

Public and family aspects of diagnosis post-traumatic stress disorder at military personnel after return from combat zone

Vitalii Omelyanovich

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education; Bogomolets National Medical University

Background. In connection with the challenges of modernity, PTSD is a serious problem of general and especially military psychiatry. The diagnosis of "PTSD" is, in the first place, etiologically determined, but both "developmental and clinical assessment of this condition" have such "non-medical" factors as social and family-associated ones.

Method. The research material is modern publications devoted to the study of socio-psychological, family and social factors that play a role in shaping PTSD and influence the use of this diagnosis when inspecting. The research method is bibliographic-analytical.

Results. According to North American authors, the number of firefighters who received disabilities due to PTSD increased from 1999 to 2004 by 79.5%, while the disability due to other diseases among them grew by only 12.2%. Social disability policy encourages military personnel to receive psychiatric diagnoses, primarily PTSD. In society, the diagnosis of PTSD is often used to justify criminal behavior. Another problem lies in the fact that another part of the military personnel, on the contrary, hide the symptoms of PTSD, fearing the everyday stigmatization of the "mentally ill" and undermining their careers. In addition to societal factors affecting the use of the PTSD diagnosis, important non-medical factors are family aspects of military personnel. The development of PTSD and its transition to the prolonged form are negatively affected by the absence of military personnel at home for more than six months, the impossibility of remote communication with loved ones during the hostilities, the absence of a family, and family-like, ironically, the presence of children in the family.

Conclusion. Due to the influence of socially-associated factors, there are certain parts of military personnel involved in the hostilities, one of which is prone to simulating or aggravating the symptoms of PTSD, and the second, on the contrary, is prone to dissimulation of post-stress psychopathological symptoms. Among family factors that should be considered as opportunistic, special attention should be paid to the lack of the possibility of remote communication with relatives during stay in the combat zone, the absence of military personnel at home for more than six months, and the presence of military personnel in their families. To improve the quality of diagnostic and rehabilitation work, it is necessary to conduct a scientifically grounded adaptation of modern foreign psychological tests aimed at diagnosing PTSD and developing specific domestic techniques as soon as possible.

Актуальність

З часів перших наукових досліджень психопатологічних наслідків участі у бойових діях медицина класифікувала такі особливі стани як «воєнний невроз», «бойовий шок», «бойова психічна травма», «розлад зони бойових дій», приділяючи особливу увагу то одним, то іншим, важливим, з точки зору тогочасного рівня знань, етіологічним факторам [1, 2, 3]. Сучасна психіатрія для відстрочених наслідків отримання екстремального психотравмуючого досвіду використовує термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР). У зв'язку з викликами сьогодення ПТСР є серйозною проблемою загальної і, особливо, військової психіатрії. Дані про

поширеність ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війн широко розрізняються, але безперечним залишається той факт, що хоча сам діагноз «ПТСР» є, в першу чергу, етіологічно обумовленим, тобто пов'язаним з перебуванням в зоні ведення воєнних дій, але значний вплив як на розвиток постстресових психічних розладів, так і на клінічне оцінювання цих станів, мають також і «немедичні» чинники, як то суспільні та сімейно-побутові [4, 5]. Наслідки трагічних подій останніх п'яти років привернули увагу до цієї проблеми і науковців України.

Метою даної роботи було формування на ґрунті аналізу наукової літератури чіткого уявлення про суспільні та сімейні фактори, які впливають як на виникнення посттравматичного стресового розладу у посткомбатантів, так і на використання цього діагнозу лікарями-психіатрами при оцінюванні психічного стану даної групи пацієнтів.

Методи та матеріали

Матеріалом дослідження були сучасні публікації, присвячені вивченню соціально-психологічних, сімейних та суспільно-громадських чинників, які відіграють роль у формуванні ПТСР та впливають на використання зазначеного діагнозу при огляді посткомбатантів. Метод дослідження – бібліографічно-аналітичний.

Результати

ПТСР - це специфічний психіатричний розлад, який розвивається після безпосереднього або непрямого впливу надзвичайно стресової (травматичної) події або серії подій. Симптоми ПТСР включають в себе нав'язливі спогади, пов'язані з травматичною подією, стражданням у відповідь на пов'язані з травмою сигнали та уникнення цих сигналів, негативні зміни у пізнанні та настрої [6] і можуть бути згруповані у чотири кластери симптомів: вторгнення, уникнення, негативні зміни у відчуттях і настрої та зміни в збудженні та реактивності [7].

