

УДК 616.8 – 008.615 – 02:616-001] – 039.51:616.89-008.441.13] - 036-092-08  
DOI <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2025-2-14>

### Олег ФІТЬКАЛО

кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії та психотерапії ФПДО, ДНП «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», [avfitkalo@gmail.com](mailto:avfitkalo@gmail.com)  
ORCID: 0000-0001-6321-9518

### Вячеслав ЗАЙКА

лікар психіатр, магістр психології, Державний заклад «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України, [libaurum@gmail.com](mailto:libaurum@gmail.com)  
ORCID: 0009-0000-4908-8769

## СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОЯВИ, МЕХАНІЗМИ ТА ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ АСОЦІЙОВАНОГО З РОЗЛАДАМИ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Війна накладає величезний психологічний тягар на населення України, що супроводжується зростанням частоти розвитку психічних і поведінкових розладів як серед населення назагал, так і у комбатантів. Військові дії чинять значний вплив на особистість та є основною причиною бойових психічних травм, гострих стресових і посттравматичних стресових розладів, особливо з врахуванням складного та напруженого характеру сучасної праці військових, використання надпотужних засобів ураження з різноманітними факторами впливу. В умовах активних військових дій в Україні посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (posttraumatic stress disorder, PTSD) став вкрай важливою проблемою стану здоров'я як військовослужбовців-комбатантів, так і цивільного населення. Узагальнення досвіду дослідження бойового ПТСР з часу введення поняття в психіатричну практику (1980) свідчить про його багатофакторність.

**Наукова новизна.** Різноманітність комбінацій психогенних, ендогенних та соматогенних етіопатогенетичних факторів та їх комбінацій зумовлює поліморфізм клінічної симптоматики, частоту коморбідних та адиктивних станів. Клінічними проявами є повторні переживання елементів травматичної події в ситуації «тут і зараз», що може проявлятися тривогою і панікою, іноді гнівом, злістю, почуттям провини чи безнадійності, прагненням уникати внутрішніх та зовнішніх стимулів, які асоціюються зі стресором [7]. Симптоми переважно виникають протягом шести місяців від стресового впливу, до того ж пусковими чинниками виступають події, які здатні викликати дистрес практично у будь-якої людини, який має віддалені наслідки у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та не завжди діагностується, а відтак – не отримує вчасно ефективного лікування.

**Мета дослідження** – виявлення клінічних специфічних симптомів ПТСР ускладненого адиктивною та іншою коморбідною патологією в учасників бойових дій

**Результати:** проведено оцінювання клінічної симптоматики ПТСР та її частоту: найчастішими проявами у комбатантів з ізольованим ПТСР були симптоми уникання ( $88,66 \pm 2,58 \%$ ), у половини – фіксувались нав'язлива поведінка ( $51,33 \pm 4,08 \%$ ) та надмірне збудження ( $50,66 \pm 4,08 \%$ ), а відстороненість і заціпеніння реєструвались лише у п'ятій частини пацієнтів ( $20,66 \pm 3,31 \%$ ).

**Висновки.** Окрім зазначених симптомів, достатньо широку розповсюдженість мали ознаки загального погіршення здоров'я, яке відмічали у 379 ( $88,02 \pm 5,16 \%$ ) обстежуваних. Достатньо велика кількість респондентів зазначала наявність у себе поведінкових розладів у вигляді підвищеної дратівливості –  $20,75 \pm 5,57 \%$ , нервозності –  $30,19 \pm 6,31 \%$ , апатії –  $16,98 \pm 5,16 \%$  та загальмованості –  $11,32 \pm 4,35 \%$ . У половини учасників відмічено високий рівень вживання алкоголю, споживання тютюнових виробів, недостатній сон поганої якості, низький рівень рухової активності.

