

## ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ

### POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND ALCOHOL DEPENDENCE

У статті проведено теоретичний аналіз взаємозв'язку між посттравматичним стресовим розладом (далі – ПТСР) та алкогольною залежністю.

Підкреслено, що травматичні події можуть мати довготривалі наслідки, зокрема спричиняти розвиток посттравматичного стресового розладу, який впливає на емоційний стан, поведінку та фізичне самопочуття людини. Однією з найбільш поширених форм дезадаптивного подолання симптомів ПТСР є зловживання алкоголем.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі зв'язку між посттравматичним стресовим розладом та алкогольною залежністю. Встановлено, що жінки мають вищий ризик розвитку ПТСР порівняно з чоловіками, навіть попри те, що чоловіки переживають більше травматичних подій. Найпоширеніші симптоми ПТСР – це хронічна тривога, флешбеки, гіперпильність та емоційне заціпеніння.

Особи з ПТСР часто використовують алкоголь для тимчасового полегшення вказаних вище симптомів. Проте, це лише посилює бажання знову до нього вдатися, що призводить до розвитку алкогольної залежності. З часом це лише погіршує симптоми ПТСР, роблячи людину ще більш вразливою до стресу та подразників.

Алкоголь спричиняє структурні та функціональні зміни в мозку, що посилює симптоматику ПТСР та створює замкнене коло залежності та рецидивів.

Основні механізми, через які алкоголь погіршує ПТСР, включають: порушення сну та посилення нічних кошмарів, підвищення стресової реактивності та симптоми відміни.

Сукупні наслідки коморбідного ПТСР та алкогольної залежності значно ускладнюють соціальну та економічну ситуацію людини. Вони призводять до руйнування міжособистісних зв'язків, втрати роботи, соціальної ізоляції, а в крайніх випадках підвищеного ризику саморуйнівної поведінки.

Традиційні підходи до лікування ПТСР та алкогольної залежності часто зосереджуються лише на одному з розладів, не враховуючи їхньої взаємодії, що значно збільшує ризик рецидивів. Найефективнішим підходом є комплексна терапія, яка одночасно впливає на обидва розлади. До науково обґрунтованих методів лікування належать: когнітивно-поведінкова терапія, програма «12 кроків», мотиваційне інтерв'ю.

**Ключові слова:** посттравматичний стресовий розлад, алкогольна залежність, пси-

хотерапія, когнітивно-поведінкова терапія, коморбідність, травматичний стрес.

The article provides a theoretical analysis of the relationship between post-traumatic stress disorder (PTSD) and alcohol dependence.

It is emphasised that traumatic events can have long-term consequences, in particular, cause the development of post-traumatic stress disorder, which affects the emotional state, behaviour and physical well-being of a person. One of the most common forms of maladaptive coping with PTSD symptoms is alcohol abuse.

The purpose of the article is to theoretically analyse the relationship between post-traumatic stress disorder and alcohol dependence.

It was found that women have a higher risk of developing PTSD compared to men, even though men experience more traumatic events. The most common symptoms of PTSD are chronic anxiety, flashbacks, hypervigilance, and emotional numbness.

People with PTSD often use alcohol to temporarily relieve these symptoms. However, this only increases the desire to use it again, which leads to the development of alcohol dependence. Over time, this only worsens the symptoms of PTSD, making the person even more vulnerable to stress and triggers.

Alcohol causes structural and functional changes in the brain, which exacerbates the symptoms of PTSD and creates a vicious cycle of addiction and relapse.

The main mechanisms through which alcohol worsens PTSD include: sleep disturbances and increased nightmares, increased stress reactivity and withdrawal symptoms.

The combined effects of comorbid PTSD and alcohol dependence significantly complicate a person's social and economic situation. They lead to the destruction of interpersonal relationships, job loss, social isolation, and in extreme cases, an increased risk of self-destructive behaviour.