Разом з тим, крім таких специфічних класифікаційних категорій постстресової психічної патології, як ПТСР та гостра реакція на стрес, які включені і в МКХ-10, і в DSM-5, в науковій літературі, що присвячена вивченню наслідків впливу бойової травми на психіку людини, часто використовуються такі терміни, як «частковий ПТСР» («partial PTSD») ПТСР, а також «комплексний ПТСР» чи «складний ПТСР («complex PTSD»).

Термін «частковий ПТСР» (іноді: підпороговий ПТСР – «subthreshold PTSD», субклінічний ПТСР – «subclinical PTSD» чи пресиндромальний ПТСР – «subsyndromal PTSD») [8, 9, 10] використовується клініцистами для класифікацію стану пацієнтів, у яких мають місце клінічно значущі прояви посттравматичної реакції на екстремальну психотравмуючу ситуацію, але вони цілком не відповідають діагностичним критеріям ПТСР. Цей термін був вперше висунутий у США в якості способу класифікації ветеранів В'єтнаму, які не відповідали критеріям DSM, але мали окремі характерні симптоми ПТСР [11]. Незважаючи на те, що даний термін був розроблений для класифікації психопатологічних наслідків впливу бойової травми, від дуже швидко і широко став використовуватись і для пацієнтів з «цивільною» постстресовою патологією [12, 13, 14, 15].

Термін «комплексний ПТСР» (КПТСР) [16, 17], який увійшов у МКХ-11 (розділ 6B41), використовується для класифікації пацієнтів, стан яких характеризується не тільки проявами ПТСР, але й додатковими симптомами порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфери, наявність яких не може бути пояснена жодною коморбідною патологією. Цей термін вперше був запропонований на початку 90-х років ХХ сторіччя J.L. Herman [18] як клінічний синдром після виснажливих травматичних, зазвичай довготривалих боїв. КПТСР призводить до серйозних порушень самоорганізації у формі афективної дисрегуляції, саморецепції з негативним самоусвідомленням та сприйняттям пенетраторів, викликаючи дисфункціональні відносини з іншими, що призводить до виникнення міжособистісних проблем [19, 20, 21].

Американська військова психіатрія з 1999 року для комбатантів використовує діагноз «Бойова та оперативна стресова реакція» («Combat and operational stress reaction» - COSR), яка в дійсності є військовим аналогом гострої реакції на стрес і відображає нормальну перехідну гостру реакцію на бойову травму в умовах ведення бойових дій [22].

В північноамериканській науковій літературі, присвяченій проблемам ПТСР серед військовослужбовців, зазначається, що сам діагноз «ПТСР» був вперше доданий до DSM у 1980 році внаслідок спроб надати допомогу численним ветеранам війни у В'єтнамі, які могли розраховувати на державну допомогу тільки у випадках значних тілесних ушкоджень, тобто розвиток клінічної концептуалізації ПТСР з самого початку знаходився під сильним впливом соціально-економічних та політичних чинників [23, 24, 25, 26, 27, 28, 29].

Прихильники введення діагнозу ПТСР у США мали противоєнні погляди, фокусуючи увагу на психотравмуючому характері війни і намагаючись покращити допомогу безпосередньо військовим ветеранам, на відміну від «військової психіатрії», яка завжди захищала інтереси держави. Але результат для військових та взагалі суспільства був декілька іншим. Діагноз ПТСР в очах громадськості став «індульгенцією» для багатьох комбатантів, винних як у військових злочинах, так і в протиправних вчинках після повернення додому. Як відмічає у своїй статті відомий дослідник та громадський діяч, член Британського відділення Міжнародної мережі критичної психіатрії (CPN) Dr. Derek Summerfield: «ПТСР узаконив їх «жертвовність», дав їм моральне позбавлення від відповідальності за злочини і гарантував їм пенсію по інвалідності тільки тому, що діагноз був засвідчений лікарями. Так після війн в Південній Африці і Боснії обвинувачені, які скоїли численні політично заангажовані вбивства, використовували в якості свого захисту діагноз ПТСР» [25].

Останнім часом з діагнозом «ПТСР» виникла ще одна проблема. Як повідомляють американські науковці, система охорони здоров'я та політика інвалідності заохочують ветеранів до отримання психіатричних діагнозів, а система медичного забезпечення армії США, в свою чергу, не змогла скористатися уроками військової психіатрії двадцятого сторіччя щодо особливостей соціальних очікувань та стимулів [26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 68, 69].

