єдиними двома методами лікування посттравматичних стресових розладів, які клініки VA повинні були пропонувати згідно з рекомендаціями VHA [91, 92, 93]. До честі VA, надання цієї психотерапії допомогло багатьом ветеранам оговтатися від посттравматичного стресового розладу та інших проблем. Ефективність РЕ та СРТ для зменшення симптомів посттравматичних стресових розладів чітко підтверджена мета-аналізами багатьох досліджень (наприклад, Asmundson et al.; Powers et al.) [94,95]. РЕ та СРТ також знижують ризик самогубства серед ветеранів, зменшуючи суїцидальні думки [96]. Проте цілеспрямоване, широке поширення переважно ПЕ та КПТ залишає багатьох пацієнтів з обмеженим вибором лікування, орієнтованого на травму.

Тривале опромінення – це тип когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), що походить від теорії емоційної обробки (ЕРТ). ЕРТ стверджує, що стимули, пов'язані з травмою, активують емоційні та когнітивні мережі, які містять інформацію про значення різних стимулів і реакцій. Ці мережі переважно спираються на процеси класичного кондиціонування. У мережах є різні асоціації між аверсивними або загрозливими безумовними стимулами (УС) і пов'язаними раніше нейтральними умовними стимулами (КС). Відповідно до ЕРТ, асоціації щодо небезпеки залишаються в мережі страху, доки не з'являться докази безпеки, які суперечать страху. Взаємодія з об'єктивно безпечними стимулами, пов'язаними з травмою – експозиція – надає ці докази. Коли це відбувається, можуть формуватися нові асоціації та значення безпеки, які перешкоджають попереднім. Однак ця втрата страху може відбутися лише

в тому випадку, якщо основні емоційні мережі активовані, а нова інформація не відповідає попереднім переконанням («непідтверджуючі докази») [97]. Зверніть увагу, що ЕРТ було оновлено в 2006 році [98], хоча багато вчених неправильно посилаються на теорію 1986 року [99].

Оновлений ЕРТ включає (1) формування нових спогадів, що гальмують старі спогади в структурі страху, а також (2) важливість взаємодії з доказами, що не підтверджують [98].

Таким чином, ПЕ має на меті надати пацієнтам нові можливості навчання для створення точніших асоціацій. Це досягається за допомогою чотирьох компонентів лікування: психопросвіти, уявного впливу (тобто яскравого пригадування подій травми), впливу *in vivo* (тобто наближення до страшних, але безпечних подразників, пов'язаних із травмою), і перенавчання дихання [100,101]. Під час лікування сильний акцент робиться на зменшенні уникнення травмуючих подразників і припинення придушення пов'язаного психоемоційного змісту. Для пацієнтів лікування передбачає безпосереднє згадування та обговорення своєї травми під час сеансів, часто з емоційною інтенсивністю. Поза сесіями вони також слухають свої розповіді про травми вдома, беруть участь у експозиціях *in vivo* та виконують інші завдання між сесіями. Саме лікування здійснюється вручну та дотримується покрокового протоколу, який — у його поточній, традиційній формі — займає від восьми до п'ятнадцяти сеансів один на один, кожен з яких триває близько 90 хвилин. Завдяки своїй високій ефективності (див. мета-аналіз Cusack et al. [102] і Powers et al. [103]), ПЕ була однією з двох психотерапій, обраних VA для широкого розповсюдження.

Терапія когнітивної обробки (СРТ) — це тип когнітивної терапії, що ґрунтується як на теорії обробки інформації, так і на соціально-когнітивній теорії ПТСР [104]. Теорія обробки інформації стверджує, що посттравматичний стресовий розлад розвивається через когнітивні мережі страху, які призводять до унікаючої поведінки. Ця перша теорія підтримує необов'язковий компонент експозиції СРТ, пов'язаний із розповіддю про

травму (однак експозиція *in vivo* не є частиною протоколу СРТ). Соціально-когнітивна теорія посттравматичного стресового розладу зосереджується на тому, як травма переробляється та справляється з нею особою, яка намагається одужати. Таким чином, воно стосується (1) змісту когнітивних здібностей, пов'язаних із травмою, таких як переконання щодо травми, інших людей або світу, і (2) впливу цих думок на емоційні, фізіологічні та поведінкові реакції. Згідно з теорією, афективні компоненти спогадів про травму змінюються шляхом формування нових переконань і емоційних реакцій, які змінюють попередні дезадаптивні реакції. У СРТ пацієнти працюють над формуванням більш точних, повних і адаптивних спогадів і переконань, пов'язаних із травмою. Коли такий зміст, пов'язаний із травмою, змінюється, очікується, що їхні подальші пов'язані з травмою емоції (такі як страх) та інші реакційні сигнали зменшаться [105].

Відповідно, СРТ використовує психоосвіту, письмові звіти про переконання, що є наслідком травми, і когнітивні методи для розпізнавання та оскарження переконань [106]. Лікування передбачає тижні обговорення їхньої травми та переконань щодо травми під час сесії, а також майже щоденні практики та завдання, пов'язані з травмою, поза сесіями. Як і ПЕ, КПТ – це ручне лікування, яке триває приблизно 12 окремих щотижневих сеансів. Кожне заняття триває від 60 до 90 хв. Подібно до РЕ, він був обраний VA для широкого розповсюдження через його високу ефективність у дослідницьких дослідженнях.

Психотерапевтичні відносини з ветеранами – це складний і багатогранний процес, який вимагає від терапевта високого рівня професіоналізму, емпатії та розуміння специфіки травматичного досвіду. Завдяки індивідуальному підходу та використанню відповідних методів психотерапії можна досягти значних успіхів у реабілітації ветеранів та покращенні їхньої якості життя.

3.2. Бар'єри в психотерапії ветеранів: Визначення основних бар'єрів у процесі психотерапії (сором, недовіра, стигматизація).

Моральна травма (МТ) стосується психо-духовних наслідків надзвичайно важких подій, які загрожують моральним переконанням і основним цінностям людини. ІМ характеризується сильним соромом, провинною, гнівом, втратою довіри до себе та інших, а також соціальною замкнутістю — факторами, які можуть перешкоджати бажанню людини звернутися за допомогою щодо проблем психічного здоров'я.

Існуючі дослідження щодо звернень за допомогою з питань психічного здоров'я серед військовослужбовців розкривають складну картину мотиваторів і стримуючих факторів, які впливають на таку поведінку. Наприклад, стигматизація, пов'язана з культурними уявленнями про проблеми психічного здоров'я, і наслідки, які ці уявлення можуть мати для військової кар'єри, є важливою перешкодою для звернення за допомогою. [107, 108] Однак дослідження також показує, що стигматизація як перешкода для пошуку допомоги є складнішою, на неї впливають такі фактори, як згуртованість підрозділу, [109] якість керівництва, [107,109,110] ранг [107] та наявність симптомів психічного здоров'я. [111]. Крім того, дослідження показують, що особисті переконання щодо негативного впливу проблем психічного здоров'я сильніше негативно пов'язані із зверненнями за допомогою серед військовослужбовців і ветеранів, ніж уявлення однолітків. Цікаво, що стигматизація також виявилася більш значною перешкодою для звернення за психіатричною допомогою серед тих, хто раніше користувався послугами. [112, 113] Передбачається, що цей зв'язок пов'язаний із підвищеним усвідомленням негативних соціальних наслідків попереднього досвіду звернення за допомогою та попереднього негативного досвіду роботи в системі охорони здоров'я. [112]

Таблиця 3.1.

Короткий опис перешкод і способів звернення за допомогою серед військовослужбовців і ветеранів, які постраждали від РМІЕ

Тема	Визначення	Уривки
Бар'єри		
Стигма	Людина описує військову культуру як таку, що сприяє або не сприяє зверненню за допомогою або таку, в якій звернення за допомогою чи визнання своїх труднощів сприйматиметься як слабкість, не буде толерантним, може негативно вплинути на ставлення однолітків до них, або може мати негативний вплив на їх кар'єру. Це може бути реальна або уявна стигма.	«Це замовчування, ви не хочете про це говорити. ... Коли ви виступаєте і говорите щось подібне, на вас залишається чорна пляма, ви знаєте. Вони можуть сказати, що це не має значення, я бачив людей, які йшли, але їх повільно відтіснили». «У той час, якщо ви виявляли будь-які ознаки слабкості, вас виганяли».
Відмова	Людина повідомляє, що вона заперечувала наявність проблеми з психічним здоров'ям, не хотіла думати, що вона має проблеми з психічним здоров'ям, або придушувала чи уникала свого страждання, намагаючись переконати себе, що у неї немає	«Відмова. Я не бачу, хто я, ти знаєш, що я маю на увазі. Я кажу: «Ні, я в порядку». І ти навчишся придушувати це чи що завгодно». «Я думаю, що це не так уже й погано».

	проблеми з психічним здоров'ям.	
Немає знань про проблему чи МІ	Людина каже, що не знає про свою проблему психічного здоров'я або не знає концепції ІМ.	«Я думаю, що це допомогло б раніше визначити, які ситуації можуть завдати моральної шкоди солдатам і ветеранам. ... Як тільки я визначив, що у мене був [ІН], я по суті сказав: «Добре, добре, тепер я можу займатися справами, я можу працювати над узгодженням [ІН]».
Негативне сприйняття військової системи охорони здоров'я	Людина висловлює відсутність віри у військову систему охорони психічного здоров'я або вважає, що система надто складна для навігації, що допомога недоступна або що проходження процесу пошуку допомоги спричинить страждання.	«Я бачу, як люди кажуть: ... «Немає допомоги, військові нічого для мене не зроблять», ... але нам не вистачає, у нас точно не вистачає людей, щоб сісти і поговорити».
Фасилітатори		
Відчуття спільного досвіду	Людина описує досвід, коли вона розмовляла з іншими та дізнавалася про труднощі та досвід інших у пошуках	«Найголовніше, я точно знаю, це знати, що вони не самотні. Ви не, ви не єдина людина, з якою це сталося.

	<p>допомоги та висловила користь від такого досвіду.</p>	<p>Це ключ».</p> <p>«Я знаю, що багато моїх друзів не придуть, щоб поговорити з лікарем, або таких людей, як ти, тому що ти не маєш такого досвіду».</p>
Скринінг	<p>Людина повідомляє, що якась офіційне чи інше медичне обстеження спонукало її визнати свої проблеми з психічним здоров'ям або звернутися за допомогою. Ця тема включає висловлювання про те, що особливо корисним буде скринінг на ІМ.</p>	<p>«Мене допитували. Хтось просто, поза лівим полем, почав задавати кілька запитань, і мої відповіді, вони сказали, ходіть зі мною. І це був початок».</p> <p>«У лікарні, і вона випадково прийшла, поставила кілька запитань і бум».</p>
Заохочення інших шукати допомоги	<p>Людина повідомляє, що інша особа (наприклад, дружина, сім'я, діти, однолітки) спонукала її звернутися за допомогою.</p>	<p>«І ось він сказав: «Так, можливо, тобі варто звернутися за допомогою».</p> <p>Я: «А що змусило вас звернутися за допомогою, коли ви звернулися за допомогою?»</p> <p>П: «Моя дружина».</p>
Мета як мотивація	<p>Особа описує, що визначила мету стати кращою або іншим чином виразити цінність або причину</p>	<p>Я: «Чи була якась подія, думка або щось, що підштовхнуло вас або спонукало вас звернутися</p>

	мотивації для одужання (наприклад, робити це для своїх дітей).	за допомогою?» П: «Так, мої діти. Так, це все було для моїх дітей».
Альтернативи офіційній психіатричній допомозі	Людина висловлює позитивний досвід використання альтернатив формальному психіатричному лікуванню (наприклад, ретрит для ветеранів) або що знання та наявність таких ресурсів є або буде корисним. Ця тема включає уявлення про те, що додаткові послуги до формальної психіатричної допомоги (наприклад, послуги для подружжя, групи підтримки однолітків) були б або є корисними.	«Я знаю, що хлопцям важко вступити, тому я не знаю, чи можна було б зробити це в них вдома чи зробити більше. ... Треба знайти альтернативу, спосіб зробити це». «[Назва ретриту] просто змінив моє життя, коли я пішов туди».

