

# ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВИХ

Посттравматичний стресовий розлад — одне із найпоширеніших психічних порушень серед військовослужбовців і ветеранів. Травмофокусована психотерапія зазвичай є рекомендованим методом пріоритетного вибору, тоді як користь інших підходів до лікування пацієнтів цих груп потребує подальшого вивчення. Пропонуємо до вашої уваги огляд статті J.J.W. Liu et al. «Treating posttraumatic stress disorder in military populations: a meta-analysis» видання *J Clin Psychiatry* (2025; 86 (2): 24r15571), в якій узагальнено сучасні дані щодо ефективності психо-, фармакотерапії та комбінованих методів лікування ПТСР у військовослужбовців.

**П**осттравматичний стресовий розлад (ПТСР) характеризується складною симптоматикою та численними життєвими викликами для кожної окремої особи. Основні кластери симптомів, необхідні для встановлення діагнозу, включають повторюване переживання травматичної події, уникання внутрішніх або зовнішніх тригерів і стимулів, що нагадують про травму, емоційний і когнітивний дистрес, а також гіперактивацію (APA, 2022; WHO-ICD, 2021). Військовослужбовці та ветерани частіше страждають на ПТСР порівняно із цивільним населенням (Wisco et al., 2014). До того ж численні наукові дані підкреслюють відмінності факторів ризику, етіології, прогнозу та процесів відновлення при ПТСР у представників військових популяцій, що зумовлено характером і масштабом травматичних впливів, пов'язаних із військовою службою (Leon et al., 2018). Загалом зазначені особливості поглиблюють складність і без того важкого для лікування психічного розладу.

Водночас метааналітичні дані та клінічні настанови щодо лікування ПТСР часто ґрунтуються на результатах спостережень перебігу розладу в цивільних осіб загальної популяції, що мають жорсткі критерії включення й часто обмежуються висновками рандомізованих контрольованих досліджень (Bisson et al., 2007; Lee et al., 2016). Наслідком є зниження практичного значення отриманої доказової бази відповідно до реальних клінічних умов, які часто характеризуються наявністю коморбідних захворювань. Це потребує використання декількох напрямів терапії для пацієнтів із хронічними станами.

## Підходи до лікування осіб із ПТСР

На практиці лікування ПТСР зазвичай починається із травмофокусованої психотерапії (ТФПТ) або застосування фармакологічних препаратів. Попередні метааналізи загалом свідчать, що ТФПТ є ефективнішою,

ніж медикаментозне лікування. Серед психотерапевтичних методів першої лінії перевагу надають когнітивно-процесуальній терапії, десенсибілізації та репроцесуалізації за допомогою руху очей і пролонгованій експозиційній терапії (VA/DoD, 2023; APA, 2017). Проте порівняно із цивільним населенням військовослужбовці з ПТСР можуть отримувати меншу користь від психотерапевтичних втручань першої лінії (McLean et al., 2022).

Фармакотерапія також широко застосовується для лікування осіб із ПТСР. Вектором впливу психофармакологічних засобів є модуляція активності нейромедіаторів центральної нервової системи. Медикаментозне лікування першої лінії передбачає використання селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), як-от циталопрам, пароксетин, сертралін, флуоксетин, та селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну й норадреналіну (СІЗЗСН), як-от венлафаксин і дулоксетин (VA/DoD, 2023). СІЗЗС насамперед посилюють передачу сигналів у центральній нервовій системі за допомогою серотоніну, регулюючи надмірну активність мигдалеподібного тіла, поліпшуючи зв'язність із префронтальною корою для емоційної регуляції та нормалізації активності гіпокампу. Натомість СІЗЗСН додатково підвищують рівень норадреналіну, усуваючи адренергічну дисрегуляцію, зменшуючи надмірну імпульсацію та поліпшуючи префронтальний контроль лімбічної активності. Водночас цей вплив відновлює баланс функціонування нейронних ланцюгів, відповідальних за реакцію на страх, емоційну регуляцію та обробку пам'яті (Huang et al., 2020).

