

О. С. Фітькало

**ОБҐРУНТУВАННЯ СТРАТЕГІЇ І ТАКТИКИ МОДИФІКОВАНОГО ЛІКУВАННЯ
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
ТА АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ**

O. S. Fitkalo

**RATIONALE FOR THE STRATEGY AND TACTICS OF MODIFIED TREATMENT
FOR POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND ALCOHOL DEPENDENCE**

Ключові слова: ПТСР, розлади
вживання алкоголю, лікування, ко-
морбідна патологія

Keywords: PTSD, alcohol use
disorders, treatment, comorbid pa-
thology

Лікування поєднаного перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з розладами вживання алкоголю є складною проблемою, підходи до якої ще вивчаються.

З урахуванням визначених соціоекономічних, психометричних, гормональних, лабораторних характеристик була оптимізована стратегія реінтеграції ветеранів з ПТСР та алкогольною залежністю, яка включала медичну допомогу та психотерапію, професійну і соціальну адаптацію, інтеграцію через громади та суспільну роботу зі стигмою та запропонований індивідуалізований комплекс лікування, який показав достатню ефективність щодо зменшення вираженості алкогольної залежності, поліпшення когнітивних функцій, зменшення тривоги і депресії.

Мета дослідження — оптимізувати стратегію і тактику лікування посттравматичного стресового розладу, поєднаного з розладами вживання алкоголю, у комбатантів.

Ефективність запропонованого модифікованого лікування пацієнтів з ПТСР та розладами вживання алкоголю оцінювали за серією валідизованих тестів: AUDIT — зменшення вираженості з рівня небезпечного вживання алкоголю до верхньої межі безпечного рівня вживання алкоголю (15,75 проти 7,75 балів); за тестом CIWA-Ar — з помірного абстинентного синдрому до незначного чи сумнівного (19,20 проти 9,60 балів); за тестом MAST — висока вірогідність наявності алкогольної залежності змінилась на її відсутність (8,28 проти 4,00 балів); тоді як за тестом CAGE і на початку, і наприкінці не діагностовано клінічно значущих проблем, зумовлених вживанням алкоголю (1,88 проти 0,38 бала); усі $p < 0,05$.

The treatment of co-occurring post-traumatic stress disorder (PTSD) and alcohol use disorders is a complex problem, approaches to which are still being studied.

Taking into account the identified socioeconomic, psychometric, hormonal, and laboratory characteristics, a strategy for the reintegration of veterans with PTSD and alcohol dependence was optimized, which included medical care and psychotherapy, professional and social adaptation, integration through communities and social work with stigma through the proposed individualized treatment complex, which has shown sufficient effectiveness in reducing the severity of alcohol dependence, improving cognitive functions, and reducing anxiety and depression.

The aim of the study is to optimize the strategy and tactics of treating post-traumatic stress disorder combined with alcohol use disorders in combatants.

The effectiveness of the proposed modified treatment for patients with PTSD and alcohol use disorders was assessed using a series of validated tests: AUDIT — reduction in severity from the level of hazardous alcohol use to the upper limit of safe alcohol use (15.75 vs. 7.75 points); CIWA-Ar — from moderate withdrawal syndrome to minor or doubtful (19.20 vs. 9.60 points); MAST — high probability of alcohol dependence changed to its absence (8.28 vs. 4.00 points); while CAGE test showed no clinically significant alcohol use problems diagnosed at baseline or end (1.88 vs. 0.38 points); all $p < 0.05$.

Лікування поєднаного перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з розладами вживання алкоголю є складною проблемою [1; 2]. Ці коморбідні стани синергічно посилюють симптоми, негативно впливають на ефективність терапії, та є досить обмежене коло рекомендованих засобів їх фармакологічної корекції, що є проблемою сьогодення [1—3]. У контексті реінтеграції ветера-

нів алкогольна залежність є критичним викликом, пов'язаним з низкою психологічних, соціальних та економічних чинників, що перешкоджають успішній реінтеграції ветеранів до громади, оскільки не лише впливають на здоров'я окремої людини, але й ускладнюють процес повернення до якісного, повноцінного життя [1].

