

ДОСЛІДЖЕННЯ КОМОРБІДНОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СИНДРОМУ ТА МІННО-ВИБУХОВОЇ ТРАВМИ СЕРЕД ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (ЗА ДОСВІДОМ РОСІЙСЬКО-УКРАЇНСЬКОЇ ВІЙНИ)

Даниленко Тетяна Іванівна

аспірант кафедри психіатрії та наркології

Національного медичного університету імені О. О. Богомольця

ORCID ID: 0009-0006-5548-944X

У статті подано результати дослідження коморбідності посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) і мінно-вибухової травми (далі – МВТ) серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях під час російсько-української війни. Показано, що поєднання психічних і неврологічних наслідків бойових дій значно підвищує ризик розвитку ПТСР та ускладнює його перебіг. Мета роботи – з'ясувати зв'язок між тяжкістю та типом мінно-вибухових ушкоджень і вираженням симптомів ПТСР, а також оцінити ефективність основних терапевтичних підходів. У дослідженні взяли участь 100 військовослужбовців із контузійми, осколковими та комбінованими пораненнями. Для діагностики використано PCL-5 та CAPS-5. Виявлено прямий кореляційний зв'язок між тяжкістю травми і рівнем симптоматики ($r = 0,77$ для PCL-5; $r = 0,69$ для CAPS-5; $p < 0,001$). Найвищі показники ПТСР спостерігалися при комбінованих ураженнях. Найефективнішими методами терапії стали когнітивно-поведінкова терапія та EMDR, що забезпечили зниження симптомів на 40–45 % і ремісію в понад 70 % пацієнтів. Фармакотерапія мала допоміжний характер і демонструвала помірний ефект. Отримані результати підтверджують необхідність комплексного лікувально-реабілітаційного підходу, що містить психотерапію, медикаментозне лікування, нейрореабілітацію та довгостроковий супровід військових.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, мінно-вибухова травма, військовослужбовці, когнітивно-поведінкова терапія, EMDR, коморбідність, реабілітація.

Danylenko T. STUDY OF THE COMORBIDITY OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND BLAST-RELATED INJURIES AMONG MILITARY PERSONNEL (BASED ON THE EXPERIENCE OF THE RUSSO-UKRAINIAN WAR)

The article presents the results of a study on the comorbidity of post-traumatic stress disorder (PTSD) and blast-related injuries (BRI) among Ukrainian servicemen involved in the Russo-Ukrainian war. The combined effect of neurological damage and psychological trauma significantly increases the risk of PTSD and complicates recovery. The aim was to identify the relationship between the severity and type of blast injury and PTSD manifestations, and to assess the effectiveness of therapeutic approaches. The study included 100 servicemen with concussions, shrapnel wounds, and combined trauma. PTSD was diagnosed using the PCL-5 questionnaire and CAPS-5 clinical interview. Statistical analysis revealed a direct correlation between injury severity and PTSD symptoms ($r = 0.77$ for PCL-5; $r = 0.69$ for CAPS-5; $p < 0.001$). Combined injuries showed the highest prevalence of PTSD. The most effective treatments were cognitive-behavioral therapy and EMDR, reducing symptoms by 40–45 % and achieving remission in over 70 % of cases. Pharmacotherapy had an auxiliary role, providing moderate improvement. The findings highlight the need for integrated rehabilitation programs that combine psychotherapy, pharmacological support, neurorehabilitation, and long-term monitoring tailored to the needs of combat veterans.

Key words: post-traumatic stress disorder, blast-related injury, military personnel, cognitive-behavioral therapy, EMDR, comorbidity, rehabilitation.

Вступ. Посттравматичний стресовий розлад (далі – ПТСР) – це складний психічний стан, що виникає у відповідь на пережиті загрозливі або катастрофічні події. В умовах війни ПТСР є однією з найпоширеніших психологічних патологій серед військовослужбовців [1]. Особливо високий ризик мають військові, які безпосередньо перебувають у зоні бойових дій та зазнають впливу бойових травм. Мінно-вибухова травма (далі – МВТ) – один із типових видів бойових ушкоджень, що містить дію вибухової хвилі (акубаротравму, контузію) та осколкові поранення. За даними літератури, вибухова хвиля становить близько 6,6–7,1 % загальної структури бойових травм [2]. Навіть відносно легка перенесена контузія здатна викликати стійкі порушення діяльності центральної нервової системи та психіки, слугуючи чинником розвитку ПТСР [3] [4]. Так, поєднання МВТ і ПТСР у ветеранів бойових дій є серйозною медико-психологічною проблемою.