**Ключові слова:** ПТСР, РВА, коморбідна патологія.

## Oleg Fitkalo, Vyacheslav Zaika. MODERN VIEWS ON THE MANIFESTATIONS, MECHANISMS, AND APPROACHES TO THE TREATMENT OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER ASSOCIATED WITH ALCOHOL USE DISORDERS IN COMBATANTS

The war imposes a huge psychological burden on the population of Ukraine, which is accompanied by an increase in the frequency of mental and behavioral disorders among both the general population and combatants. Military operations have a significant impact on the personality and are the main cause of combat mental trauma, acute stress and post-traumatic stress disorders, especially taking into account the complex and stressful nature of modern military work, the use of super-powerful means of destruction with various impact factors. In the context of active military operations in Ukraine, posttraumatic stress disorder (PTSD) has become an extremely important health problem for combatants and the civilian population. The generalization of the experience of studying combat PTSD since the concept was introduced into psychiatric practice (1980) indicates its multifactorial nature.

**Scientific novelty.** The variety of combinations of psychogenic, endogenous and somatogenic etiopathogenetic factors and their combinations determines the polymorphism of clinical symptoms, the frequency of comorbid and addictive conditions. Clinical

manifestations are repeated experiences of elements of the traumatic event in a "here and now" situation, which can manifest as anxiety and panic, sometimes anger, rage, feelings of guilt or hopelessness, and a desire to avoid internal and external stimuli associated with the stressor. Symptoms usually occur within six months of the stressful event, with triggering events that can cause distress in almost any person, which has long-term consequences in the form of post-traumatic stress disorder (PTSD) and is not always diagnosed and therefore does not receive effective treatment in a timely manner.

**The research objective** is to identify clinical specific symptoms of PTSD complicated by addictive and other comorbid pathologies in combat participants.

**Results.** The clinical symptoms of PTSD and their frequency were assessed: the most frequent manifestations in combatants with isolated PTSD were avoidance symptoms ( $88.66 \pm 2.58\%$ ), obsessive behavior ( $51.33 \pm 4.08\%$ ) and excessive arousal ( $50.66 \pm 4.08\%$ ) were recorded in half, and detachment and numbness were recorded in only a fifth of patients ( $20.66 \pm 3.31\%$ )

**Conclusion.** In addition to the above symptoms, signs of general deterioration of health were quite widespread, which were noted in 379 ( $88.02 \pm 5.16\%$ ) of the surveyed. A fairly large number of respondents noted the presence of behavioral disorders in the form of increased irritability –  $20.75 \pm 5.57\%$ , nervousness –  $30.19 \pm 6.31\%$ , apathy –  $16.98 \pm 5.16\%$  and inhibition –  $11.32 \pm 4.35\%$ . Half of the participants had a high level of alcohol consumption, consumption of tobacco products, insufficient sleep of poor quality, and a low level of motor activity.

**Key words:** PTSD, PVA, comorbid pathology.

**Вступ.** Проблемні питання діагностики пост-травматичного стресового розладу. Сьогодні діагностика ПТСР викликає в науковців низку серйозних суперечок [7], що зумовлено множинністю контингенту пацієнтів (військові, ветерани, цивільні різних вікових груп), різноманітними клінічними проявами, неоднаковими підходами до діагностики, частим поєднанням з іншими психопатологічними станами та адикціями, зокрема алкогольною. Певне формальне розмежування цих станів відбувається на підставі особливостей клінічної картини, а також з урахуванням часу виникнення і тривалості розладів [8].

У 1980 році Американська асоціація психіатрів опублікувала третє видання «Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів» (DSM-III), що було першою спробою діагностики психічних захворювань через стандартизовані визначення та критерії. Діагноз ПТСР з'явився після публікації DSM-III і пізніше був включений до 10-го перегляду Міжнародної класифікації хвороб (1992; МКХ-10).