Traditional approaches to the treatment of PTSD and alcohol dependence often focus on only one of the disorders, without taking into account their interaction, which significantly increases the risk of relapse. The most effective approach is a comprehensive therapy that simultaneously addresses both disorders. Evidence-based treatments include cognitive behavioural therapy, 12-step programmes, and motivational interviewing.

**Key words:** post-traumatic stress disorder, alcohol dependence, psychotherapy, cognitive behavioural therapy, comorbidity, traumatic stress.

УДК [159.942:616.89:613.81-021.462]:615.851  
DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2025.70.26>

**Козира П.В.**

к.психол.н., доцент кафедри практичної психології ННІУПБ  
Львівський державний університет внутрішніх справ

Травматичні події можуть мати довготривалі наслідки, зокрема спричиняти розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який кардинально змінює емоційний стан, поведінку та фізичне самопочуття людини. Дослідження показують, що орієнтовно 90% населення США протя-

гом життя стикається з принаймні одним травматичним досвідом [12, с. 542]. Однак лише у 6–8% населення діагностовано посттравматичний стресовий розлад [7, с. 199].

Рівень ПТСР серед цивільного населення є значним, але військовослужбовці та ветерани

перебувають у ще більшій зоні ризику. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та Американської психіатричної асоціації (American Psychiatric Association), надзвичайно стресові події, пов'язані з бойовими діями, спричиняють глибокі й довготривалі зміни у свідомості, емоційному стані та поведінці людини [9, с. 65].

У спробах впоратися з цими проявами багато людей вдаються до алкоголю, як до засобу самолікування, шукаючи тимчасового полегшення та емоційної стабільності. Однак такий механізм подолання стресу має зворотний ефект.

Зловживання спиртними напоями може призвести до змін у роботі мозку, поглиблення депресивних станів, зниження когнітивних функцій і загального фізичного виснаження організму. Зрештою, взаємозв'язок між ПТСР та алкогольною залежністю створює замкнене коло, в якому кожен з розладів підсилює інший, ускладнюючи процес лікування та реабілітації [10, с. 1188].

Серед провідних дослідників, які вивчали посттравматичний стресовий розлад та алкогольну залежність, варто відзначити М. В. Маркова [2], Л. Ю. Науменко [3], С. Е. Бек [5], М. А. Гейтс [9], Л. К. Якобсен [10] та інших. Попри велику кількість досліджень, присвячених ПТСР та алкогольній залежності окремо, комплексне вивчення їхнього взаємного впливу залишається обмеженим, що ускладнює розробку ефективних підходів до лікування.

Мета статті полягає в теоретичному аналізі зв'язку між посттравматичним стресовим розладом та алкогольною залежністю.

Згідно з МКХ-10, посттравматичний стресовий розлад – затяжна суб'єктивна реакція на зовнішню стресову подію особливо загрозливого/катастрофічного характеру, яка може спричинити загальний стрес, безпорадність або жах. Однак не у всіх, хто зазнав травми, формується цей розлад – ризик його розвитку залежить від низки факторів, серед яких інтенсивність, тривалість та безпосередня близькість до травматичного досвіду [3, с. 6]. До подій, які найчастіше спричиняють розвиток ПТСР, належать:

1. Бойові дії та військові конфлікти. Солдати та ветерани, які пережили ситуації, що безпосередньо загрожували їхньому життю, стали свідками насильницької смерті або зазнали бойових травм, мають підвищений ризик розвитку ПТСР. Було виявлено, що у 11–20% ветеранів війни з США, які були в Іраку та Афганістані розвивається посттравматичний стресовий розлад після бойових дій. Тяжкість симптомів може варіюватися від гострих реакцій до хронічних психічних порушень, які зберігаються роками після повернення з війни [17, с. 477].

2. Фізичне або сексуальне насильство. Цей досвід є одним із найсильніших предикторів розвитку ПТСР особливо серед жінок. Насильство порушує відчуття безпеки, викликає глибокий психологічний стрес і може спричинити довготривалі психічні роз-

лади. Дослідження вказують на те, що 94% жінок, які пережили зґвалтування або спробу зґвалтування, повідомляють про значні симптоми ПТСР протягом двох тижнів, а 50% все ще відповідають критеріям ПТСР через кілька місяців [7, с. 208].

