

Л. М. Маркозова, О. І. Мінко, І. Ю. Хижняк, С. В. Гольцова, С. О. Жук, К. І. Черкашин, І. А. Пустовалова

**АНАЛІЗ ПРОЯВІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ
У КОМБАТАНТІВ З КОМОРБІДНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ТА ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ
ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ В ДИНАМІЦІ ЛІКУВАННЯ ПІД ЧАС ВІЙНИ
(попереднє дослідження)**

L. Markozova, O. Minko, I. Khyzhniak, S. Holtsova, S. Zhuk, K. Cherkashyn, I. Pustovalova

**ANALYSIS OF MANIFESTATIONS OF POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER
IN COMBATANTS WITH COMORBID PATHOLOGY AND CIVILIANS WITH ALCOHOL DEPENDENCE
IN THE DYNAMICS OF TREATMENT DURING WAR
(preliminary study)**

Ключові слова: комбатанти, цивільні, посттравматичний стресовий розлад, алкогольна залежність, лікування

Keywords: combatants, civilians, post-traumatic stress disorder, alcohol dependence, treatment

У роботі визначена динаміка посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у комбатантів та цивільних осіб із залежністю від алкоголю під впливом лікування; висвітлені порівняльні результати обстеження на наявність ПТСР та залежності від алкоголю серед обстежених. Комбатанти отримували традиційну терапію в комплексі з дегідроепіандростероном, цивільні особи — традиційну терапію. До лікування клінічні ознаки ПТСР виявлені у 20,0 % цивільних осіб (мали ситуативний, адаптаційний характер) та 93,4 % комбатантів (симптоматика, яка характерна для середньої або тяжкої форми ПТСР). Після лікування симптоматика невілюювалася у 93,4 % цивільних осіб, в групі комбатантів визначена виражена позитивна динаміка психоемоційного стану (знизився рівень вираженості симптомів ПТСР, покращилася емоційна регуляція, відновився сон, зросла соціальна адаптованість), що підтверджує ефективність терапії ($p < 0,05$).

The study determined the dynamics of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combatants and civilians with alcohol dependence under the influence of treatment; comparative results of examinations for the presence of PTSD and alcohol dependence among the subjects are presented. Combatants received traditional therapy in combination with dehydroepiandrosterone, while civilians received traditional therapy only. Before treatment, clinical signs of PTSD were detected in 20.0 % of civilians (of a situational, adaptive nature) and in 93.4 % of combatants (symptoms characteristic of moderate or severe PTSD). After treatment, symptoms were alleviated in 93.4 % of civilians, and in the group of combatants a pronounced positive dynamic in psycho-emotional state was observed (reduced severity of PTSD symptoms, improved emotional regulation, restored sleep, and increased social adaptation), which confirms the effectiveness of the therapy ($p < 0,05$).

Протягом останніх чотирьох років збройної агресії проти України та тривалого воєнного стресу проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців вельми актуальна. Водночас сучасна реальність впливає і на цивільне населення, особливо в умовах мешкання в прифронтовій зоні, спричиняючи певний спектр психоемоційних реакцій, що варіюють від тимчасового порушення адаптаційних процесів до глибоких розладів внаслідок стресу.

За даними метааналізу, проведеного у Сполучених Штатах Америки за допомогою баз даних MEDLINE, EMBASE та PsycINFO, встановлено, що поширеність ПТСР за один рік серед цивільного населення становила від 2,3 % до 9,1 %, а поширеність протягом життя — від 3,4 до 26,9 %; у військових популяціях ці показники відповідали діапазонам 6,7—50,2 % та 7,7—17,0 % відповідно. Підвищеною поширеністю була в субпопуляціях, зокрема в ряту-

вальників екстрених служб, біженців, корінних американців / корінних жителів Аляски, осіб з інтенсивним вживанням психоактивних речовин, осіб, які вчинили спробу самогубства в анамнезі, трансчоловіків та жінок з попередніми сексуальними травмами, пов'язаними з військовою діяльністю [1].