Окрім поширених антидепресантів, можуть використовуватися інші засоби, зокрема: симпатолітики (наприклад, клонідин), які модулюють активність адренергічної ланки, пригнічуюючи гіперзбудження; анксиолітики (наприклад, бензодіазепіни), які посилюють седативний вплив γ-аміномасляної кислоти (ГАМК) на лімбічну

систему; антипсихотики та антиконвульсанти (наприклад, кветіапін, ламотриджин), які модулюють дофамінергічні або глутаматергічні шляхи відповідно, впливаючи на нейронні ланцюги стріатуму й гіпокампа, відповідальні за емоційну регуляцію та гіперзбудливість (McEwen et al., 2016; Khouzam, 2021).

Окрім стандартної психо- й фармакотерапії, останнім часом посилено увагу до досліджень із використанням альтернативних і нових методів лікування осіб із ПТСР — наприклад, психоделіків або альтернативних стратегій, як-от псилоцибін, 3,4-метилендіоксиметамфетамін та кетамін (Mitchell et al., 2023; Feder et al., 2014). Ці препарати вивчаються у клінічних випробуваннях щодо потенціалу посилення ефективності впливу психотерапії у пацієнтів із резистентними формами розладу. Анімалотерапія, часто із залученням собак і коней, виявилася ефективною для зменшення симптомів депресії, ПТСР та тривоги (O’Haire, 2015). Також застосовуються втручання на основі усвідомленості (майндфулнес-терапія), спрямовані на розвиток навички безоцінного спостереження за думками, почуттями й тілесними відчуттями «тут і зараз» (Stephenson et al., 2017). Загалом зазначені методи лікування свідчать про перехід до більш різноманітних і цілісних підходів у втручаннях і наданні допомоги при ПТСР.

J.J.W. Liu et al. (2025) наголошують, що вибір та ефективність застосування різних методів лікування ПТСР у військовослужбовців можуть залежати від різних чинників. Насамперед ці особи дотримуються суворого режиму та беруть участь у програмах структурованого навчання із питань психічного здоров’я в межах ініціатив, як-от «Комплексна програма підтримки здоров’я військовослужбовців та членів їхніх сімей» (ODCS, 2021). Пов’язані з цим військова культура й основні цінності (обов’язок, честь та стійкість), можуть слугувати і захисними факторами, і чинниками ризику, впливаючи на кінцеві результати лікування (Hall-Clark et al., 2019). Такі культурологічні чинники здатні стимулювати прихильність до лікування, але також можуть призводити до формування внутрішньої стигми щодо звернення по допомогу.

У військових осіб із ПТСР спостерігається високий рівень уникання, що може (Blais et al., 2014):

- перешкоджати відвідуванню сеансів терапії;
- негативно впливати на дотримання графіка роботи між сеансами;
- призводити до високого рівня припинення лікування.

До того ж у військових нерідко спостерігається виразний ступінь недовіри до професіоналів із небажаним впливом на формування терапевтичного комплаєнсу (Hoge et al., 2014; Hartman et al., 2018). Подібна недовіра може посилюватися через реальні (наприклад, для членів екіпажів літаків) або хибно сприйняті потенційні наслідки для кар’єри, пов’язані зі зверненнями по психіатричну допомогу (Neumann et al., 2022). Крім того, результати терапії можуть залежати від доступності медичного страхування, обізнаності клініциста та попереднього успіху у використанні подібних методів лікування, уникнення певних побічних ефектів та вподобань пацієнта

(Carvajal, 2022). Загалом отримання задовільної відповіді на терапію може потребувати послідовних пробних курсів лікування декількома методами.

У 2023 р. у клінічних практичних рекомендаціях щодо лікування ПТСР, ухвалених Міністерством у справах ветеранів США / Міністерством оборони (VA/DoD, 2023), було скорочено кількість рекомендованих методів та надано пріоритет саме ТФПТ, а не фармакологічній стратегії як початковому втручання. Станом на 2023 р. докази, що підтверджують відносну ефективність психо- та фармакотерапії для лікування ПТСР у військовослужбовців, залишалися неоднозначними (Bisson et al., 2007; Lee et al., 2016). Більшість оглядів виявили вищу ефективність психотерапії порівняно із застосуванням медикаментів (VA/DoD, 2017); проте окремі висновки підтверджують переваги фармакологічного лікування (Stewart et al., 2009).