3. Жорстоке поводження та нехтування в дитинстві. Дослідження підтверджують, що третина дорослих з посттравматичним стресовим розладом пережила дитячу травму [2, с. 9].

4. Терористичні акти та природні катастрофи. Люди, які пережили терористичні напади, землетруси, урагани, цунамі чи лісові пожежі, часто страждають від тривалого емоційного розладу через раптовість і неконтрольований характер таких подій. Відсутність можливості передбачити чи запобігти катастрофі значно підсилює психологічний шок. Встановлено, що після урагану «Катріна» 49% переміщених осіб виявили симптоми посттравматичного стресового розладу через два роки після катастрофи [16, с. 512]. А, після теракту 11 вересня у 20% тих, хто безпосередньо вижив, і тих, хто першими реагував на нього, розвинувся посттравматичний стресовий розлад, симптоми якого тривають протягом десятиліть [6, с. 890].

5. Дорожньо-транспортні пригоди, авіакатастрофи, виробничі нещасні випадки або критичні медичні ситуації можуть спричинити розвиток ПТСР. У 9–45% людей, які вижили в автомобільних аваріях, розвивається посттравматичний стресовий розлад, причому вищі показники спостерігаються в осіб, які отримали важкі травми [12, с. 543].

6. Раптова та насильницька смерть близької людини (наприклад, у результаті вбивства, нещасного випадку чи суїциду) є потужним тригером для розвитку ПТСР. Особливо високий ризик мають ті, хто став безпосереднім свідком трагедії або переживає сильне почуття провини, пов'язане з втраченою. Несподівана втрата, особливо дитини може спровокувати посттравматичний стресовий розлад у 10–15% випадків [1].

ПТСР характеризується значним емоційним навантаженням, що впливає на психологічний стан. До найпоширеніших симптомів належать: хронічна тривога, нав'язливі флешбеки, постійна гіперпильність та емоційне заціпеніння. Ці симптоми виникають внаслідок дисфункціональних нейронних та психологічних процесів, зокрема порушення регуляції мигдалеподібного тіла, префронтальної кори та систем реагування на стрес [12, с. 542].

Внаслідок ПТСР суттєво погіршуються різні аспекти життя, зокрема [14, с. 40]:

1. Підвищений ризик депресії, тривожних розладів і розладів пов'язаних із вживанням психоактивних речовин.

2. Посттравматичний стресовий розлад пов'язаний із серцево-судинними захворюваннями, хронічним болем та дисфункцією імунної системи.

3. Люди з ПТСР часто стикаються з труднощами у спілкуванні та роботі, що може призводити до відчуження та самотності.

Дослідження показують, що жінки мають вищий ризик розвитку посттравматичного стресового розладу порівняно з чоловіками, навіть попри те, що чоловіки в середньому переживають більше травматичних подій. Підвищена вразливість жінок пояснюється характером травм, які вони зазнають – найчастіше це сексуальне та домашнє насильство. Такі типи травматичних подій мають вищий потенціал викликати глибокий психологічний стрес, що збільшує ймовірність розвитку супутніх психічних розладів.

Водночас чоловіки частіше зазнають інших форм травматичних подій, зокрема: бойові дії, фізичне насильство або серйозні нещасні випадки, що також підвищує ризик розвитку ПТСР. Однак, соціальні норми та гендерні стереотипи значною мірою впливають на те, як вони справляються з травмою. Чоловіки менш схильні звертатися по психологічну допомогу, натомість частіше використовують психоактивні речовини, як спосіб емоційної саморегуляції. Дослідження підтверджують, що понад 50% осіб із ПТСР відзначають сильний потяг до вживання психоактивних речовин, причому алкоголь є найпоширенішим механізмом зняття напруги [10, с. 1185].

