

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин у воєнному контексті: клініко- психопатологічні особливості, нейробіологічні механізми та підходи до реабілітації

Асан Кадиров

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л.Шупика

Вступ. Війна є потужним мультифакторним чинником формування психічних розладів, що поєднує гостру травматизацію та хронічний стрес. У цих умовах особливого значення набувають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР), які часто формуються як неадаптивна стратегія регуляції емоційного стану та характеризуються високою коморбідністю з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресивними та тривожними розладами.

Мета. Проаналізувати клініко-психопатологічні особливості, нейробіологічні механізми та психосоціальні чинники формування психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР у воєнному контексті, а також визначити сучасні підходи до їх діагностики та реабілітації.

Матеріали і методи. Дослідження виконано у форматі нарративного огляду наукової літератури. Проаналізовано публікації у базах PubMed, Scopus та Web of Science, а також звіти міжнародних організацій та національні аналітичні матеріали за період 2000–2025 років. Використано методи наукового аналізу, порівняльного аналізу джерел та концептуального узагальнення.

Результати. Встановлено, що в умовах війни формуються специфічні патерни адиктивної поведінки, зумовлені поєднанням травматичного досвіду, хронічного дистресу та обмеженого доступу до адаптивних стратегій подолання. Ключову роль відіграють нейробіологічні механізми, зокрема дизрегуляція гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, порушення функціонування кортико-лімбічних мереж та зміни дофамінергічної системи винагороди. Висока коморбідність із ПТСР, депресією та тривожними розладами визначає тяжкий клінічний перебіг, швидшу прогресивність і складність терапії. Особливу клінічну значущість мають розлади, пов'язані з вживанням стимуляторів і полісубстантним вживанням.

Висновки. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР у воєнному контексті є складним біопсихосоціальним феноменом, що потребує інтегрованого, травма-інформованого та персоналізованого підходу до діагностики й лікування. Ефективна реабілітація має бути спрямована не лише на редукцію вживання, а й на відновлення психосоціального функціонування, якості життя та життєвої перспективи.

Ключові слова: психічні розлади, поведінкові розлади, ПАР, адиктивні розлади, війна, психостимулятори, посттравматичний стресовий розлад, коморбідність, нейробіологія, реабілітація.



УДК 616.89-008.441.13:355.01

Вступ

Війна є одним з найбільш потужних макросоціальних чинників, що здатні радикально змінювати структуру психічного здоров'я населення. Її вплив не обмежується безпосереднім переживанням травматичної події, а формується як тривалий процес дестабілізації, що включає загрозу життю, втрати, вимушене переміщення, економічну нестабільність, руйнування соціальних зв'язків і порушення базового відчуття безпеки. У сучасній науковій літературі війна розглядається не лише як подія високої травматичної інтенсивності, а як пролонгований стресогенний контекст, що створює умови для формування широкого спектра психічних і поведінкових розладів [1, 2].

Особливої актуальності ця проблема набула для України після початку повномасштабної війни у 2022 році. Вітчизняні та міжнародні дослідження свідчать про суттєве зростання поширеності тривожних, депресивних і посттравматичних розладів серед дорослого населення України, причому психосоціальний тиск війни охоплює як військовослужбовців, так і цивільних осіб [3].

Водночас, психічні наслідки макросоціальних криз не вичерпуються лише посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) або депресивними станами. Значна частина осіб, які перебувають у стані хронічного дистресу, формує неадаптивні способи психологічного подолання, серед яких особливе місце посідає вживання психоактивних речовин (ПАР) [4, 5]. У цьому контексті психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР набувають особливого клінічного значення: вони можуть виступати як самостійна форма психічної патології, як ускладнення травматичного досвіду, або як компонент складної коморбідної картини, що включає ПТСР, депресію, тривожні розлади, порушення сну, емоційну дизрегуляцію та соціальну дезадаптацію.

Війна створює унікальне поєднання гострих і хронічних стресорів. На відміну від одиначної психотравмуючої події, військовий досвід часто має пролонгований, повторюваний і непередбачуваний характер. Постійна загроза, невизначеність, інформаційне перевантаження, втрата контролю над майбутнім і порушення звичних соціальних ролей формують стан хронічної психофізіологічної напруги. Такий стан поступово виснажує адаптаційні ресурси особистості та підвищує ризик розвитку психічної дезадаптації.

Попри значну кількість досліджень, присвячених окремо кожному з феноменів – стрес-асоційованим розладам, або адиктивним розладам, проблема їх взаємозв'язку в умовах війни залишається недостатньо систематизованою. Зокрема, потребує узагальнення роль нейробіологічних механізмів, психосоціальних чинників та сучасних реабілітаційних підходів у формуванні й перебігу цієї патології.

Мета

Узагальнити сучасні наукові дані щодо клініко-психопатологічних, нейробіологічних і психосоціальних механізмів формування психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин у воєнному контексті та визначення ключових підходів до їх діагностики і реабілітації.

Матеріали і методи

Дослідження виконано у форматі нарративного огляду наукової літератури з елементами систематизації сучасних даних. Інформаційну базу становили публікації у міжнародних наукометричних базах даних (PubMed, Scopus, Web of Science), а також звіти міжнародних організацій (WHO, UNODC, European Union Drugs Agency), національні аналітичні матеріали та сучасні клінічні рекомендації, опубліковані у 2000–2025 роках.