PMIE = потенційно морально шкідлива подія; MI = моральна шкода; I = інтерв'юер; P = учасник. Джерело <https://utppublishing.com/doi/full/10.3138/jmvfh-2021-0093>

Останнім виявленим бар'єром було негативне сприйняття військової системи охорони здоров'я. Учасники описали відсутність віри в систему психічного здоров'я військових і ветеранів, а також уявлення про те, що система надто складна для навігації, що допомога недоступна або що процес пошуку допомоги викликає страждання.

3.3. Роль соціальної підтримки: Аналіз ролі сім'ї, друзів та соціальних служб у процесі реабілітації ветеранів.

Давно відомо, що соціальна підтримка відіграє важливу роль як захисний фактор для травматичного стресу та пов'язаної з ним психопатології, але є багато питань без відповіді щодо конкретних аспектів соціальної підтримки, які можуть вплинути на відновлення після травми/хвороби.

У багатьох дослідженнях розглядалося значення соціальної підтримки щодо виникнення та інтенсивності посттравматичного стресового розладу та виявлено, що соціальна підтримка є одним із найпотужніших предикторів інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу [114, 115].

Соціальна підтримка визначається як мережа психологічних і матеріальних ресурсів, доступних індивіду в умовах стресу, і існують різні типи соціальної підтримки: структурна, функціональна, емоційна, інструментальна/матеріальна та інформаційна [116].

Згідно з іншими дослідженнями, видами соціальної підтримки є:

1. Емоційна підтримка, яка спрямована на зміцнення самоповаги у травмованих осіб разом із підтримкою та створенням відчуття того, що їх цінує та приймає оточення;

2. Інформаційна підтримка, яка допомагає зрозуміти стресову подію та протистояти їй шляхом надання порад, когнітивного спрямування та підтримки в оцінці;

3. Підтримка через соціальні контакти, яка заохочує позитивні емоції та спрямовує думки та діяльність у бік від труднощів;

4. Інструментальна підтримка, включаючи фінансову та інші матеріальні форми підтримки, надання послуг, необхідних для вирішення проблем травмованих людей [117].

Уявна соціальна підтримка є, мабуть, найважливішим аспектом соціальної підтримки, і вона пов'язана з переконанням людини, що вона отримає підтримку, коли вона їй потрібна. Саме визнана доступність людей змушує людину відчувати турботу та підтримку. Уявна соціальна підтримка відіграє більш важливу роль у психологічному благополуччі та позитивних

результатах деяких травматичних подій порівняно з великими соціальними мережами (тих, хто надає підтримку), або типом пропонованої підтримки [118]. Уявна підтримка сильно впливає на всі показники здоров'я. Люди з високим рівнем самоусвідомленої соціальної підтримки зазвичай більш психологічно здорові. Низка досліджень підтвердила вплив ПТСР на якість життя (QoL). Крім психічних розладів, на якість життя також впливає рівень соціальної підтримки [119, 120].

ВООЗ визначає QoL як сприйняття індивідумом свого власного становища в конкретному контексті здоров'я, культури, соціального та екологічного контексту. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям (HRQoL), визначається як «інтегративна міра фізичного та емоційного благополуччя, рівня незалежності, соціальних стосунків та їх зв'язку з характерними особливостями їхнього середовища» [121].

На сьогоднішній день дослідження показали, що після повернення з війни багато ветеранів мають труднощі з залученням до цивільного життя, часто переживають повну соціальну ізоляцію та відчують, що не можуть поділитися своїм травматичним досвідом з іншими або відчують негативну реакцію в середовищі. Ветерани війни дуже чутливі до того, як до них ставиться оточення та як суспільство реагує на їхні проблеми. Більша соціальна підтримка після повернення з війни пов'язана з менш інтенсивними симптомами ПТСР.

Ветерани-інваліди, які повернулися додому, стикаються з різними проблемами адаптації в цивільному житті.

Згідно з результатами досліджень, ветерани мають серйозні проблеми зі здоров'ям через втрату органів/функцій і виявляють симптоми посттравматичного стресового розладу. Особи з важкими фізичними обмеженими можливостями мають негативне самосприйняття через залежність від інших людей для вирішення основних своїх життєвих питань, як їжа, пиття та туалет, і вони звільняються з роботи. Крім того, вони переживають розчарування через те, що їхні очікування не виправдовуються

суспільством. Вони виявляють гнів і стають замкнутими через почуття самотності та нерозуміння. Вони стикаються з проблемами в сім'ї і в близьких стосунках, а також тримаються подалі від близьких стосунків.

Очевидно, що позитивна особистість, духовність, близькі друзі, уряд та інше для ветеранів є важливим джерелом підтримки у подоланні боротьби, згаданої вище. Тим не менш, наголошується на ролі сімейної підтримки в процесах подолання та адаптації. Ветерани, які мають підтримку сім'ї в задоволенні своїх базових потреб і процесі одужання відчують прийняття та розуміння вони підтримуються психологічно та економічно. Вони знаходять амбіції, надію та розраду, щоб знову адаптуватися до життя та рухатися далі.

Сім'я є важливим джерелом підтримки для інвалідів та ветеранів у процесі подолання та адаптації. З цієї причини вважається, що сімейне включення як цінне джерело підтримки в усіх видах терапії, психоосвітніх та реабілітаційних програмах, спрямована на підтримку адаптаційних процесів ветеранів-інвалідів підвищить результат та успішність.

Члени сім'ї можуть забезпечити відчуття стабільності, безпеки та підбадьорення, що може допомогти особам, які мають проблеми з психічним здоров'ям, залишатися мотивованими на шляху до одужання. Підтримка сім'ї також може допомогти людям розвинути самооцінку, впевненість і надію, що є важливими елементами відновлення психічного здоров'я. Крім того, підтримка сім'ї може допомогти зменшити відчуття ізоляції та безпорадності, які часто відчують люди з проблемами психічного здоров'я. Надаючи емоційну, практичну та інформаційну підтримку, члени родини можуть допомогти людям досягти цілей одужання та покращити загальну якість життя.

Сімейна підтримка може набувати багатьох форм і її можна розділити на три основні типи: емоційну, практичну та інформаційну. Емоційна підтримка передбачає надання комфорту, співчуття та розуміння особам, які мають проблеми з психічним здоров'ям. Це може включати вислуховування, пропонування плеча, щоб поплакати, і підтвердження почуттів і емоцій

людини. Практична підтримка включає надання допомоги в щоденних справах, таких як приготування їжі, прибирання та транспортування. Цей тип підтримки може допомогти пом'якшити стрес і зменшити тягар щоденних завдань, дозволяючи людям зосередитися на своєму одужанні. Інформаційна підтримка передбачає надання освітніх ресурсів та інформації про стан психічного здоров'я та доступні методи лікування. Цей тип підтримки може допомогти людям краще зрозуміти свій стан і прийняти обґрунтовані рішення щодо свого лікування та догляду.

Створення сприятливого сімейного середовища має важливе значення для одужання людей із проблемами психічного здоров'я. Члени сім'ї можуть створити сприятливе середовище, сприяючи відкритому спілкуванню, заохочуючи здорові звички та сприяючи почуттю причетності та зв'язку. Важливо створити безпечний простір без засуджень, де люди можуть ділитися своїми почуттями та емоціями, не боячись стигми чи критики. Члени сім'ї також можуть заохочувати здорові звички, такі як фізичні вправи, здорове харчування та достатній сон, що може покращити загальне самопочуття та допомогти у відновленні. Нарешті, створення відчуття приналежності та зв'язку можна досягти, беручи участь у спільних заходах, таких як сімейні обіди, прогулянки чи хобі. Сприятливе сімейне оточення може надати людям підтримку та мотивацію, необхідні для досягнення цілей і завдань щодо відновлення.

Переваги сімейної підтримки у відновленні психічного здоров'я численні. Дослідження показали, що люди з підтримуючими сім'ями з більшою ймовірністю будуть брати участь у лікуванні та дотримуватися схем лікування, що призводить до кращих результатів лікування. Підтримка сім'ї також може знизити ризик рецидиву та госпіталізації та покращити загальну якість життя. Крім того, підтримка сім'ї може допомогти зменшити стигматизацію та ізоляцію, пов'язану з проблемами психічного здоров'я, створюючи відчуття спільності та визнання. Надаючи емоційну та практичну підтримку, члени сім'ї можуть допомогти людям відновити відчуття контролю

над своїм життям і підвищити їхню самооцінку та впевненість. Зрештою, переваги сімейної підтримки виходять за межі окремої людини та можуть позитивно вплинути на всю сім'ю.

Безсумнівно, підтримка родини є надзвичайно важливою для відновлення психічного здоров'я. Рідні можуть забезпечити емоційну опору, практичну допомогу та необхідну інформацію, що сприяє досягненню цілей одужання та покращенню загального стану. Проте, надання такої підтримки може бути непростим завданням, тому членам сім'ї важливо пам'ятати про власні потреби та звертатися за допомогою, коли це потрібно. Створення атмосфери прийняття в родині формує безпечний простір, де кожен може відкрито ділитися своїми переживаннями, не відчуваючи страху осуду чи критики. Переваги сімейної підтримки в процесі відновлення психічного здоров'я є численними та здатні позитивно вплинути на всю родину. Усвідомлюючи труднощі, пов'язані з відновленням психічного здоров'я, та надаючи необхідну підтримку, члени сім'ї можуть допомогти своїм близьким досягти стійкого покращення стану та підвищити якість їхнього життя.

3.4. Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід

За останні два десятиліття у сфері громадського здоров'я зросла обізнаність про важливість стану психічного здоров'я. Це сталося, зокрема, в контексті оцінки того, що психічні та поведінкові розлади становлять 7,4% загального тягаря поганого здоров'я у світі – більше, ніж, наприклад, туберкульоз (2,0%), ВІЛ/СНІД (3,3%) або малярія (4,6%) (Whiteford et al. 2013). Частково це пояснюється високою поширеністю психічних розладів серед населення в порівнянні з багатьма іншими захворюваннями, часто з початком у дитинстві/молодому віці та частою еволюцією до хронізації (Eaton et al. 2012 a). Висвітлюючи великий масштаб проблеми, ці дані допомогли підкреслити важливість дослідницької діяльності для покращення розуміння

психічних розладів і покращення знань, які можуть допомогти запобігти їм на популяційному рівні, а також у гуманітарних умовах (de Jong & Komproe , 2002). Це вимагає, щоб стани психічного здоров'я не тільки оцінювали та лікували в клінічних популяціях, але й розуміли та розглядали в загальній популяції, де існує більшість випадків цих розладів, невиявлених або нелікованих.

Досвід участі у бойових діях залишає глибокий слід у психіці людини. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади – це лише деякі з можливих наслідків. Розуміючи важливість надання психологічної допомоги ветеранам, багато країн світу розробили різноманітні програми та підходи до психосоціальної реабілітації.