З кожним новим переглядом класифікацій психічних розладів продовжувались уточнення та доповнення діагностичних критеріїв ПТСР. Так, у DSM-III-R (1987) з'явилися доповнення до опису діагнозу, що уточнюють критерії події, які можуть призвести до виникнення хвороби, а також були включені критерії впливу. Доповнення надалі вносились і до DSM-IV (1994) та DSM-IV-TR (2000). Останнє видання - DSM-V-TR (2022) пропонує систему класифікації, яка намагається розділити психічні хвороби на діагностичні категорії за основними описами симптомів (тобто те, що люди говорять і роблять як відображення того, що вони думають і відчувають) та перебігу хвороби. Міжнародна класифікація хвороб, редакція 11 (МКХ-11) (2021) використовує діагностичні категорії, подібні до зазначених у DSM-V-TR. Ця схожість свідчить про те, що діагнози окремих психічних захворювань стандартизуються і гармонізуються в усьому світі,

що має особливо важливе значення для комбатантів. Адже на момент їх створення накопичилося достатньо досліджень впливу пережитого травматичного досвіду в учасників бойових дій. Завдяки подальшому вивченню наслідків локальних воєн (в'єтнамської, афганської тощо), були опубліковані невтішні результати, що доводять масштабне поширення психічних розладів в учасників бойових дій та, зокрема, наявність ПТСР, прояви якого кумулюються та часто завершуються трагічно.

У DSM-V, яка є останньою версією, діагностичні критерії ПТСР були суттєво доповнені, а основні визначення переглянуті. Однак залишилась необхідність наявності в анамнезі пацієнта значної травматичної події, пов'язаної з реальною чи ймовірною смертю, серйозною травмою чи сексуальним насильством.

До клінічних діагностичних критеріїв ПТСР (F43.1) належать наявність стресової події катастрофічного рівня; нав'язливі спогади (ремінісценції) про подію, зокрема раптові (флешбеки), нав'язливі сновидіння; уникнення обставин, які асоціюються із стресорною подією; емоційна відчуженість, зникнення соціальної активності; гострі спалахи страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними спогадами про стресорну подію; вегетативні розлади; початок від 2 до 6 місяців після стресорної події. Сьогодні, за DSM-V та за МКХ-11, застосовують дещо різні критерії діагностики ПТСР, тому триває полеміка щодо їх визначень, обґрунтувань та уточнень для розв'язання діагнозу з іншими супутніми психічними захворюваннями [11].

Відповідно з класифікацією МКХ-11 (2021), ПТСР (6B40) визначається як розлад, що розвивається після впливу екстремальної, загрозливої або жахливої події чи серії подій та характеризується повторним переживанням травматичної події зараз у вигляді яскравих нав'язливих спогадів, що супроводжуються страхом або жахом, флешбеками та/або нічними кошмарами; уникненням думок

і спогадів про подію, або уникненням діяльності чи ситуацій, що нагадують подію; станом суб'єктивного відчуття загрози, що зберігається у вигляді гіпернастороженості та/або посилених реакціях переляку. Симптоми повинні тривати не менше кількох тижнів та спричиняти значне погіршення функціонування.

З огляду на широке поєднання різних кластерів симптомів ПТСР, низьким діагностичним порогом та високим рівнем коморбідності, у МКХ-11 (2021) були запропоновані зміни, спрямовані на підвищення клінічної утилітарності класифікації розладів стресом [4]. Перше нововведення стосується назви групи розладів, викликаних стресом. Задля підкреслення стресової ситуації як обов'язкового етіологічного критерію, в МКХ-11 було введено назву розділу «Розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом» (*disorders specifically associated with stress*, L1-6B4) замість рубрики F43 («Реакція на важкий стрес і порушення адаптації», що належить до розділу F40-F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади»). У цьому випадку підкреслюється, що йдеться лише про розлади, стрес (значна травматична ситуація) для яких є обов'язковою та специфічною причиною їхнього розвитку. Розділ МКХ-11 «Розлади, безпосередньо пов'язані зі стресом» включає «Розлад адаптації» (6B43), «ПТСР» (6B40) і «Комплексний ПТСР» (6B41). Крім цього, до МКХ-11 включений новий самостійний діагноз «Пролонгована реакція горя» (6B42) [9].