Критеріями включення були: наукові статті, метааналізи, систематичні огляди та клінічні дослідження, присвячені розладам, пов'язаним із вживанням психоактивних речовин; дослідження, що висвітлюють коморбідність із посттравматичним стресовим розладом, депресивними та тривожними розладами; роботи, що аналізують нейробіологічні механізми залежності; публікації, що стосуються психічного здоров'я в умовах війни або хронічного стресу; сучасні підходи до лікування та реабілітації адиктивних розладів.

Критеріями виключення були: публікації з недостатньою науковою доказовістю; дублікати досліджень; роботи, що не відповідали тематиці воєнного контексту або адиктивної патології.

Методологічну основу дослідження становили: науковий аналіз; порівняльний аналіз наукових джерел; концептуальне узагальнення даних; систематизація сучасних теоретичних і клінічних підходів. Аналіз проводився з урахуванням біопсихосоціальної моделі та сучасних уявлень про нейробіологію стресу і залежності.

Результати дослідження

Одним із ключових механізмів переходу від стресу до адиктивної поведінки є використання ПАР як способу швидкої регуляції емоційного стану. Відповідно до гіпотези самозцілення, запропонованої Е.Д. Khantzian [6], вживання ПАР часто є спробою суб'єктивного контролю над нестерпними афективними станами. У воєнних умовах цей механізм набуває особливої значущості, оскільки інтенсивність тривоги, безсоння, гіперактивації, емоційного болю або оніміння може значно перевищувати доступні адаптивні стратегії подолання.

Для військовослужбовців та ветеранів такий патерн має специфічні клінічні особливості. Дослідження показують стійкий зв'язок між бойовою травмою, ПТСР, депресією, черепно-мозковою травмою та підвищеним ризиком психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР [7-10]. У таких випадках вживання ПАР може виконувати функцію короточасного зменшення гіперактивації, редукції інтрузивних спогадів, полегшення сну або емоційного "відключення". Проте довгостроково цей механізм підтримує патологічний цикл: ПАР тимчасово знижує симптоми, але посилює афективну нестабільність, порушує сон, знижує когнітивний контроль і збільшує ризик рецидиву.

На нейробіологічному рівні ключове значення має хронічна активація систем стресу. В.С. McEwen [11] описує токсичний стрес як стан тривалої нейроендокринної напруги, що супроводжується порушенням функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової осі, змінами дофамінергічної передачі та порушенням регуляції імпульсивності й винагороди. G.F. Koob і J. Schulkin [12] підкреслюють, що стрес є центральним механізмом розвитку залежності, оскільки повторювана активація стресових систем сприяє переходу від позитивного підкріплення (вживання заради задоволення) – до негативного підкріплення, тобто вживання для уникнення психічного дискомфорту.

Важливим є також соціальний вимір. Війна не лише впливає на психічний стан людини, а й змінює структуру доступності ПАР. За даними European Union Drugs Agency (2026), війни та гуманітарні кризи можуть сприяти трансформації нелегального наркотичного ринку, поширенню синтетичних речовин і збільшенню випадків комбінованого вживання [13]. В українському контексті це підтверджується даними Центру громадського здоров'я (2024, 2025), які вказують на зростання ролі синтетичних стимуляторів, синтетичних канабіноїдів і змішаних схем вживання [14, 15]. Отже, війна формує багаторівневий ризик розвитку

адиктивної поведінки: через травматизацію, хронічний дистрес, нейробиологічну дизрегуляцію, соціальну дезорганізацію та зміну доступності речовин.

Загалом, психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР належать до найбільш поширених і клінічно складних форм психічної патології. За сучасними оцінками, сотні мільйонів людей у світі вживають наркотичні речовини, а десятки мільйонів мають сформований розлад внаслідок їх вживання [16]. Їхня значущість визначається не лише поширеністю, а й схильністю до хронічного перебігу, рецидивування, коморбідності та вираженої соціальної дезадаптації.

Сучасне розуміння залежності суттєво відійшло від морально-поведінкових або суто кримінологічних моделей. Нині психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР розглядаються як хронічний рецидивуючий біопсихосоціальний розлад, що формується внаслідок взаємодії нейробиологічних, психологічних, соціальних і середовищних факторів [17]. Відповідно до DSM-5-TR, цей стан визначається як патологічний патерн використання речовини, що супроводжується клінічно значущим дистресом, порушенням контролю, компульсивністю та негативними наслідками для функціонування. МКХ-11 також підкреслює порушення контролю над вживанням, пріоритизацію об'єкта адикції над іншими сферами життя та фізіологічні прояви залежності.

Хронічний стрес у воєнних умовах супроводжується не лише активацією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, а й глибокими змінами в кортико-лімбічних мережах мозку. Зокрема, спостерігається гіперактивація мигдалеподібного тіла, зниження функціонального контролю префронтальної кори та порушення роботи гіпокампу, що відповідає за контекстуалізацію пам'яті. Ці зміни зумовлюють посилення реактивності на стрес, дефіцит когнітивного контролю та схильність до імпульсивної поведінки. Одночасно вважається, що нейробиологічною основою формування залежності є дисфункція системи винагороди мозку, насамперед мезолімбічної дофамінергічної системи, що змінює чутливість до природних підкріплень і підвищує значущість психоактивних речовин як засобу швидкої афективної регуляції [18-20].