Проведені в Україні дослідження виявляють негативні наслідки в осіб, які брали безпосередню участь у бойових діях або постраждали від них. Мільйони українців вимушені жити в умовах постійної загрози власному життю через регулярні терористичні обстріли українських міст і сіл з боку агресора, що провокує виникнення стрес-асоційованої патології від психосоціальної дезадаптації [2], гострої реакції на стрес до розвитку ПТСР як у цивільного населення, так і серед учасників бойових дій [3—5].

За даними M. Head, L. Goodwin et al., ПТСР та зловживання алкоголем часто виникають одночасно [6]. Коморбідні розлади міцно пов'язані з ймовірним ПТСР у осіб зі зловживанням алкоголем [6; 7]. Інші автори зазначають важливість наявності бойового досвіду у розвитку коморбідних психічних розладів

та зловживання алкоголем, що треба враховувати клініцистам, які надають медичну допомогу військовослужбовцям [8; 9].

Все вищезгадане і зумовило нашу зацікавленість у цьому дослідженні.

Мета роботи: вивчити динаміку проявів ПТСР у комбатантів з коморбідною патологією та цивільних осіб із залежністю від алкоголю під впливом лікування під час війни.

У процесі досліджування використано Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), шкалу оцінки тяжкості залежності від алкоголю ADS, шкалу самооцінки проявів ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder Checklist, PCL), анамнестичний, аналітичний, статистичний методи.

Обстежені ($n = 30$) чоловічої статі поділені на групи по 15 осіб:

1 група (комбатантів) — на тлі традиційної терапії призначали стероїдний гормон дегідроепіандростерон (DHEA) по 25 мг зранку один раз на добу протягом 20 днів;

2 група (цивільних осіб) — отримували традиційну терапію.

Середній вік обстежених 1 групи становив $(46,53 \pm 1,79)$ років, 2 — $(48,13 \pm 2,38)$ років, достовірної різниці не виявлено.

За рівнем освіти переважали особи з середньою спеціальною освітою, а саме в 1 групі — 46,6 % осіб, в 2 групі — 60,0 %.

За даними анамнезу, середня добова доза у обстежених обох груп достовірно не відрізнялась і становила у осіб 1 групи $(17,83 \pm 2,35)$ СДА, в осіб 2 групи — $(20,74 \pm 2,44)$ СДА, тоді як максимальна добова доза була достовірно вищою за середню в обох групах, проте достовірно всередині груп обстежених не відрізнялась. Зокрема, у осіб 1 групи максимальна добова доза становила $(35,53 \pm 4,41)$ СДА проти середньої добової дози $(17,83 \pm 2,35)$ СДА ($p < 0,05$), у осіб 2 групи — $(28,82 \pm 2,17)$ СДА проти середньої добової дози $(20,74 \pm 2,44)$ СДА ($p < 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1. Параметри вживання алкоголю та строки формування стану відміни в обстежених

Вживання алкоголю	1 група (комбатанти)	2 група (цивільні особи)
Середня добова доза, СДА	$17,83 \pm 2,35$	$20,74 \pm 2,44$
Максимальна добова доза алкоголю, СДА	$35,53 \pm 4,41$	$28,82 \pm 2,17$
Кількість днів вживання алкоголю за останні 7 днів, СДА	$5,73 \pm 0,45$	$6,40 \pm 0,29$
Стан відміни (з якого віку), роки	$30,60 \pm 2,37$	$32,07 \pm 1,84$

Примітка. Показники подано у форматі ($Mean \pm sd$), де $Mean$ — середнє значення, sd — величина стандартного відхилення

Виявлено, що кількість днів вживання алкоголю за останні 7 днів достовірно в групах не від-

різнялася. У осіб 1 групи цей показник становив $(5,73 \pm 0,45)$ днів проти $(6,40 \pm 0,29)$ у осіб 2 групи (див. табл. 1).

