

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ВАСИЛЯ СТУСА

МАРТИНЮК ДМИТРО РУСЛАНОВИЧ

Допускається до захисту:

в.о. завідувача кафедри

історії та археології

д.і.н., професор

_____ Надія ТЕМІРОВА

« _____ » _____ 2025 р.

**ІСТОРИЧНИЙ ДОСВІД І ПУБЛІЧНИЙ ВИМІР ЗАСТОСУВАННЯ
МЕДИЧНОГО КАНАБІСУ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ**

Спеціальність 032. Історія та археологія

Кваліфікаційна (магістерська) робота

Керівник:

Олена ОТЗЕМКО, доцент кафедри

історії та археології,

к.і.н., доцент

Оцінка: _____ / _____ / _____

Голова ЕК:

Олексій СТРУКЕВИЧ, д.і.н., професор

Вінниця - 2025

Мартинюк Д. Р. Історичний досвід і публічний вимір застосування медичного канабісу у реабілітації військових. Спеціальність 032 «Історія та археологія», ОП «Публічна історія». ДонНУ імені Василя Стуса, Вінниця 2025.

У роботі простежено еволюцію ставлення до канабісу у суспільстві та медицині XIX–XXI ст., проаналізовано досвід використання канабісу у військовій медицині XIX ст., розкрито історичну трансформацію статусу медичного канабісу у від заборони до визнання його терапевтичної цінності. Обґрунтовано необхідність імплементації світового досвіду декриміналізації канабісу в українську систему охорони здоров'я для забезпечення ефективної реабілітації захисників.

Ключові слова: медичний канабіс, реабілітація, законодавче регулювання

93 с., Бібліограф.: 73 найм.

Martyniuk D. R. Historical experience and the public aspect of the use of medical cannabis in military rehabilitation. Specialty 032 «History and Archaeology» OP «Public History». Vasyl Stus DonNU, Vinnytsia 2025.

Based on the analysis of international documents and medical statistics, the work reveals the historical transformation of the status of medical cannabis from prohibition to the recognition of its therapeutic value. It is determined that the use of cannabinoids by veterans was an intuitive form of self-medication, rather than a manifestation of deviant behavior. The necessity of implementing global experience into the Ukrainian healthcare system to ensure effective rehabilitation of defenders is substantiated.

Keywords: Medical cannabis, rehabilitation, legislative regulation.

93 p., Bibliography: 73 items.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ІСТОРІОГРАФІЯ, ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ТА МЕТОДОЛОГІЯ.....	6
1.1 Стан вивчення проблеми.....	6
1.2 Характеристика джерел.....	11
1.3 Методологічні засади дослідження.....	14
РОЗДІЛ 2 СТАТУС КОНОПЕЛЬ ТА ЇХ МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ДО XX СТ.....	16
2.1 Культурний статус та медичне застосування конопель.....	16
2.2 Використання медичних властивостей канабісу у військовій медицині XIX ст.....	23
РОЗДІЛ 3 ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕДИЧНОГО КАНАБІСУ.....	33
3.1 Статус канабісу у XX ст.....	33
3.2 Використання медичного канабісу для реабілітації військових.....	50
РОЗДІЛ 4 УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КАНАБІСУ.....	66
ВИСНОВКИ.....	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ.....	84

ВСТУП

Актуальність. Медичні властивості канабісу відомі людству протягом тисячоліть, ще з часів племінного укладу ця рослина культивувалась і цінувалась як важливий лікарський та побутовий засіб. Зокрема, на теренах сучасної України коноплі вирощували впродовж віків, про що свідчать історичні праці Геродота, де описується використання скіфами цієї рослини в ритуальних цілях. У ХІХ ст., з накопиченням практичних спостережень та проведенням перших медичних досліджень, препарати на основі канабісу почали активно набувати популярності, знайшовши своє застосування навіть серед військових британських колоній. Проте згодом, під впливом прогібіціоністських рухів та внаслідок змін у медичних стандартах лікування, розпочався процес витіснення цих препаратів з обігу. Це призвело до поступового наближення канабісу до світової заборони та намагань повністю дискредитувати його медичний потенціал всупереч попереднім науковим здобуткам.

Попри сувору міжнародну регламентацію науковий інтерес до канабісу не зменшувався, що сприяло пошуку нових підходів та методів використання цієї рослини у різних сферах. Сучасні військові конфлікти, зокрема у В'єтнамі, Афганістані та Іраку, наочно показали недостатність традиційних методів лікування ПТСР та больових синдромів. Це поставило на порядок денний необхідність пошуку нових шляхів реабілітації військових, зокрема за допомогою канабісу, що спричинило зміни у законодавстві окремих країн та міжнародній нормативній практиці.

Проблема статусу канабісу та його використання у медичній сфері залишається гостродискусивною друге століття поспіль, що надає актуальності темі магістерської роботи.

Об'єкт дослідження: Статус канабісу в історичній ретроспективі та історичний досвід його використання у реабілітації військових.

Предмет дослідження: Суспільне сприйняття канабісу за різних історичних періодів, наукові та нормативні засади його використання як медичного засобу, зокрема у реабілітації військових.

Мета дослідження: комплексний аналіз історичного досвіду використання канабісу як медичного засобу, зокрема для реабілітації військових, що охоплює еволюцію його статусу від заборони до визнання терапевтичним засобом під впливом наукових відкриттів та досвіду воєнних конфліктів.

Поставлена мета передбачає розв'язання таких **завдань**:

- проаналізувати стан вивчення, джерельну базу, визначити методологічні засади дослідження;
- простежити еволюцію ставлення до канабісу у суспільстві та медицині XIX–XXI ст.,
- проаналізувати досвід використання канабісу у військовій медицині XIX ст.;
- з'ясувати вплив воєнних конфліктів другої половини XX ст. (зокрема війни у В'єтнамі) на розуміння феномену вживання психоактивних речовин військовими;
- узагальнити світовий досвід щодо декриміналізації та інтеграції медичного канабісу в протоколи медичного застосування та реабілітації військових;
- обґрунтувати необхідність використання світового досвіду медичного застосування канабісу для реабілітації військових в сучасній системі охорони здоров'я України.

Хронологічні рамки дослідження охоплюють XIX – початок XXI ст. Окремі сюжети історичної ретроспективи використання канабісу виходять за межі окресленого періоду.

Територіальні межі дослідження: територія України в сучасних кордонах, США, Велика Британія (включно з колоніями), В'єтнам, країни ЄС та Ізраїль.

Наукова новизна полягає у тому, що запропонований інформативний зріз та аналіз історичних і наукових праць, медичних і державних звітів, законодавчих актів і матеріалів міжнародних конвенцій дозволяє скласти цілісне уявлення про еволюцію ставлення до канабісу у військовій медицині та науково обґрунтувати доцільність його інтеграції в сучасні практики реабілітації військових.

Практичне значення полягає у тому, що результати дослідження можуть бути використані в ході підготовки узагальнюючих праць з історії України, історії Європи та Америки, історії медицини, при розробці навчальних курсів для військових лікарів та психологів, а також слугуватимуть науковим підґрунтям для вдосконалення нормативно-правової бази використання канабісу.

Структура роботи визначається метою та логікою дослідження і відображає послідовність вирішення поставлених завдань. Робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел і літератури.

Обсяг використаних джерел складає 73 найменування.

Загальний обсяг роботи становить 93 сторінки, з яких основний текст займає 83 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ІСТОРІОГРАФІЯ, ДЖЕРЕЛЬНА БАЗА ТА МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Стан вивчення проблеми

Коноплі були темою дослідження протягом тисяч років, першими текстами в яких фігурувала ця рослина були священні індійські тексти та записи китайських знахарів. Ця польова культура привертала увагу античних лікарів та істориків, що також призвело до перших описів використання на теренах України конопель скіфами. У подальшому коноплі фігурували або ж в юридичній сфері або були об'єктом дослідження вже в історії нового часу, наприкладі комісії по препаратам з коноплі у Індії. Тема коноплі почала усе більше привертати увагу у політичній сфері, а саме в аспекті запровадження антинаркотичних програм, які активно поширювали неофіційну інформацію через ЗМІ, статті, тощо.

Найзначнішими стали наукової праці, які активно почали поширюватись з середини ХХ ст. та були присвячені характеристиці галюциногенних рослин. Це роботи Р. Шульца, А. Хоффмана, К. Рэтча у [67]. Досить об'ємне дослідження Річарда Шульца, Альберта Хоффмана, Крістіана Ретча «Рослини богів» містить докладну характеристику рослин (трави, гриби, кактуси та ін.), що мають галюциногенні властивості. Автори розглядають «рослини богів» як невід'ємну складову людської культури з давніх часів, наголошуючи на тому, що тільки в зараз вони стали об'єктом наукових досліджень. Це збільшує медичний інтерес до цих рослин, які можуть стати джерелами ліків як для тіла, так і для розуму людини. Окремий розділ праці присвячено каннабісу (коноплі), зокрема, історії застосування цієї рослини в народній медицині, її терапевтичним властивостям, які відомі з давніх часів [67]. До цієї роботи дотична праця К. Ретча, присвячена рослинам-афродізіакам та містить докладну інформацію про ботанічні, хімічні та фармакологічні властивості різноманітних рослин, зокрема

конопель [62]. У передмові, написаній А. Хоффманом, наголошується на важливості рослинного світу в житті людей, їх культурній значущості, а також помірності використання та усвідомлення розумом місця рослин, що мають особливі властивості [50, с.7].

Приділено увагу каннабісу також у фундаментальній праці Річарда Дейвенпорта-Хайнса «У пошуках забуття. Всесвітня історія наркотиків. 1500-2000». Загалом, твір Дейвенпорта-Хайнса присвячено історії появи та розповсюдження рослинних та хімічних наркотичних засобів у Європі та США, а також державній політиці США та Великобританії щодо різних видів наркотиків і лікарських засобів, що їх містили. Це питання досліджено дуже ретельно. Автор залучив широке коло джерел: документи МВС, МЗС, міністерства торгівлі США, Великобританії, Управління справами британського прем'єр-міністра тощо, законодавчі акти, документи ООН (зокрема, Програми ООН з контролю за наркотиками), а також інтерв'ю з лікарями, обізнаними у проблематиці книги. З рештою автор доходить висновку, що до злочину веде не наркотик, а прагнення його отримати, незаконність розповсюдження наркотику. Цьому сприяє політика заборон, яка перетворює торгівлю законними, хоча й небезпечними лікарськими засобами у найприбутковіший нелегальний ринок [49].

Дослідження Дейвенпорта-Хайнса доповнюють та деталізують статті М. Weinreb, М. Daumichen. Стаття М. Weinreb є оглядом документів щодо життя та діяльності активного борця з наркотиками у США Гаррі Анслінгера, багаторічного очільника Федерального бюро з наркотиків. Розвідку М. Daumichen присвячено діяльності Анслінгера у 1930-ті роки, коли він тільки-но очолив бюро [73].

Історичні аспекти використання конопель у різні періоди та різних країнах зачіпаються в дослідженні Т. Маккени [57]. Працю Теренса Маккени присвячено історії застосування галюциногенних рослин людиною з часів її виокремлення з тваринного світу і до сьогодення. Окремий розділ простежує використання коноплі різними культурами від скіфів до XX ст. [57].

Маккенна залучив значний за охопленням матеріал з антропології, історії найдавніших культур, ботаніки, психології, психофармакології, культурології та багатьох інших галузей знання. Він ретельно опрацьовує гіпотезу про можливу вагому роль психоактивних речовин в історії людства, походженні шаманізму, світових релігій, сучасної техніки та технології. Як зазначають редактори видання, це дуже незвичайний погляд, але він має право на уважне вивчення [57, с.5-6].

Статті С.А. Горбанюка розкривають археологічний аспект дослідження історії застосування конопель протягом людської історії. У даному випадку йдеться про скіфську добу. У статтях зібрано й упорядковано дані про знахідки конопель на пам'ятках раннього залізного віку. Висловлено припущення про використання конопель для виготовлення тканин, а також у медичних цілях. Щодо останнього, автор доходить висновків про те, що писемні й археологічні джерела (поєднання знахідок курильниць з рештками ботанічного вмісту в них) свідчать про використання конопель принаймні у двох сферах діяльності скіфів: як засобів гігієни, а також для обкурювання – як частини поховального ритуалу, так і в побутових умовах [8].

Гострота теми зумовлює постійний інтерес до неї сучасних науковців. Надзвичайно цікава та корисна для теми, що досліджується інформація представлена у колективній аналітичній праці D. Bewley-Taylor, T. Blickman & M. Jelsma, присвяченій історії канабісу в системі контролю над наркотиками ООН та політиці заборони цієї речовини та її реформування [39]. Дослідники відзначають, що канабіс – це речовина, яка вже давно привертає значну увагу в рамках міжнародного режиму контролю над наркотиками, який зараз зазнає істотних змін у бік легалізації та законодавчого регулювання застосування у різних сферах, зокрема медичній. Цей процес відбувається як на рівні окремих країн, так і в міжнародному масштабі [39, с.2]. У розділі праці, що стосується медичного аспекту застосування канабісу простежуються суперечки державних органів різних країн щодо корисних властивостей речовини [39, с.49]. Автори доводять

висновку, що політика щодо заборони канабісу була не обґрунтованою, не базувалась на достатньої кількості та якості досліджень, та загалом призвела до постійно зростаючого нелегального ринку канабісу, який справляє великий тиск на кримінальну та інші системи держав [39, с.70].

Інше дослідження D. Bewley-Taylor & M. Jelsma деталізує тему контролю за наркотиками в системі ООН на прикладі аналізу Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 р. Автори зазначають, що Єдина конвенція про наркотичні засоби являє собою значний зсув до заборонного погляду. Конвенція не виконала своєї мети бути «єдиним» документом у рамках міжнародного контролю над наркотиками. У статті робиться висновок, що міжнародному співтовариству настав час переглянути Єдину конвенцію про наркотичні засоби з метою виправлення минулих помилок та невідповідностей у режимі, особливо тих, що стосуються складання списків та традиційного вживання наркотиків [40].

Цієї темі також присвячено статтю J. Collins. Автор відзначає, що канабіс спеціально регулюється на міжнародному рівні з 1925 р., сучасні місцеві, національні та міжнародні правила щодо канабісу зараз розходяться. Він досліджує правовий та історичний розвиток міжнародних правил та заборон щодо канабісу, відзначаючи, що міжнародна система контролю над наркотиками не повинна служити перешкодою для реформ на національному рівні, і що ці дві системи можуть продовжувати співіснувати [42].

Перспективним напрямом досліджень на сучасному етапі є етноботаніка, яка бере свій початок як напрям наукових досліджень американських етнографів та географів з кінця XIX ст. В Україні цій сфері наукових пошуків останніми роками присвячено низку конференцій, де обмінюються результатами своїх розвідок представники різних галузей науки. Основним посилом цих конференцій є теза про те, що «саме рослини сформували вікову траєкторію розвитку людських культур, тож не лише наше минуле, а також наше сьогодення й наше майбутнє щільно переплетені з рослинами» [11]. Увагу на цих конференціях приділено коноплі [13].

Оскільки коноплі в Україні є технічною культурою, відзначимо, присвячені дослідженню, промисловому виробництву та використанню конопляної продукції у різних сферах економіки. Це статті С. Базиля та В. Крижанівського, В. Вировця, Л. Горшкової та Л. Щербаня, М. Мигаля та О. Жуплатової [2, 3, 5, 18], монографіях співробітників Інституту луб'яних культур Національної Академії аграрних наук України [10, 17].

Чималий інтерес останніми роками викликає у дослідників медичне застосування канабісу як в історичному, так і в сучасному аспекті. Історії використання канабісу в медичній сфері Ірландії присвячено розділ колективної монографії «*Cannabis sativa L. Botany and Biotechnology*» (2017), написаний Е. В. Russo. Простежуючи 1000-літню історію медичного використання коноплі, автор звертає увагу на наукові методи його дослідження й терапевтичний ефект при лікуванні невропатичних станів, профілактичного лікування мігрені. У кожному випадку, як він відзначає, спостереження за цими минулими лікуваннями досліджуються у світлі досягнень патофізіології ХХІ ст., щоб їх обґрунтування та наукова основа були уточнені [66].

У статті Н. Kalant також надано огляд історії канабісу на тлі сучасних наукових досліджень щодо фактичного та потенційного терапевтичного використання препаратів канабісу. Автор наголошує на їх значних терапевтичних перевагах, зокрема знеболювальному та антиспастичному, протисудомному ефектах та потребі ретельних клінічних досліджень, позаяк досі існує значна нестача довгострокових фармакокінетичних даних та інформації про взаємодію лікарських засобів [53].

Відзначимо також розвідку S. Stuart, в якій досліджується проблема вживання наркотиків ветеранами війн ХХ ст., починаючи з В'єтнаму та реакції на це органів влади, зокрема США [69].

Важливими для теми нашого дослідження є розвідки, в яких проблема медичного застосування канабісу досліджується у зв'язку із реабілітацією військових ветеранів. Постановку цієї проблеми та її загальний огляд і

перспективи розв'язання подано в статті професора Королівського університету в Кінгстоні (Онтаріо) О. Ayonrinde [37].

Проблеми застосування канабісу у медичній сфері, його статусу останніми роками привертають увагу українських дослідників. Відзначимо статтю О. Ткачика, Є. Ковальчука та Т. Красюка, в якій аналізується різниця коноплі як технічної культури, медичного канабісу та «кримінальної» маріхуани. Автори простежують процеси легалізації канабісу зокрема, медичного у різних країнах, акцентуючи увагу на українському досвіді [30].

Окремо слід виділити наукової статті та монографії, що розкривають медичні аспекти, такі як роботи Р. Мешулама [58], І. Каланта [53], Е. Руссо [66]. Також специфіку використання канабісу ветеранами для подолання наслідків бойового стресу, дослідження М. Шихі [68], О. Айонрінде [37], С. Стюарт [69]. Також сюди входять праці українських науковців, присвячені селекції та історії культивування конопель в Україні, такі як С. Базиль, В. Вировець, Л. Горшкова, С. Горбаненко [2; 3; 5; 7; 8; 10].

1.2. Характеристика джерел

Джерельну базу дослідження становить репрезентативний комплекс матеріалів, який можемо поділити на такі видові групи: нормативно-правові акти, а саме міжнародні та національні, діловодна документація державних та міжнародних інституцій, матеріали періодичної преси, інформаційно-аналітичні матеріали, такі як наукові звіти, довідники, фармакопеї та відеоматеріали. Саме аналіз даних матеріалів дозволяє об'єктивно відтворити еволюцію ставлення до канабісу від його визнання як ліків до криміналізації та сучасного відновлення статусу канабісу в контексті реабілітації військових.

Законодавчі акти є основним фундаментом для розуміння правового статусу канабісу в різні історичні періоди. Цю групу джерел доцільно

розділити на міжнародні та національні документи. До першої підгрупи належать ключові міжнародно-правові інструменти, що сформували глобальну політику заборони, зокрема Міжнародна опіумна конвенція 1912 р., Конвенція 1925 р. та Конвенція про обмеження виробництва 1931 р. [45; 52]. Особливе місце посідає Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 р., разом з поправками згідно з Протоколом 1972 р. та Конвенція про психотропні речовини 1971 р., які стали нормативним базисом для стигматизації рослин у другій половині XX с. Аналіз цих документів та законодавчих актів дозволяє простежити, як змінювалася риторика щодо юридичного статусу канабісу [27; 46].

В роботі також використовуються нормативні джерела, які представлені сучасними нормативно-правовими актами України, що відображають спроби держави адаптувати законодавство до потреб воєнного часу. Сюди відносяться закони та постанови Кабінету Міністрів України, що регулюють обіг наркотичних засобів та затверджують ліцензійні умови [14; 22; 23; 24; 25; 26]. Аналіз державних правових актів України дає змогу простежити шлях канабісу від повної заборони до пом'якшувальної політики, здебільшого пов'язаний з потребою у доступі до ефективного знеболення та реабілітації для ветеранів.

Діловодна документація представлена офіційними звітами комісій, протоколами засідань та стенограмами, які фіксують процес прийняття рішень та аргументацію сторін. Унікальним джерелом історичного характеру є Звіт Індійської комісії з наркотичних речовин 1894 р. та Звіт Міжнародної опіумної комісії 1909 р. [63, 64], які демонструють, що наприкінці XIX – початку XX ст. фахівці не вбачали загрози у лікуванні за допомогою канабісу. Важливу інформацію містять документи Ліги Націй та Комісії ООН з наркотичних засобів, що ілюструють механізм політичного тиску при формуванні заборонних режимів [43; 44; 55; 56].

Для розуміння сучасного українського контексту критично важливою є Стенограма засідання Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я

нації [28], яка розкриває позиції основних сторін щодо легалізації медичного канабісу в умовах війни та показує еволюцію думки законодавців під тиском ветеранської спільноти.

Періодична преса слугує індикатором суспільних настроїв та відображає оперативну реакцію на зміни в наркополітиці, саме історичний аспект представлений публікаціями у фахових виданнях XIX ст., таких як «Provincial Medical Journal» (1843) [61], де фіксувалися перші успішні випадки терапевтичного застосування канабісу західними лікарями. Сучасна преса представлена матеріалами, що висвітлюють проблематику ПТСР у ветеранів та роль канабісу в їх реабілітації, зокрема публікаціями «BBC NEWS Україна» та «Урядовий кур'єр» [1; 20]. Важливо зазначити, що преса часто транслює запит суспільства на гуманізацію законодавства, або ж навпаки, як інструмент пропаганди, як це показано в статті М. Вейнребя про спадщину Гаррі Анслінгера [73].

Інформаційні матеріали охоплюють широкий спектр наукових, довідкових та аналітичних праць, які забезпечують доказову базу дослідження. Фундаментальне значення мають історичні фармакопеї — «Бенгальський фармакологічний довідник» (1842) [59] та «Британська фармакопея» (1867) [41], які підтверджують статус канабісу як визнаного лікувального засобу в минулому.

Наступна група джерел включає ґрунтовні аналітичні звіти міжнародних організацій, таких як Transnational Institute (TNI), що досліджують історію заборони та варіанти реформ [38; 39; 40], а також аналітику Офісу ефективного регулювання BRDO [21].

Відеоматеріал як особливий вид джерела представлений кіноархівним сюжетом «Дом для двох» (1983) [12], створеним Інститутом луб'яних культур НААН. Цей матеріал є візуальним доказом збереження традиції наукової селекції конопель в Україні навіть у радянський період, демонструючи досягнення українських вчених у створенні безнаркотичних

сортів, що стало вагомим аргументом у дискусіях про можливість контролюваного вирощування цієї культури.