Актуальність теми зумовлена безпрецедентним збільшенням кількості випадків ПТСР серед учасників бойових дій в Україні останнім часом. За офіційними даними Національної служби здоров'я України, кількість діагностованих випадків ПТСР зросла з 3 167 у 2021 році до 12 494 у 2023-му

[5]. Майже кожен військовослужбовець, який бере участь у бойових діях, перебуває в зоні високого ризику розвитку ПТСР. За статистичними оцінками, ознаки гострої психологічної травми спостерігаються в 60–80 % військових; без належної своєчасної психологічної допомоги в значній частині з них ці стани трансформуються в ПТСР [6]. Особливо вразливою категорією є поранені бійці з мінно-вибуховими травмами. Дослідження вказують, що військові із черепно-мозковими травмами від вибухів мають більш виражені ПТСР-симптоми та вищу ймовірність розвитку розладу порівняно з іншими травмами [7]. Зокрема, у систематичному огляді встановлено, що серед військових з контузійними (мТБІ) пораненнями майже всі мали прояви ймовірного ПТСР, тоді як у контрольних групах без таких поранень цього не спостерігалось [8]; інше дослідження показало діагностування ПТСР у 47,8 % військовослужбовців після легкої черепно-мозкової травми [9]. Вітчизняні фахівці також відзначають, що в більшості (до ~80 %) пацієнтів з тяжкими комбінованими бойовими травмами із часом розвивається ПТСР [10]. Так, коморбідність ПТСР і мінно-вибухової травми є поширеним явищем, що потребує поглибленого вивчення для покращення діагностики, лікування та реабілітації постраждалих військових.

Мета дослідження – вивчити коморбідність посттравматичного стресового розладу та мінно-вибухової травми у військовослужбовців, учасників бойових дій, на досвіді російсько-української війни. Завдання дослідження: 1) описати клініко-демографічні характеристики вибірки поранених військовослужбовців та параметри їх стану (тяжкість і тип перенесеної МБТ, рівень ПТСР за шкалами PCL-5 та CAPS-5, період часу після травми); 2) проаналізувати кореляційні взаємозв'язки між тяжкістю / типом МБТ і ризиком / рівнем розвитку ПТСР; 3) оцінити ефективність трьох видів терапевтичних втручань у таких пацієнтів – когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та репроцесингу рухами очей (EMDR) і медикаментозної терапії; 4) на основі отриманих даних сформулювати рекомендації щодо покращення лікувально-реабілітаційного менеджменту військовослужбовців з профілем «МБТ–ПТСР».

Матеріали та методи. Проведено квазіекспериментальне одноцентрове дослідження, що поєднувало кроссекційний аналіз (для вивчення кореляцій ПТСР з параметрами травми) та інтервенційне проспективне спостереження (для оцінки ефективності терапевтичних втручань). У дослідження включено 100 військовослужбовців (середній вік $29,0 \pm 4,4$ року) з бойовою мінно-вибуховою травмою, отриманою під час участі в російсько-українській війні. Серед них 91 (91 %) чоловік та 9 (9 %) жінок. Критеріями включення були: документально підтверджені мінно-вибухові поранення (контузія від вибухової хвилі та/або осколкові ураження) середнього або тяжкого ступеня; відсутність грубих когнітивних порушень, що перешкоджають проведенню опитувань; відсутність в анамнезі виражених психічних розладів до травми. Усі учасники дали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Типи МБТ розподілилися так: контузія (акубаротравма) без значних зовнішніх ушкоджень – у 30 пацієнтів (30 %); осколкові поранення – у 33 (33 %); комбінована травма (поєднання вибухової контузії з множинними осколковими чи вогнепальними пораненнями, політравма) – у 37 пацієнтів (37 %). Тяжкість травм оцінювали за клінічною шкалою: як легка (поверхневі ушкодження, короткочасна контузія без стійких неврологічних симптомів) – у 29 пацієнтів (29 %); середня (травми, що потребували хірургічного втручання або призвели до помірних неврологічних розладів) – у 42 (42 %); важка (життєво небезпечні поранення, черепно-мозкові травми з втратою свідомості, множинні ушкодження, ампутації тощо) – у 29 (29 %). Період, що минув після отримання бойової травми, коливався від 1 до 36 місяців (медіана 18 міс.). У момент включення в дослідження 83 пацієнти (83 %) відповідали діагностичним критеріям ПТСР за шкалою CAPS-5 (наявність розладу), решта мали субклінічні посттравматичні симптоми. Середній бал за опитувальником PCL-5 становив $49,8 \pm 15,9$, що також перевищує порогове значення 33, сумісне з клінічно вираженим ПТСР (див. табл. 1).