Встановлено, що стан відміни сформувався в осіб обох груп майже в тому самому віці: у осіб 1 групи — в $(30,60 \pm 2,37)$ років, у обстежених 2 групи — $(32,07 \pm 1,84)$ років (див. табл. 1).

У обстежених обох груп превалювала запійна форма пияцтва (у 86,7 % осіб 1 групи та у 93,4 % осіб 2 групи).

Наявність контузій підтверджували комбатанти 1 групи в 53,4 % випадків, закритої черепно-мозкової травми — обстежені 2 групи в 46,6 % випадків.

Середня загальна сума балів за результатами AUDIT-тесту становила $(29,47 \pm 1,39)$ балів у комбатантів та $(32,07 \pm 1,84)$ балів у цивільних (табл. 2), що свідчить про психічну та фізичну залежність від алкоголю, що потребує взагалі відмовитися від вживання речовини. Результати, які виявлені за шкалою оцінки тяжкості залежності від алкоголю ADS серед обстежених, свідчили про виражену фізичну залежність, регулярний синдром відміни (похмілля), високу толерантність та відповідали високому ступеню залежності як у осіб 1 групи ($(30,40 \pm 1,79)$ балів), так і у осіб 2 групи ($(30,47 \pm 1,39)$ балів) (див. табл. 2).

Таблиця 2. Вираженість проявів алкогольної залежності за AUDIT-тестом та шкалою оцінки тяжкості залежності від алкоголю ADS

Група	Шкала ADS, бали	AUDIT, бали
1 (комбатанти)	$30,40 \pm 1,79$	$29,47 \pm 1,39$
2 (цивільні особи)	$30,47 \pm 1,39$	$32,07 \pm 1,84$

ПТСР діагностували за допомогою опитувальника PCL (Posttraumatic Stress Disorder Checklist), який дав змогу кількісно оцінити інтенсивність симптомів ПТСР за основними кластерами. Оцінено частоту та ступінь вираженості ключових симптомів ПТСР за шкалою самооцінки, що забезпечило можливість як індивідуальної діагностики, так і міжгрупового порівняння.

Інтерпретацію отриманих результатів виконували відповідно до сучасних міжнародних діагностичних підходів, зокрема критеріїв DSM-5 та ICD-11, що дало змогу забезпечити валідність клінічних висновків і узгодженість із міжнародними стандартами психіатричної діагностики.

У дослідженні, проведеному у двох групах респондентів, оцінювали як природну динаміку симптомів, так і ефективність застосованого підходу. Порівняльний аналіз проводили за показниками до та після лікування, що дало можливість визначити не лише рівень вираженості симптомів ПТСР, але й характер їх змін у часі, а також виявити відмінності між групами за ступенем редукції психопатологічної симптоматики (табл. 3).

На початковому етапі дослідження встановлено суттєві відмінності між групами за рівнем вираженості симптомів ПТСР.

Таблиця 3. Динаміка вираженості симптомів ПТСР у комбатантів та цивільних осіб під впливом лікування

Кластер (DSM-5)	Середній рівень вираженості симптому, бали				Інтерпретація
	1 група (комбатанти)		2 група (цивільні особи)		
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
Інтрузії (Intrusion)	4,21	2,5	3,5	2,7	Стабілізація емоційного фону
Уникнення (Avoidance)	3,5	2,1	3,7	3,4	Покращення соціальної відкритості
Негативні зміни у когніціях та емоціях (Negative Alterations)	4,0	2,8	3,5	2,8	Емоційна сфера стала більш збалансованою
Гіперзбудження (Hyperarousal)	4,0	2,7	4,0	2,3	Покращення фізіологічного відновлення
Загальний бал	57,47 ± 3,29	28,60 ± 3,01	40,93 ± 4,16	28,07 ± 3,18	Зменшення вираженості симптоматики ПТСР

В 1 групі середній загальний показник становив (57,47 ± 3,29) балів, що відповідає клінічно вираженому рівню ПТСР. У більшості респондентів спостерігалася повна структура симптомів відповідно до DSM-5, із переважанням інтрузивних переживань та гіперактивації (див. табл. 3).

