



## Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів

Соченко Т.<sup>1</sup>, Габінська А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Варшавський університет соціальних і гуманітарних наук, Польща

### Анотація

Основна концепція огляду - проаналізувати поточну ситуацію у лікуванні ПТСР серед військовослужбовців і ветеранів. Ця стаття орієнтована саме на посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний із перебуванням в зоні бойових дій. В ній досліджуються орієнтовні заходи, рекомендовані для використання при цьому стані, наслідки ПТСР і ефективність різних підходів щодо лікування згідно із міжнародними рекомендаціями щодо доказової медицини.

**Ключові слова:** ПТСР, ветерани, комбатанти, військові, стресова реакція, лікування

### 1 Актуальність

Протягом усієї історії люди завжди піддавались впливу травматичних подій, залучаючись у військові конфлікти. Двадцять перше століття не є винятком. Воно розпочалося із періоду насильства та страху, коли різні прошарки населення по всьому світу були свідками соціально-політичних та збройних конфліктів, громадянських воєн, територіальних суперечок та кримінальних злочинів. Слід зазначити, що нині 67 країн беруть участь у військових конфліктах [1]. Враховуючи, що в багатьох країнах ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) внаслідок перебування в зоні бойових дій є високим, критичний аналіз ефективності різних підходів у лікування цього стану є надзвичайно актуальним. Ця стаття спрямована на критичний аналіз поточної доказової бази щодо ПТСР, огляд клінічних настанов та узагальнення у вигляді коротких рекомен-

дацій. Важливо відзначити, що цей огляд сфокусований виключно на ПТСР, асоційований із перебуванням в зоні бойових дій, у військовослужбовців та ветеранів війни.

ПТСР є тяжким психічним розладом, який може розвинути після пережитої емоційно перевантаженої травматичної події. До таких подій можна віднести перебування в зоні бойових дій, природні та антропогенні лиха, сексуальне насильство та зґвалтування, пограбування, тортури, позбавлення волі, раптову втрату коханої людини, певні діагнози, міжособистісні конфлікти, вимушене переселення та інші. Всі ці події є потенційно небезпечними для життя і можуть призводити не тільки до ПТСР, але й до цілого ряду інших психічних чи соматичних порушень.

Вважається, що ПТСР як діагноз виник після війни у В'єтнамі, коли США зіштовхнулись із психологічними наслідками у військових цього збройного конфлікту. В

рамках лікування цього стану Американська психіатрична асоціація (АПА) офіційно ввела цей діагноз. Він був доданий у 1980 році в третьому виданні Діагностичної та статистичної настанови з психічних розладів (DSM-III) у категорію тривожних розладів. До цього ПТСР не був ідентифікований як розлад психічного здоров'я, і за для позначення цього стану використовувались близько 80 різних назв, включаючи ностальгію, солдатське серце ("soldier's heart"), військовий шок, бойову втому, реакцію на бойовий стрес та багато інших. У ранньому уявленні про ПТСР ПТСР-подібні симптоми вважалися викликаними вродженою індивідуальною слабкістю, той час як на даний час цей стан розглядається як наслідок травматичної події, яка виходить за рамки звичного людського досвіду. Окрім того, важливим є також те, як індивід оцінює цю подію, яке значення він їй надає [2].