## Матеріали й методи

### Цілі метааналізу та критерії відбору досліджень

Дослідження J.J.W. Liu et al. (2025) було спрямоване на усунення браку адаптованих метааналітичних доказів щодо ефективності методів лікування ПТСР у популяціях військовослужбовців шляхом синтезу ефективності психо-, фармакотерапії та комбінованого лікування, специфічних для цієї когорти. Автори оцінювали докази пріоритетності ТФПТ безпосередньо у військових із ПТСР. Зокрема, увагу було зосереджено на загальних відмінностях між групами лікування та порівнянні досягнутих ефектів між ними та із контрольними групами.

Метааналіз відповідає рекомендаціям щодо надання переваг повідомленням про результати досліджень для систематичних оглядів та метааналізів (PRISMA). Пошук публікацій здійснювали в базах даних PsycINFO, MEDLINE, Embase, CINAHL та ProQuest Dissertation and Theses. Остаточна вибірка включала дані з 414 досліджень, опублікованих протягом 1980–2021 рр., які відповідали таким критеріям: дорослі з діагнозом ПТСР, пов’язаним із військовою службою; певні методи лікування; оцінювання зміни симптомів ПТСР за допомогою належних валідованих інструментів.

Серед досліджень, обраних для аналізу, 387 включали групи застосування психотерапії, у 86 фармакологічне лікування було основним методом, у 55 застосовували комбінацію підходів (наприклад, психо- та фармакотерапію, декілька видів психотерапії та/або психотерапію з експериментальними підходами), у 184 — альтернативні стратегії (нетрадиційні та/або нові — наприклад, анімалотерапію або приймання кетаміну), а в 122 були групи контролю (контроль списку очікування, активний контроль/плацебо та традиційне лікування).

Для всіх аналізів використовувалося програмне забезпечення Comprehensive Meta-Analysis (Borenstein, 2022). Для включених в аналіз досліджень показник між-експертної надійності (к) становив 0,88, що свідчило про високий рівень узгодження. Дослідження були згруповані за типом лікування та характеристиками учасників. Для визначення ефективності терапії обчислювали розмір ефекту Хеджеса (g).

### Характеристики досліджень

Загалом 834 вибірки із включених досліджень містили дані про 37808 учасників. Розміри вибірок варіювали від 5 до 522 зі значними відмінностями. Дослідження проводилися переважно у США, а також у Канаді, Великій Британії та Австралії. Із включених вибірок 62 (~ 7 %) були представлені змішаним складом військово-службовців, 60 – військовослужбовцями на дійсній службі (~ 7 %), решта 712 вибірок охоплювали ветеранів (~ 85 %). Розміри ефектів ( $g$ ) у поточному метааналізі варіювали від  $-0,66$  до  $17,25$ ; значення критерію Кокрейна ( $Q_{833} = 17,098,90$ ) та індексу гетерогенності ( $I^2 = 95,12$ ;  $p < 0,001$ ) свідчили про значну неоднорідність розмірів ефектів. На думку авторів, така варіабельність навряд чи зумовлена лише випадковістю. Середній розмір ефекту для всіх вибірок становив  $0,89 \pm 0,02$  (95 % довірчий інтервал [ДІ]  $0,85-0,93$ ).

### Результати

#### Загальні ефекти методів лікування ПТСР

Для оцінювання загальних ефектів лікування ПТСР було об'єднано вибірки, для яких застосовували психо-, фармакотерапію, комбіновані, альтернативні або нові форми лікування. За допомогою загальної моделі змішаних випадкових ефектів для 712 вибірок було визначено розмір ефекту:  $g = 0,96 \pm 0,02$  (95 % ДІ  $0,92-1,01$ ). Також відповідний показник було встановлено для 122 вибірок контролю:  $g = 0,45 \pm 0,04$  (95 % ДІ  $0,37-0,52$ ). Із зареєстрованих ефектів деякі оцінювалися за допомогою показників самозвіту, інші ж – за результатами інтерв'ю, проведених клініцистами. Зважаючи на вказане, автори використали методи  $Q$ -статистики для оцінювання варіабельності середнього показника залежно від методу вимірювання (Tipton et al., 2019).

Було підтверджено суттєву різницю між значеннями, отриманими клініцистами (для 263 вибірок), та значеннями на основі самозвітів пацієнтів (для 449 вибірок):  $Q = 19,72$  ( $p < 0,001$ ). У всіх підгрупах терапевтичні заходи, здійснювані клініцистами, виявляли більші ефекти лікування ( $g = 1,11 \pm 0,04$ ; 95 % ДІ  $1,01-1,19$ ) порівняно із даними на основі самозвітів пацієнтів ( $g = 0,89 \pm 0,02$ ; 95 % ДІ  $0,91-0,99$ ). З урахуванням виявленої різниці в розмірах ефектів подальші аналізи проводили із використанням показників щодо ПТСР, оцінюваних клініцистами.