У короткостроковій перспективі алкоголь може зменшити стрес, пов'язаний з ПТСР, викликаючи седативний ефект, який притупляє гіперпильність і полегшує симптоми повторного переживання. Однак з часом мозок адаптується до цих повторюваних хімічних змін. Такий цикл зазвичай називають негативним підкріпленням: алкоголь тимчасово полегшує страждання, лише посилюючи його в довгостроковій перспективі, підсилюючи подальше використання. Згодом це призводить до розладу вживання алкоголю, який не лише не усуває симптоми ПТСР, а й поглиблює психологічний дистрес, ускладнюючи лікування та підвищуючи ризик серйозних фізичних, психічних і соціальних наслідків [11, с. 234].

Основні механізми, через які алкоголь погіршує ПТСР, включають:

1. Порушення сну та посилення нічних кошмарів. Алкоголь пригнічує фазу швидкого сну, що є критично важливою для емоційної обробки та відновлення. Це не лише посилює безсоння, а й робить нічні кошмари більш інтенсивними та частими [15, с. 101].

2. Збільшення стресової реактивності. Хронічне вживання алкоголю змінює функціонування мозку, зокрема підвищує активність мигдалеподібного тіла, що робить людину більш чутливою до стресу та тригерів, пов'язаних із травмою. Це призводить до посилення гіперпильності та тривожності [13, с. 63].

3. Симптоми відміни, що імітують або погіршують ПТСР. Відмова від алкоголю може викликати інтенсивну тривогу, дратівливість, тремор та панічні атаки, які накладаються на вже існуючі прояви ПТСР. Це підсилює залежність, оскільки людина починає вживати алкоголь не для задоволення, а для запобігання дискомфорту.

Сукупні наслідки коморбідного ПТСР та алкогольної залежності значно ускладнюють життя людини, спричиняючи серйозні соціальні та економічні проблеми [5, с. 690]:

1. Розрив особистих та сімейних стосунків. Хронічне зловживання алкоголем та симптоми посттравматичного стресового розладу призводять до конфліктів у стосунках та розлучення. Було встановлено, що пацієнти з такими розладами мали на 72% вищий ризик розлучення порівняно з особами лише з посттравматичним стресовим розладом [10, с. 1185].

2. Втрату роботи та професійну нестабільність. Люди з посттравматичним стресовим розладом та алкогольною залежністю стикаються з вищим рівнем безробіття та порушеннями пов'язаними з роботою. Підтверджено, що 46% ветеранів із цими захворюваннями були безробітними, порівняно з 19% ветеранів, які мали лише ПТСР [14, с. 41].

3. Алкогольна залежність у поєднанні з ПТСР може спричинити імпульсивну поведінку та агресію. Ветерани та особи з бойовим досвідом, які зловживають алкоголем, мають підвищений ризик проявів насильства, включаючи домашнє насильство, бійки та правопорушення, пов'язані з водінням у нетверезому стані. Дослідження виявили, що ветерани з такими розладами мають на 93% вищу ймовірність арешту протягом життя порівнянні з тими, хто не має цих розладів [13, с. 36].

Ці наслідки формують замкнене коло травми, ізоляції та залежності, ускладнюючи реабілітацію та підвищуючи ризик розвитку депресії, саморуйнівної поведінки та навіть суїциду.

Збіг між посттравматичним стресовим розладом та алкогольною залежністю створює складну клінічну картину, що часто ускладнює відокремлення симптомів одного стану від іншого. Наприклад, безсоння або дратівливість можуть бути наслідком хронічного вживання алкоголю, гіперзбудження при посттравматичному стресовому розладі або і того, й іншого, що призводить до діагностичної неоднозначності та уповільненого розпізнавання супутньої патології. Також люди як з посттравматичним стресовим розладом, так і з розладами, пов'язаними з вживанням психоактивних речовин, часто применшують або маскують симптоми, пов'язані з травмою, оскільки алкоголь може тимчасово зменшити стрес, змушуючи клініцистів приписувати проблеми в першу чергу зловживанню алкоголем [5, с. 690]. Ця діагностична проблема перешкоджає своєчасному втручання, оскільки стандартні протоколи лікування одного розладу можуть виявитися менш ефективними або неповними, коли обидва стани впливають на клінічну картину пацієнта.