1.3. Методологія дослідження

Досліджуючи історичний досвід використання медичного канабісу в реабілітації військових, необхідно враховувати специфіку джерельної бази, яка поєднує медичні звіти, законодавчі акти та історичні документи, а також складний соціально-політичний контекст еволюції ставлення до цієї рослини. З урахуванням мети та завдань дослідження, теоретико-методологічними засадами роботи стали системний, міждисциплінарний та соціокультурний підходи, які дозволили комплексно розглянути процес еволюції статусу канабісу від традиційного лікувального засобу до об'єкта суворої заборони та подальшої реабілітації у медичній практиці. За допомогою цих підходів вдалося дослідити не лише факти застосування препаратів конопель, але й причини зміни парадигм їх сприйняття у військовій медицині та суспільстві.

При оцінці історичних фактів та медичних даних було дотримано загальнонаукових принципів історизму, різносторонності та комплексності, а також системності, застосовано історико-генетичний, проблемно-хронологічний та компаративний підходи для висвітлення проблеми.

Принцип історизму має першорядне значення, оскільки дозволяє розглядати практику використання канабісу не ізольовано, а в контексті розвитку медичної науки відповідної епохи (XIX–XX ст.), у взаємодії з тодішніми політичними та соціальними процесами. Принцип різносторонності та комплексності передбачає пошук об'єктивного змісту інформації у різнорідних джерелах та одержання на їх основі достовірних висновків, вимагаючи вивчення феномену вживання психоактивних речовин військовими як форми самолікування бойових травм, а не лише як девіантної поведінки. Зазначені підходи і принципи було реалізовано через

застосування конкретних дослідницьких методів, зокрема методи аналізу і синтезу дали можливість здійснити глибокий розбір змісту міжнародних конвенцій та медичних звітів, порівняти дані про ефективність лікування ПТСР у різні історичні періоди.

Історико-генетичний метод дозволив простежити зародження та розвиток традиції використання канабісу у військовій медицині від британських колоніальних лікарів до сучасних програм реабілітації ветеранів. Метод порівняльно-історичного аналізу було використано для зіставлення досвіду різних країн у регулюванні доступу до медичного канабісу та виявлення спільних рис, що є критично важливим для адаптації цього досвіду в Україні.

Особливе місце у дослідженні посідає метод ретроспективного аналізу клінічних спостережень, оскільки історичні медичні джерела мають свою специфіку та обмеження тогочасної науки. Їх інтерпретація крізь призму сучасних знань про ендоканабіноїдну систему дозволила відокремити об'єктивні терапевтичні ефекти від історичних упереджень, а робота над такими джерелами потребувала ретельного вивчення контексту їх створення, зокрема політичного тиску та рівня розвитку фармакології.

Вивчення та врахування всіх цих факторів є необхідною умовою встановлення достовірності історичних даних про ефективність канабіноїдної терапії для військових. Зіставлення аргументів прибічників та противників заборони із даними сучасної доказової медицини дозволило визначити, які історичні практики є релевантними для сьогодення, а які були помилковими. Можна зазначити, що подана методологічна база надає змогу якісно та комплексно вивчити історичний досвід та обґрунтувати доцільність інтеграції медичного канабісу в сучасну систему реабілітації українських військових.

РОЗДІЛ 2

СТАТУС КОНОПЕЛЬ ТА ЇХ МЕДИЧНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ДО XX ст.

2.1. Культурний статус та медичне застосування конопель

На початку XX ст. конопля як технічна культура була відомою широким спектром практичного застосування в багатьох країнах, де з покоління в покоління передавались знання про методи та способи її вирощування та обробки. З цієї рослини виготовляли речі, які мали практичну цінність і застосовувались протягом тисячоліть. Завдяки сприятливим умовам у Східній Європі та Центральній Азії вона легко поширювалась та набувала статусу культурної рослини для багатьох народів. З цієї рослини виготовляли тканину, нитки, мотузки, канати які використовувались у щоденному побуті з часів первісного суспільства. Пізніше з конопель шили вітрила для торгових суден та військового флоту Європи, а згодом Америки.

Археологічні знахідки зі Східної Азії, а саме насіння з пам'ятки Окіносіма в Японії, датоване приблизно 8000 роком до Р. Х., та матеріали періоду Дзьомон з Торіхами, демонструють морфологічні ознаки, що свідчить про ймовірну приналежність до ранніх одомашнених форм [47, с. 513]. Паралельно з цим, виявлення насіння на китайській пам'ятці Чжужай, яке датується близько 5900 роком до Р. Х., та перевищує за розмірами дикі зразки, вказує на незалежний розвиток культивування конопель у регіоні середньої течії Хуанхе. Ці ранні зразки, що хронологічно охоплюють період до 3000 року до Р. Х.. *C. sativa* ssp. *indica*, потенційно могли мати варіабельний вміст психоактивних речовин, які також могли використовуватись в медичних та рекреаційних цілях. Відсутність доказів культурного обміну між Японією та Китаєм у цей історичний період дає підстави стверджувати, що процеси доместикації конопель у цих регіонах

відбувалися автономно, представляючи собою одні з найдавніших прикладів свідомого вирощування цієї культури в Східній Азії [47, с. 512–513].

У ранніх китайських писемних джерелах, що датуються 1-м тисячоліттям до Р.Х., термін «Ма» фіксує першочергове значення конопель як волокнистої культури, технології вирощування та обробки якої детально описані в класичних творах «Ши Цзін» та «Шан Шу». Водночас такі пам'ятки, як «Чжоу Лі» та «Лі Цзі», свідчать про глибоку інтеграцію цієї рослини в ритуальну та господарську сфери життя, де вона не лише слугувала матеріалом для церемоніального вбрання, а й класифікувалася як одна з базових зернових культур нарівні з рисом і просом [47, с.506]. Таке поєднання функцій, підкріплене згадками про спільні посіви з іншими злаками, дозволяє інтерпретувати коноплі як важливий елемент не лише текстильного виробництва, а й харчової культури давнього китайського суспільства. У традиційних китайських фармакопеях «Беньцао», створення яких розпочалося за часів династії Східна Хань на початку першого тисячоліття до Р. Х., зафіксовано комплексний підхід до класифікації побутово-господарських значущих рослин. Зокрема, коноплі в цих джерелах віднесено до категорії «гу», що визначає їх як одну з базових зернових культур поряд із рисом, просом та пшеницею. Ця ідентифікація свідчить про важливу роль конопель не лише як лікарської чи технічної, а й як повноцінної продовольчої культури в аграрній системі давнього Китаю [47, с.506–507].

Однією з найдавніших писемних фіксацій знань про коноплі вважається спадщина легендарного китайського імператора Шень-Нуна, правління якого традиційно відносять до III тисячоліття до н.е., де він постає як покровитель медицини та фармакології. У приписуваному йому фундаментальному трактаті «Пен-цао Цзін» рослина під назвою «Ма» детально описується як дієвий терапевтичний засіб, що застосовувався для лікування ревматичних болів, малярії, розладів травлення та порушень жіночої репродуктивної системи. Подальший розвиток агрономічних та

ботанічних уявлень про цю культуру зафіксовано у коментарі «Ер'я чжу» авторства вченого Го Пу (276–324 рр. н. е.), який суттєво розширив тлумачення давнішого словника «Ер'я» епохи династії Хань [47, с. 507]. Ця пам'ятка містить першу чітку диференціацію рослин, розмежовуючи їх на ті, що продукують насіння (маму), та ті, що його не дають (сі). Сучасні дослідники інтерпретують такий термінологічний поділ як свідчення глибокого розуміння давніми китайськими аграріями дводомної природи конопель, що дозволяло їм цілеспрямовано використовувати чоловічі рослини (сі) переважно для виробництва волокна, а жіночі (маму) – для інших господарських та медичних потреб. Виходячи з цього можна робити припущення, що в культурному суспільстві ця рослина відіграла важливу роль у створенні первісної медицини, яка починала досліджуватись та описуватись більш логічно та системно. Саме через те, що перші описові згадки про цю рослину були знайдені в Китаї прийнято вважати, що ця рослина почала своє поширення з центральної Азії та Китаю та поширилась до Індії, згодом до східної Європи та північної Африки [47, с.506–507].

Писемні згадки щодо культивування конопель на теренах сучасної України можна зустріти в праці Геродота «Історія греко-перських війн», а саме в IV книзі, яка ще має назву «Мельпомена» та містить описи про побутове та рекреаційне вживання конопель скіфами. Геродот пише, що у скіфів росла конопля більша та вища за льон, з її волокон робили одяг який подекуди був кращий за лляний, що той хто не знав з якої тканини був зроблений одяг, міг би і не відрізнити [6, с. 136]. Також там є унікальний опис вживання конопель скіфами, який більше мав рекреаційну ціль та певний ритуально-медичний характер. В ньому описувалось, що скіфи будували так звані парові лазні, в яких на розжарені каміння клали суцвіття конопель та надихувались паром цієї рослини до певного екстатичного стану, що супроводжувалось гучним голосінням. Скіфами коноплі могли вживатись не тільки в ритуальних цілях, оскільки насіння коноплі є дуже поживним та могло бути невід'ємною складовою харчового раціону скіфів. Наразі є багато

наукових підтверджень медичних властивостей насіння конопель та його унікальних харчових цінностей, адже воно є повноцінним рослинним білком та містить усі дев'ять незамінних амінокислот, які організм не може виробляти самостійно [6, с. 136].

Зазначимо, що існує небагато власне писемних джерел, які описують використання конопель на теренах сучасної України, але на противагу цьому з'являється все більше археологічних знахідок, які це підтверджують. Зокрема, підтвердженням існування та використання конопель на теренах сучасної України за давніх часів є знахідки насіння або відбитки цієї культури на виробах з глини. Такі знахідки відомі за результатами експедицій Інституту історії АН УРСР середини ХХ ст. На Трахтемирівському городищі (Канівський район, Черкаська область), дослідженому експедицією Інституту історії АН УРСР у 1965–1968 рр. під керівництвом Г. Т. Ковпаненко, було переглянуто 33 фрагменти кераміки з відбитками, серед яких один відбиток насіння конопель було ідентифіковано З. Янушевич. На поселенні та могильнику Молога II (Білгород-Дністровський район, Одеська область), датованому II ст. до н. е. – II ст. після н. е., археологічна експедиція Інституту археології АН УРСР під керівництвом А. В. Гудкової (1975–1978 рр.) опрацювала значний керамічний комплекс. У результаті огляду 3549 фрагментів кераміки та 29 шматків обмазки було виявлено один відбиток насіння конопель серед 29 зафіксованих відбитків, визначення якого належить Г. Пашкевич. Аналогічні дані отримано з поселення та могильника Холмське II (Арцизький район, Одеська область), що належить до того ж пізньоскіфського періоду, тут археологічна експедиція під керівництвом А. В. Гудкової оглянула 287 фрагментів кераміки, зафіксувавши один відбиток насіння конопель серед 46 знайдених відбитків, що було також визначено Г. Пашкевич [9, с. 381–385].

Одна з пам'яток, досліджених у часи незалежності – Уч-Баш, поселення кизил-кобинської культури раннього залізного віку з горизонтом V–VIII – поч. VII ст. до н. е., розташоване в Інкермані. Було переглянуто усі

вироби та на одному горщику були відбиті сліди зернят конопель. На Більському городищі («Поле другої бригади», Котелевський район, Полтавська область), датованому кінцем V–IV ст. до н. е., під час розкопок, які були проведених у листопаді–грудні 2008 р. під керівництвом О. Б. Супруненка, було виявлено по одному відбитку насіння конопель на кераміці з ями 13 та об'єкта 9, збір матеріалів здійснив С. Горбаненко, визначення – Г. Пашкевич. Крім того, на поселенні Новоселівка (Нововодолазький район, Харківська область), де у 2010–2011 р. працювала експедиція під керівництвом І. Шрамко, в рамках огляду керамічного комплексу було виявлено кілька відбитків насіння конопель. Це визначення належить С. Горбаненку, при цьому додатково зафіксовано покриття частини денечь кераміки відбитками ниток або тканин грубого плетіння, що також свідчить про активне використання волокнистих рослин [9, с. 381–385].

Скіфський ритуал з паровими банями де спалювали суцвіття коноплі, описаний Геродотом, також підтверджується археологічними даними: серед знайдених золотих предметів в скіфському кургані було виявлено дві золоті конічні чаші, вкладені одна в одну, внутрішня сторона була затемнена від нальоту. Аналіз цієї чаші підтверджував вміст опіуму, а вивчення під мікроскопом виявило частинки конопель, які могли належати вищій скіфській знатті. Аналогічні золоті конуси були знайдені в похованнях скіфських царів у Північному Причорномор'ї [9, с. 381–385].

Отже, не тільки писемні джерела, а також археологічні дослідження підтверджують особливий статус цієї рослини, яку використовували в різних сферах життя. Починаючи від побутових аспектів і завершуючи медичним та рекреаційно-ритуальними призначенням це було не просто поодинокими випадками вживання, а саме інтеграцією в побутову, медичну, духовну та економічну культуру суспільства. Через свою практичну та унікальну цінність знання й традиції культивування та обробки коноплі збереглися й у сучасної українській культурі. Їх можна помітити у вигляді копанок в селах, вишиванок та як частину українського фолку, в якому досить часто

фігурують конопельки. Це в свою чергу свідчить, що ця рослина культивувалась на наших теренах тисячоліттям до теперішнього дня, вже з більш досконалыми засобами та методами її дослідження та селекції.

Протягом тривалого часу коноплі мали особливий статус в медичній сфері, терапевтичний потенціал цієї рослини згодом почали досліджувати більш детально. Наслідком стало створення наукових праці, в яких коноплі фігурують як важлива економічна рослина з медичним потенціалом. Однією із таких праць є «Бенгальська фармакопея» створена в середині XIX ст., яку написав ірландець Вільям Брук О'Шонессі. Вона була опублікована за наказом Уряду Бенгалії. Дослідження було вперше представлене 2 жовтня 1839 р. перед медичним і фізичними товариством Калькутти та має таку назву «Витяг з мемуарів про препарати індійських конопель, або «ганджа», їх вплив на здоров'я тварин та їх корисність у лікуванні правця та інших судомних захворювань» [66, с. 64–65].

Загалом у дослідженні індійської коноплі О'Шонессі вніс вагомий вклад. Він заклав комплексну методологію подальших досліджень, яка охоплювала ботанічний опис рослини та детальний опис препаратів виготовлених з конопель, зокрема: бханг (низькоякісне листя та самі суцвіття), ганджа (незпалідненні жіночі суцвіття), чарас (канабісова смола, або гашиш) та маджун (кондитерський виріб). Його фокус у дослідженні цієї рослини передбачав акцентування на застосуванні індійських рецептів та способів використання у медицині, хоча він розумів й іншу сторону дії конопель, коли вони застосовувались в рекреаційних цілях або ритуальних. Загалом серед хвороб які лікувались коноплями були холера, ревматичні захворювання, біла гарячка та інфантильні судоми. В його статтях можна помітити описи станів пацієнтів, де описувалось, що двоє з трьохвилікувались та були виписані, а четвертий літній пацієнт став балакучим, музичним і, судячи з усього, насолоджувався під час свого перебування на лікуванні. Це в свою чергу підтверджувало для медицини потенціал лікування канабісом при ревматоїдному артриті. Ці дослідження цілком

відповідають сучасним дослідженням в яких спостерігається, що функції ендоканабіноїдів мають зв'язок в інтернейронах спинного мозку та неокортексу, ліки на основі конопель є клінічно ефективними методами лікування спастичності, при розсіяному склерозі та дитячому церебральному паралічі [66, с.64–65; 59].

О'Шенессі випробовував препарат на основі конопель при лікуванні інфантильних судом, у випадку коли дитина не могла отримати харчування та повноцінно розвиватися, а інші методи лікування зазнавали невдачі. На початку лікування фіксувалися успіхи, але згодом почалися повторні напади, через що було вирішено використати більші дози, що вже мало позитивний результат, згодом лікування було завершено. Цікавим фактом спостереження було те, що діти виявилися більш толерантні до інтоксикаційного впливу так званої наркотичної речовини ТГК аніж дорослі, та що коноплі та особливо канабідіол має виражену протисудомну дію. Ефективність дії ліків на основі конопель спостерігалась також при лікуванні білої гарячки, жахливого синдрому, який викликався алкогольною абстиненцією. При цьому з'ясувалося, що він набагато ефективніший, ніж лікування опіумом або вином. Після вживання препарату у пацієнтів спостерігався заспокійливий ефект і моделювання настрою до спокійного сну. Вже у подальших медичних дослідженнях почали більше переглядати роль конопель у лікуванні подібних хвороб і станів, також було помічений потенціал до лікування залежностей від різних речовин [66, с. 64–68; 59].

Загалом можна зазначити, що О'Шенессі зробив досить значний дослідницький внесок у медичний потенціал коноплі та медичних препаратів на її основі, що дало можливість у подальшому проводити дослідження більш якісними методами і засобами. Умовно кажучи, О'Шенессі донині згадується та сприймається як сучасний батько терапії канабісом, як той, хто вплинув на позитивне сприйняття цієї рослини в подальшому в Америці. Це сприяло подальшим дослідженням і створенню різних лікарських засобів на

основі конопель, які починали потім поширюватись в аптеках західного світу.

2.2. Використання медичних властивостей канабісу у військовій медицині XIX ст.

Протягом XIX ст. відбувались значна кількість воєн та військових конфліктів, серед них можна пригадати Наполеонівські війни, Англо-американську війну, Опіумні війни, Кримську війну, повстання Сипаїв (Індійське повстання проти британського панування). Усі ці конфлікти передбачали новий етап у медичній та фармацевтичній сфері, які мусили знайти більш дієві та ефективні препарати й методи лікування військових, що потрапляли до госпіталів після бойового поранення.

Опісля прибуття з бойових дій до шпиталю, військові могли зіштовхуватись з різними психічними розладами, безсонням, нервозністю, кошмарами. Саме опісля досліджень О'Шенессі стала поширюватися практика застосування в лікуванні препаратів на основі конопель, використовувались як седативний та снодійний засіб для заспокоєння нервової системи. Також при виникненні невралгії, фантомних болях після ампутації канабіс і препарати на його основі могли використовуватись як анальгетик для лікування хронічного болю, який погано реагував на звичайні засоби. У XIX ст. був відомий діагноз «істерія» або «залізничний хребет» для цивільних та «нервовий шок» для військових. Це стани, які сьогодні класифікуються як тривожні або травматичні розлади. Канабіс використовувався як заспокійливий засіб для пацієнтів з неврологічними розладами та для лікування безсоння [37, с. 13–14; 66, с. 64–68].

В цілому можна зазначити, що виникнення інтересу до терапевтичного потенціалу препаратів на основі конопель у військовій медицині XIX ст. було безпосередньо пов'язане з клінічними дослідженнями Вільяма Брука

О'Шонессі під час його служби в Британській Ост-Індській компанії. Ці експериментальні дані, зібрані у військовому середовищі, легітимізували препарат, забезпечивши його швидке прийняття західною медичною спільнотою. Як наслідок, настоянка «*Cannabis Indica*» була включена до офіційної Британської Фармакопеї 1867 р., що зробило її стандартизованим та доступним лікарським засобом для всіх військових та цивільних госпіталів імперії. Можна зазначити, що хоч канабіс і не був основним засобом на полі бою, його використання в подальшій реабілітації для полегшення симптомів, які наразі пов'язують з нейропатичним болем та посттравматичними розладами, було історично обґрунтованим. Також ще одним підтвердженням його постійної присутності у військовому контексті слугував Звіт Індійської комісії з наркотиків коноплі 1894 р., який включав обговорення його застосування серед військовослужбовців [66, с. 64–68; 61; 41; 51].

Можна відзначити ще одного видатного хіміка та аптекаря Майкла Донавана, який зробив значний вклад у дослідження лікування різних недуг коноплями. У 1820 р. Донаван став професором хімії та фармації, був добре обізнаний у цих дисциплінах, його праці були охарактеризовані як «приклад найкращого стилю наукової літератури». Донавана можна охарактеризувати як раннього прихильника препаратів на основі конопель та першопроходця в їх застосуванні для вирішення терапевтичних проблем. Це було описано в його монографії 1844 р., а потім у журнальній статті під однаковою назвою «*Donovan 1844*». Після невдач лікування на той момент відомими класичними ліками таких недуг як невропатичні розлади, скелето-м'язовий біль та мігрень, Донован представив вражаючу серію клінічних випадків пацієнтів, яким він давав канабіс. Донован описував терапевтичний потенціал ліків на основі конопель з певною відзнакою їх природної унікальності: вони володіють такою енергією, якою не володіє жоден інший відомий терапевтичний засіб, який здатний призвести довилікування у випадках, які вважалися майже безнадійними. Одним з описаних ліків на основі конопель були місцеві настоянки. Донован досліджував та

експериментував з відмінністю між індійськими коноплями та місцевими зразками, він зміг зробити настоянку в якій була повністю відсутня смола. Саме в цій смолі й був головний хімічний компонент ТГК, який викликає п'яний стан задоволення та подекуди ейфорію, який був таким бажаним розпусними людьми Сходу, як описує Донован [66, с. 69; 51].

Під час дослідження Майкла Донована була зафіксована значна ефективність препаратів з конопель у лікуванні хронічних больових синдромів. У серії клінічних випадків було зафіксовано повне або суттєве зменшення симптоматики, що підкреслювало терапевтичний потенціал індійських конопель. Зокрема, пацієнт, прикутий до ліжка протягом тижнів ішіасом, досяг довгострокового полегшення болю, незважаючи на тимчасовий епізод седації та галюцинації. Схожим чином, жінка з тривалою невралгією стопи та ноги відчула повне припинення болю протягом години, хоча на початку пережила тимчасову тахікардію та відчуття дезорієнтації [66, с. 70].

Лікування коноплями також успішно застосовувалось при невралгії обличчя та зубному болю, де кілька доз призводили до постійного або функціонального припинення нестерпного больового синдрому. Водночас, спостереження, проведені у пацієнтів під наглядом Роберта Грейвса, продемонстрували як значне полегшення нестерпного невралгічного болю та головного болю в одних випадках, так і відсутність позитивного ефекту у вигляді слабкості та відчуття холоду пацієнтки з невралгією, що мігрувала. Ця варіативність, а також побічні ефекти, як-от запаморочення та серцебиття, відзначені в пацієнтки з ревматичним болем у нозі, вказують на індивідуальну чутливість до препарату [66, с. 70].

