

А. О. Кадиров

ПОЛІСУБСТАНТНА АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ У ВОЄННОМУ КОНТЕКСТІ: КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, СТРЕС-АСОЦІЙОВАНА КОМОРБІДНІСТЬ ТА ДИФЕРЕНЦІЙОВАНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ

А. О. Kadyrov

POLYSUBSTANCE ALCOHOL DEPENDENCE IN THE CONTEXT OF WAR: CLINICAL MANIFESTATIONS, STRESS-RELATED COMORBIDITY, AND DIFFERENTIATED TREATMENT APPROACHES

Ключові слова: алкогольна залежність, психоактивні речовини, психостимулятори, канабіс, полісубстантне вживання, ПТСР, стрес-асоційовані розлади, війна, військовослужбовці, ветерани

Keywords: alcohol dependence, psychoactive substances, psychostimulants, cannabis, polysubstance use, PTSD, stress-related disorders, war, military personnel, veterans

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю й інших психоактивних речовин залишаються значущою медико-соціальною проблемою, а в умовах війни набувають додаткової клінічної складності через поєднання хронічного стресу, психотравматизації, депривації сну, болю, поранень, моральної травми та обмеженого доступу до допомоги. Особливої уваги потребують полісубстантні патерни, у яких алкогольна залежність поєднується з уживанням амфетаміну, метамфетаміну або канабісу.

Мета — узагальнити сучасні наукові дані щодо психопатологічного, поведінкового, соматичного та терапевтичного профілю алкогольної залежності за умов коморбідного вживання інших психоактивних речовин у воєнному контексті.

Проведено нарративний огляд літератури з аналізом міжнародних клінічних настанов, систематичних і нарративних оглядів, епідеміологічних досліджень та аналітичних матеріалів, релевантних до проблеми алкогольної залежності, полісубстантного вживання, стрес-асоційованих розладів і воєнної психотравматизації.

Класична алкогольна залежність має афективно-дисфоричний, абстинентний, когнітивний і соматовегетативний профіль. За умов коморбідного вживання амфетаміну або метамфетаміну цей профіль доповнюється психомоторним збудженням, імпульсивністю, агресивністю, порушенням сну, параноїдністю, психотичними симптомами, серцево-судинною токсичністю та суїцидальним ризиком. У разі поєднання алкоголю з канабісом посилюються когнітивно-перцептивні, тривожно-дисоціативні, амотиваційні та психотичні ризики. У воєнних умовах психоактивні речовини часто виконують функцію дезадаптивної саморегуляції, а тому лікування має бути інтегрованим, травма-інформованим і диференційованим за клінічним фенотипом.

Алкогольна залежність із коморбідним вживанням амфетаміну, метамфетаміну або канабісу у воєнному контексті є клінічно складним полісубстантним станом, що потребує одночасного оцінювання залежності, стрес-асоційованої психопатології, суїцидального та агресивного ризику, порушень сну, соматичних ускладнень і функціональної дезадаптації.

Mental and behavioural disorders due to the use of alcohol and other psychoactive substances remain a significant medical and social problem. In the context of war, they acquire additional clinical complexity due to the combined effects of chronic stress, psychological traumatization, sleep deprivation, pain, injuries, moral injury, and limited access to care. Particular attention should be paid to polysubstance patterns in which alcohol dependence is combined with the use of amphetamine, methamphetamine, or cannabis.

Aim. The aim of the article is to summarize current scientific evidence on the psychopathological, behavioral, somatic, and therapeutic profile of alcohol dependence in the context of comorbid use of other psychoactive substances under wartime conditions.

A narrative literature review was conducted, including an analysis of international clinical guidelines, systematic and narrative reviews, epidemiological studies, and analytical materials relevant to alcohol dependence, polysubstance use, stress-related disorders, and war-related psychological traumatization.

Classical alcohol dependence is characterized by an affective-dysphoric, withdrawal-related, cognitive, and somatovegetative profile. In cases of comorbid amphetamine or methamphetamine use, this profile is supplemented by psychomotor agitation, impulsivity, aggressiveness, sleep disturbances, paranoid ideation, psychotic symptoms, cardiovascular toxicity, and suicidal risk. When alcohol is combined with cannabis, cognitive-perceptual, anxiety-dissociative, amotivational, and psychotic risks are intensified. In wartime conditions, psychoactive substances often serve as a form of maladaptive self-regulation; therefore, treatment should be integrated, trauma-informed, and differentiated according to the clinical phenotype.

Alcohol dependence with comorbid use of amphetamine, methamphetamine, or cannabis in the context of war is a clinically complex polysubstance condition that requires the simultaneous assessment of dependence, stress-related psychopathology, suicidal and aggressive risk, sleep disturbances, somatic complications, and functional maladaptation.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю й інших психоактивних речовин (ПАР) залишаються однією з найбільш значущих медико-соціальних проблем сучасної психіатрії, наркології та громадського здоров'я. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), 2019 року вживання алкоголю було асоційоване з 2,6 млн смертей у світі, що становило 4,7 % усіх смертей, тоді як вживання інших психоактивних речовин спричинило близько 0,6 млн смертей; у глобальному масштабі приблизно 400 млн осіб жили з розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю або інших ПАР, з них 209 млн — з алкогольною залежністю (АЗ) [1]. Отже, АЗ і коморбідне вживання ПАР не можна розглядати лише як індивідуальну поведінкову проблему, вони становлять важливий чинник смертності, інвалідазації, втрати працездатності та соціальної дезадаптації.

Особливої актуальності ця проблема набуває в умовах війни. Збройне протистояння створює унікальне поєднання чинників ризику: безпосередню загрозу життю, бойову травматизацію, втрати, вимушене переміщення, руйнування соціальних зв'язків, хронічну невизначеність, депривацію сну, фізичний біль, поранення, моральну травму та обмеження доступу до медичної і психосоціальної допомоги. Мета-аналіз ВООЗ щодо психічних розладів у популяціях, які пережили збройний конфлікт, показав, що приблизно 22,1 % осіб у таких умовах мають депресію, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), біполярний розлад або шизофренію, а близько 9,1 % — помірні або тяжкі психічні розлади [2]. Саме ці стани формують клінічне підґрунтя для використання ПАР як дезадаптивного способу саморегуляції.