Згідно з даними останніх років, серед американських ветеранів війн, які звертаються за психіатричною допомогою, до 94% мали пільги за інвалідністю у зв'язку з ПТСР [36], а кількість ветеранів, які отримали інвалідність у зв'язку з ПТСР, з 1999 р. по 2004 р. зросла на 79,5%, при тому, що інвалідність з приводу інших захворювань серед ветеранів зросла лише на 12,2% [37].

Деякі ветерани, які звертаються в медичні центри США за експертною оцінкою стану здоров'я у зв'язку з можливим встановленням інвалідності, свідомо агравують або симулюють свої психічні проблеми [32, 38, 39] чи навіть фальсифікують участь у бойових діях в цілому [30, 40, 41, 42, 43, 44]. Особливо яскраво ці факти висвітлені у дослідженні Т. Freeman і співавт. [34], які за допомогою експериментально психологічних методик що зазвичай використовуються судовою психіатрією для виявлення агравації (у т.ч. SIRS, SIMS та судовий тест Міллера), встановили, що 53% ветеранів, які зверталися за допомогою у зв'язку з ПТСР, насправді виявляли тільки магістральну психопатологічну симптоматику. Більш того, оцінювання цих пацієнтів з використанням напівструктурованого інтерв'ю CAPS, яке включене до DSM-IV, висвітлює абсолютну неадекватність використання цієї методики при проведенні експертних психіатричних оглядів, бо жодних перешкод до встановлення діагнозу ПТСР вона не виявила.

Ця проблема досить гостро стоїть у США і обговорюється в низці політичних агентств цієї держави [37, 36], за результатами яких на теперішній час для виявлення ветеранів, які шукають компенсації, але не мають психічних розладів, залучаються наукові фахівці, які проводять клінічні випробування [41, 44]. Так, відповідно до аналізу порушень у виплатах компенсацій ветеранам армії США, проведеному в 2004 р. Управлінням генеральної інспекції Департаменту по справам ветеранів, у 25% з 2100 розглянутих справ було виявлено

невідповідність методів, які використовувались для перевірки повідомлень ветеранів про зв'язки зі стресовими подіями. При цьому ці 25% сумнівних висновків про ПТСР потягли виплати тільки у 2004 р. загальною сумою 860,2 млн. дол. США, а за тривалість життя цих ветеранів сумнівні виплати повинні були становити \$ 19,8 мільярдів [37].

Польські дослідники вказують на іншу проблему, яка має місце у ветеранів війн в Іраку та Афганістані. Дані, які вони наводять у своїй публікації [45], свідчать про те, що з січня 2006 по червень 2012 років за допомогою в психіатричні клініки звернулося 260 польських військових ветеранів, з яких у 38,9 було діагностовано тривожні розлади, у 26,9% - розлади адаптації. При цьому автори вказують, що важливим фактором, через який ветерани часто не звертаються за допомогою до медичних установ, особливо до військових психіатричних закладів, є страх отримання «тавра психічно хворого» та негативних наслідків цієї стигми для їх подальшої військової кар'єри [46, 47, 48].

Безумовно, такі проблеми існують і в Україні, хоча її відверте наукове та соціально-політичне обговорення ще чекає свого часу.

Безперечно, крім вказаних вище суспільно-асоційованих факторів, які впливають на виставлення військовослужбовцям діагнозу ПТСР, а також традиційних етіологічних факторів (інтенсивність та тривалість боєзйткень, попередній бойовий досвід, окремі особистісні особливості, нещасні випадки у дитинстві, обтяженість психіатричного сімейного анамнезу, рівень психологічного і фізичного здоров'я з попередніми відхиленнями в поведінковій сфері перед участю у бойових діях [49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 67]), в якості вкрай важливих факторів слід також розглядати рівень соціальної та морально-психологічної підтримки після їх повернення додому [57, 58, 59]. Такі післявоєнні чинники включають в себе індивідуальні обставини особистісного життя, побутові стресові фактори, рівень соціальної підтримки, а також загальний соціальний та політичний клімат в суспільстві.