Основні напрями психосоціальної роботи з ветеранами за кордоном

1. Раннє втручання:

- Програми підтримки під час служби: Надання психологічної допомоги військовослужбовцям ще під час перебування на фронті або відразу після повернення.
- Скринінг на наявність симптомів ПТСР та інших розладів: Своєчасне виявлення проблем дозволяє розпочати лікування на ранніх стадіях.

2. Індивідуальна психотерапія:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Один з найпоширеніших методів, спрямований на зміну негативних патернів мислення та поведінки.
- EMDR (десенсибілізація та переробка рухами очей): Ефективна для обробки травматичних спогадів.
- Психодинамічна терапія: Допомагає дослідити глибинні причини травми.

3. Групова психотерапія:

- Групи підтримки: Дозволяють ветеранам поділитися своїм досвідом, відчути солідарність та отримати підтримку від однодумців.
- Групи взаємодопомоги: Створені за принципом «рівний допомагає рівному».

4. Сімейна терапія:

- Допомога сім'ям ветеранів у адаптації до нових умов життя та подоланні труднощів, пов'язаних з травматичним досвідом.

5. Соціальна реабілітація:

- Програми працевлаштування: Сприяння поверненню ветеранів до активного життя.

- Програми соціальної адаптації: Навчання навичкам самообслуговування, спілкування та побудови соціальних зв'язків.

6. Комплексний підхід:

- Комбінація різних методів психотерапії, фармакотерапії та соціальної реабілітації для досягнення максимального ефекту.

Зарубіжний досвід: ключові моменти

- Раннє втручання: Чим раніше розпочинається психологічна допомога, тим ефективнішим може бути лікування.

- Комплексний підхід: Комбінація різних методів дозволяє врахувати всі аспекти травматичного досвіду ветерана.

- Індивідуальний підхід: Кожен ветеран має унікальний досвід, тому терапевтичні програми повинні бути індивідуалізованими.

- Співпраця з різними фахівцями: Психологи, соціальні працівники, лікарі – всі вони беруть участь у процесі реабілітації.

- Підтримка спільноти: Залучення громадських організацій та волонтерів для надання додаткової підтримки ветеранам.

Висновок до третього розділу

Незважаючи на значні досягнення у галузі психосоціальної реабілітації ветеранів, залишається багато невирішених проблем. Серед них:

- Стигматизація: Багато ветеранів стикаються зі стигматизацією, що ускладнює звернення за допомогою.

- Недостатність ресурсів: Часто відсутня достатня кількість спеціалістів та фінансування для надання якісної допомоги.

- Індивідуальні особливості травми: Кожна травма унікальна, що ускладнює розробку універсальних програм реабілітації.

Перспективи:

- Розробка нових методів психотерапії: Пошук більш ефективних способів лікування ПТСР та інших пов'язаних розладів.

- Використання цифрових технологій: Розвиток онлайн-платформ для надання психологічної допомоги.

- Співпраця з військовими: Інтеграція психологічної допомоги у систему військової підготовки та реабілітації. Психосоціальна робота з ветеранами – це складний і багатогранний процес, який вимагає комплексного підходу та індивідуалізації. Зарубіжний досвід демонструє ефективність різних методів психотерапії та соціальної реабілітації. Однак, для досягнення більш значних результатів необхідно продовжувати дослідження, розробляти нові програми та забезпечувати необхідні ресурси.

ВИСНОВОК

Проведене дослідження дозволило детально розглянути особливості прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій та виявити найбільш ефективні психотерапевтичні підходи до їх лікування.

У роботі було комплексно досліджено особливості прояву посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів бойових дій з урахуванням вікових чинників, а також запропоновано рекомендації щодо оптимізації психотерапевтичної допомоги. Дослідження підтвердило актуальність проблеми ПТСР в умовах повномасштабної війни в Україні та необхідність впровадження персоналізованих підходів до психологічної реабілітації військовослужбовців.

Результати емпіричного аналізу виявили наявність вікової специфіки у симптоматиці ПТСР. Зокрема, молодші ветерани виявляють вищий рівень інтенсивності симптомів, таких як гіперактивація, інтрузії та почуття провини, що підтверджено статистично значущими кореляційними зв'язками та регресійною моделлю. Це дозволяє зробити висновок про необхідність вікової адаптації психотерапевтичних втручань.

Застосовані психодіагностичні методики (PCL-M та Міссісіпська шкала) забезпечили точну оцінку рівня ПТСР у ветеранів і дозволили виокремити найбільш виражені симптоми в різних вікових групах. Такий підхід підвищує достовірність отриманих результатів і створює підґрунтя для подальшої психокорекційної роботи.

З теоретичного погляду, робота поглиблює уявлення про взаємозв'язок віку, стресових переживань і механізмів подолання наслідків психотравми у військових. Виявлені закономірності можуть бути використані для вдосконалення психотерапевтичних програм, підготовки фахівців з кризової психології та розвитку реабілітаційної інфраструктури для ветеранів.

Практична значущість дослідження полягає у формуванні системи рекомендацій, які передбачають індивідуалізацію психотерапевтичної допомоги, інтеграцію медичних і соціальних послуг, а також розвиток мереж підтримки. Особливої уваги заслуговує акцент на важливості ранньої діагностики та комплексного підходу до лікування ПТСР.

Таким чином, проведене дослідження не лише підтверджує гіпотезу про вікову специфіку проявів ПТСР, а й надає практичні рішення для підвищення ефективності психологічної підтримки ветеранів. Отримані результати можуть стати основою для вдосконалення державної політики у сфері психічного здоров'я військовослужбовців та створення програм стійкої реінтеграції до мирного життя.

Подальші дослідження доцільно спрямувати на розширення вибірки, включення жінок-ветеранів, а також вивчення впливу таких чинників, як соціальний статус, освіта і досвід участі в бойових діях, на перебіг ПТСР. Важливим напрямком є також розробка нових психотерапевтичних технологій, адаптованих до контексту війни та специфіки українського суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Цихоня В. Пам'ятка про посттравматичний стресовий розлад. Мистецтво лікування. 2014. № 7 (8). С. 57–58. URL: <https://www.health-medic.com/articles/mistetzvo/2014-10-16/6.pdf>.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клиническое описание и указания по диагностике. Киев, 2005. 306 с
3. Miao XR, Chen QB, Wei K, Tao KM, Lu ZJ. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res*. 2018 Sep 28;5(1):32. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
4. Solomon SD, Canino GJ. Appropriateness of DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*. 1990 May-Jun;31(3):227-37. [[PubMed](#)]
5. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3):CD003388. [[PubMed](#)]
6. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;2006(1):CD002795. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

7. Davidson J, Baldwin D, Stein DJ, Kuper E, Benattia I, Ahmed S, Pedersen R, Musgnung J. Treatment of posttraumatic stress disorder with venlafaxine extended release: a 6-month randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2006 Oct;63(10):1158-65. [[PubMed](#)]
8. Hyland P, Shevlin M, Fyvie C, Karatzias T. Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in DSM-5 and ICD-11: Clinical and Behavioral Correlates. *J Trauma Stress*. 2018 Apr;31(2):174-180. [[PubMed](#)]
9. Schuler ER, Boals A. Shattering world assumptions: A prospective view of the impact of adverse events on world assumptions. *Psychol Trauma*. 2016 May;8(3):259-66. [[PubMed](#)]
10. Rice TR, Prout T, Cohen J, Russo M, Clements T, Kufferath-Lin T, Joaquin M, Kui T, Kim S, Zaidi A, Hoffman L. Psychodynamic Psychotherapy for Children as a Trauma-Informed Intervention. *Psychodyn Psychiatry*. 2021 Spring;49(1):73-85. [[PubMed](#)]
11. Libbrecht K, Quackelbeen J. On the early history of male hysteria and psychic trauma. Charcot's influence on Freudian thought. *J Hist Behav Sci*. 1995 Oct;31(4):370-84. [[PubMed](#)]
12. Spermon D, Darlington Y, Gibney P. Psychodynamic psychotherapy for complex trauma: targets, focus, applications, and outcomes. *Psychol Res Behav Manag*. 2010;3:119-27. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
13. Streb M, Conway MA, Michael T. Conditioned responses to trauma reminders: How durable are they over time and does memory integration reduce them? *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2017 Dec;57:88-95. [[PubMed](#)]
14. Calhoun CD, Stone KJ, Cobb AR, Patterson MW, Danielson CK, Bendezú JJ. The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An Integrated Biopsychosocial Model for Posttraumatic Stress Recovery. *Psychiatr Q*. 2022 Dec;93(4):949-970. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

15. Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B, Boyle MH. Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neurosci Ther.* 2008 Fall;14(3):171-81. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
16. Vieweg WV, Julius DA, Fernandez A, Beatty-Brooks M, Hetttema JM, Pandurangi AK. Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Am J Med.* 2006 May;119(5):383-90. [[PubMed](#)]
17. Bisson JI. Post-traumatic stress disorder. *BMJ.* 2007 Apr 14;334(7597):789-93. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
18. Liebschutz J, Saitz R, Brower V, Keane TM, Lloyd-Travaglini C, Averbuch T, Samet JH. PTSD in urban primary care: high prevalence and low physician recognition. *J Gen Intern Med.* 2007 Jun;22(6):719-26. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
19. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.* 2000 Oct;68(5):748-66. [[PubMed](#)]
20. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005 Jun;62(6):593-602. [[PubMed](#)]
21. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, Karam EG, Meron Ruscio A, Benjet C, Scott K, Atwoli L, Petukhova M, Lim CCW, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bunting B, Ciutan M, de Girolamo G, Degenhardt L, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Kawakami N, Lee S, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Piazza M, Sampson N, Ten Have M, Torres Y, Viana MC, Williams D, Xavier M, Kessler RC. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med.* 2017 Oct;47(13):2260-2274. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
22. Goldstein RB, Smith SM, Chou SP, Saha TD, Jung J, Zhang H, Pickering RP, Ruan WJ, Huang B, Grant BF. The epidemiology of DSM-5 posttraumatic stress disorder in the United States: results from the National

Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2016 Aug;51(8):1137-48. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

23. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005 Jun;62(6):617-27. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

24. Kisely S, Alichniewicz KK, Black EB, Siskind D, Spurling G, Toombs M. The prevalence of depression and anxiety disorders in indigenous people of the Americas: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res. 2017 Jan;84:137-152. [[PubMed](#)]

25. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. JAMA. 2005 Aug 03;294(5):571-9. [[PubMed](#)]

26. Stein MB, McQuaid JR, Pedrelli P, Lenox R, McCahill ME. Posttraumatic stress disorder in the primary care medical setting. Gen Hosp Psychiatry. 2000 Jul-Aug;22(4):261-9. [[PubMed](#)]

27. Kessler RC, Rose S, Koenen KC, Karam EG, Stang PE, Stein DJ, Heeringa SG, Hill ED, Liberzon I, McLaughlin KA, McLean SA, Pennell BE, Petukhova M, Rosellini AJ, Ruscio AM, Shahly V, Shalev AY, Silove D, Zaslavsky AM, Angermeyer MC, Bromet EJ, de Almeida JM, de Girolamo G, de Jonge P, Demyttenaere K, Florescu SE, Gureje O, Haro JM, Hinkov H, Kawakami N, Kovess-Masfety V, Lee S, Medina-Mora ME, Murphy SD, Navarro-Mateu F, Piazza M, Posada-Villa J, Scott K, Torres Y, Carmen Viana M. How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. World Psychiatry. 2014 Oct;13(3):265-74. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

28. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995 Dec;52(12):1048-60. [[PubMed](#)]

29. Nagamine M, Giltay EJ, Shigemura J, van der Wee NJ, Yamamoto T, Takahashi Y, Saito T, Tanichi M, Koga M, Toda H, Shimizu K, Yoshino A, Vermetten E. Assessment of Factors Associated With Long-term Posttraumatic Stress Symptoms Among 56 388 First Responders After the 2011 Great East Japan Earthquake. *JAMA Netw Open*.2020 Sep 01;3(9):e2018339.[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
30. Tolin DF, Foa EB. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychol Bull*.2006 Nov;132(6):959-92.[[PubMed](#)]
31. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues Clin Neurosci*.2011;13(3):263-78.[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
32. Morey RA, Gold AL, LaBar KS, Beall SK, Brown VM, Haswell CC, Nasser JD, Wagner HR, McCarthy G., Mid-Atlantic MIRECC Workgroup. Amygdala volume changes in posttraumatic stress disorder in a large case-controlled veterans group. *Arch Gen Psychiatry*.2012 Nov;69(11):1169-78.[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
33. Ousdal OT, Milde AM, Hafstad GS, Hodneland E, Dyb G, Craven AR, Melinder A, Endestad T, Hugdahl K. The association of PTSD symptom severity with amygdala nuclei volumes in traumatized youths. *Transl Psychiatry*.2020 Aug 17;10(1):288.[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
34. Selemon LD, Young KA, Cruz DA, Williamson DE. Frontal Lobe Circuitry in Posttraumatic Stress Disorder. 2019 Jan-Dec/Chronic Stress (Thousand Oaks).3[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
35. Abdallah CG, Averill LA, Akiki TJ, Raza M, Averill CL, Gomaa H, Adikey A, Krystal JH. The Neurobiology and Pharmacotherapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*.2019 Jan 06;59:171-189.[[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]
36. Blum K, Gondré-Lewis MC, Modestino EJ, Lott L, Baron D, Siwicki D, McLaughlin T, Howedy A, Kregel MH, Oscar-Berman M, Thanos PK, Elman

I, Hauser M, Fried L, Bowirrat A, Badgaiyan RD. Understanding the Scientific Basis of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Precision Behavioral Management Overrides Stigmatization. *Mol Neurobiol*. 2019 Nov;56(11):7836-7850. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

37. Tortella-Feliu M, Fullana MA, Pérez-Vigil A, Torres X, Chamorro J, Littarelli SA, Solanes A, Ramella-Cravaro V, Vilar A, González-Parra JA, Andero R, Reichenberg A, Mataix-Cols D, Vieta E, Fusar-Poli P, Ioannidis JPA, Stein MB, Radua J, Fernández de la Cruz L. Risk factors for posttraumatic stress disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Dec;107:154-165. [[PubMed](#)]

38. van der Kolk BA, Pelcovitz D, Roth S, Mandel FS, McFarlane A, Herman JL. Dissociation, somatization, and affect dysregulation: the complexity of adaptation of trauma. *Am J Psychiatry*. 1996 Jul;153(7 Suppl):83-93. [[PubMed](#)]

39. Fanai M, Khan MAB. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Jul 10, 2023. Acute Stress Disorder. [[PubMed](#)]

40. Stein DJ, Koenen KC, Friedman MJ, Hill E, McLaughlin KA, Petukhova M, Ruscio AM, Shahly V, Spiegel D, Borges G, Bunting B, Caldas-de-Almeida JM, de Girolamo G, Demyttenaere K, Florescu S, Haro JM, Karam EG, Kovess-Masfety V, Lee S, Matschinger H, Mladenova M, Posada-Villa J, Tachimori H, Viana MC, Kessler RC. Dissociation in posttraumatic stress disorder: evidence from the world mental health surveys. *Biol Psychiatry*. 2013 Feb 15;73(4):302-12. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

41. Han HR, Miller HN, Nkimbeng M, Budhathoki C, Mikhael T, Rivers E, Gray J, Trimble K, Chow S, Wilson P. Trauma informed interventions: A systematic review. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252747. [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

42. Lancaster CL, Teeters JB, Gros DF, Back SE. Posttraumatic Stress Disorder: Overview of Evidence-Based Assessment and Treatment. *J Clin Med*. 2016 Nov 22;5(11) [[PMC free article](#)] [[PubMed](#)]

43. Voss RM, Das JM. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Apr 30, 2024. Mental Status Examination. [[PubMed](#)]

44. Ellis J, Zaretsky A. Assessment and Management of Posttraumatic Stress Disorder. *Continuum (Minneapolis, Minn)*. 2018 Jun;24(3, BEHAVIORAL NEUROLOGY AND PSYCHIATRY):873-892. [PubMed]
45. Міжнародні наукові та освітні проекти. Співробітники та здобувачі Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України беруть активну участь в підготовці та реалізації міжнародних науково-освітніх проектів. <http://psychology-naes-ua.institute/info/294/>
46. Combat Stress warns of dire consequences as demand for specialist support outgrows services <https://www.cobseo.org.uk/combat-stress-warns-of-dire-consequences-as-demand-for-specialist-support-outgrows-services/>
47. Норман Дойдж. Пластичность мозга / Норман Дойдж. – Москва: Эксмо, 2011. – 544 с. – (Психология. Мозговой штурм).
48. .Военная психология [Електронний ресурс]. – Режим доступу : URL : [https://ru.wikipedia.org/wiki/]
49. Wise J. Digging for victory: Horticultural therapy with veterans for post-traumatic growth. Routledge; 2018 May 15.
50. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (DSM-IV-TR®).
51. Friedman MJ. Posttraumatic and acute stress disorders. Springer; 2015 Feb 28.
52. oscalzo Y, Giannini M, Gori A, Fabio AD. The wellbeing of Italian peacekeeper military: Psychological resources, quality of life and internalizing symptoms. *Frontiers in psychology*. 2018 Feb 13;9:103.
53. Hawthorne G, Korn S, Creamer M. Australian peacekeepers: Long-term mental health status, health service use, and quality of life. Mental Health Evaluation Unit & the Australian Centre for Posttraumatic Mental Health Department of Psychiatry, the University of Melbourne; 2014.
54. . Sareen J, Stein MB, Thoresen S, Belik SL, Zamorski M, Asmundson GJ. Is peacekeeping peaceful? A systematic review. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2010 Jul;55(7):464-72.

55. Brounéus K. On return from peacekeeping: A review of current research on psychological well-being in military personnel returning from operational deployment. *Journal of Military and Veterans Health*. 2014 Mar;22(1):24-9.

56. Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC, Atwoli L., Friedman MJ, Hill ED, Maercker A., Petukhova M., Shahly V., van Ommeren M., et al. DSM-5 і ICD-11 визначення посттравматичного стресового розладу: дослідження «вузьких» і «широких» підходів. депресія. Тривога. 2014;31:494–505. doi: 10.1002/da.22279. [DOI] [[безкоштовна стаття PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)][[Список посилань](#)]

57. Grieger T.A., Cozza S.J., Ursano R.J., Hoge C., Martinez P.E., Engel C.C., Wain H.J. Posttraumatic stress disorder and depression in battle-injured soldiers. *Am. J. Psychiatry*. 2006;163:1777–1783. doi: 10.1176/ajp.2006.163.10.1777. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

58. Hoge C.W., McGurk D., Thomas J.L., Cox A.L., Engel C.C., Castro C.A. Mild traumatic brain injury in U.S. Soldiers returning from Iraq. *N. Engl. J. Med*. 2008;358:453–463. doi: 10.1056/NEJMoa072972. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

59. Jones M., Sundin J., Goodwin L., Hull L., Fear N.T., Wessely S., Rona R.J. What explains post-traumatic stress disorder (PTSD) in UK service personnel: Deployment or something else? *Psychol. Med*. 2013;43:1703–1712. doi: 10.1017/S0033291712002619. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

60. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302:537–549. doi: 10.1001/jama.2009.1132. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

61. Catani C. Mental health of children living in war zones: A risk and protection perspective. *World Psychiatry*. 2018;17:104–105. doi: 10.1002/wps.20496. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

62. Jawaid A., Gomolka M., Timmer A. Neuroscience of trauma and the Russian invasion of Ukraine. *Nat. Hum. Behav.* 2022 doi: 10.1038/s41562-022-01344-4. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

63. Bryant R.A., Schnurr P.P., Pedlar D. Addressing the mental health needs of civilian combatants in Ukraine. *Lancet Psychiatry.* 2022;9:346–347. doi: 10.1016/S2215-0366(22)00097-9. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

64. Olf M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *Eur. J. Psychotraumatology.* 2017;8:1351204. doi: 10.1080/20008198.2017.1351204. [DOI] [Google Scholar]

65. Lehavot K., Katon J.G., Chen J.A., Fortney J.C., Simpson T.L. Post-traumatic Stress Disorder by Gender and Veteran Status. *Am. J. Prev. Med.* 2018;54:e1–e9. doi: 10.1016/j.amepre.2017.09.008. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]

66. Jacobson I.G., Donoho C.J., Crum-Cianflone N.F., Maguen S. Longitudinal assessment of gender differences in the development of PTSD among US military personnel deployed in support of the operations in Iraq and Afghanistan. *J. Psychiatr. Res.* 2015;68:30–36. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.05.015. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

67. Окендо М.А., Френд Дж.М., Халберстам Б., Бродський Б.С., Берк А.К., Грунебаум М.Ф., Малоун К.М., Манн Дж.Дж. Асоціація коморбідного посттравматичного стресового розладу та великої депресії з підвищеним ризиком суїцидальної поведінки. *Am J Psychiat.* 2003;160(3):580–2.

68. Мак'юен Б.С. Основний вплив гормонів стресу на здоров'я та захворювання: розуміння захисних і шкідливих ефектів стресу та його посередників. *Eur J Pharmacol.* 2008;583(2–3):174–85.

69. Грін Б.Л., Грейс М.С., Лінді Дж.Д., Глесер Дж.К., Леонард А. Фактори ризику ПТСР та інших діагнозів у загальній вибірці ветеранів В'єтнаму. *Am J Психіатрія.* 1990;147(6):729–33. [ст CAS PubMed Google Scholar](#)

70. Koenen KC, Stellman JM, Stellman SD, Sommer JF Jr. Фактори ризику розвитку посттравматичного стресового розладу серед ветеранів В'єтнаму: 14-річне спостереження за американськими легіонерами. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(6):980–6.

71. Янковський М.К., Шнурр П.П., Адамс Г.А., Грін Б.Л., Форд Дж.Д., Фрідман М.Дж. Медіаційна модель ПТСР у ветеранів Другої світової війни, які зазнали впливу іприту. *Ж Травма Стрес.* 2004;17(4):303–10.

72. Ryan MA, Smith TC, Smith B, Amoroso P, Boyko EJ, Gray GC, Gackstetter GD, Riddle JR, Wells TS, Gumbus G та ін. Когорта тисячоліття: реєстрація починає 21-річний внесок у розуміння впливу військової служби. *J Clin Epidemiol.* 2007;60(2):181–91. [ст PubMed Google Scholar](#)

73. Грей Г.К., Чесбро К.Б., Райан М.А., Аморосо П., Бойко Е.Дж., Гекстеттер Г.Д., Хупер Т.І., Редл Дж.Р. Когортне дослідження тисячоліття: 21-річне проспективне когортне дослідження 140 000 військовослужбовців. *Mil Med.* 2002; 167 (6): 483–8.