У 2 групі середній загальний показник становив (40,93 ± 4,16) балів, що відповідає помірному рівню вираженості симптоматики. Водночас всередині групи відзначалася значна варіативність результатів, що свідчить про неоднорідність вибірки та наявність як субклінічних, так і окремих клінічно значущих проявів.

Отже, на етапі до лікування комбатантам (1 група) був притаманний значно більш виражений рівень психотравматизації як порівняти з цивільними особами (2 група).

Після проведення лікування в обох групах відзначено зниження рівня вираженості симптомів ПТСР, однак ступінь змін суттєво відрізняється (див. табл. 3).

У респондентів 1 групи після проведення лікування відбулася виражена позитивна динаміка показників ПТСР, що має комплексний та системний характер. Зокрема, спостерігається суттєве зниження загального рівня вираженості симптоматики ПТСР майже у два рази, що відображає значний ступінь редукції психопатологічних проявів. Якщо на початку лікування середні показники відповідали клінічно значущому рівню розладу ((57,47 ± 3,29) балів), то після терапевтичного втручання вони знизилися до субклінічного, або помірного рівня ((28,60 ± 3,01) балів), що свідчить про істотне покращення психоемоційного стану респондентів.

Важливо підкреслити, що позитивні зміни охоплюють усі основні кластери симптомів ПТСР, визначені відповідно до DSM-5, а саме:

- інтрузивна симптоматика — спостерігається значне зменшення частоти та інтенсивності нав'язливих спогадів, флешбеків і дистресивних сновидінь, що свідчить про поступове інтегрування травматичного досвіду;

- симптоми уникнення — відзначається зниження потреби уникати травматичних стимулів, підви-

щення готовності до їх опрацювання, що є важливим показником психологічної адаптації;

- негативні зміни у когніціях та емоціях — зменшуються прояви емоційного відчуження, почуття провини, песимістичних установок; спостерігається відновлення більш адаптивних когнітивних схем;

- гіперзбудження — фіксується нормалізація сну, зниження рівня тривожності, дратівливості та фізіологічного напруження, що свідчить про стабілізацію нейропсихічної регуляції.

Позитивна динаміка супроводжується також покращенням емоційної регуляції, підвищенням рівня соціального функціонування та зниженням суб'єктивного рівня дистресу, що відображає не лише симптоматичне, але й функціональне відновлення.

Отже, отримані зміни мають системний характер і охоплюють як емоційні, когнітивні, так і поведінкові компоненти ПТСР, що дає змогу розцінювати їх як клінічно значущий терапевтичний ефект проведеного втручання. Середній загальний показник в 1 групі знизився до (28,60 ± 3,01) балів, що відповідає субклінічному рівню. Це свідчить про виражене зменшення симптоматики та перехід від клінічно значущого стану до більш адаптивного рівня функціонування.

У 2 групі динаміка змін є значно менш вираженою та має обмежений характер. Середній загальний показник після лікування становив (28,07 ± 3,18) балів, що відображає зниження симптомів із збереженням помірного рівня ПТСР у частини респондентів.

Найбільш виражена позитивна динаміка спостерігається у сфері гіперзбудження: зниження рівня тривожності, покращення сну та зменшення фізіологічного напруження.

Водночас інші кластери симптомів демонструють відносно стабільність, а саме:

- уникнення залишається майже на початковому рівні, що свідчить про збереження захисних поведінкових стратегій;

- негативні когнітивно-емоційні зміни — незначні або не виявлені, що свідчить про стійкість глибоких психологічних порушень; інтрузивні симптоми знижуються частково та нестійко.

Загалом аналіз показників ПТСР у респондентів 2 групи дав змогу визначити наявність помірної, але обмеженої позитивної динаміки після лікування.