За даними літератури соціальна підтримка завжди пов'язана з меншою вірогідністю виникнення ПТСР, як серед загальнодержавних вибірок, так і серед військовослужбовців [60, 61], бо високий рівень соціальної підтримки призводить до підсилення почуття особистісної значущості та безпеки, що зазвичай виступає в якості захисного фактору проти постстресової патології. В той самий час, ветерани, які після війн залишаються безробітними чи не мають родин, значно частіше мають симптоми ПТСР.

Складнощі у міжособистісному спілкуванні ветеранів, які страждають на ПТСР включають в себе і проблеми у взаємодіях з членами їх родин. Ruscio і співавт. [64] вказують, що діти ветеранів армії США, які воювали у В'єтнамі, в порівнянні з дітьми батьків, які не приймали участь у воєнних діях, в значно більший мірі агресивні, мають більш низьку самооцінку, більш примітивні та бідні соціальні стосунки та проблеми у спілкуванні з матерями. ці діти сприймають сімейні стосунки як менш близькі та взагалі мають складнощі з їх оцінюванням. Існують також дані інших досліджень, які вказують на те, що діти військовослужбовців-ветеранів з діагнозом «ПТСР» мають більш похмурий погляд на навколишній світ та різноманітні негативні психологічні відчуття.

Згідно з даними Pospisyl і співавт. [65], військовослужбовці, які повертаються з зони бойових дій, проходять психологічне обстеження з використанням опитувальника психічного здоров'я, заповнюючи який далеко не всі дають відверті відповіді. Разом з тим, оцінювання непрямих маркерів сімейного благополуччя, таких як значно більш часте вживання дітьми посткомбатантів психоактивних речовин та куріння тютюну, ніж це спостерігається в родинях батьків, які не приймали участі у бойових діях, вказують на руйнівні наслідки військового досвіду [66].

Особливо гостро сімейні проблеми встають в родинях військовослужбовців, які перебували у військових місіях більш шести місяців у початковому періоді після їх повернення, бо члени

родини вже встигають перебудувати своє життя без батька, а його повернення, обтяжене психологічними змінами після участі у бойових діях. Жінки таких військовослужбовців часто вважають, що внаслідок постійного спілкування з травмованими чоловіками вони самі стають хворими на ПТСР.

Дуже цікаві дані наводять польські колеги. За результатами дослідження, проведеного у минулому році в Поморському медичному університеті в Щецині (Польща), протягом якого автори проаналізували результати обстежень польських вояків, які повернулися з військових місій, виявилось, що присутність в родині дітей вкрай негативно впливало на психічний стан військових, значно підвищуючи рівень тривожності, тоді як фактором, який знижує рівень тривоги у комбатантів, автори вважають можливість під час знаходження в зоні бойових дій як можна частіше спілкуватися з членами родини [45].

Висновки

Виходячи з даних сучасної наукової літератури, яка присвячена вивченню «немедичних» чинників діагнозу ПТСР, існує дві, протилежних одна одній, проблеми: з одного боку певна частина посткомбатантів мотивована на виставлення даного діагнозу з метою подальшого отримання матеріальної компенсації та соціальних пільг, хоча насправді на психічний розлад вони не страждають; одночасно з цим існує і інша частина військовослужбовців, які, навпаки, маючи психічний розлад, приховують своє страждання заради продовження військової кар'єри.

Значний вплив на стан посткомбатантів має також сімейні фактори: в якості умовно-патогенних слід вважати відсутність можливості спілкування з близькими під час ведення бойових дій, відсутність їх вдома протягом більш шести місяців та присутність в родині військовослужбовців дітей.

Таким чином, діагностичне оцінювання психічного стану військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій повинне проводитись з використанням широкого діапазону фокусованих експериментально-психологічних методик, які певною мірою можуть максимально нівелювати чи хоча б виявити симуляційні, аграваційні та дисимуляційні тенденції. Тут слід зауважити, що кількість діагностичних психологічних тестів, спрямованих на діагностику ПТСР, які б дійсно пройшли науково-сприйнятливую процедуру адаптації, в Україні на теперішній час вкрай обмежена.

Все це вказує на необхідність проведення найскорішої науково-обґрунтованої адаптації сучасних закордонних психологічних тестів, спрямованих на діагностику ПТСР та, що уявляється вкрай бажаним, розробку специфічних вітчизняних методик, які були б спроможні оцінити не тільки теперішній стан пацієнта, але й припустимі ступені ризику його погіршення, з урахуванням соціальних та сімейних складових його особистого життя.