## 2 Діагностика

Згідно DSM-5 (2013), посттравматичний стресовий розлад являє собою групу пов'язаних зі стресом станів із кластером симптомів, які з'являються або значно посилюються після експозиції до серйозної травми, сексуального насильства або іншої травматичної події. Окрім того, для розвитку ПТСР може бути достатньою експозиція до аверсивних наслідків подібної події (наприклад, прибуття на місце авіакатастрофи) та отримання інформації про те, що така подія трапилась із членом родини чи близькою людиною (критерій А). Реакція індивіда на таку подію включає її повторне переживання у вигляді думок, нічних кошмарів, флешбеків (критерій В), уникнення пов'язаних із травмою думок, почуттів і ситуацій, які здатні викликати травматичні спогади (критерій С), негативні зміни в емоціях та переконаннях (Criterion D), підвищену реактивність та збудження (критерій Е). Діагноз виставляється при тривалості цих симптомів більше одного місяця (критерій F). Ще одним критерієм є дистрес та порушення нормального повсякденного функціонування внаслідок цих симптомів (Критерій G) і ці симптоми не повинні бути пов'язаними із використанням лікарських препаратів й інших речовин, або іншим медичним станом (критерій H). Критерій А є основною частиною діагнозу ПТСР, який передбачає наявність травмуючої події як передумови для розвитку симптомів. Подальша оцінка вказаних вище критері-

їв проводиться тільки при наявності експозиції до травматичної події, в іншому випадку стан пацієнта не має кваліфікуватись як ПТСР [3].

При ПТСР індивід може мати труднощі із прийняттям минулого досвіду, підтримуванням міжособистісних стосунків із родиною та друзями, довірою до інших людей, інтересом до видів активності, які раніше приносили задоволення та в обговорюванні своїх почуттів з іншими. Інші симптоми, такі як безсоння, відчуття провини, унікаюча поведінка, емоційна нечутливість, є дуже поширеними й призводять до значного дистресу та ускладнення повсякденного функціонування.

В умовах війни солдати залучаються у ситуації, які несуть безпосередню загрозу їхньому фізичному та психічному здоров'ю, наприклад, вибухи снарядів, обстріли, власні травми та поранення або такі у побратимів, вбивства інших людей. Як результат цього, після повернення із зони військового конфлікту, внаслідок переведення на іншу службу або демобілізації, можуть з'явитись перші прояви реакції організму на стрес - підвищена реактивність, порушення сну, уникнення того, що може нагадувати про цю подію, відчуття дереалізації та деперсоналізації. Тривалість цих симптомів більше одного місяця може кваліфікуватись як ПТСР, що вимагає професійної допомоги.

Поширеність ПТСР, пов'язаного із перебуванням в зоні бойових дій, серед ветеранів війни В'єтнамі коливається від 2.2% - 15.2%, війни в Перській затоці - 1.9% - 13.2%, війни в Іраку та Афганістані - 4% - 17.1%. Згідно із сучасними даними, цей розлад виникає приблизно у 17% жертв війни [4].

## 3 Причини ПТСР

Питання про причини ПТСР і його розвиток є комплексним. ПТСР розвивається далеко не у всіх осіб, які пережили травматичну подію. Відповідно до дослідження, проведеного в 1995 році, прояви психологічної травми були виявлені у 61% чоловіків, які пережили травматичну подію, але тільки в 8,1% згодом був виставлений діагноз ПТСР [5]. В дослідженнях за участю жінок були отримані дещо інші дані. Після пережитої травматичної події клінічно значущі симптоми ПТСР було діагностовано у кожній п'ятої жінки (у 20.4%). Окрім гендерних відмінностей існують деякі інші фактори, які підвищу-

ють ризик розвитку ПТСР, включаючи біологічні, психологічні та соціальні фактори. Існують також докази, що наявність певних генів підвищує ймовірність розвитку ПТСР після пережитої травматичної події, хоча ці дані мають суперечливий характер [6]. Водночас, дослідження за участю ветеранів війни у В'єтнамі продемонстрували, що додатковий психологічний стрес, наприклад, нестабільність в сім'ї, достовірно підвищує ймовірність розвитку ПТСР [7]. Нарешті, щодо соціального фактора, наприклад, наявність міцної соціальної підтримки, згідно із результатами досліджень суттєво знижує ризик розвитку ПТСР після травмуючої події [8].