Отже, після лікування середні значення показників у групах наближаються, однак якісна характеристика змін відрізняється. Порівняння результатів між групами підтверджує, що виявлені позитивні зміни в групі комбатантів значно перевищують аналогічні показники у групі цивільних осіб як за ступенем зниження вираженості симптомів, так і за їх системністю. Це дає підстави зробити висновок про ефективність застосованого терапевтичного підходу у зменшенні проявів ПТСР у осіб 1 групи. Таким чином, отримані результати підтверджують доцільність використання такого втручання у практиці психологічної допомоги, оскільки воно забезпечує комплексний вплив на ключові компоненти ПТСР та сприяє відновленню психоемоційного функціонування.

Сформулюємо основні висновки та пропозиції.

1. Встановлено, що групи обстежених достовірно не відрізнялися за віком, віком формування стану відміни алкоголю, формою пияцтва, середньою добовою та максимальною протягом доби дозами вживаного алкоголю, кількістю днів вживання алкоголю за останні 7 днів, результатами AUDIT-тесту, рівнем освіти та ступенем тяжкості залежності від алкоголю.

2. Середня добова доза вживаного алкоголю вірогідно відрізнялася від максимальної дози за добу в обох групах досліджених ($p < 0,05$).

3. Виявлено, що до лікування в групі цивільних осіб клінічно виражені ознаки ПТСР спостерігалися у 20,0 % обстежених, у решти виявлені симптоми, які відображали рівень соціально-психологічного напруження, зумовленого тривалим впливом воєнних подій, однак не формували цілісної клінічної картини посттравматичного стресового розладу. Під впливом лікування симптоми ПТСР зазнали позитивної динаміки та набули переважно ситуативного й адаптаційного характеру у 93,4 % випадків. Їх інтенсивність знизилася, а прояви стали менш стійкими та клінічно незначущими ($p < 0,05$).

4. Встановлено, що до лікування 93,4 % комбатантів мали симптоматику, яка відповідає діагностичним критеріям ПТСР та характерна для середньої або тяжкої форми ПТСР, яка супроводжувалася інтенсивними інтрузивними переживаннями, проявами гіперактивації, порушеннями сну, емоційною нестабільністю та ознаками когнітивно-емоційних змін. Після лікування в групі комбатантів визначена виражена позитивна динаміка психоемоційного стану, яка виявилася у зниженні рівня психотравматичних симптомів, покращенні емоційної регуляції, нормалізації сну та зростанні соціальної адаптованості, що підтверджує ефективність застосованої схеми лікування ($p < 0,05$).

Надалі дослідження мають оцінити ефективність запропонованого лікування на ширших вибірках.

Список літератури

1. Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review / Schein J., Houle C., Urganus A. [et al.]. *Current Medical Research and Opinion*. 2021. Vol. 37(12). P. 2151—2161. DOI: <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417>

2. Особливості стресового реагування здобувачів вищої медичної освіти в умовах воєнного часу / Белов О. О., Маркова М. В., Новицький А. В. [та ін.]. *Український вісник психоневрології*. 2024. Т. 32, вип. 4 (121). С. 4—9. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-1>

3. Результати застосування стенфордського опитувальника щодо гострої реакції на стрес серед стаціонарних пацієнтів психіатричного, неврологічного та нейрохірургічного профілів в прифронтовому місті / Лінський І. В., Черкасова А. О., Марута Н. О. [та ін.]. *Український вісник психоневрології*. 2025. Т. 33, вип. 3 (124). С. 29—43. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is3-2025-5>

4. Маркозова Л. М., Мінко О. І., & Хижняк І. Ю. Порівняльний аналіз динаміки проявів посттравматичного стресового розладу у комбатантів та цивільних осіб із залежністю від алкоголю під впливом лікування. *Грааль науки*. № 58. С. 991—998. DOI: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.14.11.2025.125>

5. Evaluation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and related comorbidities in clinical studies / Mureşanu I. A., Grad D. A., Mureşanu D. F. [et al.]. *Journal of Medicine and Life*. 2022. Vol. 15(4). P. 436—442. DOI: <https://doi.org/10.25122/jml-2022-0120>

6. Post-traumatic stress disorder and alcohol misuse: comorbidity in UK military personnel / Head M., Goodwin L., Debell F. [et al.]. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2016. Vol. 51(8). P. 1171—1180. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1177-8>

7. Результати вивчення вживання алкоголю в умовах війни в Україні серед комбатантів з розладами адаптації та ускладненням алкогольної залежності / Маркозова Л., Мінко О., Задорожний П., Мінко О. О. *Грааль науки*. 2025. № 45. С. 615—620.