Показовим став випадок пацієнта з ішіасом, який не піддавався лікуванню лауданумом (це спиртова настоянка, виготовлена з опію), а застосування індійських конопель Філіпом Крамптоном спричинило «глибокий, комфортний і безперервний сон» та майже повне й тривале пригнічення болю. Донован резюмував, що більшість задокументованих

випадків були успішно вилікувані (або значно полегшені) завдяки дії канабісу, підтверджуючи його потенціал як потужного терапевтичного агента для лікування стійких больових станів [66, с. 70].

Можемо відзначити ще одного видатного лікаря, який зробив вагомий вклад у дослідження препаратів на основі конопель. Річард Грін – головний лікар у психіатричній лікарні в Беррі Вуд у Нортгемптоні. Його дослідження можна назвати продовженням хвилі дослідження індійської коноплі як одного з універсальних рослинних компонентів, які могли стати заміною на той момент препаратів на основі опіуму, що не завжди мали позитивний довгостроковий результат, а опісля лікування пацієнти залишалися з фізичною залежністю від цих препаратів.

Одна з публікацій Річарда Гріна 1872 р. стала впливовим документом у медичній літературі XIX ст., оскільки вперше визнала профілактичну цінність *Cannabis Indica* у запобіганні мігрени. Річард Грін встановив, що канабіс майже завжди приносить більшу чи меншу користь пацієнту у випадках мігрени. Під час його терапевтичного дослідження в усіх шести клінічних випадках були досягнуті відмінні терапевтичні результати, успіх лікування спостерігався навіть попри те, що двоє пацієнтів не дотримувались повної дисципліни у щоденному прийомі прописаних доз препарату. Один із цих випадків неповної реакції, як припускав Грін, міг бути пов'язаний з її постійним вживанням стимуляторів: пацієнтка була завзятою любителькою чаю та кави, від вживання яких її не вдалося переконати відмовитися. Цей клінічний висновок 1872 р. по суті документує сучасну концепцію «анальгетичного відскоку». Відповідно до цієї концепції, поширені стимулятори та анальгетики, такі як кофеїн, аспірин, парацетамол та опіати, не зменшують, а продовжують хронічний щоденний головний біль та посилюють мігрень [66, с.73–74].

Річард Грін зазначав, що препарат можна приймати протягом багатьох місяців у відносно великих дозах без будь-яких неприємних наслідків або шкідливого впливу на організм. Його подальший досвід після 1872 р.

підтвердив, що після ретельного та безперервного використання препаратів на основі конопель певне покращення наставало завжди. Він задокументував випадки зі значним зниженням частоти нападів мігрені, які могли варіюватися від кількох разів на тиждень до одного разу на місяць або повної ремісії. Грін стверджував, що лікування препаратами коноплі часто є лікувальним засобом і забезпечує тривале полегшення. При цьому він також підкреслював, що на відміну від опіуму, немає фізичної залежності після медичного використання канабісу. У даному випадку можна зазначити, що Річард Грін справедливо вважається одним із першопроходців, які активно та уважно досліджували профілактичного лікування мігрені ліками на основі конопель [66, с.73–74].

Можна зазначити, що з середини ХІХ ст. лікарі та фармацевти західної Європи почали активно застосовувати та досліджувати препарати на основі конопель, які мали значний терапевтичний потенціал. Одним із важливих факторів, які роблять цю рослину більш універсальною, є той факт, що вона легко культивується та не має фізичної залежності як препарати на основі опіуму. Одним із перших прикладів інтеграції рекреаційного вживання канабісу у Європі був «клуб гашишистів» у Франції в Парижі після наполеонівських війн, тоді як британська та американська фармакопеї застосовували та досліджували препарати на їх основі.

При недугах, які супроводжуються хронічними білями або неврологічними проблемами, що значно ускладнювали життя, препарати на основі конопель показали суттєвий результат, який доводив їх медичну та терапевтичну ефективність. Саме через широкий ореол культивування конопель, ця рослина була в легкій доступності задля того, щоб досліджувати та виготовляти з неї медичні препарати.

Після набуття загального поширення інформації та досліджень щодо препаратів на основі коноплі, вони почали використовуватись і у військових шпиталях. Військові після отримання бойових поранень, які досить часто супроводжувались неврологічними та психічними розладами, тривожністю

та нервовими виснаженням, отримували нові ліки, які мали довготривалий ефект лікування та не викликали фізичної залежності. Ці симптоми саме припадають під сучасний опис в контексті ПТСР, тому відіграють важливу роль у подальших дослідженнях та застосування у реабілітації військових. Саме через праці та дослідницьку діяльність В. О'Шонессі, екстракти канабісу були прийняті до Британської Фармакопеї та пізніше до Американської Фармакопеї, мали широке застосування в англomовному світі, як седативний, проти судомний та снодійний засіб наприкінці на межі ХІХ–ХХ ст. [53, с. 81–82; 42, с.280].

Місцем раннього застосування був Медичний Коледж Калькутти, де вплив цих медичних засобів поширювався на всі військові та цивільні шпиталі колонії. Ще одним значним етапом стала Кримська війна, під час якої в госпіталі, зокрема Бараки Скутарі, існувала висока ймовірність використання настоянки на основі конопель для лікування хронічного болю, безсоння та судом у поранених солдатів, оскільки препарат вже був широко відомий.

Після включення індійської коноплі до Британської Фармакопеї, її застосування поширилося на всі головні армійські госпіталі у Великій Британії, що вже в свою чергу свідчить про набуття популярності цих нових препаратів на основі конопель. Лікарі Королівського Армійського Медичного Корпусу включали ці препарати для подальшої реабілітації ветеранів з хронічними хворобами та травмами. Також варто зазначити, що опій, той самий морфін, залишався основним засобом для невідкладного знеболення у військовій хірургії. Настоянка з конопель використовувалася переважно як альтернативний засіб для лікування хронічних неврологічних станів, у випадку якого опіумні препарати були не бажаними у подальшому лікуванні військових. Виходячи з цього можна робити припущення, що у ХІХ ст. у військовій сфері препарати на основі конопель набули достатньої популярності, що їх застосування ставало невід'ємною частиною війська британської колонії.

Наприкінці XIX ст. британський уряд все ж вирішив визначити шкідливість індійської коноплі як наркотичної речовини. В Індії коноплі були тисячоліттям невід'ємною частиною індійської культури як у медичній сфері та і релігійній. Покоління військових, які служили у британській імперії, за час перебування в індійському середовищі, встигли досить міцно асимілюватися з місцевою традиціями вживання індійської коноплі, як в медичних так і рекреаційних цілях. Саме тому була створена Індійська комісія з наркотичних речовин, яка була ініційована британським урядом Індії у 1893 р. Створення цієї комісії відбувся через значний політичний тиск та зростаюче суспільне занепокоєння через вживання коноплі, особливо в контексті її ймовірного впливу на психічне здоров'я місцевого населення. Можна ще зазначити, що причиною скликання комісії було не саме занепокоєння в середині Індії, це питання було піднято у Британській Палаті хрестоносцями тверезості. Вони були стурбовані впливом споживання та виробництва коноплі та вони заявляли, що «божевільні будинки Індії заповнені курцями ганджі».

Якщо охарактеризувати головну мету скликання Комісії, то це була потреба Британської адміністрації у науково обґрунтованих даних для вироблення регуляторної політики, щоб визначити, чи слід вдаватися до жорсткого контролю чи повної заборони конопель та виготовлених з них продуктів або лікарських засобів (бганг, ганджа, чарас). Тому комісія мала відповісти на низку критичних питань, включаючи фактичний обсяг споживання "наркотиків з конопель" та їхній вплив на фізичні, моральні та психічні наслідки. Задля отримання всебічного звіту Комісія зібрала свідчення близько 1200 експертів, включаючи лікарів психіатричних лікарень, релігійних лідерів та фахівців. Після дворічної роботи, у 1894 р. був опублікований звіт з 8 томів, який дійшов висновку, що помірне вживання канабісу практично не призводить до згубних наслідків та аморальної або злочинної поведінки [63; 38, с. 11].

Комісія визнала та затвердила, що надмірне вживання все ж може сприяти виникненню психічних розладів у схильних до таких розладів осіб, але на противагу зазначала, що загальна заборона не є необхідною чи доцільною. Цей висновок зокрема ґрунтувався на глибокій та давній укоріненості вживання конопель в релігійному та соціальному контексті індійської культури, та особливо за його медичний потенціал який був описаний В. О'Шонессі. У підсумку, створення комісії стало реакцією на політичний імператив місіонерів та малих груп які відстоювали заборону опіуму та коноплі, та все ж висновки комісії ґрунтувалися на об'єктивній оцінці для розробки виваженої політики регулювання.

Є декілька цитат військовослужбовців та командирів які описували психотропну дію канабісу, саме у цих фрагментах можна помітити розбіжність у сприйнятті та позиціонуванні щодо вживання канабісу серед війська: «Помірне вживання цих препаратів я вважаю нешкідливим. Таким чином, їх вживає близько 20 відсотків мого полку, і їх вживання, здається, жодним чином не заважає їм ні фізично, ні психічно. Ті, хто страждає від захворювань мозку, використовують бханг для сну. Ті, хто страждає від безсоння або інших проблем через відмову від бхангу, одужують, коли знову його приймають. Я знаю, що люди, які страждають від хвороб або психічних тривог, мають звичку приймати його, щоб заспокоїти свої страждання. Внаслідок вживання препарату виникає часткова нечутливість, яка є тимчасовою. Це залежить від ідіосинкразії, тобто деякі люди можуть більше страждати від малих доз, тоді як інші уникають її при введенні великих доз». В даному звіті були й інші описи, яку можна охарактеризувати як негативні. Командир зазначив: «У полку вже давно не було багато постійних споживачів ганджі чи чарасу... Існує постійний наказ про заборону наркотиків у чергах, а споживачів бхангу чи чарасу, як відомо, обминали під час підвищення, зараз їх дуже мало. Я дізнався від місцевих офіцерів, що наркотики корисні як ліки, але до тих, хто звик вживати їх до сп'яніння, ставляться неприхильно. Інший командир також заявив, що він вірить, що

чараса погіршує інтелект, впливає на мозок і навіть викликає гостру манію» [37, с.13; 63].

Якщо охарактеризувати історичну та наукову цінність, то Індійська комісія з наркотичних речовин створила документ, який до сьогодні визнається одним із найбільш вичерпних, детальних та науково об'єктивних досліджень індійської коноплі. Висновки Комісії були ретельно обґрунтовані на підставі свідчень більше тисячі експертів та тисяч сторінок даних, що робить цей документ найбільш вагомою працею про медичній потенціал та культуру споживання місцевого населення, який мав вплив на колоніальних військових. Звіт Комісії не був науково спростований, натомість, він був політично проігнорований і замінений іншими, більш обмежувальними міжнародними конвенціями, ставши при цьому гострим питанням у сучасних дискусіях щодо легалізації.

На жаль, багатство інформації семитомного звіту було значною мірою проігноровано у дебатах щодо контролю над канабісом, які мали розгорнутися на міжнародній арені під егідою Ліги Націй та Організації Об'єднаних Націй у 1920-х, 1930-х та 1950-х роках. Індійська Комісія вивчила попередні запити в Індії щодо заборони канабісу в 1798, 1872 та 1892 роках, та дійшла висновку, що спроби його заборонити майже завжди відхилялись через те, що рослина росла дикою майже повсюдно, а спроби припинити поширену звичку у різних формах могли спровокувати місцеве населення та підштовхнути його до вживання більш шкідливих речовин. Звіт зробив висновок: «Щодо ймовірних ментальних ефектів наркотиків, Комісія дійшла висновку, що помірне вживання конопляних наркотиків не спричиняє шкідливого впливу на розум. Як правило, ці наркотики не схиляють до злочинності та насильства». Звіт також зазначив: «помірне вживання цих наркотиків є правилом, а надмірне вживання є порівняно винятковим. Помірне вживання не спричиняє практично жодних негативних ефектів» [38, с. 9–10].

Отже, виходячи з попередніх даних можна зазначити, що практичне застосування та терапевтична цінність конопель була відома та описана в традиції багатьох народів, які зберегли її до сьогодення.

Завдяки праці та дослідженням В. О'Шонессі препарати на основі конопель почали використовувати у лікуванні спастичних і судомних розладів. Також ліки на основі конопель були представлені західному світу, набули свого поширення та досить часто використовувались в лікарнях і військових шпиталях колоніальних армій. Згодом вже екстракти на основі конопель були прийняті до Британської Фармакопеї, пізніше до Американської Фармакопеї та широко застосовувались в англomовному світі, як проти судомні, снодійні препарати.

Звіт Індійської Комісії з Наркотичних Речовин є одним з найбільш вичерпних досліджень конопель та їх впливу на психологічні та фізичні здібності людини. Комісія дійшла висновку, що помірне вживання коноплі не спричиняє шкідливого впливу на розум і не схиляє до злочинності та насильства. Навпроти звіт зазначав, що помірне або ж надмірне вживання визначалось в залежності від особистих властивостей організму пацієнта або важкості лікування, також зазначалось що помірне вживання практично не призводить до негативних наслідків. Подальший розвиток подій навколо статусу коноплі були досить часто політично заангажовані, та нажаль цей звіт не був врахований у подальшій західній політиці щодо юридичного та медичного статусу цієї рослини. Проте серед військових лікування конопляними екстрактами та препаратами на основі конопель встигли певною мірою закріпитися як додатковий лікарський засіб, стали вагомим підґрунтям для подальшого дослідження. У 1930-х роках Американська медична асоціація схвалювала потенційну медичну цінність канабісу та низьку ймовірність «залежності» [42, с. 280].

РОЗДІЛ 3

ЗАРУБІЖНИЙ ДОСВІД РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ ЗА ДОПОМОГОЮ МЕДИЧНОГО КАНАБІСУ

3.1. Статус канабісу у XX ст.

У XX ст. ліки на основі конопель були виключенні з Британської Фармакопеї у 1932 р. та Американської Фармакопеї у 1941 р., зазначаючи причини тим, що рослинний матеріал був занадто мінливим за складом та короткий термін придатності, що призвело до заміни препаратів на основі конопель чистими опіатами та новими препаратами. Цьому передували поступові зміни у ставленні до конопель поза межами технічного застосування.

Вже на початку XX ст. з'являється все більше стурбованих політичних та релігійних представників на міжнародній арені, які звертали увагу на неконтрольовану торгівлю та вживання опіуму та інших наркотичних речовин. Коноплі на початку ще не були внесені до переліку як наркотична речовина, але вже починали закладатися політичні та юридичні засади для створення Міжнародної Опіумної комісії в Шанхаї та Міжнародної Опіумної Конвенції 1912 р. в Гаазі. Міжнародна Опіумна комісія зібралася у Шанхаї в 1909 р., ставши першою міжнародною зустріччю, що системно обговорювала глобальну проблему опіуму. У роботі Комісії брали участь делегати з понад десяти держав, включаючи США як ініціатора скликання, Велику Британію, Китай та Нідерланди. Головною метою зустрічі було оцінити масштаби виробництва та торгівлі опіумом і обговорити конкретні можливості міжнародного контролю. Результатом роботи став звіт із низкою резолюцій та рекомендацій, які, хоча й не мали юридично обов'язкової сили, заклали фундамент для подальшого міжнародного законодавства [64, с. 9-10].

Це стало кульмінацією зростаючого міжнародного загострення проблеми, спричиненої неконтрольованим обігом опіуму та його похідних наркотичних засобів. Головною передумовою була масштабна опіумна

залежність у Китаї та інших азійських країнах, де торгівля опіумом, яка була контрольована західними колоніальними державами, призводила до соціальної деградації. Водночас, у Європі та Сполучених Штатах зростало занепокоєння щодо нерегульованого фармацевтичного обігу та зловживання похідними опіуму, такими як морфін та героїн, а також кокаїном. Фактично, неконтрольований експорт опіатів та кокаїну, виготовлених на Заході, становив серйозну небезпеку, що вимагало міжнародного реагування. Першим кроком до міжнародної угоди стала згадана раніше Шанхайська Опійна Комісія 1909 р., яка закликала до систематичних дій для обмеження торгівлі та виробництва. Резолюції Комісії чітко засвідчили необхідність обмеження виробництва та торгівлі цими речовинами за виключенням медичної та наукової сфери. Конвенція 1912 р. була укладена з метою поступового припинення зловживання цими речовинами шляхом запровадження системи ліцензування виробників та регулювання експорту на міжнародному рівні. Конвенція була спрямована на захист здоров'я населення та встановлення контролю на сировинному рівні [52, с.64].

Вже опісля першої світової війни Міжнародна Опіумна Конвенція, яка була підписана у Гаазі 23 січня 1912 р., була офіційно зареєстрована в Лізі Націй 23 січня 1922 р. Опіумна Конвенція не була створена та укладена безпосередньо під егідою Ліги Націй, але слугувала її відправною точкою для розробки міжнародної системи контролю. Тому відтоді вона стала основою для всіх подальших міжнародних договорів, що регулюють обіг наркотичних та психотропних речовин. Зокрема, вона заклала фундамент для Женевської конвенції 1925 р., яка вперше включила канабіс до системи контролю. Згодом її положення були успадковані та замінені положеннями Єдиної конвенції ООН про наркотичні засоби 1961 р. [52].

Також важливим документом у дипломатичній історії міжнародного контролю над наркотиками є звіт, який був поданий Державному секретарю американськими делегатами Гамільтоном Райтом, Ллойдом Брайсом та Геррітом Джоном Колленом у липні 1913 р. Він являє собою продовження

системних зусиль Сполучених Штатів, розпочатих у 1906 р., що слідували за роботою Шанхайської комісії 1909 р. та Першої Гаазької конференції 1911–1912 рр. Звіт підкреслював необхідність консультації з попередніми документами, які містили висновки Шанхайської комісії, інформацію про американське законодавство та детальний аналіз Міжнародної Опійної Конвенції. Головна мета Другої Міжнародної Опійної Конференції, що відбулася у Гаазі в липні 1913 р., полягала у забезпеченні ратифікації Конвенції 1912 р. більшою кількістю держав. Згідно зі Статтею 22 Конвенції, Уряд Нідерландів повинен був запросити ще 34 держави Європи та Америки до підписання інструменту. У цьому контексті американські делегати підкреслювали важливість офіційного запиту Нідерландів до США щодо сприяння підписанню Конвенції країнами Латинської Америки. Таким чином, Звіт 1913 р. засвідчує перехід міжнародного руху від фази формулювання принципів (Шанхай) і створення тексту Конвенції (Перша Гаага) до фази практичної дипломатії, спрямованої на надання договору реальної юридичної сили через широке міжнародне прийняття. Це відображало спільне прагнення до гуманітарної, моральної та економічної реформи [65].

У річищі цих змін через деякий час канабіс вносять до системи міжнародного контролю, яка регулювалася «Міжнародною Опіумною Конвенцією», яка була підписана в Женеві 19 лютого 1925 р. Як було зазначено раніше, науковий звіт Індійської Комісії не був врахований, було також проігноровано медичний потенціал препаратів на основі канабісу. Основною ціллю статей конвенції, присвячених канабісу, було вимога від країн-учасниць контролювати виробництво та торгівлю індійською коноплею, також заборонявся експорт гашишу до країн, в яких діяла заборона на вживання [56, с. 1, 5, 11].

Процес який вів до повної заборони канабісу виявився неоднозначним, оскільки національні заборони часто були неефективними, що було продемонстровано на прикладі Єгипту. Британський генеральний директор

митниці Єгипту Каяр-Паша у 1892 р. зазначив, що національна заборона на канабіс лише стимулювала виникнення розгалужених мереж контрабанди, що призводило до корупції та існування таємного ринку гашишу. Він виступав за запровадження регулятивної політики, подібної до індійської моделі контролю та оподаткування, яка, за його спостереженнями, демонструвала зменшення споживання при одночасному забезпеченні доходу. Цей досвід підтвердив, що національні обмеження є нежиттєздатними без ефективного міжнародного контролю за постачанням. Це обговорення в цілому заклало основу для подальшого розгляду на Женевській конвенції 1925 р., що призведе до офіційного включення канабісу до міжнародної системи контролю над наркотичними засобами [38, с.11, 13; 55. с.18–19; 56].

Міжнародна Опіумна конвенція, підписана в Женеві 19 лютого 1925 р., стала визначальним етапом в історії міжнародного права, оскільки вперше офіційно інтегрувала канабіс, визначений як «індійська конопля», до системи глобального контролю над наркотичними засобами. У рамках Розділу I Конвенція надала чітке юридичне визначення індійської коноплі як висушених верхівок рослини *Cannabis sativa* L., з яких не було вилучено смоли. Важливим нововведенням стало включення галенових препаратів, таких як екстракти та настоянки індійської коноплі, до переліку речовин, що підлягають внутрішньому контролю та обмеженню виключно медичними і науковими цілями згідно з Розділом III [38, с. 16; 56, с.3–5].

Особливу увагу регулюванню цієї речовини було приділено у спеціальному Розділі IV, Стаття 11 якого зобов'язала держави-учасниці вживати ефективних заходів для запобігання незаконному міжнародному обігу індійської коноплі та особливо її смоли або ж гашишу. Ця стаття встановлювала заборону на експорт смоли до країн, які заборонили її використання, чим фактично затвердила принцип поваги до національних заборонних політик на міжнародному рівні. Для дозволеного експорту Конвенція запровадила обов'язкову систему спеціальних імпортерських

сертифікатів, які мали засвідчувати, що ввезення схвалене урядом країни-імпортера і що вантаж призначений виключно для медичних або наукових потреб. Впровадження системи імпортних та експортних дозволів, описаної у Розділі V, створило бюрократичний механізм нагляду за транскордонним переміщенням наркотичних речовин, що мало на меті унеможливити їх потрапляння у незаконний обіг. Таким чином, Женевська конвенція 1925 р. заклала фундаментальні правові основи для глобальної регламентації обігу канабісу, прирівнявши вимоги до нього до контролю за опіатами та кокаїном [38, с. 16; 56, с.3–5].