Усі основні ПАР прямо або опосередковано підвищують рівень дофаміну в прилеглому ядрі (nucleus accumbens), що формує механізм позитивного підкріплення [18]. Проте в міру прогресування залежності провідним стає не пошук задоволення, а уникнення негативного афективного стану. Саме ця зміна – від позитивного до негативного підкріплення – є центральною для розуміння залежності в умовах хронічного стресу та війни [19]. Алостатична модель залежності пояснює, чому адиктивна поведінка зберігається навіть тоді, коли речовина вже не приносить вираженого позитивного ефекту. Повторюване вживання призводить до патологічного зсуву систем стресу та винагороди, внаслідок чого людина використовує речовину переважно для зменшення дисфорії, тривоги, напруження або симптомів відміни [20]. У воєнному контексті цей механізм особливо важливий, оскільки зовнішній стресор не зникає, а постійно підтримує внутрішню напругу.

Клінічно психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР рідко існують ізольовано. Вони часто поєднуються з депресивними, тривожними, посттравматичними та особистісними розладами [21]. Така коморбідність ускладнює діагностику, погіршує прогноз, знижує прихильність до лікування та підвищує ризик рецидиву. Особливо важливим є поєднання залежності з ПТСР, оскільки симптоми травми й адиктивна поведінка можуть взаємно підтримувати одне одного. Саме в контексті такої коморбідності особливого клінічного значення набуває аналіз окремих груп ПАР, зокрема психостимуляторів, які мають власну специфіку впливу на перебіг і тяжкість розладів. Стимулятори посідають особливе місце в структурі адиктивної патології через високу адиктивність, швидке формування компульсивного патерну вживання, виражену психотоксичність і високий ризик психотичних ускладнень. До цієї групи належать амфетамін, метамфетамін, синтетичні катинони, кокаїн та інші речовини з активуючим впливом на центральну нервову систему. За даними UNODC

(2023), амфетаміноподібні стимулятори є однією з найпоширеніших груп нелегальних ПАР після канабісу [16].

Нейробіологічний механізм дії стимуляторів пов'язаний із масивною активацією дофамінергічної, норадренергічної та серотонінергічної передачі. Амфетамін і метамфетамін стимулюють вивільнення дофаміну та блокують його зворотне захоплення, що забезпечує інтенсивний ефект підкріплення і швидке формування залежності [22]. Саме швидкість і сила дофамінергічного підкріплення пояснюють високу прогресивність розладів внаслідок вживання стимуляторів.

Клінічна картина залежності від стимуляторів має специфічну динаміку. На ранніх етапах можуть домінувати ейфорія, підвищення активності, зниження потреби у сні, відчуття сили, контролю й продуктивності. Однак надалі швидко формуються дратівливість, тривога, імпульсивність, агресивність, афективна нестабільність, параноїдність і дисфорія [23]. Особливо небезпечними є психотичні стани, індуковані прийомом стимуляторів. Метааналіз В. Murrie et al. [24] показав, що частина осіб із психозами, індукованими стимуляторами, надалі переходить до хронічних психотичних розладів.

В умовах війни стимулятори можуть набувати не лише рекреаційної, а й функціональної ролі. Вони можуть використовуватися для підтримання працездатності, подолання втоми, зменшення потреби у сні, мобілізації в умовах небезпеки або боротьби з емоційним виснаженням. Це принципово відрізняє воєнний контекст від мирного, оскільки мотив вживання може бути пов'язаний не з пошуком задоволення, а з необхідністю "функціонувати" в екстремальних умовах [25-27]. Проте саме така функціональна мотивація створює високий ризик швидкого переходу до залежності, оскільки речовина починає сприйматися як інструмент виживання або підтримки боєздатності.

Окрему клінічну проблему становить комбіноване вживання ПАР. Полісубстантне вживання часто включає стимулятори, канабіс, алкоголь, бензодіазепіни та синтетичні речовини [28-30]. У військовому контексті така комбінація може мати циклічну логіку: стимулятори – для мобілізації, канабіноїди – для "відключення", алкоголь або седативні речовини – для зниження напруги чи засинання. Така циклічність підтримує патологічний патерн залежності, прискорює прогресивність і ускладнює терапію. Особливо небезпечним є поєднання стимуляторів і канабіноїдів, оскільки воно може асоціюватися з більшою вираженістю психотичних симптомів, афективної нестабільності й когнітивного дефіциту [31, 32]. У таких пацієнтів клінічна картина часто є поліморфною: тривога, безсоння, підозрілість, депресія, імпульсивність, агресія та соціальна дезадаптація можуть взаємно перекриватися, що ускладнює диференційну діагностику.

