

**УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ  
ФАКУЛЬТЕТ УПРАВЛІННЯ  
КАФЕДРА КРИЗОВОЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

Нормоконтроль проведено \_\_\_\_\_

**Кваліфікаційна робота**

другий (магістерський) рівень вищої освіти  
спеціальність 053 “Психологія”

**АДРЕНАЛІНОВА ЗАЛЕЖНІСТЬ У ВІЙСЬКОВИХ  
ЯК НАСЛІДОК БОЙОВОГО ДОСВІДУ**

Виконала:

студентка VI курсу, групи ПС-24м-1  
Білецька А.Є.

\_\_\_\_\_

Керівник:

доктор біологічних наук, професор  
Лихолат О.А.

\_\_\_\_\_

В.о. завідувача випускової кафедри:

доцент кафедри психології,  
кандидат психологічних наук  
Скляньська О.В.

\_\_\_\_\_

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1.....	9
<b>АДИКЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН</b>	
1.1. Поняття адикції .....	9
1.2. Нейробиологічні основи адикції та адиктивного циклу .....	15
1.3. Роль стресу та ПТСР як ключову детермінанту виникнення адикції.....	20
1.4. Ризикова та адиктивна поведінка в умовах хронічного стресу .....	24
1.5. Теорія пошуку відчуттів М. Цукермана як пояснювальна модель індивідуальних відмінностей у схильності до ризикованої та адиктивної поведінки .....	26
Висновок до першого розділу.....	28
РОЗДІЛ 2.....	32
<b>МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПІДБІР МЕТОДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕСУРСІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ КОНСТРУКТИВНОМУ ПОДОЛАННЮ СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ</b>	
2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження .....	32
2.2. Підбір психодіагностичного інструментарію дослідження .....	33
Висновок до другого розділу .....	44
РОЗДІЛ 3.....	46
<b>РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ БОЙОВИМ ДОСВІДОМ, ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ ТА РИЗИКОВАНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ</b>	
3.1. Цілі, організація та завдання емпіричного дослідження .....	46
3.2. Результати емпіричного дослідження .....	48
3.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	62
3.4. Методичні рекомендації щодо профілактики, корекції та реабілітації різних форм адикції .....	66

Висновок до третього розділу .....	70
ВИСНОВКИ .....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ .....	76
ДОДАТКИ.....	81

## ВСТУП

**Актуальність.** Повномасштабна війна в Україні зумовила безпрецедентне зростання кількості осіб, які зазнали тривалого впливу екстремальних та травматичних чинників, пов'язаних із безпосередньою участю у бойових діях. Військовослужбовці перебувають у ситуації хронічного стресу, постійної загрози життю, втрати контролю та невизначеності, що істотно впливає на їхній психоемоційний стан, особистісне функціонування та поведінкові патерни. За таких умов особливої актуальності набуває проблема психологічних і нейробіологічних наслідків бойового досвіду, зокрема формування дезадаптивних форм поведінки.

Сучасні дослідження підкреслюють зв'язок інтенсивності бойового досвіду, посттравматичного стресового розладу з підвищеним ризиком розвитку адиктивних форм поведінки. Водночас більшість наукових досліджень зосереджуються переважно на хімічних залежностях, тоді як поведінкові адикції та ризикована поведінка, пов'язані з потребою у сильній стимуляції, залишаються недостатньо дослідженими, особливо в контексті воєнних дій. Особливу наукову зацікавленість становить вивчення нейробіологічних механізмів, пов'язаних із хронічною гіперактивацією системи збудження, зокрема ролі адреналіну та його взаємодії з системою винагороди мозку. Крім того, актуальним є аналіз індивідуальних відмінностей, зокрема особистісної риси пошуку відчуттів (sensation seeking), яка може посилювати або модифікувати вплив бойового досвіду та ПТСР на формування адиктивних патернів поведінки.

Таким чином, дослідження психологічних та нейробіологічних передумов адреналінозалежних і ризикованих форм поведінки у військових має важливе теоретичне та практичне значення для розробки ефективних програм психологічної реабілітації та профілактики дезадаптивної поведінки.

**Завдання.** Для досягнення поставленої мети у кваліфікаційній роботі було визначено такі завдання:

1. здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до вивчення адиктивної та ризикованої поведінки, посттравматичного стресу й психологічних наслідків бойового досвіду;
2. обґрунтувати вибір психодіагностичного інструментарію для дослідження інтенсивності бойового досвіду, посттравматичних реакцій, схильності до ризикованої та адиктивної поведінки;
3. провести емпіричне дослідження з метою виявлення психологічних особливостей взаємозв'язку між бойовим досвідом, посттравматичними реакціями та адиктивними проявами;
4. здійснити кількісний та кореляційний аналіз отриманих емпіричних даних із використанням методів математичної статистики;
5. інтерпретувати результати емпіричного дослідження з урахуванням теоретичних положень і висунутих гіпотез;
6. розробити методичні рекомендації з попередження та психологічної реабілітації адиктивної поведінки військовослужбовців у контексті бойового стресу та посттравматичних реакцій.

В процесі дослідження для розв'язання поставлених завдань використано комплекс наступних методів:

- *теоретичні*: аналіз та синтез, узагальнення та систематизація наукових даних, представлених в сучасній науці, з метою визначення поняттєвого апарату дослідження, різних підходів та поглядів на проблему; виявлення закономірностей взаємозв'язку тривожності та психологічного благополуччя дорослого;

- *емпіричні*: тестування, анкетування;

- *математичні*: методи описової статистики, кореляційний аналіз з використанням коефіцієнту рангової кореляції Пірсона, виконані на базі безкоштовного статистичного пакету Jamovi, версія 2.3.

В якості діагностичного інструментарію для розв'язання поставлених завдань було використано:

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (Combat Exposure Scale, CES).

- Військовий варіант Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD).

- Шкала доменно-специфічної схильності до ризикованої поведінки DOSPERT (Е. Вебером, А.-Р. Бле та Н. Бетц) та переглянута Бле та Вебером (2006).

- Шкала пошуку відчуттів (Sensation Seeking Scale, М. Цукерман).

- Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців Збройних Сил України (В. Мороз).

- Шкала скринінгу ризикованого вживання алкоголю AUDIT-C.

- Методика скринінгової оцінки ризикованого вживання наркотичних речовин (DUDIT).

**Об'єкт.** Психологічні наслідки бойового досвіду у військовослужбовців.

**Предмет.** Взаємозв'язок бойового досвіду, симптомів посттравматичного стресового розладу та ризикованої (адиктивної) поведінки у військових з урахуванням ролі пошуку відчуттів (sensation seeking).

**Мета дослідження.** Теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду, рівнем посттравматичного стресового розладу та схильністю до ризикованої й адиктивної поведінки у військовослужбовців, а також визначити роль пошуку відчуттів (sensation seeking) як особистісного чинника, що модерує ці взаємозв'язки.

**Гіпотеза.** Передбачається, що інтенсивний бойовий досвід військовослужбовців зумовлює підвищення рівня психоемоційного напруження та посттравматичних проявів, що, у свою чергу, сприяє формуванню ризикованої та адиктивної поведінки. Вираженість цих проявів залежить як від тяжкості пережитого бойового досвіду, так і від індивідуально-психологічних особливостей особистості, зокрема рівня пошуку відчуттів.

**Емпірична база дослідження.** Емпіричне дослідження проводилося серед військовослужбовців, які мають досвід участі у бойових діях. Вибірка

формувався з урахуванням критеріїв включення, що передбачали наявність безпосереднього бойового досвіду та добровільну згоду на участь у дослідженні. Дослідження здійснювалося з дотриманням етичних принципів психології, зокрема принципів конфіденційності, анонімності та інформованої згоди респондентів.

**Наукова новизна дослідження** полягає у комплексному аналізі адреналінової залежності як форми поведінкової адикції в контексті бойового досвіду та посттравматичних реакцій. У роботі уточнено психологічні механізми формування ризикованої поведінки у військовослужбовців, а також емпірично обґрунтовано роль пошуку відчуттів як особистісного чинника, що підсилює або модифікує зв'язок між бойовим стресом, ПТСР та адиктивними проявами.

**Практичне значення отриманих результатів** полягає у можливості їх використання у практичній діяльності психологів, психотерапевтів та фахівців з психологічної реабілітації військовослужбовців. Матеріали дослідження можуть бути застосовані при розробці програм психологічної підтримки, профілактики адиктивної та ризикованої поведінки, а також у процесі психоосвітньої роботи з військовими та їхніми родинами.

**Структура роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. У першому розділі здійснено теоретичний аналіз проблеми адиктивної поведінки, стресу та посттравматичних реакцій. Другий розділ присвячений методології та організації емпіричного дослідження. У третьому розділі подано аналіз та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження, а також сформульовано методичні рекомендації з попередження та реабілітації адиктивної поведінки у військовослужбовців.

**Апробація.** Результати теоретичного та емпіричного дослідження були апробовані шляхом представлення основних положень роботи на міжнародних науково-практичних конференціях.

Зокрема, матеріали дослідження було представлено у доповіді “Адреналінова залежність як новий тип залежності” на Міжнародній науково-

практичній конференції “Економіко-правові, управлінсько-технологічні та соціально-психологічні виміри сьогодення: молодіжний погляд”.

Окремі результати дослідження були презентовані на конференції Української наукової діаспори у Франції у доповіді “Adrenaline dependence in Ukrainian military contingent”.

Також результати роботи були представлені на International Paris Scientific Researches and Innovation Congress з доповіддю “Adrenaline-related addictive behaviour in Ukrainian military”, а також на 6th Bilsel International Sur Scientific Researches Congress з доповіддю “Adrenaline dependence as a form of behavioral adaptation in the context of war-related stress”.

## РОЗДІЛ 1

# АДИКЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТА НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНИЙ ФЕНОМЕН

### 1.1. Поняття адикції

У сучасній психологічній та медичній науці феномен адикції розглядається як складне багатовимірне явище, що поєднує біологічні, психологічні та соціальні механізми формування залежної поведінки. Незважаючи на широке використання терміну “адикція”, його зміст і межі інтерпретації залишаються предметом наукових дискусій [35].

Історично етимологія слів “адикція” і “адикт” походить з епохи Стародавнього Риму. У Римській імперії епохи розквіту, на рабовласницьких ринках людям, що стали рабами за борги або потрапили в полон іноземців, і були куплені рабовласником, на груди вішали дерев'яну табличку з написом “Ad Dictum”, що в буквальному перекладі на українську мову означає складну конотацію “Уже проданий, позбавлений прав і волі, вступив у розпорядження господаря”. Уявлення про адикцію як про щось схоже на потрапляння в рабську залежність від речовини або діяльності поділяє більшість адиктів [6].

У сучасній науковій літературі термін “адиктивна поведінка” був уведений у науковий обіг В. Міллером, який у 1984 році надав йому статус узагальнюючого поняття для опису форм поведінки, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами та іншими об'єктами, що змінюють психічний стан індивіда [39]. Первинно цей термін використовувався переважно у фармакологічному контексті для позначення повторюваного вживання речовин у кількостях, достатніх для уникнення симптомів відміни [7].

Разом із тим, у наркології, психіатрії та медичній психології поняття “залежність” трактується більш вузько й строго, як хвороба, що має чітко визначені діагностичні критерії, зокрема толерантність і синдром відміни. Натомість термін “адикція” у медичних науках не має однозначного статусу і

часто розглядається або як форма девіантної поведінки, або як проміжне явище між психологічною дезадаптацією та клінічною залежністю [7].

У психологічному підході адиктивна поведінка визначається як одна з форм девіантної, деструктивної поведінки, що характеризується формуванням стійкого прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни психічного стану за допомогою вживання хімічних речовин або фіксації уваги на певних видах діяльності з метою досягнення та підтримання інтенсивних емоційних переживань [6]. Суб'єкт такої поведінки позначається терміном “адикт”, що в англійській традиції використовується для опису осіб із залежними формами поведінки [11].

Американська психіатрична асоціація визначає залежність як хронічний рецидивуючий розлад, що включає компульсивне прагнення до вживання речовини, втрату контролю над її споживанням і формування негативного емоційного стану за умов припинення доступу до неї [34]. Аналогічного підходу дотримуються Дж. Кууб і М. Ле Моаль, які розглядають адикцію як процес поступового переходу від епізодичного, контрольованого вживання до хронічної втрати поведінкового контролю, що підтримується нейробіологічними механізмами позитивного й негативного підкріплення [35].

Важливий внесок у розмежування понять “адикція” та “залежність” зробили Ж. Аллман і колеги, які підкресливали, що адикція пов'язана насамперед із втратою контролю над поведінкою та компульсивним характером потягу, тоді як залежність передбачає формування фізіологічної потреби в речовині, толерантність і абстинентний синдром. Саме стадія залежності відповідає клінічним нозологіям, описаним у Міжнародній класифікації хвороб [22].

В системі МКБ-10 описується кілька груп розладів, що характеризуються розвитком аномальних прагнень з вираженою залежністю від них:

1. Першу групу - F10–F19 - складають психічні розлади і розлади поведінки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (ПАР) - хімічна залежність. Сюди включені психічні та поведінкові розлади, пов'язані з

вживанням алкоголю, наркотичних речовин, стимуляторів, галюциногенів, тютюну, легких розчинників.

2. Другу групу розладів, пов'язаних з формуванням патологічної залежності, становлять розлади звичок і потягів - F63 (F63.0–F63.3). Сюди включені: патологічний потяг до азартних ігор (гемблінг, ігроманія, людоманія), патологічний потяг до підпалів - піроманія, патологічний потяг до крадіжок - клептоманія, патологічний потяг до висмикування волосся - трихотиломанія.

3. Третю групу складають численні розлади статевого потягу - F64-F66. Цю групу складають розлади статевої ідентифікації (трансвестизм, транссексуалізм подвійних ролей, порушення статевої ідентифікації в дитячому віці); розлади сексуальної переваги (фетишизм, фетишистський трансвестизм, ексгібіціонізм, вуайеризм, педофілія, садомазохізм та інші статові збочення); розлади, пов'язані зі статевим розвитком та орієнтацією (бісексуальність, чоловічий і жіночий гомосексуалізм) [6].

У зв'язку з цим у сучасній психології та адиктології сформувалося уявлення про поведінкові (нехімічні) адикції, до яких належать гемблінг, адреналіноманія, сексуальна та любовна залежність, адикція відносин, інтернет- і комп'ютерна залежність, трудовголізм і компульсивний шопінг. Усі ці форми характеризуються повторюваною, часто нав'язливою поведінкою, що здійснюється всупереч раціональній мотивації та супроводжується негативними наслідками для особистості й соціального функціонування [10].

Для концептуального та емпіричного розмежування адиктивної та неадиктивної поведінки М. Гріффітс запропонував модель операційних критеріїв залежності, яка широко використовується у дослідженнях поведінкових адикцій [24]. Згідно з даним підходом, залежність визначається не окремим симптомом, а сукупністю взаємопов'язаних ознак, що відображають порушення саморегуляції та компульсивний характер поведінки.

До основних критеріїв адикції М. Гріффітс відносить такі:

- пріоритетність (salience) - адиктивна діяльність набуває домінуючого значення у житті особистості, переважаючи у її думках, емоціях та поведінкових рішеннях;

- зміна настрою (mood modification) - залучення до адиктивної діяльності супроводжується вираженими емоційними зрушеннями, такими як емоційний підйом, зниження тривоги або досягнення суб'єктивного відчуття спокою;

- толерантність (tolerance) - поступове зростання інтенсивності, тривалості або частоти адиктивної діяльності з метою досягнення бажаного психологічного ефекту;

- симптоми відміни (withdrawal symptoms) - виникнення негативних емоційних, психофізіологічних або поведінкових реакцій у разі обмеження або припинення адиктивної активності;

- конфлікт (conflict) - формування внутрішньоособистісних та міжособистісних суперечностей, а також конфлікту між адиктивною поведінкою та іншими життєвими сферами (професійною діяльністю, соціальними ролями, міжособистісними стосунками);

- рецидив (relapse) - тенденція до повернення адиктивної поведінки після періоду утримання або зниження її інтенсивності, іноді після тривалого часу контролю.

На думку М. Гріффітса, наявність більшості з наведених критеріїв дозволяє розглядати відповідну форму поведінки як адиктивну, незалежно від того, чи йдеться про хімічну або поведінкову залежність [24].

У межах даного дослідження особливу увагу приділено таким формам поведінкових адикцій, як трудова адикція, ургентна адикція, залежність від соціальних мереж, комп'ютерних ігор та гемблінгу. Таким чином, адикція в сучасному науковому розумінні постає як міждисциплінарний феномен, що поєднує психологічні механізми регуляції поведінки, нейробіологічні процеси підкріплення та соціальні чинники розвитку залежності. Саме такий підхід дозволяє розглядати адиктивну поведінку не лише як клінічний розлад, а й як дезадаптивну стратегію подолання внутрішнього напруження та стресу, що має

особливе значення для аналізу адреналінової залежності в умовах хронічної загрози та травматичного досвіду [10].

Вік індивіда розглядається сучасною психологією та нейронауками як один із ключових чинників уразливості до формування адиктивної поведінки. Різні вікові періоди характеризуються специфічними психологічними завданнями розвитку, особливостями нейрофізіологічного дозрівання та різною чутливістю до стресових впливів, що зумовлює відмінності у механізмах виникнення та закріплення залежних форм поведінки [12].

У межах вікової психології підкреслюється, що періоди вікових криз супроводжуються підвищеним рівнем психоемоційної напруги, фрустрації потреб і зниженням ефективності звичних механізмів саморегуляції. Саме в ці періоди зростає ймовірність звернення до зовнішніх способів регуляції емоційного стану, зокрема через адиктивну поведінку [6].

Низка дослідників пов'язує формування ранніх форм залежної поведінки з особливостями психічного розвитку в дитячому віці. Невирішені конфлікти перших років життя, порушення емоційного контакту з батьками, фрустрація базових потреб у безпеці та прийнятті можуть зумовлювати розвиток тривожності, страху покинутості та депресивних переживань, що надалі виступають ґрунтом для формування адиктивних патернів поведінки [1]. Деякі автори також пов'язують виникнення невротичних форм поведінки (оніхофагія, трихотиломанія) та пізніших адикцій (тютюнопаління, алкоголізм) із незадоволенням базових оральних потреб у ранньому віці.

Особливу увагу в сучасних дослідженнях приділено підлітковому та юнацькому віку як періодам підвищеного ризику розвитку адиктивної поведінки. Це пов'язано як із психологічними чинниками (криза ідентичності, прагнення до автономії, схильність до ризику), так і з нейробіологічними особливостями дозрівання мозку. Згідно з даними нейронаукових досліджень, розвиток структур, відповідальних за систему винагороди та емоційну реактивність, відбувається швидше, ніж дозрівання префронтальної кори, яка забезпечує виконавчий контроль і прогнозування наслідків поведінки. У результаті цього

дисбалансу підлітки та молоді дорослі характеризуються підвищеною чутливістю до сильних стимулів і зниженим контролем імпульсів [59].

У дорослому віці ризик формування адиктивної поведінки часто зростає в умовах хронічного стресу, втрати життєвих орієнтирів або травматичного досвіду. Згідно з дослідженнями, проведеними в умовах воєнних дій, постійна активація системи виживання та повторюване переживання загрози життю можуть призводити до формування адреналінової залежності як специфічної форми поведінкової адикції. Зокрема, показано, що у мешканців прифронтових територій хронічний бойовий стрес асоціюється з підвищеною потребою в сильних переживаннях, ризикованій поведінці та зловживанні алкоголем як способах регуляції внутрішнього напруження [60].

Таким чином, вік виступає важливою детермінантою адиктивної поведінки, оскільки визначає як рівень нейропсихологічної зрілості, так і доступні для індивіда механізми подолання стресу. У різні вікові періоди адикція може виконувати різні психологічні функції - від компенсації фрустрованих базових потреб у дитинстві до регуляції хронічного стресу та травматичних переживань у дорослому віці. З урахуванням цього віковий аспект є принципово важливим для аналізу адреналінової залежності та ризикованої поведінки в умовах бойового досвіду.

## **1.2. Нейробіологічні основи адикції та адиктивного циклу**

У сучасній нейронауці адикція розглядається як хронічний рецидивуючий розлад, що характеризується трьома ключовими елементами:

1. компульсивним пошуком і вживанням речовини;
2. втратою контролю над обмеженням споживання;
3. появою негативного емоційного стану (зокрема дисфорії, тривоги, дратівливості) у разі припинення доступу до речовини.