Водночас гостра реакція на стрес сьогодні розглядається як нормальна реакція, а тому класифікується у розділі «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звернення до закладів охорони здоров'я». Ця категорія розглядається як легітимна мета для клінічних інтервенцій, але не визначена як психічний розлад [6].

За МКХ-11, комплексний ПТСР (6B41) розглядається як розлад, який виникає після впливу надзвичайного та/або тривалого за своєю природою стресору, від якого позбутися важко або неможливо. Такий розлад проявляється основними симптомами ПТСР, а також розвитком персистивних і наскрізних порушень афективної сфери, ставлення до самого себе та у змінах соціального функціонування, включаючи труднощі у регуляції емоцій, відчуття себе як приниженої, переможеної і нікчемної людини, проблеми у підтримці взаємин. Діагноз включає доповнення до трьох типових кластерів симптомів ПТСР, і саме ця модель змінює категорію МКХ-10 «Хронічна зміна особи після переживання катастрофи» (F62.0). Отже, основні зміни у МКХ-11, що стосуються ПТСР, включають вужчу концепцію ПТСР, яка не дозволяє виставляти діагноз на основі тільки неспецифічних симптомів; нову категорію «комплексна ПТСР» (*«complex*

*PTSD»*), яка є аналогом діагнозу «Хронічна зміна особистості після переживання катастрофи» (F62.0 у МКХ-10); новий діагноз «Пролонгована реакція горя», що використовується для характеристики пацієнтів, які відчувають інтенсивну, болісну, що призводить до втрати працездатності й аномально тривалу реакцію на важку втрату; суттєвий перегляд діагностики «розладу адаптації», що включає конкретизацію симптомів; перегляд концепції «гострої реакції на стрес» у руслі уявлень про цей стан як про нормальне явище, яке, однак, може вимагати клінічного втручання.

Враховуючи вищевикладене, тепер значну увагу приділяють поєднаному розвитку розладів, викликаних вживанням психоактивних речовин на тлі посттравматичного стресового розладу. Відсутність узгодженості у класифікації вживання психоактивних речовин та вимірюванні посттравматичного стресового розладу в різних дослідженнях продовжує перешкоджати наявності показників захворюваності на коморбідні розлади, спричинені вживанням психоактивних речовин та посттравматичним стресовим розладом.

Для пояснення зв'язку між ПТСР та розладами, викликаними вживанням ПАР, були висунуті чотири основні гіпотези. Перша – це «модель негативного підкріплення, або самолікування» [1], за якою алкоголь або ПАР використовуються для зменшення дистресу, пов'язаного з симптомами, і цим викликається полегшення, яке, зі свого боку, замикає хибне коло та посилює вживання ПАР. За другою «моделлю взаємної підтримки», між двома станами існує рефлексивний взаємозв'язок: симптоми ПТСР призводять до вживання ПАР, а вони посилюють або, принаймні, підтримують симптоми ПТСР [5].

– модель ризику, пов'язана зі способом життя, за якого зловживання призводить до більш високої частоти травм, а отже, до посттравматичного стресу [2];

– пояснення загальних факторів, яке передбачає, що обидва розлади зумовлені третьою змінною, такою як загальна генетична обумовленість або особистісні фактори [3].

Варто враховувати той факт, що коморбідність в психіатрії має свої особливості, пов'язані з особистістю залежних пацієнтів, та створює складнощі для її адекватної ретроспективної оцінки і не виключає помилок інтерпретації преморбідного стану.

У спеціальній літературі немає єдності поглядів на особливості протікання поєднаних хвороб. Безліч нез'ясованих закономірностей виникнення коморбідності в психіатрії та наркології сьогодні вимагає пошуку нових типів моделей поєднання (коморбідності) ПТСР з розладами вживання

алкоголю (РВА). Крім того, різновиди станів залежності досить часто поєднуються між собою та можуть бути коморбідними з іншими психічними розладами ендogenous, ендogenous-органічного, соматogenous, екзogenous-органічного, психogenous характеру тощо [10].