#### Аналіз підгруп

Для оцінювання міжгрупових результатів щодо показників симптомів ПТСР, визначених клініцистами, було застосовано модель змішаних випадкових ефектів для 263 вибірок, унаслідок чого виявлено значущу різницю між групами лікування ( $Q_3 = 23,37$ ;  $p < 0,001$ ). Сукупний розмір ефекту показав позитивний результат для всіх груп лікування в діапазоні від  $g = -0,90$  до  $g = 2,17$ . Усі види лікування були значно ефективнішими порівняно із контролем, натомість оцінювання розмірів ефектів між контрольними групами не виявило відмінностей між типами контролю ( $p = 0,1$ ). Розміри ефектів також суттєво не відрізнялися між психотерапією та фармакотерапією ( $p = 0,49$ ), хоча було виявлено,

що медикаментозне лікування забезпечує надійніший ефект порівняно з альтернативними методами ( $p = 0,04$ ). До того ж було встановлено, що комбіновані стратегії є дієвішими за будь-яку монотерапію (психо-, фармакотерапію чи альтернативне лікування).

Масштаби аналізу були досить незначними для порівняння комбінованих методів, що включали альтернативні види втручань (наприклад, високочастотну транскраніальну магнітну стимуляцію). Проте J.J.W. Liu et al. (2025) порівняли ті, що поєднували декілька видів психотерапії ( $g = 1,23 \pm 0,21$ ; 95 % ДІ  $0,81-1,65$ ), із комбінацією психо- й фармакотерапії ( $g = 2,48 \pm 0,41$ ; 95 % ДІ  $1,68-3,29$ ). Проведений аналіз між групами виявив значущу різницю ( $Q_1 = 7,32$ ;  $p = 0,007$ ). За висновком авторів, отримані результати свідчать, що надійність комбінованого підходу зумовлена поєднанням психотерапії та фармакологічного втручання.

#### Упередженість публікацій

Для аналізу упередженості публікацій застосовували непрямі показники, що дозволяють оцінити загальні упередження, які можуть виявлятися в ефектах досліджень, а також ступінь впливу упереджень щодо точної вибірки. Візуальне оцінювання ліycopодібного графіка показало, що результати менш масштабних досліджень із вищими за середні ефектами публікуються, ймовірно, частіше, що потенційно призводить до упереджень у відображенні ефективності аналізованого методу. Класичний показник стійкості до помилок становив 5 690 042, тобто таку кількість досліджень із «нульовими» результатами потрібно було б знайти для спростування висновків метааналізу (при цьому об'єднане двобічне значення  $p$  перевищило б  $0,050$ ). Згідно із методом «обтинання та заповнення» Дювала і Твіді, скоригований показник точкового оцінювання для об'єднаних даних досліджень становив  $0,63$  (95 % ДІ  $0,58-0,67$ ), тоді як за моделлю випадкових ефектів він був би  $0,89$  (95 % ДІ  $0,85-0,93$ ).

#### Обговорення

Метааналіз J.J.W. Liu et al. (2025) узагальнює результати лікування ПТСР у представників популяції військовослужбовців. Отримані результати продемонстрували, що оцінені клініцистами показники вказують на вищу ефективність лікування ПТСР порівняно із даними самозвітів. Підґрунтям цього, ймовірно, є здатність клініцистів виявляти тонкі зміни симптомів та уникати упереджень, властивих самозвітам. На відміну від попередніх оглядів, об'єднані оцінки не мали виразної різниці при застосуванні окремих видів психо-, фармакотерапії та альтернативних методів лікування (Coventry et al., 2020; Guidi, Fava, 2021). Натомість автори чинного метааналізу виявили найбільш переконливі докази на користь комбінування методів, зокрема психотерапії та фармакологічних втручань, порівняно із монотерапією. Ці результати узгоджуються зі зростаючою кількістю даних на підтвердження ефективності комбінованої стратегії, згідно з якими послідовне застосування психотерапії після медикаментів може знижувати ризик рецидиву (Guidi, Fava, 2021). На додаток, фармакологічні

втручання можуть бути особливо ефективними як початкові методи лікування, коли тяжкість симптомів перешкоджає залученню пацієнта до психотерапевтичного процесу (Puetz et al., 2015).