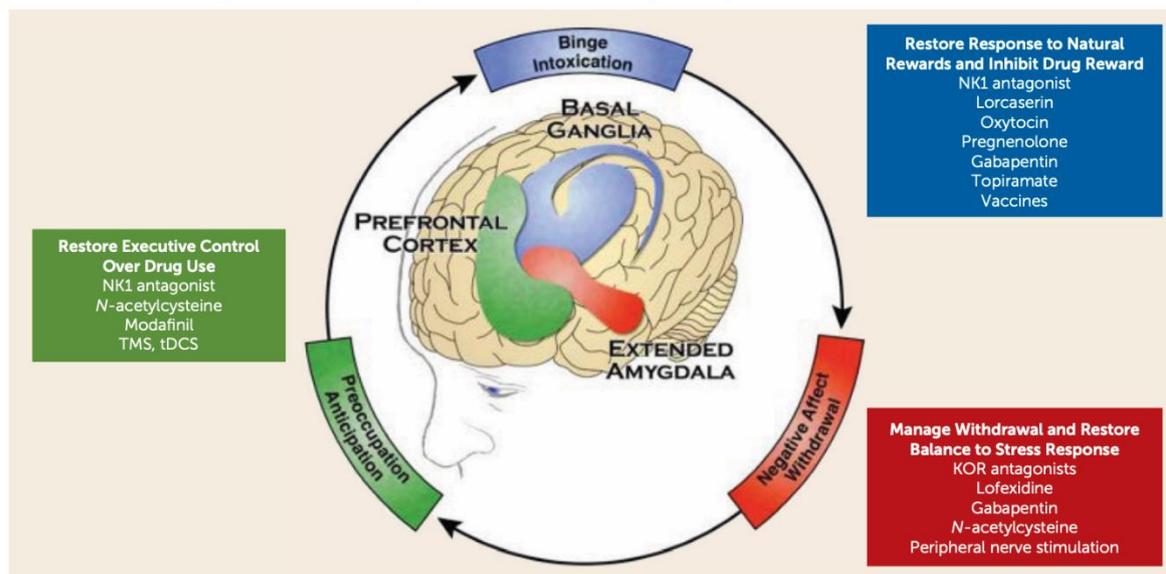
У цьому контексті стан відміни або негативного афекту розглядається як прояв сформованої залежності.

Згідно з нейробіологічною моделлю адикції, цикл залежності включає три взаємопов'язані стадії:

1. інтоксикацію / запій (binge/intoxication) - пов'язану з функціонуванням базальних гангліїв і системи винагороди;
2. синдром відміни / негативний афект (withdrawal/negative affect) - асоційований із залученням розширеної мигдалини;
3. потяг / очікування (preoccupation/anticipation) - пов'язаний із порушенням виконавчого контролю у префронтальній корі [56].

Запропонована модель адиктивного циклу відображає нейробіологічну динаміку залежної поведінки та дозволяє описати її як послідовний, але водночас циклічний процес (мал. 1).

FIGURE 1. The Three Stages of the Addiction Cycle and the Main Brain Regions Implicated<sup>a</sup>



<sup>a</sup> Potential medication targets and therapeutic strategies that target each stage are listed. KOR=kappa-opioid receptor; NK1=neurokinin 1; tDCS=transcranial direct current stimulation; TMS=transcranial magnetic stimulation. Modified from reference 65.

### Мал. 1. Три стадії циклу адикції та основні залучені мозкові структури

На першій стадії адиктивного циклу - стадії надмірного вживання (binge/intoxication) - провідну роль відіграє система винагороди, пов'язана з функціонуванням базальних гангліїв. Повторюване підкріплення супроводжується активацією дофамінергічних шляхів, що сприяє закріпленню поведінки та формуванню компульсивних патернів.

На стадії відміни та негативного афекту відбувається домінування стресових механізмів, пов'язаних із функціонуванням розширеної

мигдалеподібної системи (extended amygdala). Для цього етапу характерні дисфорія, підвищена тривожність та зростання реактивності до стресу, що зумовлює використання адиктивної поведінки як способу зниження внутрішнього напруження.

Третя стадія адиктивного циклу - стадія передочікування та нав'язливого потягу - пов'язана з дисфункцією префронтальної кори, яка відповідає за виконавчий контроль, прийняття рішень та регуляцію поведінки. Ослаблення цієї системи призводить до домінування імпульсивних реакцій над раціональною оцінкою наслідків [59].

Важливою особливістю представленої моделі є її циклічний характер: кожна стадія підсилює наступну, формуючи замкнене коло нейробіологічних порушень, що підтримують адиктивну поведінку навіть за відсутності первинного стимулу.

У контексті бойового стресу та хронічної загрози життю аналогічні механізми можуть формуватися без вживання психоактивних речовин, коли роль надпотужного стимулу виконує адреналін та постійна активація системи виживання [16].

З огляду на обмежені можливості прямого експериментального дослідження нейробіологічних механізмів адикції у людини, важливу роль у розвитку сучасних уявлень про залежність відіграють тваринні моделі. Вони дають змогу досліджувати перехід від контрольованого (епізодичного) вживання до компульсивної поведінки, а також локалізувати нейронні ланцюги й нейромедіаторні механізми, що підтримують різні фази адиктивного процесу. Хоча жодна тваринна модель не відтворює людську адикцію повністю, саме вони забезпечують емпіричну основу для аналізу механізмів підкріплення, відміни та рецидиву на клітинному, молекулярному й поведінковому рівнях [35].

Класичним критерієм підкріплювальної сили психоактивних речовин є феномен самовведення (self-administration), за якого тварини та люди здатні повторно вводити ті самі класи речовин. У таких моделях суб'єкт здійснює оперантну дію (наприклад, натискання важеля) для отримання ін'єкції речовини,

а інтенсивність і стійкість поведінки відображають мотиваційну значущість стимулу [32].

Нейрофармакологічні дані свідчать, що для гострих підкріплювальних ефектів багатьох психоактивних речовин ключову роль відіграє мезокортиколімбічна дофамінергічна система (VTA → nucleus accumbens та пов'язані структури). Зокрема, психостимулятори підвищують рівень позаклітинного дофаміну шляхом блокади його зворотного захоплення та інших механізмів, що асоціюється з підкріпленням і формуванням мотивації до повторного вживання. Водночас у підкріпленні різних класів речовин беруть участь також опіоїдні пептиди, серотонін-, ГАМК- та глутаматергічні механізми [35].

Важливим кроком у розвитку адикції є перехід від домінування позитивного підкріплення до ситуації, коли поведінка підтримується негативним підкріпленням. У цьому випадку подальше вживання (або повторення адиктивної дії) мотивується не лише бажанням отримати винагороду, а й прагненням уникнути або зменшити негативні переживання, що виникають у стані відміни: дисфорію, тривожність, дратівливість та інші неприємні відчуття. Соматичні прояви відміни можуть бути наявними, однак саме негативний емоційний компонент розглядають як ключовий мотиваційний чинник компульсивності [40].

Одним із найбільш переконливих експериментальних аргументів на користь цієї концепції є дані про зниження функції системи винагороди під час відміни. У парадигмах внутрішньочерепної самостимуляції у залежних тварин спостерігається підвищення порогу винагороди, що свідчить про зменшення чутливості до підкріплення. Подібні ефекти виявляли після відміни психостимуляторів, опіатів, алкоголю, тетрагідроканабінолу та нікотину, причому вираженість змін часто була дозозалежною від попереднього рівня вживання [35].

У межах інтегративної моделі адикції підкреслюється, що під час хронічного вживання відбуваються нейроадаптації в тих самих нейронних

елементах, які беруть участь у гострих підкріплювальних ефектах. Особливе місце в цій логіці займає концепт розширеної мигдалини (extended amygdala) як спільного нейроанатомічного субстрату, що інтегрує механізми винагороди та негативного афекту при залежності. До її складу відносять медіальну піддіянку nucleus accumbens (shell), bed nucleus of the stria terminalis та центральне ядро мигдалини. Цей нейронний вузол має аферентні зв'язки з лімбічними структурами та проєкції до гіпоталамуса й інших регуляторних центрів, що забезпечує інтеграцію емоційних, мотиваційних і поведінкових компонентів адикції [35].

Формування адиктивної поведінки тісно пов'язане з дисбалансом основних нейромедіаторних систем мозку. Центральне місце у цьому процесі посідає дофамінергічна система, яка забезпечує функціонування системи винагороди та механізмів підкріплення. Адиктивні стимули, як хімічні, так і поведінкові, призводять до надмірної активації дофамінергічних шляхів, що закріплює відповідну поведінку як пріоритетну [12].

Окрім дофаміну, важливу роль відіграють норадреналін та серотонін. Норадреналін пов'язаний із підвищенням рівня збудження, мобілізацією та відчуттям небезпеки, що особливо актуально в умовах хронічного стресу. Серотонін, у свою чергу, впливає на регуляцію імпульсивності, поведінкову ініціацію та здатність до припинення адиктивної діяльності.

Дисбаланс цих систем створює нейрохімічне підґрунтя для домінування короткочасного підкріплення над довгостроковими наслідками, що є характерною рисою адиктивної поведінки [25].

Нейропсихологічні та нейровізуалізаційні дослідження свідчать, що ключову роль у формуванні адикції відіграє порушення взаємодії між лімбічною системою та префронтальною корою. Лімбічні структури, зокрема nucleus accumbens та мигдалина, забезпечують емоційне підкріплення та мотиваційну значущість стимулів, тоді як префронтальна кора відповідає за виконавчий контроль, прийняття рішень і регуляцію поведінки [27].

Ослаблення функцій префронтальної кори призводить до зниження здатності пригнічувати імпульсивні реакції та прогнозувати віддалені наслідки власних дій. У результаті формується домінування імпульсивних і компульсивних патернів поведінки, що підтримуються гіперактивністю системи винагороди [15].

Дослідження також вказують на те, що для різних форм адикції характерні специфічні патерни порушень префронтально-лімбічних зв'язків, однак на ранніх етапах розвитку залежності нейробіологічні механізми різних адикцій є значною мірою подібними.

Хоча описані механізми сформульовані переважно для субстанційних залежностей, їхня структура (винагорода → відміна/негативний афект → потяг/очікування) задає універсальну рамку для аналізу поведінкових адикцій, де “стимулом” може виступати не речовина, а діяльність, здатна активувати систему винагороди й підтримувати повторення поведінки попри негативні наслідки. У цьому сенсі модель адиктивного циклу є теоретично релевантною для інтерпретації адреналін-орієнтованої ризикованої поведінки як потенційно адиктивного патерну [35].

Сучасні дослідження дедалі більше схилиються до концепції генетичної уразливості, а не генетичної детермінованості адикції. Йдеться про те, що наявність певних генетичних варіантів не зумовлює автоматичного розвитку залежності, але підвищує чутливість індивіда до впливу несприятливих середовищних чинників.

Показовими є дослідження, що демонструють взаємодію між варіантом гена MAO-A (3R) та умовами дитячого розвитку. Зокрема, встановлено, що у випадку поєднання генетичної уразливості з несприятливим соціальним середовищем (жорстоке поводження, емоційна депривація) істотно зростає ризик формування девіантної та адиктивної поведінки. Водночас за наявності підтримувального та безпечного середовища цей зв'язок може не реалізовуватися [32].

Таким чином, адикція постає як результат складної взаємодії біологічних передумов та досвіду розвитку, що підкреслює важливість урахування ранніх психосоціальних факторів у поясненні механізмів формування залежної поведінки.

Отже, адиктивна поведінка формується як результат складної взаємодії клітинних, молекулярних, нейромедіаторних, генетичних та нейропсихологічних чинників. Нейроадаптації в системі винагороди, порушення регуляторної ролі префронтальної кори та вплив середовищних факторів створюють замкнений цикл, що підтримує залежну поведінку навіть за відсутності первинного стимулу. Інтегративний підхід до розуміння адикції дозволяє розглядати її не лише як наслідок впливу окремого адиктивного агента, але як динамічний процес, що розгортається в межах індивідуальної біографії та психосоціального контексту. Така перспектива є принципово важливою для подальшого аналізу вікових особливостей формування адиктивної поведінки та інтерпретації емпіричних результатів дослідження.

### **1.3. Роль стресу та ПТСР як ключову детермінанту виникнення адикції**

У класичній концепції стресу, розробленій Гансом Сельє, стрес розглядається як неспецифічна універсальна відповідь організму на будь-який інтенсивний вплив, незалежно від його природи — фізичної чи психологічної. Центральним положенням цієї теорії є уявлення про загальний адаптаційний синдром, який розгортається у вигляді трьох послідовних стадій: стадії тривоги, стадії резистентності та стадії виснаження [19].

На стадії тривоги відбувається первинна мобілізація адаптаційних ресурсів організму у відповідь на загрозу. Вона супроводжується активацією симпатико-адреналової системи, підвищенням рівня збудження та готовністю до негайної дії. Ця фаза є еволюційно доцільною і спрямованою на виживання.

Стадія резистентності характеризується відносною стабілізацією функціонування організму за умов тривалого впливу стресора. На цьому етапі

адаптаційні механізми дозволяють підтримувати діяльність і виконання завдань, хоча ціна такої адаптації поступово зростає.

У разі тривалого або надмірного стресового впливу настає стадія виснаження, яка пов'язана з вичерпанням регуляторних ресурсів, порушенням гомеостазу та зниженням здатності до адаптації. Саме на цьому етапі стрес перестає виконувати захисну функцію і набуває дезадаптивного характеру [52].

Пізніше Г. Сельє запропонував розрізняти еустрес - адаптивний, функціонально корисний стрес, та дистрес - деструктивну форму стресової реакції, яка супроводжується порушенням регуляції та негативними наслідками для психічного й соматичного здоров'я. У сучасному розумінні саме дистрес, а не стрес як такий, становить патогенетичну основу більшості стрес-асоційованих розладів [51].

В умовах хронічного бойового стресу організм тривалий час перебуває у стані підвищеної активації, що супроводжується постійною мобілізацією симпато-адреналової системи та формуванням стану гіперарозалу (hyperarousal). За таких умов стресова реакція втрачає адаптивний характер і переходить у стійкий дезадаптивний режим, що створює передумови для порушення нейрофізіологічної регуляції та розвитку посттравматичних розладів.

Фізіологічною основою гострої стресової реакції є активація симпато-адреналової системи, що забезпечує мобілізацію організму за типом реакції "fight or flight". Вона супроводжується підвищенням серцево-судинної активності, м'язовою напругою, прискоренням дихання та змінами вегетативних функцій, спрямованими на забезпечення швидкої поведінкової відповіді на загрозу [12].

У разі тривалого або повторюваного впливу стресора формується стан гіперарозалу (hyperarousal), що характеризується стійким підвищенням рівня збудження нервової системи. Такий стан перестає виконувати адаптивну функцію і набуває дезадаптивного характеру, оскільки постійна мобілізація ресурсів призводить до їх поступового виснаження та порушення механізмів регуляції.

Бойовий стрес є специфічною формою хронічного екстремального стресу, що виникає в умовах безпосередньої загрози життю та здоров'ю. Він супроводжується інтенсивною та тривалою активацією фізіологічних систем виживання і може призводити до стійких змін у функціонуванні нервової системи. Дослідження свідчать, що значна частина комбатантів переживає бойовий стрес різного ступеня інтенсивності, а його прояви варіюють залежно від етапу бойових дій, тяжкості травм та індивідуальних ресурсів адаптації [9].

Таким чином, хронічний стрес, зокрема бойовий, створює нейрофізіологічне підґрунтя для порушення регуляторних механізмів, що в подальшому може сприяти розвитку психологічної травми та посттравматичних розладів.

Психологічна травма у сучасній психології розглядається як наслідок переживання подій, що виходять за межі звичайного людського досвіду та супроводжуються інтенсивним страхом, безпорадністю або жахом. Вона виникає у ситуаціях, коли адаптаційні ресурси індивіда виявляються недостатніми для інтеграції травматичного досвіду.

Постійний вплив екстремальних стресорів, зокрема в умовах війни, підвищує ризик переходу від гострих стресових реакцій до формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

До наслідків ПТСР можна віднести:

- труднощі з утриманням у пам'яті ключових моментів події, що травмує;
- повторні випадки переживання, “флешбеки”, страшні сновидіння;
- негативні думки про себе чи світ. Відчуття провини, сорому, страху, гніву чи ненависті.
- втрата інтересу до діяльності, що приносила задоволення. Людина може втратити інтерес до хобі, роботи, спілкування з друзями та близькими. Також людина може відчувати себе спустошеною та втраченою.
- психофізіологічні порушення: тривога та збудження, запаморочення, непритомність, тахікардія, підвищення температури тіла, головний біль та блідість;

- утруднення концентрації уваги, посилена реакція на страхи, перенапруження та тривожність, дратівливість або гнівливість.
- уникнення об'єктів, людей, місць, які можуть нагадувати про травмуючі події.
- відчуття відсутності майбутнього. Людина може відчувати, що не має майбутнього, що життя втрачає сенс.

Сучасні нейропсихологічні моделі ПТСР підкреслюють роль порушень регуляції між лімбічними структурами та префронтальною корою. Гіперактивація систем загрози поєднується з ослабленням механізмів виконавчого контролю, що ускладнює саморегуляцію поведінки та емоцій. Паралельно може формуватися феномен емоційного притуплення, який знижує чутливість до звичайних стимулів і задоволення [4].

У такому стані індивід може несвідомо прагнути інтенсивних стимулів, здатних тимчасово подолати емоційну «порожнечу» або напруження. Це створює психологічні та нейробіологічні передумови для залучення у ризиковану, адреналін-орієнтовану або адиктивну поведінку як спосіб регуляції внутрішнього стану.

Таким чином, ПТСР виступає не лише як наслідок травматичного досвіду, але і як фактор порушення саморегуляції, що опосередковує зв'язок між бойовим стресом та формуванням дезадаптивних поведінкових патернів.

Одним із базових психофізіологічних механізмів реакції на загрозу є реакція “бий або біжи” (fight-or-flight), описана в межах класичних концепцій стресу. Вона активується у відповідь на сприйняття небезпеки та забезпечує швидку мобілізацію ресурсів організму для виживання.

У структурі посттравматичного стресового розладу реакція fight-or-flight втрачає свою ситуативну обумовленість і стає хронічно активованою. Навіть за відсутності реальної загрози нейронні системи, відповідальні за виявлення небезпеки, залишаються гіперчутливими.

Це проявляється у вигляді стійкого гіперарозалу (hyperarousal), підвищеної реактивності мигдалини, порушення гальмівної функції префронтальної кори та

зниження здатності до контекстуальної оцінки безпеки. У результаті мозок постійно функціонує в режимі очікування загрози, що супроводжується тривогою, дратівливістю, порушенням сну та імпульсивністю [6].

Водночас у частини осіб спостерігається феномен емоційного притуплення, який може розглядатися як вторинна адаптивна реакція на хронічний гіперарозал. Таким чином, ПТСР поєднує парадоксальне співіснування надмірної збудливості та зниження суб'єктивної чутливості до стимулів.

#### **1.4. Ризикована та адиктивна поведінка в умовах хронічного стресу**

Хронічний стрес і тривала активація нервової системи не обмежуються лише емоційними або когнітивними порушеннями, а мають безпосередні поведінкові наслідки. В умовах постійного напруження, гіперарозалу (hyperarousal) та виснаження адаптаційних ресурсів відбувається перебудова мотиваційної сфери, що може проявлятися у зростанні схильності до ризикованої та адиктивної поведінки [57].

Одним із ключових механізмів такої перебудови є порушення балансу між системою винагороди та системами контролю. За умов хронічного стресу знижується чутливість до природних джерел задоволення, тоді як потреба у стимуляції зростає. Це створює передумови для пошуку інтенсивних переживань, здатних тимчасово компенсувати емоційне притуплення, внутрішню порожнечу або відчуття відчуженості від власного тіла та емоцій.

У цьому контексті ризикована поведінка може виконувати компенсаторну функцію, слугуючи способом відновлення суб'єктивного відчуття контролю, сили або "живості". Діяльність, пов'язана з небезпекою, невизначеністю або високим рівнем фізіологічного збудження, активує симпато-адреналову систему та призводить до вивільнення катехоламінів, що тимчасово зменшує прояви тривоги, апатії або емоційного оніміння. Таким чином, ризик перестає бути лише побічним ефектом поведінки й набуває самостійної мотиваційної цінності [49].