Таблиця 1

Загальна характеристика вибірки пацієнтів ($N = 100$)

Характеристика	Показники
Кількість пацієнтів	100
Вік (середній $\pm$ SD)	$29,0 \pm 4,4$ років
Стать	Чоловіки: 91 (91 %), Жінки: 9 (9 %)
Тип МБТ	Контузія: 30 (30 %); Осколкові поранення: 33 (33 %); Комбінована травма: 37 (37 %)
Тяжкість МБТ	Легка: 29 (29 %); Середня: 42 (42 %); Важка: 29 (29 %)
Період після травми	Медіана 18 міс. (діапазон 1–36 міс.)
Рівень ПТСР (PCL-5, бал)	$49,8 \pm 15,9$ (середній бал опитувальника)
Діагноз ПТСР (CAPS-5)	83 пацієнти (83 %) відповідають критеріям (CAPS-5 $\geq$ 33 бали)

Джерело: розроблено автором

Для кількісного вимірювання рівня посттравматичних симптомів використовували: (а) PCL-5 – опитувальник PTSD Checklist for DSM-5 (українська версія), що містить 20 питань, оцінюваних пацієнтом за шкалою 0–4; сумарний показник ≥ 33 балів указує на ймовірний ПТСР [11]. (б) CAPS-5 – структуроване клінічне інтерв'ю Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5, яке проводилося лікарем-психотерапевтом; оцінка вираженості ПТСР визначалася сумарним балом за 20 симптомами (0–4 кожний). Діагноз ПТСР встановлювався за наявності критеріїв DSM-5 та сумарного показника CAPS-5 ≥ 33 (відповідає помірному та важкому ступеню розладу).

Після початкового обстеження та підтвердження діагнозу ПТСР (або субклінічного ПТСР) пацієнтам запропоновано пройти курс лікування. Залежно від згоди та медичних показань учасників розподілено на три групи терапевтичних втручань (приблизно по 33–34 особи в кожній): 1. Когнітивно-поведінкова терапія (далі – КПТ) – індивідуальна травмофокусована КПТ, що містила елементи експозиційної терапії та когнітивної реструктуризації, 12 сеансів щотижнево протягом ~3 місяців. 2. Терапія методом EMDR – індивідуальні сеанси Eye Movement Desensitization and Reprocessing, 8–10 сеансів протягом двох місяців, за стандартним 8-фазовим протоколом. 3. Медикаментозна терапія – фармакотерапія відповідно до настанов VA/DoD та МОЗ: призначалися селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (наприклад, пароксетин або сертралін) як базисна терапія [12–13]; за потреби додатково – снодійні (для корекції порушень сну), ансіолітики коротким курсом (для купірування тяжкої тривоги), симптоматичні засоби (аналгетики при хронічному болю тощо). Тривалість курсу медикаментозної терапії становила 12 тижнів з подальшою оцінкою ефектів.

Статистичний аналіз здійснено з використанням програмного пакету SPSS 26.0. Для вивчення кореляцій між кількісними показниками (тяжкість травми кодувалася числово: 1 – легка, 2 – середня, 3 – важка; бали PCL-5, CAPS-5, період після травми в місяцях) обчислювали коефіцієнти кореляції Пірсона з перевіркою значущості (p). Взаємозв'язок між категоріальними змінними (наприклад, тип травми та наявність / відсутність ПТСР) оцінювали за допомогою критерію χ^2 Пірсона. Для оцінки впливу різних втручань на рівень симптоматики використовували дисперсійний аналіз змішаного дизайну (ANOVA) з двома факторами: група лікування (КПТ, EMDR, медикаментозна) – міжгруповий фактор, та час (до лікування vs після лікування) – повторний внутрішньогруповий фактор. Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати. Проведений аналіз показав, що тяжкість перенесеної мінно-вибухової травми суттєво пов'язана з вираженістю посттравматичної симптоматики. Збільшення тяжкості травми (легка → важка) корелювало з підвищенням сумарних балів PCL-5 ($r = 0,77$; $p < 0,001$) і CAPS-5 ($r = 0,69$; $p < 0,001$), що вказує на прямий дозозалежний ефект: більш важкі поранення асоціюються з більш високим рівнем ПТСР (див. табл. 2). Установлено також дуже тісний кореляційний зв'язок між двома мірами оцінки ПТСР – опитувальником PCL-5 і інтерв'ю CAPS-5 ($r = 0,95$; $p < 0,001$), що очікувано, оскільки обидва інструменти вимірюють спільний конструкт (симптоми ПТСР)[14]. Період часу, що минув після травми, не виявив значущого лінійного зв'язку з вираженістю ПТСР ($r \approx 0,0$; $p > 0,5$), тобто в цій вибірці рівень симптоматики залишався високим як у відносно недавніх (кілька місяців), так і в більш віддалених (більше року) термінах після травматичної події (табл. 2). Це підкреслює хронічний характер ПТСР у частини постраждалих та важливість втручання незалежно від давності травми.