В Україні повномасштабна війна суттєво збільшила потребу населення у психіатричній, психологічній та реабілітаційній допомозі. За оцінкою ВООЗ, на жовтень 2024 року 68 % українців повідомляли про погіршення здоров'я проти довоєнного періоду; серед найбільш поширених проблем зазначали психічні скарги — у 46 % населення, психічні розлади — у 41 %, а неврологічні порушення — у 39 % [3]. Крім того, 25 % населення повідомляли про зниження доступу до медичних послуг з початку повномасштабного вторгнення, а 35 % відклали звернення по медичну допомогу через фінансові труднощі [3]. Отже, війна не лише підвищує ризик психічних розладів, але й одночасно обмежує можливість їх своєчасного виявлення та лікування.

Епідеміологічні дані, отримані вже під час повномасштабної війни, підтверджують значний рівень психічного неблагополуччя в українській популяції. У дослідженні D. Martenkovskiy та співавт., проведеному у вересні 2023 року серед 2050 дорослих осіб, які проживали в Україні, 36,3 % респондентів мали позитивний скринінг щонайменше на один із семи психічних розладів; поширеність окремих станів становила від 1,5 % для психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання канабіноїдів до 15,2 % для генералізованого тривожного роз-

ладу [4]. Ці дані підтверджують потребу розглядати розлади, пов'язані з вживанням ПАР, у ширшому контексті тривожних, депресивних, посттравматичних і суїцидальних проявів.

Для військовослужбовців і ветеранів проблема набуває додаткової клінічної гостроти. Аналітичний звіт Global Initiative Against Transnational Organized Crime щодо вживання ПАР серед українських військових підкреслює відсутність офіційної статистики щодо масштабів їх вживання у Збройних Силах України, однак на підставі інтерв'ю, польових даних і наявних опитувань окреслює сталі мотиви вживання: підтримання неспання під час виснажливих завдань, подолання фізичного болю, розслаблення, спроби «забути» війну та продовження або заміщення вже наявних залежних патернів [5]. У цьому ж звіті зазначено, що алкоголь залишається більш поширеним за інші речовини, тоді як серед нелегальних ПАР часто згадують канабіс, амфетаміни та синтетичні речовини [5].

Окрему групу ризику становить молодь, яка перебуває в умовах тривалого воєнного стресу. У дослідженні О. Myshakivska та співавт. серед студентів українських університетів 2023 року 66,4 % респондентів повідомили про вживання алкоголю, 11,5 % — про вживання інших ПАР, а ризик проблемного вживання за шкалою CRAFFT був пов'язаний із депресією, ПТСР і суїцидальним ризиком [6]. Отже, в умовах тривалих травматичних подій може зростати не лише поширеність, а й інтенсивність вживання речовин, що має принципове значення для раннього виявлення груп ризику.

На тепер алкоголь зберігає позицію найбільш поширеної ПАР, проте значної поширеності під час війни набуває вживання психостимуляторів як засобів специфічного функціонального значення — для підтримання неспання, енергії, бойової активності, подолання виснаження та короткочасного відчуття контролю, тоді як канабіноїди, своєю чергою, часто використовують для суб'єктивного зниження напруги, тривоги, полегшення сну або емоційного «відключення». Отже, алкоголь, психостимулятори й канабіс у воєнних умовах не є випадковим набором речовин, а формують функціонально пов'язаний полісубстантний патерн, у якому різні ПАР використовують для протилежних, але взаємодоповнювальних цілей: приглушити напругу, підтримати активність, заснути, не заснути, витримати біль або уникнути травматичних переживань [5—7].

Наявні українські дані свідчать, що під час повномасштабної війни проблема вживання стимуляторів та їх поєднання з алкоголем стала клінічно значно більш помітною. У звіті щодо наркотичної ситуації в Україні за даними 2023 року зазначено, що в країні немає репрезентативних національних даних щодо поширеності вживання ПАР серед населення, однак експертні оцінки свідчать про зростання частоти вживання ПАР, особливо серед окремих груп, зокрема військових і ветеранів. У цьому ж звіті підкреслено збільшення попиту й пропозиції синтетичних речовин, зокрема синтетичних катинонів і канабіноїдів;

більшість пацієнтів, які надходили до відділень інтенсивної терапії наркологічних закладів, перебували у стані гострої інтоксикації α -PVP, амфетаміном або канабісом і мали психотичну симптоматику. Крім того, 2023 року лікування з приводу психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР отримали 28 506 осіб; частка стаціонарного лікування зростає з 23,2 % 2021 року до 28,1 % 2023 року, що може відображати ускладнення клінічного профілю пацієнтів і більшу потребу в госпіталізації [7].

Особливо показовими є дані щодо військово-службовців. В аналітичному звіті GI-TOC 2025 року зазначено, що офіційної статистики щодо масштабів вживання наркотиків у Збройних Силах України немає, однак наявні судові, опитувальні й інтерв'ю-дані дають змогу сформуванню індикативну картину. За цими даними, кількість наркотичних правопорушень серед військовослужбовців зростає у 2023 і 2024 роках; кількість зареєстрованих правопорушень, пов'язаних із зберіганням наркотиків, збільшилася з 332 випадків 2022 року до 1691 2023 року та 1913 за січень-жовтень 2024 року. У дослідженні 100 % Life Rivne Network, результати якого наведені у звіті GI-TOC, серед 1000 військовослужбовців 76,8 % респондентів повідомили про вживання міцного алкоголю щонайменше раз на місяць протягом попередніх 90 днів; 38,4 % — про вживання амфетамінів щонайменше раз на місяць; 5,1 % — про щоденне вживання амфетамінів; 16,3 % — про вживання «солей» щонайменше раз на місяць; 6,2 % — про вживання метамфетаміну щонайменше раз на місяць; 67,4 % — про вживання канабісу щонайменше раз на місяць. Важливо, що у звіті зазначено можливість комбінованого вживання кількох речовин однією особою, тобто наведені показники не є взаємовиключними [5].