Отже, стимулятори та полісубстантне вживання формують особливо тяжкий сегмент адиктивної патології в умовах війни. Їхня клінічна значущість визначається швидкою прогресивністю, високою психотоксичністю, ризиком психотичних ускладнень, коморбідністю та складністю реабілітації. Водночас саме ця клінічна складність безпосередньо пов'язана з феноменом коморбідності, який визначає структуру, перебіг і прогноз адиктивних розладів. Коморбідність психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР із ПТСР, депресивними та тривожними розладами є однією з центральних проблем сучасної психіатрії та наркології. У контексті війни ця проблема набуває особливої гостроти, оскільки травматичний досвід, бойове навантаження, втрати, вимушене переміщення та соціальна дезорганізація одночасно підвищують ризик як афективної, так і адиктивної патології [33].

Коморбідність ПТСР і психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР розглядається не як випадкове поєднання двох незалежних розладів, а як взаємопов'язаний клінічний комплекс [34]. З одного боку, ПАР можуть використовуватися для тимчасової редукції гіперактивації, інтрузивних спогадів, тривоги, безсоння або емоційного болю. З

іншого – вживання ПАР погіршує афективну регуляцію, посилює імпульсивність, порушує сон і знижує здатність до адаптивного опрацювання травматичного досвіду [35, 36]. Особливу роль відіграє феномен уникання. Для ПТСР характерні спроби уникати спогадів, емоцій, тілесних відчуттів і ситуацій, пов'язаних із травмою. ПАР у цьому випадку можуть виступати як інструмент фармакологічного уникання. Така стратегія дає короточасне полегшення, але в довгостроковій перспективі підтримує патологічний цикл травми й залежності [37, 38].

Депресивні розлади також мають тісний двобічний зв'язок із психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР. Депресивна симптоматика може передувати вживанню речовин і формувати мотивацію до пошуку швидкого полегшення. Водночас хронічне вживання ПАР може індукувати або поглиблювати депресивні прояви через нейробиологічні зміни, соціальні втрати, стигматизацію, порушення сімейних зв'язків і зниження життєвої перспективи [39-42]. В умовах війни депресивна коморбідність має додаткові патогенетичні механізми. До них належать переживання втрат, провина того, хто вижив, моральна травма, поранення, інвалідизація, втрата професійної ролі, сімейна дезорганізація та труднощі повернення до цивільного життя [33]. У таких умовах ПАР можуть використовуватися як засіб емоційної анестезії, однак цей шлях поступово поглиблює соціальну ізоляцію та знижує шанси на відновлення. Тривожні розлади є ще одним важливим компонентом коморбідності. Генералізована тривога, панічні симптоми, соматизована тривога, інтолерантність до невизначеності та гіпервиглядливність можуть підвищувати ризик вживання ПАР як способу швидкої редукції напруги. Водночас інтоксикація або синдром відміни можуть самі по собі імітувати або посилювати тривожну симптоматику. Це створює складні діагностичні ситуації, у яких необхідна не лише фіксація факту вживання, а й детальний клініко-психопатологічний аналіз.

У клінічній практиці симптоми різних розладів часто перекриваються. Наприклад, стимуляторна інтоксикація може супроводжуватися безсонням, тривогою, ажитацією, підозрілістю та психотичними переживаннями; синдром відміни – депресією, анергією, дисфорією та суїцидальними думками. Водночас подібні прояви можуть бути частиною ПТСР або депресивного розладу. Саме тому пацієнти з F12, F15 і F19 в умовах війни потребують комплексної оцінки депресії, тривоги, ПТСР, травматичного досвіду, резильєнтності, соціальної підтримки та якості життя.

Сучасна адиктологія розглядає залежність не лише як наслідок фармакологічної дії речовини, а як результат взаємодії біологічної вразливості, психотравматичного досвіду, особистісних характеристик, соціального середовища та доступності адаптивних стратегій подолання стресу [18]. В умовах війни значення цих предикторів суттєво зростає.

Одним із ключових особистісних ресурсів є резильєнтність. К.М. Connor і J.R. Davidson [43] визначають її як здатність зберігати або відновлювати психічне функціонування в умовах стресу, травми чи несприятливих життєвих обставин. У клінічному сенсі резильєнтність не означає відсутності страждання, а відображає здатність до адаптації, мобілізації ресурсів і відновлення після впливу стресора. Для пацієнтів із психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР резильєнтність має подвійне значення. З одного боку, вона може знижувати ризик формування залежної поведінки, з іншого – виступати предиктором кращої відповіді на лікування. Дослідження С.М. Sheerin et al. [44] показало, що нижчі показники резильєнтності у військових і ветеранів асоціюються з більш вираженою психіатричною симптоматикою, проблемним вживанням ПАР і гіршим функціонуванням.

Соціальна підтримка є одним із найважливіших психосоціальних протективних чинників. Вона включає емоційну, інформаційну, інструментальну та нормативну підтримку з боку родини, друзів, значущих інших і спільноти. У пацієнтів із психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР соціальна підтримка асоціюється з кращою прихильністю до лікування, нижчим ризиком рецидиву, вищою якістю життя та кращою соціальною реінтеграцією [45, 46]. У воєнних умовах соціальна підтримка може бути суттєво порушена.



Мобілізація, втрати, переміщення, розрив сімейних контактів, зміна ролей і стигматизація зменшують доступність підтримки. Для військових важливою є підтримка побратимів і військово-медичної системи, для цивільних – родини, громади, волонтерських і медико-психологічних сервісів. Дефіцит підтримки може сприяти переходу до неадаптивної саморегуляції через ПАР.