8. Маркозова Л. М., & Мінко, О. І. Особливості перебігу коморбідної патології (алкогольна залежність та посттравматичний стресовий розлад) у комбатантів з наслідками перенесеної черепно-мозкової травми під час війни. *Current issues of science, prospects and challenges: Collection of Scientific Papers "SCIENTIA"*. 2026. P. 196—198. DOI: <https://doi.org/10.36074/scientia-06.03.2026>

9. Combat exposure and co-occurring mental health problems in UK Armed Forces personnel / Chui Z, Fear N. T., Greenberg N. *Journal of Mental Health*. 2022. Vol. 31(5). P. 624—633. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1766666>

References

1. Schein, J., Houle, C., Urganus, A., Cloutier, M., Patterson-Lomba, O., Wang, Y., King, S., Levinson, W., Guérin, A., Lefebvre, P., & Davis, L. L. (2021). Prevalence of post-traumatic stress disorder in the United States: a systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 37(12), 2151–2161. <https://doi.org/10.1080/03007995.2021.1978417>

2. Belov, O. O., Markova, M. V., Novytskyi, A. V., Droneko, V. G., & Markov, A. R. (2024). Osoblivosti stresovogo reaguвання здobuvачiv vişoi medičnoi osviti v umovah voєnogo času [Peculiarities of stress response of higher medical education applicants in wartime conditions]. *Ukrain's'kij visnik*

psihonevrologii [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology], 32(4), 4–9. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024-1> (In Ukrainian).

3. Linskyi, I. V., Cherkasova, A. O., Maruta, N. O., ... & Voitenko, I. V. (2025). Rezul'tati zastosuvannâ stenford's'kogo opитуval'nika šodo gastroï reakcii na stres sered stacionarnih paciêntiv psihiatričnogo, nevrologičnogo ta nejrohîrurgičnogo profiliv v prifrontovomu miŝti [Results of the Stanford Acute Stress Questionnaire application among inpatients of psychiatric, neurological, and neurosurgical profiles in a frontline city]. *Ukraïns'kij visnik psihonevrologii* [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology], 33(1), 29–43. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V33-is3-2025-5> (In Ukrainian).

4. Markozova, L. M., Minko, O. I., & Khyzhniak, I. Yu. (2025, November 14). Porivnâl'nij analiz dinamiki proâviv posttravmatičnogo stresovogo rozladu u kombataniv ta civil'nih osib iz zaležnistû vid alkoholû pid vplivom likuvannâ [Comparative analysis of the dynamics of post-traumatic stress disorder manifestations in combatants and civilians with alcohol dependence under the influence of treatment]. *Graal' nauki* [Grail of Science], (58), 991–998. <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.14.11.2025.125>. (In Ukrainian).

5. Mureșanu, I. A., Grad, D. A., Mureșanu, D. F., Dobran, S. A., Napca, E., Strilciuc, Ș., Benedek, I., Capriș, D., Popescu, B. O., Perju-Dumbravă, L., & Cherecheș, R. M. (2022). Evaluation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and related comorbidities in clinical studies. *Journal of Medicine and Life*, 15(4), 436–442. <https://doi.org/10.25122/jml-2022-0120>

6. Head, M., Goodwin, L., Debell, F., Greenberg, N., Wessely, S. & Fear, N. T. (2016). Post-traumatic stress disorder and alcohol misuse: comorbidity in UK military personnel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(8), 1171–1180. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1177-8>

7. Markozova, L., Minko, O., Zadorozhnyi, P., & Minko, O. O. (2024, November 1). Rezul'tati vivčennâ vživannâ alkoholû v umovah vijni v Ukraïni sered kombataniv z rozladami adaptacii ta uskladnennâm alkohol'noï zaležnosti [Results of the study of alcohol consumption in the conditions of war in Ukraine among combatants with adaptation disorders and complicated alcohol dependence]. *Graal' nauki* [Grail of Science], (45), 615–620. (In Ukrainian).