Після прийняття Женевської конвенції питання регулювання канабісу певний час залишалося на периферії уваги Ліги Націй. Однак у 1930-х роках інтерес до нього відновився внаслідок дипломатичного тиску з боку Єгипту, та особливо Сполучених Штатів та Канади. Під час 19-ї сесії Консультативного комітету в 1934 р. було представлено звіт, у якому стверджувалося про існування щонайменше 200 мільйонів споживачів канабісу у світі, хоча методологія отримання цієї статистики залишалася незрозумілою. Попри заклики єгипетської делегації до глобальної заборони *Cannabis indica*, інші учасники висловили скептицизм щодо недостатньо обґрунтованих даних, внаслідок чого питання було передано на доопрацювання підкомітету [38, с. 16; 56, с.3–5].

Женевська конвенція 1925 р. кардинально змінила правовий статус канабісу, вперше включивши його до системи міжнародного контролю. Відповідно до Статті 11, експорт індійської коноплі, як і її смоли, був дозволений лише за умови наявності сертифіката, який засвідчував, що імпорт потрібен виключно для медичних або наукових цілей. Ця вимога наклала суворі обмеження на медичне застосування препаратів на основі канабісу, яке до того часу було звичним, зокрема і в практиці військових лікарів. Крім того, Конвенція започаткувала новий бюрократичний порядок, створивши Постійний Центральний Комітет, який отримав повноваження безперервно наглядати за міжнародним обігом та запасами наркотичних

речовин. Посилення регуляторної узгодженості на міжнародному рівні створило правові перешкоди, які згодом призвели до виключення канабісу з фармакопей та припинення більшості наукових та медичних досліджень. Таким чином, Конвенція перетворила канабіс з відносно доступного медичного засобу на об'єкт суворого міжнародного контролю.

Попри домінування прогібіціоністського дискурсу, періодично виникала аргументована критика заборонних заходів. Зокрема, у публікації *The New York Times* від 1926 р. були поставлені під сумнів твердження Мохамеда Ель-Гінді щодо небезпеки канабісу. Стаття спиралася на висновки Індійської комісії з наркотичних речовин 1894 р., яка встановила відсутність прямого причинно-наслідкового зв'язку між вживанням канабісу та виникненням психічних розладів або кримінальної поведінки. У звіті зазначалося, що зафіксовані випадки ексцесів зазвичай корелювали із супутніми факторами, такими як зловживання алкоголем чи опіумом, і жодні медичні свідчення не підтверджували, що сама звичка призводила до розладів психіки. Окрім того, у статті наводилися дані дослідження, проведеного серед військовослужбовців США в зоні Панамського каналу. У ході контрольованого експерименту за участі 17 добровольців слідча комісія дійшла висновку, що вплив куріння марихуани є невизначеним, а ризики – значно перебільшеними. Було констатовано відсутність клінічних доказів того, що вживання канабісу викликає божевілля, призводить до формування залежності або спричиняє значні шкідливі наслідки для здоров'я. На підставі цих даних Комісія рекомендувала утриматися від впровадження заборонних заходів щодо продажу або вживання марихуани в Зоні каналу, визнавши спеціальне законодавче регулювання непотрібним [38, с. 17].

У Сполучених Штатах на початку XX ст. відношення до канабісу змінювалося від медичного інтересу до більш жорсткого юридичного контролю. Рекреаційне споживання, яке закріпилося близько 1910 р., поширювалося з Півдня. Проте, з кінця 1920-х років почала наростати моральна паніка, пов'язана з імміграцією мексиканських робітників та нібито

спровокованим марихуаною насильством. Ця паніка, підживлена сенсаційними газетними звітами, призвела до реактивного прагнення до національної заборони. Поширення рекреаційного вживання канабісу в США на початку XX ст. пов'язувалося з етнічними меншинами, зокрема з мексиканськими іммігрантами та афроамериканцями. Зростання ксенофобії на тлі Великої депресії дозволило пресі та Федеральному бюро з наркотиків використати проблему «нового наркотику» як привід для масової депортації близько 400 000 осіб мексиканського походження. Вживання канабісу приписувалося переважно меншинам, що провокувало страхи серед білого населення щодо міжрасової взаємодії. У період 1915–1933 рр. заборони вводилися на рівні окремих штатів, зокрема в Каліфорнії. Поширення газетних матеріалів, які вперше характеризували канабіс як небезпечний інтоксикант, стало підґрунтям для подальшої загальнонаціональної криміналізації [48, с. 6–7]

Кульмінацією стала кампанія Гаррі Дж. Енслінгера, Комісара Федерального бюро з наркотиків, чия пропаганда містила значні расистські та ксенофобні зауваження. На момент підписання Опіумної конвенції 1925 р. Сполучені Штати переживали складний період неефективної реалізації «сухого закону», який тривав з 1920 по 1933 рр. Паралельно в суспільстві наростала моральна паніка, яку активно підживлювали сенсаційні повідомлення у пресі про насильство, нібито пов'язане з вживанням марихуани мексиканськими робітниками-іммігрантами.

Однак прийняття загальнонаціонального антинаркотичного законодавства ускладнювалося конституційними обмеженнями, що надавали окремим штатам широку автономію у внутрішніх справах. Щоб подолати ці перешкоди, Федеральне бюро з наркотиків намагалося розробити федеральний закон, спираючись на повноваження уряду укладати міжнародні договори, які могли б легітимізувати внутрішній статут проти марихуани. Це пояснює підвищену активність США в міжнародному Консультативному комітеті, де американські представники прагнули закріпити жорсткі норми.

Подібну тактику попередники Гаррі Енслінгера вже застосовували у 1912 та 1925 рр., синхронізуючи впровадження внутрішнього законодавства з міжнародними переговорами. Такий підхід дозволяв США демонструвати серйозність своїх намірів на світовій арені та ефективніше впливати на формування глобальної політики контролю над наркотиками [38, с. 17].

В період коли Гаррі Енслінгер обійняв посаду Комісара Федерального бюро з наркотиків, він став ключовою фігурою в ескалації міжнародного контролю над канабісом. Хоча США залишили Пленарну конференцію 1925 р., Енслінгер пом'якшив дипломатію, що призвело до створення Опіумної Конвенції 1931 р., яка запровадила закриту систему контролю. Кульмінацією його внутрішньої кампанії, заснованої на перебільшеннях, стало прийняття Закону про податок на марихуану 1937 р., який фактично заборонив канабіс у США. Якщо спробувати коротко охарактеризувати конвенцію 1931 р., то вона мала мету досить вузького спрямування, зосередившись на обмеженні виробництва та розподілу опіатів і кокаїну через запровадження системи квот та створення постійного наглядового органу Ліги Націй. Канабіс, міжнародний статус якого як «індійської коноплі» був визначений ще у 1925 р., не увійшов до цієї системи регулювання, оскільки не вважався промислово виробленим фармацевтичним препаратом, що піддається точному кількісному квотуванню. На той момент міжнародна спільнота фокусувалася на контролі промислових наркотиків, залишаючи регулювання канабісу на рівні заборони торгівлі, а не обмеження обсягів вирощування. Хоча ця Конвенція хронологічно передувала американському Закону про податок на марихуану 1937 р., вона не стала його прямим юридичним підґрунтям через відсутність відповідних положень щодо конопель. Проте встановлення суворих механізмів нагляду створило важливий дипломатичний прецедент, який Сполучені Штати згодом ефективно використали для посилення міжнародного тиску з метою глобальної заборони канабісу [38, с. 17; 45].

Ця внутрішня заборона, як було загадано раніше, була ініційована без належних медичних даних, які дали Сполученим Штатам правову основу для посилення тиску на міжнародні органи. Енслінгер активно лобіював включення канабісу до жорстких графіків контролю ООН, забезпечивши, щоб у подальшому його однобічна політика лягла в основу Єдиної конвенції 1961 р. Саме тому його програма передувала і визначила курс на глобальну криміналізацію канабісу, ігноруючи попередні наукові висновки. В Сполучених Штатах Енслінгер спільно з Міністерством фінансів інтенсифікував підготовку до ухвалення федерального законодавства, розгорнувши масштабну кампанію залякування як на Капітолійському пагорбі, так і в засобах масової інформації. Виступаючи перед комітетом Палати представників у квітні 1937 р., він використовував алармістську риторичку, запевняючи законодавців, що вживання марихуани викликає «маревну лють» та провокує вчинення жорстоких насильницьких злочинів. Енслінгер характеризував речовину як небезпечну для розуму і тіла, наголошуючи на її здатності знімати внутрішні гальма, що нібито робило її особливо загрозливою для осіб зі схильністю до кримінальної поведінки [38, с. 17–18].

Ця демонізація, що мала виразний расистський та ксенофобський підтекст, широко тиражувалася через радіо, пресу та пропагандистські фільми, такі як *Reefer Madness*, в якому з явним перебільшенням було зображено маніакальну та безумну поведінку у людей які вживали канабіс. Аргументація кампанії часом межувала з абсурдом, про що свідчать твердження Енслінгера щодо збудливого ефекту канабісу на музичну чутливість, підкріплені прикладом використання конопель у кормі для співочих птахів. Також Енслінгер стверджував, щодо наслідків вживання канабісу: «Більшість курців марихуани – це негри, латиноамериканці, джазові музиканти та артисти. Їхня сатанинська музика спонукається марихуаною, і куріння марихуани білими жінками змушує їх прагнути сексуальних стосунків з неграми, артистами та іншими. Це наркотик, що

викликає божевілля, злочинність і смерть – наркотик, що викликає найбільше насильства в історії людства» [38, с. 17–18].

Політика криміналізації, що утвердилася з ініціативи США на початку XX ст., фактично заморозила медичні та наукові дослідження канабісу, перекресливши попередній досвід його активного вивчення та використання, зокрема у військовій сфері. Це стало різким відходом від практики, коли канабіс визнавався фармакопеями провідних країн, а об'єктивні дослідження, подібні до проведених серед військовослужбовців у зоні Панамського каналу, не виявляли загроз для особового складу. Впровадження законодавчих бар'єрів, таких як Закон про податок на марихуану 1937 р., поклало край терапевтичному використанню, базуючись не на об'єктивній науковій оцінці, а на глибокій політичній заангажованості та економічних факторах. Ігноруючи позицію Американської медичної асоціації щодо терапевтичного потенціалу, державні органи керувалися расовими упередженнями та прагненням розширити федеральний бюрократичний контроль. Таким чином, розвиток доказової медицини у цій сфері був штучно зупинений на десятиліття на догоду політичній програмі та суспільній моральній паніці. Закон про податок на марихуану 1937 р. був створений не для збору податків, а як спосіб повністю заборонити будь-який продаж конопель. У той же час майже всі штати швидко ввели власні заборони і їх кількість стрімко зростала.

Через початок Другої світової війни Ліга Націй припинила свою роботу, тому міжнародний нагляд за наркотиками тимчасово зник. Проте після 1945 р. Сполучені Штати, зміцнивши свої позиції у світі, перебудували всю систему контролю і фактично змусили інші країни прийняти їхні жорсткі правила щодо заборони канабісу. Впровадження Закону про податок на марихуану миттєво запустив механізм суворих репресій, першою жертвою якого став Семюел Р. Колдвелл. Його арешт у Денвері за продаж канабісу та подальше засудження до чотирьох років каторжних робіт із накладенням значного штрафу стали показовим прецедентом, за яким особисто

спостерігав ініціатор заборони Гаррі Енслінгер. Жорсткість пенітенціарної системи мала фатальні наслідки для засудженого, який помер лише через рік після звільнення, фактично ставши символом руйнівного впливу нової державної політики на людські долі. Показово, що саме штат Колорадо, який став ареною першого застосування цього карального закону, через сімдесят шість років першим у США запровадив легальний регульований ринок канабісу, засвідчивши повну трансформацію правової парадигми. [38. с. 17–18, 31]

Протокол 1953 р., який набрав чинності у 1963 р., хоча й був номінально спрямований на регулювання культивування опійного маку, відіграв критичну роль у формуванні універсальної парадигми контролю над усіма наркотичними рослинами та в подальшому й над канабісом. Цей міжнародно-правовий акт уперше закріпив принцип тотального нагляду, зобов'язавши держави-учасниці застосовувати жорсткі механізми регулювання, аналогічні опіумним, до будь-якої рослинної сировини, здатної викликати залежність. Така юридична конструкція дозволила Організації Об'єднаних Націй екстраполювати суворі обмеження виробництва та торгівлі на інші культури, які вже вважалися наркотичними згідно з конвенціями 1925 та 1931 років, які згадувались раніше. Попри відсутність прямої згадки канабісу в тексті Протоколу, документ фактично легітимізував можливість поширення на нього найбільш репресивних заходів контролю. Таким чином, події 1953 р. створили необхідний нормативний фундамент, на якому згодом була побудована архітектура повної глобальної заборони канабісу [60].

Еволюція регулювання досягла своєї кульмінації з прийняттям Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 р., яка скасувала та консолідувала всі попередні міжнародні угоди, від Гаазької конвенції 1912 р. до Протоколу 1954 р. Документ уперше ввів у міжнародне право чіткі уніфіковані дефініції рослини канабісу, смоли та екстрактів, остаточно усунувши термінологічну невизначеність попередніх десятиліть. Найрадикальнішим кроком стало включення канабісу до Списку I, що передбачало суворий нагляд за всіма

формами обігу, та одночасне внесення смоли канабісу до Списку IV – категорії найнебезпечніших речовин поряд з героїном, що юридично заперечувало її терапевтичну цінність. Спеціальна Стаття 28 зобов'язала держави створити національні агентства для монопольного контролю за вирощуванням, ліцензуванням та збором врожаю, фактично криміналізуючи будь-яку діяльність поза межами медичних та наукових цілей. Попри те, що Стаття 49 передбачала перехідний період для країн із глибокими традиціями вживання, таких як Індія, вона мала на меті повну ліквідацію цих культурних практик протягом 25 років, а не їхню легалізацію. Таким чином, Єдина конвенція 1961 р. остаточно інституалізувала глобальну заборону, створивши найжорсткішу та по масштабах найбільшу систему контролю над канабісом у XX ст. [27, с. 40, 44].

Отже Єдина конвенція 1961 р. закріпила жорсткий бюрократичний апарат контролю, зобов'язавши держави-учасниці подавати детальні статистичні звіти про виробництво, імпорт та запаси наркотичних речовин. Цей документ зберіг та посилив механізми імпортової сертифікації, які були запроваджені ще Женевською конвенцією 1925 р., вимагаючи обов'язкового ліцензування всіх суб'єктів, залучених до обігу. В основі договору лежала укорінена стратегія пріоритетності заходів, орієнтованих на обмеження пропозиції, що базувалася на переконанні в можливості повної ліквідації немедичного вживання шляхом суворих заборон. Питання лікування залежних було залишене на розсуд національних урядів, причому це рішення диктувалося переважно економічними міркуваннями щодо витрат, а не турботою про благополуччя споживачів. Така архітектура міжнародного права сприяла активному нав'язуванню суспільству сприйняття канабісу виключно як небезпечної речовини, що підлягає викоріненню. Це створило значний ризик визнання рослини такою, що не має особливого терапевтичного потенціалу, що загрожувало повною забороною навіть її медичних та наукових досліджень, це юридичні переконання базувалися на

тому, що це дозволить зменшити кількість споживачів які це вживають не в медичних та наукових цілях [40, с. 74–75].

У 1960-х роках ізраїльський хімік Рафаель Мешулам з Єврейського університету в Єрусалимі здійснив революційний прорив, який фундаментально змінив наукову парадигму сприйняття канабісу. У 1963 р. його команда визначила структуру канабідіолу (КБД), а вже наступного року вперше успішно ізолювала та синтезувала дельта-9-тетрагідроканабінол (ТГК) – основний психоактивний компонент рослини. Це відкриття детальніше розкрило механізм дії канабісу, трансформувавши його з невизначеного «наркотичного засобу» на джерело конкретних фармацевтичних інгредієнтів із прогнозованим ефектом. Ідентифікація ТГК стала каталізатором для подальших досліджень, які згодом призвели до відкриття ендоканабіноїдної системи людини, що забезпечило біохімічне обґрунтування терапевтичного потенціалу канабіноїдів. Саме ці наукові дані дозволили фармацевтичній індустрії розробити перші ліки, такі як дронабінол, та ініціювати процес перегляду їхнього міжнародного правового статусу. Внаслідок цього, базуючись на накопиченій доказовій базі, у 1991 р. Комісія ООН вперше офіційно визнала медичну цінність ТГК, перенісши його до менш суворого списку контролю. Тому фундаментальна робота Мешулама заклала основу доказової медицини у цій сфері, ставши вирішальним фактором у процесі глобальної реабілітації канабісу від стигматизованого наркотику до визнаного лікарського засобу [38, с. 25–26; 58, с.3].

Вже опісля прийняття рішень щодо юридичного статусу канабісу, Фармацевтична індустрія, розгледівши значний терапевтичний потенціал канабіноїдів, наполягала на їх регулюванні в рамках окремого нового договору, аби уникнути інтеграції цих речовин до Єдиної конвенції 1961 р. Така стратегія мала на меті дистанціювати наукові дослідження та комерційні розробки від політично вмотивованих обмежень, накладених на саму рослину канабіс. Під час Конференції 1971 р. це призвело до

неодноразових дискусій щодо необхідності розмежування режимів контролю над рослинною сировиною та її активними компонентами. Ключова юридична та технічна складність полягала у дефініції процесів виготовлення: згідно з офіційними документами, Технічний комітет зіткнувся з проблемою, що розширене тлумачення терміну «виробництво» автоматично класифікувало б саму рослину канабіс як психотропну речовину, що створювало б правову колізію. Не дивлячись на велику кількість прихильників політики про повну заборону та жорсткий контроль обігу цієї рослини, дискусія велася у площині наукового та медичного протистояння. Вчені в значній мірі більше вбачали в цій рослині медичний потенціал аніж християнські спільноти та політичні організації, це в певній мірі підштовхнуло до винайдення способу юридичного маневру, задля реабілітації статусу канабісу. Тому медичне використання препаратів на основі канабісу в ХІХ ст., та нові наукові дослідження та відкриття не могли пройти повз науковців ХХ ст., в особливо важливий період, коли визначався юридичний статус цієї рослини [38, с.26].

Хоча знаходження ТГК у Списку І не унеможливило наукові розвідки, воно створювало значні регуляторні бар'єри для розробки та комерціалізації фармацевтичної продукції. Під тиском фармацевтичного лобі, яке спиралося на зростаючий обсяг клінічних даних щодо терапевтичної ефективності канабіноїдів, у 1982 р. уряд США ініціював процедуру перегляду статусу хімічного компоненту ТГК. Після ретельної оцінки та позитивної рекомендації Експертного комітету ВООЗ, у 1991 р. Комісія з наркотичних засобів (CND) ухвалила рішення про перенесення ТГК та його стереоізомерів до менш суворого Списку ІІ Конвенції 1971 р. Це рішення стало історичним прецедентом, що започаткував процес офіційного визнання медичної цінності активних компонентів канабісу в рамках системи ООН [38, с. 27].

Отже міжнародно-правовий статус канабісу був жорстко визначений Єдиною конвенцією 1961 р, яка включила рослину, її смоли та екстракти до

Списків I та IV, кваліфікувавши їх як особливо небезпечні речовини без терапевтичної цінності. Цей прогібіціоністський підхід отримав потужний імпульс завдяки внутрішній політиці США, де адміністрація Ніксона у 1970 р. ухвалила Закон про контрольовані речовини, закріпивши канабіс у національному Списку I та посиливши глобальний тиск щодо його заборони. Оскільки хімічна структура тетрагідроканабінолу (ТГК) була відкрита лише у 1964 р., активна речовина не потрапила під дію конвенції 1961 р., що змусило міжнародну спільноту регулювати її окремо в рамках Конвенції про психотропні речовини 1971 р. У цьому новому документі ТГК, у формі дронабінолу, також був віднесений до найсуворішого Списку I, що створило складну юридичну колізію в міжнародному праві. Виникла парадоксальна ситуація подвійного регулювання, за якої рослинна сировина контролювалася як «наркотичний засіб» за нормами 1961 р., тоді як її ключовий психоактивний компонент підпадав під визначення «психотропної речовини» згідно з угодою 1971 р.. Ця нормативна неузгодженість призвела до надмірної бюрократизації процесів контролю, що на десятиліття заблокувала можливості для медичних досліджень та наукового вивчення канабіноїдів [70, с. 25–26].

Подібно до історичних висновків Індійської комісії 1894 р. та Звіту Ла Гуардіа 1944 р., численні розслідування другої половини ХХ ст. підтверджували, що небезпека канабісу є значно перебільшеною, а наслідки його жорсткої криміналізації є радикальними. Експерти дійшли згоди щодо необхідності значного зменшення або скасування кримінальної відповідальності за особисте вживання, проте ці рекомендації мали обмежений вплив на міжнародну спільноту, яка продовжувала дотримуватися прогібіціоністського курсу, лише частково пом'якшивши риторику в Протоколі 1972 р.

В цілому у Сполучених Штатах виникла парадоксальна ситуація, поки Вашингтон нав'язував світові жорстку заборону, всередині країни почався процес «м'якого відхилення» від федеральної політики. Адміністрація

Ніксона, ініціювавши «війну з наркотиками» та включивши канабіс до Списку I Закону про контрольовані речовини, водночас зіткнулася з висновками власної Комісії Шейфера, яка рекомендувала декриміналізацію та відмову від суворих каральних заходів. Хоча президент відкинув цей звіт, він став каталізатором змін на рівні штатів: починаючи з Орегону у 1973 р., низка юрисдикцій, включаючи Каліфорнію та Аляску, фактично декриміналізували зберігання невеликих кількостей марихуани, замінивши тюремне ув'язнення штрафами або захистивши право на приватне вживання конституційними нормами. Ця тенденція продемонструвала певне внутрішнє протистояння, між федеральною ідеологією нульової толерантності та прагматичним підходом місцевих законодавців, які намагалися мінімізувати соціальну шкоду від надмірної криміналізації [38, с. 28; 70].

Отже можна зазначити, що лібералізації політики щодо канабісу розвивалася трьома послідовними хвилями «м'якого відхилення» від жорстких норм міжнародних конвенцій. Перша хвиля зародилася у 1970-х роках, коли Нідерланди, усвідомлюючи неможливість офіційної зміни Єдиної конвенції через геополітичну ситуацію, почали дотримуватись прагматичної моделі нормалізації відношення до марихуани та його споживачів, що стало основою системи кофешопів. У той самий період адміністрація Джиммі Картера у США намагалася декриміналізувати зберігання марихуани на федеральному рівні, аргументуючи це тим, що правові наслідки не повинні бути шкідливішими за саме вживання. Однак цей ліберальний курс був різко перерваний політичним поворотом епохи Рейгана, який відновив «війну з наркотиками» та ініціював прийняття Конвенції 1988 р. Цей документ зобов'язав країни посилити кримінальне переслідування всіх аспектів виробництва та обігу наркотиків, фокусуючись на ліквідації фінансових потоків торгівлі наркотиками.