Якість життя також є важливим інтегральним показником. Вона відображає не лише симптоматичний рівень, а й фізичне, психологічне, соціальне та екзистенційне функціонування. У пацієнтів із психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР якість життя зазвичай знижена, особливо за наявності коморбідної депресії, тривоги, ПТСР, соціальних втрат і стигматизації [46, 47]. Саме тому сучасні підходи до лікування залежностей оцінюють ефективність не лише за редукцією вживання, а й за відновленням функціонування, якості життя та участі в суспільстві.

Отже, резильєнтність, соціальна підтримка, якість життя та психосоціальне функціонування є не лише описовими характеристиками пацієнта, а й потенційними мішенями терапії та реабілітації.

Сучасні підходи до терапії психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР ґрунтуються на розумінні залежності як хронічного рецидивуючого біопсихосоціального розладу, що потребує комплексного, тривалого й індивідуалізованого лікування. Лікування не може обмежуватися лише припиненням вживання або медикаментозною детоксикацією. Воно має включати стабілізацію психічного стану, корекцію коморбідної психопатології, відновлення соціального функціонування, підвищення якості життя та профілактику рецидиву. Найбільш ефективними вважаються інтегровані моделі, які поєднують фармакотерапію, психотерапію, психоосвіту, соціальну реабілітацію та профілактику рецидиву. Ізольований медикаментозний підхід має обмежену ефективність, особливо у пацієнтів із коморбідною психопатологією, психотравматичним досвідом і тривалим перебігом залежності.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) залишається одним із найбільш досліджених методів лікування адиктивних розладів. Вона спрямована на виявлення тригерів вживання, автоматичних думок, когнітивних викривлень, емоційної дизрегуляції та формування альтернативних стратегій поведінки. У військовому контексті КПТ може інтегруватися з травма-фокусованими інтервенціями, що дозволяє одночасно працювати з адиктивною поведінкою та психотравматичним досвідом [49-55]. Мотиваційне інтерв'ювання є важливим інструментом підвищення готовності до змін, особливо на ранніх етапах лікування, коли пацієнт зберігає амбівалентне ставлення до відмови від речовини. Для розладів, пов'язаних з вживанням стимуляторів, особливу ефективність демонструє метод керування контингентами, що передбачає використання позитивного підкріплення для підтримки бажаної поведінки [56].

Особливого значення набуває лікування коморбідних ПТСР і психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР. Сучасна практика поступово відходить від послідовної моделі, згідно з якою робота з травмою можлива лише після повного припинення вживання. Натомість дедалі більше доказів підтримує інтегровану модель, у якій робота з травмою, мотивацією до змін, емоційною регуляцією та профілактикою рецидиву відбувається паралельно [57-60]. У військовому контексті ключовим є травма-інформований підхід. Він передбачає організацію всієї системи допомоги з урахуванням травматичного досвіду пацієнта: безпеки середовища, передбачуваності комунікації, уникнення ретравматизації, роботи з тригерами та мультидисциплінарної взаємодії. Для цивільного населення, яке переживає наслідки війни, важливого значення набуває інтеграція медичної, психологічної та соціальної допомоги на рівні громади.

Реабілітація має включати не лише медичне втручання, а й відновлення соціальних ролей, сімейних стосунків, професійного функціонування та життєвої перспективи. Для військових

особливо важливими є професійна реінтеграція, робота з ідентичністю, сімейна терапія та супровід переходу до нових соціальних ролей. Для цивільних – відновлення сімейної системи, повернення до роботи, подолання ізоляції та стабілізація повсякденного життя. Сучасна парадигма реабілітації, орієнтованої на відновлення, підкреслює, що лікування залежності має бути спрямоване не лише на симптоми, а й на відновлення автономії, ідентичності, сенсу, участі та функціонування [61, 62]. В умовах війни це особливо важливо, оскільки відновлення людини передбачає не лише припинення вживання ПАР, а й реконструкцію життєвого сенсу, безпеки та соціальної належності.

Висновки

Війна є потужним мультифакторним чинником розвитку психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР. Її вплив реалізується через хронічний дистрес, травматизацію, нейробиологічну дизрегуляцію, соціальну дезорганізацію, порушення адаптації та зміну доступності речовин.

Сучасне розуміння психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР базується на біопсихосоціалній моделі, яка інтегрує нейробиологічні механізми, психопатологічну коморбідність, особистісні ресурси, соціальну підтримку та якість життя. В умовах війни особливої клінічної значущості набувають розлади, пов'язані з вживанням канабіноїдів, стимуляторів і комбінованим вживанням ПАР.

Коморбідність із ПТСР, депресією та тривожними розладами визначає тяжчий перебіг, швидшу прогресивність, нижчу прихильність до лікування, гірший прогноз і вищий ризик соціальної дезадаптації. Саме тому діагностика й терапія мають бути інтегрованими, травма-інформованими, персоналізованими та орієнтованими на recovery.