**Мета дослідження** - виявлення клінічних специфічних симптомів ПТСР, ускладненого адиктивною та іншою коморбідною патологією в учасників бойових дій

**Матеріали і методи дослідження.** Роботу виконували на кафедрі психіатрії та дитячої психіатрії, психотерапії та клінічної психології факультету післядипломної освіти (ФПДО) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького. Набір клінічного матеріалу здійснювали впродовж 2015-2024 рр. на клінічних базах: наркологічному відділенні № 2 Львівського обласного клінічного наркологічного диспансеру; відділенні № 16 Військово-медичного клінічного центру Західного регіону м. Львова, реабілітаційному центрі «Незламні». Критерії включення в дослідження 585 осіб – це чоловіки-комбатанти віком 20-60 років з діагнованими ПТСР (F43.1) та розладами вживання алкоголю з ознаками психічних та поведінкових розладів; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні; задовільний комплаєнс; відсутність критеріїв виключення.

Дослідження проведено із дотриманням Конвенції Ради Європи з прав людини (04.04.1997) та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації «Етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини в якості суб'єкта дослідження (1964--2013 рр.). Хід дослідження розглянутий та схвалений комісією з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (початковий протокол дослідження № 10 від 16.12.2019 р. та кінцевий протокол - № 1 від 20 грудня 2025р.).

Визначення тривожних і депресивних розладів, які, з одного боку, є віддзеркаленням судинних хвороб головного мозку, а з іншого – додатковим чинником афективних (емоційних) порушень, здійснювали за використанням низки валідизованих тестів: тесту Спілбергера-Ханіна з визначенням

особистісної та реактивної тривожності; суб'єктивної госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale, HADS); об'єктивної шкали депресії Hamilton-21 (Hospital Depression Rating Scale (HDRS) та шкали манії Yang.

Клініко-психопатологічне дослідження базувалося на стандартних підходах до психіатричного та наркологічного обстеження через інтерв'ювання та спостереження з акцентом на виявленні порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT, J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. E. Babor, 1993; Лінский І.В., Мінко О.І., Артемчук А.П. з співт., 2009), що давало можливість комплексно оцінити адиктивний статус.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Проведено оцінювання клінічної симптоматики ПТСР та визначено частоту певних його клінічних проявів. Аналіз провідних 4 доменів ПТСР показав, що у комбатантів з ізолюваним ПТСР найчастішими проявами були симптоми уникання ( $88,66 \pm 2,58 \%$ ), у половини фіксувались нав'язлива поведінка ( $51,33 \pm 4,08 \%$ ) та надмірне збудження ( $50,66 \pm 4,08 \%$ ), а відстороненість та заціпеніння реєструвались лише у п'ятій частини пацієнтів ( $20,66 \pm 3,31 \%$ ). За усіма цими провідними доменами ПТСР, комбатанти з коморбідністю ПТСР та розладами вживання алкоголю (група ОГ2) істотно не відрізнялись від групи ОГ1, у них так само найчастішими були симптоми уникання ( $83,87 \pm 3,30 \%$ ), нав'язлива поведінка та надмірне збудження фіксувались практично у половини осіб ( $45,16 \pm 4,47 \%$  та  $52,41 \pm 4,48 \%$ ), однак частота заціпеніння та відстороненості була вищою у півтора раза, ніж за умов ізолюваного перебігу ПТСР ( $37,09 \pm 4,34 \%$ ) (табл. 1).