Незважаючи на це посилення, згодом сформувалася друга хвиля реформ, яку охарактеризували як «тиху революцію» декриміналізації в країнах Латинської Америки, Європи та Австралії. Суть цього етапу полягала

у скасуванні кримінальних покарань за особисте зберігання та вживання речовини, що суперечило духу нульової толерантності. Третя хвиля «м'якого відхилення» виникла паралельно та базувалася на русі за медичну марихуану, що розпочався у США. Визначальним прецедентом стало прийняття у 1996 році «Акту про співчутливе використання» в Каліфорнії, який звільнив пацієнтів від кримінальної відповідальності. Цей закон дозволив легальне володіння та вирощування канабісу за наявності письмової рекомендації лікаря, що створило альтернативну правову реальність у межах існуючої заборонної системи. Під тиском фармацевтичного лобі та зростаючого масиву наукових доказів ефективності канабіноїдів, у 1982 р. уряд США ініціював перегляд міжнародного статусу дронабінолу, що стало початком демонтажу тотальної заборони. Цей процес досяг проміжного успіху в 1991 ., коли Комісія ООН з наркотичних засобів (CND) перенесла синтетичний ТГК до Списку II, вперше на офіційному рівні визнавши медичну корисність активного компонента рослини. Остаточна ж легітимізація відбулася у 2020 р. з виключенням канабісу зі Списку IV Єдиної конвенції 1961 р, що ознаменувало фінальну перемогу доказової медицини над застарілими політичними догмами середини ХХ століття [38, с. 29; 43, с. 22–23; 44, с. 17, 28].

Поступовий відхід від політики тотальної заборони став неминучим наслідком розриву між агресивною риторикою про пандемію канабісу та відсутністю об'єктивних наукових доказів її руйнівного впливу. Всесвітня доповідь про наркотики, попри намагання збалансувати політичну доцільність із фактами, фактично визнала провал стратегії контролю, підтвердивши неможливість фізичного обмеження доступності рослини. Ця ситуація проявила глибоку амбівалентність, коли одні країни продовжували суворі репресії, а інші, як-от Уругвай чи окремі штати США, фактично ігнорували міжнародні зобов'язання впроваджуючи регульовані ринки. Така правова невідповідність підірвала довіру до міжнародної системи контролю, поставивши світову спільноту перед вибором: або усунути розбіжності між

висновками конвенції та реальністю, або офіційно переглянути статус канабісу.

3.2. Використання медичного канабісу для реабілітації військових

Особливу увагу на рекреаційне та терапевтичне вживання психотропних речовин звернули військові американської армії, які проходили службу та безпосередньо приймали участь у бойових діях у В'єтнамі. Військові під час проходження служби мали доступ до різних наркотичних речовин, які певною мірою допомагали їм переживати сильні емоційні та фізичні перенавантаження, зокрема серед найпоширеніших речовин були героїн, опіум, алкоголь, амфетамін, барбітурати, марихуана. Наркотичні засоби які використовували військові під час служби мали різний ефект дії та могли використовуватись за різним призначенням, також різними були наслідки з якими зіштовхувались військові опісля тривалого вживання. Наприклад, героїн, алкоголь, амфетаміни та інші речовини мають досить значний деструктивний характер наслідків для організму, зокрема втрату ваги, відсутність сну, дисциплінарні наслідки. У випадках вживання марихуани вона відносилась до більш легкого виду наркотиків, з якими більшість військових була вже знайома до проходження військової служби, в багатьох випадках зазначається, що вживання марихуани відводило військових від вживання більш важких речовин [71, с. 7,8,32-33; 69, с. 492].

В цілому згідно з результатами дослідження, марихуана посідала позицію беззаперечного лідера серед нелегальних психоактивних речовин, які вживали військовослужбовці під час кампанії у В'єтнамі. Враховуючи припущення, що 41% солдатів із досвідом вживання до служби продовжили цю практику, та додавши 28% тих, хто вперше спробував канабіс на місці дислокації, загальний рівень поширеності сягнув майже 69% особового складу. Цей показник поступався лише легальному алкоголю, вживання

якого було масовим і охоплювало 92% військових. Оціночні дані свідчать, що частота використання марихуани вдвічі перевищувала рівень вживання героїну та майже вдвічі переважала показники опіуму. Більше того, популярність цієї рослини була вищою, ніж сукупна частка споживачів усіх інших синтетичних стимуляторів та седативних препаратів, таких як амфетаміни та барбітурати [71, с. 29].

Проте аналіз часових рамок початку вживання наркотичних речовин військовослужбовцями у В'єтнамі виявив, що цей процес зазвичай розпочинався на ранніх етапах служби, часто ще до зіткнення з реальними бойовими діями. Такий ранній старт свідчить про те, що специфічні стресові фактори війни, такі як безпосередня небезпека або переживання втрати побратимів, не були визначальними тригерами для першого вживання наркотиків. Дослідження підтвердило відсутність прямого статистичного зв'язку між фактом вживання та специфікою військових призначень чи рівнем загрози. При цьому більшість споживачів, а саме 62%, досить швидко переходили до регулярного використання речовин із частотою понад раз на тиждень. Ця звичка виявилася тривалою, оскільки три чверті таких регулярних користувачів продовжували вживання протягом понад шести місяців, що становило більшу частину їхнього перебування в зоні конфлікту. Дослідження суб'єктивних мотивів вживання наркотичних речовин військовослужбовцями виявило, що домінуючим позитивним ефектом була ейфорія, про яку повідомив 41% з опитуваних військових. Окрім отримання задоволення, солдати часто вказували на здатність психоактивних речовин полегшувати адаптацію до суворих армійських правил та зменшувати гнітюче відчуття туги за домом і самотності. Важливим фактором також стала можливість подолати нудьгу, депресивні стани та безсоння, що дозволяло суб'єктивно пришвидшити плин часу в умовах служби. Крім того, вживання наркотиків виконувало соціальну та захисну функції, допомагаючи знизити рівень страху та полегшити інтеграцію в колектив побратимів [71, с. 31].

Після завершення в'єтнамської кампанії марихуана залишалася домінуючою нелегальною речовиною серед ветеранів, значно випереджаючи за популярністю важчі наркотики. Статистичні дані свідчать, що її вживали майже половина репатріантів, що вдвічі перевищувало сукупні показники використання опіатів, амфетамінів та барбітуратів. Хоча алкоголь залишався найбільш поширеною проблемою зловживання, суб'єктивна оцінка шкоди від вживання саме канабісу була відносно низькою порівняно з іншими речовинами. Дослідження показало, що ветерани, які продовжували вживати важкі наркотики вдома, найчастіше скаржилися на проблеми з адаптацією та особисті труднощі. Водночас ті військові, які відмовилися від опіатів на користь марихуани, повідомляли про негативні наслідки майже вдвічі рідше, ніж активні користувачі важких наркотиків. Показник скарг у цій групі був порівняно помірним, що вказує на певну замісну функцію цієї рослини в процесі переходу до мирного життя. Таким чином, для частини військовослужбовців марихуана стала менш шкідливою альтернативою, яка дозволила уникнути руйнівного впливу більш небезпечних речовин і полегшити соціальну реінтеграцію порівняно з тими, хто не змінив своїх звичок [71. с. 57, 69].

У звіті «The Vietnam Drug User Returns» автори дотримуються нейтрального епідеміологічного підходу, розглядаючи марихуану не як смертельну загрозу чи медичний засіб, а як поширений соціальний феномен. Військовослужбовці чітко відмежовували цю рослину від «важких» наркотиків, сприймаючи її як буденну речовину, подібну до алкоголю, та вважаючи значно меншим злом порівняно з героїном. Попри широку доступність та масове вживання, дослідження виявило, що саме канабіс відігравав найменшу роль у прогнозуванні проблем із соціальною адаптацією ветеранів порівняно з будь-якими іншими типами наркотиків. Більше того, було зафіксовано ефект спонтанної саморегуляції, коли відмова від опіатів на користь марихуани виконувала для солдатів роль своєрідного «буфера». Ця статистика підтвердила, що така замісна практика супроводжувалася значно

нижчим рівнем проблем у цивільному житті, ніж у тих, хто продовжував вживати важкі наркотичні речовини.

Хоча терапевтичні властивості канабісу були описані у фармакопеях ще за століття до конфліктів у В'єтнамі та Афганістані, сучасні ветерани часто зазнають кримінального переслідування за використання психоактивних речовин як засобу самолікування. Замість отримання належної медичної допомоги, ці військові стають жертвами «війни з наркотиками», потрапляючи під дію несправедливих заборонних законів, що ігнорують медичне підґрунтя. Емпіричні дослідження підтверджують, що значна частина ветеранів страждає від проблем зловживання речовинами внаслідок психічних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), набутого під час реальних бойових дій у В'єтнамі. Таким чином, суспільство фактично карає захисників за природні наслідки війни заради досягнення цілей метафоричної боротьби з наркотиками. Ситуація виглядає ще більш загрозливою у контексті ветеранів Іраку та Афганістану, які схильні до зловживань не лише через ПТСР, але й через поширені черепно-мозкові травми (ЧМТ). На жаль, тягар вирішення цієї проблеми, як у площині кримінального правосуддя, так і в сфері охорони здоров'я, лягає переважно на плечі місцевих громад. Це певною мірою вимагає від місцевих органів влади консолідації зусиль для лобювання виділення додаткових коштів від штатів та федерального уряду, аби забезпечити гідну підтримку ветеранам у процесі їхньої адаптації до мирного життя [69, с. 487].

Особливе занепокоєння у контексті наслідків війни викликає вразливість молодих хлопців, які часто вступали на службу у віці 18 років і зазнавали важких фізичних та психологічних травм, включаючи черепно-мозкові ушкодження та посттравматичний стресовий розлад. Специфіка військового середовища сприяла тому, що багато з них починали вживати різні речовини ще під час служби, а після повернення додому ця звичка трансформувалась у стійку залежність. Дослідження підтверджують, що серед ветеранської популяції існує значний зв'язок між психічними

розладами та зловживанням речовинами, причому показники таких супутніх розладів у основних діагностичних групах коливаються від 21 до 35% [69, с. 501–503].

Важливо зазначити, що учасники бойових дій із ПТСР мають значно серйозніші проблеми зі зловживанням речовинами, ніж ветерани без цього розладу, оскільки існує обґрунтована гіпотеза, що вживання різних наркотичних речовин є певною формою самолікування. У цьому контексті використання марихуани, як найбільш доступної речовини на вулицях, часто стає способом полегшення симптомів ПТСР та фізичного болю. Аналогічна ситуація спостерігається у ветеранів із хронічним болем, де розлади психічного здоров'я тісно корелюють із неконтрольованим вживанням рецептурних ліків або вуличних наркотиків. Ця проблема набуває особливої гостроти стосовно ветеранів сучасних конфліктів в Іраку та Афганістані, які повертаються з комплексом травм, що потребують лікування, а не кримінального переслідування через політично заангажований закон про боротьбу з наркотиками [69, с. 501–503].

Поступове загострення питання використання марихуани військовослужбовцями як засобу самолікування стало каталізатором для перегляду жорстких законодавчих норм, які тривалий час класифікували цю рослину виключно як небезпечний наркотик, ігноруючи реальні потреби ветеранів. Через накопичення об'єктивних наукових даних в багатьох країнах почався плавний перехід до більш лояльної політики щодо наркотичних речовин. Це відкрило шлях для реінтеграції канабісу в офіційну медицину, зокрема для терапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР), фантомних болів та наслідків черепно-мозкових травм. Визнання терапевтичного потенціалу речовини у лікуванні специфічних військових наслідків стало вагомим аргументом проти стигматизації споживачів, чия поведінка була зумовлена прагненням полегшити симптоми недуг. Цей процес докорінно змінив суспільне сприйняття проблеми, трансформуючи упереджене ставлення до споживачів більш схильним до медичної

необхідності. Особливо це стало відчутно коли з реабілітаційним ефектом рослини почали безпосередньо стикатися родини військових і пацієнти, які потребували ефективного знеболення. Гуманітарний аспект допомоги ветеранам став рушійною силою для демонтажу застарілих заборонних механізмів та впровадження регульованого доступу до медичного канабісу.

Посттравматичний стресовий розлад є серйозним станом психічного здоров'я, який виникає як реакція на перенесені травми і становить значно вищу загрозу для військових, ніж для цивільного населення. Сучасні статистичні дані свідчать, що серед ветеранів регулярних військ Збройних сил Канади показники поширеності ПТСР сягають 7,6–13,1%, тоді як у загальній популяції вони варіюються в межах 1,3–5,2%. Цей диспропорційний ризик безпосередньо пов'язаний зі специфікою служби, оскільки абсолютна більшість ветеранів із цим діагнозом, а саме 97%, вказують на військове походження своєї травми. Бойовий досвід часто призводить до глибших негативних змін у когнітивних функціях та емоційному стані, формуючи клінічну картину, відмінну від діагнозу ПТСР у представників цивільного населення. Окрім психологічних симптомів, цей розлад у колишніх військових тісно асоціюється з фізичними проблемами, такими як хронічний біль і респіраторні порушення, а також із розладами сну. Наслідком цих станів стає суттєве зниження задоволеності життям, професійна дезорієнтація та погіршення соціальних стосунків, що вимагає особливого підходу до реабілітації цієї групи пацієнтів [68, с. 31].

Нагальна потреба у ефективному лікуванні серед ветеранів та пацієнтів із тяжкими діагнозами стала каталізатором для проведення тисяч нових досліджень, опублікованих у рецензованих наукових журналах. Цей масив даних підтвердив медичну цінність канабісу в терапії таких серйозних захворювань, як СНІД, рак, глаукома та епілепсія, а також при хронічному болю та неврологічних розладах, включаючи розсіяний склероз і хворобу Паркінсона. Показовим є те, що авторитетне опитування 2013 р. виявило готовність трьох із чотирьох клініцистів рекомендувати медичний канабіс

онкохворим пацієнтам, що свідчить про значні зміни у професійному сприйнятті. Таку позицію підтримали провідні медичні видання, наприклад, «The New England Journal of Medicine» та впливові організації, зокрема Американська асоціація громадського здоров'я. Розвиток наукової бази супроводжувався зростанням спеціалізованих спільнот, таких як Міжнародне товариство досліджень канабіноїдів, чисельність якого за короткий час зросла вдесятеро [72, с.3].

Важливо підкреслити, що сучасні висновки спираються на міцний історичний фундамент, закладений ще у звітах Ла Гуардіа 1944 р. та Комісії Шейфера 1972 р. Протягом останніх 70 років численні урядові доповіді, включно з оглядами Британської Палати лордів та Інституту медицини США, послідовно підтверджували безпеку та ефективність цієї рослини. Додатковим аргументом стали результати досліджень з Нідерландів та Канади, де доступ до терапії був врегульований на державному рівні раніше. Усе це створило беззаперечну доказову базу, яка дозволила переосмислити роль канабісу не як наркотику, а як необхідного лікарського засобу [72, с.3].

Багаторічна статистика Сполучених Штатів засвідчує, що в країні існує мільйонна спільнота ветеранів різних військових кампаній з яких майже 17 млн брали участь у війнах. Серед них понад 1,7 млн ветеранів Другої світової війни, 2,2 млн ветеранів Корейської війни, 7,4 млн ветеранів війни у В'єтнамі, 2,3 млн ветеранів війни в Перській затоці (1990–1991 рр.) та понад 1,3 млн тих, хто служив в Афганістані, Іраку або в обох країнах. Ветеранська спільнота зіштовхнулась з тим, що страждає від непропорційно високого рівня виснажливих захворювань, причини яких часто пов'язані зі службою, проте тривалий час ігнорувалися офіційними структурами. Управління охорони здоров'я ветеранів роками чинило системний опір визнанню причинно-наслідкового зв'язку між участю у бойових діях та розвитком специфічних патологій, змушуючи солдатів десятиліттями чекати на підтвердження шкоди від радіації чи впливу токсичних речовин. Наприклад, солдати, які зазнали радіаційного опромінення під час участі у

випробуваннях зброї в 1950-х і 1960-х роках, були зобов'язані зберігати таємницю. Ті, хто зазнав впливу «Агента Оранж» у В'єтнамі, змушені були чекати десятиліттями, поки VHA визнає, що рак та інші захворювання, від яких вони страждали, були результатом їхньої служби [72, с.4].

Аналогічна ситуація склалася і з доступом до терапії канабісом, який, попри доведену ефективність при хронічному болю, посттравматичних розладах та черепно-мозкових травмах, залишався недоступним у федеральній системі ще п'ятнадцять років після початку легалізації на рівні штатів. Така бюрократична інертність створила штучні бар'єри для реабілітації тих, хто втратив здоров'я під час виконання службових обов'язків, змушуючи їх шукати допомоги поза межами державної системи. Цей досвід має стати для України важливим застереженням та прикладом щодо неприпустимості подібних зволікань у ставленні до ветеранів російсько-української війни. Наша держава повинна уникнути помилок провідних країн, забезпечивши захисникам своєчасний доступ до всіх ефективних методів лікування та реабілітації без ідеологічних упереджень та адміністративних перепон [72, с.4].

Дослідницька служба Конгресу повідомляє, що станом на лютий 2013 р. кількість військовослужбовців США, поранених у боях в Афганістані та Іраку, становила 50 450 осіб. Бойові поранення, які можуть призвести до хронічного болю, включають травми хребта та черепно-мозкові травми. У період з 2000 по 2012 рр. серед діючих військовослужбовців було зареєстровано понад 48 000 випадків черепно-мозкових травм середнього та тяжкого ступеня. Хронічний біль, що часто супроводжує ветеранів внаслідок складних бойових травм хребта, опіків чи дегенеративні захворювання тазостегнового суглоба, вимагає комплексного підходу до терапії, оскільки сам по собі стає виснажливим станом. Хоча опіоїдна терапія залишається поширеним методом знеболення, її застосування часто супроводжується тяжкою нудотою, яка може призвести до критичного виснаження організму

та навіть змусити пацієнтів відмовитися від життєво необхідного лікування [72, с.6].

У цьому контексті канабіс відіграє важливу подвійну роль, забезпечуючи як безпосереднє полегшення больового синдрому, так і ефективний контроль побічних реакцій від прийому опіатів. Використання цієї рослини дозволяє підвищити ефективність традиційних анальгетиків, водночас нівелюючи такі небезпечні симптоми, як блювання та запаморочення, що суттєво покращує загальний стан пацієнта. Важливо зазначити, що натуральний канабіс часто демонструє вищу клінічну ефективність порівняно із синтетичними аналогами, такими як Маринол, завдяки наявності широкого спектру додаткових канабіноїдів, які діють синергічно. Така комбінація сполук забезпечує кращий контроль болю та пом'якшує тривожність, а інгаляційний шлях введення гарантує швидшу дію та меншу кількість побічних ефектів порівняно з пероральними синтетичними препаратами. Нездатність адекватно контролювати больовий синдром може мати трагічні наслідки, провокуючи у ветеранів відчай та суїцидальні нахили через нестерпні фізичні страждання. Забезпечення доступу до ефективних засобів знеболення, включно з канабісом, є критичним фактором, що дозволяє ветеранам функціонувати повноцінно та не переривати необхідні медичні процедури [72, с.6].

Сучасні дослідження переконливо доводять необхідність доступу до терапії канабіноїдами, особливо для ветеранів, які страждають від наслідків бойових травм. Ще в 1997 р. Американське товариство, яке досліджує роботу нейронів дійшло висновку, що речовини, похідні від марихуани, можуть бути корисними для понад 97 мільйонів американців, які щорічно відчувають біль, а звіт Інституту медицини 1999 р. підтвердив потенціал канабісу в лікуванні хронічного болю. Аналіз понад 300 досліджень за період з 1975 по 2009 рр. засвідчив ефективність цих засобів, що є критично важливим для військових, які отримали ортопедичні травми та ампутації. Лише внаслідок операцій в Іраку та Афганістані станом на грудень 2012 р. було проведено 1715

ампутацій, що часто призводить до фантомного болю кінцівок – стану, який вражає від 50 до 80% пацієнтів і може тривати роками. Статистика серед ветеранів США показує, що значна частина з них відчуває цей біль часто: 27% страждають понад 20 днів на місяць, тоді як традиційні методи лікування часто виявляються неефективними. Опитування 5000 ветеранів у 1984 р. виявило, що 78% мали поточний фантомний біль, і лише 1% відчув полегшення від будь-якого лікування, а британське дослідження показало, що 56% ветеранів не отримали допомоги від жодних знеболювальних препаратів [72, с.7].

Клінічні дослідження надають переконливі докази ефективності канабіноїдів у лікуванні хронічного болю, особливо невропатійного походження, що підтверджується результатами понад трьох десятків випробувань. Практика показує, що ці речовини часто діють навіть у тих випадках, коли традиційні опіюїдні анальгетики виявляються безсилими або викликають нестерпні побічні ефекти. Екстракти цільної рослини канабісу демонструють вищу терапевтичну цінність порівняно з ізольованим пероральним тетрагідроканабінолом. Ця перевага пояснюється комплексною дією понад сотні активних компонентів рослини, включаючи канабідіол та канабіхромен, які мають власні протизапальні та знеболювальні властивості. Визнаючи цей потенціал, Міністерство охорони здоров'я Канади ще у 2000-х роках офіційно схвалило використання таких препаратів для полегшення болю при онкологічних захворюваннях та ВІЛ-асоційованій невропатії. Механізм їхньої дії базується на взаємодії як з канабіноїдними рецепторами організму, так і безпосередньо з нейронами, що відповідають за передачу больових сигналів [72. с.6–7].

Звіти авторитетних установ, таких як Інститут медицини, підтверджують фундаментальну біологічну роль канабіноїдів у регулюванні болю та рухових функцій, вказуючи на перспективність цього напрямку. Наукова спільнота дійшла згоди щодо доцільності використання терапії канабісом для широкого спектра пацієнтів, включаючи тих, хто проходить

хіміотерапію, має травми спинного мозку, страждає від післяопераційного болю або ускладнень СНІДу. Враховуючи ці дані, навіть Палата лордів Британії закликала до забезпечення легального доступу до такої терапії за рецептом лікаря, визнаючи її значущість для сучасної медицини [72, с.6–7].