Таблиця 2

Кореляція між параметрами травми та пок. ПТСР (коеф. Пірсона, $N = 100$)

Параметри ($X - Y$)	r	p
Тяжкість травми – бал PCL-5	0,77	$< 0,001$
Тяжкість травми – бал CAPS-5	0,69	$< 0,001$
Оцінка PCL-5 – оцінка CAPS-5	0,95	$< 0,001$
Період після травми – бал PCL-5	–0,05	0,60 (н.с.)

Джерело: розроблено автором

Взаємозв'язок між типом мінно-вибухового поранення та ймовірністю розвитку ПТСР виявився статистично значущим ($\chi^2 = 8,45$; $p = 0,015$). Найвищий відсоток постраждалих з клінічним ПТСР відзначено в групі з комбінованою травмою (поєднання контузії і політравми) – 92 % мали CAPS5 ≥ 33 . У групі контузії (акубаротравми без інших ушкоджень) ПТСР діагностовано у 77 % випадків, а серед поранених з ізольованими осколковими пораненнями – у 70 %. Так, наявність саме поєднаної вибухової травми (що часто містить черепно-мозкову травму) асоціюється з підвищеним ризиком розвитку ПТСР порівняно з відносно «чистими» пораненнями. Відповідно, середній рівень симптомів (бал PCL-5) був найвищим у підгрупі комбінованих травм та найнижчим – при контузії без інших уражень (рис. 1). Столпчики відображають середній сумарний бал PCL-5 (0–80) для підгруп:

контузія (акубаротравма); осколкові поранення; комбінована травма. Видно, що пацієнти з комбінованими травмами мають значно вищий середній рівень посттравматичних симптомів (≈ 61 бал) порівняно з тими, хто переніс лише контузію (≈ 41) чи тільки осколкові ураження (≈ 45).

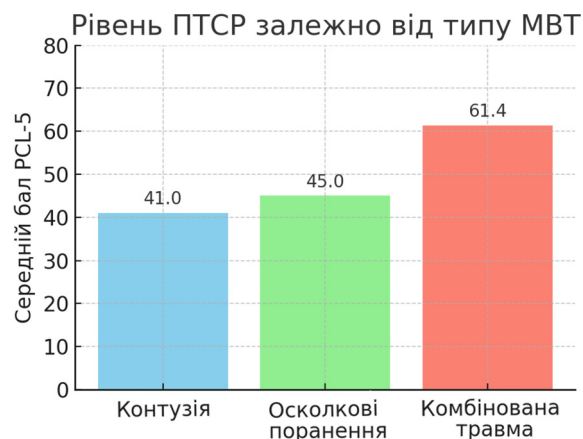


Рис. 1. Рівень ПТСР (середній бал PCL-5) у пацієнтів залежно від типу перенесеної мінно-вибухової травми

Усі три досліджувані підходи до лікування (КПТ, EMDR і фармакотерапія) продемонстрували певне зниження рівня ПТСР-симптоматики в пацієнтів через 3 місяці від початку втручання (після завершення курсу терапії). Проте вираженість і достовірність позитивних змін різнилася залежно від типу лікування. У групах психологічної терапії – як КПТ, так і EMDR – відбулося суттєве покращення стану. Середній бал PCL-5 після терапії знизився приблизно на 40–45 % від початкового рівня: з ~ 48 до ~ 28 балів у групі КПТ, та з ~ 49 до ~ 27 балів у групі EMDR (рис. 2). Ці зміни статистично підтверджені (парний t -критерій для PCL-5: $t = 8,5$; $p < 0,001$ для КПТ; $t = 9,1$; $p < 0,001$ для EMDR). Частка пацієнтів, які перестали відповідати діагностичним критеріям ПТСР після лікування, становила 70 % у групі КПТ та 75 % у групі EMDR. Так, обидва види психотерапії продемонстрували високу ефективність у подоланні посттравматичних розладів. У групі медикаментозної терапії також відзначено позитивну динаміку, але менш виражену: середній показник PCL-5 зменшився лише на ~ 17 % (з ~ 53 до ~ 44 балів). Зниження симптоматики в цій групі було статистично тенденційним ($t = 2,1$; $p = 0,04$), тобто менш значущим. Близько 30 % пацієнтів фармакогрупи досягли ремісії (CAPS-5 < 33) після 3 місяців лікування, тоді як в інших симптоми зберігалися, хоч і дещо ослабли (переважно зменшилися прояви гіперзбудження та депресивності, але нав'язливі спогади і тривога залишалися вираженими). Статистичний аналіз (двофакторна ANOVA) підтвердив наявність значущої різниці між групами: взаємодія «група $\times$ час» була статистично значущою ($F_{(2,97)} = 5,48$; $p = 0,006$), що свідчить про різну ефективність втручань. Зокрема, психологічні втручання забезпечили більший спад симптомів, ніж медикаментозне лікування (постхок аналіз: $p < 0,01$ для порівняння кожної з терапій КПТ/EMDR з фармакотерапією; різниця між КПТ і EMDR недостовірною, $p > 0,5$).