У ході дослідження проведено оцінювання клінічної симптоматики ПТСР та визначено частоту певних його клінічних проявів. Так, у комбатантів з ізолюваним ПТСР найчастішими проявами були симптоми уникання ( $88,66 \pm 2,58 \%$ ), у половини - фіксувались нав'язлива поведінка ( $51,33 \pm 4,08 \%$ ) та надмірне збудження ( $50,66 \pm 4,08 \%$ ), а відстороненість і заціпеніння реєструвались лише у п'ятій частини пацієнтів ( $20,66 \pm 3,31 \%$ ). Військовослужбовці з перенесеною контузією відзначали у себе

Таблиця 1

## Розподіл 585 обстежених за клінічними групами

| Групи | Кількість осіб, частка серед усіх обстежених | Середній вік, років |
|-------|----------------------------------------------|---------------------|
| ОГ1   | n = 150 (25,64 %)                            | 31,0 $\pm$ 2,6      |
| ОГ2   | n=124 (21,20 %)                              | 27,5 $\pm$ 4,0      |
| ПГ    | n = 156 (26,67 %)                            | 28,1 $\pm$ 3,7      |
| КГ1   | n=105 (17,95 %)                              | 22,4 $\pm$ 4,2      |
| КГ2   | n=50 (8,64 %)                                | 30,1 $\pm$ 6,5      |



наявність головного болю - 50,94 %, 32,08 % - запаморочення, 66,04 % – періодичного погіршення зору, підвищеної дратівливості – 20,75 %, нервозності – 30,19 %, апатії – 16,98 % та загальмованості – 11,32 %.

Цілком очікувано, частота усіх визначених доменів істотно перевищувала аналогічну у військових КГ1, в  $17,14 \pm 3,67$  %, у яких було зареєстроване надмірне збудження, тоді як інші домени ПТСР не виявлялись.

Більше половини учасників повідомили про високий рівень вживання алкоголю, споживання тютюнових виробів, недостатній сон поганої якості, низький рівень рухової активності. Паралельно з'ясовано наявність ПТСР та/або депресії. Зроблено висновок про необхідність корегування способу життя для підвищення здоров'я військовослужбовців.

Істотні відмінності встановлені за проявами когнітивного синдрому та поведінковими реакціями. Зокрема серед пацієнтів з ПТСР у 45,25 % був виявлений потяг до алкоголю, особливо для зняття напруги та гостроти переживань. Ці пацієнти характеризувались найчастішим утрудненням концентрації уваги ( $87,90 \pm 2,93$  %;  $p_{\text{ОГ1-ОГ2}} < 0,01$ ;  $p_{\text{ОГ1-ПГ}} < 0,01$ ) та частими проявами відчуття самотності у колі родини, дітей, близьких і друзів серед усіх груп ( $58,87 \pm 4,42$  %).

Вегетативний синдром, який характеризує фізіологічні реакції, оцінено за частотою головного болю, швидкої підвищеної втомлюваності, коливаннями артеріального тиску, запаморочення та нудоти. Встановлено, що (219)  $50,94 \pm 6,87$  % досліджуваних відзначали у себе наявність головного болю, (138)  $32,08 \pm 6,41$  % - запаморочення, (195)  $45,28 \pm 6,84$  % скаржилися на диспептичні

Таблиця 2

**Провідні домени посттравматичного стресового розладу ізолюваного (ОГ1), поєднаного з розладами вживання алкоголю (ОГ2), а також у пацієнтів з групи порівняння з розладами вживання алкоголю (ПГ) та групи контролю (КГ1) (%;  $M \pm m$ )**