Канабіс та його активні компоненти демонструють винятковий потенціал у лікуванні нейродегенеративних захворювань і рухових розладів, забезпечуючи захист мозку та центральної нервової системи від ушкоджень. На відміну від інших відомих ліків, канабіноїди пропонують унікальне поєднання антиоксидантних, протизапальних та нейропротекторних властивостей, що підтверджено понад сотнею наукових публікацій. Дослідники встановили, що ці речовини здатні уповільнювати прогресування таких тяжких станів, як хвороба Альцгеймера, Паркінсона та бічний аміотрофічний склероз, які часто розвиваються внаслідок травм. Це робить терапію особливо актуальною для ветеранів, оскільки канабіноїди допомагають полегшити наслідки інсультів, травм спинного мозку та черепно-мозкових травм. Дослідження 2013 р. показали, що активні хімічні речовини рослини можуть зменшити вплив серйозних пошкоджень мозку та навіть сприяти виживанню пацієнтів із тяжкими травмами голови. Ефективність такої терапії зумовлена взаємодією з ендогенною канабіноїдною системою людини, яка регулює фізіологічні процеси та контроль рухів через рецептори у мозку. Оскільки окислювальний стрес є ключовою ознакою багатьох неврологічних розладів, антиоксидантна дія канабіноїдів, зокрема канабідіолу (КБД), відіграє критичну роль у захисті нейронів від руйнування. Окрім того, нові дані свідчать про здатність цих сполук контролювати ріст нових нервових клітин та зменшувати запалення, що відкриває нові горизонти в медицині. Канабіс може стати джерелом найбільш ефективних методів лікування неврологічних розладів, від яких страждають мільйони ветеранів [72, с.23–25].

За даними Інституту медицини, наявні сьогодні анальгетичні засоби демонструють обмежену ефективність при певних типах болю, а їхнє

застосування часто лімітується розвитком толерантності та залежності. Традиційна терапія опіоїдами здійснюється такими ліками як морфін (Avinza, Oramorph), кодеїн (Dolacet, Hydrocet, Lorcet, Lortab) чи оксикодон (Vicodin, Oxycontin, Roxicodone, Percocet, Roxicet); пропоксифен (Darvon, Darvocet) і трамадол (Ultram, Ultracet). Ці ліки можуть викликати психологічну та фізичну залежність, а також запор, запаморочення, легке запаморочення, зміни настрою, нудоту, седативний ефект (сонливість), задишку та блювання. Прийом високих доз або змішування з алкоголем може сповільнити дихання, що є потенційно смертельним станом. Ситуацію ускладнює призначення міорелаксантів, наприклад Robaxin та Flexeril, які, окрім полегшення симптомів, можуть викликати тяжкі побічні реакції, від судом і галюцинацій до порушень серцевого ритму та ураження печінки. Для боротьби з нудотою, спричиненою цими препаратами, пацієнтам часто додають протиблювотні засоби, такі як Zofran чи Reglan, які, у свою чергу, провокують зміни електричної активності серця та тривожні стани. Додаткове навантаження створюють бензодіазепіни на кшталт Valium, Sinequan, Vistaril Ativan та Xanax, що використовуються для боротьби з тривогою, але призводять до амнезії та важких симптомів відміни при різкому припиненні прийому. Такий підхід змушує ветеранів приймати складний комплекс препаратів, де одні ліки призначаються для усунення побічних ефектів інших, створюючи замкнене коло виснаження організму [72, с.27].

На противагу цьому значному фармакологічному навантаженню, ліки на основі канабісу пропонують «чисту» терапевтичну альтернативу з доведеним профілем ефективності та безпеки. Використання канабіноїдів дозволяє уникнути критичних ризиків, пов'язаних із пригніченням дихання чи токсичним ураженням життєво важливих органів, які притаманні традиційним синтетичним анальгетикам. Крім того, менша кількість побічних ефектів робить цю терапію більш прийнятною для тривалого лікування хронічних станів, забезпечуючи кращу якість життя пацієнтів.

Розповсюдження практики використання канабісу в медичних цілях, зокрема для реабілітації ветеранів, знаходить переконливе підтвердження в досвіді Ізраїлю, який слугує зразком лояльної державної політики та ефективного юридичного регулювання. Ця країна схвалила медичне використання канабісу ще у 1992 р., що дозволило їй швидко стати світовим центром наукових досліджень та розробки інноваційних продуктів. На сьогодні понад 50 лабораторій у провідних університетах та академічних установах Ізраїлю активно проводять дослідження у цій сфері. Ґрунтовна наукова база спонукала державу до впровадження унікальних реформ, які виокремлюють регулювання канабісу серед інших підходів до різних наркотичних засобів [36, с. 9–10].

Виконання законодавства покладено на спеціалізований підрозділ Міністерства охорони здоров'я – Ізраїльське агентство з медичного канабісу (ІМСА). Для координації дій агентство сформувало комітет у співпраці з поліцією та міністерствами економіки й сільського господарства, який очолив видатний науковець професор Мешулам. ІМСА має повноваження видавати ліцензії на всі етапи виробництва, включаючи вирощування, екстракцію, пакування та дистрибуцію. Окрім цього, агентство відповідає за авторизацію кваліфікованих лікарів, які отримують право виписувати препарати пацієнтам із сильним болем та іншими тяжкими симптомами. Важливо зазначити, що лікування інших захворювань також можливе в умовах стаціонару в рамках клінічних випробувань. Ефективність цієї моделі підтверджується статистикою, адже станом на 2017 р. близько 40 000 пацієнтів вже отримували необхідну терапію. Цей підхід конкретно демонструє, що науково обґрунтована державна стратегія дозволяє легалізувати доступ до важливих ліків, зберігаючи при цьому необхідний контроль та формуючи до цього правильне суспільне відношення [36, с. 9–10].

Досвід провідних країн світу демонструє нагальну необхідність створення прозорого законодавчого поля для культивування та дослідження

канабісу, що відображає перехід від ідеологічних упереджень до наукової усвідомленості та відповідальності держави за здоров'я громадян. Історична ретроспектива від війни у В'єтнамі до сучасних конфліктів засвідчує, що за відсутності легального регулювання ветерани змушені звертатися до неконтрольованого «чорного ринку» для самолікування ПТСР та бойових травм, тоді як заборонна політика держави фактично криміналізує їхні спроби полегшити страждання. Накопичена наукова база переконливо доводить, що ліки на основі канабісу є ефективнішою та безпечнішою альтернативою важким опіоїдним анальгетикам, оскільки вони мають значно менше побічних наслідків та нижчий ризик формування залежності. Врегулювання юридичного статусу медичного канабісу стає індикатором зрілості внутрішньої політики, яка має обирати між ігноруванням проблеми, що живить нелегальний обіг, та забезпеченням пацієнтів, насамперед ветеранів, доступом до перевірених засобів реабілітації. Саме тому можна стверджувати, що створення безпечного простору для виробництва та використання цих препаратів є не лише питанням медицини, а й моральним обов'язком суспільства, яке визнає доказову ефективність терапії у відновленні якості життя захисників.

Нині вживання канабісу є досить поширеним явищем серед канадських ветеранів, адже 47% з них використовують цю речовину постійно протягом року або довше. Державна підтримка реалізується через Міністерство у справах ветеранів Канади, яке відшкодовує вартість до 3 грамів медичного канабісу на день, а за наявності спеціального схвалення лікаря цей ліміт може бути розширений до 10 грамів. Після легалізації рекреаційного канабісу у 2018 р. обсяги фінансування цієї програми суттєво зросли, збільшившись з 51 млн доларів у 2017–2018 рр. до 168 млн у 2022–2023 фінансовому році [68, с. 31].

Статистичні дані свідчать, що особи з посттравматичним стресовим розладом вдаються до вживання канабісу вдвічі частіше за інших, часто використовуючи його як інструмент для самолікування та тимчасового

полегшення симптомів. Наукові дослідження демонструють неоднозначний вплив цієї речовини: з одного боку, фіксується миттєве зниження симптоматики, а з іншого – існує кореляція між хаотичним вживанням та тяжчим перебігом розладу у довгостроковій перспективі. Проте важливо чітко розмежовувати рекреаційне використання, яке часто пов'язане з погіршенням стану, та контрольоване медичне застосування, що демонструє позитивні результати. Зокрема, медичний канабіс та його синтетичні аналоги сприяють покращенню якості сну, зниженню рівня тривожності та депресії, а також можуть слугувати безпечнішою альтернативою традиційним антидепресантам. Ефективність терапії значною мірою залежить від способу вживання, дозування та хімічного складу препаратів, що пояснює розбіжності в результатах різних наукових праць. Водночас неконтрольоване вживання несе ризики формування залежності, особливо серед вразливих груп ветеранів, що підкреслює необхідність професійного нагляду. Саме тому підхід до лікування нервових розладів чи ПТСР канабісом потребує серйозної відповідальності та усвідомлення, що ці ліки мають очевидний ефект дії [68, с. 31–32].

Сучасні наукові дослідження 2025 р. аналізують стан ветеранів та виявляють явну невідповідність між суб'єктивним сприйняттям пацієнтів та об'єктивними медичними показниками щодо вживання канабісу при ПТСР. Більшість військових, які використовують цю речовину, повідомляють про її корисність та відчутне полегшення свого стану, що підтверджується даними численних опитувань. Водночас клінічні інструменти вимірювання часто не фіксують значущого зниження загальної тяжкості розладу у користувачів порівняно з тими, хто не вживає канабіс. Дослідники вказують, що валідовані інструменти, такі як PCL-5 (який оцінює симптоми за останній місяць), не призначені для виявлення короткострокових ефектів, і пропонують у майбутньому використовувати методи оцінки «в моменті». Найбільш вірогідним поясненням цього феномену є те, що канабіс забезпечує ефективне тимчасове полегшення гострих симптомів, але не впливає на

довгострокову тяжкість захворювання. Це означає, що в короткостроковій перспективі ветеран дійсно відчуває покращення, що мотивує його схвальні відгуки, проте системного лікування самої природи травми не відбувається. Така динаміка узгоджується з висновками про те, що канабіс ефективно знімає симптоматику в моменті, але не змінює клінічну картину у тривалому вимірі. Тому стандартні методи діагностики, орієнтовані на довготривалий стан, можуть просто не фіксувати цих короткочасних позитивних ефектів, які є важливими для якості життя пацієнта. Отже, попри суб'єктивну користь, на даному етапі наука підтверджує переважно короткострокову дієвість засобу без помітного впливу на глобальний перебіг ПТСР у довгостроковій перспективі [68, с. 40–41].

У підсумку можна зазначити, що багаторічний досвід та численні наукові спостереження вказують на значний потенціал використання канабісу ветеранами, особливо для полегшення фізичного болю та покращення якості сну. Самі військові часто повідомляють про суб'єктивне відчуття зниження тривожності та загальне полегшення психологічного стану після вживання препарату. Втім, новітні та більш точні дослідження виявляють важливий нюанс: хоча речовина ефективно знімає гострі симптоми в моменті, вона не завжди демонструє помітний вплив на лікування глибинної причини посттравматичного стресового розладу в довгостроковій перспективі. Така розбіжність пояснюється тим, що стандартні методи діагностики фіксують лише загальний стан за тривалий час, пропускаючи повз увагу короткочасні епізоди покращення, які є критично важливими для пацієнта. Це свідчить про те, що канабіс діє скоріше як засіб швидкого реагування на симптоми, аніж як єдиний інструмент для повного зцілення від травми, що краще дає зрозуміти природу цього методу лікування. Саме тому наукова спільнота наголошує на необхідності подальшому проведенні нових, тривалих досліджень, які зможуть чітко розмежувати миттєвий терапевтичний ефект та реальну динаміку одужання.

РОЗДІЛ 4

УКРАЇНСЬКИЙ ДОСВІД МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ КАНАБІСУ

В Україні традиція вирощування та вдосконалення конопель сягає своїм корінням у глибоку давнину, пройшовши шлях від промислового використання до створення потужної наукової бази світового рівня. Прикладом наукового підходу стала діяльність науковців у місті Глухів Сумської області, де у 1931 р. на базі Української дослідницької станції прядильних культур був заснований Інститут луб'яних культур. У радянські часи ця наукова установа була відома під назвою всесоюзний науково-дослідний інститут луб'яних культур (ВНДІЛК). Вона вважається однією з найстаріших наукових установ України. Вже з 1992 р. ВНДІЛК перейменувався та має назву Інститут луб'яних культур Української академії аграрних наук.

Протягом десятиліть фахівці інституту працювали над підвищенням врожайності рослин, покращенням якості волокна та адаптацією культури до різних кліматичних умов. Завдяки їхній кропіткій праці було накопичено унікальний генетичний банк насіння та розроблено передові аграрні технології, які дозволили Україні посісти провідне місце у цій галузі. Саме в інституті луб'яних культур вперше у світовій практиці було створено унікальні сорти посівних конопель, у яких вміст психотропних речовин був знижений до повної відсутності наркотичної активності. Це відкриття стало основою для створення сучасних стандартів промислового коноплярства, якими сьогодні користуються селекціонери в усьому світі. Відкриття сортів коноплі з мінімальною кількістю ТГК дозволило чітко розмежувати технічні культури та рекреаційну коноплю, відкривши шлях до безпечного використання цієї цінної рослини в медицині, текстильній промисловості та навіть будівництві.

Після реорганізації закладу 18 квітня 1944 р. науковці Інституту луб'яних культур НААН продовжили плідну селекційну роботу, їм вдалося

суттєво збільшити продуктивність культури за рахунок акліматизації південних форм та підвищення вмісту волокна у стеблах. Також варто зазначати, що технологічним досягненням стало створення одностомової форми конопель, що дозволило значно зменшити енерговитрати на вирощування та повністю механізувати збиральні процеси, замінивши важку ручну працю машинами. Одним з головних наукових проривів стала розробка перших сортів із повною відсутністю ТГК, що як раз підпадав під заборону. Це дозволило зняти заборону на культивування та повернути цю цінну технічну культуру у глобальне виробництво. Ці сорти, які не містять психоактивного компоненту зараз занесені до офіційних реєстрів Європейського Союзу та Канади, а їхнє насіння активно висівають у Франції, Чехії, Австралії, Німеччині та інших країнах. Паралельно з біологічними успіхами, фахівці розробили передові технології первинного перероблення сировини та впровадили інструментальні методи оцінки якості, що забезпечило об'єктивність стандартизації луб'яних культур. Такий комплексний науковий підхід, що розвивався десятиліттями, закріпив за українською школою коноплярства статус одного з лідерів на світовій арені [7, с. 190–200].

З прийняттям Єдиної конвенції про наркотичні речовини 1961 р. радянська Україна також входила в перелік країн яка підписала цей міжнародний документ. Це значною мірою поставило під загрозу уся конопляну галузь. З огляду на необхідність збереження лідируючих позицій конопель у сільському господарстві було прийнято рішення про кардинальну зміну напрямку селекційної роботи. Перед науковцями Інституту луб'яних культур було поставлено завдання знизити наркотичну активність рослин, встановивши граничний поріг вмісту активної речовини не більше 0,3%. Для цього група молодих учених: Горшкова Л., Сорока В., Сажко М., Бородіна К, Вировець В., Щербань І. під керівництвом Г. Сенченка, розробила унікальну програму, адаптувавши складні лабораторні методи для масового аналізу тисяч рослин. Ключовим інноваційним кроком стало впровадження експрес-

методу оцінки рослин ще до початку цвітіння, що дозволило контролювати запилення і відбирати лише безпечні екземпляри. Завдяки цим дослідженням вдалося не лише прискорити селекційний процес, а й стабілізувати популяції рослин із мінімальною, а згодом і повною відсутністю психоактивних компонентів. Цей науковий прорив дозволив створити абсолютно нові сорти в яких вже активна речовина не потрапляла під заборону, ці методи виведення залишаються ефективними й донині [29, с. 9–10].

У результаті досліджень, проведених вченими Інституту луб'яних культур НААН у 1973 р., було накопичено значний обсяг емпіричних даних для створення нових сортів конопель, вільних від ТГК. Головним завданням того часу було подолання психоактивності рослин та досягнення рівня ТГК менше 0,2% відповідно до законодавчих вимог. Отримані результати засвідчили, що частка елітних рослин із нульовим вмістом ТГК варіювала від 0 до 58,2% серед дводомних форм та від 0,9 до 6,1% серед однодомних, тоді як у окремих гібридів цей показник сягав 46,4%. Протягом 1974–1976 рр. науковці продовжили роботу, розширивши оцінку канабіноїдного профілю, який тепер включав не лише ТГК, а й канабідіол (КБД) та канабінол. Такий підхід виявився вірним, адже дослідники встановили тісний кореляційний зв'язок між КБД і ТГК, дійшовши висновку про необхідність одночасного зниження обох сполук у процесі селекції. Завдяки цьому системному підходу вдалося закріпити бажані властивості на генетичному рівні. Успішним підсумком першого етапу цієї роботи стала офіційна реєстрація у 1980 р. перших сортів середньоєвропейського типу зі зниженим вмістом психотропних речовин — ЮСО 14 та ЮСО 16. За 5–7-річний період випробувань селекціонери продовжували роботу над зниженням психоактивної дії, тому вміст ТГК у сорту ЮСО 14 за даними конкурсного сортовипробування у 1978 р. склав 0,08% (КБД – 2,43%), а сорту ЮСО 16 – 0,12% (КБД – 3,02%), за даними 1979 р. – 0,08 (2,65) і 0,18% (2,51%) відповідно. На момент реєстрації вміст ТГК становив 0,07 у ЮСО 14 і 0,08% у ЮСО 16 [19, с. 148, 150, 153].

Фундаментальні досягнення науковців Інституту луб'яних культур НААН стали історичним переломним моментом, що дозволив реабілітувати коноплярство та врятувати цю аграрну галузь від занепаду не лише в Україні, а й на глобальному ринку. Створення унікальних сортів з мінімальною кількістю ТГК закріпило за нашою державою статус історичного спадкоємця та беззаперечного світового лідера, чий успішний досвід став доказом можливості безпечного культивування цієї рослини для інших країн. Окрім відновлення промислового потенціалу, цей науковий прорив заклав міцну основу для новітніх медичних досліджень, відкривши шлях до виведення терапевтичних сортів із високим лікувальним потенціалом. Завдяки праці українських селекціонерів коноплі повернули собі втрачене місце у світовій фармакопеї, трансформуючись із забороненого об'єкта у цінний та безпечний ресурс сучасної медицини.

Починаючи з 1961 р. Україна пройшла тривалий і складний шлях задля відновлення конопляної галузі, що вимагало фундаментальних змін передусім на юридичному та законодавчому рівнях. Всередині держави відбувалися поетапні трансформації, спрямовані на юридичну реабілітацію статусу канабісу, яскравим прикладом чого стало прийняття урядових постанов, що почали збалансовувати вітчизняні норми з потребами сучасної економіки. Постійне зростання наукової бази та успіхи селекціонерів стали каталізатором цих процесів, адже вони надали законодавцям докази безпечності промислових сортів. Сьогодні ці зміни відбуваються в унісон із глобальною хвилею легалізації та декриміналізації, яка демонструє світу явні позитивні результати у вигляді суттєвого зменшення обігу злочинного «чорного ринку» та, в окремих випадках, його повного витіснення легальним сектором. Такий виважений державний контроль також сприяє зниженню ризиків вживання речовин серед неповнолітніх та психічно вразливих верств молоді, захищаючи їх від несвідомого досвіту який часто буває травматичним, що є неминучим в державі де це питання не контролюється [27, с. 1, 5].

Наукові спостереження фіксують суттєву відмінність між впливом натуральних та штучних канабіноїдів, чітко вказуючи на значно вищу безпеку лікарських засобів саме рослинного походження. Використання синтетичних замінників, на противагу природним, супроводжується високим ризиком виникнення тяжких побічних реакцій, серед яких дослідники виділяють небезпечні психози, серцеві розлади, епілептичні напади та глибокі стани інтоксикації. Така динаміка підтверджує значну шкоду штучних сполук для здоров'я людини, адже саме їх вживання дедалі частіше призводить до критичних станів, що потребують негайного втручання лікарів невідкладної допомоги. Початок ХХІ ст. ознаменувався появою на ринку нових психоактивних речовин, зокрема синтетичних агоністів канабіноїдних рецепторів під назвами «спайс» та «K2», хімічна структура яких суттєво відрізнялася від природного ТГК. Паралельно із цим процесом та загальним демографічним ростом дослідники зафіксували значне збільшення кількості споживачів традиційного канабісу, чисельність яких до 2015 р. зросла майже на третину і сягнула 183 млн осіб. Хоча географія вирощування цієї культури в період 2010–2015 рр. охоплювала 135 країн світу, об'єктивна наукова оцінка реальних масштабів виробництва залишається ускладненою через відсутність систематичних кількісних даних у цій сфері [34, с. 47].

Участь України у міжнародній конференції та прийняття Єдиної конвенції 1961 р. стала історичною межею, що поклала початок впровадженню суворих міжнародних норм контролю над обігом канабісу на теренах республіки. До цього моменту рослина сприймалася суспільством та державою передусім як цінна технічна культура, і ніхто не розглядав її крізь призму наркотичної загрози. Однак нові юридичні зобов'язання призвели до парадоксальних наслідків: замість порядку вони спровокували переслідування професійних селекціонерів і аграріїв, а також сприяли формуванню тіньового ринку. Участь України у міжнародній конференції 1971 р. з прийняття протоколу про психотропні речовини стала визначальним етапом, що закріпив курс на сувору заборону та чітку класифікацію

психоактивних компонентів на рівні державного законодавства. Це рішення сформувало довготривалий вектор української наркополітики, яка розглядала канабіс виключно як загрозу, ігноруючи його властивості як лікарської рослини. Ці правові бар'єри на десятиліття унеможливили проведення повноцінних наукових та фармацевтичних досліджень, що в свою чергу призвело до стагнації у вивченні та реалізації медичного потенціалу канабісу в Україні [27, с. 1, 5; 46, с. 1].