В основі запропонованого комплексного підходу до реінтеграції ветеранів з ПТСР та алкогольним зловживанням лежить холистичний підхід, який включає

медикаментозний, психотерапевтичний і соціально-психологічний блоки.

Реінтеграцію ветеранів проводили у Реабілітаційному центрі «Оаза незламних» — інноваційному комплексі з відновлення ментального здоров'я. Перспективою такого інноваційного комплексу буде поєднання трьох головних напрямів підтримки ветеранів. Особливий акцент буде зроблений на залучення ветеранів, де їхній досвід стане основою для створення найкращих практик у реабілітації, протезуванні, адаптації та профорієнтації. Такий комплекс поєднає паліативний центр для ветеранів і ветеранок, які потребують постійного догляду; виробництво сучасних протезів, у якому працюватимуть самі ветерани; мобільну службу кризового реагування на базі обласної служби екстреної допомоги. Особливу увагу приділятимуть тим, хто зазнав тяжких поранень і потребує тривалої медичної, психологічної та соціальної підтримки. У такий спосіб ветерани отримуватимуть у центрі психологічну допомогу, проходитимуть індивідуальні та групові заняття, зможуть брати участь в арт-, аудіо- та анімалотерапії. Передбачені програми для членів родин ветеранів і соціальні ініціативи, які сприятимуть їхній інтеграції в суспільство.

Мета дослідження — оптимізувати стратегію і тактику лікування ПТСР, поєданого з розладами вживання алкоголю, у комбатантів.

Набір клінічного матеріалу здійснювали протягом 2015—2024 років на клінічних базах: наркологічному відділенні № 2 Львівського обласного клінічного наркологічного диспансеру; реабілітаційному центрі «Оаза незламних». Критерії включення в дослідження 379 осіб: це чоловіки-комбатанти віком 20—60 років з діагностованими ПТСР (F43.1) та розладами вживання алкоголю з ознаками психічних і поведінкових розладів; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні; задовільний комплаєнс; відсутність критеріїв виключення. Пацієнти, які мали 2 бали або більше, з урахуванням результату діагностики ПТСР без розладів вживання алкоголю, становили основну групу ОГ1, особи з ПТСР та розладами вживання алкоголю були сформовані в основну групу ОГ2, пацієнти з розладами вживання алкоголю становили порівняльну групу (ПГ). Отже, створені дві основні групи пацієнтів з ПТСР, яких лікували стаціонарно, разом налічували 274 комбатанти: ОГ1 ($n = 150$; середній вік — $31,0 \pm 2,6$ років) з ізольованим ПТСР та ОГ2 ($n = 124$; $27,5 \pm 4,0$ роки; $p > 0,05$) з ПТСР, комбінованим з розладами вживання алкоголю. До порівняльної групи залучено 105 осіб з розладами вживання алкоголю середнім віком $28,1 \pm 3,7$ років (стаціонарне лікування).

Дослідження проведено з дотриманням Конвенції Ради Європи з прав людини (04.04.1997) та Гельсінської декларації Всесвітньої медичної

асоціації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людини у якості об'єкта дослідження» (1964—2013 рр.). Процес дослідження розглянутий та схвалений комісією з біоетики Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького (початковий протокол дослідження № 10 від 16.12.2019; кінцевий протокол дослідження № 1 від 20.01.2025 р.).

Наявність тривожних і депресивних розладів, які, з одного боку, є віддзеркаленням судинних хвороб головного мозку, а з іншого — додатковим чинником афективних (емоційних) порушень, визначали з 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 і спостереження з акцентом на виявлення порушень, пов'язаних із вживанням алкоголю, за Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) [5], що давало змогу комплексно оцінити адиктивний статус.