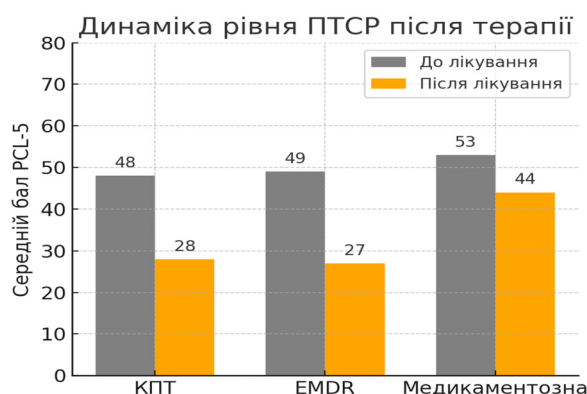


Рис. 2. Динаміка середнього рівня ПТСР (PCL-5) до і після лікування різними методами

Сірим стовпчиками показано середній бал PCL-5 до початку лікування, помаранчевими – після завершення курсу терапії (12 тижнів) у трьох групах: КПТ – когнітивно-поведінкова терапія; EMDR – метод десенсибілізації і репроцесуалізації; медикаментозна – фармакотерапія антидепресантами. Видно, що в групах КПТ та EMDR показники значно знизилися (з ~48–49 до ~27–28), тоді як у медикаментозній групі покращення менш виражене (з ~53 до ~44).

Отримані результати підтверджують високу коморбідність та взаємозумовленість посттравматичного стресового розладу й мінно-вибухової травми у військовослужбовців. Близько 83 % поранених бійців з вибуховими травмами в нашому дослідженні мали клінічно виражений ПТСР. Це узгоджується з повідомленнями інших авторів, що більшість (до 80 %) військових з тяжкими бойовими травмами згодом набуває ПТСР [10]. Виявлена пряма залежність між тяжкістю отриманої травми і рівнем ПТСР також співзвучна з даними літератури. Зокрема, систематичний огляд Raphael *et al.* (2023) відзначив, що військові з контузійною мТБІ від вибуху мають значно вищі середні бали PCL порівняно з неконтуженими, а також вищу ймовірність діагнозу ПТСР [7]. У нашій вибірці комбіновані травми (що часто містять черепно-мозкову контузію) призводили до найбільш виражених посттравматичних симптомів, тоді як ізольовані осколкові поранення – до відносно меншого. Це підтверджує, що саме черепно-мозкове ушкодження та вибухова хвиля відіграють ключову роль у патогенезі психотравми. Важливо зазначити, що навіть легкі контузії можуть мати серйозні наслідки: як показано в роботі Фітькало (2024), легка мінно-вибухова контузія здатна викликати стійкі органічні та вегетативні порушення ЦНС, які лежать в основі невротичних і посттравматичних розладів [15–16]. Повторні або недоліковані контузії «накопичують» патологічні зміни і значно підвищують ризики розвитку хронічного ПТСР [17]. Наше спостереження про відсутність чіткої тенденції до зниження симптоматики з плином часу після травми свідчить, що без цілеспрямованої терапії ПТСР може зберігатися тривалий час або навіть посилюватися, особливо за наявності неврологічних наслідків травми та тригерів, які нагадують про неї.

Щодо лікувально-реабілітаційної тактики, результати дослідження підтверджують високу ефективність сучасних психотерапевтичних підходів при ПТСР у військових. І КПТ, і метод EMDR продемонстрували виражене зниження посттравматичної симптоматики. Це узгоджується з міжнародними настановами, які рекомендують саме травмофокусовану когнітивно-поведінкову психотерапію та EMDR як терапії першого ряду при ПТСР [18–19]. Дослідження показують, що понад половина пацієнтів з ПТСР досягає значного поліпшення або одужання після курсу таких психотерапій [11]. Наші дані (приблизно 70–75 % ремісій після КПТ/EMDR) зіставні з цими літературними даними й навіть дещо перевищують середні показники ефективності, що може пояснюватися високою мотивацією наших пацієнтів до одужання та відносно коротким строком хвороби у частини з них.