74. Department of Veterans Affairs and Department of Defense. (2023). *VA/DOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder.* Author. Retrieved from: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

75. Merz, J., Schwarzer, G., & Gerger, H. (2019). Comparative efficacy and acceptability of pharmacological, psychotherapeutic, and combination treatments in adults with posttraumatic stress disorder: A network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 76(9), 904-913. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0951>

76. Lee, D. J., Schnitzlein, C. W., Wolf, J. P., Vythilingam, M., Rasmusson, A. M., & Hoge, C. W. (2016). Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depression and Anxiety*, 33(9), 792-806. <https://doi.org/10.1002/da.22511>

77. Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), e541-550. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>

78. Rauch, S. A., Kim, H. M., Lederman, S., Sullivan, G., Acierno, R., Tuerk, P. W., Simon, N. M., Venners, M. R., Norman, S. B., Allard, C. B., Porter, K. E., Martis, B., Bui, E., & Baker, A. W. for the PROgress Team. (2021). Predictors of response to Prolonged Exposure, sertraline, and their combination for the treatment of military PTSD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4), 34309. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13752>

79. Митька М.: Справи ветеранів і посттравматичний стресовий розлад. ДЖАМА. 2011 рік; 305 (10): 987.

80. Wangelin BC, Tuerk PW: ПТСР у активних солдатів: лікувати чи не лікувати. *J Law Med Ethics* 2014 рік; 42 (2): 161–170.

81. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ). Психологічний часопис. 2017. № 5 (9). С. 32-43.

82. Weathers F.W. (2013) The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) [Електронний ресурс] / F.W.Weathers, B.T.Litz, T.M.Keane, P.A.Palmieri, B.P.Marx, P.P.Schnurr // Режим доступу: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsdchecklist.asp>.

83. .Keane T.M.,CaddellJ.M., Taylor K.L.Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity.*Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988. Vol. 56. P. 85-90.

84. U.S. Department of Veterans Affairs; U.S. Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute STRESS Disorder. VA/DoD Clinical Practice Guidelines. 2023. Available online: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/ptsd/>

85. Steenkamp, M.M.; Litz, B.T. One-size-fits-all approach to PTSD in the VA not supported by the evidence. *Am. Psychol.* 2014, 69, 706–707. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

86. Williston, S. PTSD Treatments: Which Type May Work Best for You? *Anxiety.Org*. 2017. Available online: <https://www.anxiety.org/trauma-focused-treatments-for-post-traumatic-stress-disorder-ptsd>.

87. Cusack, K.; Jonas, D.E.; Forneris, C.A.; Wines, C.; Sonis, J.; Middleton, J.C.; Feltner, C.; Brownley, K.A.; Olmsted, K.R.; Greenblatt, A.; et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2016, *43*, 128–141. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

88. Kline, A.C.; Cooper, A.A.; Rytwinski, N.K.; Feeny, N.C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin. Psychol. Rev.* 2018, *59*, 30–40. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

89. Lee, D.J.; Schnitzlein, C.W.; Wolf, J.P.; Vythilingam, M.; Rasmusson, A.M.; Hoge, C.W. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress. Anxiety* 2016, *33*, 792–806. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

90. Edwards-Stewart, A.; Smolenski, D.J.; Bush, N.E.; Cyr, B.-A.; Beech, E.H.; Skopp, N.A.; Belsher, B.E. Posttraumatic stress disorder treatment dropout among military and veteran populations: A systematic review and meta-analysis. *J. Trauma. Stress* 2021, *34*, 808–818. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

91. Williston, S. PTSD Treatments: Which Type May Work Best for You? *Anxiety.Org*. 2017. Available online: <https://www.anxiety.org/trauma-focused-treatments-for-post-traumatic-stress-disorder-ptsd> (accessed on 18 January 2023).

92. Cusack, K.; Jonas, D.E.; Forneris, C.A.; Wines, C.; Sonis, J.; Middleton, J.C.; Feltner, C.; Brownley, K.A.; Olmsted, K.R.; Greenblatt, A.; et al. Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 2016, *43*, 128–141. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

93. Kline, A.C.; Cooper, A.A.; Rytwinski, N.K.; Feeny, N.C. Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin. Psychol. Rev.* 2018, *59*, 30–40. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

94. Lee, D.J.; Schnitzlein, C.W.; Wolf, J.P.; Vythilingam, M.; Rasmusson, A.M.; Hoge, C.W. Psychotherapy versus pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: Systemic review and meta-analyses to determine first-line treatments. *Depress. Anxiety* 2016, *33*, 792–806. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

95. Edwards-Stewart, A.; Smolenski, D.J.; Bush, N.E.; Cyr, B.-A.; Beech, E.H.; Skopp, N.A.; Belsher, B.E. Posttraumatic stress disorder treatment dropout among military and veteran populations: A systematic review and meta-analysis. *J. Trauma. Stress* 2021, *34*, 808–818. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]

96. Karlin, B.E.; Cross, G. From the laboratory to the therapy room: National dissemination and implementation of evidence-based psychotherapies in the U.S. Department of Veterans Affairs health care system. *Am. Psychol.* 2014, *69*, 19–33. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

97. Karlin, B.E.; Ruzek, J.I.; Chard, K.M.; Eftekhari, A.; Monson, C.M.; Hembree, E.A.; Resick, P.A.; Foa, E.B. Dissemination of evidence-based psychological treatments for posttraumatic stress disorder in the Veterans Health Administration. *J. Trauma. Stress* 2010, *23*, 663–673. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

98. Hamblen, J.L.; Bernardy, N.C.; Sherrieb, K.; Norris, F.H.; Cook, J.M.; Louis, C.A.; Schnurr, P.P. VA PTSD clinic director perspectives: How perceptions of readiness influence delivery of evidence-based PTSD treatment. *Prof. Psychol. Res. Pract.* 2015, *46*, 90–96. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

99. Sripada, R.K.; Bohnert, K.M.; Ganoczy, D.; Pfeiffer, P.N. Documentation of evidence-based psychotherapy and care quality for PTSD in the Department of Veterans Affairs. *Adm. Policy Ment. Health Ment. Health Serv. Res.* 2018, *45*, 353–361. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

100. Asmundson, G.J.G.; Thorisdottir, A.S.; Roden-Foreman, J.W.; Baird, S.O.; Witcraft, S.M.; Stein, A.T.; Smits, J.A.J.; Powers, M.B. A meta-analytic review of Cognitive Processing Therapy for adults with Posttraumatic Stress Disorder. *Cogn. Behav. Ther.* 2019, *48*, 1–14. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
101. Powers, M.B.; Halpern, J.M.; Ferenschak, M.P.; Gillihan, S.J.; Foa, E.B. A meta-analytic review of Prolonged Exposure for posttraumatic stress disorder. *Clin. Psychol. Rev.* 2010, *30*, 635–641. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
102. Post, L.M.; Held, P.; Smith, D.L.; Black, K.; Van Horn, R.; Pollack, M.H.; Rothbaum, B.O.; Rauch, S.A.M. Impact of intensive treatment programs for posttraumatic stress disorder on suicidal ideation in veterans and service members. *Psychol. Serv.* 2021, *18*, 671–678. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
103. Brown, L.A.; Zandberg, L.J.; Foa, E.B. Mechanisms of change in Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Implications for clinical practice. *J. Psychother. Integr.* 2019, *29*, 6–14. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
104. Foa, E.B.; Huppert, J.D.; Cahill, S.P. Emotional Processing Theory: An Update. In *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*; Rothbaum, B.O., Ed.; The Guilford Press: New York, NY, USA, 2006; pp. 3–24. [[Google Scholar](#)]
105. Foa, E.B.; Kozak, M.J. Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychol. Bull.* 1986, *99*, 20. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
106. Foa, E.B.; Hembree, E.A.; Rothbaum, B.O. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences: Therapist Guide*; Oxford University Press: Oxford, UK, 2007. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]
107. Resick, P.A.; Monson, C.M.; Chard, K.M. *Cognitive Processing Therapy Veteran/Military Version: Therapist's Manual: (514742018-001)*; Data set; American Psychological Association: Washington, DC, USA, 2008. [[Google Scholar](#)] [[CrossRef](#)]

108. Hamilton JA, Coleman JA, Davis WJ. Leadership perspectives of stigma-related barriers to mental health care in the military. *Mil Behav Health*. 2017;5(1):81–90.
109. Chase RP, McMahon SA, Winch PJ. “Tell me what you don’t remember”: care-seeking facilitators and barriers in the decade following repetitive blast exposure among army combat veterans. *Mil Med*. 2016;181(2):116–22. Medline:26837079
110. Jones N, Campion B, Keeling M, et al. Cohesion, leadership, mental health stigmatisation and perceived barriers to care in UK military personnel. *J Ment Health Abingdon Engl*. 2018;27(1):10–18. Medline:27319607
111. Britt TW, Wright KM, Moore D. Leadership as a predictor of stigma and practical barriers toward receiving mental health treatment: a multilevel approach. *Psychol Serv*. 2012;9(1):26–37. Medline:22449085
112. Williamson V, Greenberg N, Stevelink SAM. Perceived stigma and barriers to care in UK Armed Forces personnel and veterans with and without probable mental disorders. *BMC Psychol*. 2019;7(1):75. Medline:31775853
113. Wood V, Linden B, Tam-Seto L, Stuart H. Investigating the characteristics of Canadian Armed Forces help-seekers, non-help seekers, and no mental health need groups: a population-based analysis. *J Mil Vet Family Health*. 2020;6(1):58–66.
114. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J. Consult. Clin. Psychol*. 2000;68:748–766. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.748. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
115. Wilcox S. Social relationships and PTSD symptomatology in combat veterans. *Psychol. Trauma Theory Res. Pract. Policy*. 2010;2:175–182. doi: 10.1037/a0019062. [[DOI](#)] [[Google Scholar](#)]
116. Cohen S. Social relationships and health. *Am. Psychol*. 2004;59:676–684. doi: 10.1037/0003-066X.59.8.676. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

117. House J.S. Work Stress and Social Support. Addison-Wesley; Reading, MA, USA: 1981. pp. 13–40. [[Google Scholar](#)]
118. Schnurr P.P., Lunney C.A., Bovin M.J., Marx B.P. Posttraumatic stress disorder and quality of life: Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan. *Clin. Psychol. Rev.* 2009;29:727–735. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.006. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
119. Helgeson V.S. Social support and quality of life. *Qual. Life Res.* 2003;12:25–31. doi: 10.1023/A:1023509117524. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
120. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Position paper from the World Health Organization. *Soc. Sci. Med.* 1995;41:1403–1409. doi: 10.1016/0277-9536(95)00112-K. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
121. Когнітивна терапія А. Бека (Когнітивно-поведінкова терапія): основні положення <https://www.bolshakova-psy.com/kognityvna-terapiya-a-beka-kognityvno-povedinkova-terapiya-osnovni-polozhennya/>
122. Miriam Reisman. PTSD Treatment for Veterans: What’s Working, What’s New, and What’s Next <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5047000/>
123. Eftekhari A, Ruzek JJ, Crowley JJ та ін. Ефективність національного впровадження пролонгованої терапії у справах ветеранів. *JAMA Психіатрія.* 2013;70(9):949–955. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.36.
124. Ursano RJ, Bell C, Eth S та ін. Практичні рекомендації щодо лікування пацієнтів з гострим стресовим розладом і посттравматичним стресовим розладом. *Am J Психіатрія.* 2004; 161 (додаток 11): S3–S31.
125. Джефферіс М. Посібник клініциста щодо ліків від посттравматичного стресового розладу. Департамент у справах ветеранів США. Доступно за адресою: www.ptsd.va.gov/professional/treatment/overview/clinicians-guide-to-medications-for-ptsd.asp

126. Yeh MS, Mari JJ, Costa MC та ін. Подвійне сліпе рандомізоване контрольоване дослідження для вивчення ефективності топірамату у цивільних зразках ПТСР. *CNS Neurosci Ther.* 2011;17(5):305–310. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00188.x.