У процесі дослідження проведено оцінювання клінічної симптоматики ПТСР, визначено частоту певних його клінічних проявів та вироблено тактику лікування коморбідної патології.

Зловживання алкоголем у пацієнтів з ПТСР призводило до частіших утруднень концентрації уваги у 9,76 разів ($CI = 5,20—18,32$; $p < 0,0001$) та відчуття самотності у 1,69 разів ($CI = 0,90—2,57$; $p = 0,057$), підвищення ймовірності деменції за MMSE у 7,24 разів ($CI = 2,74—19,14$; $p = 0,001$), когнітивної дисфункції за SAGE у 3,30 разів ($CI = 1,87—7,85$; $p = 0,0002$); середньої та низької продуктивності пам'яті у 33,45 разів ($CI = 16,12—69,39$; $p < 0,0001$); середньої та важкої когнітивної дисфункції за тестом малювання годинника у 2,04 разів ($CI = 1,14—3,54$; $p = 0,015$).

У комбатантів з ізольованим 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 скаржилися на головний біль — 50,94 %, 32,08 % — запаморочення, 66,04 % — періодичне погіршення зору, підвищену дратівливість — 20,75 %, нервозність — 30,19 %, апатію — 16,98 % та загальмованість — 11,32 %.

Перед тим як приступити до лікування коморбідної патології, ми виокремили головні особливості алкогольної залежності у комбатантів з ПТСР (табл. 1).

Таблиця 1. Головні проблеми та їх трактування у подоланні алкогольної залежності у комбатантів з ПТСР

Аспекти	Трактування
Алкогольна залежність як бар'єр для реінтеграції, поглиблення ізоляції	Алкогольна залежність може призводити до втрати соціальних зв'язків, погіршення стосунків у сім'ї, а також стигматизації ветерана в суспільстві
Проблеми з працевлаштуванням	Люди з алкогольною залежністю часто мають труднощі з пошуком та отриманням роботи через проблеми зі здоров'ям, втрату працездатності або ненадійність, на погляд роботодавців
Ескалація психологічних проблем	Алкоголь лише тимчасово знижує тривогу чи стрес, але у довготривалій перспективі посилює симптоми ПТСР, депресії та агресії, які є типовими для багатьох ветеранів
Психологічний аспект: алкоголь як спосіб уникнення	Для багатьох ветеранів алкоголь стає механізмом втечі від травматичних спогадів, пов'язаних із бойовими діями; відчуття відторгнення від суспільства через незрозуміння їхнього досвіду; проблем з адаптацією до нової реальності, де мирне життя сприймається як беззмістовне або надто складне. Залежність від алкоголю ще більше погіршує здатність ветеранів брати участь у програмах реінтеграції, як-от психологічна підтримка, професійна перекваліфікація чи соціальні ініціативи
Вплив на соціальну інтеграцію, сімейні стосунки	Алкогольна залежність часто стає причиною конфліктів, домашнього насильства чи розлучень. Втрата підтримки близьких людей ускладнює реінтеграцію
Соціальна стигматизація	У суспільстві ветерани з залежністю можуть сприйматися як проблемні, що ще більше підсилює їхню ізоляцію
Взаємодія з місцевими громадами	Залежність від алкоголю може заважати ветеранам брати участь у громадських ініціативах, де їм могли б допомогти відчути належність до суспільства

Для подолання впливу алкогольної залежності на реінтеграцію ветеранів важливо дотримувати таких принципів:

- «індивідуальний підхід» — розуміння того, що кожен ветеран має унікальний досвід і потреби;
- «комплексний підхід» — поєднання лікування залежності, соматичної патології, психологічної реабілітації та соціальної адаптації;
- «раннє втручання» — чим раніше виявлено проблему, тим більше шансів на її успішне подолання;
- «співпраця держави, громадських організацій та родин» — лише через координацію зусиль можна забезпечити ефективну підтримку.