Паралельно з цим ризик може виступати формою пошуку стимуляції, необхідної для підтримання оптимального рівня активації нервової системи. В умовах гіпоактивації або емоційного притуплення інтенсивні стимули стають способом подолання внутрішнього дискомфорту. У свою чергу, повторюване залучення до таких форм активності сприяє закріпленню поведінкових патернів і може призводити до формування адиктивної динаміки.

Особливе значення у цьому процесі мають поведінкові адикції, які не передбачають вживання психоактивних речовин, але здатні активувати ті самі нейробіологічні механізми винагороди. До них належать азартні ігри, комп'ютерні та онлайн-ігри, надмірне використання соціальних мереж, ризикована сексуальна поведінка, екстремальні види діяльності. Усі ці форми поведінки можуть виконувати функцію регуляції афекту, зниження внутрішнього напруження або компенсації дефіциту стимуляції [48].

Хронічний стрес і посттравматичний досвід часто супроводжуються емоційним притупленням, деперсоналізацією та відчуттям віддаленості від власних переживань. У такому стані виникає потреба “відчути хоч щось”, що підвищує привабливість інтенсивних, інколи небезпечних стимулів. Цей механізм можна описати як послідовність: стрес → притуплення → пошук стимуляції → повторення → закріплення поведінки.

Важливо підкреслити, що ризикована та адиктивна поведінка в умовах хронічного стресу не завжди усвідомлюється як проблема. На початкових етапах вона може суб'єктивно переживатися як спосіб відновлення функціональності, підвищення ефективності або зняття напруження. Однак у довгостроковій перспективі такі стратегії саморегуляції сприяють поглибленню дисбалансу між системами винагороди й контролю, що підвищує ризик розвитку стійких адиктивних патернів.

Таким чином, хронічний стрес створює сприятливі умови для формування ризикованої та адиктивної поведінки, проте сам факт стресу не є достатнім поясненням індивідуальних відмінностей у поведінкових реакціях. Це вимагає залучення особистісних чинників, які модулюють спосіб реагування на

напруження та визначають, чи буде пошук стимуляції мати адаптивний або дезадаптивний характер. Однією з таких ключових змінних є схильність до пошуку відчуттів, що розглядається в наступному підпункті [3].

Саме тому ризикована та адиктивна поведінка в умовах хронічного стресу може розглядатися як форма дезадаптивної саморегуляції, спрямованої на компенсацію порушень емоційного тону, зниження внутрішнього напруження або подолання стану емоційного притуплення. Однак емпіричні дані свідчать, що за однакових умов стресу та травматизації індивіди демонструють суттєві відмінності у поведінкових стратегіях: одні схильні до пошуку інтенсивних і ризикованих стимулів, тоді як інші уникають подібних форм активності [11].

Це вказує на те, що хронічний стрес сам по собі не визначає поведінкові наслідки, а його вплив опосередковується індивідуально-психологічними характеристиками. Однією з ключових змінних, що модулює реакцію на стрес і визначає схильність до ризикованої та адиктивної поведінки, є пошук відчуттів (sensation seeking) як відносно стійка особистісна риса.

Саме ця риса дозволяє пояснити, чому в умовах тривалої активації системи виживання частина осіб починає активно залучатися до ризикованих форм поведінки - зокрема азартних ігор, екстремальної діяльності, ризикованого водіння, інтенсивного користування цифровими медіа або інших форм поведінкових адикцій, - тоді як інші демонструють уникання ризику або пасивні стратегії подолання стресу.

### **1.5. Теорія пошуку відчуттів М. Цукермана як пояснювальна модель індивідуальних відмінностей у схильності до ризикованої та адиктивної поведінки**

Не всі індивіди однаково реагують на хронічний стрес, травматичний досвід або тривалу активацію системи виживання. За подібних об'єктивних умов одні люди демонструють унікальну або інгібовану поведінку, тоді як інші - схильність до ризику, пошуку інтенсивних переживань і потенційно адиктивних форм активності. Для пояснення цих індивідуальних відмінностей у психології

широко використовується теорія пошуку відчуттів (sensation seeking), розроблена М. Цукерманом [3].

Згідно з визначенням М. Цукермана, пошук відчуттів - це відносно стабільна особистісна риса, що проявляється у прагненні до нових, різноманітних, інтенсивних переживань і готовності йти на фізичний, соціальний або фінансовий ризик заради їх досягнення. Автор підкреслює, що ключовим компонентом цієї риси є не сам ризик як такий, а потреба у високому рівні стимуляції, який перевищує середній рівень активації нервової системи [14].

У структурі sensation seeking М. Цукерман виокремлює кілька взаємопов'язаних компонентів, серед яких особливе значення для аналізу ризикованої та адиктивної поведінки мають імпульсивний пошук відчуттів, прагнення до новизни та схильність до дезінгібіції. Саме ці компоненти, за даними численних емпіричних досліджень, демонструють стійкі зв'язки з уживанням психоактивних речовин, азартними іграми, ризикованою сексуальною поведінкою, небезпечним водінням, екстремальними видами спорту та іншими формами поведінки, орієнтованої на інтенсивну стимуляцію [12].

Дослідження, проведені у різних культурах і вікових групах, показують, що високий рівень пошуку відчуттів корелює з більш раннім початком уживання алкоголю та наркотиків, вищою частотою ризикованої поведінки та меншою чутливістю до потенційних негативних наслідків. При цьому важливо підкреслити, що шкали sensation seeking не містять прямих пунктів, пов'язаних із конкретними адиктивними об'єктами, що свідчить про узагальнений характер цієї риси як психологічного підґрунтя різних форм ризикованої та адиктивної поведінки.

У контексті хронічного стресу та посттравматичного досвіду роль sensation seeking набуває особливого значення. Тривала активація стресових систем і стан гіперарозалу (hyperarousal) можуть призводити до емоційного притуплення та зниження суб'єктивної інтенсивності переживань, що, у свою чергу, формує потребу у сильніших стимулах для досягнення відчуття "живості" або

внутрішнього напруження. Для осіб із високим рівнем пошуку відчуттів така ситуація створює підвищений ризик переходу до адреналін-орієнтованих, ризикованих або адиктивних форм поведінки як способу саморегуляції психоемоційного стану [2].

Важливим є те, що *sensation seeking* не зводиться до патології. У певних соціальних і професійних контекстах (військова служба, рятувальні операції, екстремальні види діяльності) високий рівень цієї риси може виконувати адаптивну функцію, забезпечуючи готовність до дії в умовах невизначеності та небезпеки. Однак за умов хронічного стресу, недостатніх ресурсів саморегуляції та порушення контролю з боку префронтальної кори ця ж сама риса може виступати психологічним чинником уразливості, що підвищує ймовірність формування адиктивних патернів поведінки [18].

Таким чином, теорія пошуку відчуттів М. Цукермана дозволяє розглядати індивідуальні відмінності у схильності до ризикованої та адиктивної поведінки не як випадкові або суто соціально зумовлені, а як результат взаємодії стабільних особистісних характеристик із нейрофізіологічними та стресовими механізмами. У межах даного дослідження *sensation seeking* може розглядатися як модераторний чинник, що впливає на характер і напрям поведінкових реакцій в умовах хронічного бойового стресу та посттравматичного напруження.

### **Висновок до першого розділу**

Аналізуючи наукові джерела, ми дійшли висновку, що адикція в сучасній психологічній та медичній науці розглядається як багатовимірний феномен, який формується під впливом біологічних, психологічних і соціальних чинників. У літературі підкреслюється, що адиктивна поведінка може проявлятися не лише у вигляді хімічної залежності, але й у формі поведінкових адикцій, які мають подібні механізми підкріплення і саморегуляції.

Розглядаючи поняття адикції, можна зробити висновок, що воно є ширшим за категорію “залежність” у вузькому клінічному значенні. Якщо залежність у медичному підході пов’язується з толерантністю та синдромом відміни, то

адикція у психологічній традиції описує насамперед втрату контролю та формування компульсивного потягу до певного стимулу або діяльності. У цьому контексті важливим є те, що об'єктом адикції може бути не тільки речовина, а й активність, яка виконує функцію регуляції психоемоційного стану.

У межах сучасного підходу підкреслюється, що поведінкові адикції мають характерні ознаки, які дозволяють відрізнити їх від простої звички чи інтенсивного захоплення. Операційні критерії залежності, запропоновані М. Гріффітсом, показують, що адиктивність проявляється у домінуванні діяльності в житті людини, зміні настрою через залучення в активність, формуванні толерантності, появі симптомів “відміни”, конфлікті з іншими сферами життя та схильності до рецидивів. Це дозволяє розглядати як адиктивні такі форми поведінки, що мають негативні наслідки та підтримуються механізмами порушеної саморегуляції, зокрема трудову адикцію, ургентну адикцію, залежність від соціальних мереж, комп'ютерних ігор та гемблінгу, які були представлені у методичному комплексі дослідження.

Важливим підсумком розділу є висновок, що адикція має чітке нейробіологічне підґрунтя. У сучасній нейронауці залежність описують як хронічний рецидивуючий розлад, який включає компульсивність, втрату контролю та негативний емоційний стан при обмеженні доступу до стимулу. Нейробіологічна модель адиктивного циклу демонструє, що адикція розгортається через три взаємопов'язані стадії: стадію інтенсивного залучення (винагороди), стадію відміни/негативного афекту та стадію потягу/очікування, які пов'язані з базальними гангліями, розширеною мигдалиною та префронтальною корою. Отже, формування адикції супроводжується дисбалансом між системами винагороди й контролю, що зумовлює домінування імпульсивних і компульсивних патернів поведінки.

Окремо слід зазначити, що віковий чинник є важливим у розумінні вразливості до адиктивної поведінки. У різні вікові періоди особистість має різний рівень нейропсихологічної зрілості, різну чутливість до стресу та різні доступні способи емоційної регуляції. У підлітковому віці підвищена уразливість

пояснюється поєднанням психологічних кризових завдань і нейробіологічної асиметрії між активністю системи винагороди та незрілістю префронтального контролю. У дорослому віці ризик адиктивних патернів значно підвищується в умовах хронічного стресу та травматичного досвіду.

Під час аналізу стресу та ПТСР було встановлено, що хронічний стрес, особливо бойовий, призводить до тривалої активації систем виживання, виснаження адаптаційних ресурсів і поступового переходу від адаптації до дезадаптації. У межах теорії Г. Сельє стрес розглядається як універсальна реакція, яка може виконувати як адаптивну функцію (еустрес), так і руйнівну (дистрес). У випадку бойового стресу домінує тривалий дистрес, що створює передумови для розвитку психологічної травми та посттравматичних порушень. ПТСР супроводжується гіперчутливістю системи загрози, порушенням виконавчого контролю, емоційним притупленням і труднощами саморегуляції.

Важливим підсумком розділу є висновок, що хронічний стрес і посттравматичний досвід можуть змінювати мотиваційну сферу та підвищувати ймовірність ризикованої й адиктивної поведінки. У стані постійного напруження та емоційного притуплення у людини може формуватися потреба у сильних стимулах, які “повертають відчуття живості” або тимчасово знижують внутрішній дискомфорт. Таким чином, ризик може виконувати компенсаторну функцію, а повторюване залучення до інтенсивних стимулів здатне закріплюватися як поведінкова адикція.

Разом із тим було встановлено, що не всі люди однаково реагують на хронічний стрес. Для пояснення індивідуальних відмінностей у розділі розглянуто теорію пошуку відчуттів М. Цукермана, згідно з якою *sensation seeking* є відносно стабільною особистісною рисою, що визначає потребу в новизні, інтенсивності переживань і готовність до ризику заради стимуляції. Високий рівень пошуку відчуттів може підвищувати ймовірність залучення до ризикованих і потенційно адиктивних форм поведінки, особливо в умовах тривалого стресу та порушеної регуляції.

Підсумовуючи вищезазначене, можна зробити висновок, що адикція формується як динамічний процес, у якому поєднуються нейробіологічні механізми підкріплення, вплив хронічного стресу та травматичного досвіду, вікова уразливість і індивідуально-психологічні відмінності. Розглянуті теоретичні положення створюють основу для подальшого емпіричного аналізу взаємозв'язків між бойовим стресом, посттравматичними реакціями, ризикованою поведінкою та особистісною схильністю до пошуку відчуттів у вибірці військовослужбовців.

## РОЗДІЛ 2

# МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ТА ПІДБІР МЕТОДИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ РЕСУРСІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ КОНСТРУКТИВНОМУ ПОДОЛАННЮ СКЛАДНИХ ЖИТТЄВИХ СИТУАЦІЙ

### 2.1. Методологічне обґрунтування гіпотез дослідження

Згідно з обраною темою дослідження та на основі проведеного теоретичного аналізу сучасних вітчизняних і зарубіжних наукових джерел нами було сформульовано низку гіпотез, спрямованих на вивчення взаємозв'язків між інтенсивністю бойового досвіду, посттравматичними реакціями, ризикованою поведінкою та адиктивним ризиком у військовослужбовців.

Проведений у першому розділі теоретичний аналіз засвідчує, що досвід участі в бойових діях виступає потужним стресогенним чинником, який може зумовлювати формування посттравматичних реакцій та змін у поведінковій сфері особистості, зокрема у вигляді зростання ризикованих та адиктивних форм поведінки.

У зв'язку з цим було сформульовано такі гіпотези дослідження:

1. вищий рівень інтенсивності бойового досвіду позитивно пов'язаний із вищим рівнем посттравматичних реакцій у військовослужбовців, що проявляється у зростанні показників за Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій;
2. вищий рівень посттравматичних реакцій асоціюється з підвищеним рівнем адиктивного ризику, зокрема з окремими поведінковими формами адикції, пов'язаними з надмірною активністю, напруженням та порушенням саморегуляції;
3. існує позитивний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та адиктивним ризиком, що виявляється у зростанні інтегрального показника адиктивної поведінки зі збільшенням рівня бойового навантаження;

4. вищі показники посттравматичних реакцій пов'язані з більш вираженою схильністю до ризикованої поведінки у сфері здоров'я та безпеки, а також у сфері етичних норм, що може свідчити про зниження поведінкового контролю в умовах хронічного стресу;
5. інтенсивність бойового досвіду позитивно пов'язана з окремими формами ризикованої поведінки та адиктивного ризику, зокрема з ургентною та трудовою адикціями, які можуть виконувати компенсаторну або адаптаційну функцію в умовах бойового стресу;
6. вищий рівень потреби у пошуку відчуттів (sensation seeking) позитивно пов'язаний із більш вираженою схильністю до ризикованої поведінки в різних сферах життєдіяльності, зокрема у соціальній, рекреаційній, сфері здоров'я та безпеки, а також у сфері етичних норм;
7. вищі показники потреби у пошуку відчуттів асоціюються з підвищеним ризиком хімічних форм адиктивної поведінки, що проявляється у зростанні показників ризикованого вживання алкоголю (AUDIT-C) та, меншою мірою, наркотичних речовин (DUDIT-C);
8. збільшення віку асоціюється зі зростанням показників інтернально орієнтованих форм адиктивної поведінки, що може свідчити про використання підвищеної активності та залученості у діяльність як стратегії психологічної адаптації.

Таким чином, сформульовані гіпотези відображають комплексний підхід до аналізу психологічних наслідків бойового досвіду та дозволяють дослідити роль посттравматичних реакцій як ключового механізму, що поєднує бойове навантаження з ризикованими та адиктивними формами поведінки.

## **2.2. Підбір психодіагностичного інструментарію дослідження**

В рамках нашого дослідження було підібрано наступні методики відповідно до нашої теми роботи:

- Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (Combat Exposure Scale, CES) [15].

- Військовий варіант Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD) [24].
- Шкала доменно-специфічної схильності до ризикованої поведінки DOSPERT (Е. Вебером, А.-Р. Бле та Н. Бетц) та переглянута Бле та Вебером (2006) [26].
- Шкала пошуку відчуттів (Sensation Seeking Scale, М. Цукерман).
- Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців Збройних Сил України (В. Мороз) [36].
- Шкала скринінгу ризикованого вживання алкоголю AUDIT-C [14].
- Методика скринінгової оцінки ризикованого вживання наркотичних речовин (DUDIT) [25].

**Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (Combat Exposure Scale, CES).** Для оцінки рівня інтенсивності бойового досвіду військовослужбовців у межах емпіричного дослідження було використано шкалу бойового досвіду (Combat Exposure Scale, CES), розроблену Т. Кіном, Дж. Фербанком, Дж. Кедделлом, Р. Зімерінгом, К. Тейлором та С. Мора (1989).

CES є самозвітною психодіагностичною методикою, призначеною для кількісної оцінки ступеня залученості військовослужбовців у бойові дії та впливу бойових стресорів. Методика широко використовується як у наукових дослідженнях, так і в клінічній практиці, зокрема у сфері психічного здоров'я військових та ветеранів.

Опитувальник складається з 7 тверджень, що відображають різні аспекти бойового досвіду, зокрема:

- участь у бойових патрулях або виконанні небезпечних завдань;
- перебування під ворожим вогнем;
- оточення противником;
- рівень втрат у підрозділі (загиблі, поранені, зниклі безвісти);
- інтенсивність вогневого контакту з противником;
- спостереження за пораненням або загибеллю інших осіб;
- суб'єктивне відчуття загрози життю.

Відповіді на запитання оцінюються за п'ятибальною шкалою, яка враховує частоту, тривалість або інтенсивність відповідного бойового досвіду. Для кожного пункту передбачена спеціальна процедура перерахунку “сірих” балів у стандартизовані значення згідно з офіційною інструкцією до методики.

Загальний показник бойового досвіду обчислюється шляхом сумування перерахованих балів за всіма пунктами, при цьому сумарний бал може варіюватися в діапазоні від 0 до 41.

Залежно від отриманого сумарного показника, респондентів можна класифікувати за рівнем інтенсивності бойового досвіду:

- 0-8 балів - легкий рівень бойового досвіду;
- 9-16 балів – легкий-помірний рівень;
- 17-24 бали - помірний рівень;
- 25-32 бали - помірно-важкий рівень;
- 33-41 бал - важкий рівень бойового досвіду.

Вищі значення за шкалою CES свідчать про більшу інтенсивність та насиченість бойового досвіду, що, за даними попередніх досліджень, пов'язано з підвищеним ризиком розвитку посттравматичних реакцій та дезадаптивних форм поведінки.

У межах даного дослідження сумарний бал за шкалою CES використовувався як кількісний показник інтенсивності бойового досвіду та застосовувався для подальшого кореляційного аналізу з показниками посттравматичного стресу, ризикованої поведінки та адиктивного ризику.

**Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD).** У дослідженні для оцінки вираженості посттравматичних стресових реакцій у військовослужбовців було використано Міссісіпську шкалу посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD).

Методика була розроблена Т. Кіном та співавторами у 1987 році спеціально для діагностики посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій. У подальшому, у 1995 році, було створено

цивільний варіант шкали, валідизований на вибірці осіб із встановленим діагнозом ПТСР. У межах даного дослідження застосовувався військовий варіант шкали.

Міссісіпська шкала (військовий варіант) складається з 35 тверджень, що відображають ключові прояви посттравматичних реакцій, пов'язаних із бойовим досвідом. Відповіді на твердження надаються за п'ятибальною шкалою Лікерта, що відображає ступінь згоди респондента з кожним твердженням (від “абсолютно невірно” до “абсолютно вірно”).

Незважаючи на те, що окремі пункти шкали можуть бути згруповані за тематичними блоками (пов'язаними з емоційними, когнітивними та поведінковими проявами ПТСР), у процесі обробки результатів обчислюється один інтегральний підсумковий показник, який відображає загальний рівень вираженості посттравматичних симптомів. Частина тверджень має зворотне кодування, що дозволяє знизити ефект настановної відповіді та підвищити надійність результатів.

Підсумковий бал за Міссісіпською шкалою визначається шляхом сумування балів за всіма пунктами опитувальника. Отриманий показник дозволяє оцінити рівень психічної адаптації та вираженості посттравматичних реакцій.

Відповідно до критеріїв інтерпретації методики, результати можуть бути віднесені до таких діагностичних рівнів:

- Добра психічна адаптація - середні значення близько  $76 \pm 18$  балів;
- Психічні розлади посттравматичного характеру - середні значення близько  $86 \pm 26$  балів;
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) - показники на рівні  $130 \pm 18$  балів.

Таким чином, зростання сумарного балу свідчить про підвищення інтенсивності посттравматичних симптомів та зниження рівня психічної адаптації особистості.