## 4 Лікування

Отримання ефективного лікування має вирішальне значення для зменшення симптомів розладу та покращення функціонування. На даний час варіанти лікування ПТСР включають психологічні й фармакологічні інтервенції. Вибір лікування залежить від таких факторів, як особистий вибір пацієнта форми лікування, його мотивація, прихильність до лікування, клінічна відповідь на попереднє лікування, тяжкість симптомів ПТСР, наявність супутніх соматичних захворювань або психічних розладів. Слід зазначити, що ПТСР має високу коморбідність з іншими психічними розладами. Він часто зустрічається разом із депресивними та тривожними розладами, а також із розладами, пов'язаними із вживанням психоактивних речовин/алкоголю. Всі вони можуть значно ускладнити діагностику та лікування. Згідно із дослідженням Seal К.Н. та співавт. (2007), проведеного за участі 103,788 ветеранів США, які воювали в Іраку та Афганістані, серед військових із ПТСР тільки у 17% цей діагноз зустрічався без супутніх проблем із соматичним чи психічним здоров'ям [9]. У іншому дослідженні було помічено більш складний перебіг, в контексті тяжкості симптомів, та меншу ефективність лікування серед осіб із ПТСР, коморбідним з іншими розладами [10]. Серед інших факторів, які можуть впливати на вибір методу лікування, варто зазначити навички та досвід лікаря, доступність добре підготовлених клінічних (медичних) психологів. Звісно, використання того чи іншого психотерапевтичного методу вимагає відповідної підготовки фахівців, а їх відсутність, наприклад в невеликих містечках, значно звужує вибір методів для лікування цього

стану.

В останні роки цілий ряд клінічних практичних посібників, присвячених менеджменту ПТСР, був опублікований в різних частинах світу, включаючи Європу, Австралію та Північну Америку. Їх рекомендації створені на основі всебічного аналізу наукових доказів щодо діагностики та ефективності методів лікування. Вони мають як багато спільних моментів, так і деякі відмінності щодо підходів до менеджменту цього розладу. За даними Forbes D. та співавторів (2015) серед важливих спільних рекомендацій слід виділити підтримання використання травмофокусованих психологічних методів лікування у якості терапії першої лінії та фармакотерапії у певних клінічних ситуаціях [11].

## 5 Ефективність лікування ПТСР

### 5.1 Психологічні інтервенції

Психологічні методи відіграють важливу роль у лікуванні ПТСР та, згідно із клінічними настановами, рекомендуються в якості терапії першої лінії для більшості випадків. Причому, клінічні настанови не роблять ніяких виключень для ПТСР, пов'язаного із перебуванням в зоні бойових дій [11, 12, 13, 14, 15, 16]. Тим не менше, важливо відзначити, що, базуючись на результатах систематичних мета-аналітичних оглядів, цивільні особи зазвичай мають кращу відповідь на психологічні інтервенції, ніж військові або ветерани війни [17, 18]. Одна із причин такого зниження ефективності лікування може полягати у комплексності травматичного досвіду, пов'язаного із бойовим стресом.

Як зазначають Naagen J.F.G. та співавт. (2015), більшість зі згаданих вище клінічних настанов рекомендують у якості першої терапії першої лінії використання наступних психологічних методів лікування: десенсибілізацію та проробку травми рухами очей (EMDR), тривалу експозицію, когнітивну терапію, травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (TF-CBT), когнітивне опрацювання (cognitive processing therapy, CPT) та терапію керування стресом [19]. Кожна настанова включає рейтингову шкалу для рекомендованих методів лікування для зазначення сили та якості доказів для кожного із зазначених методів. Серед відмінностей між існуючими настановами слід зазначити критерії оцінки

ПТСР. Разом із цим, рекомендації містять різні підходи до EMDR і TF-CBT та часто взаємозамінюють ці методи у якості терапії першої лінії [11].