| Симптоми                       | ОГ1<br>n = 150               | ОГ2<br>n = 124                | ПГ<br>n = 156                | КГ1<br>n = 105            | p                                                                                                                                                        |
|--------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Нав'язлива поведінка           | 77/150<br>$51,33 \pm 4,08$ % | 56/124 $45,16 \pm 4,47$ %     | 23/156<br>$14,74 \pm 2,83$ % | 0/105<br>0 $\pm$ 0 %      | $p_{\text{ОГ1-КГ1}} < 0,001$<br>$p_{\text{ОГ2-КГ1}} < 0,001$<br>$p_{\text{ПГ-КГ1}} < 0,05$                                                               |
| Симптоми уникання              | 133/150 $88,66 \pm 2,58$ %   | 104/124<br>$83,87 \pm 3,30$ % | 12/156<br>$7,69 \pm 2,13$ %  | 0/105<br>0 $\pm$ 0 %      | $p_{\text{ОГ1-ПГ}} < 0,001$<br>$p_{\text{ОГ2-ПГ}} < 0,001$<br>$p_{\text{ОГ1-КГ1}} < 0,001$<br>$p_{\text{ОГ2-КГ1}} < 0,001$<br>$p_{\text{ПГ-КГ1}} < 0,05$ |
| Заціпеніння та відстороненість | 31/150 $20,66 \pm 3,31$ %    | 46/124 $37,09 \pm 4,34$ %     | 5/156<br>$3,20 \pm 1,41$ %   | 0/105<br>0 $\pm$ 0 %      | $p_{\text{ОГ1-КГ1}} < 0,01$<br>$p_{\text{ОГ2-КГ1}} < 0,01$<br>$p_{\text{ПГ-КГ1}} < 0,05$                                                                 |
| Надмірне збудження             | 76/150 $50,66 \pm 4,08$ %    | 65/124 $52,41 \pm 4,48$ %     | 56/156<br>$35,89 \pm 3,84$ % | 18/105 $17,14 \pm 3,67$ % | $p_{\text{ОГ1-ПГ}} < 0,05$<br>$p_{\text{ОГ2-ПГ}} < 0,05$<br>$p_{\text{ОГ1-КГ1}} < 0,05$<br>$p_{\text{ОГ2-КГ1}} < 0,05$<br>$p_{\text{ПГ-КГ1}} < 0,05$     |

розлади, такі як нудота та навіть блювання, (284)  $66,04 \pm 6,51$  % відзначали періодичне погіршення зору. За частотою головного болю та швидкої підвищеної втомлюваності ОГ1, ОГ2 та ПГ були подібними. Натомість коливання артеріального тиску траплялися найчастіше серед осіб ПГ ( $55,12 \pm 3,98$  %) та у комбатантів з коморбідним перебігом ПТСР з РВА ( $44,35 \pm 4,84$  %;  $p < 0,05$ ). Припускаємо, що саме РВА призводить до нестабільності артеріального тиску та створює передумови виникнення судинних катастроф. Також ОГ2 (ПТСР+РВА) характеризувалась істотно частішим виникненням запаморочень та нудоти, якщо порівняти з ОГ1 та ПГ ( $42,74 \pm 4,44$  % проти  $31,33 \pm 2,84$  % та

$28,20 \pm 4,04$  %; обидва  $p < 0,05$ ). В середньому фіксувалася наявність 2–3 визначених ознак одночасно. Характер з'ясованих симптомів дозволяє зробити висновок про погіршення регуляції діяльності основних органів та систем організму, що, відповідає наявним літературним відомостям.

Окрім зазначених симптомів, достатньо широку розповсюдженість мали ознаки загального погіршення здоров'я. Так, (379)  $88,02 \pm 5,16$  % респондентів скаржилися на загальне стомлення та погіршення працездатності, (382)  $88,83 \pm 4,35$  % відзначали погіршення сну, до того ж (195)  $45,35 \pm 6,84$  % характеризували його як труднощі із засинанням, а (186)  $43,25 \pm 6,81$  % – як

поверхневий сон, що не дозволяє відновитися працездатності. Це повинно бути оцінено як доказ правильності припущень, зроблених на підставі аналізу відповідних режимних моментів. Достатньо велика кількість респондентів зазначала наявність у себе поведінкових розладів у вигляді підвищеної дратівливості –  $20,75 \pm 5,57 \%$ , нервозності –  $30,19 \pm 6,31 \%$ , апатії –  $16,98 \pm 5,16 \%$  та загальмованості –  $11,32 \pm 4,35 \%$ .