Особистісні та психосоціальні чинники – резильєнтність, інтолерантність до невизначеності, соціальна підтримка, якість життя та психосоціальне функціонування – повинні розглядатися не лише як предиктори ризику, а і як ключові мішені терапії та реабілітації. Такий підхід дозволяє перейти від формального нозологічного опису F12, F15 і F19 до комплексного клініко-психопатологічного та реабілітаційного розуміння адиктивної патології в умовах війни.

Посилання

1. Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 394 (10194), 240-248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
2. Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499>
3. Martsenkovskiy, D., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., Bondjers, K., Fox, R., Karatzias, T., ... Hyland, P. (2024). Mental health in Ukraine in 2023. *European Psychiatry*, 67(1), e27. doi:10.1192/j.eurpsy.2024.12
4. Volkow, N. D. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics. *Annals of Internal Medicine*, 173(1), 61-62. <https://doi.org/10.7326/M20-1212>
5. Емоційно-стресові розлади воєнного часу: [монографія] / Б. В. Михайлов, В. Д. Мішиєв, Є. Г. Гриневич, В. Ю. Омелянович; Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика. - Дніпро : Ліра, 2025. - 187 с.
6. Khantzian E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244. <https://doi.org/10.3109/10673229709030550>
7. Seal, K. H., Cohen, G., Waldrop, A., Cohen, B. E., Maguen, S., & Ren, L. (2011). Substance use disorders in Iraq and Afghanistan veterans in VA healthcare, 2001-2010: Implications

- for screening, diagnosis and treatment. *Drug and alcohol dependence*, 116(1-3), 93-101. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.11.027>
8. Brady, K.T., McCauley, J.L., Back, S.E. (2021). The Comorbidity of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and Substance Use Disorders. In: el-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., Baldacchino, A.M. (eds) *Textbook of Addiction Treatment*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-36391-8_93
 9. Najavits, L. M., Clark, H. W., DiClemente, C. C., Potenza, M. N., Shaffer, H. J., Sorensen, J. L., Tull, M. T., Zweben, A., & Zweben, J. E. (2020). PTSD / substance use disorder comorbidity: Treatment options and public health needs. *Current treatment options in psychiatry*, 7(4), 544-558. <https://doi.org/10.1007/s40501-020-00234-8>
 10. Jarnecke, A. M., Allan, N. P., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Killeen, T. K., & Back, S. E. (2019). Substance use disorders and PTSD: Examining substance use, PTSD symptoms, and dropout following imaginal exposure. *Addictive behaviors*, 90, 35-39. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.020>
 11. McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904. <https://doi.org/10.1152/physrev.00041.2006>
 12. Koob, G. F., & Schulkin, J. (2019). Addiction and stress: An allostatic view. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 106, 245-262. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.008>
 13. European Union Drugs Agency. Wastewater analysis and drugs - a European multi-city study. 2026 / https://www.euda.europa.eu/sites/default/files/pdf/2757_en.pdf?461576
 14. Public Health Center of Ukraine. (2024). Annual report on substance use trends in Ukraine / https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/2024_Report_Drug_situation_in_Ukraine_2.pdf
 15. Центр громадського здоров'я. Національний звіт щодо наркотичної і алкогольної ситуації в Україні (за даними 2024 року). 2025 / https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/НацЗвіт_2025_нарко_алко_ситуації.pdf
 16. UNODC World Drug Report 2023 warns of converging crises as illicit drug markets continue to expand / <https://www.unodc.org/unodc/en/press/releases/2023/June/unodc-world-drug-report-2023-warns-of-converging-crises-as-illicit-drug-markets-continue-to-expand.html>
 17. Volkow, N. D., & Boyle, M. (2018). Neuroscience of Addiction: Relevance to Prevention and Treatment. *The American journal of psychiatry*, 175(8), 729-740. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101174>
 18. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The lancet. Psychiatry*, 3(8), 760-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
 19. Koob G. F. (2021). Drug Addiction: Hyperkatifeia/Negative Reinforcement as a Framework for Medications Development. *Pharmacological reviews*, 73(1), 163-201. <https://doi.org/10.1124/pharmrev.120.000083>
 20. Koob, G. F., & Le Moal, M. (2008). Addiction and the brain antireward system. *Annual review of psychology*, 59, 29-53. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548>
 21. Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H., Smith, S. M., Pickering, R. P., Huang, B., & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 Drug Use Disorder: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions-III. *JAMA psychiatry*, 73(1), 39-47. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2132>
 22. Courtney, K. E., & Ray, L. A. (2014). Methamphetamine: an update on epidemiology, pharmacology, clinical phenomenology, and treatment literature. *Drug and alcohol dependence*, 143, 11-21. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.08.003>
 23. Glasner-Edwards, S., & Mooney, L. J. (2014). Methamphetamine psychosis: epidemiology and management. *CNS drugs*, 28(12), 1115-1126. <https://doi.org/10.1007/s40263-014-0209-8>
 24. Murrie, B., Lappin, J., Large, M., & Sara, G. (2020). Transition of Substance-Induced, Brief, and Atypical Psychoses to Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 46(3), 505-516. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz102>
 25. Scaturro, C. (2024). Evolving drug trends in wartime ukraine / <https://globalinitiative.net/wp>