У зв'язку з цим ефективно лікування має включати комплексний підхід, що поєднує психотерапію, медикаментозну підтримку та соціальну реабілітацію. До ефективних методів лікування можна віднести:

– Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та її адаптації. КПТ продемонструвала високу ефективність для осіб із коморбідним ПТСР та алкогольною залежністю, пропонуючи структуровані стратегії для виявлення, виклику та заміни дезадаптивних думок та поведінки. Основна мета КПТ – допомогти пацієнтам розірвати коло уникнення, яке характеризує, як посттравматичний стресовий розлад, так і розлади, пов'язані з вживанням алкоголю. Дослідження показало, що КПТ зменшує споживання алкоголю на 45% та тяжкість симптомів ПТСР на 38% протягом шести місяців [5, с. 690].

Серед найбільш широко вивчених адаптацій КПТ для лікування ПТСР є терапія з пролонгованим впливом. Вона передбачає поступове, повторюване та безпечне зіткнення зі спогадами про травму та пов'язаними з нею сигналами, що дозволяє пацієнтам обробляти травматичний досвід та зменшувати тривогу, яку він викликає. Дослідження показують, що терапія може бути успішно інтегрована зі стратегіями профілактики рецидивів при зловживанні алкоголем, тим самим зменшуючи як тяжкість посттравматичного стресового розладу, так і проблеми, пов'язані з психоактивними речовинами.

КПТ зосереджується на допомозі пацієнтам у вивченні та реструктуризації неадаптивних переконань щодо травми – таких як самозвинувачення або всеосяжне почуття провини – одночасно надаючи інструменти для подолання тригерів, які можуть спонукати до вживання алкоголю. Націлюючись на спотворені думки, які підтримують, як посттравматичний стресовий розлад, так і залежність, ця терапія може допомогти людям розвинути здорові когнітивні патерни та навички емоційної регуляції, що, у свою чергу, знижує ризик рецидиву.

Мотиваційне інтерв'ю (MI). Орієнтована на пацієнта директивна методика консультування, призначена для підвищення внутрішньої мотивації до зміни поведінки, особливо в контексті розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, таких як алкогольна залежність. Замість того, щоб протистояти або критикувати неадаптивну поведінку, практики використовують відкриті запитання та рефлексивне слухання, щоб допомогти людям подолати амбівалентність та зміцнити їхню прихильність до змін.

Встановлено, що втручання на основі мотиваційного інтерв'ю не лише зменшують загальне споживання алкоголю, але й допомагають підтримувати утримання шляхом посилення особистої відповідальності та стратегій подолання [4, с. 709].

Програма підтримки «12 кроків». Дослідження показують, що участь у програмах підтримки знижує частоту рецидивів на 60% та покращує емоційну стабільність. Групи забезпечують емоційну валідацію, соціальні зв'язки та відповідальність, що є критичними для довготривалого відновлення [8, с. 164]. Групи підтримки допомагають пацієнтам розробляти копінг-стратегії, формувати мотива-

цію та зменшувати соціальну ізоляцію, яка часто зустрічається у пацієнтів з ПТСР та алкогольною залежністю.

Виходячи з вище сказаного можна зробити такі висновки:

1. Фактори ризику такі, як бойові дії, сексуальне насильство, соціально-економічні стресори та супутні психічні розлади, збільшують ймовірність розвитку ПТСР.
2. Алкоголь використовується як засіб тимчасового полегшення симптомів ПТСР, проте це призводить до замкненого кола залежності.
3. Поєднання цих розладів призводить до серйозних соціальних, економічних і психологічних проблем. Основні наслідки включають розрив стосунків, втрату роботи, підвищений ризик кримінальних правопорушень та соціальну ізоляцію.
4. Без належного втручання ситуація може прогресивно погіршуватися, посилюючи ризик саморуйнівної поведінки, важкої депресії та суїциду.
5. Методи лікування повинні бути комплексними, одночасно спрямованими на подолання обох розладів. До ефективних підходів належать: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), мотиваційне інтерв'ю та програма «12 кроків».