**Висновки.** Встановлені особливості клінічних проявів ПТСР за умов поєднання з розладами вживання алкоголю: доведено, що поєднання ПТСР з РВА негативно впливало на якість життя та адаптивність. Механізм виникнення та клінічному значенню ПТСР поєднаного з РВА дотепер не приділяється належної уваги, а лікувально-профілактичні підходи не окреслені, що зумовлює актуальність та доцільність проведеного дослідження.

#### Література:

1. Baker T. B., Piper M. E., Fiore M. C., McCarthy D. E., Majeskie M. R. Addiction motivation reformulated: An affective processing model of negative reinforcement. *Psychological Review*. 2004. Vol. 111. P. 33–51. DOI: 10.1037/0033-295X.111.1.33
2. Begle A. M., Hanson R. F., Danielson C. K., McCart M. R., Ruggiero K. J., Amstadter A. B., et al. Longitudinal pathways of victimization, substance use, and delinquency: findings from the National Survey of Adolescents. *Addictive Behaviors*. 2011. Vol. 36, № 7. P. 682–689. doi: 10.1016/j.addbeh.2010.12.026
3. Haller M., Chassin L. A test of adolescent internalizing and externalizing symptoms as prospective predictors of type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 2012. Vol. 25. P. 691–699. <https://doi.org/10.1002/jts.21751>
4. Harrison J. E., Weber S., Jakob R., Chute C. G. ICD-11: an international classification of diseases for the twenty-first century. *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2021. Vol. 21, Suppl. 6. P. 206. DOI: 10.1186/s12911-021-01534-6
5. Kaysen D., Atkins D., Simpson T., Stappenbeck C., Blayney J., Lee C. M., Larimer M. E. Proximal relationships between PTSD symptoms and drinking among female college students: Results from a Daily Monitoring Study. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2014. Vol. 28, № 1. P. 62–73. DOI: 10.1037/a0033588
6. Mauro C., Reynolds C. F., Maercker A., Skritskaya N., Simon N., Zisook S., et al. Prolonged grief disorder: clinical utility of ICD11 diagnostic guidelines. *Psychological Medicine*. 2019. Vol. 49, № 5. P. 861–867. DOI: 10.1017/S0033291718001563
7. Merians A. N., Spiller T., Harpaz-Rotem I., Krystal J. H., Pietrzak R. H. Post-traumatic Stress Disorder. *Medical Clinics of North America*. 2023. Vol. 107, № 1. P. 85–99. DOI: 10.1016/j.mcna.2022.04.003
8. Mureșanu I. A., Grad D. A., Mureșanu D. F., Dobran S. A., Hapca E., Strilciuc Ș., et al. Evaluation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and related comorbidities in clinical studies. *Journal of Medicine and Life*. 2022. Vol. 15, № 4. P. 436–442. DOI: 10.25122/jml-2022-0120
9. Reed G. M., First M. B., Kogan C. S., Hyman S. E., Gureje O., Gaebel W., et al. Innovations and changes in the ICD11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18, № 1. P. 3–19. DOI: 10.1002/wps.20611
10. Taillieu T. L., Afifi T. O., Zamorski M. A., Turner S., Cheung K., Stein M. B., Sareen J. Clinical Epidemiology of Alcohol Use Disorders in Military Personnel versus the General Population in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2020. Vol. 65, № 4. P. 253–263. DOI: 10.1177/0706743720902651
11. Wisco B. E., Marx B. P., Miller M. W., Wolf E. J., Mota N. P., Krystal J. H., et al. Probable Posttraumatic Stress Disorder in the US Veteran Population According to DSM-5: Results From the National Health and Resilience in Veterans Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2016. Vol. 77, № 11. P. 1503–1510. DOI: 10.4088/JCP.15m10188

Дата надходження статті: 30.07.2025

Дата прийняття статті: 20.08.2025

Опубліковано: 14.11.2025