Наступними кроками в Україні стали два фундаментальні міжнародно-правові документи, які стали основою глобальної системи контролю за обігом речовин. Вони чітко демонстрували еволюцію участі України в цьому процесі від радянських часів до періоду незалежності. Ще перебуваючи у статусі УРСР держава долучилася до Конвенції ООН 1988 р., яка мала виразний кримінально-правовий характер і зосереджувалася на жорсткій боротьбі з міжнародним наркотрафіком. Цей документ, ратифікований за кілька місяців до проголошення незалежності, давав чітке визначення рослини канабіс та зобов'язував криміналізувати її культивування й зберігання навіть для особистих потреб, вимагаючи безальтернативних заходів викорінювання. Вже як суверенна держава, Україна у 2000 р. свідомо посилила свої зобов'язання, приєднавшись до Протоколу 1972 р., що модернізував та зробив значно суворішою попередню Єдину конвенцію. Нові норми розширили повноваження контролюючих органів та прямо вказували на необхідність повної заборони культивування конопель, якщо це доцільно для охорони здоров'я, а також вимагали негайного арешту та знищення будь-яких незаконних посівів. Така послідовна інтеграція у найжорсткішу міжнародну систему створила міцний юридичний фундамент, який на десятиліття закріпив каральну модель наркополітики в національному законодавстві. Фактично, ці зобов'язання блокували будь-які спроби лібералізації або проведення наукових досліджень рослини, надовго відтягнувши розвиток медичного використання канабісу в країні [27; 16].

Аналіз еволюції українського законодавства після 2000 р. дозволяє простежити чітку тенденцію до поступового пом'якшення державної політики стосовно канабісу, яка трансформувалася від суворих заборон до більш виваженого регулювання. Важливим етапом цього процесу стало прийняття у 2012 р. урядової Постанови № 800, яка офіційно дозволила культивування промислових конопель за умови, що вміст психоактивного компонента ТГК не перевищує 0,08%. Наступним знаковим кроком у 2021 р. стала Постанова № 324, яка вивела з-під державного контролю ізольований канабідіол, а саме в тексті згадувались конкретні препарати «Nabilone» (синтетичний канабіноїд, імітуючий дію ТГК) та «Nabiximols» (стандартизований екстракт канабісу з однаковим вмістом ТГК та канабідіолу) фактично легалізувавши використання канабідіолів. Ці законодавчі зміни свідчили про перехід до більш свідомого та прагматичного підходу, особливо в контексті медично-терапевтичного застосування, адже наукова база доказів ефективності канабісу як лікарського засобу постійно зростала, зокрема для реабілітації ветеранів. Україна, реагуючи на глобальні тенденції та потреби власного суспільства, не могла залишатися осторонь цього процесу, поступово адаптуючи своє правове поле для впровадження сучасних медичних практик [23; 24; 25, с. 1, 14, 18].

Історія законодавчих ініціатив щодо легалізації медичного канабісу в Україні в цілому бере свій початок ще з 2015 р., коли перед суспільством постала необхідність правового врегулювання цього питання. Протягом наступних років до Верховної Ради було подано низку альтернативних документів, серед яких варто виділити законопроект № 1801 від 20 січня 2015 р. та його доопрацьовану версію № 1801-д від 14 липня 2015 р. Подальші спроби знайти законодавчий консенсус відобразилися у проектах № 4533 від 2016 р. та № 5596 від 13 липня 2021 р., кожен з яких пропонував власні механізми регулювання ринку. Втім, саме з початком повномасштабного російського вторгнення ця проблема набула надзвичайної

гостроти та актуальності, вимагаючи від держави невідкладних рішень для забезпечення медичних потреб населення [33, с. 135].

На основі аналізу наданих нормативно-правових актів можна відтворити хронологію та зміст ключових законодавчих змін, що забезпечили процес легалізації медичного канабісу в Україні. У 2021 р. активізувалася робота над законодавчою базою, зокрема, законопроект № 5596, який розглядався Комітетом Верховної Ради з питань здоров'я нації 30 червня 2021 р., мав на меті вперше врегулювати обіг конопель у медичних та наукових цілях, проте він став лише підґрунтям для подальших змін. Вирішальним кроком стало прийняття Закону України № 3528-IX від 21 грудня 2023 р., який легалізував обіг рослин роду коноплі для медичних, навчальних та наукових цілей, розмежувавши поняття медичних та промислових конопель за вмістом ТГК та дозволивши використання рослинної субстанції канабісу для виробництва ліків.

На виконання цього закону 24 травня 2024 р. Кабінет Міністрів прийняв Постанову № 653, якою вніс критично важливі зміни до переліку наркотичних засобів: канабіс, його смолу та екстракти було перенесено зі списку заборонених речовин до списку речовин з обмеженим обігом, а також встановлено, що з 2027 р. граничний вміст ТГК для промислових конопель зросте до 0,3%. Для забезпечення суворого державного контролю та відслідковування 25 липня 2024 р. Постановою № 857 було затверджено Положення про електронну інформаційну систему обліку, яка фіксує всі операції з медичними коноплями – від вирощування насіння до відпуску ліків пацієнту. Закон № 3528-IX офіційно набрав чинності 16 серпня 2024 р., відкривши доступ пацієнтів до необхідного лікування виключно за електронним рецептом та встановивши жорсткі ліцензійні вимоги до культивування, включаючи цілодобовий відеонагляд та доступ Нацполіції до цих даних. Варто зазначити, що паралельно з цим Офіс ефективного регулювання (BRDO) ще у 2021 р. наголошував на необхідності дерегуляції та гармонізації законодавства у цій сфері, що підтверджує системний

характер проведеної реформи. Саме це послідовне прийняття цих нормативних актів створило правове поле, де медичне використання канабісу стало можливим, контрольованим та прозорим [21, с. 27; 14; 22; 26; 28; 33].

Україна пройшла складний шлях до початку повноцінного дослідження канабісу з медичної точки зору, подолавши тривалий період суворих юридичних обмежень заради поступового пом'якшення державної політики. Рушійною силою цих змін стала гостра необхідність у забезпеченні доступу до ефективних ліків, особливо для українських ветеранів, які пройшли через важкі бойові випробування та потребують якісної реабілітації. За відсутності препаратів на основі канабісу захисники змушені вдаватися до важкої фармакології, побічні ефекти якої виснажують організм і нервову систему, вимагаючи прийому нових медикаментів для їх нейтралізації. Ухвалюючи рішення про законодавче врегулювання, Україна спирається на багатий закордонний досвід, адже у багатьох країнах світу, таких як Канада, США, Австрія, Бельгія, Чехія, Данія, Хорватія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Ірландія, Люксембург, Нідерланди, Португалія, Словаччина, Іспанія, Швеція, Швейцарія, Великобританія, Таїланд, Корея, Польща тощо медичне використання цієї рослини вже давно врегульоване законом. Світова практика демонструє різні підходи – від дозволу на продукти з обмеженим вмістом канабіноїдів до вільного обігу за рецептом, що підтверджує глобальну тенденцію до реабілітації конопель. Це стає можливим завдяки тому, що наукові розробки з вивчення лікарських властивостей рослини ніколи не припинялися, надаючи переконливі докази її терапевтичної цінності [32, с. 407].

На сучасному етапі розвитку конопляної галузі в Україні лише незначна кількість підприємців, а саме 62 ліцензовані суб'єкти, мають можливість займатися культивуванням цієї культури. Курс на спрощення бюрократичних процедур та створення прозорих умов господарювання, обґрунтований у аналітичних напрацюваннях BRDO, покликаний усунути тиск правоохоронних органів та суттєво розширити коло учасників ринку.

Збільшення кількості таких підприємств не лише сприятиме економічному зростанню та розширенню посівних площ, але й стане фундаментом для збагачення наукової бази медичної сфери, відкриваючи нові можливості для використання канабісу в лікуванні хронічних хвороб. Ця трансформація в значній мірі дозволить державі впевнено інтегруватися у світові процеси легалізації, де прогнозується стрімке зростання ринку до трильйонних показників уже в найближчому десятилітті [30, с. 115–116].

Закон України «Про публічні закупівлі» тривалий час обмежував розробку нових наркотичних засобів виключно рамками державного замовлення, проте із прийняттям нових законодавчих ініціатив, зокрема проєкту № 7457, ця сфера зазнала суттєвої лібералізації. Відтепер право на здійснення такої діяльності отримали суб'єкти господарювання різних форм власності, включно з приватними науковими установами, за умов наявності відповідної ліцензії. Попри відкриття ринку, законодавство встановило жорсткі механізми контролю, що охоплюють увесь ланцюжок обігу – від культивування до кінцевого споживача. Зокрема, передбачено суворе квотування, яке включає нульову квоту на імпорт сировини до 2033 р., що має на меті стимулювання саме вітчизняного виробництва, хоча й відтерміновує появу українських ліків через тривалість клінічних досліджень та реєстрації [33, с. 137–138].

Ключовим елементом нової системи стала повна простежуваність продукції, яка забезпечується маркуванням унікальними штрих-кодами кожної партії та веденням електронного реєстру обліку переміщення рослин. Важливим історичним зрушенням є те, що роздрібний відпуск таких препаратів здійснюватиметься виключно в ліцензованих аптеках за електронним рецептом, що мінімізує ризики зловживань та забезпечує прозорість процесу лікування. Таким чином, держава намагається знайти баланс між розширенням доступу пацієнтів до необхідної терапії та збереженням суворого нагляду за обігом підконтрольних речовин, уникаючи при цьому надмірного адміністративного тиску на бізнес [33, с. 137–138].

Спираючись на міжнародний досвід всесвітня організація охорони здоров'я після ретельного аналізу наукових досліджень дійшла висновку, що канабідіол є природним канабіноїдом, який не призводить до наркотичного сп'яніння, не викликає залежності та не має серйозних побічних ефектів, володіючи при цьому значним терапевтичним потенціалом. Міністерство охорони здоров'я України підтверджує, що такі препарати ефективні при лікуванні понад 50 патологічних станів, серед яких епілепсія, розсіяний склероз, хвороби Паркінсона та Альцгеймера, онкозахворювання, хронічний біль і ПТСР. Проте, незважаючи на задекларовану допомогу захисникам, автори досліджень виділяють як основну проблему те, що наразі ні Законом, ні підзаконними актами не передбачено конкретних державних програм безоплатного забезпечення ветеранів ліками на основі канабісу для терапії посттравматичних розладів. На даному етапі в правовому полі фактично діє суворий принцип: «маєш підстави – купи, не маєш – кримінальна відповідальність», що залишає фінансовий тягар лікування на самих пацієнтах [35, с. 1, 3–4].

Грунтуючись на комплексному аналізі доказової бази, викладеному в українській науковій літературі, можна стверджувати про значний терапевтичний потенціал медичного канабісу в лікуванні патологічних станів, найбільш характерних для військових та ветеранів. Особливу увагу дослідники приділяють проблемі хронічного болю, зокрема невропатичного генезу, де канабіноїди демонструють високу анагетичну ефективність, стаючи рятівною альтернативою у випадках резистентності до традиційних знеболювальних засобів. Центральне місце в огляді посідає терапія посттравматичного стресового розладу, розвиток якого безпосередньо пов'язаний з переживанням екстремальних бойових подій. У цьому контексті канабіс розглядається як дієвий інструмент для зниження рівня стресу, психологічної напруги та зменшення частоти нав'язливих спогадів, що виснажують психіку. Особливої уваги заслуговує здатність сполук канабісу проявляти нейропротекторні властивості, що є критично важливим фактором

при лікуванні наслідків черепно-мозкових травм. Ці речовини сприяють обмеженню неврологічних пошкоджень та активізують процеси відновлення мозку після механічних ударів та контузій. Значна частина досліджень присвячена терапії супутніх розладів, таких як тривожність і депресія, де канабіноїди виявляють стабілізуючий вплив на емоційний стан та зменшують вираженість симптоматики. Також детально розглядається корекція розладів сну, оскільки застосування препаратів на основі канабісу покращує його якість та скорочує час засипання, що є необхідною умовою для фізичного відновлення захисників. Важливим аспектом є те, що медичний канабіс може слугувати ефективним інструментом замісної терапії для подолання залежності від опіоїдів та алкоголю. Такі залежності нерідко виникають у пацієнтів як наслідок тривалого медикаментозного лікування больового синдрому або спроб самолікування психологічних травм [31, с. 7, 30, 35, 42, 43, 50].

Наразі в Україні спостерігається тривожна тенденція, пов'язана зі зловживанням рецептурним препаратом «Прегабалін», який був схвалений у 2004 р. для лікування епілепсії та болю, але швидко набув статусу небезпечного «аптечного наркотику». Дослідження проведене Микитою Лапіним та Мариною Шевченко висвітлює масштаб цієї проблеми та вказує на те, що військові часто використовують цей засіб для самолікування стресових станів та фізичних наслідків бойових дій, попри серйозні ризики для здоров'я. Особливу небезпеку становить поширене поєднання прегабаліну з іншими речовинами, такими як алкоголь, опіоїди чи бензодіазепіни, що створює критичне навантаження на і без того виснажену психіку та організм військовослужбовців, значно підвищуючи ризик летальних випадків. Історія питання демонструє, що перші повідомлення про адиктивний потенціал препарату з'явилися ще у 2005 р., у 2006–2008 рр. у Європі були зафіксовані перші випадки зловживання та перший смертельний випадок із виявленням прегабаліну в крові, а у 2010 р. були діагностовані перші розлади, пов'язані з вживанням прегабаліну. Згодом поширеність

зловживання прегабаліном почала стрімко зростати в усіх вікових групах у країнах по всьому світу, зокрема в Данії, Іспанії, Німеччині, Португалії, Сербії, Франції, Швеції та інших країнах Європейського Союзу, Австралії, Алжирі, Великій Британії, Ізраїлі, Йорданії, Новій Зеландії, Саудівській Аравії, Судані, Сполучених Штатах, Туреччині, Швейцарії та Японії. В українських реаліях, попри формальний рецептурний статус, прегабалін залишається загально доступним через нелегальні канали збуту та недобросовісні аптеки, що підтверджується численними журналістськими розслідуваннями та судовою практикою. Зазначена ситуація, коли бійці змушені вдаватися до небезпечних фармацевтичних препаратів для полегшення свого стану, знову піднімає дискусію про необхідність перегляду юридичного статусу органічного канабісу для рекреаційного вживання, який би чітко регламентувався законом та був у загальному доступі для ветеранів, які можуть цього потребувати [54, с.1, 8].

Аналіз свідчень респондентів із Вінниці демонструє тривожну картину масового поширення немедичного вживання прегабаліну, яке охопило різні верстви населення. Ситуація набула загрозливого масштабу, про що свідчать слова очевидців: «Цей препарат останнім часом став дуже поширеним у суспільстві в цілому, його вживає багато людей незалежно від віку. Це і люди старше 50 років, і багато військових після госпіталізації, і багато з тих, хто зараз служить. Багато цивільних, підлітків та дівчат також зловживають ним», – респондент № 8, чоловік, вікова категорія 33–37 років в місті Вінниця. Проблема часто починається з легального лікування, яке згодом переростає у залежність, як зазначає інша учасниця: «Для лікарів це як ліки № 1 від усього. Багато моїх друзів почали приймати його за призначенням лікаря і не знали тоді, що прегабалін можна використовувати рекреаційно. Але потім вони дізналися про це і почали зловживати ним. У мене немає друзів, які б ніколи не пробували прегабалін», – респондент № 9, жінка, вікова категорія 23–27 років в місті Вінниця. Особливе занепокоєння викликає легкість, з якою молодь отримує доступ до речовини через

недобросовісні аптечні заклади: «Він (прегабалін) дуже поширений, особливо серед підлітків, тому що підлітки ще не знають, де дістати певні речовини, але є аптеки, де можна легко щось купити», – респондент № 10, жінка, вікова категорія 18–22 роки в місті Вінниця [54, с.19–20].

У 2000-х роках Україна вже стикалася з подібною кризою, коли загрозливих масштабів набула ситуація зі зловживанням препаратом «Трамадол». Він спершу позиціонувався медичною спільнотою як безпечний препарат, що не викликає залежності. Сьогодні історія повторюється з прегабаліном. Іншими словами препарат стає дверми для нових споживачів, які раніше не мали досвіду вживання інших речовин. Існує думка, що залежність від прегабаліну загрожує лише людям з попередньою історією зловживань, проте у випадку з однією дівчиною, яка була респондентом, прегабалін став першою психоактивною речовиною, яку вона спробувала опісля алкоголю.

Особливе занепокоєння викликає зростання актуальності медичного застосування препарату ветеранами, оскільки збільшується кількість пацієнтів із бойовими травмами, які потребують знеболення. Військові медики активно поширюють інформацію про небезпеку зловживання прегабаліном серед військовослужбовців та ветеранів, які часто вдаються до нього для самолікування після реабілітації. Попри законодавчі обмеження та рецептурний статус, цей засіб залишається легкодоступним для рекреаційного вживання в Україні, вільно продаючись у звичайних аптеках навіть неповнолітнім. Фармацевти нерідко ігнорують правила відпуску, оскільки продаж рецептурних ліків без рецепта становить значну частину прибутків аптек, що є характерним явищем для низки країн світу. Препарат продовжує активно просуватися як безпечний засіб, хоча дані наукових досліджень свідчать про високі ризики виникнення стійкої залежності та перехід до вживання інших речовин. Така неконтрольована доступність перетворює прегабалін на небезпечний інструмент, з якого споживачі починають свій шлях у світ психоактивних залежностей, що підтверджують і

самі користувачі. Дослідники з Оксфордського університету також відзначили вражаючу схожість між нинішнім зловживанням габапентиноїдами та кризою зловживання опіоїдами у 1990-х роках. Вони наголошують на важливості більш відповідального підходу до цієї проблеми вже зараз, щоб уникнути трагічних помилок, зроблених у минулому столітті з опіоїдними анальгетиками [54, с.51–52].

Україна поступово, але впевнено інтегрується у світовий простір медичного канабісу, активно долучаючись до передових наукових досліджень та адаптуючи власне законодавство до цивілізованих міжнародних стандартів. Подолавши складні юридичні бар'єри та десятиліття суворих заборон, держава нарешті дійшла до переоцінки статусу цієї культури, визнавши її значний терапевтичний потенціал у сучасній медицині. Спираючись на світову наукову базу щодо ефективності канабіноїдів у реабілітації військових, в Україні почав формуватися новий сектор, де ініціативні групи та спеціалізовані організації сприяють створенню інфраструктури, поступово очолюючи цей сегмент. Цей процес є критично важливим для ветеранів, які потребують ефективних та безпечних засобів для лікування наслідків бойових травм і посттравматичних розладів, оскільки дозволяє замінити важку фармакологію рослинними препаратами. Особливого значення набуває той факт, що канабіс є природною органічною сполукою з низьким рівнем токсичності, що робить його набагато безпечнішим для організму порівняно із синтетичними аналогами. Саме запровадження регульованого доступу до таких ліків здатне стати дієвим інструментом запобігання поширенню епідемії «аптечної наркоманії», яка виникає внаслідок неконтрольного вживання небезпечних хімічних речовин при самолікуванні. Завдяки розвитку сфери медичного канабісу в Україні, це стає важливим стратегічним рішенням для збереження здоров'я нації та реабілітації її захисників.

ВИСНОВКИ

Терапевтичні та побутові властивості канабісу були відомі людству протягом тисячоліть, оскільки ще з часів племінного укладу ця культура цінувалася як незамінний ресурс життєдіяльності. Шень-Нун класифікував коноплі як «вищу» рослину, відзначаючи її здатність відновлювати енергію та продовжувати життя при тривалому вживанні. Ці стародавні записи вважаються одними з найперших задокументованих свідчень фармакологічного застосування канабісу в історії людства. На теренах сучасної України традиція вирощування конопель також має глибоке історичне коріння.

У XIX ст., завдяки накопиченню емпіричного досвіду та проведенню перших системних наукових досліджень, препарати на основі канабісу набули значної популярності в офіційній медицині Заходу. Їхня терапевтична ефективність була настільки визнаною, що вони знайшли широке застосування навіть у специфічних та складних умовах військової служби в британських колоніях. Велике значення мала наукова діяльність ірландського лікаря Вільяма О'Шонессі, який систематизував східний досвід та результати власних експериментів, науково обґрунтувавши терапевтичний потенціал рослини. Його дослідження стали каталізатором широкого визнання канабісу в медичній практиці XIX ст., що призвело до появи різноманітних аптечних форм, які активно використовувалися лікарями того часу як ефективні анальгетики та седативні засоби. Кульмінацією цього визнання стало офіційне включення препаратів індійських конопель до Британської фармакопеї 1867 р., що закріпило їхній статус як легітимного лікарського засобу на державному рівні ще задовго до початку хвилі заборон.