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Затяжна реакція горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія. URL: [https://neuronews.com.ua/ua/archive/2023/1/pages-50-58/zatyazhna-reakciya-gorya-priroda-chinniki-riziku-diaagnostika-i-kognitivno-povedinkova-terapiya?utm\\_source=chatgpt.com](https://neuronews.com.ua/ua/archive/2023/1/pages-50-58/zatyazhna-reakciya-gorya-priroda-chinniki-riziku-diaagnostika-i-kognitivno-povedinkova-terapiya?utm_source=chatgpt.com) (дата звернення: 13.02.2025).
2. Маркова М.В., Козира П.В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. *Медична психологія*. 2015. Т. 10, № 1. С. 8–10.
3. Науменко Л.Ю., Лепський В.В., Борисова І.С., Зубрило А.Ю. Посттравматичний стресовий розлад – нова проблема медико-соціальної служби. *Український вісник медико-соціальної експертизи*. 2015. № 4. С. 4–7.
4. Apodaca T. R., Longabaugh R.. Mechanisms of change in motivational interviewing: a review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction*. 2009. Vol. 104, № 5. P. 705–715.
5. Back S. E., Killeen T. K., Brady K. T. Use of an integrated therapy with prolonged exposure to treat PTSD and comorbid alcohol dependence in an Iraq veteran. *The American Journal of Psychiatry*. 2012. Vol. 169, № 7. P. 688–691. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091214>
6. Boscarino J. A., Adams R. E. PTSD onset and course following the World Trade Center disaster: findings and implications for future research. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009. Vol. 44, № 10. P. 887–898. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0011-y>.
7. Breslau N. The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2009. Vol. 10, № 3. P. 198–210.
8. Flanagan J. C., Jones J. L., Back S. E. Behavioral treatments for alcohol use disorder and post-traumatic stress disorder. *Alcohol research: current reviews*. 2018. Vol. 39, № 2. P. 181.

9. Gates M. A., Holowka D. W., Rosen R. C. Posttraumatic stress disorder in veterans and military personnel: epidemiology, screening, and case recognition. *Psychological services*. 2012. Vol. 9, № 4. P. 361.
10. Jacobsen L. K., Southwick S. M., Kosten T. R. Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *The American Journal of Psychiatry*. 2001. Vol. 158, № 8. P. 1184–1190. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.8.1184>
11. Khantzian E. J. The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997. Vol. 4, № 5. P. 231–244. DOI: <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
12. Kilpatrick D. G., Resnick H. S., Friedman M. J. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of traumatic stress*. 2013. Vol. 26, № 5. P. 537–547.
13. Koob G. F. Addiction is a Reward Deficit and Stress Surfeit Disorder. *Front Psychiatry*. 2013. Vol. 1, № 4. P. 72. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00072>.
14. Pacella M. L., Hruska B., Delahanty D. L. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013. Vol. 27, № 1. P. 33–46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004>
15. Roehrs T., Roth T. Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Research & Health*. 2001. Vol. 25, № 2. P. 101.
16. Scheeringa M. S., Zeanah C. H. Reconsideration of Harm's Way: Onsets and Comorbidity Patterns of Disorders in Preschool Children and Their Caregivers Following Hurricane Katrina. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2008. Vol. 37, № 3. P. 508–518. DOI: <https://doi.org/10.1080/15374410802148178>
17. Seal K. H., Bertenthal D., Marmar C. Bringing the war back home: Mental health disorders among 103,788 US veterans returning from Iraq and Afghanistan seen at Department of Veterans Affairs facilities. *Archives of Internal Medicine*. 2007. Vol. 167, № 5. P. 476–482.