Зростання значущості стимуляторів у військовий період підтверджується також даними щодо трансформації наркоринку. У звіті GI-TOC про зміну наркотичних тенденцій у військовій Україні зазначено, що після початкового порушення нелегального ринку обсяг виготовлення й розповсюдження синтетичних наркотиків відновився, значною мірою завдяки онлайн-платформам, поштовим сервісам і локальному виробництву. Дані щодо цін на амфетамін у 2022—2023 роках свідчать про підвищення середньої вартості в багатьох містах приблизно на 30 %, водночас дослідники наголошують, що можливе зменшення кількості цивільних споживачів через переміщення населення було компенсоване або навіть переважене збільшенням кількості осіб, які зверталися до наркотиків як до способу психологічного подолання війни. Окремо зазначено, що Україна залишається джерелом амфетаміноподібних стимуляторів, які продають в усіх регіонах країни, включно з прифронтовими територіями [5].

Отже, вибір для аналізу саме поєднання АЗ з вживанням амфетаміну, метамфетаміну і канабісу зумовлений не лише їхньою фармакологічною різноманітністю, а й реальною військовою клінічною логікою

їх використання. Алкоголь у цьому патерні найчастіше виконує функцію седативного, анксиолітичного та дисоціативно-унікаючого засобу; амфетамін і метамфетамін — функцію стимуляції, подолання втоми й підтримання активності; канабіс — функцію суб'єктивного розслаблення, зниження тривоги й дистанціювання від травматичних переживань. Саме така комбінація створює високоризиковий клінічний фенотип, у якому поєднуються алкогольна залежність, стимуляторна гіперактивація, когнітивно-перцептивні ефекти канабісу, порушення сну, травматичний стрес, імпульсивність, психотичний ризик і небезпека суїцидальної або агресивної поведінки.

Метою статті є узагальнення сучасних наукових даних щодо особливостей психопатологічного, поведінкового, соматичного і терапевтичного профілю алкогольної залежності за умов коморбідного вживання інших психоактивних речовин у воєнному контексті.

Дослідження реалізовано у форматі нарративного аналізу наукової літератури з систематизацією даних. Пошук проведено за ключовими словами: *alcohol use disorder, alcohol dependence, alcohol withdrawal, stimulant use disorder, amphetamine-type stimulants, methamphetamine, methamphetamine psychosis, cannabis use disorder, alcohol and cannabis co-use, PTSD and substance use disorder, wartime substance use, military substance use, co-occurring PTSD and substance use disorders*. Аналізували міжнародні клінічні настанови, оглядові статті, систематичні огляди, клінічні дослідження та аналітичні джерела, релевантні до теми алкогольної залежності, полісубстантного вживання, стрес-асоційованих розладів та воєнної психотравматизації.

До огляду включали джерела, які висвітлюють: 1) клінічні прояви алкогольної залежності; 2) розлади, пов'язані з вживанням стимуляторів амфетамінового ряду та канабісу; 3) взаємозв'язок ПАР зі стрес-асоційованими розладами; 4) особливості вживання речовин у воєнному та військовому контекстах; 5) диференційовані підходи до лікування залежності, ПТСР і коморбідних станів.

Базовий клінічний профіль алкогольної залежності. АЗ є хронічним рецидивуючим розладом, що характеризується патологічним потягом до алкоголю, зниженням або втратою контролю над його вживанням, толерантністю, синдромом відміни, продовженням вживання попри очевидну шкоду та поступовим звуженням мотиваційної сфери. У сучасних діагностичних підходах акцент робиться не лише на кількості алкоголю, а й на втраті контролю, функціональних наслідках, ризику для себе та інших, коморбідності й тяжкості синдрому відміни [7; 8].

Клінічно класична алкогольна залежність має переважно афективно-дисфоричний, абстинентний, когнітивний і соматовегетативний профіль. Для неї характерні тривога, дратівливість, депресивність, емоційна лабільність, порушення сну, зниження критики, раціоналізація вживання, ког-

нітивне сповільнення, порушення пам'яті й уваги. На соматичному рівні часто спостерігаються тремор, пітливість, тахікардія, підвищення артеріального тиску, гастроінтестинальні симптоми, поліневропатичні прояви, ураження печінки та інші соматоневрологічні ускладнення.

Особливе значення має синдром алкогольної відміни, який може становити безпосередню загрозу для життя. Гостра алкогольна відміна може супроводжуватися вираженою автономною активацією, тривогою, інсомнією, судомами, сплутаністю свідомості та *delirium tremens*, що потребує своєчасного медичного оцінення й контрольованого ведення [9]. Саме тому при алкогольній залежності клініцист має розрізнати стабільний амбулаторний стан, ризиковане вживання, стан інтоксикації, синдром відміни та ситуації, які потребують невідкладної або стаціонарної допомоги.

Воєнний контекст як клінічний модифікатор вживання психоактивних речовин. У воєнних умовах алкоголь та інші ПАР часто набувають іншого функціонального значення. Їх можуть використовувати не лише з рекреаційною метою, а як засіб швидкого зниження тривоги, полегшення засинання, приглушення флешбеків, дистанціювання від пережитого, подолання болю, підтримання активності або тимчасового відновлення суб'єктивного відчуття контролю. Така функціоналізація вживання особливо важлива для військовослужбовців, ветеранів, осіб із бойовим досвідом, внутрішньо переміщених осіб та цивільних, які тривалий час перебувають у зоні небезпеки.

У цих групах АЗ часто поєднується з ПТСР, комплексним ПТСР, депресією, тривожними розладами, порушеннями сну, хронічним болем, черепно-мозковими травмами та моральною травмою. Така коморбідність ускладнює клінічне оцінювання, оскільки ті самі симптоми — інсомнія, гіперзбудження, дратівливість, афективна нестабільність, суїцидальні думки, когнітивне зниження — можуть бути проявами стрес-асоційованого розладу, наслідком вживання ПАР або результатом їх взаємного підсилення [10].

Отже, у воєнному контексті запитання «яку речовину вживає пацієнт?» слід доповнювати запитанням «яку функцію ця речовина виконує?». Алкоголь частіше використовують для емоційного «відключення», засинання або приглушення провини і втрати; амфетамін і метамфетамін — для підтримання неспання, пильності та бойової активності; канабіс — для суб'єктивного зниження тривоги, тілесної напруги або симптомів травматичного стресу. Саме функція вживання визначає не лише клінічну картину, а й терапевтичну стратегію.