Для успішної реінтеграції ветеранів з ПТСР, у яких виявлено розлади вживання алкоголю, запропонований комплексний холистичний підхід до реінтеграції, який включає медичну допомогу та психотерапію, професійну і соціальну адаптацію, інтеграцію через громади та суспільну роботу зі стигмою. Такий комплексний підхід був ефективним щодо зменшення проявів алкогольної залежності з поліпшенням когнітивних функцій і зменшенням тривоги та депресії.

Оцінка ефективності застосованого лікування щодо алкогольної залежності показала, що серед усіх пацієнтів з ПТСР результати опитування виявили за тестом AUDIT — зменшення вираженості з рівня небезпечного вживання алкоголю до верхньої межі безпечного рівня вживання алкоголю ($15,75 \pm 0,65$ проти $7,75 \pm 0,34$ бала); за тестом CIWA-Ar — з помірного абстинентного синдрому до незначного чи сумнівного ($19,20 \pm 0,36$ проти $9,60 \pm 0,27$ бала); за тестом CAGE — і на початку, і наприкінці не виявлено клінічно значущих проблем, зумовлених вживанням алкоголю ($1,88 \pm 0,13$ проти $0,38 \pm 0,09$); тоді

як за тестом MAST — висока ймовірність наявності алкогольної залежності змінилась на її відсутність ($8,28 \pm 0,26$ проти $4,00 \pm 0,18$); усі $p < 0,05$.

Після проведеного лікування у комбатантів з поєднанням перебігом ПТСР та розладів вживання алкоголю не діагностовано клінічно значущих проблем, зумовлених вживанням алкоголю за CAGE ($0,45 \pm 0,15$ бала), відсутність алкоголізму на верхній межі тесту MAST ($4,90 \pm 0,14$ бала), однак зберігалася наявність небезпечного вживання алкоголю за AUDIT ($9,35 \pm 0,23$ балів) з легким абстинентним синдромом за CIWA-Ar ($10,85 \pm 0,31$ бала). На відміну від комбатантів з ізолюваним перебігом ПТСР, спостерігалась нижча ефективність за тестами AUDIT, CIWA-Ar, MAST. Як порівняти з групою з розладами вживання алкоголю (ПГ), за умов поєднання ПТСР та розладів вживання алкоголю ефективність лікування була кращою лише за тестом CAGE (табл. 2).

Визначення ефективності застосованого лікування ПТСР щодо зміни вираженості депресії, тривоги та манії залежно від вживання алкоголю (табл. 3) показало, що після проведеного лікування у пацієнтів з поєднанням ПТСР і розладів вживання алкоголю можна було діагностувати помірні рівні реактивної та особистісної тривоги за шкалою Спілбергера — Ханіна ($32,20 \pm 0,34$ та $32,15 \pm 0,62$ бала), відсутність тривоги та депресії за шкалами HADS-T та HADS-D ($6,05 \pm 0,28$ та $5,15 \pm 0,34$ бала), хоча зберігались депресивні розлади тяжкого ступеня за шкалою HDRS ($23,35 \pm 0,79$ бала), субдепресія за шкалою BDI ($12,80 \pm 0,40$ бала) та гіпоманіакальний стан за шкалою YMRS ($13,15 \pm 0,31$ бала). Серед пацієнтів з ізолюваним перебігом ПТСР та ізолюваною алкогольною залежністю ефективність лікування вираженості тривоги, депресії та манії була подібною (див. табл. 3).