References

1. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. *Dialogues Clin Neurosci* . 2000; 2(1):47-55. [PubMed](#)
2. Edgar J. Historical approaches to post-combat disorders. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006; 361(1468):533-42. [DOI](#) | [PubMed](#)
3. Omelianovich V. Post-Traumatic Stress Disorder with Operative Staff of Internal Affairs Bodies (Early Diagnostics and Psychoprophylaxis): Thesis for Kandidat of Medicine degree on the speciality. Kharkiv: Psychiatry; 2015. [Publisher Full Text](#)
4. Magruder KM, Yeager DE. The prevalence of PTSD across war eras and the effect of deployment on PTSD: a systematic review and meta-analysis. *Psychiatr Ann*. 2009; 39(8):778-88. [DOI](#)

5. Baker DG, Nash WP, Litz BT, Geyer MA, Risbrough VB et al. Predictors of Risk and Resilience for Posttraumatic Stress Disorder Among Ground Combat Marines: Methods of the Marine Resiliency Study. *Prev Chronic Dis*. 2012; 9(E97)[DOI](#) | [PubMed](#)
6. Breslau N, Lucia VC, Davis GC. Partial PTSD versus full PTSD: An empirical examination of associated impairment. *Psychol Med* . 2004; 34(7):1205-1214. [PubMed](#)
7. McLaughlin KA, Koenen KC, Friedman MJ et al. Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biol Psychiatry*. 2015; 77(4):375-84. [DOI](#) | [PubMed](#)
8. Mylle J, Maes M. Partial posttraumatic stress disorder revisited. *J Affect Disord* . 2004; 78(1):37-48. [PubMed](#)
9. Jakupcak M, Conybeare D, Phelps L, Hunt S, Holmes HA, Felker B, McFall ME. Anger, hostility, and aggression among Iraq and Afghanistan war veterans reporting PTSD and subthreshold PTSD. *J Trauma Stress* . 2007; 20(6):945-54. [PubMed](#)[DOI](#)
10. Cukor J, Wyka K, Jayasinghe N, Difede J. The nature and course of subthreshold PTSD. *J Anxiety Disord* . 2010; 24(8):918-23. [DOI](#) | [PubMed](#)
11. Marshall RD, Olfson M, Hellman F, Blanco C, Guardino M, Struening EL. Comorbidity, impairment, and suicidality in subthreshold PTSD. *Am J Psychiatry* . 2001; 158(9):1467-73. [DOI](#) | [PubMed](#)
12. Adams RE, Boscarino JA, Galea S. Alcohol use, mental health status and psychological well-being 2 years after the World Trade Center attacks in New York City. *Am J Drug Alcohol Abuse* . 2006; 32(2):203-24. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)
13. Stein MB, Walker JR, Hazen AL, Forde DR. Full and partial posttraumatic stress disorder: findings from a community survey. *Am J Psychiatry* . 1997; 154(8):1114-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
14. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry* . 2002; 43(6):413-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
15. Zhang W, Ross J, Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder in callers to the Anxiety Disorders Association of America. *Depress Anxiety* . 2004; 19(2):96-104. [DOI](#) | [PubMed](#)
16. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. Continuing controversy over the psychological risks of Vietnam for US veterans. *J Trauma Stress*. 2007; 20(4):449-65. [DOI](#) | [PubMed](#)
17. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med* . 2004; 351(1):13-22. [DOI](#) | [PubMed](#)
18. Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *J Trauma Stress*. 2010; 23(1):69-77. [DOI](#) | [PubMed](#)
19. Breslau N. Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Can J Psychiatry*. 2002; 47(10):923-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
20. Begic D, Jokic-Begic N. Aggressive behavior in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Mil Med* . 2001; 166(8):671-6. [PubMed](#)
21. Hoge CW, Terhakopian A, Castro CA, Messer SC, Engel CC. Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *Am J Psychiatry* . 2007; 164(1):150-3. [DOI](#) | [PubMed](#)
22. Carroll EM, Rueger DB, Foy DW, Donahoe CP Jr. Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: analysis of marital and cohabitating adjustment. *J Abnorm Psychol* . 1985; 94(3):329-37. [Publisher Full Text](#) | [PubMed](#)
23. Durodie B. Risk and the social construction of 'Gulf War Syndrome'. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2006; 361(1468):689-95. [DOI](#) | [PubMed](#)
24. Shephard B. "Pitiless psychology": The role of prevention in British military psychiatry in the Second World War. *Hist Psychiatry*. 1999; 10(4):491-510. [PubMed](#)
25. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *BMJ*. 2001; 322(7278):95-8. [DOI](#) | [PubMed](#)
26. Frueh BC, Elhai JD, Gold PB, Monnier J, Magruder KM, Keane TM, et al. Disability compensation seeking among veterans evaluated for posttraumatic stress disorder. *Psychiatr Serv*. 2003; 54(1):84-91. [DOI](#) | [PubMed](#)