Взаємовплив розладів внаслідок вживання психоактивних речовин і стрес-асоційованих розладів під час війни. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР у воєнному контексті доцільно розглядати не ізольовано, а в міцному взаємозв'язку зі стрес-асоційованими розладами — гострими

реакціями на стрес, розладами адаптації, ПТСР, комплексним ПТСР, депресивними, тривожними, дисоціативними та соматоформними проявами. Їх взаємодія має двоспрямований характер: травматичний досвід, хронічна загроза, втрати, депривація сну, біль, поранення, моральна травма та емоційне виснаження підвищують імовірність вживання алкоголю, канабісу, амфетаміну, метамфетаміну та інших ПАР як дезадаптивної форми саморегуляції; з іншого боку, саме вживання ПАР поглиблює афективну нестабільність, порушення сну, імпульсивність, когнітивне зниження, агресивність і суїцидальний ризик та може підтримувати або посилювати симптоми травматичного стресу [10—12].

Одним із центральних механізмів такого взаємовпливу є феномен «самолікування». Особи з посттравматичними, тривожними або депресивними проявами можуть використовувати алкоголь для тимчасового зниження напруги, полегшення засинання, приглушення інтрузивних спогадів, емоційного болю або гіперзбудження. Канабіс нерідко використовують з подібною суб'єктивною метою — для «розслаблення», зменшення тривоги, полегшення сну або дистанціювання від травматичних переживань. Амфетамін і метамфетамін у воєнних умовах можуть виконувати іншу функцію — підтримання неспання, бойової активності, відчуття контролю, енергії та здатності «триматися» в умовах виснаження. Проте короткочасне суб'єктивне полегшення не усуває стрес-асоційований розлад, а фіксує патологічний цикл уникнення, посилює залежну поведінку та знижує ймовірність своєчасного звернення по допомогу [10—12].

Другий механізм пов'язаний із нейробіологічною спільністю систем стресу, винагороди та емоційного контролю. Хронічний стрес підвищує вразливість до залежності через посилення патологічного потягу до вживання ПАР, дефіцит гальмівного контролю, зростання реактивності на тригери та зміщення мотивації від пошуку задоволення до уникнення негативного афекту. Повторне вживання алкоголю, стимуляторів або канабісу, у свою чергу, поглиблює дисрегуляцію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, норадренергічної та дофамінергічної систем, кортико-лімбічних мереж, мигдалеподібного тіла, гіпокампа та префронтальної кори, формуючи ало-статичне навантаження і підвищуючи ризик рецидиву під впливом травматичних нагадувань або бойового стресу [11; 12].

На клініко-психопатологічному рівні цей взаємовплив проявляється поліморфністю симптомів. АЗ у поєднанні зі стрес-асоційованими розладами частіше супроводжується дисфорією, дратівливістю, порушеннями сну, нічними жахами, депресивними симптомами, соромом, провинною, емоційною нестабільністю та суїцидальними думками. За наявності амфетамінового або метамфетамінового компонента до цієї картини додаються психомоторне збудження, тривала інсомнія, агресивність, імпульсивність, параноїдність, психотичні симптоми

та серцево-судинна токсичність. При коморбідному вживанні канабісу можуть посилюватися амотиваційність, когнітивна фрагментація, дереалізація, деперсоналізація, тривожно-панічні реакції та психотична вразливість. Унаслідок цього стрес-асоційована симптоматика стає менш стабільною, більш поліморфною і важче піддається диференціальній діагностиці [13—18].

Поведінковий рівень взаємовпливу має особливе значення у військовому середовищі. ПАР знижують здатність до самоконтролю, критичного оцінення ситуації та безпечного прийняття рішень. Алкоголь посилює розгальмування, імпульсивність і ризик агресивної або суїцидальної поведінки; стимулятори можуть підтримувати небезпечне відчуття «надконтролю», безстрашності або всемогутності, яке змінюється виснаженням, дисфорією та психічним «крашем»; канабіс може погіршувати увагу, пам'ять, швидкість реакції, орієнтацію та мотивацію. На тлі ПТСР, моральної травми або депресії це створює додатковий ризик травматизації, конфліктів, порушення дисципліни, небезпечного поводження зі зброєю, дорожньо-транспортних пригод, сімейного насильства та зриву лікування або реабілітації.

Особливу увагу слід зосереджувати на феномені взаємного маскуванню симптомів. Прояви алкогольної інтоксикації можуть частково приховуватися стимуляторною активацією; депресивний «краш» після метамфетаміну може помилково інтерпретуватися як ізольована депресія або посттравматична реакція; канабіс-індуковані тривожні, дисоціативні або психотичні прояви можуть бути помилково віднесені лише до ПТСР; алкогольна абстиненція може накладатися на гіперзбудження, інсомнію та автономну активацію, властиві травматичному стресу. Це підвищує ризик недооцінки тяжкості стану і потребує обов'язкового структурованого скринінгу як розладів, пов'язаних із вживанням ПАР, так і стрес-асоційованої психопатології.

З терапевтичного погляду принципово важливо, що сучасні клінічні підходи не підтримують жорстку послідовну модель, за якою спочатку має бути досягнута повна абстиненція, і лише після цього розпочинається робота з травмою. Наявність коморбідного розладу вживання ПАР не повинна автоматично відкладати доказове лікування ПТСР або інших стрес-асоційованих розладів. Навпаки, сучасні рекомендації наголошують доцільність інтегрованого підходу, за якого травмафокусоване лікування поєднується з інтервенціями, спрямованими на зменшення вживання ПАР, профілактику рецидивів, формування безпечних стратегій саморегуляції, відновлення сну, зниження суїцидального ризику та покращення психосоціального функціонування [20; 23; 24].

Отже, взаємовплив психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР та стрес-асоційованих розладів у воєнному контексті формує специфічний клінічний фенотип. Для нього характерні поліморфність симптоматики, нестабільність афекту, порушення сну, високий рівень тривоги й гіперзбудження,

підвищена імпульсивність, суїцидальний і агресивний ризик, часте маскування симптомів та потреба в інтегрованій, травма-інформованій, мультидисциплінарній допомозі.