Медикаментозна терапія (антидепресанти) виявилася менш дієвою в усуненні симптомів ПТСР, хоча й дала частковий позитивний ефект. Це відповідає опублікованим даним: наприклад, за оцінками, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну забезпечують клінічну відповідь приблизно в 60 % хворих на ПТСР, але повну ремісію – лише у 20–30 % [13]. У нашому дослідженні фармакотерапія зменшувала вираженість симптомів (особливо порушень сну, частково – тривоги), але не завжди дозволяла пацієнтам повністю повернутися до нормального функціонування. Водночас медикаментозне лікування є важливим компонентом менеджменту коморбідного ПТСР, адже сприяє корекції супутніх розладів – депресії, тривоги, розладів сну, хронічного больового синдрому тощо. Так, 85 % поранених у нашій вибірці мали хронічний больовий синдром, пов'язаний з травмами, що часто підтримує тривогу і безсоння; адекватне знеболення та використання ад'ювантних препаратів (ноотропів, нейрометаболічних засобів) могло покращити загальний результат лікування [20].

Особливої уваги заслуговує комплексний підхід до реабілітації військовослужбовців з МБТ і ПТСР. Наші спостереження підтверджують думку, що оптимальною стратегією є поєднання психотерапії та медикаментозної підтримки з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта [12]. У роботі М. М. Матяша (2018) наголошено, що для пацієнтів із МБТ та ПТСР ефективним є мультимодальний підхід, який передбачає групову та індивідуальну психотерапію, сімейну терапію, фармакотерапію (антидепресанти, анксиолітики за потреби, ноотропи, знеболювальні, судинні препарати для нейрореабілітації) та навіть нетрадиційні методи (рефлексотерапія) [20–21]. Вітчизняні фахівці рекомендують двонаправлене ведення таких пацієнтів: обов'язкову психотерапію (травматерапія, розвиток навичок стрес-менеджменту, EMDR тощо) в поєднанні з медикаментозною допомогою за необхідності [22–23]. Отримані нами результати цілком узгоджуються із цим: психологічна реабілітація є ключовою для подолання ПТСР, але також слід враховувати органічні наслідки МБТ (ушкодження мозку, слуху, опорно-рухові порушення, біль) і надавати комплексну медичну допомогу.

Висновки. Висока коморбідність ПТСР та мінно-вибухових травм. Бойові мінно-вибухові травми у військовослужбовців дуже часто супроводжуються розвитком посттравматичного стресового розладу. У дослідженій вибірці 83 % поранених мали клінічні ознаки ПТСР, що підкреслює необхідність рутинного психіатричного скринінгу та спостереження за всіма травмованими бійцями.

Встановлено, що важкі та комбіновані МБТ (з черепно-мозковими ушкодженнями) підвищують імовірність виникнення ПТСР і призводять до більш вираженої симптоматики. Легші травми (наприклад, ізольована контузія чи поодинокі поранення) дещо рідше ускладнюються ПТСР або спричиняють його легші форми. Це потрібно враховувати при прогнозуванні стану та плануванні реабілітації: пацієнти з тяжкими пораненнями потребують особливо пильної уваги з боку психолога і психіатра.

Індивідуальна травмофокусована КПТ та метод EMDR продемонстрували високу результативність, забезпечивши зниження симптомів у більшості пацієнтів і досягнення ремісії в 70–75 % випадків. Ці підходи рекомендовано використовувати як першу лінію терапії для військовослужбовців із ПТСР.

Антидепресанти (SSRIs та інші) сприяють зменшенню окремих проявів ПТСР (тривоги, депресії, порушень сну), але рідко призводять до повної ремісії при застосуванні ізольовано. Тому фармакотерапію доцільно комбінувати з психотерапією; також ліки важливі для корекції коморбідних станів (біль, постконтузійний синдром, невротичні розлади).

Щодо рекомендацій до менеджменту «МБТ–ПТСР», оптимальною є інтегрована лікувально-реабілітаційна програма, що поєднує: психологічну допомогу (психотерапія індивідуальна і за можливості групова, робота з травмою, навчання навичкам подолання стресу, сімейна психологічна підтримка); медичний супровід (фармакотерапія антидепресантами, за потреби транквілізатори коротким курсом, засоби для покращення когнітивних функцій і сну, лікування хронічного болю, вестибулярної дисфункції тощо); соціальну реабілітацію (реінтеграція військового у колектив, підтримка з боку побратимів, ветеранів, соціальні послуги). Такий мультидисциплінарний підхід забезпечить врахування як психологічних, так і фізичних наслідків бойової травми і максимально повне відновлення здоров'я та працездатності військовослужбовців.