127. Forbes D, Creamer M, Bisson JJ та ін. Посібник із рекомендаціями щодо лікування посттравматичного стресового розладу та пов'язаних із ним станів. *J Травма Стрес.* 2010; 23: 537-552. doi: 10.1002/jts.20565

128. Департамент у справах ветеранів США. Дослідження та розвиток медичних послуг. RRP 13-242–HSR&D Study: Strategies to Improve Care PTSD. 24 березня 2014 р. Доступно за адресою: www.hsrd.research.va.gov/research/abstracts.cfm?Project_ID=2141703966

129. Хоскінс М, Пірс Дж, Бетелл А та ін. Фармакотерапія посттравматичного стресового розладу: систематичний огляд і мета-аналіз. *Brit J Psych.* 2015; 206: 93-100. doi: 10.1192/bjp.bp.114.148551

130. Dr. Rasna Kaur Neelam. Dr. Don Gasparini. PTSD Treatment for Veterans: What Works? August 12, 2023. <https://www.charliehealth.com/post/post-traumatic-stress-disorder-treatment-for-veterans>

131. Faust, J. R. (2008). Clinical Social Worker as Patient Advocate in a Community Mental Health Center. *Clinical Social Work Journal*, 36, 293-300. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0118-0>

132. Raza,SF Hussain,SFtouni,GSpitz,NCaplin,RG Foster,RSMGomes
Деменція у військових і ветеранів: огляд факторів ризику — черепно-мозкова травма, посттравматичний стресовий розлад, розгортання та сон
Mil Med Res,8(1)(2021), стор. 55 [10.1186/s40779-021-00346-z](https://doi.org/10.1186/s40779-021-00346-z) 34645526
[10.1186/s40779-021-00346-z](https://doi.org/10.1186/s40779-021-00346-z) PMC8515715

133. Дж. К. Джонс,Д. Х.Барлоу Етіологія посттравматичного стресового розладу *Clin Psychol Rev*,10(3)(1990),стор. 299-328 [10.1016/0272-7358\(90\)90064-ч](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90064-ч)

ДОДАТКИ

Додаток А

Оптимізація психотерапевтичних програм: Розробка рекомендацій щодо адаптації існуючих психотерапевтичних програм для роботи з ветеранами.

Для ветеранів, які зіштовхнулися з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), існує широкий спектр психотерапевтичних програм. Вибір конкретної програми залежить від індивідуальних потреб, тяжкості симптомів та інших факторів.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

- **Опис:** Один з найефективніших методів лікування ПТСР. Зосереджується на зміні негативних думок і поведінки, пов'язаних з травматичним досвідом.

- **Техніки:** Пролонгована експозиція, когнітивна реструктуризація, тренінг навичок релаксації.

- **Переваги:** Доведена ефективність, структурований підхід, наявність багатьох досліджень.

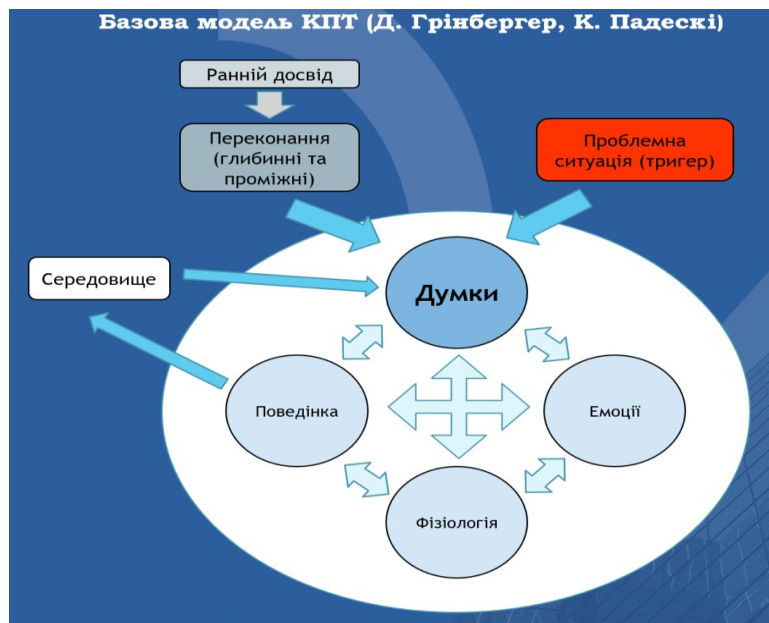


Рис. 1. Когнітивноповедінкова терапія: схема. Джерело 121

Пролонгована експозиція

- **Опис:** Поступове зіткнення з травматичними спогадами під контролем терапевта. Дозволяє знизити інтенсивність емоційної реакції на травматичні події.

- **Техніки:** Уявна експозиція, ін віво експозиція.

- **Переваги:** Ефективна для зменшення вираженості симптомів уникнення і гіперзбудливості.

Десенсибілізація і переробка рухами очей (ДПРМ)

- **Опис:** Комбінація візуалізації травматичних спогадів з рухами очей. Допомагає переробити травматичні спогади.

- **Переваги:** Швидкі результати, відносно легка у виконанні.

- **Обмеження:** Механізм дії не до кінця вивчений, ефективність може варіюватися.

Міжособистісна терапія

- **Опис:** Зосереджується на покращенні міжособистісних відносин, що можуть бути порушені внаслідок травми.

- **Переваги:** Допомагає відновити соціальну підтримку, покращує якість життя.

Групова терапія

- Опис: Групові заняття, де ветерани можуть ділитися своїм досвідом, отримувати підтримку від інших учасників.

- Переваги: Створення відчуття спільноти, можливість навчитися у інших людей стратегій подолання.

Міндфулнес-базована терапія (МБТ)

- Опис: Зосереджується на розвитку уважності до теперішнього моменту. Допомагає знизити рівень стресу, покращити емоційну регуляцію.

- Переваги: Все більш популярна, має широкий спектр застосування.

Інші підходи

- Психодинамічна терапія: Зосереджена на дослідженні несвідомих конфліктів, пов'язаних з травмою.

- Скелелазіння, йога, арт-терапія: Додаткові методи, які можуть бути корисними для ветеранів.

Важливо розуміти, що жодна програма не є універсальною. Вибір оптимального підходу залежить від багатьох факторів, включаючи:

- Індивідуальні характеристики ветерана: вік, стать, рівень освіти, попередній досвід психотерапії.

- Тип травми: фізична, психологічна, соціальна.

- Тяжкість симптомів: вираженість страху, тривоги, депресії.

- Наявність супутніх розладів: депресія, тривожні розлади, вживання речовин.

Два з найбільш вивчених типів КПТ — терапія когнітивної обробки (СРТ) і терапія пролонгованої експозиції (РЕ) — рекомендовані як лікування першої лінії в практичних рекомендаціях щодо посттравматичних стресових розладів у всьому світі.

Вперше розроблений для лікування симптомів ПТСР у жертв сексуального насильства, СРТ зосереджується на впливі травми. У СРТ терапевт допомагає пацієнту визначити негативні думки, пов'язані з подією,

зрозуміти, як вони можуть викликати стрес, замінити ці думки та впоратися з тривожними почуттями.

Показано, що ПЕ терапія ефективна у 60% ветеранів із ПТСР. Під час лікування повторне перегляд травми в безпечній клінічній обстановці допомагає пацієнту змінити те, як він або вона реагує на спогади про травматичний досвід, а також навчитися долати ситуації, що викликають страх і стрес, надалі. Кожне лікування РЕ та СРТ займає приблизно 12 сеансів на тиждень. [122]

Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей (EMDR), яка колись була дуже суперечливою, набула визнання, а тепер її рекомендують як ефективний засіб лікування посттравматичних стресових розладів як у цивільних, так і в бойових випадках у багатьох практичних рекомендаціях.

У EMDR терапевт направляє пацієнтів робити рухи очима або стежити за постукуваннями руками, наприклад, у той самий час, коли вони розповідають травматичні події. Загальна теорія, що лежить в основі EMDR, полягає в тому, що зосередження на інших стимулах під час повторного перегляду досвіду допомагає пацієнту переробляти травматичну інформацію, доки вона не перестане бути психологічно руйнівною. [123,124]

Деякі пацієнти не реагують належним чином на одне немедикаментозне лікування, можуть віддати перевагу медикаментам або отримати користь від комбінації медикаментів і психотерапії. У цих випадках також рекомендується фармакотерапія як підхід першої лінії для ПТСР.

Наразі антидепресанти є основним класом препаратів для лікування посттравматичних стресових розладів, які мають найвагоміші емпіричні докази на користь використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). В даний час сертралін і пароксетин є єдиними препаратами, схваленими Управлінням з контролю за якістю харчових продуктів і медикаментів (FDA) для лікування ПТСР.

Лікування посттравматичних стресових розладів другого ряду менш підтверджено доказами та може мати більше побічних ефектів. Вони

включають нефазодон, міртазапін, трициклічні антидепресанти та інгібітори моноаміноксидази. У рандомізованих клінічних дослідженнях було встановлено, що празозин ефективний у зменшенні кошмарів при ПТСР. Він блокує норадренергічну стимуляцію альфа-1 рецептора. Його ефективність щодо симптомів посттравматичного стресового розладу, крім кошмарів, на даний момент не визначена. [125,126]

Антидепресанти були в центрі фармакотерапевтичних досліджень посттравматичних стресових розладів, але вкрай необхідні кращі методи лікування.

За даними ClinicalTrials.gov, кілька поточних досліджень досліджують ефективність вортиоксетину та іншого нового мультимодального антидепресанту, вілазодону (Viibryd, Allergan), при ПТСР. Обидва препарати були схвалені FDA для лікування депресії, але не для ПТСР.

Протисудомні або протиепілептичні препарати, які впливають на баланс між глутаматом і ГАМК, опосередковано впливаючи на ці нейрони, коли активуються їхні нейронні рецептори, також можуть бути корисним варіантом лікування симптомів посттравматичного стресового розладу у пацієнтів, у яких фармакотерапія першої лінії не приносить результатів. Топірамат, протисудомний препарат, який використовується для лікування певних типів судом, продемонстрував багатообіцяючі результати в рандомізованих контрольованих дослідженнях за участю цивільних осіб і ветеранів з ПТСР.