Таблиця 2. Ефективність застосованого лікування щодо алкогольної залежності ($M \pm m$, бали)

Шкали	ОГ1		ОГ2		ПГ	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
AUDIT	12,35 $\pm$ 0,64 ^{1,13,14}	6,15 $\pm$ 0,39 ^{1,16,17}	19,15 $\pm$ 0,35 ^{5,13,15}	9,35 $\pm$ 0,23 ^{5,16}	21,45 $\pm$ 0,23 ^{9,14,15}	9,95 $\pm$ 0,28 ^{9,17}
CIWA-Ar	17,50 $\pm$ 0,29 ^{2,18,19}	8,35 $\pm$ 0,22 ^{2,21,22}	20,90 $\pm$ 0,36 ^{6,18,20}	10,85 $\pm$ 0,31 ^{6,21}	24,50 $\pm$ 0,36 ^{10,19,20}	11,40 $\pm$ 0,37 ^{10,22}
CAGE	1,45 $\pm$ 0,15 ^{3,23,24}	0,30 $\pm$ 0,11 ^{3,27}	2,30 $\pm$ 0,15 ^{7,23,25}	0,45 $\pm$ 0,15 ^{7,28}	2,90 $\pm$ 0,16 ^{11,24,25}	0,85 $\pm$ 0,13 ^{11,27,28}
MAST	6,75 $\pm$ 0,10 ^{4,29,30}	3,10 $\pm$ 0,16 ^{4,32,26}	9,80 $\pm$ 0,16 ^{8,29,31}	4,90 $\pm$ 0,14 ^{8,32}	10,50 $\pm$ 0,28 ^{12,30,31}	5,00 $\pm$ 0,16 ^{12,26}
MMSE	19,85 $\pm$ 0,75 ^{1,16}	28,05 $\pm$ 0,80 ^{1,18}	19,50 $\pm$ 0,49 ^{6,17}	29,45 $\pm$ 0,46 ^{6,19}	15,85 $\pm$ 0,80 ^{11,16,17}	25,50 $\pm$ 0,73 ^{11,18,19}
MoCA	24,05 $\pm$ 0,22 ^{2,20}	26,85 $\pm$ 0,18 ²	22,50 $\pm$ 0,51 ^{7,21}	26,65 $\pm$ 0,17 ⁷	18,65 $\pm$ 0,83 ^{12,20,21}	26,85 $\pm$ 0,18 ¹²
SAGE	15,00 $\pm$ 0,22 ³	21,15 $\pm$ 0,18 ^{3,24,25}	15,15 $\pm$ 0,25 ⁸	20,45 $\pm$ 0,28 ^{8,24}	14,85 $\pm$ 0,35 ¹³	20,00 $\pm$ 0,28 ^{13,25}
Продуктивність пам'яті	6,00 $\pm$ 0,10 ^{4,26,27}	9,35 $\pm$ 0,17 ^{4,28}	4,70 $\pm$ 0,21 ^{9,26}	9,00 $\pm$ 0,16 ⁹	4,80 $\pm$ 0,20 ^{14,27}	8,60 $\pm$ 0,21 ^{14,28}
Годинник, малювання	7,35 $\pm$ 0,13 ^{5,29}	9,75 $\pm$ 0,17 ^{5,22}	7,15 $\pm$ 0,27 ¹⁰	9,60 $\pm$ 0,18 ^{10,23}	6,70 $\pm$ 0,27 ^{15,29}	8,90 $\pm$ 0,20 ^{15,23}

Примітка. ^{1–32} — істотна міжгрупова відмінність $p < 0,05$

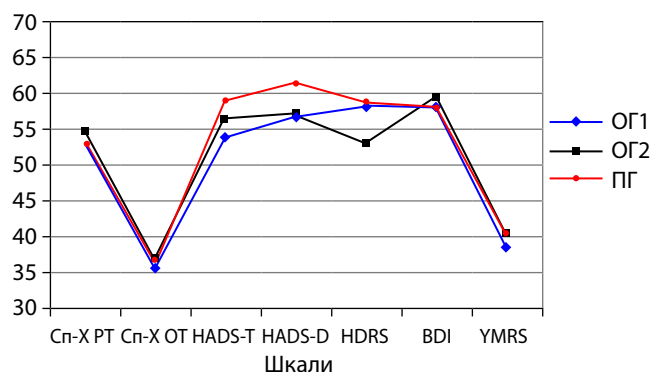
Таблиця 3. Ефективність застосованого лікування щодо тривоги, депресії та манії ($M \pm m$, бали)