Згодом під впливом потужних проґібіціоністських рухів, ініційованих переважно Сполученими Штатами Америки, паралельно зі зміною політичного вектору відбулася трансформація медичних стандартів лікування, що стало каталізатором процесу витіснення цих препаратів із

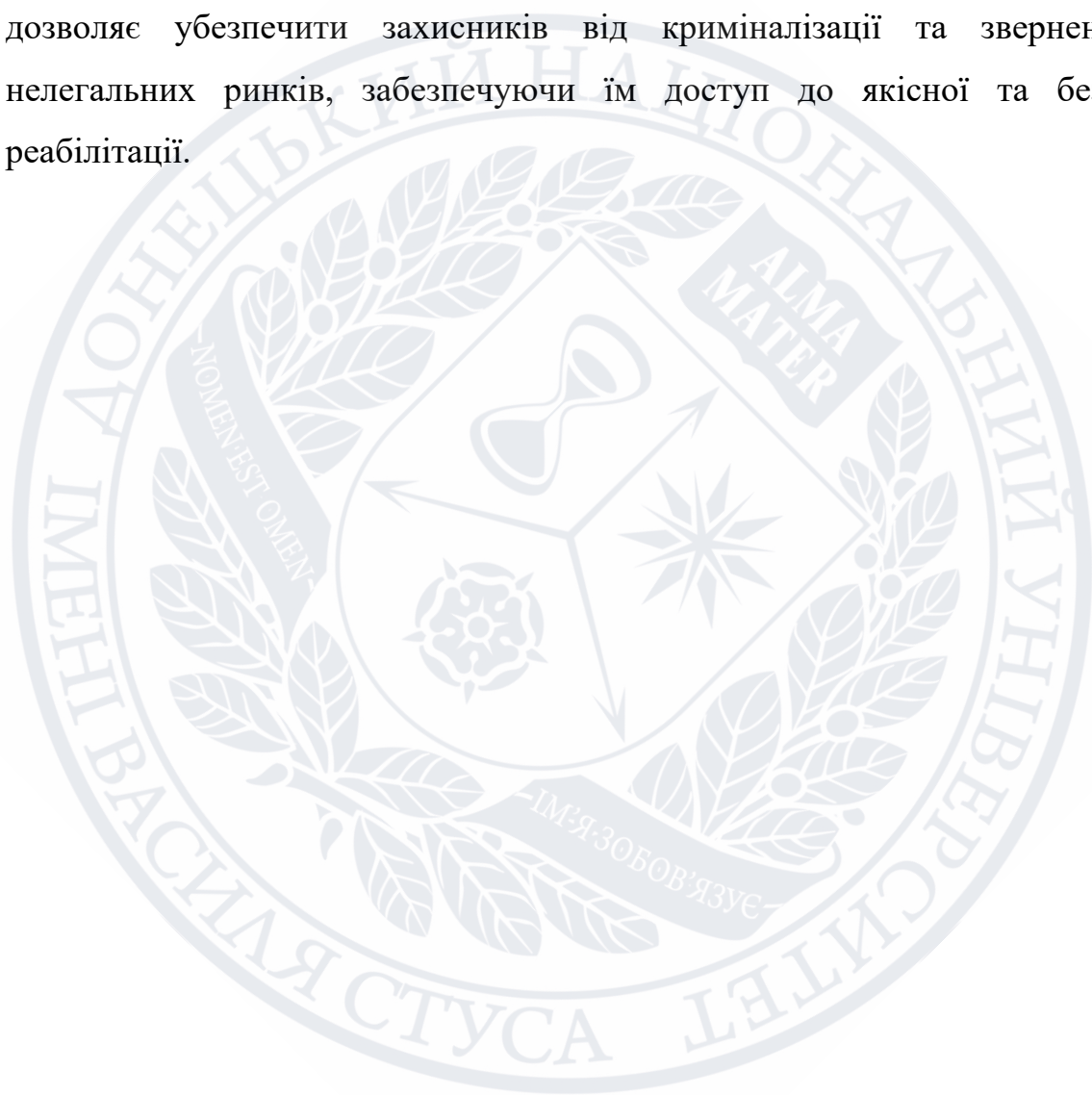
легального фармацевтичного обігу. Це призвело до поступового впровадження режиму суворої світової заборони та обмеження доступу до рослини як лікарського засобу всупереч історичній практиці. Політика заборони супроводжувалася системними намаганнями повністю дискредитувати медичний потенціал канабісу, фактично ігноруючи та нівелюючи значний масив попередніх наукових здобутків і практичних спостережень.

Попри сувору міжнародну регламентацію, запроваджену Єдиною конвенцією 1961 р., яка поставила під загрозу подальший розвиток галузі, науковий інтерес до канабісу не згас, а трансформувався у пошук нових, безпечних підходів до його використання. У той час як світ рухався шляхом повної заборони, українські вчені з Інституту луб'яних культур у Глухові здійснили справжній прорив, створивши унікальні сорти конопель, які майже не містили психотропних речовин. Це досягнення стало вагомим науковим аргументом, який довів можливість контролювати вміст канабіноїдів на генетичному рівні, що стало першим кроком до реабілітації статусу рослини. Паралельно з цим відбулися фундаментальні відкриття у сфері біохімії. Дослідження Рафаеля Мешулама у 90-х роках призвели до відкриття ендоканабіноїдної системи людини, пояснивши механізм дії рослини на організм. Поєднання успіхів української селекції з новітніми нейробіологічними відкриттями сформувало потужну доказову базу, яка перезапустила хвилю медичних досліджень та створила передумови для визнання канабісу ефективним лікарським засобом.

Аналіз сучасної практики реабілітації військових, що спирається на приклади збройних конфліктів від В'єтнаму до сьогодення, демонструє стійку глобальну тенденцію до розширення переліку країн, які інтегрують медичний канабіс як ефективну альтернативу опіоїдам у лікуванні ПТСР та хронічного болю.

Отже, можна зазначити, що ці зміни які вже підтримали США, Канада та країни ЄС, визнають вживання канабіноїдів ветеранами не як прояв

девіантної поведінки, а як обґрунтовану форму підтримки медичними препаратами, що мінімізує ризики суїцидів та тяжких залежностей. Саме тому в умовах повномасштабної війни український законодавчий досвід, зокрема розробка механізмів регульованого доступу до медичного канабісу, стає не тільки питанням реабілітації військових та культурної обізнаності, а й національної безпеки. Створення прозорої системи легального обігу канабісу дозволяє убезпечити захисників від криміналізації та звернення до нелегальних ринків, забезпечуючи їм доступ до якісної та безпечної реабілітації.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ

1. Адамс П. «Канабіс допоміг пережити найтяжчі дні». Як ветерани війни з Росією тамують біль. *BBC NEWS Україна*. URL: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-66932898> (date of access: 20.11.2025).
2. Базиль С.М. Наукова діяльність Всесоюзного науково-дослідного інституту луб'яних культур (1951-1960 рр.). *Історичні студії суспільного прогресу. Електронне наукове фахове видання*. 2017. №5. URL: <http://issp.gnpu.edu.ua/sites/default/files/doc/010baz05.pdf> (date of access: 10.11.2025).
3. Базиль С.М., Крижанівський В. М. Співпраця вчених Всесоюзного науково-дослідного інституту луб'яних культур із науковцями Угорської Народної Республіки у другій половині 1970–1980-х рр. *Сторінки історії*. Зб. наук. пр. 2019. Вип.48. С.171–185.
4. Використання медичного канабісу в лікувальних цілях при важких травмах і захворюваннях є міжнародною практикою. *Міністерство у справах ветеранів України*. URL: <https://mva.gov.ua/prescenter/category/86-novini/vikoristannya-medichnogo-kanabisu-v-likuvalnih-cilyah-pri-vazhkih-travmah-i-zahvoryuvannyah-ye-mizhnarodnoyu-praktikoyu> (date of access: 05.11.2025).
5. Вировець В. Г., Горшкова Л. М., Щербань І. І. та ін. Створення і впровадження сортів ненаркотичних конопель. Презентація результатів дослідження. URL: https://kdpu-nt.gov.ua/sites/default/files/work_files/r2_0_0.pdf (date of access: 02.11.2025).
6. Геродот. Історія. В 9 кн. / переклад А. Білецького. Київ: Наукова думка, 1993. 578 с.
7. Головій О., Мохер Ю., Дудкова С. Історико-літературний нарис селекційних досліджень Інституту луб'яних культур НААН галузі коноплярства. *Наукове забезпечення розвитку коноплярства у XXI столітті: колективна монографія* / за ред. С.В. Міщенко, Ю.В. Мохера. Суми: ФОП Цьома С.П., 2024. С.190–210.

8. Горбаненко С. А. Скiфи i Cannabis sativa L. *Health Technology Assessment*. 2019. №3–4. URL: <https://cutt.ly/2tweOYnG> (date of access: 20.10.2025).

9. Горбаненко, С. А. Використання конопель у ранньому залiзному вiцi. *Археологiя i давня iсторiя України*. 2019. Вип. 4 (33). С.381–387.

10. Горшкова Л.М. Каннабiс: монографiя. Частина 2. Глухiв: РВВ ГДПУ. 2008. 152с.

11. Грабовий М. Сучаснi напрямки актуалiзацiї етноботанiчних дослiджень. *Етноботанiчнi традицiї в агрономiї, фармацiї та садовому дизайнi: матерiали VI мiжнародної наукової конференцiї, присвяченої Року Незламностi України* (м. Умань, 5–8 липня 2023 року). [Редкол.: В. М. Грабовий (вiдп. ред.) та iн.]. Умань: Нацiональний дендрологiчний парк “Софiївка” НАН України, 2023. С.5–7.

12. «Дом для двоих» (1983). Кiноархiвний сюжет. Інститут луб’яних культур НААН. URL: <https://cutt.ly/ptuYZyxO>

13. Єгорова Т.М., Рудник-Іващенко О.І. Селективне накопичення есенцiйних елементiв сортами коноплi (Cannabaceae). *Лiкарські рослини: традицiї та перспективи дослiджень: матерiали VII Мiжнародної наукової конференцiї* (Березоточа, 25 березня 2025 року)/ДСЛР ІАП НААН. Київ: ТОВ «Центр полiграфiї», 2025. С.196–198.

14. Закон України «Про внесення змiн до деяких законiв України щодо державного регулювання обiгу рослин роду коноплi (Cannabis) для використання у навчальних цiлях, освiтнiй, науковiй та науково-технiчнiй дiяльностi, виробництва наркотичних засобiв, психотропних речовин та лiкарських засобiв з метою розширення доступу пацiєнтiв до необхідного лiкування». № 3528-IX 21 грудня 2023 р. База даних «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3528-20#Text> (date of access: 20.10.2025).

15. Канабiс: потужний лiкарський засiб чи звичайний наркотик?. *Державна служба України з лiкарських засобiв та контролю за*

наркотиками. 15.06.2023. URL: <https://cutt.ly/CtuY3O3Y> (date of access: 20.09.2025).

16. Конвенція Організації Об'єднаних Націй про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів і психотропних речовин. Дата підписання Україною: 16 березня 1989 р. Набуття чинності для України: 27 листопада 1991 р. База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_096#Text (date of access: 20.09.2025).

17. Коноплярство: наукові здобутки і перспективи: монографія / за ред. І. О. Маринченка. Суми : ФОП Щербина І.В., 2018. 158 с.

18. Мигаль М. Д., Жуплатова О. А. Історичні етапи застосування методів гібридизації конопель та їхнє значення для селекції. *Історія науки і біографістика*. 2010. №1. URL: http://inb.dnsgb.com.ua/2010-1/10_zhuplatova.pdf (date of access: 20.11.2025).

19. Міщенко С. Мохер Ю. Селекція непсихотропних конопель в Україні в 70-х рр. XX ст. *Історія науки і біографістика*. 2023. №1. С. 139–164.

20. Омелянчук І. Недооцінені коноплі. Урядовий кур'єр. 27 липня 2023. URL: <https://ukurier.gov.ua/uk/articles/nedoocineni-konopli/>

21. Офіс ефективного регулювання BRDO, 2021.

22. Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Постанова Кабінету Міністрів України від 24 травня 2024 р. № 653, Київ. База даних «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/653-2024-%D0%BF#Text> (date of access: 20.11.2025).

23. Про внесення змін до деяких постанов Кабінету Міністрів України. Постанова Кабінету Міністрів України. №800 від 22 серпня 2012 р. База даних «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/800-2012-%D0%BF#Text> (date of access: 20.12.2025).

24. Про внесення змін до переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Постанова Кабінету Міністрів України. № 324 від 7 квітня 2021 р. База даних «Законодавство України». URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/324-2021-%D0%BF#Text> (date of access: 20.09.2025).

25. Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів. Постанова Кабінету Міністрів України. №770 від 6 травня 2000 р. База даних «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/770-2000-%D0%BF#Text> (date of access: 20.09.2025).

26. Про затвердження Положення про електронну інформаційну систему обліку вирощених рослин конопель для медичних цілей, переміщення таких рослин, продуктів їх переробки, рослинної субстанції канабісу, вироблених (виготовлених) із них лікарських засобів на всіх етапах обігу та порядок її функціонування. Постанова Кабінету Міністрів України. № 857 від 25 липня 2024 р. База даних «Законодавство України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/857-2024-%D0%BF#Text> (date of access: 20.10.2025).

27. Протокол про поправки до Єдиної конвенції про наркотичні засоби 1961 року, Женева, 25 березня 1972 року), Про приєднання до Протоколу див. Закон, N 2082-III (2082-14) від 02.11.2000). База даних «Законодавство України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_881#Text (date of access: 20.09.2025).

28. Стенограма засідання Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. 30 червня 2021 року. Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. Верховна Рада України. URL: <https://komzdrav.rada.gov.ua/uploads/documents/32368.pdf> (date of access: 21.11.2025).

29. Технічні культури для цілей сталого розвитку: пріоритетні напрями наукових досліджень в умовах сучасних викликів і загроз. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (Глухів, 22–23 березня 2023 року). Глухів, 2023. 225 с.

30. Ткачик С.О., Ковальчук Є.С., Красюк Т.В. Обіг рослин роду коноплі (*cannabis*) в Україні та його правове регулювання. *Таврійський науковий вісник. Землеробство, рослинництво, овочівництво та баштанництво*. № 135. Частина 2. С.110–116.

31. Усенко В. О., Косяченко К. Л. Сучасний стан доказової бази ефективності використання сполук канабісу в медичній практиці. *Health Technology Assessment*. URL: <https://hta.ua/dijalnist/analitika/suchasnij-stan-dokazovoi-bazi-efektivnosti-vikoristannja-spoluk-kanabisu-v-medichnij-praktici-2.html> (date of access: 10.10.2025).

32. Чернологова С. М. Проблемні питання легалізації канабісу. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2019. №6. С.406–408. URL: http://lsej.org.ua/6_2019/100.pdf (date of access: 12.10.2025).

33. Шаталова Л. М. Легалізація коноплі (*cannabis*) в Україні: проблеми та перспективи. *Південноукраїнський правничий часопис: наук. журн.* Одеса: Вид. дім «Гельветика», 2022. № 4, ч. 3. С. 134–139.

34. Шолойко Н. В. Сучасний стан та перспективи застосування конопель у медицині та фармації (Огляд літератури). *Фітотерапія*. 2019. № 1. С. 44–51.

35. Ярош В.В., Кулик Л.М., Щирська В.С. Легалізація медичного канабісу: панацея чи ризик. *Юридичний науковий електронний журнал*. 2025. №1. С.576–579. URL: http://lsej.org.ua/1_2025/135.pdf (date of access: 20.09.2025).

36. Aguilar S., Gutiérrez V., Sánchez L., Nougier M. Medicinal cannabis policies and practices around the world. *International drug policy consortium*. 23.04.2018. URL: <https://idpc.net/publications/2018/04/medicinal-cannabis-policies-and-practices-around-the-world> (date of access: 20.09.2025).

37. Ayonrinde O. The hazy role of cannabis in military and Veteran life before and after the fog of war. *Journal of Military, Veteran and Family Health*. 2023. № 29(5). PP.12–16. URL: <https://doi:10.3138/jmvfh.9.5.ed0> (date of access: 20.09.2025).

38. Bewley-Taylor, D., Blickman, T. & Jelsma, M. The Rise and Decline of Cannabis Prohibition: The History of Cannabis in the UN Drug Control System and Options for Reform. Global Drug Policy Observatory. Swansea, 2014.

39. Bewley-Taylor, D., Blickman, T. & Jelsma, M. Auge y caída de la prohibition del cannabis: La historia del cannabis en el sistema de control de drogas de la ONU y opciones de reforma (Transnational Institute). Amsterdam: Swansea, 2014 88 p. URL: <https://www.tni.org/files/download/auge-y-caida-web.pdf>. (date of access: 20.09.2025).

40. Bewley-Taylor, D., Jelsma M. Regime change: Re-visiting the 1961 Single Convention on Narcotic Drugs. *International Journal of Drug Policy*. 2012. №23. PP. 72–81.

41. British pharmacopoeia: 1867 / published under the direction of the General Council of Medical Education and Registration of the United Kingdom, pursuant to the Medical Act. *The British Medical Journal*, Vol. 1, No. 318. 1867. P. 125. URL: <https://www.jstor.org/stable/2520642> (date of access: 20.09.2025).

42. Collins J. A Brief History of Cannabis and the Drug Conventions. *AJIL Unbound*. 2020. №114. PP. 279–284.

43. Commission on Narcotic Drugs. Report on the thirty-fourth session (29 April-9 May 1991). *Economic and Social Council Official Records*. 991.№4.130 p. URL:https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_Reports_before_2000/1991_report_of_the_34th_session.pdf (date of access: 10.09.2025).

44. Commission on Narcotic Drugs. Sixty-third session. Vienna, 2–6 March 2020. *Economic and Social Council Official Records*. 2020. No. 8. 130 p. URL: https://www.unodc.org/documents/commissions/CND/CND_Sessions/CND_63/E2_020_28_e_V2001956_Advance_Version.pdf (date of access: 10.09.2025).

45. Convention for limiting the Manufacture and regulating the Distribution of Narcotic Drugs. Geneva, 13 July 1931. United Nations Library & Archives Geneva. URL: <https://archives.ungeneva.org/dpbk-dht9-zmfb> (date of access: 10.09.2025).

46. Convention on Psychotropic Substances, 1971. *United Nations*. URL: https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf (date of access: 08.09.2025).
47. Dal Martello R., Min R., Stevens C. J., Qin L., Fuller D. Q. Morphometric approaches to Cannabis evolution and differentiation from archaeological sites: interpreting the archaeobotanical evidence from bronze age Haimenkou, Yunnan. *Vegetation History and Archaeobotany*. 2024. №4. PP.503–513. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38803353/> (date of access: 08.09.2025).
48. Däumichen M. The Great Cannabis Scare - Harry J. Anslinger in the 1930s. 31 p. URL: <https://www.researchgate.net/profile/Marvin-Daeumichen/> (date of access: 08.09.2025).
49. Davenport-Hines R. The pursuit of oblivion: a global history of narcotics, 1500-2000. London: Weidenfeld & Nicolson, 2001. 496 p.
50. Hofmann A. Preface. Rätsch C. Plants of Love: Aphrodisiacs in Myth, History, and the Present: The History of Aphrodisiacs and a Guide to Their Identification. Berkeley: Ten Speed Press, 1997. P. 7
51. House of Lords - Science and Technology - Ninth Report. *House of Lords. Session 1997-98. Science and Technology Committee Publications*. URL: <https://publications.parliament.uk/pa/ld199798/ldselect/ldsctech/151/15101.htm> (date of access: 08.09.2025).
52. International Opium Convention (1912). *United Nations Treaty collection*. URL: https://treaties.un.org/pages/ViewDetailsIV.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=VI-2&chapter=6&Temp=mtdsg4&clang=_en. (date of access: 08.08.2025).
53. Kalant H. Medicinal use of cannabis. *Pain Res Manage*. 2001. №6(2). PP. 80–91.
54. Lapin M., Shevchenko M. Recreational Use of Pregabalin in Ukraine. Availability, Patterns of Use and Chemsex. medRxiv. 2025.10.06. URL: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2025.10.06.25337361v1> (date of access: 08.07.2025).

55. League of Nations. Advisory Committee on Traffic in Opium and Other Dangerous Drugs. Report to the Council on the Work of the Eighth Session of the Committee. Geneva, May 26th to June 8th, 1926.

56. League of Nations. Second Opium Conference. Convention, Protocol, Final Act. Signed at Geneva on February 19th, 1925.

57. McKenna T. Food of the Gods: The Search for the Original Tree of Knowledge – A Radical History of Plants, Drugs, and Human Evolution. New York: Bantam, 1992. 159 p.

58. Mechoulam R. A Delightful Trip Along the Pathway of Cannabinoid and Endocannabinoid Chemistry and Pharmacology. Annual Review of Pharmacology and Toxicology. 2023. №63. PP.1–13. URL: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-pharmtox-051921-083709> (date of access: 08.07.2025).

59. O'Shaughnessy, W. B. (William Brooke). The Bengal Dispensatory and Companion to the Pharmacopœia Chiefly Compiled. London; Calcutta printed, 1842.

60. Protocol for Limiting and Regulating the Cultivation of the Poppy Plant, the Production of, International and Wholesale Trade in, and Use of Opium. New York, 23 June 1953.

61. Provincial Medical Journal, No. 123. London, Saturday, February 4, 1843.

62. Rätsch C. Plants of Love: Aphrodisiacs in Myth, History, and the Present: The History of Aphrodisiacs and a Guide to Their Identification. Berkeley: Ten Speed Press, 1997. 200 p.

63. Report of the Indian Hemp Drugs Commission, 1893–1894. National Library of Scotland. URL: https://newrevenue.org/wp-content/uploads/2017/08/vol-1-indian-hemp-text-1-19-74464868_19_38.pdf (date of access: 08.07.2025).

64. Report of the International opium commission, Shanghai, China, February 1 to February 26, 1909. Shanghai: Printed at the Oriental Press, 1909. 32

p. URL: <https://catalog.hathitrust.org/Record/010409030> (date of access: 08.08.2025).

65. Report to the Secretary of State on the Second International Opium Conference by the American delegates: Hamilton Wright, Lloyd Bryce, Gerrit John Kollen. Department of State, July 31, 1913. <https://history.state.gov/historicaldocuments/frus1913/d229> (date of access: 08.07.2025).

66. Russo E.B. History of Cannabis as Medicine: Nineteenth Century Irish Physicians and Correlations of Their Observations to Modern Research. Chandra, S., Lata, H., ElSohly, M. (eds) *Cannabis sativa L. Botany and Biotechnology*. Springer, 2017. PP.63–78. URL: https://doi.org/10.1007/978-3-319-54564-6_2 (date of access: 12.07.2025).

67. Schultes R. E, Hofmann A., Rätsch C. Plants of the Gods: Their Sacred, Healing, and Hallucinogenic Powers. Vermont: Healing Arts Press, 2001. 208 p.

68. Sheehy M. R., Storey D. P., Rash J. A., Tippin G. K., Parihar V., Harris N. Cannabis Use Characteristics and PTSD-Related Outcomes Among Canadian Veterans With Chronic Pain. *Journal of Veterans Studies*. 2025. Vol.11. Issue 1. PP. 30–46. URL: <https://journal-veterans-studies.org/articles/10.21061/jvs.v11i1.582> (date of access: 12.08.2025).

69. Stuart S. All Roads Lead from Vietnam to Your Home Town: How Veterans Have Become Casualties of the War on Drugs, Gov't L. Rev. 2013. Alb. 6. PP. 486–521.

70. The Laguardia Committee Report New York, USA (1944). The Marihuana Problem in the City of New York Mayor's Committee on Marihuana, by the New York Academy of Medicine City. New York, 1944. 77 p. URL: <https://rodneybarnett.net/PDF/Laguardia%20Report%201944.pdf> (date of access: 12.08.2025).

71. The Vietnam Drug User Returns. Final Report. September 1973. URL: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED134912.pdf> (date of access: 09.08.2025).

72. Veterans and medical cannabis. A Note from Americans for Safe Access. Washington, D.C., 2014. URL: <https://www.safeaccessnow.org/veterans-cannabis#gsc.tab=0> (date of access: 09.10.2025).

73. Weinreb M. The complicated legacy of Harry Anslinger. *The Penn Stater magazine*. 2018. January/February. PP. 32–41. URL: <https://www.case.org/system/files/media/file/Penn%20Stater%20Harry%20Anslinger.pdf> (date of access: 09.08.2025).