Клінічні дослідження також показують, що куріння канабісу (марихуани) пов'язане зі зменшенням симптомів ПТСР у деяких пацієнтів. Одне дослідження показало, що пацієнти з посттравматичним стресовим розладом повідомили про зниження в середньому на 75% симптомів CAPS під час вживання канабісу. [127]

Таблиця 1. Вибрані методи лікування ПТСР у ветеранів

Перша лінія	Друга лінія	Альтернативні шляхи
-------------	-------------	---------------------

Нефармакологічний		
Когнітивна поведінкова терапія ○ Терапія когнітивної обробки ○ Тривала експозиційна терапія Десенсибілізація та повторна обробка рухів очей		
Фармакологічні		
Антидепресанти ○ Сертралін * ○ Пароксетин * ○ Флуоксетин ○ Венлафаксин	<ul style="list-style-type: none"> • Нефазодон • Міртазапін • Трициклічні антидепресанти (наприклад, іміпрамін) • Інгібітори моноаміноксидази (наприклад, фенелзин) • Празозин 	<ul style="list-style-type: none"> • Гамма-аміномасляна кислота • Глутамат • Вортіоксетин • Вілазодон • Протисудомні засоби (наприклад, топірамат) • Протиепілептичні засоби • Конопля

Комбінована фармакотерапія та психотерапія

Ліки та психотерапія використовуються як окремо, так і в комбінації для лікування симптомів ПТСР, а також супутніх супутніх діагнозів. Рекомендації свідчать про те, що комбінація може посилити відповідь на лікування, особливо в тих, хто має більш важкий посттравматичний стресовий розлад, або у тих, хто не відповів на жоден із підходів окремо. Наприклад, дослідження показали, що комбінація СИЗЗС і психотерапії виявляється більш ефективною, ніж лікування, яке використовується окремо. [128]

Однак щодо більшості фармакологічних методів лікування недостатньо доказів щодо ефективності при ПТСР, що вказує на необхідність проведення додаткових клінічних досліджень у цій галузі. За словами доктора Шнурра, психотерапія залишається найефективнішим методом лікування ПТСР. «Антидепресанти можуть бути ефективними, — каже вона, — але ми бачимо більше результатів — і ми також бачимо більш стійкі результати — з психотерапією, оскільки вони, по суті, спрямовані на те, щоб допомогти пацієнту вирішити проблему». [129]

Додаток Б

Створення інтегрованих програм реабілітації: Пропозиції щодо створення комплексних програм реабілітації, які включають не лише психотерапію, а й інші види допомоги (медичну, соціальну).

Створення інтегрованих програм реабілітації є ключовим аспектом забезпечення всебічної підтримки людей, які пережили травматичні події, особливо в умовах війни. Такий підхід дозволяє врахувати різноманітні потреби постраждалих та забезпечити максимальну ефективність відновлення.

Чому інтегрований підхід є важливим?

- **Комплексність:** Об'єднання різних видів допомоги (психологічної, медичної, соціальної) дозволяє адресувати не лише психологічні травми, а й фізичні ушкодження, соціальні проблеми та інші наслідки травматичних подій.
- **Синергія:** Співпраця фахівців різних профілів посилює ефективність кожної окремої терапії та сприяє швидшому відновленню.
- **Індивідуальний підхід:** Інтегровані програми дозволяють розробити індивідуальний план реабілітації для кожного пацієнта, враховуючи його унікальні потреби та особливості.

- Підвищення якості життя: Завдяки комплексному підходу відновлення відбувається більш гармонійно, що сприяє поліпшенню загальної якості життя.

‘Інтегрований підхід до реабілітації ветеранів з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) передбачає комплексне використання різних методів і засобів для відновлення фізичного, психічного та соціального здоров’я. Такий підхід дозволяє більш ефективно подолати наслідки травматичних подій і сприяє поверненню ветеранів до повноцінного життя.

Чому інтегрований підхід є важливим для ветеранів з ПТСР?

- Комплексність проблеми: ПТСР – це складний розлад, який впливає на різні сфери життя людини. Тому для ефективного лікування необхідний комплексний підхід, що включає не тільки психотерапію, а й інші види допомоги.

- Індивідуальність: Кожен ветеран має унікальний досвід та індивідуальні потреби, тому програми реабілітації повинні бути адаптовані до конкретної ситуації.

- Синергія методів: Поєднання різних методів лікування посилює їх ефективність і дозволяє досягти більш стійких результатів.

Основні компоненти інтегрованої програми реабілітації:

1. Психотерапія:

- Індивідуальна та групова психотерапія (когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, психоаналіз тощо)

- Психосвіта щодо ПТСР

- Робота з травматичними спогадами

- Навички управління стресом і емоціями

Критерії включення складаються з поточного діагнозу ПТСР. Щоб збільшити узагальненість отриманих результатів, ми включаємо ПТСР, пов’язаний з будь-якою травмою. Якщо учасник приймає психотропні ліки, учасник повинен приймати стабільну дозу принаймні 4 тижні, щоб зменшити

плутанину в лікуванні, пов'язану зі змінами в психотропних препаратах. Нарешті, через занепокоєність суб'єкта, учасники не повинні мати поточних психотичних симптомів. Ми також виключаємо осіб із нестабільним біполярним розладом або значними когнітивними порушеннями через занепокоєння щодо здатності брати участь у лікуванні, орієнтованому на травму, а також через побоювання щодо загострення біполярних симптомів у контексті лікування, орієнтованого на травму. Учасники також виключаються, якщо вони зараз беруть участь у психосоціальній терапії посттравматичних стресових розладів, оскільки було б важко розрізнити причину спостережуваного ефекту лікування.

КПТ використовується для багатьох психічних захворювань, включаючи посттравматичний стресовий розлад. У цій формі терапії клініцисти щотижня зустрічаються на сеансах один на один з клієнтами, щоб обговорити, як пов'язані думки, емоції та дії. Під час сеансів клініцисти можуть допомогти виявити некорисні моделі мислення, які називаються викривленнями, і працювати над зменшенням негативних думок. Клініцисти можуть допомогти навчити клієнтів щодо травми, працювати над розвитком позитивних навичок подолання та планувати на випадок кризи. КПТ також може включати елементи експозиційної терапії, яка може принести користь ветеранам із посттравматичним стресовим розладом, якщо проводиться контрольовано та спільно за згодою клієнта.

Багато ветеранів зроблять усе, щоб уникнути нагадування про травматичний досвід, свідками якого вони були чи пережили. Однак уникнення цих травматичних переживань посилює страх. Навпаки, ветерани можуть зіткнутися зі своїми страхами під час фізкультури та навчитися заспокоювати своє тіло та розум, коли їм нагадують про минулі травми, які можуть здаватися небезпечними, але насправді такими не є.

ПЕ зазвичай відбувається під час індивідуальних сеансів терапії протягом трьох місяців. Після встановлення довіри до клініциста ветеран починає з уявного опромінення. На цих сесіях ветеран детально опише травму,

яку вони пережили. Клініцист проведе їх через їхні думки та почуття під час цього уявного досвіду.

Згодом, коли ветеран буде готовий, йому можуть призначити «домашнє завдання», яке передбачає зіткнення зі справжніми страхами, які існують у його повсякденному житті. Це може включати зіткнення з конкретними місцями або людьми, які пов'язані з травмою. Поступово збільшуючи вплив травматичного інциденту та працюючи над навичками подолання протягом усього періоду, фізкультура допомагає ветеранам опрацювати свої емоції та подолати страх.

Багато психотерапій зосереджені на обговоренні моделей мислення та емоцій, які виникають внаслідок травми. Однак у EMDR основна увага приділяється обробці самої травматичної пам'яті. Переконавання в цьому типі терапії, що називається адаптивною обробкою інформації (AIP), полягає в тому, що травматичні спогади, які викликають симптоми посттравматичного стресового розладу, не зберігаються й не обробляються належним чином. Необроблена пам'ять може містити емоції, думки, переконання та фізичні відчуття. Коли спрацьовує пам'ять, ці тривожні елементи викликають симптоми посттравматичного стресового розладу. Тому ці симптоми можна полегшити, обробивши травматичний спогад «правильно» або більш безпечним способом.

Як виглядає EMDR на практиці з ветеранами? Ветеран зустрічається з клініцистом один або два рази на тиждень, загалом від 6 до 12 сеансів. Ця форма терапії починається зі вступу, збору анамнезу та підготовки. Потім клініцисти допомагають ветерану описати та переказати в пам'яті травматичну подію, беручи участь у керованих рухах очима або інших двосторонніх стимуляційних рухах, таких як постукування. Завдяки одночасному перерахунку пам'яті та виконанню тілесних рухів можна сподіватися, що яскравість емоцій і пам'яті зменшаться. Обговорення нових, позитивних відчуттів, самоспостереження та повторна оцінка допомагають клієнту та клініцисту працювати над наступним сеансом.

Реконсолідація травматичних спогадів (RTM)

RTM — це нова форма терапії, нещодавно вивчена у ветеранів-чоловіків із посттравматичним стресовим розладом. Після трьох 2-годинних сеансів RTM понад 50% пацієнтів у дослідженні більше не відповідали критеріям посттравматичного стресового розладу.

Мета RTM — перепрограмувати мозок таким чином, щоб він більше не відчував симптомів травматичних подій. Клініцист допомагає ветерану візуалізувати травматичну подію так, наче він дивиться чорно-білий фільм. Роблячи це, ветеран може навчитися відокремлювати травматичні спогади від травматичних почуттів. Оскільки це нова форма лікування, може бути важче знайти навченого клініциста RTM порівняно з деякими іншими формами терапії, перерахованими вище. [130]

2. Медична реабілітація:

- Лікування супутніх захворювань (серцево-судинних, шлунково-кишкових тощо)
- Фізична реабілітація (лікувальна фізкультура, масаж)
- Фармакотерапія (за призначенням лікаря)

У поєднанні з терапією лікар може призначити ліки, щоб допомогти ветеранам, які страждають від ПТСР. Ці ліки часто є антидепресантами в класі ліків, які називаються селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну (СИЗС) або інгібіторами зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (SNRIs). СИЗС та SNRI зазвичай використовуються для лікування посттравматичних стресових розладів у ветеранів і не ветеранів і можуть допомогти впоратися з депресією, тривогою, сном тощо. Інші ліки, такі як антипсихотики, також можна використовувати в окремих випадках для лікування ветеранів з посттравматичним стресовим розладом. Оскільки кожен препарат має ризики та переваги, важливо обговорити початок прийому всіх ліків з лікарем.

Психоделіки також можна використовувати для лікування посттравматичних стресових розладів у ветеранів і не ветеранів. У

нещодавньому клінічному дослідженні фази 3 короткочасне застосування MDMA (препарату, широко відомого як екстазі) продемонструвало багатообіцяючі ефекти при лікуванні посттравматичного стресового розладу, особливо в поєднанні з терапією. Це може бути тому, що такі психоделіки, як MDMA, діють на ту частину мозку, яка обробляє страх, і можуть допомогти йому розплутати та консолідувати травматичні вкорінені спогади.

У дослідженні 90 учасникам давали 80-100 міліграмів таблеток MDMA перед сеансами психотерапії. Дослідження тривало 3 місяці і включало 3 сесії. Результати дослідження показали, що учасники, які приймали MDMA, мали більшу ймовірність одужання, ніж ті, хто отримував плацебо. Однак потрібна додаткова інформація, перш ніж це лікування буде повністю зрозуміло та потім легалізовано. [130]

3. Соціальна реабілітація:

- Підтримка у пошуку роботи
- Юридична консультація
- Соціальна адаптація
- Сприяння відновленню соціальних зв'язків

4. Родинна терапія:

- Робота з сім'єю для створення сприятливого середовища для відновлення

5. Додаткові методи:

- Арт-терапія, музикотерапія, тілесно-орієнтована терапія
- Йога, медитація
- Групи взаємодопомоги

Принципи побудови інтегрованої програми реабілітації:

- Індивідуальний підхід: Складання індивідуального плану реабілітації з урахуванням потреб та особливостей кожного ветерана.

- Міждисциплінарна співпраця: Залучення фахівців різних профілів (психологів, психіатрів, фізіотерапевтів, соціальних працівників тощо) для забезпечення комплексного підходу.

- Поступовість: Поступове збільшення навантаження та ускладнення завдань для запобігання перенапруження.
- Континуальність: Забезпечення безперервної підтримки протягом усього процесу реабілітації.
- Оцінка ефективності: Регулярна оцінка ефективності програми та внесення необхідних коректив.