Міссісіпська шкала є клінічно орієнтованим інструментом, що використовується переважно для підтвердження наявності ПТСР та оцінки ступеня його вираженості, а також для моніторингу динаміки симптомів у процесі психологічної допомоги. Через високу специфічність методика не рекомендована як первинний скринінговий інструмент, проте широко застосовується у діяльності психологів силових структур, спеціальних служб та при роботі з особами, які зазнають екстремальних психологічних навантажень.

У межах даного дослідження Міссісіпська шкала використовувалася як ключовий показник посттравматичних реакцій, що дозволяє аналізувати її взаємозв'язки з інтенсивністю бойового досвіду, схильністю до ризикованої поведінки та проявами адиктивного ризику.

**Шкала доменно-специфічної схильності до ризикованої поведінки (DOSPERT).** З метою оцінки схильності до ризикованої поведінки у різних сферах життєдіяльності в дослідженні було використано шкалу Domain-Specific Risk-Taking Scale (DOSPERT), розроблену Е. Вебером, А.-Р. Бле та Н. Бетц та переглянута Бле та Вебером (2006).

Методика ґрунтується на положенні про доменну специфічність ризику, відповідно до якого ризикована поведінка не є однорідною рисою особистості, а проявляється по-різному залежно від конкретного життєвого контексту.

Шкала складається з 30 тверджень, які оцінюються за 7-бальною шкалою Лікерта - від 1 ("вкрай малоімовірно") до 7 ("вкрай імовірно"). Респондентам пропонується оцінити ймовірність власної участі у запропонованих ситуаціях ризикованої поведінки.

DOSPERT дозволяє отримати показники за п'ятьма доменами ризику:

- Соціальний ризик (S) - готовність до дій, що можуть призвести до соціального осуду або міжособистісних конфліктів;
- Рекреаційний ризик (R) - схильність до участі в потенційно небезпечних видах дозвілля та активного відпочинку;
- Фінансовий ризик (F) - ризиковані фінансові рішення та інвестиційна поведінка;

- Ризик для здоров'я та безпеки (H/S) - поведінка, що може становити загрозу фізичному здоров'ю;
- Етичний ризик (E) - готовність до порушення моральних і соціально прийнятних норм.

Бали за кожним доменом обчислюються шляхом сумування відповідей на відповідні твердження. Вищі значення свідчать про вищу схильність до ризикованої поведінки у відповідній сфері.

За даними авторів, шкала DOSPERT характеризується достатньою внутрішньою узгодженістю, а також підтвердженою факторною та конвергентною валідністю. Методика широко використовується у дослідженнях ризикованої поведінки, прийняття рішень та поведінкових реакцій в умовах невизначеності.

У межах даного дослідження шкала DOSPERT застосовувалася для аналізу специфіки ризикованої поведінки військовослужбовців, а отримані показники використовувалися для подальшого кореляційного аналізу з інтенсивністю бойового досвіду, рівнем посттравматичних симптомів та адиктивного ризику.

**Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців Збройних Сил України (В. Мороз).** Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців Збройних Сил України була розроблена В.М. Морозом з метою скринінгової діагностики ризику формування поведінкових (нехімічних) адикцій у процесі професійної діяльності військовослужбовців. Методика ґрунтується на сучасних уявленнях про адиктивну поведінку як форму професійної деформації особистості, що виникає в умовах хронічного стресу, дефіциту часу, високої відповідальності та інтенсивного психоемоційного навантаження.

Опитувальник має експрес-характер і призначений для масових обстежень, що дозволяє здійснювати психологічну діагностику впродовж 5-7 хвилин. Методика включає 20 тверджень, які оцінюються респондентами за 5-бальною шкалою від 0 до 4 (“невірно” - “вірно”)

Структурно методика спрямована на виявлення п'яти найбільш поширених серед військовослужбовців видів нехімічних залежностей:

1. Трудова залежність.
2. Ургентна залежність (залежність від поспіху, дефіциту часу).
3. Залежність від соціальних мереж та інтернет-серфінгу.
4. Залежність від комп'ютерних/онлайн-ігор.
5. Залежність від гри на гроші (гемблінг).

Кожен тип залежності представлений чотирма пунктами опитувальника. За кожною шкалою обчислюється окремий кількісний показник у діапазоні від 0 до 16 балів.

Інтерпретація результатів здійснюється окремо для кожного виду залежності за такими рівнями:

- 0-3 бали - відсутність залежності;
- 4-7 балів - низький рівень;
- 8-12 балів - середній рівень;
- 13-16 балів - високий рівень залежності.

Методика рекомендована для використання у практичній діяльності військових психологів, а також у наукових дослідженнях, спрямованих на вивчення поведінкових адикцій, професійної деформації та психологічних ресурсів військовослужбовців в умовах бойової та службової діяльності.

**Шкала пошуку відчуттів (Sensation Seeking Scale, М. Цукерман).** З метою оцінки індивідуального рівня потреби у пошуках нових, інтенсивних та ризикованих відчуттів у дослідженні було використано Шкалу пошуку відчуттів (Sensation Seeking Scale), розроблену Марвіном Цукерманом у 1964 році.

Методика ґрунтується на концепції sensation seeking як відносно стійкої особистісної риси, що відображає прагнення до новизни, інтенсивних переживань та готовність до участі в потенційно ризикованих ситуаціях з метою отримання сильних емоційних стимулів. Згідно з підходом М. Цукермана, високий рівень потреби у відчуттях може бути пов'язаний із імпульсивністю, ризикованою поведінкою та схильністю до різних форм адиктивних проявів.

Структура методики складається з 16 пар тверджень, у кожній з яких респонденту необхідно обрати одне твердження, що є більш характерним для нього. Кожна пара містить альтернативи, які відрізняються рівнем орієнтації на стабільність або на новизну та інтенсивні переживання.

Обрані відповіді, що відповідають ключу методики, оцінюються в 1 бал, тоді як альтернативні відповіді не оцінюються. Таким чином, загальний показник за шкалою формується шляхом підрахунку кількості збігів з ключем.

Підрахунок та інтерпретація результатів. Сумарний бал за шкалою може варіюватися від 0 до 16 балів і відображає загальний рівень потреби у пошуках відчуттів. Відповідно до інтерпретаційних критеріїв методики, результати розподіляються за такими рівнями:

- Низький рівень потреби у відчуттях (0-5 балів) - характеризується орієнтацією на стабільність, передбачуваність та обережність, перевагою впорядкованого й безпечного стилю життя.
- Середній рівень потреби у відчуттях (6-10 балів) - свідчить про здатність поєднувати відкритість до нового досвіду з контролем та розсудливістю в поведінці.
- Високий рівень потреби у відчуттях (11-16 балів) - вказує на виражене прагнення до інтенсивних переживань, новизни та підвищеної стимуляції, що може супроводжуватися участю у ризикованих або авантюричних видах діяльності.

**Дослідницька значущість методики.** Шкала пошуку відчуттів широко застосовується у дослідженнях ризикованої поведінки, адиктивних тенденцій, імпульсивності та поведінкових реакцій в умовах стресу й невизначеності. У контексті військової вибірки рівень потреби у відчуттях розглядається як важливий психологічний чинник, що може посилювати або модифікувати зв'язок між бойовим досвідом, посттравматичними реакціями та схильністю до ризикованої або адиктивної поведінки.

У межах даного дослідження методика М. Цукермана використовувалася для аналізу індивідуальних відмінностей у прагненні до інтенсивних переживань, а також для перевірки гіпотез щодо її ролі як потенційного

модератора зв'язку між посттравматичними симптомами та ризикованими формами поведінки.

**Шкала скринінгу ризикованого вживання алкоголю AUDIT-C.** Для оцінки рівня ризикованого вживання алкоголю у досліджуваних було використано коротку версію опитувальника AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test – Consumption), розроблену Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO, 2001) як скринінговий інструмент для виявлення небезпечних форм вживання алкоголю.

AUDIT-C є скороченою версією повного опитувальника AUDIT і широко застосовується у клінічній та науково-дослідницькій практиці, зокрема в системі охорони здоров'я ветеранів (VA) та Міністерстві оборони США (DoD). Методика призначена не для постановки клінічного діагнозу, а для первинного виявлення осіб з підвищеним алкогольним ризиком, які потребують подальшого поглибленого обстеження.

Опитувальник AUDIT-C складається з 3 запитань, що оцінюють:

1. Частоту вживання алкоголю протягом останнього року.
2. Типову кількість алкогольних напоїв у дні вживання.
3. Частоту епізодів надмірного вживання алкоголю (6 і більше порцій для чоловіків, 4 і більше - для жінок).

Відповіді на кожне запитання оцінюються за шкалою від 0 до 4 балів залежно від інтенсивності та частоти вживання алкоголю.

Сумарний бал за методикою AUDIT-C може варіюватися від 0 до 12 балів, де вищі значення відповідають вищому рівню алкогольного ризику.

Згідно з рекомендаціями BOOЗ та клінічних протоколів VA/DoD, інтерпретація результатів здійснюється таким чином:

- 0-4 бали - низький рівень алкогольного ризику;
- 5 балів і більше - позитивний скринінговий результат, що свідчить про ризиковане або небезпечне вживання алкоголю та потребує подальшої клінічної оцінки.

У межах даного дослідження методика AUDIT-C використовується як індикатор хімічної форми адиктивного ризику, що дозволяє порівнювати алкогольну поведінку з показниками бойового досвіду, посттравматичних реакцій та поведінкових форм адикції.

Використання AUDIT-C у даному дослідженні обґрунтоване необхідністю:

- контролю впливу хімічних форм адикції при аналізі ризикованої та адиктивної поведінки;
- виявлення можливих зв'язків між бойовим досвідом, посттравматичними реакціями та вживанням алкоголю;
- розмежування поведінкових і хімічних компонентів адиктивного ризику у військовослужбовців.

Таким чином, шкала AUDIT-C доповнює загальну батарею методик і дозволяє здійснити комплексний аналіз адиктивних проявів у досліджуваній вибірці.

**Методика скринінгової оцінки ризикованого вживання наркотичних речовин (DUDIT).** Для оцінки ризикованого вживання наркотичних речовин у дослідженні було використано Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) - стандартизований скринінговий опитувальник, розроблений А. Н. Berman, Н. Bergman, Т. Palmstierna та F. Schlyter у 2002 році. Методика створена як доповнення до AUDIT і призначена для виявлення проблем, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, відповідно до критеріїв ICD-10 та DSM-IV.

Опитувальник DUDIT складається з 11 пунктів, які охоплюють:

- частоту та інтенсивність вживання наркотичних речовин;
- втрату контролю над вживанням;
- негативні наслідки для фізичного та психічного здоров'я;
- міжособистісні та соціальні проблеми, пов'язані з уживанням;
- суб'єктивні ознаки залежності (потяг, почуття провини, зауваження з боку оточення).

Відповіді на більшість пунктів надаються за 5-бальною шкалою частотності, що дозволяє отримати континуальний сумарний показник наркотичного ризику.

**Процедура оцінювання.** Загальний бал DUDIT обчислюється шляхом сумування балів за всіма 11 пунктами. Вищі значення сумарного показника свідчать про вищий рівень ризикованого вживання наркотичних речовин та ймовірність формування наркотичної залежності.

Методика не призначена для постановки клінічного діагнозу, однак ефективно використовується як скринінговий інструмент у клінічній психології, психіатричній практиці, дослідженнях громадського здоров'я, роботі з групами підвищеного ризику, зокрема військовослужбовцями.

**Інтерпретація результатів.** Відповідно до рекомендацій авторів методики:

- низькі значення сумарного балу вказують на відсутність або мінімальний рівень наркотичного ризику;
- підвищені показники свідчать про ймовірну проблемну модель вживання наркотичних речовин;
- високі значення можуть вказувати на сформовану залежність і потребують подальшої поглибленої діагностики.

Таким чином, DUDIT дозволяє кількісно оцінити ступінь наркотичного ризику та використовується у дослідженні як контрольний показник хімічної адиктивної поведінки, що доповнює аналіз нехімічних форм адикції та ризикованої поведінки.

Методика DUDIT має доведену надійність та валідність у різних вибірках, зокрема у клінічно відібраних групах. Її використання у межах даного дослідження дозволяє:

- диференціювати поведінкові та хімічні форми адиктивного ризику;
- перевірити специфічність виявлених зв'язків між бойовим досвідом, посттравматичними реакціями та адиктивною поведінкою;
- уникнути редукції адиктивного ризику виключно до поведінкових проявів.

## Висновок до другого розділу

Проаналізувавши теоретичні джерела з проблеми психологічних наслідків переживання бойового досвіду та пов'язаних із ним поведінкових і адиктивних проявів, було встановлено актуальність комплексного вивчення взаємозв'язків між інтенсивністю бойового навантаження, посттравматичними реакціями та ризикованою поведінкою особистості. Сучасні наукові дослідження свідчать про те, що екстремальні та тривалі стресові впливи, зокрема участь у бойових діях, можуть суттєво змінювати психологічне функціонування людини, підвищуючи вразливість до розвитку посттравматичних симптомів та адиктивних форм поведінки.

На основі теоретичного аналізу було сформульовано концептуальне припущення про те, що інтенсивність бойового досвіду пов'язана з вираженістю посттравматичних реакцій, а останні, у свою чергу, можуть виступати психологічним чинником підвищення ризикованої та адиктивної поведінки. Особлива увага в межах дослідження приділяється ролі індивідуальних схильностей до ризику, потреби у пошуках відчуттів та різних форм поведінкових і хімічних адикцій як можливих механізмів психологічної адаптації або дезадаптації в умовах тривалого стресу.

Відповідно до поставленої мети та завдань дослідження, на основі концептуальної моделі та теоретичного обґрунтування були сформульовані емпіричні гіпотези, що передбачають:

1. наявність позитивного зв'язку між інтенсивністю бойового досвіду та рівнем посттравматичних реакцій;
2. зв'язок між вираженістю посттравматичних симптомів і підвищеною схильністю до ризикованої та адиктивної поведінки;
3. опосередковану роль посттравматичних реакцій у взаємозв'язку між бойовим досвідом і поведінковими формами ризику та адикції;
4. можливий модераційний вплив індивідуальних особистісних характеристик, зокрема схильності до пошуку відчуттів, на зв'язок між посттравматичними проявами та ризикованою поведінкою.

У другому розділі роботи було обґрунтовано вибір психодіагностичного інструментарію, адекватного меті та завданням емпіричного дослідження. Для комплексної оцінки досліджуваних психологічних конструктів використано валідні та надійні методики, які дозволяють кількісно оцінити інтенсивність бойового досвіду, рівень посттравматичних реакцій, схильність до ризикованої поведінки та адиктивного ризику як у поведінковій, так і в хімічній сферах.

Таким чином, теоретичне обґрунтування та підбір психодіагностичних методик створили надійну методологічну основу для проведення емпіричного дослідження, перевірки висунутих гіпотез та подальшого аналізу психологічних чинників, що впливають на поведінкові стратегії адаптації військовослужбовців в умовах складних життєвих і бойових ситуацій.

## РОЗДІЛ 3

### РЕЗУЛЬТАТИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ МІЖ БОЙОВИМ ДОСВІДОМ, ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ РЕАКЦІЯМИ ТА РИЗИКОВАНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

#### 3.1. Цілі, організація та завдання емпіричного дослідження

Проаналізувавши сучасні наукові підходи до вивчення психологічних наслідків участі у бойових діях, було встановлено, що інтенсивність бойового досвіду є одним із ключових чинників формування посттравматичних реакцій та змін у поведінкових стратегіях військовослужбовців. Умови хронічного бойового стресу можуть суттєво впливати на процеси саморегуляції, підвищувати схильність до ризикованої та адиктивної поведінки, а також змінювати способи психологічної адаптації до складних життєвих ситуацій. У зв'язку з цим виникає необхідність емпіричного дослідження взаємозв'язків між бойовим досвідом, посттравматичними реакціями та адиктивним і ризикованим поведінковим профілем особистості.

Концептуальна гіпотеза дослідження полягає у припущенні, що інтенсивність бойового досвіду військовослужбовців пов'язана з рівнем посттравматичних реакцій, які, у свою чергу, можуть виступати психологічним механізмом підвищення адиктивного ризику та схильності до ризикованої поведінки. Посттравматичні симптоми розглядаються як проміжна ланка між пережитим бойовим навантаженням та формуванням специфічних форм поведінкової адаптації, зокрема надмірної активності, ургентної поведінки та зниження контролю у сфері здоров'я й етичних норм.

Відповідно до мети дослідження було сформульовано та заплановано емпіричну перевірку таких гіпотез:

1. вищий рівень інтенсивності бойового досвіду позитивно пов'язаний із вищим рівнем посттравматичних реакцій у військовослужбовців, що проявляється у зростанні показників за Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій;

2. вищий рівень посттравматичних реакцій асоціюється з підвищеним рівнем адиктивного ризику, зокрема з окремими поведінковими формами адикції, пов'язаними з надмірною активністю, напруженням та порушенням саморегуляції;
3. існує позитивний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та адиктивним ризиком, що виявляється у зростанні інтегрального показника адиктивної поведінки зі збільшенням рівня інтенсивності бойового досвіду;
4. вищі показники посттравматичних реакцій пов'язані з більш вираженою схильністю до ризикованої поведінки у сфері здоров'я та безпеки, а також у сфері етичних норм, що може свідчити про зниження поведінкового контролю в умовах хронічного стресу;
5. інтенсивність бойового досвіду позитивно пов'язана з окремими формами ризикованої поведінки та адиктивного ризику, зокрема з ургентною та трудовою адикціями, які можуть виконувати компенсаторну або адаптаційну функцію в умовах бойового стресу;
6. вищий рівень потреби у пошуку відчуттів (sensation seeking) позитивно пов'язаний із більш вираженою схильністю до ризикованої поведінки в різних сферах життєдіяльності, зокрема у соціальній, рекреаційній, сфері здоров'я та безпеки, а також у сфері етичних норм;
7. вищі показники потреби у пошуку відчуттів асоціюються з підвищеним ризиком хімічних форм адиктивної поведінки, що проявляється у зростанні показників ризикованого вживання алкоголю (AUDIT-C) та, меншою мірою, наркотичних речовин (DUDIT-C);
8. збільшення віку асоціюється зі зростанням показників інтернально орієнтованих форм адиктивної поведінки, що може свідчити про використання підвищеної активності та залученості у діяльність як стратегії психологічної адаптації.

Для досягнення поставленої мети та перевірки висунутих гіпотез у процесі емпіричного дослідження було визначено такі завдання:

1. здійснити добір адекватного психодіагностичного інструментарію для оцінки інтенсивності бойового досвіду, посттравматичних реакцій, ризикованої та адиктивної поведінки;
2. провести кількісний аналіз отриманих емпіричних даних;
3. встановити кореляційні зв'язки між основними психологічними показниками дослідження;
4. інтерпретувати результати з урахуванням теоретичних положень і сформульованих гіпотез.

Для розв'язання поставлених завдань та перевірки гіпотез у дослідженні було використано такі методи:

- кількісний аналіз емпіричних даних, зокрема методи описової статистики (обчислення середніх значень та стандартного відхилення);
- формування інтегральних показників для узагальненої оцінки адиктивного ризику;
- кореляційний аналіз (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена);
- узагальнення та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.

**Опис вибірки дослідження.** У дослідженні взяли участь  $N = 265$  військовослужбовців віком від 20 до 58 років ( $M = 34$ ,  $SD = 8,2$ ). За статевою ознакою вибірка була представлена переважно чоловіками: 95,5% ( $n = 253$ ) становили чоловіки та 4,5% ( $n = 12$ ) жінки, що відображає специфіку військового контингенту та характер досліджуваної популяції.

### **3.2. Результати емпіричного дослідження**

**Шкала інтенсивності бойового досвіду.** У межах емпіричного дослідження було проаналізовано показники інтенсивності бойового досвіду досліджуваних за допомогою шкали Combat Exposure Scale (CES). З огляду на специфіку методики, яка передбачає інтерпретацію результатів через віднесення респондентів до якісних рівнів бойового навантаження (від легкого до важкого), для представлення отриманих даних було використано розподіл вибірки за

категоріями інтенсивності бойового досвіду. Результати розподілу досліджуваних за рівнями бойового досвіду подано у таблиці 3.1.