27. Department of Veterans Affairs Office of Inspector General. Review of State Variances in VA disability Compensation Payments (05-00765-137). Washington DC: VA Office of Inspector General; 2005. [Publisher Full Text](#)
28. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Annu Rev Psychol*. 2003; 54:229-52. [DOI](#) | [PubMed](#)
29. Rosen GM, Taylor S. Pseudo-PTSD. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(2):201-10. [DOI](#) | [PubMed](#)
30. Baggaley M. 'Military Munchausen's': assessment of factitious claims of military service in psychiatric patients. *Psychiatr Bull*. 1998; 22(3):153-4. [DOI](#)
31. Frueh BC, Elhai JD, Grubaugh AL, Monnier J, Kashdan TB, Sauvageot JA, et al. Documented combat exposure of US veterans seeking treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry*. 2005; 186:467-72. [DOI](#) | [PubMed](#)
32. Sparr LF, Pankratz LD. Factitious posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 1983; 140(8):1016-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
33. Dean ET. Shook over hell: Post-traumatic stress, Vietnam, and the Civil War. Cambridge: Harvard University Press; 1997. [Publisher Full Text](#)
34. Freeman T, Powell M, Kimbrell TA. Measuring symptom exaggeration in veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Res*. 2008; 158(3):374-80. [DOI](#) | [PubMed](#)
35. Frueh BC, Hamner MB, Cahill SP, Gold PB, Hamlin K. Apparent symptom overreporting among combat veterans evaluated for PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2000; 20(7):853-85. [PubMed](#)
36. Institute of Medicine of the National Academies. Treatment of posttraumatic stress disorder: An assessment of the evidence. Washington DC: The National Academies Press; 2007. [Publisher Full Text](#)
37. Department of Veterans Affairs Office of Inspector General. Review of State Variances in VA Disability Compensation Payments 05-00765-137. Washington DC: 37. VA Office of Inspector General; 2005. [Publisher Full Text](#)
38. Polusny MA, Erbes CR, Murdoch M, Arbisi PA, Thuras P, Rath MB. Prospective risk factors for new-onset post-traumatic stress disorder in National Guard soldiers deployed to Iraq. *Psychol Med*. 2011; 41(4):687-98. [DOI](#) | [PubMed](#)
39. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(5):748-66. [Publisher Full Text](#) | [PubMed](#)
40. Read JP, Colder CR, Merrill JE, Ouimette P, White J, Swartout A. Trauma and posttraumatic stress symptoms predict alcohol and other drug consequence trajectories in the first year of college. *J Consult Clin Psychol*. 2012; 80(3):426-39. [DOI](#) | [PubMed](#)
41. Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 2001; 158(8):1184-90. [DOI](#) | [PubMed](#)
42. Gilpin NW, Weiner JL. Neurobiology of comorbid post-traumatic stress disorder and alcohol-use disorder. *Genes Brain Behav*. 2017; 16(1):15-43. [DOI](#) | [PubMed](#)
43. Blanco C, Xu Y, Brady K, Perez-Fuentes G, Okuda M, Wang S. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2013; 132(3):630-8. [DOI](#) | [PubMed](#)
44. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S, Goodwin L. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49(9):1401-25. [DOI](#) | [PubMed](#)
45. Karakiewicz B, Rozmarynowska B, Paszkiewicz M, Zabielska P. Psychosocial aspects of participation of the Polish Armed Forces in combat missions. *Psychiatr Pol*. 2018; 52(5):873-86. [Publisher Full Text](#) | [DOI](#) | [PubMed](#)
46. Solomon Z, Mikulincer M. Trajectories of PTSD: A 20-year longitudinal study. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(4):659-60. [DOI](#) | [PubMed](#)
47. Minister of National Defense. The introduction of a preventive health program in the national defense ministry "Program of support and education in posttraumatic stress disorder syndromes in psychological and psychiatric approach". Warsaw: Inspectorate of the Military Health Service; 2013.