Коморбідне вживання амфетаміну та метамфетаміну. Амфетамін і метамфетамін належать до стимуляторів центральної нервової системи. Їхня дія пов'язана з активацією дофамінергічних, норадренергічних і серотонінергічних механізмів, що клінічно проявляється підвищенням активності, зменшенням втоми, пригніченням потреби у сні, психомоторним збудженням, ейфорією та підвищеною впевненістю. Водночас стимулятори можуть спричинити тривогу, підозрілість, агресивність, імпульсивність, соматичну гіперактивацію та психотичні симптоми.

Клінічні практичні рекомендації ASAM/AAAP підкреслюють, що розлади, пов'язані зі стимуляторами, можуть супроводжуватися серйозними кардіологічними, психіатричними, стоматологічними та нутритивними ускладненнями, а гостра стимуляторна інтоксикація може мати життєво небезпечний характер [13]. У поєднанні з алкоголем амфетамін або метамфетамін змінюють клінічну картину алкогольної інтоксикації: стимуляторна активація може маскувати седативність, сонливість і суб'єктивне відчуття сп'яніння. Унаслідок цього пацієнт недооцінює ступінь інтоксикації, продовжує вживання, залишається активним, вступає в конфлікти, керує транспортом або виконує небезпечні дії.

Дослідження К. Jirakran та співавт. (2023) серед осіб, які вживали метамфетамін, показало, що тяжкість уживання метамфетаміну й алкоголю пов'язана з актуальною суїцидальною ідеєю та нижчою якістю життя; дослідники також описують, що спільне вживання метамфетаміну й алкоголю може маскувати клінічні ознаки алкогольної інтоксикації, зокрема седативність [14].

Особливо значущим є ризик метамфетамін-асоційованого психозу. Систематичний огляд А. Воє та співавт. (2019) показав, що найхарактернішими симптомами є персекуторні маячні ідеї, слухові та зорові галюцинації; також часто описують ворожість, дезорганізацію мислення та депресивні симптоми, тоді як негативна симптоматика є менш типовою [15]. Гострий метамфетамін-індукований психоз може потребувати кризової або стаціонарної допомоги, антипсихотичних препаратів і седативної підтримки, хоча в частині випадків симптоми редукуються після досягнення абстиненції [16].

Коморбідне вживання канабісу. Канабіс у воєнному контексті часто сприймається як менш небезпечна речовина, яку використовують для розслаблення, засинання, зниження тривоги, приглушення тілесної напруги або симптомів травматичного стресу. Однак така стратегія може бути клінічно проблемною, особливо у разі регулярного вживання, високої концентрації дельта-9-тетрагідроканабінолу (ТНС/ТГК), поєднання з алкоголем, наявності ПТСР, депресії, тривожного розладу або психотичної вразливості.

Огляд D. Hasin і C. Walsh (2020) показує, що психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання канабіноїдів асоціюються з іншими розладами вживання ПАР, психозом, афективними, тривожними та особистісними розладами; найпереконливіші дані щодо потенційного причинного зв'язку стосуються саме зв'язку між канабісом і психотичними розладами [17]. Поєднання алкоголю й канабісу формує переважно когнітивно-перцептивний і поведінково-дезорганізуючий профіль: посилюються порушення уваги, пам'яті, координації, часу реакції, критичності, ситуаційного оцінення та контролю імпульсів [18].

Для пацієнта з АЗ додавання канабісу може проявлятися не грубою гіперактивацією, як від стимуляторів, а амотиваційністю, емоційним притупленням, дереалізацією, тривогою, панічними реакціями, підозрілістю, порушенням сну, когнітивною фрагментацією, зниженням ініціативи та погіршенням прихильності до лікування.

Важливим є розмежування між суб'єктивним полегшенням симптомів травматичного стресу і доказовим лікуванням ПТСР. National Center for PTSD зазначає, що наявні дослідження не підтримують канабіс як ефективне лікування ПТСР, а VA/DoD Clinical Practice Guideline for PTSD 2023 виступає проти використання канабісу для лікування ПТСР [19; 20]. Для військовослужбовців і ветеранів це має принципове значення: короточасне полегшення може підтримувати уникнення, знижувати мотивацію до травмафокусованої терапії, посилювати когнітивні порушення та підвищувати ризик формування психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання канабіноїдів.

Диференціально-діагностичні орієнтири. Диференціальна діагностика має спиратися не лише на факт вживання речовини, а й на провідний клінічний синдром, часовий зв'язок симптомів із інтоксикацією або відміною, функцію вживання, наявність стрес-асоційованої психопатології та рівень ризику. Узагальнені клінічні відмінності наведено в таблиці 1.

Таблиця 1. Клінічні відмінності полісубстантної алкогольної залежності залежно від коморбідної психоактивної речовини

Клінічна сфера	Класична АЗ	АЗ + амфетамін/метамфетамін	АЗ + канабіс
Провідний стан	дисфорія, тривога, депресивність, астенизація	гіперактивація, ажитація, імпульсивність, агресивність	седативність, амотиваційність, тривога, дереалізація
Інтоксикація	розгальмування, порушення координації, седативність	маскування алкогольної седативності, ризик перевживання, конфліктність	посилення когнітивного й моторного порушення, дезорієнтація
Сон	інсомнія, фрагментація сну, ранні пробудження	тривалий брак сну, виснаження після стимуляторного «крашу»	суб'єктивне полегшення засинання з ризиком погіршення якості сну
Психотичні прояви	переважно при тяжкій відміні, делірії або алкогольному галюцинозі	параноїдність, маячні ідеї, слухові/зорові галюцинації	підозрілість, тривожно-параноїдні реакції, ризик психозу у вразливих осіб
Афективний профіль	провина, сором, депресія, дратівливість	афективні «гойдалки», агресія, суїцидальність після виснаження	тривога, панічність, емоційне притуплення, амотивація
Соматичний ризик	печінкові, гастроінтестинальні, серцево-судинні й неврологічні ускладнення	тахікардія, гіпертензія, гіпертермія, аритмії, судоми	когнітивне й моторне порушення, ризик травм, дорожньо-транспортних пригод, падінь
Воєнна функція вживання	«зняти напругу», заснути, забути, витримати втрату	«не спати», «триматися», виконати завдання, подолати втому	«розслабитися», «вимкнутися», зменшити тривогу чи флешбеки

Клінічно насторожувати щодо коморбідного вживання амфетаміну, метамфетаміну або канабісу мають такі ознаки: нетипова активність або відсутність сонливості у разі значної алкоголізації; епізоди тривалого неспання; параноїдність, слухові чи зорові галюцинації; агресивність і імпульсивні конфлікти; тахікардія, гіпертензія, біль у грудях або гіпертермія; виражена тривога, панічні атаки, дереалізація або деперсоналізація після канабісу; когнітивна фрагментація, амотиваційність; вживання «для сну», «щоб не думати», «щоб витримати» або «щоб не заснути»; суїцидальні думки після періоду інтенсивного вживання або стимуляторного виснаження.