*Таблиця 3.1*

**Розподіл досліджуваних за рівнем інтенсивності бойового досвіду**

<b>Рівень бойового досвіду</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Низький	53	19,9%
Помірний	55	20,7%
Середній	40	15,0%
Високий	20	7,5%
Дуже високий	97	36,5%

Як видно з даних, наведених у таблиці 3.1, найбільшу частку вибірки становлять військовослужбовці з важким рівнем інтенсивності бойового досвіду (36,47 %), що свідчить про значну представленість осіб із високим ступенем залученості до бойових дій та впливу бойових стресорів.

Водночас сукупна частка досліджуваних із низьким та легким–помірним рівнем бойового досвіду становить понад 40 %, що вказує на гетерогенність вибірки за рівнем бойового навантаження та створює передумови для подальшого аналізу взаємозв'язків між інтенсивністю бойового досвіду, посттравматичними реакціями та показниками ризикованої й адиктивної поведінки.

Отриманий розподіл підтверджує доцільність використання шкали CES у даному дослідженні та дозволяє розглядати інтенсивність бойового досвіду як значущий чинник психологічного функціонування військовослужбовців.

**Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій.** З метою оцінки вираженості посттравматичних реакцій у військовослужбовців було застосовано Міссісіпську шкалу посттравматичних стресових розладів (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD). Обробка отриманих даних здійснювалася відповідно до інтерпретаційних критеріїв методики, що дозволяють розподілити досліджуваних за рівнем психічної адаптації та ступенем вираженості посттравматичних симптомів.

Для наочного представлення результатів було здійснено розподіл вибірки за трьома основними категоріями: добрий рівень психічної адаптації, наявність психічних розладів посттравматичного характеру та показники, що відповідають рівню посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Узагальнені результати розподілу досліджуваних за зазначеними категоріями подано у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

**Розподіл досліджуваних за рівнем посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою**

<b>Рівень бойового досвіду</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Добре адаптовані	228	86,1%
ПТСР	8	3%
Психічні розлади	29	10,9%

Згідно з даними, наведеними у таблиці 3.2, переважна більшість досліджуваних характеризуються добрим рівнем психічної адаптації, що свідчить про відносно збережений психоемоційний стан попри наявний бойовий досвід. Водночас у 10,94 % респондентів виявлено показники, що відповідають наявності психічних розладів посттравматичного характеру, які можуть супроводжуватися підвищеним рівнем напруження, емоційною нестабільністю та труднощами адаптації.

Окрему групу становлять 3,02 % досліджуваних, показники яких відповідають рівню посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Наявність цієї групи свідчить про збереження клінічно значущих посттравматичних симптомів у частини військовослужбовців та вказує на підвищений психологічний ризик.

Отримані результати підтверджують доцільність подальшого аналізу взаємозв'язків між інтенсивністю бойового досвіду, вираженістю посттравматичних реакцій та проявами ризикованої й адиктивної поведінки, що є важливим для глибшого розуміння механізмів психологічної адаптації військовослужбовців в умовах хронічного бойового стресу.

**Шкала доменно-специфічної схильності до ризикованої поведінки DOSPERT.** Методика дозволяє оцінити готовність особистості до ризикованих дій у п'яти основних сферах життєдіяльності: соціальній, рекреаційній, фінансовій, сфері здоров'я та безпеки, а також етичній сфері.

Для аналізу результатів було використано методи описової статистики, зокрема розраховано середні статистичні значення та стандартні відхилення показників за кожним доменом шкали DOSPERT. Отримані результати представлені в таблиці 3.3.

*Таблиця 3.3*

**Розподіл досліджуваних за рівнем схильності до ризикованої поведінки**

<b>Сфера</b>	<b>Середнє статистичне значення</b>	<b>Стандартне відхилення</b>
Соціальна	29,64	±6,16
Рекреаційна	24,98	±8,04
Фінансова	15,78	±6,16
Здоров'я/безпека	24,25	±7,09
Етична	15,92	±5,27

Згідно з отриманими результатами, представленими в таблиці 3.3, найбільш вираженою у досліджуваній вибірці є схильність до ризикованої поведінки у соціальній сфері, що може свідчити про готовність до прийняття соціальних ризиків, зокрема у міжособистісній взаємодії, відстоюванні власної позиції та порушенні соціальних норм.

Помірно виражені показники ризикованої поведінки зафіксовано у рекреаційній сфері, а також у сфері здоров'я та безпеки, що може вказувати на схильність до ризикованих дій у контексті фізичної активності, відпочинку та поведінки, пов'язаної з потенційною загрозою для здоров'я.

Найнижчі середні значення виявлено у фінансовій та етичній сферах, що свідчить про відносно обережне ставлення досліджуваних до матеріальних ризиків та порушення морально-етичних норм.

Загалом отримані результати демонструють нерівномірний розподіл схильності до ризикованої поведінки залежно від сфери життєдіяльності, що

підтверджує доцільність подальшого аналізу взаємозв'язків між ризикованою поведінкою, посттравматичними реакціями та адиктивним ризиком у контексті бойового досвіду.

**Діагностика потреби в пошуках відчуттів.** Наступним етапом емпіричного дослідження було проаналізовано рівень потреби у пошуку відчуттів за методикою М. Цукермана (Sensation Seeking Scale). Дана методика дозволяє оцінити індивідуальну схильність до інтенсивних, нових та ризикованих переживань, а також готовність до поведінки, пов'язаної з підвищеним рівнем стимуляції.

Для аналізу результатів було застосовано методи описової статистики, зокрема розраховано середні статистичні значення та стандартні відхилення за основними шкалами методики. Отримані результати представлені в таблиці 3.4.

*Таблиця 3.4*

**Розподіл досліджуваних за рівнем потреби у пошуку відчуттів**

<b>Рівень бойового досвіду</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Високий	30	11,3%
Середній	168	63,4%
Низький	67	25,3%

Згідно з результатами, наведеними в таблиці 3.4, у досліджуваній вибірці виявлено помірний рівень потреби у пошуку відчуттів, що свідчить про наявність схильності до переживання нових та інтенсивних емоцій, проте без домінування крайніх форм ризикованої поведінки.

Найбільш вираженими виявилися показники, пов'язані з готовністю до нового досвіду та активної поведінки, що може відображати прагнення до стимуляції, змін та виходу за межі повсякденної рутини. Водночас відносно стримані значення за окремими шкалами свідчать про збереження певного рівня поведінкового контролю.

**Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців Збройних Сил України.** Далі було проаналізовано результати за методикою

визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців Збройних Сил України (В. Мороз).

Для узагальненої оцінки схильності до адиктивної поведінки було розглянуто середні значення та стандартні відхилення за окремими шкалами методики, а також розраховано інтегральний показник адиктивного ризику, що відображає загальний рівень вираженості адиктивних тенденцій у вибірці. Отримані результати подані у таблиці 3.5.

*Таблиця 3.5*

**Середні значення та стандартні відхилення показників адиктивного ризику за методикою В. Мороза**

<b>Сфера</b>	<b>Середнє статистичне значення</b>	<b>Стандартне відхилення</b>
Трудова адикція	7,22	±3,18
Ургентна адикція	7,21	±3,16
Адикція до соціальних мереж	4,35	±3,14
Комп'ютерна/інтернет адикція	3,35	±3,34
Гемблінгова адикція	0,74	±2,12
Інтегральний показник адиктивного ризику	5,61	±1,88

Згідно з даними, наведеними в таблиці 3.5, у досліджуваній вибірці найбільш вираженими є показники трудової та ургентної адикції, що може свідчити про схильність частини військовослужбовців до підвищеної активності, напруженості та залученості у діяльність як можливих форм психологічної адаптації.

Показники адиктивної поведінки, пов'язаної з використанням соціальних мереж та комп'ютерної активності, мають помірний рівень вираженості, тоді як гемблінгова адикція у середньому представлена найменш інтенсивно.

Інтегральний показник адиктивного ризику характеризується помірним рівнем середнього значення, що вказує на неоднорідність вибірки та наявність як осіб із низькою, так і з підвищеною схильністю до адиктивної поведінки.

**Шкала скринінгу ризикованого вживання алкоголю AUDIT-C.** Для оцінки ризикованого вживання алкоголю у вибірці було використано скорочену версію опитувальника AUDIT-C, яка дозволяє виявити осіб із підвищеним ризиком алкогольної адиктивної поведінки. Результати дослідження представлені у вигляді розподілу досліджуваних за рівнями алкогольного ризику.

Таблиця 3.6

**Розподіл досліджуваних за рівнем алкогольного ризику**

<b>Рівень алкогольного ризику</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Високий ризик	10	3,8%
Помірний ризик	29	10,9%
Низький ризик	226	85,3%

Отримані результати свідчать про те, що переважна більшість досліджуваних мають низький рівень алкогольного ризику, що може вказувати на відсутність систематичного ризикованого вживання алкоголю в основній частині вибірки. Водночас 10,94% респондентів демонструють помірний рівень ризику, а 3,77% - високий рівень алкогольного ризику, що потребує підвищеної уваги з огляду на можливі негативні наслідки для психічного та фізичного здоров'я.

**Методика скринінгової оцінки ризикованого вживання наркотичних речовин (DUDIT).** Для оцінки ризику вживання наркотичних речовин у досліджуваній вибірці було використано опитувальник DUDIT-C, який дозволяє виявити осіб із ймовірною наркотичною залежністю або підвищеним ризиком її формування. Результати дослідження представлені у вигляді розподілу досліджуваних за рівнями наркотичного ризику.

Таблиця 3.6

**Розподіл досліджуваних за рівнем наркотичного ризику**

<b>Рівень ризику залежності</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Низький ризик залежності	263	99,25%
Ймовірна наркотична залежність	2	0,75%

Наркотична залежність	0	0%
-----------------------	---	----

Отримані результати свідчать про те, що переважна більшість досліджуваних мають низький рівень ризику наркотичної залежності. Лише у 0,75% вибірки виявлено показники, що відповідають ймовірній наркотичній залежності.

Такий розподіл може вказувати на низьку поширеність наркотичних форм адиктивної поведінки у досліджуваній групі. Водночас наявність навіть поодиноких випадків із підвищеним ризиком є клінічно значущою, особливо в контексті дослідження впливу бойового досвіду та посттравматичних реакцій, оскільки наркотичне вживання може виступати дезадаптивною формою подолання хронічного стресу.

Отримані результати також дозволяють припустити, що хімічні форми адиктивної поведінки (зокрема наркотична залежність) у даній вибірці виражені значно слабше, ніж поведінкові форми адикцій, що узгоджується з подальшим кореляційним аналізом.

**Кореляційні зв'язки між інтенсивністю бойового досвіду та психологічними показниками.** Першим етапом перевірки сформульованих гіпотез стало встановлення кореляційних зв'язків між показниками інтенсивності бойового досвіду, посттравматичних реакцій, адиктивного ризику та схильності до ризикованої поведінки у досліджуваній вибірці ( $N = 265$ ).

Для перевірки емпіричних гіпотез було застосовано кореляційний аналіз із використанням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ), рівень статистичної значущості встановлювався на рівні  $p \leq .05$ .

Результати кореляційного аналізу між показниками інтенсивності бойового досвіду (Combat Exposure Scale, CES) та іншими психологічними змінними представлені у таблиці 3.7.

*Таблиця 3.7*

**Кореляційні зв'язки між інтенсивністю бойового досвіду та психологічними показниками**

Показник	$\rho$ (Спірмена)	$p$
Міссісіпська шкала ПТСР	0,516	.001
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,140	.022
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	0,101	.103
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,115	.061
DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,186	.002
DOSPERT - етичні норми (E)	0,164	.007
Шкала пошуку відчуттів	0,167	.006
Трудова адикція (Мороз)	0,083	.179
Ургентна адикція (Мороз)	0,092	.136
Адикція від соціальних мереж (Мороз)	0,020	.744
Комп'ютерна адикція (Мороз)	0,021	.738
Гемблінг (Мороз)	0,105	.089
Інтегральний показник адиктивного ризику (Мороз)	0,100	.106
AUDIT-C	0,173	.005
DUDIT-C	0,066	.287
Показник віку	0,141	.022

За результатами аналізу виявлено сильний позитивний кореляційний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та рівнем посттравматичних реакцій, виміряних за Міссісіпською шкалою ПТСР ( $\rho = 0,516$ ;  $p = .001$ ). Це свідчить про те, що зі зростанням інтенсивності бойового навантаження зростає вираженість посттравматичної симптоматики, що підтверджує першу гіпотезу дослідження.

Також встановлено статистично значущі позитивні зв'язки між інтенсивністю бойового досвіду та окремими доменами ризикованої поведінки, зокрема у сфері здоров'я та безпеки ( $\rho = 0,186$ ;  $p = .002$ ) і сфері етичних норм ( $\rho = 0,164$ ;  $p = .007$ ). Отримані результати можуть свідчити про зниження поведінкового контролю та зміну нормативних орієнтирів в умовах хронічного бойового стресу.

Крім того, виявлено позитивний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та рівнем пошуку відчуттів ( $\rho = 0,167$ ;  $p = .006$ ), що узгоджується з уявленнями про підвищення потреби у стимуляції та ризику в осіб із високим рівнем екстремального досвіду.

Водночас не було виявлено статистично значущих зв'язків між інтенсивністю бойового досвіду та інтегральним показником адиктивного ризику за методикою В. Мороза, а також із трудовою та ургентною формами адиктивної поведінки ( $p > .05$ ), що свідчить про відсутність прямого зв'язку між бойовим досвідом та загальним рівнем адиктивного ризику.

Окремо варто відзначити помірний позитивний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та ризикованим вживанням алкоголю за шкалою AUDIT-C ( $\rho = 0,173$ ;  $p = .005$ ), тоді як зв'язок із показниками наркотичного вживання (DUDIT-C) виявився статистично незначущим.

Також встановлено слабкий, але статистично значущий позитивний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та віком досліджуваних ( $\rho = 0,141$ ;  $p = .022$ ), що може свідчити про накопичувальний характер бойового навантаження з віком.

**Результати кореляційного аналізу показників посттравматичних реакцій та адиктивного ризику.** На наступному етапі емпіричного дослідження було здійснено аналіз кореляційних зв'язків між показниками посттравматичних реакцій, виміряних за Міссісіпською шкалою посттравматичних реакцій, та низкою психологічних показників, що відображають особливості ризикованої та адиктивної поведінки досліджуваних.

Результати кореляційного аналізу між показниками шкали посттравматичних реакцій та іншими психологічними змінними представлені у таблиці 3.8.

*Таблиця 3.8*

**Показниками шкали посттравматичних реакцій та іншими психологічними змінними**

<b>Показник</b>	<b><math>\rho</math> (Спірмена)</b>	<b>p</b>
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,042	.497
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	-0,020	.751
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,118	.054
DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,183	.003
DOSPERT - етичні норми (E)	0,164	.007
Шкала пошуку відчуттів	0,024	.701

Трудова адикція (Мороз)	0,256	<.001
Ургентна адикція (Мороз)	0,357	<.001
Адикція від соціальних мереж (Мороз)	0,190	.002
Комп'ютерна адикція (Мороз)	0,084	.172
Гемблінг (Мороз)	0,150	.014
Інтегральний показник адиктивного ризику (Мороз)	0,352	<.001
AUDIT-C	0,096	.120
DUDIT-C	0,164	.007
Показник віку	0,054	.383

У результаті аналізу виявлено статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між показниками посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою та інтенсивністю бойового досвіду (CES) ( $\rho = 0,516$ ;  $p = 0,001$ ). Отримані дані свідчать про наявність узгодженого зростання рівня посттравматичних реакцій зі збільшенням інтенсивності бойового навантаження.

Аналіз кореляцій між показниками Міссісіпської шкали та окремими доменами ризикованої поведінки за методикою DOSPERT показав вибірковий характер зв'язків. Статистично значущі позитивні кореляції були виявлені між рівнем посттравматичних реакцій та схильністю до ризикованої поведінки у сфері здоров'я та безпеки (DOP H/S) ( $\rho = 0,183$ ;  $p = 0,003$ ), а також у сфері етичних норм (DOP E) ( $\rho = 0,164$ ;  $p = 0,007$ ).

Водночас кореляційні зв'язки між посттравматичними реакціями та ризикованою поведінкою у соціальній (DOP S), рекреаційній (DOP R) та фінансовій (DOP F) сферах не досягли рівня статистичної значущості ( $p > 0,05$ ).

Результати кореляційного аналізу засвідчили наявність статистично значущих позитивних зв'язків між рівнем посттравматичних реакцій та окремими формами адиктивної поведінки. Зокрема, виявлено значущі кореляції з показниками трудової адикції ( $\rho = 0,256$ ;  $p < 0,001$ ), ургентної адикції ( $\rho = 0,357$ ;  $p < 0,001$ ), соціальної адикції ( $\rho = 0,190$ ;  $p = 0,002$ ), а також гемблінг-адикції ( $\rho = 0,150$ ;  $p = 0,014$ ).

Кореляційний зв'язок між посттравматичними реакціями та комп'ютерною адикцією не виявився статистично значущим ( $\rho = 0,084$ ;  $p = 0,172$ ).

Крім того, встановлено статистично значущий позитивний зв'язок між показниками Міссісіпської шкали та інтегральним показником адиктивного ризику за методикою В. Мороза ( $\rho = 0,352$ ;  $p < 0,001$ ).

Аналіз зв'язків між посттравматичними реакціями та показниками ризикованого вживання психоактивних речовин показав відсутність статистично значущого зв'язку між рівнем посттравматичних реакцій та показниками ризикованого вживання алкоголю за шкалою AUDIT-C ( $\rho = 0,096$ ;  $p = 0,120$ ).

Водночас виявлено статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між показниками Міссісіпської шкали та показниками ризикованого вживання наркотичних речовин за шкалою DUDIT-C ( $\rho = 0,164$ ;  $p = 0,007$ ).

Кореляційний аналіз не виявив статистично значущого зв'язку між рівнем посттравматичних реакцій та віком досліджуваних ( $\rho = 0,054$ ;  $p = 0,383$ ).

**Результати кореляційного аналізу показників потреби у пошуку відчуттів за методикою М. Цукермана.** На наступному етапі емпіричного дослідження було здійснено кореляційний аналіз з метою виявлення зв'язків між показниками потреби у пошуку відчуттів за методикою М. Цукермана та показниками доменно-специфічної схильності до ризикованої поведінки (DOSPERT), окремими формами адиктивної поведінки, а також показниками хімічних залежностей.

Для оцінки взаємозв'язків між змінними було застосовано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ( $\rho$ ). Статистичну значущість результатів визначали на рівнях  $p \leq 0,05$  та  $p \leq 0,01$ . Результати кореляційного аналізу представлені в таблиці 3.9.

Таблиця 3.9

**Показники шкали потреби у пошуку відчуттів**

Показник	$\rho$ (Спірмена)	$p$
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,366	<.001
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	0,502	<.001
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,127	.038

DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,389	<.001
DOSPERT - етичні норми (E)	0,179	.003
Трудова адикція (Мороз)	0,065	.292
Ургентна адикція (Мороз)	-0,016	.797
Адикція від соціальних мереж (Мороз)	0,009	.887
Комп'ютерна адикція (Мороз)	0,110	.075
Гемблінг (Мороз)	0,091	.139
Інтегральний показник адиктивного ризику (Мороз)	0,076	.215
AUDIT-C	0,175	.004
DUDIT-C	0,091	.138
Показник віку	-0,049	.429

У ході дослідження було виявлено статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки між показником пошуку відчуттів та окремими доменами ризикованої поведінки за шкалою DOSPERT. Зокрема, зафіксовано значущий зв'язок із соціальним доменом ризику (DOP S), рекреаційним доменом (DOP R), сферою здоров'я та безпеки (DOP H/S), а також етичним доменом ризику (DOP E). Найвищий показник сили зв'язку спостерігається між пошуком відчуттів та рекреаційною ризикованою поведінкою.

Також встановлено статистично значущий, проте слабкий позитивний зв'язок між показником пошуку відчуттів та функціональним доменом ризику (DOP F).

Водночас статистично значущих кореляцій між показником пошуку відчуттів та більшістю форм адиктивної поведінки за методикою В. Мороза (трудова, ургентна, соціальна, комп'ютерна адикції, гемблінг, інтегральний показник адиктивного ризику) виявлено не було.

Аналіз зв'язків із показниками хімічних форм адиктивної поведінки показав наявність статистично значущого позитивного зв'язку між рівнем пошуку відчуттів та показником ризикованого вживання алкоголю (AUDIT-C). Водночас зв'язок із показником ризикованого вживання наркотичних речовин (DUDIT-C) не досяг рівня статистичної значущості.

Статистично значущого зв'язку між показником пошуку відчуттів та віком досліджуваних встановлено не було.