48. Hall Brown TS, Akeeb A, Mellman TA. The role of trauma type in the risk for insomnia. *J Clin Sleep Med*. 2015; 11(7):735-9. [DOI](#) | [PubMed](#)
49. Segman RH, Cooper-Kazaz R, Macciardi F, Goltser T, Halfon Y, Dobroborski T, et al. Association between the dopamine transporter gene and posttraumatic stress disorder. *Mol Psychiatry*. 2002; 7(8):903-7. [DOI](#) | [PubMed](#)
50. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(10):1675-81. [Publisher Full Text](#)
51. Xian H, Chantarujikapong SI, Scherrer JF, Eisen SA, Lyons MJ, Goldberg J, et al. Genetic and environmental influences on posttraumatic stress disorder, alcohol and drug dependence in twin pairs. *Drug Alcohol Depend*. 2000; 61(1):95-102. [DOI](#) | [PubMed](#)
52. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68:748-66. [Publisher Full Text](#)
53. Hotopf M, Wessely S. Can epidemiology clear the fog of war; lessons from the 1990-91 Gulf War. *Int J Epidemiol*. 2005; 34(4):791-800. [DOI](#) | [PubMed](#)
54. Dohrenwend BP, Turner JB, Turse NA, Adams BG, Koenen KC, Marshall R. The psychological risks of Vietnam for US veterans: A revisit with new data and methods. *Science*. 2006; 313(5789):979-82. [DOI](#) | [PubMed](#)
55. Hoge CW, Auchterlonie JL, Milliken CS. Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA*. 2006; 295(9):1023-32. [DOI](#) | [PubMed](#)
56. Shephard B. A war of nerves: Soldiers and psychiatrists in the twentieth century. Cambridge: Harvard University Press; 2001. [Publisher Full Text](#)
57. Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Associations between exposure to stressful life events and alcohol use disorder in a longitudinal birth cohort studied to age 30. *Drug Alcohol Depend*. 2014; 142:154-60. [DOI](#) | [PubMed](#)
58. Shorter D, Hsieh J, Kosten TR. Pharmacologic management of comorbid post-traumatic stress disorder and addictions. *Am J Addict*. 2015; 24(8):705-12. [DOI](#) | [PubMed](#)
59. Pietrzak RH, Goldstein RB, Southwick SM, Grant BF. Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *J Anxiety Disord*. 2011; 25(3):456-65. [DOI](#) | [PubMed](#)
60. Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *J Trauma Stress*. 2010; 23(1):69-77. [DOI](#) | [PubMed](#)
61. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*. 1997; 36(11):1503-11. [DOI](#) | [PubMed](#)
62. Truszczyński O. Skuteczność terapii PTSD obejmującej wsparcie dla rodzin, funkcjonowanie służby psychologicznej oraz opieka i pomoc socjalna rodzinom żołnierzy wykonujących zadania poza granicami kraju. Szczecin: Zapol; 2005.
63. Elżbieta Talik. The sense of controllability of stressful situation and coping strategies among adolescents. *Polskie Forum Psychologiczne*. 2010; 15(1):49-65. [Publisher Full Text](#)
64. Ruscio A, Weathers F, King L, King D. Male war-zone veterans' perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *J Trauma Stress*. 2002; 15(5):351-7. [DOI](#) | [PubMed](#)
65. Pospiszyl K. Ojciec a wychowanie dziecka. Warsaw: Academic Publishing House Żak; 2012. [Publisher Full Text](#)
66. Lipari R, Palen LA, Silber Ashley O, Penne M, Kan M, Pemberton M. Examination of veteran fathers' parenting and their adolescent children's substance use in the United State. *Subst Use Misuse*. 2017; 52(6):698-708. [DOI](#) | [PubMed](#)
67. Chaban OS, Bezsheyko VH, Khaustova OO, Burlaka OV, Ryvak TB, Gender-related differences of stress reactions in Ukrainian combatants. *Pharmacia*. 2018; 65(2):3-10.
68. Khaustova O, Smashna O. Clinical features of PTSD in patients with TBI. *European Psychiatry*. 2017; 41:474-5. [DOI](#)

69. Khaustova O, Smashna O. Clinical comorbidity of posttraumatic stress disorder and traumatic brain injury in participants of military actions in eastern Ukraine. *European Neuropsychopharmacology*. 2016; 26:628-9. [DOI](#)