Шкали	ОГ1		ОГ2		ПГ	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Спілбергера — Ханіна Реактивна тривожність (РТ)	67,75 $\pm$ 0,82 ^{1, 22}	31,95 $\pm$ 0,37 ¹	71,20 $\pm$ 0,40 ^{8, 22}	32,20 $\pm$ 0,34 ⁸	69,70 $\pm$ 0,62 ¹⁵	32,60 $\pm$ 0,58 ¹⁵
Спілбергера — Ханіна Особистісна тривожність (ОТ)	49,10 $\pm$ 1,69 ²	31,70 $\pm$ 1,16 ²	50,90 $\pm$ 1,14 ⁹	32,15 $\pm$ 0,62 ⁹	52,80 $\pm$ 1,74 ¹⁶	34,30 $\pm$ 1,06 ¹⁶
HADS-T	13,60 $\pm$ 0,48 ³	6,30 $\pm$ 0,30 ³	13,85 $\pm$ 0,51 ¹⁰	6,05 $\pm$ 0,28 ¹⁰	14,75 $\pm$ 0,48 ¹⁷	6,05 $\pm$ 0,26 ¹⁷
HADS-D	11,65 $\pm$ 0,28 ⁴	5,05 $\pm$ 0,28 ⁴	11,95 $\pm$ 0,44 ¹¹	5,15 $\pm$ 0,34 ¹¹	12,30 $\pm$ 0,43 ¹⁸	4,75 $\pm$ 0,35 ¹⁸
HDRS	49,75 $\pm$ 1,03 ⁵	20,85 $\pm$ 0,78 ⁵	49,55 $\pm$ 0,99 ¹²	23,35 $\pm$ 0,79 ¹²	48,50 $\pm$ 1,66 ¹⁹	20,10 $\pm$ 1,07 ¹⁹
BDI	29,15 $\pm$ 0,51 ⁶	12,25 $\pm$ 0,49 ⁶	31,55 $\pm$ 0,44 ¹³	12,80 $\pm$ 0,40 ¹³	29,50 $\pm$ 0,62 ²⁰	12,45 $\pm$ 0,55 ²⁰
YMRS	22,40 $\pm$ 0,51 ⁷	13,80 $\pm$ 0,50 ⁷	22,00 $\pm$ 0,45 ¹⁴	13,15 $\pm$ 0,31 ¹⁴	22,45 $\pm$ 0,46 ²¹	13,20 $\pm$ 0,32 ²¹

Примітка. ^{1–22} — істотна міжгрупова відмінність $p < 0,05$

Після лікування пацієнтів з ПТСР високі рівні реактивної та особистісної тривоги за Спілбергером — Ханіним зменшились до помірних (від 69,48 до 32,08 балів; від 50,00 до 31,93 балів), клінічно виражені тривога та депресія за шкалою HADS зникли (від 13,73 до 6,18 балів; від 11,80 до 5,10 балів); депресивний розлад вкрай тяжкого ступеня за шкалою HDRS став на щабель легшим (від 50,15 до 22,10 балів); прояви важкої депресії за шкалою BDI зменшились до субдепресії (від 30,35 до 12,53 балів), а маніакальний стан за YMRS став гіпоманіакальним (від 22,20 до 13,48 балів); усі $p < 0,05$ (рисунк).