Література:

1. Аймедов К. В., Асєєва Ю. О., Волощук А. Е., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 2. С. 128–129.
2. Асєєва Ю. О., Аймедов К. В., Яцишина А. М. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у військовослужбовців. *Габітус*. 2024. Вип. 63. С. 137–141. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23>
3. Зайцев В. В. Психологічна травма та механізми формування посттравматичного синдрому у військовослужбовців. *Психологічний журнал*. 2021. № 1. С. 33–40.
4. Козлова І. В. Психологічні наслідки бойового стресу: діагностика та шляхи подолання. *Соціальна психологія*. 2020. № 4. С. 42–51.
5. Коляда О. І. Посттравматичний стресовий розлад: методологія дослідження, особливості перебігу у військовослужбовців. *Вісник НУОУ. Серія: Психологія*. 2019. № 3. С. 80–88.
6. Пов'якель Н. М. Посттравматичний стресовий розлад: сучасне розуміння, клініка, підходи до психосоціальної реабілітації. *Психологія і суспільство*. 2020. № 3. С. 50–59.
7. Соловей О. М. Психологічні чинники формування ПТСР у військових із бойовим досвідом. *Збірник наукових праць ХНПУ ім. Г. С. Сковороди. Серія: Психологія*. 2021. № 62. С. 117–124.
8. Хмелевська О. В. Психологічна підтримка військовослужбовців із симптомами ПТСР. *Військова психологія: теорія і практика*. 2020. № 1(21). С. 36–44.
9. Смашна О. Є. Визначення особливостей психопатологічної структури ПТСР, коморбідного з черепно-мозковою травмою, за допомогою CAPS-5. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2021. № 2. С. 151–160. DOI: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2021.v.i2.12219>
10. Фітькало О. С., Негрич Т. І. Особливості діагностики ПТСР у пацієнтів з контузією, ускладненою адиктивною та іншою коморбідною психопатологією. *Міжнародний неврологічний журнал*. 2024. Т. 20, № 6. С. 33–36.
11. 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. *New England Journal of Medicine*. 2008. Vol. 358, No. 5. P. 453–463. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa072972>
12. Vasterling J. J., Verfaellie M., Sullivan K. D. Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder in returning veterans: perspectives from cognitive neuroscience. *Clinical Psychology Review*. 2009. Vol. 29, No. 8. P. 674–684. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.004>
13. Borinuoluwa R., Ahmed Z. Does Blast Mild Traumatic Brain Injury Have an Impact on PTSD Severity? *Trauma Care*. 2023. Vol. 3, No. 1. P. 9–21. DOI: <https://doi.org/10.3390/traumacare3010002>
14. Bradley R., Greene J., Russ E., Dutra L., Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*. 2005. Vol. 162, No. 2. P. 214–227. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
15. Reisman M. PTSD Treatment for Veterans: What's Working, What's New, and What's Next. *Pharmacy and Therapeutics*. 2016. Vol. 41, No. 10. P. 623–634. PMID: 27757001.
16. Матяш М. М. Мультиmodalний підхід у лікуванні віддалених наслідків мінно-вибухової закритої черепно-мозкової травми та ПТСР у учасників АТО. *Нейрохірургія і неврологія (Health-UA)*. 2018. URL: <https://health-ua.com/article/33766>
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. 947 p.
18. American Psychiatric Association. *DSM-5-TR: Text Revision*. Washington, DC : American Psychiatric Association, 2022. 1150 p.
19. World Health Organization. *ICD-11: International Classification of Diseases*. 11th Revision. Geneva : WHO, 2019.
20. U.S. Department of Veterans Affairs. National Center for PTSD resources. URL: <https://www.ptsd.va.gov>
21. NATO Science & Technology Organization. *Psychological health and resilience in military operations*. NATO STO Technical Report. 2020.

22. Yehuda R., Hoge C. W., McFarlane A. C., Vermetten E., Lanius R. A., Nievergelt C. M., et al. Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 2015. Vol. 1. Article 15057. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>.
23. Центр громадського здоров'я України. Посттравматичний стресовий розлад: інформаційні матеріали. Київ : ЦГЗ, 2022.

References:

1. Aymedov, K. V., Asieieva, Y. O., Voloshchuk, A. E., & Tolmachov, O. A. (2016). Suchasna diahnostychna kontseptsia posttravmatychnoho stresovoho rozladu [Modern diagnostic concept of post-traumatic stress disorder]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, 22(2), 128–129 [in Ukrainian].
2. Asieieva, Y. O., Aymedov, K. V., & Yatsyshyna, A. M. (2024). Vplyv voiennykh dii na rozvytok PTSD u viiskovosluzhbovtziv [The impact of military actions on the development of PTSD in servicemen]. *Habitus*, 63, 137–141. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.63.23> [in Ukrainian].
3. Zaitsev, V. V. (2021). Psykholohichna travma ta mekhanizmy formuvannia posttravmatychnoho syndromu u viiskovosluzhbovtziv [Psychological trauma and mechanisms of post-traumatic syndrome formation in military personnel]. *Psykholohichniy zhurnal – Psychological Journal*, (1), 33–40 [in Ukrainian].
4. Kozlova, I. V. (2020). Psykholohichni naslidky boiovoho stresu: diahnozyka ta shliakhy podolannia [Psychological consequences of combat stress: diagnosis and coping strategies]. *Sotsialna psykholohiia – Social Psychology*, (4), 42–51 [in Ukrainian].
5. Kolyada, O. I. (2019). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: metodolohiia doslidzhennia, osoblyvosti perebihu u viiskovosluzhbovtziv [Post-traumatic stress disorder: research methodology and features of the course in military personnel]. *Visnyk NUOU. Seriya: Psykholohiia – Bulletin of the National Defense University of Ukraine. Psychology Series*, (3), 80–88 [in Ukrainian].
6. Povyakel, N. M. (2020). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad: suchasne rozuminnia, klinika, pidkhody do psykhosotsialnoi reabilitatsii [Post-traumatic stress disorder: current understanding, clinical features, and approaches to psychosocial rehabilitation]. *Psykholohiia i suspilstvo – Psychology and Society*, (3), 50–59 [in Ukrainian].
7. Solovey, O. M. (2021). Psykholohichni chynnyky formuvannia PTSD u viiskovykh iz boiovym dosvidom [Psychological factors of PTSD formation in combat-experienced military personnel]. *Zbirnyk naukovykh prats KhNPU im. H. S. Skovorody. Seriya: Psykholohiia – Collection of Scientific Works of KhNPU. Psychology Series*, (62), 117–124 [in Ukrainian].
8. Khmelevska, O. V. (2020). Psykholohichna pidtrymka viiskovosluzhbovtziv iz symptomamy PTSD [Psychological support for servicemen with PTSD symptoms]. *Viiskova psykholohiia: teoriia i praktyka – Military Psychology: Theory and Practice*, 1(21), 36–44 [in Ukrainian].
9. Smashna, O. Ye. (2021). Vyznachennia osoblyvostei psykhopatolohichnoi struktury PTSD, komorbidnoho z TBI, za dopomohoiu CAPS-5 [Determining the psychopathological structure of PTSD comorbid with TBI using CAPS-5]. *Zdobutky klinichnoi i eksperymentalnoi medytsyny – Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, (2), 151–160. <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2021.v.i2.12219> [in Ukrainian].
10. Fitkalo, O. S., & Nehrych, T. I. (2024). Osoblyvosti diahnozyky PTSD u patsientiv z kontuziieiu, uskladnenoiu komorbidnoiu psykhopatolohiieiu [Specifics of PTSD diagnosis in patients with concussion complicated by comorbid psychopathology]. *Mizhnarodnyi nevrolohichniy zhurnal – International Neurological Journal*, 20(6), 33–36. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.20.6.2024.280> [in Ukrainian].
11. Hoge, C. W., McGurk, D., Thomas, J. L., Cox, A. L., Engel, C. C., & Castro, C. A. (2008). Mild traumatic brain injury in U.S. soldiers returning from Iraq. *New England Journal of Medicine*, 358(5), 453–463. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa072972>
12. Vasterling, J. J., Verfaellie, M., & Sullivan, K. D. (2009). Mild traumatic brain injury and posttraumatic stress disorder in returning veterans: perspectives from cognitive neuroscience. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 674–684. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.004>
13. Borinuoluwa, R., & Ahmed, Z. (2023). Does blast mild traumatic brain injury have an impact on PTSD severity? *Trauma Care*, 3(1), 9–21. <https://doi.org/10.3390/traumacare3010002>
14. Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 214–227. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.214>
15. Reisman, M. (2016). PTSD treatment for veterans: What's working, what's new, and what's next. *Pharmacy and Therapeutics*, 41(10), 623–634. PMID: 27757001
16. Matyash, M. M. (2018). Multimodalnyi pidkhid u likuvanni viddalenykh naslidkiv blast-related TBI ta PTSD v uchasykykh ATO [Multimodal approach to treating long-term consequences of blast-related TBI and PTSD in ATO participants]. *Neurokhirurhiia i nevrolohiiia (Health-UA) – Neurosurgery and Neurology (Health-UA)*. Retrieved from <https://health-ua.com/article/33766> [in Ukrainian].
17. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
18. American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
19. World Health Organization. (2019). *ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision*. Geneva : WHO.
20. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (n.d.). PTSD: National Center for PTSD resources. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov>
21. NATO Science & Technology Organization. (2020). *Psychological health and resilience in military operations*. NATO STO Technical Report.
22. Yehuda, R., Hoge, C. W., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Lanius, R. A., Nievergelt, C. M., et al. (2015). Post-traumatic stress disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15057. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.57>
23. Public Health Center of Ukraine. (2022). Post-traumatic stress disorder: Information materials. Kyiv : PHC Ukraine.

Стаття надійшла до редакції 20.08.2025
Статтю прийнято до публікації 12.09.2025
Стаття опублікована 16.10.2025