**Кореляційні зв'язки між інтегральним показником адиктивного ризику та показниками ризикованої поведінки і віку.** На наступному етапі емпіричного дослідження було здійснено аналіз кореляційних зв'язків між інтегральним показником адиктивного ризику, сформованим на основі методики визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців (В. Мороз), та показниками доменно-специфічної схильності до ризикованої поведінки за шкалою DOSPERT, а також віком досліджуваних. Результати кореляційного аналізу представлені у таблиці 3.10.

Таблиця 3.10

**Показники шкали потреби у пошуку відчуттів**

<b>Показник</b>	<b><math>\rho</math> (Спірмена)</b>	<b>p</b>
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,047	.451
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	0,059	.343
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,322	<.001
DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,168	.006
DOSPERT - етичні норми (E)	0,364	<.001
AUDIT-C	-0,021	.728
DUDIT-C	-0,094	.125
Показник віку	-0,154	<.012

У ході дослідження виявлено статистично значущі позитивні кореляційні зв'язки між інтегральним показником адиктивного ризику та функціональним доменом ризикованої поведінки (DOP F), доменом ризику у сфері здоров'я та безпеки (DOP H/S), а також етичним доменом ризикованої поведінки (DOP E). Найвищі показники сили зв'язку зафіксовано між інтегральним показником адиктивного ризику та етичним і функціональним доменами ризикованої поведінки.

Водночас статистично значущих кореляцій між інтегральним показником адиктивного ризику та соціальним (DOP S) і рекреаційним (DOP R) доменами ризикованої поведінки не виявлено.

Також встановлено статистично значущий негативний кореляційний зв'язок між інтегральним показником адиктивного ризику та віком досліджуваних, що свідчить про зменшення рівня адиктивного ризику зі збільшенням віку.

Кореляційних зв'язків між інтегральним показником адиктивного ризику та показниками ризикованого вживання алкоголю (AUDIT-C) і наркотичних речовин (DUDIT-C) виявлено не було.

### **3.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження**

Отримані результати свідчать про багатовимірний характер взаємозв'язків між досліджуваними змінними та дозволяють розглядати посттравматичні реакції не лише як безпосередній наслідок бойового досвіду, але і як важливий психологічний чинник, пов'язаний зі змінами у поведінковій регуляції, схильності до ризикованої поведінки та формування окремих форм адиктивного ризику. Проведений аналіз дає змогу оцінити емпіричну обґрунтованість висунутих гіпотез та уточнити механізми їх реалізації.

Перша гіпотеза полягала у припущенні, що вищий рівень інтенсивності бойового досвіду позитивно пов'язаний із вищим рівнем посттравматичних реакцій у військовослужбовців.

Отриманий статистично значущий позитивний кореляційний зв'язок між показниками інтенсивності бойового досвіду (CES) та рівнем посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою ( $r = 0,516$ ;  $p = 0,001$ ) підтверджує дану гіпотезу. Виявлена сила зв'язку відповідає середньому рівню, що свідчить про стабільну тенденцію зростання посттравматичних симптомів зі збільшенням бойового навантаження.

Ці результати узгоджуються з положеннями теорій бойової травматизації, відповідно до яких кумулятивний вплив інтенсивних і повторюваних стресових

подій підвищує ризик розвитку посттравматичних реакцій незалежно від індивідуальних особливостей особистості. Таким чином, бойовий досвід виступає значущим предиктором посттравматичних порушень.

Друга гіпотеза передбачала, що вищий рівень посттравматичних реакцій асоціюється з підвищеним рівнем адиктивного ризику, зокрема з окремими поведінковими формами адикції.

Результати дослідження підтвердили наявність статистично значущих позитивних зв'язків між посттравматичними реакціями та низкою форм адиктивної поведінки, зокрема трудовою, ургентною, соціальною адикціями, гемблінгом, а також інтегральним показником адиктивного ризику. Водночас не всі поведінкові форми адиктивної поведінки продемонстрували статистично значущі кореляції.

Таким чином, друга гіпотеза отримала емпіричне підтвердження у тій частині, яка стосується вибіркового форм адиктивної поведінки, що повністю відповідає її формулюванню (“зокрема з окремими поведінковими формами адикції”). Отримані дані свідчать про те, що посттравматичні реакції не зумовлюють тотального зростання адиктивної поведінки, а пов'язані передусім із тими її формами, які характеризуються підвищеною активністю, напруженням, імпульсивністю та труднощами саморегуляції.

Третя гіпотеза передбачала існування позитивного зв'язку між інтенсивністю бойового досвіду та інтегральним показником адиктивного ризику.

Отримані результати не виявили статистично значущого зв'язку між показниками CES та інтегральним показником адиктивної поведінки ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, дана гіпотеза не отримала емпіричного підтвердження. Це свідчить про те, що сам по собі бойовий досвід не є прямим чинником формування адиктивної поведінки. Ймовірно, його вплив реалізується опосередковано - через психологічні наслідки травматизації, зокрема посттравматичні реакції, що узгоджується із сучасними транзактними та медіаційними моделями психологічного стресу. Отже, посттравматичні

симптоми можуть розглядатися як ключова проміжна ланка між бойовим досвідом та адиктивним ризиком.

Четверта гіпотеза стосувалася зв'язку між посттравматичними реакціями та ризикованою поведінкою у сфері здоров'я та безпеки, а також у сфері етичних норм.

Результати кореляційного аналізу підтвердили наявність статистично значущих позитивних зв'язків саме за цими доменами (DOP H/S та DOP E), тоді як інші сфери ризикованої поведінки не продемонстрували значущих кореляцій.

Це дозволяє інтерпретувати посттравматичні реакції як чинник, пов'язаний зі зниженням поведінкового контролю у сферах, що безпосередньо стосуються тілесної безпеки та морально-нормативних обмежень. В умовах хронічного стресу та емоційного виснаження такі сфери можуть зазнавати найбільшого впливу, що проявляється у схильності до ризикованих рішень і порушення соціально прийнятних норм.

Гіпотеза номер п'ять щодо зв'язку інтенсивності бойового досвіду з окремими формами адиктивної поведінки, зокрема трудовою та ургентною адикціями, не отримала емпіричного підтвердження. Виявлені кореляційні коефіцієнти не досягли рівня статистичної значущості.

Це може свідчити про те, що трудова та ургентна адикції формуються не під прямим впливом бойового навантаження, а швидше як індивідуальні способи психологічної адаптації, пов'язані з особистісними рисами, стилями подолання стресу та суб'єктивним сприйняттям вимог середовища.

Шоста гіпотеза передбачала, що вищий рівень потреби у пошуку відчуттів (sensation seeking) позитивно пов'язаний із більш вираженою схильністю до ризикованої поведінки в різних сферах життєдіяльності, зокрема у соціальній, рекреаційній, сфері здоров'я та безпеки, а також у сфері етичних норм.

Результати кореляційного аналізу підтвердили дане припущення. Було виявлено статистично значущі позитивні зв'язки між показниками пошуку відчуттів за шкалою Цукермана та всіма доменами ризикованої поведінки, виміряними за методикою DOSPERT. Найбільш виражені зв'язки спостерігалися

у сферах рекреаційної ризикованої поведінки ( $\rho = 0,502$ ;  $p < 0,001$ ), соціальної ризикованої поведінки ( $\rho = 0,366$ ;  $p < 0,001$ ), а також у сфері здоров'я та безпеки ( $\rho = 0,389$ ;  $p < 0,001$ ). Менш виражений, проте статистично значущий зв'язок був виявлений і для етичного домену ризику ( $\rho = 0,179$ ;  $p = 0,003$ ).

Отримані результати узгоджуються з концепцією М. Цукермана, згідно з якою потреба у нових, інтенсивних і емоційно насичених переживаннях виступає стабільною особистісною характеристикою, що зумовлює підвищену готовність до ризикованих дій у різних сферах життя. Таким чином, шоста гіпотеза отримала повне емпіричне підтвердження.

Сьома гіпотеза стосувалася зв'язку між потребою у пошуку відчуттів та хімічними формами адиктивної поведінки, зокрема ризикованим вживанням алкоголю (AUDIT-C) та наркотичних речовин (DUDIT-C).

Аналіз результатів показав наявність статистично значущого позитивного зв'язку між рівнем пошуку відчуттів та показниками ризикованого вживання алкоголю ( $\rho = 0,175$ ;  $p = 0,004$ ). Водночас зв'язок між потребою у пошуку відчуттів та ризикованим вживанням наркотичних речовин не досяг рівня статистичної значущості ( $p > 0,05$ ).

Таким чином, сьома гіпотеза отримала часткове емпіричне підтвердження. Отримані дані свідчать про те, що потреба у пошуку відчуттів у досліджуваній вибірці пов'язана передусім з формами поведінки, які є соціально більш доступними та нормативно толерованими, зокрема вживанням алкоголю, тоді як нелегальні форми хімічної адикції можуть залежати від додаткових соціальних, правових та контекстуальних чинників.

Восьма гіпотеза передбачала, що збільшення віку асоціюється зі зниженням інтегрального показника адиктивного ризику, що може відображати зростання психологічної стабільності та більш сформовані механізми саморегуляції.

Результати дослідження підтвердили дане припущення: було виявлено статистично значущий негативний кореляційний зв'язок між віком досліджуваних та інтегральним показником адиктивного ризику за методикою В.

Мороза ( $\rho = -0,154$ ;  $p < 0,012$ ). Хоча сила зв'язку є слабкою, його статистична значущість свідчить про наявність стабільної тенденції до зниження адиктивного ризику з віком.

Отримані результати можуть бути інтерпретовані як відображення процесів психологічного дозрівання, накопичення адаптивного досвіду та більш ефективних стратегій саморегуляції у старших військовослужбовців. Таким чином, восьма гіпотеза отримала емпіричне підтвердження.

### **3.4 Методичні рекомендації щодо профілактики, корекції та реабілітації різних форм адикції**

Емпіричні результати дослідження та аналіз наукових джерел свідчать про те, що посттравматичні реакції й хронічний бойовий стрес можуть виступати значущими психологічними передумовами формування як хімічних, так і поведінкових адикцій. У цьому контексті адиктивні патерни нерідко виконують функцію дезадаптивної саморегуляції: тимчасово знижують внутрішнє напруження, притуплюють тривогу, “перекривають” емоційне оніміння або створюють суб’єктивне відчуття контролю й “живості”. Саме тому ефективні програми профілактики та реабілітації доцільно вибудовувати не лише навколо подолання адиктивної поведінки як наслідку, але й навколо попередження та раннього виявлення посттравматичних симптомів як одного з ключових чинників ризику.

З огляду на це, оптимальною є інтегрована модель психологічної допомоги, що поєднує:

1. профілактику, раннє виявлення та зниження вираженості посттравматичних реакцій;
2. профілактику й корекцію адиктивної поведінки (зокрема поведінкових адикцій), яка може формуватися як вторинне ускладнення хронічного стресу.

Важливо зазначити, що корекційні стратегії мають відрізнятися залежно від типу адикції. Для практичних рекомендацій доцільно розмежовувати хімічні залежності (ПАР) та нехімічні (поведінкові) адикції, з урахуванням їх спільних

механізмів (підкріплення, толерантність, зриви, «заміщення» однієї залежності іншою) і специфічних ризиків.

**Моделі психологічної реабілітації військовослужбовців при ПТСР включають такі основні етапи:**

Першим етапом є попередня (превентивна) психологічна підготовка перед виконанням завдань у надзвичайних умовах. Вона передбачає ознайомлення військовослужбовців із можливими психологічними труднощами під час виконання бойових завдань, формування навичок саморегуляції емоційного стану, а також інформування про систему психологічної допомоги та реабілітації і можливості звернення по фахову підтримку [13].

Другим етапом є психологічна реабілітація під час виконання бойових завдань, яка спрямована на зниження негативного впливу бойового стресу та підтримку психологічної стійкості військовослужбовців. Психологічна допомога здійснюється на рівні роти та батальйону (бригади) і включає психологічну підтримку, корекцію, консультування та, за необхідності, терапевтичні втручання [50].

Наступним етапом є психологічна реабілітація після виходу із зони бойових дій, основною метою якої є оцінка ступеня впливу стресових факторів на психічний стан військових, проведення заходів психологічної декомпресії та, за потреби, направлення осіб, які потребують спеціалізованої допомоги, до військових шпиталів.

Важливу роль відіграє психологічна підтримка на базі військових шпиталів і реабілітаційних центрів, що включає психологічне консультування, групову терапію, психодіагностику та психокорекцію. Такі заходи спрямовані на створення сприятливого терапевтичного середовища, аналіз соціального мікроклімату в лікувальному закладі та сімейному оточенні, а також оцінку готовності військовослужбовця до повернення до професійної діяльності та цивільного життя.

Окремим етапом є психологічна допомога військовослужбовцям, які перейшли у запас, що реалізується в умовах військових санаторіїв та установ

відпочинку. Вона спрямована на соціальну реінтеграцію, психологічну переадаптацію та створення умов для роботи не лише з військовими, а й із членами їхніх сімей.

Загалом психологічна реабілітація має на меті досягнення внутрішнього та сімейного благополуччя військовослужбовців, формування ефективних навичок регуляції стресу, стабілізацію емоційного стану, нормалізацію сну та професійного функціонування, а також попередження розвитку адиктивної поведінки, суїцидальних тенденцій і тривалих психоемоційних порушень [18].

### **Рекомендації щодо корекції хімічних залежностей**

Ефективна психологічна допомога у випадку нехімічних залежностей потребує комплексного підходу, який поєднує профілактичні, корекційні та реабілітаційні заходи з урахуванням поліадиктивної природи залежної поведінки.

Профілактика поведінкових залежностей повинна здійснюватися на засадах системності, своєчасності та орієнтації на ранні етапи формування адиктивних патернів. Основними напрямками профілактичної роботи є:

- Психосвітня діяльність, спрямована на формування уявлень про механізми розвитку поведінкових залежностей, їхні психологічні та соціальні наслідки.
- Розвиток навичок психологічної саморегуляції, зокрема здатності до управління емоційними станами, подолання стресу та фрустрації без використання адиктивних форм поведінки.
- Формування адаптивних копінг-стратегій і соціальних навичок, що знижують ризик залучення до залежної поведінки.
- Організація альтернативної діяльності, яка може задовольняти потребу в емоційному збудженні, новизні або самоствердженні соціально прийнятними способами.
- Підтримка здорового способу життя та соціальної інтеграції, що зменшує вплив ізоляції, нудьги та хронічного психологічного напруження [7].

Психологічна інтервенція у випадку поведінкових залежностей має бути спрямована на зміну дезадаптивних моделей поведінки та формування конструктивних стратегій взаємодії з внутрішніми й зовнішніми стресорами.

Провідними напрямками психотерапевтичної роботи є:

- Комбінована психотерапія, що включає індивідуальні та групові форми роботи, а також участь у групах взаємодопомоги.
- Когнітивно-поведінкова терапія, спрямована на виявлення і корекцію дисфункціональних переконань, формування навичок контролю імпульсів та попередження зривів.
- Поведінкові методи, зокрема тренінги соціальних навичок, реконструювання досвіду вирішення проблем, навчання альтернативним формам реагування.
- Сугестивні методи, індивідуальне й групове навчання з використанням гіпнотичних та нейролінгвістичних технік - як допоміжні засоби за наявності відповідних показань.
- Індивідуальне, групове та дистанційне психологічне консультування, що підвищує доступність допомоги та сприяє підтримці мотивації до змін.
- Використання методів психічної саморегуляції, тілесно-орієнтованої терапії, медитативних та духовних практик як ресурсів стабілізації емоційного стану [11].

Реабілітація осіб із нехімічними адикціями повинна мати довготривалий і системний характер та бути спрямованою на відновлення психологічного, соціального й професійного функціонування. Важливими складовими реабілітаційного процесу є:

- Участь у групах взаємодопомоги, зокрема програмах, побудованих за принципом “12 кроків”, які сприяють усвідомленню проблеми, формуванню відповідальності та підтримці тривалої ремісії.
- Робота з родинним і соціальним оточенням, включно з підтримкою співзалежних осіб, що знижує ризик рецидивів.

- Соціальна реінтеграція, спрямована на відновлення професійної діяльності, соціальних ролей і життєвої перспективи.
- Формування стабільних моделей саморегуляції, що дозволяють підтримувати психологічну рівновагу без повернення до адиктивної поведінки [3].

Досвід психотерапії поведінкових залежностей свідчить про високу ймовірність переходу однієї форми адикції в іншу, що підтверджує поліадиктивну природу залежної поведінки. У зв'язку з цим найбільш ефективним є комплексний підхід, який поєднує профілактику, психокорекцію та реабілітацію, орієнтовані не лише на усунення симптомів залежності, але й на глибинну перебудову особистісних механізмів регуляції поведінки. Психотерапія та психокорекція виступають ключовими елементами системи допомоги, забезпечуючи умови для сталих особистісних змін і довготривалої соціальної адаптації [21].

### **Висновки до третього розділу**

У третьому розділі було представлено результати емпіричного дослідження взаємозв'язків між інтенсивністю бойового досвіду, посттравматичними реакціями, ризикованою поведінкою та адиктивним ризиком у військовослужбовців. Проведений аналіз отриманих даних дозволив комплексно оцінити психологічні наслідки бойового стресу та перевірити сформульовані гіпотези дослідження.

Насамперед встановлено, що інтенсивність бойового досвіду є значущим чинником формування посттравматичних реакцій. Виявлений статистично значущий позитивний зв'язок між показниками бойового навантаження та рівнем посттравматичної симптоматики свідчить про кумулятивний характер впливу бойових стресорів і підтверджує провідну роль бойового досвіду у розвитку посттравматичних порушень психіки.

Отримані результати показали, що посттравматичні реакції виступають важливою психологічною ланкою, пов'язаною зі змінами у поведінковій

регуляції. Зокрема, більш високий рівень посттравматичних симптомів асоціюється з підвищеним адиктивним ризиком та окремими формами адиктивної поведінки, такими як ургентна, трудова, соціальна адикції та гемблінг. Це свідчить про те, що адиктивні прояви можуть виконувати функцію дезадаптивного способу подолання хронічного стресу та внутрішньої напруги.

Водночас встановлено, що інтенсивність бойового досвіду не має прямого зв'язку з інтегральним показником адиктивного ризику. Такий результат дозволяє розглядати бойовий досвід не як безпосередній предиктор адиктивної поведінки, а як фактор, вплив якого реалізується опосередковано - через розвиток посттравматичних реакцій. Це підтверджує доцільність використання медіаційних моделей для пояснення зв'язку між бойовою травматизацією та адиктивними формами поведінки.

Аналіз ризикованої поведінки засвідчив, що посттравматичні реакції пов'язані передусім зі зростанням ризикованих дій у сфері здоров'я та безпеки, а також у сфері етичних норм. Така вибірковість може свідчити про зниження поведінкового контролю саме у тих доменах, які безпосередньо стосуються самозбереження та нормативних обмежень в умовах хронічного стресу.

Окрему роль у формуванні ризикованої поведінки відіграє потреба у пошуку відчуттів. Результати дослідження підтвердили, що високий рівень sensation seeking пов'язаний із більш вираженою схильністю до ризикованої поведінки в усіх досліджуваних сферах, особливо у рекреаційній, соціальній та сфері здоров'я і безпеки. Водночас потреба у пошуку відчуттів виявила обмежений зв'язок із поведінковими формами адикцій, що свідчить про її специфічну роль як предиктора саме ризикованої, а не адиктивної поведінки.

Аналіз хімічних форм адиктивної поведінки показав, що ризиковане вживання алкоголю у вибірці має помірний зв'язок як з інтенсивністю бойового досвіду, так і з потребою у пошуку відчуттів, тоді як ризик наркотичної залежності є мінімальним. Водночас виявлений зв'язок між посттравматичними реакціями та показниками ризикованого вживання наркотичних речовин підкреслює клінічну значущість навіть поодиноких випадків такого ризику.

Також встановлено, що вік військовослужбовців негативно корелює з інтегральним показником адиктивного ризику, що може свідчити про поступове формування більш ефективних механізмів саморегуляції та адаптації з віком.

Загалом результати третього розділу підтверджують складний, багатофакторний характер взаємозв'язків між бойовим досвідом, посттравматичними реакціями, ризикованою та адиктивною поведінкою. Посттравматичні реакції виступають ключовим психологічним механізмом, через який бойовий досвід впливає на поведінкові стратегії військовослужбовців. Отримані дані створюють надійну емпіричну основу для формулювання практичних рекомендацій щодо психологічної профілактики, раннього виявлення та реабілітації адиктивних і ризикованих форм поведінки у військовому контингенті.

## ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексний теоретико-емпіричний аналіз проблеми адреналінової залежності у військовослужбовців як наслідку бойового досвіду. Актуальність дослідження зумовлена умовами повномасштабної війни в Україні, що супроводжується тривалим впливом екстремальних стресових чинників на психіку військових та зростанням ризику формування дезадаптивних форм поведінки.

У роботі обґрунтовано, що адикція не завжди є наслідком вживання психоактивних речовин, а може формуватися як дезадаптивна стратегія подолання психоемоційного напруження в умовах хронічного стресу. Особливе місце серед поведінкових адикцій посідає адреналінова залежність, що проявляється у постійному пошуку інтенсивних стимулів, ризику та високого рівня збудження.

Бойовий стрес виступає потужним психотравмувальним чинником, який порушує регуляцію нервової системи, активує симпато-адреналову систему та призводить до стану тривалої фізіологічної й емоційної напруги. Хронічний характер такого стресу сприяє виснаженню адаптаційних ресурсів, формуванню стану підвищеної збудливості, емоційного притуплення та зниження здатності до саморегуляції поведінки.

Посттравматичний стресовий розлад у роботі розглянуто як ключовий фактор порушення психічної регуляції. Встановлено, що ПТСР супроводжується поєднанням гіперактивації, уникання та емоційного оніміння, що створює внутрішню потребу у відновленні інтенсивності переживань. За таких умов ризикована та адиктивна поведінка може набувати компенсаторного характеру, виконуючи функцію тимчасового зниження внутрішньої напруги або відновлення відчуття контролю.

Особливу увагу приділено ролі стресу та посттравматичного стресового розладу як ключових детермінант формування адиктивної поведінки. На основі теорії стресу Г. Сельє показано, що тривалий дистрес і стан хронічного

гіперарозалу призводять до виснаження адаптаційних ресурсів та порушення регуляції емоцій і поведінки. У роботі обґрунтовано, що ПТСР виступає не лише наслідком травматичного досвіду, але й чинником, який опосередковує перехід від бойового стресу до ризикованої та адиктивної поведінки.

У межах теоретичного аналізу також розкрито значення теорії пошуку відчуттів М. Цукермана як пояснювальної моделі індивідуальних відмінностей у схильності до ризику та адиктивних патернів поведінки. Показано, що високий рівень sensation seeking може виконувати як адаптивну функцію в екстремальних умовах, так і виступати чинником уразливості до формування адреналін-орієнтованої залежності за умов хронічного стресу та порушення контролю з боку префронтальної кори.

Емпіричне дослідження складалося з констатувального етапу, під час якого було здійснено психодіагностичну оцінку інтенсивності бойового досвіду, посттравматичних реакцій, ризикованої та адиктивної поведінки, а також рівня пошуку відчуттів. Результати кількісного аналізу засвідчили наявність статистично значущих кореляційних зв'язків між зазначеними показниками.

Встановлено, що зростання інтенсивності бойового досвіду пов'язане з підвищенням рівня посттравматичних реакцій, а також зі збільшенням схильності до ризикованої та адиктивної поведінки. Виявлено, що посттравматичні симптоми виступають психологічним чинником, який опосередковує перехід від бойового стресу до формування дезадаптивних поведінкових патернів. Таким чином, висунуті у дослідженні гіпотези знайшли емпіричне підтвердження.

На основі отриманих результатів розроблено методичні рекомендації щодо попередження та психологічної реабілітації адиктивної поведінки військовослужбовців. Обґрунтовано доцільність комплексного підходу, що поєднує превенцію посттравматичних розладів, психологічну підтримку в умовах бойових дій, психотерапевтичну допомогу після їх завершення та цілеспрямовану корекцію як хімічних, так і нехімічних форм залежностей.

Отже, результати дослідження дозволяють стверджувати, що адреналінова залежність може розглядатися як специфічна форма поведінкової адикції, зумовлена поєднанням бойового стресу, посттравматичних реакцій та індивідуально-психологічних особливостей. Отримані висновки мають теоретичну та практичну значущість і можуть бути використані у подальших наукових дослідженнях, а також у системі психологічної допомоги та реабілітації військовослужбовців.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безпалько О.В. Психологія адиктивної поведінки. Київ : Академвидав, 2018. 240 с.
2. Іванюк М. О. Екзистенційні мотиви переживання учасниками бойових дій відчуження у складних життєвих ситуаціях [Електронний ресурс] / М. О. Іванюк // Психологічна допомога особистості в складних обставинах життєдіяльності. - 2018, С.40-43
3. Кошова І.В., Кресан О.Д. Психологія девіантної поведінки. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.
4. Кураєва А.А., Гусятин О.С., Гущина Т.Ю. Психологічні чинники зростання бойового стресу у військовослужбовців в умовах бойових дій // Психофізіологія та медична психологія. 2025. № 2. С. 31-38.
5. Максименко С.Д., Коваль І.А., Максименко К.С., Папуча М.В. Медична психологія. Вінниця : Нова книга, 2008.
6. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навчальний посібник. Київ : ВПУ “Київський університет”, 2002. 308 с.
7. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.
8. Носенко Є.Л., Аршава І.Ф. Сучасні напрями зарубіжної психології: психологія особистості. Дніпро : ДНУ, 2010. 261 с.
9. Попеску О. Адреналінова залежність від вибухів – нова психологічна проблема українців // LIGA.NET. 2023.
10. Попович І.Л. та ін. Загальні адаптаційні реакції і резистентність організму ліквідаторів аварії на ЧАЕС / Київ: Комп'ютерпрес, 2000. 117 с.
11. Пункова А.А. Особистісні детермінанти прояву девіантної поведінки у неповнолітніх : магістерська кваліфікаційна робота. Умань, 2023.
12. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки. Чернігів : ЧНПУ, 2010. 84 с.

13. Радисюк М.Г. Вплив курортної реабілітації // Медична реабілітація. 1996. № 6. С. 61-62.
14. Радченко О.М. Адаптаційні реакції у клініці внутрішніх хвороб. Львів : Лігапрес, 2004. 232 с.
15. Радченко О.М., Панчишин М.В. Значення реакції неповноцінної адаптації // Український медичний альманах. 2003. Т. 6, № 4. С. 123-126.
16. Радченко О.М., Радченко Л.М. Діагностичні можливості адаптаційних реакцій // Проблеми військової охорони здоров'я. Київ, 2006. Вип. 16. С. 313-318.
17. Чорнобиль, пристосувально-захисні системи, реабілітація / За ред. Костюк І.Г., Попович І.Л., Івасівка С.В. Київ : Комп'ютерпрес, 2006. 348 с.
18. Швець А.В., Лук'янчук А.Ю. Особливості відновлення постконтузійної симптоматики після черепно-мозкової травми у військовослужбовців // Запорізький медичний журнал. 2019. Т. 21, № 5(116). С. 618-624.
19. Adrenaline junkies [Електронний ресурс]. Psychology Today.
20. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) [Електронний ресурс]. Veterans Affairs.
21. Alcoholics Anonymous / Alcoholics Anonymous World Services, Inc. 4th ed., New and Revised. New York : Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 2001. Library of Congress Control Number: 2001094693. ISBN 978-1-893007-16-1. Printed in the United States of America.
22. Altman J., Everitt B. J., Glautier S., Markou A., Nutt D., Oretti R., Phillips G. D., Robbins T. W. The biological, social and clinical bases of drug addiction: commentary and debate // Psychopharmacology. 1996. Vol. 125. P. 285-345.
23. Bechara A., Dolan S., Denburg N., Hindes A., Anderson S.W., Nathan P.E. Decision-making deficits, linked to a dysfunctional ventromedial prefrontal cortex, revealed in alcohol and stimulant abusers // Neuropsychologia. 2001. Vol. 39, № 4. P. 376-389.
24. Ben Amar M. La toxicomanie. (Collection «Medecine»). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2015. 428 p.

25. Biliński P., Wojtyła A., Kapka-Skrzypczak L., Chwedorowicz R., Cyranka M., Studziński T. Epigenetic regulation in drug addiction // *Ann. Agric. Environ. Med.* 2012. Vol. 19, № 3. P. 491-496.
26. Blais A.-R., Weber E.U. A domain-specific risk-taking (DOSPERT) scale for adult populations // *Judgment and Decision Making.* 2006. Vol. 1, № 1. P. 33-47.
27. Buljan D. Fight against addiction // *Alcoholism.* 2010. Vol. 46, № 2. P. 85-92.
28. Crocq M.-A., Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology // *Dialogues in Clinical Neuroscience.* 2000. P. 47-55.
29. Davidson L.M., Inslicht S.S., Baum A. Traumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder among Children and Adolescents // *Handbook of Developmental Psychopathology* / Ed. Sameroff A.J., Lewis M., Miller S.M. Boston : Springer, 2000.
30. Effect of flureniside on adaptive reactions in patients with chronic obstructive pulmonary diseases / Panchyshyna M.V., Al-Qdemat Y.A., Panchyshyn J.M. et al. // *International Journal of Clinical Pharmacology Research.* 1997. Vol. 16. P. 128-134.
31. Goldberg E. *The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind.* New York : Oxford University Press, 2002. 272 p.
32. Headlee C.P., Coppock H.W., Nichols J.R. Apparatus and technique involved in a laboratory method of detecting the addictiveness of drugs // *J. Am. Pharm. Assoc. Sci. Edn.* 1955. Vol. 44. P. 229-231.
33. Heimer L., Alheid G.F. Piecing together the puzzle of basal forebrain anatomy // *The Basal Forebrain: Anatomy to Function* / Eds. Napier T.C., Kalivas P.W., Hanin I. New York : Plenum Press, 1991. P. 1-42.
34. Interlandi J. Experts Say We Have the Tools to Fight Addiction. So Why Are More Americans Overdosing Than Ever? [Електронний ресурс]. *The New York Times*, 2022.
35. Koob G.F., Volkow N.D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis // *Lancet Psychiatry.* 2016. Vol. 3, № 8. P. 760-773.
36. Lazorja E. *Fighting addiction: a war on metaphors in the public sphere.* 2019.

37. Lucenko V. Повернення журналістів в зону АТО: залежність від адреналіну? Інститут масової інформації, 2014.
38. Marc-Antoine Crocq, Louis Crocq. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. Rouffach, France, 2022. P. 47-55.
39. Miller W. Addictive behaviours: treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity. New York : Pergamon Press, 1984. 353 p.
40. Munafo M.R., Yalcin B., Willis-Owen S.A., Flint J. Association of the dopamine D4 receptor gene and approach-related personality traits // *Biological Psychiatry*. 2008. Vol. 63, № 2. P. 197-206.
41. Nestler E.J., Renthal W. Epigenetic mechanisms in drug addiction // *Trends in Molecular Medicine*. 2008. Vol. 14, № 8. P. 341-350.
42. Neuroscience of Addiction [Електронний ресурс]. National Center for Biotechnology Information.
43. Panchyshyna M.V., Al-Qdemat Y.A., Panchyshyn J.M. et al. Effect of flureniside on adaptive reactions in patients with chronic obstructive pulmonary diseases // *International Journal of Clinical Pharmacology Research*. 1997. Vol. 16. P. 128–134.
44. Perry B.D. Neurobiological Sequelae of Childhood Trauma // *Catecholamine Function in Post Traumatic Stress Disorder* / Ed. M. Murburg. Washington : American Psychiatric Press, 1994. P. 253-276.
45. Personal stories from The A.A. Grapevine, Inc. (pages 407, 476, 494, 531, 553) / The A.A. Grapevine, Inc. Reprinted with permission in *Alcoholics Anonymous*, 4th ed. New York : Alcoholics Anonymous World Services, Inc., 2001.
46. Potenza M.N. The neurobiology of pathological gambling // *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*. 2001. Vol. 6, № 3. P. 217-226.
47. Regard M., Knoch D., Gutling E., Landis T. Brain damage and addictive behavior // *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2003. Vol. 16, № 1. P. 47-53.
48. Renthal W., Nestler E.J. Epigenetic mechanisms in drug addiction // *Trends in Molecular Medicine*. 2008. Vol. 14, № 8. P. 341-350.

49. Reuter J., Raedler T., Rose M., Hand I., Glascher J., Buchel C. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system // *Nature Neuroscience*. 2005. Vol. 8, № 2. P. 147-148.
50. Rosch P.J. Reminiscences of Hans Selye and the birth of stress // *International Journal of Emergency Mental Health*. 1999. Vol. 1, № 1. P. 59-66.
51. Selye H. Present status of the stress concept // *Clinical Therapeutics*. 1977. Vol. 1, № 1. P. 3-15.
52. Selye H. The evolution of the stress concept // *American Scientist*. 1973. Vol. 62, № 6. P. 642-649.
53. Sjöberg R.L., Ducci F., Barr C.S., Newman T.K., Dell'Osso L., Virkkunen M., Goldman D.A. MAO-A VNTR and testosterone predicts antisocial behavior // *Neuropsychopharmacology*. 2008. Vol. 33, № 2. P. 425-430.
54. Sjöberg R.L., Ducci F., Barr C.S., Newman T.K., Dell'Osso L., Virkkunen M., Goldman D.A. Non-additive interaction of a functional MAO-A VNTR and testosterone predicts antisocial behavior // *Neuropsychopharmacology*. 2008. Vol. 33, № 2. P. 425-430.
55. Thapar A., Langley K., Owen M.J., O'Donovan M.C. Advances in genetic findings on ADHD // *Psychological Medicine*. 2007. Vol. 37, № 12. P. 1681-1692.
56. Thapar A., Langley K., Owen M.J., O'Donovan M.C. Advances in genetic findings on attention deficit hyperactivity disorder // *Psychological Medicine*. 2007. Vol. 37, № 12. P. 1681-1692.
57. *The ASAM Principles of Addiction Medicine* / Ries R.K., Fiellin D.A., Miller S.C., Saitz R. ASAM, 2014. 1795 p.
58. *The ASAM Principles of Addiction Medicine (Fifth Edition)*. ASAM, 2014. 1795 p.
59. Vovk K. Adrenaline rush: do soldiers want to return to war? SVIDOMI, 2023.
60. Zamkova O. Psychological resilience in wartime conditions.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Шкала бойового досвіду (Combat Exposure Scale)

Інструкція: Будь ласка, обведіть номер над відповіддю, яка найкраще описує ваш досвід.

Твердження	1	2	3	4	5
1. Чи доводилося вам виходити у бойові патрулі або виконувати інші небезпечні завдання?	Ні	1-3 рази	4-12 разів	13-50 разів	51+ разів
2. Чи перебували ви під вогнем противника?	Ніколи	<1 місяця	1-3 місяці	4-6 місяців	7+ місяців
3. Чи бувало, що ви опинялися в оточенні противника?	Ні	1-2 рази	3-12 разів	13-25 разів	26+ разів
4. Який відсоток військовослужбовців у вашому підрозділі був убитий, поранений або зник безвісти?	Жодного	1-25%	26-50%	51-75%	76% або більше
5. Як часто ви відкривали вогонь по противнику?	Ніколи	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	51+ разів
6. Як часто ви бачили, що когось вражав вхідний чи вихідний вогонь?	Ніколи	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	51+ разів
7. Як часто ви перебували в небезпеці бути пораненим або вбитим (наприклад, будучи притиснутим, прорваним, потрапивши в засідку, при близькому обстрілі тощо)?	Ніколи	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	51+ разів

## Додаток Б

## Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Інструкція: Будь ласка, обведіть номер, який найкраще описує ваше ставлення до кожного твердження.

Твердження	1	2	3	4	5
1. До того, як я вступив до армії/війська, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.	Зовсім неправда	Трохи неправда	Деяк наполовину правда	Дуже правда	Абсолютно правда
2. Я не відчуваю провини за те, що робив під час служби у війську.	Ніколи не правда	Рідко правда	Інколи правда	Зазвичай правда	Завжди правда
3. Якщо хтось мене дуже сильно роздратує/доведе, я можу стати агресивним/насилницьким.	Дуже мало ймовірно	Мало ймовірно	Досить мало ймовірно	Дуже ймовірно	Надзвичайно ймовірно
4. Якщо щось нагадує мені про службу у війську, я дуже сильно засмучуюсь і хвилююсь.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
5. Люди, які мене найкраще знають, бояться мене.	Ніколи не правда	Рідко правда	Інколи правда	Часто правда	Дуже часто правда
6. Я здатен емоційно наблизитися до інших людей.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
7. Мені сняться кошмари про реальні події, які відбувалися зі мною у війську.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив у війську, мені хочеться померти.	Ніколи не правда	Рідко правда	Інколи правда	Часто правда	Дуже часто правда
9. Здається, що в мене зовсім немає почуттів.	Зовсім неправда	Рідко правда	Інколи правда	Часто правда	Дуже часто правда
10. Останнім часом у мене були думки про самогубство.	Зовсім неправда	Трохи правда	Деяк наполовину правда	Дуже правда	Надзвичайно правда
11. Я засинаю, сплю всю ніч і прокидаюся тільки тоді, коли звучить будильник.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто

12. Я дивуюсь, чому я досі живий, коли інші загинули у війську.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
13. Перебуваючи в певних ситуаціях, я відчуваю, ніби знову опинився у війську.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе не засипати знову.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
15. У мене буває відчуття, що я більше не витримаю / не можу продовжувати жити.	Зовсім неправда	Рідко правда	Інколи правда	Дуже правда	Майже завжди правда
16. Я не сміюся і не плачу з приводу тих самих речей, що й інші люди.	Зовсім неправда	Рідко правда	Десь наполовину правда	Дуже правда	Надзвичайно правда
17. Мені досі подобається займатися багатьма речами, які мені подобалися раніше.	Ніколи не правда	Рідко правда	Інколи правда	Дуже правда	Завжди правда
18. Мої денні мрії дуже реальні й лякають мене.	Ніколи не правда	Рідко правда	Інколи правда	Часто правда	Дуже часто правда
19. Мені легко було утримуватися на роботі після звільнення/демобілізації з війська.	Зовсім неправда	Трохи неправда	Десь наполовину правда	Дуже правда	Надзвичайно правда
20. Мені важко зосереджуватися на завданнях.	Ніколи не правда	Рідко правда	Інколи правда	Часто правда	Дуже часто правда
21. Я плакав без видимої причини.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
22. Мені подобається бути в компанії інших людей.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
23. Мене лякають мої власні пориви/імпульси.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
24. Я легко засинаю вночі.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
25. Несподівані звуки змушують мене здригатися/підскакувати.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
26. Ніхто не розуміє, що я відчуваю, навіть моя родина.	Зовсім неправда	Рідко правда	Десь наполовину	Дуже правда	Надзвичайно правда

			вину правда		
27. Я спокійна, урівноважена людина.	Ніколи	Рідко	Інколи	Зазвичай	Дуже сильно
28. Є речі, які я робив у війську, про які я ніколи нікому не розповім, бо ніхто б цього не зрозумів.	Зовсім неправда	Трохи правд а	Деся наполо вину правда	Правда	Дуже правда
29. Бували випадки, коли я вживав алкоголь (або інші наркотики), щоб заснути або щоб заспокоїтися/забутися.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
30. Я почуваюся комфортно, коли перебуваю в натовпі.	Ніколи	Рідко	Інколи	Зазвичай	Завжди
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібні повсякденні речі.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Дуже часто
32. Я боюся лягати спати вночі.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Майже завжди
33. Я намагаюся уникати всього, що може нагадати мені про те, що відбувалося зі мною у війську.	Ніколи	Рідко	Інколи	Часто	Майже завжди
34. Моя пам'ять така ж добра, як і була раніше.	Зовсім неправда	Рідко правд а	Деся наполо вину правда	Зазвичай правда	Майже завжди правда
35. Мені важко висловлювати свої почуття, навіть тим людям, про яких я піккуюся.	Зовсім неправда	Рідко правд а	Інколи правда	Часто правда	Майже завжди правда

**Додаток В****Шкала ризикованої поведінки (Domain-Specific Risk-Taking Scale, DOSPERT)**

Інструкція: Для кожного з наведених тверджень, будь ласка, вкажіть, наскільки ймовірно ви б здійснили описану дію або поведінку, якби опинилися у такій ситуації. Оцініть за шкалою від 1 (зовсім не ймовірно) до 7 (дуже ймовірно):