Підходи до лікування та їх диференціація. Лікування АЗ за умов коморбідного вживання амфетаміну, метамфетаміну або канабісу у воєнному контексті має будуватися не за уніфікованою моделлю

«лікування залежності», а за принципом диференційованої клінічної маршрутизації. Визначальними є не лише вид речовини, а й актуальний стан пацієнта: наявність інтоксикації або синдрому відміни, ступінь АЗ, психоз, суїцидальний або агресивний ризик, тяжкість ПТСР чи інших стрес-асоційованих розладів, порушення сну, больовий синдром, соматичні ускладнення, рівень соціальної підтримки та безпекові обставини.

Першим етапом є клінічна стратифікація ризику. У пацієнтів з алкогольною залежністю треба оцінити тяжкість вживання алкоголю, потребу в асистованій детоксикації, ризик судом або *delirium tremens*, соматичні ускладнення, когнітивне функціонування, суїцидальність і супутнє вживання інших ПАР. У разі підозри на амфетамінове або метамфетамінове вживання обов'язковим є оцінювання психомоторного збудження, гіпертензії, тахікардії,

гіпертермії, болю у грудях, психотичних симптомів, агресивності та виснаження після стимуляторного «крашу». У разі вживання канабісу слід оцінювати частоту і спосіб вживання, концентрацію ТНС, тривожно-панічні, дисоціативні або психотичні прояви, амотиваційність, когнітивне зниження та роль канабісу як засобу «самолікування» ПТСР або інсомнії [21; 22].

Для класичної АЗ базовими компонентами лікування є мотиваційне консультування, психоосвіта, когнітивно-поведінкова терапія, інтервенції з профілактики рецидивів, робота з патологічним потягом до алкоголю, формування навичок подолання тригерних ситуацій, залучення соціальної підтримки та, за наявності показань, медикаментозна терапія, спрямована на зниження ризику рецидиву або підтримання абстиненції. Для лікування помірної і тяжкої АЗ після стабілізації стану розглядають препарати з доказовою базою для зниження ризику рецидиву або підтримання абстиненції: налтрексон, акампросат, дисульфірам, топірамат або габапентин залежно від клінічної ситуації, соматичних протипоказань і цілей лікування [21].

У пацієнтів із вираженою алкогольною відміною пріоритетом є безпечна медична стабілізація, а не інтенсивна психотерапевтична робота. Помірна і тяжка алкогольна відміна потребує контрольованого ведення з моніторингом життєвих показників, профілактикою судом, *delirium tremens*, дегідратації, електролітних порушень і соматичних ускладнень. Травмафокусована терапія або глибока робота з моральною травмою мають бути відкладені до стабілізації стану, але не повинні зникати з довгострокового плану лікування.

За наявності коморбідного вживання амфетаміну або метамфетаміну лікувальна стратегія суттєво відрізняється. На відміну від класичної АЗ, для розладів, пов'язаних із вживанням амфетаміну або метамфетаміну, не існує універсальної затвердженої фармакотерапії з такою доказовою позицією, як налтрексон або акампросат при АЗ. Основу лікування становлять психосоціальні втручання, передусім програми поведінкового підкріплення утримання від вживання ПАР, у поєднанні з когнітивно-поведінковою терапією, мотиваційним консультуванням та відновно-орієнтованими підходами [13; 21]. При гострій стимуляторній інтоксикації або психозі першочерговими є оцінення рівня небезпеки, соматична стабілізація, контроль гіперадренергічних проявів, зниження ажитації, профілактика насильницької або суїцидальної поведінки та вирішення питання про невідкладний або стаціонарний рівень допомоги.

Окремої тактики потребують пацієнти, у яких стимуляторне вживання функціонально пов'язане з війною: «щоб не спати», «щоб триматися», «щоб виконати завдання», «щоб не відчувати виснаження». У таких випадках лікування не можна зводити лише до заборони речовини або короткої детоксикації. Треба працювати з функцією вживання: відновлен-

ням сну, зменшенням бойового виснаження, лікуванням болю, нормалізацією режиму, психоосвітою щодо стимуляторного «крашу», профілактикою психозу та формуванням альтернативних стратегій регуляції активації.

Коморбідне вживання канабісу потребує іншої диференціації. Якщо пацієнт використовує канабіс як засіб засинання, зниження тривоги або приглушення флешбеків, клінічна робота має бути спрямована не лише на припинення або зменшення вживання, а й на лікування симптомів, які підтримують це вживання: інсомнії, гіперзбудження, нічних жахів, тривожно-панічних реакцій, депресивності, хронічного болю або уникнення травматичних спогадів. Основними доказовими підходами при розладі внаслідок вживання канабісу є когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційно-підсилювальна терапія та програми поведінкового підкріплення утримання від вживання; водночас фармакотерапія цього розладу наразі не має достатньо переконливої доказової бази [21; 22].

Принциповим є розмежування між лікуванням ПТСР і використанням ПАР для тимчасового полегшення симптомів. Алкоголь, канабіс, амфетамін або метамфетамін можуть суб'єктивно давати короточасний ефект — заснути, «відключитися», зменшити тривогу, не відчувати втоми, підтримати активність. Однак це не є лікуванням стрес-асоційованого розладу. Навпаки, така стратегія підтримує уникнення, порушує природне емоційне опрацювання травматичного досвіду, погіршує сон у довгостроковій перспективі, посилює *craving* і підвищує ризик рецидиву.