## 5.2 Десенсибілізація та пророблення травм рухами очей (EMDR)

EMDR є комплексним багатокомпонентним психотерапевтичним підходом, який був розроблений Франсін Шапіро в кінці 1980-х років. На даний час він рекомендується у якості ефективного втручання для ПТСР, асоційованого із бойовим стресом, більшістю відповідних клінічних настанов. EMDR терапія допомагає переробляти травматичні спогади й інший несприятливий життєвий досвід, який викликає негативні думки, емоції та поведінку, через що вони перестають бути психологічно обтяжливими для людини. При проведенні EMDR індивід фокусується одночасно на пов'язаних із травмою образах, спогадах, емоціях, думках та тілесних відчуттях. Процес включає рухи очима зі сторони в сторону. При типовій сесії терапевт просить пацієнта не повертаючи голови слідкувати очима за рухами пальців (терапевта), які здійснюються у полі зору пацієнта з одного його боку до іншого, при цьому також слід згадувати минулий травматичний досвід.

EMDR складається із декількох етапів, які повинні бути проведені у наступному порядку: збирання анамнезу та оцінка попереднього стану пацієнта, проведення власне десенсибілізації, вибір позитивних когніцій, перевірка на предмет залишкових ефектів травми, закінчення сеансу та повторна оцінка стану пацієнта [20]. Зазвичай один сеанс EMDR триває від 60 до 90 хвилин. Сесія може повторюватися стільки разів, скільки необхідно [21]. Метою терапії EMDR є зменшення дистресу та підсилення адаптивних переконань, пов'язаних із травматичним досвідом.

## 5.3 Тривала експозиція (PE)

PE терапія являє собою набір процедур, які були розроблені Едною Фоа для лікування ПТСР в кінці 1980-х років. Цей метод допомагає людині протистояти стимулам, пов'язаних із травматичним досвідом, які провокують виникнення тривоги. У цілому, існує три типи PE: *in vivo*, *in sensu* (в уяві) та інтероцептивна. Як правило,

курс лікування складає 8-15 сесій тривалістю 60-90 хвилин кожна. Експозиція *in vivo* використовується для роботи з уникненням пов'язаних із травмою ситуацій та видів активності; при цьому людина змінює інтерпретацію цих ситуацій (які, насправді, є безпечними) та переставляє їх уникати, оскільки вони втрачають свою початкову значущість. Зазвичай така робота надається пацієнту у якості домашнього завдання. Імажинативна (*in sensu*) експозиція призначена для повторного переживання травматичного досвіду в уяві для зміни його негативного впливу на когніції та емоції. Переоцінка травми дозволяє позбутися тривоги, яка супроводжує симптоми інтрузії при ПТСР. Експозицію важливо продовжувати до того моменту, поки тривога не знизиться [22]. В одному із показових досліджень, присвяченому PE, цей метод дозволяв досягти клінічно значущого покращення стану у 60% ветеранів війни із ПТСР [23].

## 5.4 Когнітивна терапія (СТ)

СТ був розроблений Аароном Беком в 60-х роках минулого століття. Цей підхід спрямований на виявлення і корекцію ірраціональних переконань - логічних помилок, які призводять до викривленої інтерпретації подій. Він також є дієвим інструментом для роботи зі спогадами про травматичний досвід, сприйняттям навколишнього світу та переконаннями стосовно власної особистості, які призводять до дистресу. На додачу до цього, СТ допомагає подолати проблемну поведінку і неприємні емоційні реакції. Перший крок в сеансах СТ полягає у встановленні хороших довірливих відносин з пацієнтом. Подальші етапи призначені для того, щоб навчити пацієнта виявляти, ставити під сумнів та змінювати автоматичні думки. Тривалість курсу СТ залежить від тяжкості проблеми. Сеанси рекомендується проводити щотижня до тих пір, поки симптоми суттєво не зменшаться [24].