За твердженням J.J.W. Liu et al. (2025), комбіноване лікування може бути ефективнішим, ніж монотерапія, із кількох причин:

1. Фармакотерапія здатна забезпечити швидке полегшення стану пацієнта, створюючи підґрунтя для ефективніших психотерапевтичних втручань (Puetz et al. (2015).

2. Використання комбінованої терапії доповнює як структуровані підходи до лікування, так і цільові методики, які передбачають поєднання психоосвіти, психо- й фармакотерапії для купірування специфічних симптомів та досягнення бажаних результатів.

Отримані результати свідчать, що переважання ТФПТ над медикаментозним лікуванням не повністю підтверджується доказами (Sonis, Cook, 2019). Проведений метааналіз мав на меті високорівневе оцінювання ефектів лікування та доповнення дискусії щодо ефективності психо- й фармакотерапії у військово-службовців із ПТСР. Попри переконливі висновки на користь комбінованої терапії, вибір між модальностями лікування зрештою має бути адаптований до індивідуальних потреб шляхом врахування рекомендацій клініциста, уподобань самого пацієнта, профілів симптомів і логістичних міркувань, як-от доступ до медичної допомоги та систем підтримки. Результати дослідження підтверджують потребу в клієнт-центрованому та відкритому плануванні лікування у військовослужбовців із ПТСР.

J.J.W. Liu et al. (2025) зазначають, що, незважаючи на проведений широкий порівняльний аналіз, висновки дослідження не можуть замінити специфічних оцінок кожного окремого типу лікування. Для вивчення розбіжностей між групами та категоріями терапії необхідні подальші дослідження, зосереджені на різних категоріях психотерапії, фармакотерапевтичних підходах, застосуванні альтернативних втручань тощо. Дослідження, включені до метааналізу, охоплювали період із 1980 по 2021 рр. — час, позначений суттєвими змінами в діагностичних критеріях та методах лікування ПТСР. Ці явища відображені у показниках гетерогенності, але вони є рівномірними для всіх підгруп, що підкреслює

закономірність отриманих результатів і виключає їхню випадковість.

У даному метааналізі увагу було зосереджено виключно на показниках ПТСР, оцінених клініцистами, що може недостатньо відображати думку самих пацієнтів щодо ефективності лікування. Крім того, дизайн дослідження дозволяв аналізувати переважно відмінності в ефективності психо- й фармакотерапії, а можливості порівняння з іншими типами втручань були обмеженими. У майбутніх дослідженнях більшу увагу має бути приділено оцінюванню підкласів, аналізу поєднання симптомів ПТСР і коморбідних станів, хронізації симптомів, стійкості ефектів лікування тощо.

## Висновки

Результати метааналізу J.J.W. Liu et al. (2025) підкреслюють важливість адаптації планів лікування пацієнтів із ПТСР до унікальних потреб представників популяції військових. Хоча ТФПТ залишається невід'ємною частиною допомоги, висновки дослідження свідчать про недоречність ігнорування фармакотерапії та комбінованого лікування як цілком життєздатних та ефективних альтернатив. Жорстке надання переваги одній модальності лікування над іншими, особливо за відсутності переконливих доказів на підтвердження її ефективності, створює ризик обмеження обсягу допомоги і може знизити ймовірність досягнення оптимальних результатів.

Клініцисти мають дотримуватися гнучкого, індивідуалізованого підходу до планування лікування, що базується на доказах, за потреби інтегруючи психо- і фармакотерапію. Результати метааналізу підкреслюють потребу в розширених диференційованих стратегіях для оптимізації процесу відновлення та підтримки психологічної стійкості у військових із ПТСР.

Загалом дані метааналізу свідчать, що фармако- та психотерапія є однаково ефективними для лікування військовослужбовців із ПТСР. Поєднання цих стратегій забезпечує найбільш значущі клінічні результати. Отже, планування лікування військовослужбовців і ветеранів із ПТСР з урахуванням складного симптоматичного профілю за потреби передбачає застосування комбінованих терапевтичних підходів.

*Підготувала Наталія Савельєва-Кулик*