Лікування стрес-асоційованих розладів у пацієнтів із коморбідним вживанням ПАР слід здійснювати за інтегрованою моделлю. Сучасні підходи не підтримують жорстку послідовну логіку, за якою спочатку треба повністю вилікувати залежність і лише потім переходити до роботи з травмою. Пацієнти з ПТСР і розладами вживання ПАР можуть отримувати користь від доказових травмафокусованих втручань, включно з пролонгованою експозицією, когнітивно-процесуальною терапією, EMDR та іншими структурованими підходами, якщо їх проводять з належним оцінюванням безпеки, стабільності та готовності пацієнта [20; 23; 24]. Водночас активна інтоксикація, делірій, гострий психоз, високий суїцидальний ризик або неконтрольована агресивність є підставами для першочергової стабілізації. Диференційовану лікувальну маршрутизацію пацієнта з полісубстантною АЗ узагальнено в таблиці 2.

Для військовослужбовців і ветеранів АЗ із коморбідним уживанням стимуляторів або канабісу коректна маршрутизація має особливе значення, оскільки безпосередньо впливає на безпеку, боєдатність, здатність до самоконтролю, якість сну, ризик суїциду, ризик агресії, лікувальну прихильність і перспективи реабілітації. У воєнному контексті клініцист має уникати спрощеної логіки «це просто алкоголь» або «це просто спосіб зняти стрес».

Таблиця 2. Диференційована маршрутизація пацієнта з полісубстантною алкогольною залежністю

Клінічний варіант	Пріоритет лікування	Основні втручання
A3 без гострої коморбідної інтоксикації	Зменшення вживання / абстиненція, профілактика рецидиву	Мотиваційне консультування, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), профілактика рецидиву, соціальна підтримка, налтрексон / акампросат / інші препарати за показаннями
A3 із ризиком тяжкої відміни	Медична стабілізація	Контрольована детоксикація, моніторинг, профілактика судом і делірію, подальше планування антиалкогольної терапії
A3 + амфетамін/ метамфетамін	Контроль інтоксикації, психозу, агресії, серцево-судинного ризику	Невідкладне оцінювання, стабілізація, поведінкове втручання з використанням позитивного підкріплення (метод управління підкріпленням), КПТ, мотиваційна робота, відновлення сну, профілактика постінтоксикаційного виснаження після вживання стимуляторів
A3 + канабіс	Зменшення когнітивного, тривожно-дисоціативного та мотиваційного впливу	КПТ, терапія посилення мотивації, управління підкріпленням, психоосвіта, лікування інсомнії та тривоги доказовими методами
ПТСР / комплексний ПТСР + розлад вживання ПАР	Інтегроване лікування травми і залежності	Травмафокусована терапія, одночасна робота з патологічним потягом до вживання, безпекою, суїцидальністю, сном, болем і соціальним функціонуванням
Гострий психоз, делірій, високий суїцидальний або агресивний ризик	Невідкладна стабілізація	Кризове втручання, стаціонарний або невідкладний рівень допомоги, відтермінування глибокої травмафокусованої роботи до стабілізації

Полісубстантне вживання є маркером складнішої психопатологічної структури, у якій АЗ може поєднуватися з ПТСР, депресією, тривожними розладами, черепно-мозковою травмою, хронічним болем, порушеннями сну, моральною травмою та поведінковою дезорганізацією. Практична мета допомоги полягає не лише у припиненні або зменшенні вживання, а й у відновленні сну, контролі імпульсивності, зниженні суїцидального ризику, профілактиці агресивної поведінки, роботі з моральною травмою, відновленні соціальних зв'язків, поверненні до функціонування та формуванні безпечних способів регуляції напруги без алкоголю, стимуляторів або канабісу.

Отже, результати проведеного аналізу дають змогу сформулювати такі висновки.

1. Класична АЗ характеризується патологічним потягом, втратою контролю, толерантністю, синдромом відміни, афективно-дисфоричними, когнітивними, соматовегетативними та соціально-дезадаптивними проявами. Її клінічний профіль є відносно впізнаваним, однак у воєнному контексті він часто ускладнюється стрес-асоційованою симптоматикою.

2. Коморбідне вживання амфетаміну або метамфетаміну якісно змінює клінічну картину АЗ: посилюються психомоторне збудження, імпульсивність, агресивність, тривала інсомнія, параноїдність, психотичні симптоми, серцево-судинна токсичність і суїцидальний ризик. Стимуляторна активація може маскувати алкогольну інтоксикацію і сприяти недооціненню небезпеки стану.

3. Коморбідне вживання канабісу модифікує АЗ через когнітивне, мотиваційне, тривожно-дисоціативне та психотичне навантаження. Пацієнти

із ПТСР канабіс можуть суб'єктивно сприймати як засіб полегшення, однак сучасні клінічні рекомендації не підтримують його як доказове лікування ПТСР.

4. Взаємовплив розладів внаслідок вживання ПАР і стрес-асоційованих розладів має двоспрямований характер: травма, хронічний стрес, депривація сну, біль і моральна травма підвищують ризик вживання, тоді як ПАР поглиблюють афективну нестабільність, порушення сну, імпульсивність, когнітивне зниження, агресивність і суїцидальний ризик.

5. Лікування має бути диференційованим за клінічним фенотипом. У разі домінування алкогольної залежності з ризиком розвитку синдрому відміни першочерговими завданнями є медична стабілізація, профілактика ускладнень відміни, фармакотерапія розладу внаслідок вживання алкоголю та профілактика рецидивів. У разі домінування амфетамінового або метамфетамінового компонента акцент зміщується на контроль інтоксикації, психотичних проявів, агресивної поведінки та серцево-судинних ризиків, а в довготривалому лікуванні — на програми поведінкового підкріплення утримання від вживання ПАР, когнітивно-поведінкову терапію, мотиваційні втручання та відновлення сну. У разі домінування канабісного компонента ключовими є психоосвіта, когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційно-підсилювальні інтервенції, програми поведінкового підкріплення утримання від вживання та заміна канабісу доказовими підходами до лікування інсомнії, тривоги й травматичного стресу.