## 5.5 Когнітивне опрацювання (CPT)

Цей вид психотерапії заснований на теоріях, присвячених вивченню обробки когнітивної та емоційної інформації, та фокусується на наслідках травми. Він був розроблений Патрісією Резік, Кендіс Монсон та Кетлін Чард в кінці 1980х років для лікування жінок - жертв сексуального насилля. Ця терапія спрямована на заохоче-

ння доступу індивіда до негативних та дистресорних думок для конфронтації із ними та подальшої заміни. СРТ є хорошим інструментом для зміни способу мислення. Зазвичай, курс СРТ триває до трьох місяців та складається із 12 щотижневих сесій при тривалості кожного сеансу від 60 хвилин [25].

## 5.6 Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT)

TF-CBT є короткостроковою психотерапією, яка має на меті зменшення симптомів, пов'язаних із травматичною подією. Цей метод був створений Джудіт Коен, Ентоні Маннаріном та Естер Деблінгер у 1980-х роках. Він зосереджений на роботі із негативними емоціями, фізичними реакціями та будь-якими іншими труднощами, пов'язаними із травматичним досвідом. Зазвичай, індивідуальна або групова робота за TF-CBT складається із 12-16 сеансів та включає психоосвіту, поступову експозицію, моделювання поведінки, вироблення копінг-стратегій та тренінгу щодо регулювання власної поведінки (при симптомах надмірної реактивності) [26].

## 5.7 Фармакологічні втручання

Існує доволі велика кількість препаратів, ефективність яких вивчалась при ПТСР. Загалом, це медикаменти із класів антидепресантів, антипсихотиків та бензодіазепінів.

Найбільшою доказовою базою щодо ПТСР володіють селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну. Вони найбільш інтенсивно вивчалась в рамках рандомізованих контрольованих досліджень та продемонстрували найбільшу ефективність серед інших препаратів. Це, передусім, стосується таких представників класу, як флуоксетин, сертралін та пароксетин. Серед інших антидепресантів, які можуть мати певну дієвість, слід відзначити селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну (SNRI, наприклад, венлафаксин), інгібітори зворотного захвату серотоніну, норадреналіну та допаміну (SNDRI, наприклад, нефазодон), норадренергічні та специфічні серотонінергічні антидепресанти (NaSSA, наприклад, міртазапін), інгібітори моноаміноксидази (MAOI, наприклад, фенелзин) та трициклічні антидепресанти (TCA, наприклад, іміпрамін та

амітриптилін).

Інші два класи препаратів, що можуть мати певну ефективність при ПТСР, включають антипсихотики (наприклад, бупропіон) та бензодіазепіни. Антипсихотики, імовірно, призначені для більш хронічних та комплексних симптомів ПТСР та не рекомендовані у якості монотерапії (слід використовувати разом з іншими типами препаратів).

Окрім того, є також й інші медикаменти, такі як альфа-1 адренергічні агоністи (наприклад, празозин), які традиційно не розглядаються як психотропні, але можуть використовуватися для лікування симптомів збудження та реактивності. В таблиці 1 представлені рекомендації із провідних клінічних настанов щодо використання вищенаведених препаратів.

Рекомендації щодо фармакотерапії серед клінічних настанов по ПТСР дещо розрізняються, але спільним є те, що в більшості препарати рекомендовано використовувати разом із психотерапією. Загалом, найбільше доказів щодо дієвості мають пароксетин, венлафаксин та флуоксетин, водночас, більшість інших ліків не мають достатньої доказової бази при ПТСР [27]. З іншого боку, в одному із досліджень, проведеному Lee та співавт. (2016), результати продемонстрували лише невеликий позитивний ефект від використання пароксетину і флуоксетину, в той самий час як сертралін, венлафаксин та нефазодон перевершили по ефективності інші препарати [28].