Запропонована когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) була проведена 61 комбатантові. Ефективність КПТ, що допомогла нашим пацієнтам навчитися змінювати та оскаржувати помилкові переконання, пов'язані з травмою, визначена оціночними методиками, була високою. За допомогою повторного оповідання про пережиту бойову травму була застосована терапія тривалого впливу для перегляду травматичної пам'яті в ОГ2 ($n = 11$ осіб). Цей вид КПТ показав високу ефективність, коли вже після шостого сеансу більшість пацієнтів, схильних до вживання алкоголю, спокійно говорили про свої проблеми та відзначали небажання вживати алкоголь. На нашу думку, за допомогою такої психологічної терапії



Вплив модифікованого лікування ПТСР та алкогольної залежності на прояви тривоги, депресії та манії в основних (ОГ1 та ОГ2) і порівняльній (ПГ) групах комбатантів

можна індивідуально, знаючи потреби пацієнта, допомогти психологічно опрацювати минулі травматичні події та зменшити психологічне навантаження, викликане травмою. У пацієнтів наприкінці курсу лікування спостерігалось суттєве поліпшення симптомів ПТСР, алкогольної залежності і зменшення проявів депресії та тривожності.

Запропоновані підходи до подолання проблем у комбатантів з ПТСР і розладами вживання алкоголю, заакцентовані головні особливості та їх трактування

у подоланні алкогольної залежності у комбатантів з ПТСР дали змогу сформувати комплексний підхід до реінтеграції ветеранів з ПТСР та алкогольною залежністю.

Модифікований індивідуалізований комплекс лікування включає: 1) корекцію режимів дня і сну, відпочинку та фізичного навантаження, повну абстиненцію від алкоголю, соціально-психологічну адаптацію; 2) когнітивно-поведінкову терапію (терапію когнітивної обробки, терапію тривалого впливу); 3) у разі потреби — лікування медикаментозними заспокійливими і снодійними препаратами; 4) лікування супутньої патології відповідно до протоколів медичної допомоги.

Список літератури / References

1. Peltier MR, Verplaetse TL, Altemus M, et al. The role of neurosteroids in posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: A review of 10 years of clinical literature and treatment implications. *Front Neuroendocrinol.* 2024;73:101119. doi:10.1016/j.yfrne.2023.101119
2. Eaton E, Capone C, Gully BJ, et al. Design and methodology of the first open-label trial of MDMA-assisted therapy for veterans with post-traumatic stress disorder and alcohol use disorder: Considerations for a randomized controlled trial. *Contemp Clin Trials Commun.* 2024;41:101333. Published 2024 Jul 20. doi:10.1016/j.conctc.2024.101333
3. Gully BJ, Eaton E, Capone C, Haass-Koffler CL. Treating posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder comorbidity: Current pharmacological therapies and the fu-

ture of MDMA-integrated psychotherapy. *J Psychopharmacol.* 2023;37(12):1182-1189. doi:10.1177/02698811231200880

4. Fitkalo OS, Arden J. Stress resistance features of cadets under the influence of combat stress. *Proc Shevchenko Sci Soc Med Sci.* 2024; 73(1): 1. 10.25040/ntsh2024.01.12

5. Вживання алкогольних напоїв і розлади адаптації у комбатантів (результати пілотного дослідження) / Лінський І. В., Мінко О. І., Бараненко О. В. [та ін.] // Лікарська справа. 2019. № 4 Спецвипуск. С. 16—21. Linskiy IV, Minko OI, Baranenko OV, Ovcharenko MO, Lynev OM, Yevtushenko YuO et al. [Alcohol and adaptation disorders in combatants (results of the pilot research)] *Likarska sprava [Medical practice]*. 2019;4:16-21. <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/784846> (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 3.07.2025

ФІТКАЛО Олег Степанович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії та дитячої психіатрії, психотерапії та клінічної психології Факультету післядипломної освіти Державного некомерційного підприємства «Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького», Львів, Україна; <https://orcid.org/0000-0001-6321-9518>; e-mail: avfitkalo@gmail.com

FITKALO Oleg, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Child Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology of the Faculty of Postgraduate Education of the State Non-Profit Enterprise "Danylo Halytsky Lviv National Medical University", Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0001-6321-9518>; e-mail: avfitkalo@gmail.com