6. У військовослужбовців і ветеранів АЗ із коморбідним вживанням амфетаміну, метамфетаміну або канабісу потребує інтегрованої, травмаінформованої та мультидисциплінарної допомоги

з одночасним оцінюванням ПТСР, депресії, тривоги, суїцидального ризику, психотичних симптомів, серцево-судинних ускладнень, порушень сну, болю, моральної травми та функціональної дезадаптації.

Список літератури / References

- World Health Organization. *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Geneva: WHO; 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>
- Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):240-248. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1
- World Health Organization Regional Office for Europe. *Three years of war: rising demand for mental health support, trauma care and rehabilitation*. 24 February 2025. <https://www.who.int/europe/news/item/24-02-2025-three-years-of-war-rising-demand-for-mental-health-support-trauma-care-and-rehabilitation>
- Martsenkovskiy D, Shevlin M, Ben-Ezra M, Bondjers K, Fox R, Karatzias T, Martsenkovska I, Martsenkovsky I, Pfeiffer E, Sachser C, Vallières F, Hyland P. Mental health in Ukraine in 2023. *Eur. Psychiatry*. 2024;67(1):e27. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.12
- Global Initiative Against Transnational Organized Crime. *Collateral Damage: Assessing substance use in Ukraine's military*. Policy brief. March 2025. <https://globalinitiative.net/wp-content/uploads/2025/03/GI-TOC-Collateral-damage-Assessing-substance-use-in-Ukraines-military-March-2025.pdf>
- Myshakivska O, Polyvianaia M, Yachnik Y, Pinchuk I. Risk factors of substance use among university students in Ukraine during wartime. *Adiktologie*. 2024;24(2):119-129. doi:10.35198/01-2024-002-0001
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Alcohol Use Disorder: From Risk to Diagnosis to Recovery*. NIAAA Core Resource on Alcohol. Updated 2025. <https://www.niaaa.nih.gov/health-professionals-communities/core-resource-on-alcohol/alcohol-use-disorder-risk-diagnosis-recovery>
- National Institute for Health and Care Excellence. *Alcohol-use disorders: diagnosis, assessment and management of harmful drinking and alcohol dependence*. NICE Clinical Guideline CG115. 2011; updated 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg115>
- National Institute for Health and Care Excellence. *Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications*. NICE Clinical Guideline CG100. 2010. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>
- McCauley JL, Killeen T, Gros DF, Brady KT, Back SE. Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2012 Sep 1;19(3):283-304. doi:10.1111/cpsp.12006
- María-Ríos CE, Morrow JD. Mechanisms of Shared Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder and Substance Use Disorders. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2020;14:6. doi:10.3389/fnbeh.2020.00006
- Fronk GE, Sant'Ana SJ, Kaye JT, Curtin JJ. Stress Allostatics in Substance Use Disorders: Promise, Progress, and Emerging Priorities in Clinical Research. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2020;16:401-430. doi:10.1146/annurev-clinpsy-102419-125016
- Clinical Guideline Committee. The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder. *Journal of Addiction Medicine*. 2024;18(1S Suppl 1):1-56. doi:10.1097/ADM.0000000000001299
- Jirakran K, Maes M, Buathong N, Kalayasiri R. Associations between methamphetamine and alcohol use disorder, suicidal ideation, and lowered quality of life in methamphetamine users. *Exploration of Medicine*. 2023;4:409-420. doi:10.37349/emed.2023.00151
- Voce A, Calabria B, Burns R, Castle D, McKetin R. A systematic review of the symptom profile and course of methamphetamine-associated psychosis. *Substance Use & Misuse*. 2019;54(4):549-559. doi:10.1080/10826084.2018.1521430
- Glasner-Edwards S, Mooney LJ. Methamphetamine Psychosis: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*. 2014;28(12):1115-1126. doi:10.1007/s40263-014-0209-8
- Hasin D, Walsh C. Cannabis Use, Cannabis Use Disorder, and Comorbid Psychiatric Illness: A Narrative Review. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;10(1):15. doi:10.3390/jcm10010015
- Bedillion MF, Blaine SK, Claus ED, Ansell EB. The effects of alcohol and cannabis co-use on neurocognitive function, brain structure, and brain function. *Current Behavioral Neuroscience Reports*. 2021;8(4):134-149. doi:10.1007/s40473-021-00243-8
- National Center for PTSD. *Cannabis Use and PTSD Among Veterans*. U.S. Department of Veterans Affairs. Updated clinical resource. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/marijuana_ptsd_vets.asp
- Schnurr PP, Hamblen JL, Wolf J, et al. *The Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder: Synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense Clinical Practice Guideline*. *Annals of Internal Medicine*. 2024;177:363-374. doi:10.7326/M23-2757
- U.S. Department of Veterans Affairs, U.S. Department of Defense. *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Substance Use Disorders*. Provider Summary. Version 4.0. 2021. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/mh/sud/>
- World Health Organization. *Psychosocial interventions for the management of cannabis dependence*. mhGAP Evidence Resource Centre. WHO. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre/drug-use-disorders/psychosocial-interventions-for-the-management-of-cannabis-dependence>
- National Center for PTSD. *Treatment of Co-Occurring PTSD and Substance Use Disorder in VA*. U.S. Department of Veterans Affairs. https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/tx_sud_va.asp
- Back SE, Jarnecke AM, Norman SB, Zaur AJ, Hien DA. State of the Science: Treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Journal of Traumatic Stress*. 2024;37(6):803-813. doi:10.1002/jts.23049

Надійшла до редакції 17.06.2026

Схвалено до друку 19.06.2026

КАДИРОВ Асан Османович, асистент кафедри загальної, дитячої та судової психіатрії та наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, директор клініки Товариство з обмеженою відповідальністю «Клініка Кадірова», м. Київ, Україна; <https://orcid.org/0009-0001-2340-2059>; e-mail: kadirovao2016@gmail.com

KADYROV Asan, Assistant of the Department of General, Children's, Forensic Psychiatry and Narcology of the P. L. Shupyk National Health Service of Ukraine, Director of the clinic "Kadyrov Clinic" Limited Liability Company, Kyiv, Ukraine