При виборі методу лікування ПТСР слід пам'ятати про, в цілому, невеликий ефект фармакотерапії у порівнянні із психотерапією, а також про можливі побічні ефекти препаратів. Навіть враховуючи порівняно добру переносимість медикаментів із класів SSRI та SNRI. Найбільш розповсюдженими при їх використанні є шлунково-кишкові побічні ефекти та порушення сексуальної сфери. MAOI та TCA є менш безпечними через їх антихолінергічну дію, токсичність, порівняно низький поріг летальної дози та психомоторні та когнітивні порушення. Окрім цього, використання MAOI вимагає підтримання спеціальної дієти, що робить їх прийдом ще більш складним. Антипсихотики можуть спричинити набір ваги, діабет та інші небажані метаболічні наслідки. Через це та слабку доказову базу MAOI та антипсихотики зазвичай рекомендуються у якості терапії другої та третьої лінії при лікуванні ПТСР.

## 6 Висновок

Загалом, у цій статті розглянуті всі загальноприйняті методи лікування ПТСП. Однак слід також зробити деякі ремарки. Так, в метааналізі, проведеному Нааген J.F.G. та співавт. (2015), PE та CPT продемонстрували більшу ефективність при лікуванні ветеранів війни та військовослужбовців, ніж EMDR [19]. На думку цих вчених, питання про використання EMDR у якості терапії першої лінії для ПТСП внаслідок бойового стресу потребує подальшого дослідження його дієвості. З іншого боку, в недавньому огляді доказової бази [29], було вказано, що лише менше половини військових може очікувати клінічно значущого покращення симптомів ПТСП після використання CPT та PE. Інші методи в цій роботі не розглядалися.

EMDR та TF-CBT отримали найвищу оцінку ефективності у більшості світових рекомендацій по ПТСП у ціло-

му. Крім того, в рамках Кокранівського огляду TF-CBT та EMDR мали однакову дієвість та, при цьому, були ефективнішими за інші методи [30]. І тільки в клінічній настанові Американської психіатричної асоціації (APA) EMDR був наданий 2-й (а не 1-й, найвищий) ступінь доказовості [13]. Автори цієї настанови вбачали рівень доказовості EMDR недостатнім для більш високої оцінки. Згідно із висновком APA необхідні подальші дослідження щодо порівняння EMDR та TF-CBT. Ці дослідження можуть мати важливе значення в прийнятті рішень щодо методу психотерапевтичного лікування.

Слід зазначити, що, окрім використання у якості єдиного методу лікування, психологічні та фармакологічні інтервенції можуть використовуватися й разом, у вигляді комбінованої терапії. Наприклад, за даними Forbes D. та співавт. (2015) психотерапевтичні техніки у комбінації із препаратами можна рекомендувати при тяжкому ПТСП, якщо не було клінічно значимої відповіді на

Табл. 1: Лікарські препарати в рекомендаціях провідних клінічних настанов по менеджменту ПТСП.

Клас	Назва	Va/DoD, 2003		APA, 2004		NICE, 2005		NHMRC, 2007		ISTSS, 2008	
		1*	2*	1	2	1	2	1	2	1	2
SSRI	Флуоксетин	X		X							X
	Сертралін	X		X		X		X			X
	Пароксетин	X		X		X		X			X
SNRI	Венлафаксин	X		X							X
NaSSAs	Міртазапін			X							X
SNDRI	Нефазодон		X	X							X
MAOI	Фенелзин		X	X		X		X			X
TCA	Іміпрамін			X							
	Амітриптилін			X		X		X			
NDRI	Бупропіон										X
Non-BzRA	Золпідем										
	Зопіклон										
A1 agonist	Празозин		X								X
Beta-blockers	Пропранолол										

\*Терапія першої та другої лінії відповідно.

монотерпію [11]. Однак, доказова база щодо комбінованої терапії має обмежений характер. Також слід врахувати суттєво більшу дієвість травмофокусованих психотерапевтичних методів (TF-CBT, PE, CPT) у порівнянні із фармакотерапією [28]. Таким чином, перед рекомендацією комбінованої терапії слід провести відповідні порівняльні клінічні випробування, щоб більш детально зрозуміти ефекти сумісного використання психо- та фармакотерапії.