8. Markozova, L. M., & Minko, O. I. (2026, March 6). Osoblivostî perebigu komorbidnoï patologii (alkohol'na zaležnist' ta posttravmatičnij stresovij rozlad) u kombataniv z naslidkami perenesenoï čerepno-mozkovoï travmi pid čas vijni [Peculiarities of the course of comorbid pathology (alcohol dependence and post-traumatic stress disorder) in combatants with the consequences of traumatic brain injury during the war]. *Current issues of science, prospects and challenges: Collection of Scientific Papers "SCIENTIA"*, 196–198. <https://doi.org/10.36074/scientia-06.03.2026>. (In Ukrainian)

9. Chui, Z., Fear, N. T., Greenberg, N., Jones, N., Jones, E. & Goodwin, L. (2022). Combat exposure and co-occurring mental health problems in UK Armed Forces personnel. *Journal of Mental Health*, 31(5), 624–633. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1766666>

Надійшла до редакції 30.04.2026
Схвалено до друку 5.05.2026

Відомості про авторів:

МАРКОЗОВА Любов Михайлівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу*; <https://orcid.org/0000-0002-4580-6994>; e-mail: marklubov15@gmail.com

МІНКО Олександр Іванович, доктор медичних наук, професор, керівник відділу*; <https://orcid.org/0000-0002-5181-4253>; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

ХИЖНЯК Ігор Юрійович, заступник командира роти — офіцер — практичний психолог Державного ліцею з посиленою військово-фізичною підготовкою «Слобожанський», м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0009-0007-8381-2379>; e-mail: x.igor.ju@gmail.com

ГОЛЬЦОВА Світлана Вікторівна, провідний інженер-дослідник відділу*; <https://orcid.org/0009-0000-7313-6580>; e-mail: Lana-6208@ukr.net

ЖУК Світлана Олександрівна, завідувач відділення № 23**; e-mail: svetazhuk103@gmail.com

ЧЕРКАШИН Костянтин Іванович, лікар-нарколог відділення № 23**; e-mail: konstantin100kch@ukr.net

ПУСТОВАЛОВА Ірина Аркадіївна, лікар-нарколог відділення № 22**; e-mail: pustovalova.doc@gmail.com

* — відділу клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

** — Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної Ради «Обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків, Україна

Information about the authors:

MARKOZOVA Lubov, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-4580-6994>; e-mail: marklubov15@gmail.com

MINKO Oleksandr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-5181-4253>; e-mail: minko.alex2015@gmail.com

KHYZHNIAK Igor, Deputy Company Commander — Officer-Practical Psychologist of the State Lyceum with Enhanced Military and Physical Training “Slobozhanskyi”, Ukraine <https://orcid.org/0009-0007-8381-2379> e-mail: x.igor.ju@gmail.com

HOLTSOVA Svitlana, Senior research engineer of the Department*; <https://orcid.org/0009-0000-7313-6580> e-mail: Lana-6208@ukr.net

ZHUK Svitlana, Head of Department № 23**; e-mail: svetazhuk103@gmail.com

CHERKASHYN Kostiantyn, Physician-narcologist of Department № 23**; e-mail: konstantin100kch@ukr.net

PUSTVALOVA Iryna, Physician-narcologist of Department № 22**; e-mail: pustovalova.doc@gmail.com

* — Department of Clinical and Social Narcology of the “P. V. Voloshyn Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine” State Institution, Kharkiv, Ukraine

** — of the Municipal Non-Profit Enterprise of the Kharkiv Regional Council “Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3”, Kharkiv, Ukraine