Виклики та перспективи:

- Недостатнє фінансування: Необхідність виділення достатніх коштів на реалізацію програм реабілітації.
- Дефіцит фахівців: Нестача кваліфікованих фахівців, які мають досвід роботи з ветеранами.
- Стереотипи та стигматизація: Подолання стереотипів щодо психічних розладів та заохочення ветеранів звертатися за допомогою.
- Інтеграція в суспільство: Сприяння соціальній інтеграції ветеранів після завершення реабілітації.

Перспективи розвитку:

- Розширення мережі реабілітаційних центрів: Створення нових центрів та збільшення кількості місць для ветеранів.
- Впровадження нових технологій: Використання телемедицини, мобільних додатків та інших інноваційних рішень.
- Розвиток громадських ініціатив: Залучення волонтерів та громадських організацій до надання підтримки ветеранам.
- Співпраця з міжнародними організаціями: Обмін досвідом та залучення міжнародної допомоги.

Інтегрований підхід до реабілітації ветеранів з ПТСР є одним із найефективніших способів допомогти їм відновитися та повернутися до повноцінного життя. Завдяки спільним зусиллям держави, громадських організацій та фахівців можна створити систему підтримки, яка дозволить ветеранам подолати наслідки травматичних подій і адаптуватися до мирного життя.

Додаток В

Підвищення кваліфікації фахівців: Розробка рекомендацій щодо підвищення кваліфікації психологів, які працюють з ветеранами.

Військовослужбовці та їхні родини зазнають різноманітного тиску та соціальних проблем, які не стосуються населення в цілому, що ставить їх у унікальну та складну ситуацію. Деякі військовослужбовці отримують фізичні травми, пов'язані з бойовими діями, що призводить до інвалідності або змушує їх достроково залишати службу, що, у свою чергу, має економічні та соціальні наслідки для їхніх сімей. Деякі військовослужбовці, навпаки, повертаються з війни з психологічними ранами та травмами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Клінічні соціальні працівники та психологи зазвичай навчаються надавати професійне системне втручання, адвокацію та консультування, і вони повинні отримати кваліфікацію для цього. [131] Оскільки під час роботи вони можуть зіткнутися з військовослужбовцями, які страждають на посттравматичний стресовий розлад, їм необхідно глибоко зрозуміти цей стан. Клінічні соціальні працівники та психологи повинні знати, чи є їхні пацієнти ветеранами та чи пов'язані їхні симптоми з їхнім військовим досвідом. Таким чином, дослідник вважає, що клінічні соціальні працівники та психологи повинні покращити своє розуміння посттравматичних стресових розладів у

військовослужбовців і ознайомитися з їхніми специфічними вимогами до здоров'я, щоб ефективно взаємодіяти з ними та задовольняти їхні потреби.

Щотижнева психотерапія є необхідною умовою для проведення ЕВР. Усі наявні докази ефективності та результативності ЕБП отримані з досліджень, у яких тестувалися ці втручання у стандартному форматі один раз на тиждень або частіше (тобто двічі на тиждень або щодня). Таким чином, надання ЕВР для посттравматичних стресових розладів, коли сеанси терапії відбуваються рідше, ніж один раз на тиждень, не узгоджується з рекомендаціями щодо дозування лікування та, ймовірно, значно обмежує будь-яку потенційну терапевтичну користь. Сучасне співвідношення пацієнтів і постачальників у багатьох військових психологічних клініках не дозволяє проводити тижневу психотерапію для більшості пацієнтів.

Деяка частина пацієнтів, які отримують допомогу в психологічних клініках, належним чином обслуговуватиметься іншими службами, доступними у військовому лікувальному закладі. Незважаючи на те, що майже всі клініки використовують процес сортування для невідкладних випадків звернення, рідко трапляються випадки, коли звичайні самозвернення проходять скринінг перед тим, як їх запланувати на прийом у клініці. Після того, як військовослужбовець завершує прийом і стає пацієнтом клініки, його навряд чи направлять до іншого закладу лікування, і зазвичай він отримує певну кількість індивідуальних сеансів терапії. Удосконалені процедури скринінгу перед прийомом дозволять клінікам направляти військовослужбовців до найбільш відповідного рівня медичної допомоги, який часто не є спеціалізованим поведінковим здоров'ям.

Групова терапія є ефективним способом лікування найпоширеніших клінічних розладів, які спостерігаються у військових клініках поведінкового здоров'я (наприклад, депресія та розлад адаптації). Оскільки терапевтична група дозволяє 8-12 пацієнтам щотижня отримувати ЕВР протягом 60-90-хвилинних сеансів, використання групової терапії звільняє час для індивідуальної терапії, якщо це необхідно (наприклад, індивідуальна терапія

рекомендована для лікування посттравматичного стресового розладу). В даний час групова терапія використовується недостатньо через стримування та відсутність підтримки для створення нових груп.

Плани лікування повинні ґрунтуватися на клінічних потребах пацієнта, включно з розміщенням пацієнта в правильному режимі лікування (наприклад, індивідуальному, груповому та/або медикаментозному) і з відповідною частотою. Частково через відсутність варіантів групової терапії психологічне лікування в рамках Міністерства оборони часто за замовчуванням передбачає індивідуальну психотерапію. Покладення на індивідуальну терапію в поєднанні з нижчим співвідношенням постачальників і пацієнтів призвело до того, що в багатьох клініках час очікування індивідуального призначення терапії становить 4-6 тижнів. З огляду на те, що найбільш поширені розлади можна ефективно лікувати за допомогою групових ЕБП, велику частину або, можливо, більшість пацієнтів клініки можна лікувати за допомогою щотижневої групової терапії. Правильний розподіл випадків на психотерапевтичну групу звільнить індивідуальні прийоми для більш важких пацієнтів, які справді потребують щотижневої індивідуальної психотерапії, наприклад тих, хто має посттравматичний стресовий розлад або суїцидальні думки.

Техніки з поведінкового здоров'я (ВНТ) або спеціалісти навчені та здатні виконувати багато клінічних дій, таких як ко-фасилітація груп, складання клінічних записок та сортування пацієнтів.

Відтоді, як посттравматичний стресовий розлад було введено як діагноз чотири десятиліття тому, наше розуміння цього розладу надзвичайно зросло. Проте здатність сприяти одужанню та покращенню якості життя пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом все ще відстає.

Додаток Д**Профілактика ПТСР: Розробка рекомендацій щодо профілактики розвитку ПТСР у військовослужбовців.**

Профілактика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців і ветеранів є важливою для підтримки їхнього загального здоров'я та благополуччя, збереження кадрових ресурсів і максимального підвищення готовності сил.

Ефективна первинна профілактика спирається на глибоке теоретичне розуміння процесів і детермінант проблеми, знання дій, які були науково обґрунтовані в інших групах населення, і клінічний досвід у цій галузі, який відображає характеристики (наприклад, соціокультурні) цільової групи населення. Цей підхід «вибіркової профілактики» спрямований на учасників, які піддаються впливу.

У сфері посттравматичних стресових розладів первинні втручання є рідкісними, оскільки такі дії спрямовані на запобігання впливу ТЕ до того, як вони виникнуть. Тим не менш, ця література [132] дає нам уявлення про потенційні наслідки сукупного впливу ТЕ протягом кар'єри військових професіоналів. У цьому контексті заходи первинної профілактики спрямовані на кілька детермінант, які сприяють розвитку стійкості після ТЕ. Підхід підкреслює необхідність охарактеризувати фактори, які підтримують

індивідуальні та колективні процеси стійкості, пристосовані до характеристик популяції професіоналів групи ризику. Цей початковий крок є передумовою для визначення відповідних цілей і розробки відповідного профілактичного втручання для населення.

Запропонована програма (яку називають «Первинна профілактика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців» [PREPAR]) є частиною комплексного профілактичного підходу, який синергічно поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні детермінанти. Цей підхід базується на етіологічній моделі, запропонованій Джонсом і Барлоу [133]. Ця модель є комплексною структурою, яка використовується в клінічній психології для розуміння розвитку та підтримки психологічних розладів, зокрема ПТСР. Він об'єднує різні фактори, які сприяють виникненню та продовженню цих розладів. У цій моделі реалізовано кілька етіологічних факторів, включаючи біологічні, когнітивні та поведінкові компоненти. Модель також враховує фактори схильності та модеруючі змінні. Він наголошує на цілісному підході до розуміння психічних розладів, враховуючи складність людського досвіду.

Профілактика ПТСР повинна бути комплексною і включати кілька напрямків:

1. Психологічна підготовка до якої входять тренінги з управління стресом, навчання військовослужбовців ефективним методам управління стресом, таким як дихальні вправи, медитація, прогресивна релаксація м'язів. Важливою є психоосвіта з надання інформації про ПТСР, його симптоми та способи подолання. Розвиток соціальних навичок за допомогою тренінгів, які спрямовані на поліпшення комунікативних навичок, здатність будувати міцні соціальні зв'язки. Групові заняття сприятимуть створенню безпечного простору для обговорення переживань та емоцій.

2. Фізична підготовка має включати регулярні фізичні навантаження, що сприяють виробленню ендорфінів – гормонів щастя, які допомагають зменшити тривогу та депресію; пропагувати здоровий спосіб життя: що включає правильне харчування, достатній сон, відмова від шкідливих звичок.

3. Соціальна підтримка та профілактичні заходи на індивідуальному рівні та на рівні стосунків мають бути індивідуальними. Наприклад, гарячі лінії екстреної допомоги та психологічні консультаційні служби мають бути доступними так, щоб було найлегше до них дістатися. Відповідно, превентивні заходи на рівні громади та суспільства є публічними, законодавчими та виховними. Важливе створення сприятливого психологічного клімату в підрозділах для заохочення відкритості та довіри між військовослужбовцями. Вкрай потрібне надання можливостей для відпочинку та дозвілля, організація відпусток, культурних заходів. Робота з родинами військовослужбовців повинна включати надання інформації та підтримки родинам.

4. Медичне забезпечення має забезпечити нашим військовим своєчасне виявлення та лікування соматичних захворювань під час регулярних медичних оглядів. Кваліфіковане надання психофармакологічної допомоги (за необхідністю) та призначення лікарських препаратів для зменшення симптомів тривоги та депресії допоможе військовим швидше подолати тривогу.

5. Рання інтервенція включає в себе своєчасне виявлення перших ознак ПТСР: Проведення регулярних психологічних скринінгів. Важливим є надання першої психологічної допомоги: Забезпечення доступу до психолога або психотерапевта для військовослужбовців, які пережили травматичну подію.

На відміну від інших психічних захворювань, посттравматичний стресовий розлад має передбачувану схему розвитку та слідує за певною тригерною подією. Ранні симптоми ПТСР з'являються через кілька днів після стресу. Працівники невідкладної допомоги та асистенти інформуються про велику кількість травмованих людей. Ці обставини створюють виняткові шанси для виявлення тих, кому загрожує небезпека, і запропонування профілактичних заходів. Незважаючи на ці переваги, ефективна профілактика посттравматичних стресових розладів залишається складною, а захворюваність розладом як серед військовослужбовців, так і серед цивільних

протягом останніх десятиліть була відносно стабільною. При достатньому розумінні стану можна використовувати профілактичні та інтервенційні заходи для покращення якості життя та зменшення фінансового та медичного тягаря хвороби. Це підтверджується розробкою моделей профілактики, а також сучасною цифровою підтримкою їх впровадження за допомогою підходів електронної охорони здоров'я.