Згідно із Forbes D. та співавт. (2015), одна із суттєвих різниць між різними клінічними настановами полягає у межах використання фармакотерапії [11]. VA/DoD (2003), APA (2004), ISTSS (2008) припускають використання як медикаментозного лікування, так і психотерапії у якості еквівалентних методів для терапії першої лінії [12],[13],[16]. Водночас, NICE (2005) та NHMRC (2007) не рекомендують використовувати фармакотерапію, коли є можливим проведення травмофокусованих методів психотерапії, а пароксетин, сертралін, амітриптилін і фенелзін слід використовувати у якості другої лінії терапії [14],[15]. Важливо зазначити, що клінічна настанова NICE (2005) надає перевагу пароксетину, на противагу цьому в інших настановах рекомендована використовувати SSRI без надання переваги якому-небудь препарату із цієї групи [14]. Настава VA/DoD (2003) рекомендує використання SSRI та SNRI як еквівалентних методів для терапії першої лінії, той час як у терапію другої лінії включені празозин, ТСА, MAOI та нефазодон [12]. Сертралін, пароксетин, флуоксетин, венлафаксин, міртазапін, нефазодон та празозин, рекомендовані настановою ISTSS для першої лінії, а фенелзін, амітриптилін і бупропіон - другої лінії терапії [16]. В рекомендаціях APA (2004) SSRI зазначені у якості альтернативної терапії першої лінії, а всі інші антидепресанти, вказані вище, - терапії другої лінії [13]. Всі зазначені клінічні настанови не рекомендують використовувати нейролептики й бензодіазепіни на регулярній основі при ПТСР [12],[13],[14],[15],[16].

## 7 Додаткова інформація

### 7.1 Конфлікт інтересів

Автор заявляє про відсутність будь-яких конфліктів інтересів.

## Література

- [1] List of ongoing conflicts / Author non stated // Website: Wars in the world. - 2017
- [2] Friedman M. J. PTSD History and Overview / M. J. Friedman // US Department of Veterans Affairs. - 2016
- [3] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition / American Psychiatric Association. - Washington: American Psychiatric Association, 2013.
- [4] Richardson L. K. Prevalence Estimates of Combat-Related PTSD: A Critical Review / L. K. Richardson, B. C. Frueh, R. Acierno // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. - 2016. - V. 44, I. 1. - P. 4-19.
- [5] Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet [et al.] // Archives of General Psychiatry. - 1995. - V. 52, I. 12. - P. 1048-1060.
- [6] Norrholm S. D. Genetics of anxiety and trauma-related disorders / S. D. Norrholm, K. J. Ressler // Neuroscience. - 2009. - V. 164, I. 1. - P. 272-287.
- [7] Prewar factors in combat related posttraumatic stress disorder: Structural equation modeling with a national sample of female and male Vietnam veterans / D. W. King, L. A. King, D. W. Foy [et al.] // Journal of Consulting and Clinical Psychology. - 1996. - V. 64, I. 3. - P. 520-531.
- [8] Friedman M. J. Phenomenology of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder / M. J. Friedman // Oxford handbook of anxiety and related disorders / ed.: - New York: Oxford University Press, 2009.. - P. 65-72.
- [9] Bringing the war back home: mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities / K. H. Seal, D. Bertenthal, C. R. Miner [et al.] // Arch Intern Med. - 2007. - V. 167, I. 5. - P. 476-82.
- [10] Compensation and treatment: Disability benefits and outcomes of US veterans receiving residential PTSD treatment / B. E. Belsher, Q. Q. Tiet, D. W. Garvert [et al.] // Journal of Traumatic Stress. - 2012. - V. 25, I. 5. - P. 494-502.