- content/uploads/2024/02/Ruggero-Scaturro-An-altered-state-Evolving-drug-trends-in-wartime-Ukraine-GI-TOC-February-2024.pdf
26. Scatturo R. (2023) Disruption or Displacement? Impact of the Ukraine War on Drug Markets in South Eastern Europe. Geneva: Global Initiative Against Transnational Organized Crime and Center for the Study of Democracy (CSD). Available at: <https://globalinitiative.net/analysis/ukraine-war-impact-drug-markets-south-eastern-europe/>.
 27. Scatturo R. (2023) The Devil's Not-So-New Psychoactive Substances. Geneva: Global Initiative Against Transnational Organized Crime. Available at: <https://globalinitiative.net/analysis/alfa-pvp-drug-trafficking-ukraine-russia-conflict/>.
 28. Connor, J. P., Gullo, M. J., White, A., & Kelly, A. B. (2014). Polysubstance use: diagnostic challenges, patterns of use and health. *Current opinion in psychiatry*, 27(4), 269-275. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000069>
 29. Valente, P. K., Bazzi, A. R., Childs, E., Salhaney, P., Earlywine, J., Olson, J., Biancarelli, D. L., Marshall, B. D. L., & Biello, K. B. (2020). Patterns, contexts, and motivations for polysubstance use among people who inject drugs in non-urban settings in the U.S. Northeast. *The International journal on drug policy*, 85, 102934. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102934>
 30. John, W. S., Zhu, H., Mannelli, P., Schwartz, R. P., Subramaniam, G. A., & Wu, L. T. (2018). Prevalence, patterns, and correlates of multiple substance use disorders among adult primary care patients. *Drug and alcohol dependence*, 187, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.01.035>
 31. Hall, W., & Degenhardt, L. (2008). Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(2), 68-71. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00158.x>
 32. Ben Amar, M. (2020) Cannabis and Psychosis: A Review of the Risk Factors Involved. *American Journal of Plant Sciences*. 11, 1949-1990. doi: 10.4236/ajps.2020.1112139.
 33. Kelley, M. L., Gabelmann, J. M., Strowger, M., Hearton, J., Folivi, F., Bravo, A. J., Noh, J., Kuskye, K., Haber, W., & McGuire, A. P. (2026). Substance use in Military Personnel: Associations with Combat Exposure, Moral Injury, Posttraumatic Stress Disorder and Pain. *Journal of drug education*, 55(1), 3-20. <https://doi.org/10.1177/00472379251394435>
 34. McCauley, J. L., Killeen, T., Gros, D. F., Brady, K. T., & Back, S. E. (2012). Posttraumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorders: Advances in Assessment and Treatment. *Clinical psychology : a publication of the Division of Clinical Psychology of the American Psychological Association*, 19(3), 10.1111/cpsp.12006. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12006>
 35. Sudie E. Back, Therese K. Killeen, Andrew P. Teer, Emily E. Hartwell, Amanda Federline, Frank Beylotte, Elizabeth Cox. (2014). Substance use disorders and PTSD: An exploratory study of treatment preferences among military veterans. *Addictive Behaviors*, Volume 39, Issue 2, 2014, Pages 369-373, <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.017>.
 36. Saxon, A. J., & Simpson, T. L. (2015). Co-occurring substance use disorders and PTSD. In N. C. Bernardy & M. J. Friedman (Eds.), *A practical guide to PTSD treatment: Pharmacological and psychotherapeutic approaches* (pp. 135-150). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14522-010>
 37. Berenz, E. C., & Coffey, S. F. (2012). Treatment of co-occurring posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *Current psychiatry reports*, 14(5), 469-477. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0300-0>
 38. Berenz, E. C., Rowe, L., Schumacher, J. A., Stasiewicz, P. R., & Coffey, S. F. (2012). Prolonged exposure therapy for posttraumatic stress disorder among individuals in a residential substance use treatment program: A case series. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 154-161. <https://doi.org/10.1037/a0026138>
 39. Swendsen Joel D, Merikangas Kathleen R. (2000). The comorbidity of depression and substance use disorders, *Clinical Psychology Review*, Volume 20, Issue 2, Pages 173-189, [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00026-4](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00026-4).
 40. Lai, H. M., Cleary, M., Sitharthan, T., & Hunt, G. E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A

- systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 154, 1–13.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.05.031>
41. Onaemo Vivian N., Chireh Batholomew, Fawehinmi Timothy O., D'Arcy Carl. (2024). Comorbid substance use disorder, major depression, and associated disability in a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*. Volume 348, Pages 8-16.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.12.016>.
 42. McGovern, M. P., Dunn, J., Bonnell, L. N., Leibowitz, G., Waddell, E., Rose, G., & Littenberg, B. (2023). The Association Between Depression and Substance Use Among Primary Care Patients With Comorbid Medical and Behavioral Health Conditions. *Journal of primary care & community health*, 14, 21501319231200302. <https://doi.org/10.1177/21501319231200302>
 43. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76–82.
<https://doi.org/10.1002/da.10113>
 44. Sheerin, C. M., Stratton, K. J., Amstadter, A. B., Education Clinical Center Mirecc Workgroup, T. V. M. M. I. R., & McDonald, S. D. (2018). Exploring resilience models in a sample of combat-exposed military service members and veterans: a comparison and commentary. *European journal of psychotraumatology*, 9(1), 1486121.
<https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1486121>
 45. Laudet, A. B., Morgen, K., & White, W. L. (2006). The Role of Social Supports, Spirituality, Religiousness, Life Meaning and Affiliation with 12-Step Fellowships in Quality of Life Satisfaction Among Individuals in Recovery from Alcohol and Drug Problems. *Alcoholism treatment quarterly*, 24(1-2), 33–73. https://doi.org/10.1300/J020v24n01_04
 46. Islam, M. F., Guerrero, M., Nguyen, R. L., Porcaro, A., Cummings, C., Stevens, E., Kang, A., & Jason, L. A. (2023). The Importance of Social Support in Recovery Populations: Toward a Multilevel Understanding. *Alcoholism treatment quarterly*, 41(2), 222–236.
<https://doi.org/10.1080/07347324.2023.2181119>
 47. De Maeyer, J., Vanderplasschen, W., & Broekaert, E. (2010). Quality of life among opiate-dependent individuals: A review of the literature. *The International journal on drug policy*, 21(5), 364–380. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2010.01.010>
 48. Klingemann, H., & Klingemann, J. I. (2024). Quality of Life, Addiction, and Self-Change. In M. Florence, W. Vanderplasschen, M. Yu, J. De Maeyer, & S. Savahl (Eds.), *International Handbooks of Quality-of-Life* (pp. 107–116). Springer.
<https://arbor.bfh.ch/handle/arbor/46196>
 49. Back, S. E., Brady, K. T., Jaanimagi, U., & Jackson, J. L. (2006). Cocaine dependence and PTSD: A pilot study of symptom interplay and treatment preferences. *Addictive Behaviors*, 31(2), 351–354. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2005.05.008>
 50. Back, S. E., Brady, K. T., Sonne, S. C., & Verduin, M. L. (2006). Symptom improvement in co-occurring PTSD and alcohol dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 690–696 <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000235794.12794.8a>
 51. Back, S. E., Killeen, T. K., Teer, A. P., Hartwell, E. E., Federline, A., Beylotte, F., & Cox, E. (2014). Substance use disorders and PTSD: An exploratory study of treatment preferences among military veterans. *Addictive Behaviors*, 39(2), 369–373.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.09.017>
 52. Back, S. E., Killeen, T., Badour, C. L., Flanagan, J. C., Allan, N. P., Ana, E. S., Lozano, B., Korte, K. J., Foa, E. B., & Brady, K. T. (2019). Concurrent treatment of substance use disorders and PTSD using prolonged exposure: A randomized clinical trial in military veterans. *Addictive Behaviors*, 90, 369–377. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.11.032>
 53. McGovern, M. P., Lambert-Harris, C., Acquilano, S., Xie, H., Alterman, A. I., & Weiss, R. D. (2009). A cognitive behavioral therapy for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders. *Addictive behaviors*, 34(10), 892–897.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.03.009>
 54. Vujanovic, A. A., Smith, L. J., Tipton, K. P., & Schmitz, J. M. (2019). A Novel, Integrated Cognitive-Behavioral Therapy for Co-Occurring Posttraumatic Stress and Substance Use Disorders: A Case Study. *Cognitive and behavioral practice*, 26(2), 307–322.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.03.003>

55. Norman, S.B., Trim, R., Haller, M., Davis, B.C., Myers, U.S., Colvonen, P.J., Blanes, E., Lyons R., Siegel, E. Y., Angkaw, A. C. Norman, G. J. & Mayes, T. (2019). Efficacy of integrated exposure therapy vs integrated coping skills therapy for comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol use disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(8), 791-799. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0638>
56. Pfund Rory A., Ginley Meredith K., Rash Carla J., Zajac Kristyn, Contingency management for treatment attendance: A meta-analysis, *Journal of Substance Abuse Treatment*, Volume 133, 2022, 108556, <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108556>.
57. Mills, A. C., Badour, C. L., Korte, K. J., Killeen, T. K., Henschel, A. V., & Back, S. E. (2017). Integrated Treatment of PTSD and Substance Use Disorders: Examination of Imaginal Exposure Length. *Journal of traumatic stress*, 30(2), 166-172. <https://doi.org/10.1002/jts.22175>
58. Swannell Megan, Bradlow Richard C.J., Pham Daniel, Gabriel Jessica, Manahan Yasmin, Arunogiri Shalini. (2025). Pharmacological treatments for co-occurring PTSD and substance use disorders: A systematic review, *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, Volume 169, 209601, <https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209601>
59. Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 38, 25-38. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.007>
60. Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2016). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD010204. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010204.pub2>
61. Davidson, L., Rowe, M., DiLeo, P., Bellamy, C., & Delphin-Rittmon, M. (2021). Recovery-Oriented Systems of Care: A Perspective on the Past, Present, and Future. *Alcohol research: current reviews*, 41(1), 09. <https://doi.org/10.35946/arcr.v41.1.09>
62. Sinclair, D. L., Chantry, M., De Ruysscher, C., Magerman, J., Nicaise, P., & Vanderplasschen, W. (2024). Recovery-supportive interventions for people with substance use disorders: a scoping review. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1352818. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1352818>