- [11] A guide to guidelines for the treatment of PTSD and related conditions / D. Forbes, M. Creamer, J. I. Bisson [et al.] // *Journal of Traumatic Stress*. - 2010. - V. 23. - P. 537-552.
- [12] Management of post-traumatic stress / VA/DoD Clinical Practice Guideline Working Group. - Washington: VA Office of Quality and Performance, 2003.
- [13] Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder / American Psychiatric Association. - Arlington: American Psychiatric Association, 2004.
- [14] Post-traumatic stress disorder / National Institute for Health and Clinical Excellence. - London: Royal College of Psychiatrists and The British Psychological Society, 2005.
- [15] Australian Guidelines for the Treatment of Adults with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder / Australian Centre for Posttraumatic Mental Health. - Melbourne, Australia: National Health and Medical Research Council, 2007.
- [16] Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies / E. B. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman [et al.]. - New York: Guilford Press, 2008.
- [17] A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD / R. Bradley, J. Greene, E. Russ [et al.] // *American Journal of Psychiatry*. - 2006. - V. 162, I. 2. - P. 214-227.
- [18] Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in US combat veterans: A meta-analytic review / J. Goodson, A. Helstrom, J. M. Halpern [et al.] // *Psychological Reports*. - 2011. - V. 109, I. 2. - P. 573-599.
- [19] The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A metaregression analysis / J. F. G. Haagen, G. E. Smid, J. W. Knipscheer [et al.] // *Clinical Psychology Review*. - 2015. - V. 40. - P. 184-194.
- [20] Hensley B. J. *An EMDR Therapy Primer, Second Edition: From Practicum to Practice* / B. J. Hensley. - New York: Springer Publishing Company, 2016.
- [21] EMDRIA'S Definition of EMDR / EMDR International Association // EMDRIA. - 2012
- [22] Foa E. B. The cutting edge: prolonged exposure therapy: past, present, and future / E. B. Foa // *Depression and Anxiety*. - 2011. - V. 28, I. 12. - P. 1043-1047.
- [23] Effectiveness of national implementation of prolonged exposure therapy in Veterans Affairs care / A. Eftekhari, J. I. Ruzek, J. J. Crowley [et al.] // *JAMA Psychiatry*. - 2013. - V. 70, I. 9. - P. 949-955.
- [24] Knapp P. Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research / P. Knapp, A. T. Beck // *Rev Bras Psiquiatr*. - 2008. - V. 30, I. 2. - P. 54-64.
- [25] Monson C. M. Treating Combat PTSD through Cognitive Processing Therapy / C. M. Monson, J. L. Price, E. Ranslow // *Federal Practitioner*. - 2005. - V. 22. - P. 75-83.
- [26] Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence / M. A. Arellano, D. R. Lyman, L. Jobe-Shields [et al.] // *Psychiatr Serv*. - 2014. - V. 65, I. 5. - P. 591-602.
- [27] Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis / M. Hoskins, J. Pearce, A. Bethell [et al.] // *The British Journal of Psychiatry*. - 2015. - V. 206, I. 2. - P. 93-100.
- [28] Psychotherapy versus Pharmacotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: Systemic Review and Meta-Analyses to Determine First-Line Treatments / D. J. Lee, C. W. Schnitzlein, J. P. Wolf [et al.] // *Depression and Anxiety*. - 2016. - V. 33, I. 19. - P. 792-806.
- [29] Steenkamp M. M. Psychotherapy for military-related posttraumatic stress disorder: Review of the evidence / M. M. Steenkamp, B. T. Litz // *Clinical Psychology Review*. - 2013. - V. 33, I. 1. - P. 45-53.
- [30] Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults / J. I. Bisson, N. P. Roberts, M. Andrew [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev*. - 2013. - V. 12. - CD003388.



# **Effectiveness of PTSD treatments for military service members and veterans**

Sochenko T. <sup>1</sup>

<sup>1</sup>SWPS University of Social Sciences and Humanities, Poland

## **Abstract**

The core concept of the current review was a description and a discussion of the current situation of treating PTSD among military service members and veterans. This paper is focused solely on combat-related PTSD. It explores guideline recommended interventions for such PTSD, its implication, and efficacy based on the examination of the variety of researches being done around the world.

**Keywords:** PTSD, veterans, combatants, military, stress reaction, treatment