<b>Твердження</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
1. Визнати, що ваші смаки відрізняються від смаків друга.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
2. Піти в похід у дику природу (кемпінг у глушині).	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
3. Поставити денний дохід на скачки (на конях).	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
4. Інвестувати 10% річного доходу в mutual fund з помірним зростанням.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
5. Сильно напиться на світській вечірці/заході.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
6. Вказати сумнівні відрахування у податковій декларації.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
7. Не погодитися з авторитетною особою з важливого питання.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
8. Поставити денний дохід на гру в покер на високі ставки.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
9. Почати роман з одруженим чоловіком/жінкою.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
10. Видати чужу роботу за свою.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
11. Спуститися на лижах по трасі, яка перевищує ваш рівень.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно

12. Інвестувати 5% річного доходу в дуже спекулятивну акцію.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
13. Піти на рафтинг по бурхливій річці навесні під час високої води.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
14. Поставити денний дохід на результат спортивної події.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
15. Зайнятися незахищеним сексом.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
16. Розкрити секрет друга комусь іншому.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
17. Їхати автомобілем без ременя безпеки.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
18. Інвестувати 10% річного доходу в новий бізнес-проект.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
19. Пройти курс стрибків з парашутом (skydiving).	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
20. Їхати на мотоциклі без шолома.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
21. Обрати кар'єру, яка вам дійсно подобається, замість більш безпечної.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
22. Відкрито висловити свою думку з непопулярного питання на нараді на роботі.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
23. Засмагати без сонцезахисного крему.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
24. Стрибнути банджі з високого мосту.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
25. Пілотувати невеликий літак.	Зовсім не ймовірно	Мало-ймовірно	Скоріше мало ймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно

26. Іти додому пішки вночі наодинці в небезпечному районі міста.	Зовсім не ймовірно	Малоймовірно	Скоріше малоймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
27. Переїхати до міста далеко від своєї великої родини.	Зовсім не ймовірно	Малоймовірно	Скоріше малоймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
28. Почати нову кар'єру в середині тридцятих років.	Зовсім не ймовірно	Малоймовірно	Скоріше малоймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
29. Залишити маленьких дітей самих удома, поки ви ходите десь за дорученням.	Зовсім не ймовірно	Малоймовірно	Скоріше малоймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно
30. Не повернути гаманець, який ви знайшли і в якому є 200 доларів.	Зовсім не ймовірно	Малоймовірно	Скоріше малоймовірно	Важко сказати	Скоріше ймовірно	Ймовірно	Дуже ймовірно

## Додаток Г

## Діагностика потреби в пошуках відчуттів (М. Цукерман)

Інструкція: Вам пропонується ряд тверджень, об'єднаних в пари. З кожної пари необхідно вибрати одне твердження, яке Ви вважає найбільш характерним для себе

№	Варіант А	Варіант Б
1.	Я б вважав за краще роботу, що вимагає численних роз'їздів і подорожей.	Я б вважав за краще працювати на одному місці.
2.	Мене підбадьорює свіжий, прохолодний день.	У прохолодний день я не можу дочекатися, коли потраплю додому.
3.	Мені не подобаються всі тілесні запахи.	Мені подобаються деякі тілесні запахи.
4.	Я б не хотів пробувати жоден наркотик, який міг би чинити на мене незнайомий вплив.	Я спробував би який-небудь незнайомий наркотик, що викликає галюцинації.
5.	Я б вважав за краще жити в ідеальному суспільстві, де кожен відчувається в безпеці, надійно і щасливо.	Я б вважав за краще жити в невизначені, хаотичні дні нашої історії.
6.	Я не можу терпіти їзду з людиною, яка любить швидкість.	Іноді я люблю їхати автомобілем дуже швидко, бо знаходжу це збудливим.
7.	Якби я був продавцем-комівояжером, то волів би твердий оклад, а не відрядну зарплату з ризиком заробити мало або нічого.	Якби я був продавцем-комівояжером, то волів би працювати відрядно, бо мав би можливість заробити більше, ніж сидячи на окладі.
8.	Я не люблю сперечатися з людьми, чії погляди різко відрізняються від моїх, бо такі суперечки завжди нерозв'язні.	Я вважаю, що люди, які не згодні з моїм поглядом, більше стимулюють мене, ніж ті, хто зі мною згоден.
9.	Більшість людей витрачають загалом занадто багато грошей на страхування.	Страхування — це те, без чого не може дозволити собі обійтися жодна людина.
10.	Я б не хотів опинитися загіпнотизованим.	Я б хотів спробувати бути загіпнотизованим.
11.	Найважливіша мета в житті — жити на повну катушку і взяти від життя якомога більше.	Найважливіша мета в житті — знайти спокій і щастя.
12.	У холодну воду я заходжу поступово, даючи собі час звикнути до неї.	Я люблю відразу пірнути або стрибнути в море чи холодний басейн.
13.	У більшості видів сучасної музики мені не подобаються безладність і дисгармонійність.	Я люблю слухати нові й незвичайні види музики.
14.	Найгірший соціальний недолік — бути грубим, невихованим.	Найгірший соціальний недолік — бути нудною людиною, занудою.

15.	Я віддаю перевагу емоційно виразним людям, навіть якщо вони дещо не врівноважені.	Я більше віддаю перевагу спокійним людям, навіть “відрегульованим”.
16.	У людей, які їздять на мотоциклах, мабуть, є якась несвідома потреба заподіяти собі біль чи шкоду.	Мені б сподобалося водити мотоцикл або їздити на ньому як пасажир.

## Додаток Г

**Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців  
Збройних Сил України (В. Мороз)**

Інструкція: Будь ласка, оцініть в балах від 0 до 4 те, наскільки точно 20 нижченаведених тверджень Вас характеризують, обравши відповідну цифру.

<b>Твердження</b>	<b>Невірно</b>	<b>Скоріш невірно</b>	<b>Важко сказати</b>	<b>Скоріш вірно</b>	<b>Вірно</b>
1. Я витрачаю на роботу набагато більше часу, ніж на спілкування з друзями, хобі та відпочинок.	0	1	2	3	4
2. Я сильно дратуюся, коли мене відволікають від термінової справи.	0	1	2	3	4
3. Я часто перевіряю, що відбувається у моїх соціальних мережах.	0	1	2	3	4
4. Я часто граю в комп'ютерні або онлайн-ігри.	0	1	2	3	4
5. Я часто роблю ставки в тоталізаторі на спортивні або інші події.	0	1	2	3	4
6. Я зовсім не вмю відпочивати, тому під час вихідних і у відпустці почуваюся гірше, ніж на роботі.	0	1	2	3	4
7. Я постійно поспішаю, оскільки завжди відчуваю дефіцит часу.	0	1	2	3	4
8. Коли я починаю переглядати інтернет-сайти чи відеоролики на YouTube, мені важко зупинитися.	0	1	2	3	4
9. Буває, що в онлайн-грі я «докуповаю» додаткові можливості чи предмети, щоб грати краще.	0	1	2	3	4
10. Я вважаю, що цікаво грати в якусь гру лише на гроші.	0	1	2	3	4
11. Про робочі справи я думаю майже весь час — і на роботі, і поза нею.	0	1	2	3	4
12. Я не можу уявити, що в мене може бути вільний час.	0	1	2	3	4
13. Я витрачаю на спілкування в соціальних мережах набагато більше часу, ніж на інші види спілкування (особисте, телефонне тощо).	0	1	2	3	4

14. Коли я починаю грати в комп'ютерну чи онлайн-гру, мені важко зупинитися, і я відкладаю інші справи.	0	1	2	3	4
15. Мені подобається грати на гроші.	0	1	2	3	4
16. Мої близькі часто скаржаться, що я постійно працюю.	0	1	2	3	4
17. Я дратуюся, коли хтось чи щось мене затримує (черга, натовп, світлофор тощо).	0	1	2	3	4
18. Під час перебування в інтернеті я часто забуваю про поточні справи.	0	1	2	3	4
19. Я стежу за оновленнями та появою нових онлайн-ігор.	0	1	2	3	4
20. Гра на гроші дає мені найгостріші відчуття в житті.	0	1	2	3	4

## Додаток Д

## AUDIT-C (скорочений тест на вживання алкоголю)

Інструкція: Будь ласка, відповідайте точно й чесно та позначте відповіді, що найкраще відповідають вашій ситуації.

Твердження	1	2	3	4	5
1. Як часто протягом останнього року ви вживали напої, що містять алкоголь?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	4 або більше разів на тиждень	-
2. Якщо ви вживали алкоголь, то скільки порцій алкоголю ви зазвичай випивали за один раз? (1 порція = 50 мл горілки / 150 мл вина / 330 мл пива)	0-2 порцій	3-4 порцій	5-6 порцій	7-9 порцій	10 або більше порцій
3. Як часто протягом останнього року ви вживали 6 або більше порцій алкоголю за один раз?	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Приблизно раз на місяць	Приблизно раз на тиждень	Щодня або майже щодня

## Додаток Е

## Тест для визначення зловживання наркотиками (DUDIT)

Інструкція: Будь ласка, відповідайте точно й чесно та позначте відповіді, що найкраще відповідають вашій ситуації.

Твердження	1	2	3	4	5
1. Як часто ви вживаєте наркотичні засоби, крім алкоголю?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	4 або більше разів на тиждень	4 рази на тиждень або частіше
2. Чи вживаєте Ви різні види наркотиків (більш як один) під час одного епізоду вживання?	Ніколи	Раз на місяць або рідше	2-4 рази на місяць	4 або більше разів на тиждень	4 рази на тиждень або частіше
3. Коли Ви вживаєте наркотики, скільки разів на день це звичайно робите?	0	1-2	3-4	5-6	7 і більше
4. Як часто Ви опиняєтеся під сильним впливом наркотиків?	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
5. Протягом останнього року чи відчували Ви такий сильний потяг до наркотиків, що не могли йому протистояти?	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
6. Чи траплялося протягом останнього року так, що, почавши приймати наркотики, Ви не могли зупинитися?	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
7. Як часто за останній рік, вживавши наркотики, Ви нехтували те, що мали зробити?	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
8. Як часто за останній рік Вам доводилося вжити наркотик зранку після інтенсивного вживання наркотиків напередодні?	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
9. Як часто за останній рік Ви відчували провини чи докори сумління через те, що вживали наркотики?	Ніколи	Рідше ніж раз на місяць	Щомісяця	Щотижня	Щодня або майже щодня
10. Чи отримували Ви чи хтось інший фізичну або психічну травму внаслідок вживання Вами наркотиків?	Ні	Так, але не протягом останнього року	Так, протягом останнього року	-	-
11. Чи висловлювали родичі, друзі, лікар, медсестра або будь-хто ще занепокоєння з	Ні	Так, але не протягом останнього року	Так, протягом останнього року	-	-

приводу вживанням Вами наркотиків, чи говорили Вам про те, що Вам слід припинити їх ужиток?					
---	--	--	--	--	--

## Вік респондентів

№ з/п	Вік респондентів
1.	23
2.	27
3.	26
4.	35
5.	32
6.	33
7.	29
8.	50
9.	35
10.	32
11.	32
12.	25
13.	37
14.	23
15.	44
16.	22
17.	33
18.	35
19.	22
20.	20
21.	27
22.	31
23.	36
24.	34
25.	51
26.	31
27.	33
28.	36
29.	25
30.	33
31.	31
32.	39
33.	27
34.	26
35.	29
36.	38
37.	49
38.	31
39.	33
40.	30
41.	27
42.	41
43.	45
44.	21
45.	41
46.	51
47.	28
48.	45
49.	37
50.	39
51.	25
52.	44
53.	21
54.	21

55.	26
56.	33
57.	35
58.	34
59.	42
60.	41
61.	35
62.	41
63.	35
64.	42
65.	43
66.	44
67.	38
68.	40
69.	35
70.	22
71.	27
72.	25
73.	27
74.	23
75.	27
76.	27
77.	25
78.	25
79.	25
80.	40
81.	26
82.	28
83.	27
84.	38
85.	25
86.	33
87.	27
88.	32
89.	26
90.	25
91.	38
92.	26
93.	29
94.	52
95.	30
96.	48
97.	36
98.	37
99.	55
100.	49
101.	32
102.	38
103.	35
104.	45
105.	35
106.	52
107.	41
108.	41
109.	41
110.	29
111.	33
112.	23
113.	36
114.	24

115.	28
116.	37
117.	24
118.	31
119.	35
120.	43
121.	34
122.	32
123.	31
124.	43
125.	37
126.	33
127.	29
128.	49
129.	45
130.	43
131.	42
132.	23
133.	38
134.	39
135.	38
136.	27
137.	42
138.	27
139.	44
140.	25
141.	27
142.	41
143.	28
144.	20
145.	33
146.	53
147.	26
148.	41
149.	35
150.	43
151.	29
152.	29
153.	42
154.	23
155.	39
156.	23
157.	32
158.	31
159.	27
160.	29
161.	27
162.	45
163.	29
164.	49
165.	34
166.	23
167.	34
168.	25
169.	32
170.	58
171.	35
172.	42
173.	28
174.	27

175.	47
176.	29
177.	50
178.	38
179.	25
180.	27
181.	25
182.	40
183.	30
184.	48
185.	40
186.	35
187.	30
188.	29
189.	29
190.	29
191.	33
192.	32
193.	41
194.	36
195.	32
196.	39
197.	33
198.	45
199.	21
200.	38
201.	28
202.	33
203.	38
204.	43
205.	33
206.	30
207.	28
208.	37
209.	22
210.	37
211.	42
212.	29
213.	25
214.	34
215.	57
216.	45
217.	28
218.	38
219.	23
220.	46
221.	32
222.	31
223.	21
224.	42
225.	30
226.	37
227.	32
228.	36
229.	44
230.	24
231.	36
232.	34
233.	26
234.	29

235.	47
236.	26
237.	26
238.	42
239.	27
240.	28
241.	36
242.	36
243.	25
244.	38
245.	33
246.	27
247.	38
248.	40
249.	28
250.	44
251.	47
252.	40
253.	23
254.	41
255.	51
256.	49
257.	27
258.	28
259.	52
260.	20
261.	29
262.	31
263.	38
264.	50
265.	35

## Додаток Ж

Табл. Ж.1 – Результати досліджувальних за шкалою бойового досвіду  
(Combat Exposure Scale)

№ з/п	Всього
1.	36
2.	45
3.	14
4.	17
5.	8
6.	12
7.	15
8.	31
9.	39
10.	28
11.	48
12.	6
13.	34
14.	8
15.	24
16.	6
17.	15
18.	20
19.	12
20.	18
21.	23
22.	12
23.	18
24.	21
25.	42
26.	8
27.	17
28.	6
29.	9
30.	31
31.	6
32.	14
33.	6
34.	26
35.	45
36.	33
37.	23
38.	41
39.	12
40.	18
41.	10
42.	52
43.	8
44.	6
45.	57
46.	15
47.	14
48.	6
49.	24
50.	53
51.	19
52.	10

53.	6
54.	10
55.	11
56.	20
57.	6
58.	41
59.	18
60.	34
61.	17
62.	21
63.	37
64.	20
65.	45
66.	6
67.	34
68.	27
69.	13
70.	22
71.	20
72.	18
73.	8
74.	43
75.	16
76.	6
77.	28
78.	39
79.	6
80.	12
81.	6
82.	6
83.	12
84.	12
85.	13
86.	6
87.	6
88.	6
89.	6
90.	39
91.	14
92.	9
93.	10
94.	33
95.	25
96.	6
97.	26
98.	39
99.	52
100.	41
101.	64
102.	6
103.	22
104.	68
105.	6
106.	20
107.	53
108.	46
109.	8
110.	38
111.	39
112.	12

113.	39
114.	44
115.	8
116.	69
117.	53
118.	6
119.	72
120.	34
121.	47
122.	48
123.	16
124.	48
125.	6
126.	50
127.	16
128.	42
129.	29
130.	10
131.	34
132.	46
133.	15
134.	11
135.	30
136.	27
137.	29
138.	46
139.	6
140.	62
141.	6
142.	66
143.	27
144.	8
145.	6
146.	51
147.	33
148.	53
149.	38
150.	47
151.	40
152.	19
153.	21
154.	6
155.	26
156.	6
157.	17
158.	13
159.	20
160.	31
161.	22
162.	54
163.	19
164.	12
165.	16
166.	15
167.	8
168.	6
169.	58
170.	38
171.	6
172.	37

173.	26
174.	6
175.	6
176.	16
177.	16
178.	8
179.	11
180.	13
181.	45
182.	32
183.	17
184.	6
185.	20
186.	8
187.	11
188.	47
189.	17
190.	16
191.	41
192.	42
193.	8
194.	41
195.	53
196.	11
197.	6
198.	44
199.	54
200.	25
201.	19
202.	22
203.	49
204.	61
205.	12
206.	16
207.	11
208.	18
209.	46
210.	6
211.	44
212.	44
213.	41
214.	18
215.	22
216.	58
217.	28
218.	6
219.	16
220.	59
221.	26
222.	43
223.	14
224.	46
225.	59
226.	16
227.	10
228.	39
229.	41
230.	18
231.	48
232.	16

233.	50
234.	6
235.	12
236.	17
237.	57
238.	19
239.	10
240.	57
241.	39
242.	40
243.	44
244.	6
245.	44
246.	6
247.	55
248.	52
249.	54
250.	12
251.	36
252.	11
253.	36
254.	12
255.	45
256.	8
257.	46
258.	42
259.	45
260.	60
261.	55
262.	20
263.	53
264.	6
265.	12

Табл. Ж.2 – Результати досліджувальних за Міссісіпська шкала для оцінювання посттравматичних реакцій (військовий варіант)

№ з/п	Всього
1.	87
2.	90
3.	75
4.	80
5.	83
6.	69
7.	71
8.	87
9.	70
10.	89
11.	104
12.	76
13.	70
14.	79
15.	83
16.	61
17.	80
18.	81
19.	50
20.	66
21.	94
22.	73
23.	88
24.	85
25.	78
26.	63
27.	60
28.	58
29.	75
30.	88
31.	55
32.	70
33.	62
34.	73
35.	86
36.	87
37.	91
38.	95
39.	81
40.	143
41.	72
42.	74
43.	67
44.	54
45.	105
46.	71
47.	73
48.	94
49.	92
50.	92
51.	93
52.	73
53.	54
54.	81

55.	65
56.	103
57.	70
58.	90
59.	106
60.	63
61.	80
62.	78
63.	75
64.	88
65.	70
66.	72
67.	68
68.	75
69.	75
70.	68
71.	84
72.	89
73.	76
74.	104
75.	66
76.	69
77.	77
78.	115
79.	59
80.	68
81.	52
82.	73
83.	61
84.	65
85.	86
86.	64
87.	72
88.	74
89.	77
90.	97
91.	86
92.	86
93.	81
94.	96
95.	67
96.	74
97.	70
98.	83
99.	87
100.	92
101.	91
102.	74
103.	84
104.	79
105.	55
106.	71
107.	79
108.	73
109.	63
110.	82
111.	92
112.	85
113.	83
114.	85

115.	77
116.	78
117.	93
118.	59
119.	92
120.	96
121.	75
122.	94
123.	95
124.	85
125.	70
126.	105
127.	76
128.	77
129.	73
130.	77
131.	81
132.	75
133.	76
134.	80
135.	109
136.	97
137.	100
138.	106
139.	80
140.	136
141.	72
142.	94
143.	91
144.	73
145.	70
146.	89
147.	91
148.	76
149.	47
150.	68
151.	69
152.	102
153.	87
154.	80
155.	76
156.	53
157.	69
158.	73
159.	76
160.	75
161.	74
162.	92
163.	71
164.	63
165.	70
166.	84
167.	74
168.	77
169.	87
170.	68
171.	53
172.	100
173.	105
174.	75

175.	67
176.	67
177.	90
178.	53
179.	67
180.	76
181.	114
182.	101
183.	62
184.	66
185.	85
186.	73
187.	43
188.	99
189.	66
190.	87
191.	81
192.	81
193.	79
194.	86
195.	82
196.	78
197.	81
198.	77
199.	76
200.	71
201.	106
202.	68
203.	96
204.	86
205.	82
206.	78
207.	84
208.	91
209.	110
210.	88
211.	72
212.	78
213.	95
214.	59
215.	82
216.	75
217.	64
218.	60
219.	98
220.	90
221.	86
222.	62
223.	74
224.	103
225.	108
226.	79
227.	76
228.	83
229.	86
230.	87
231.	80
232.	72
233.	92
234.	81

235.	85
236.	66
237.	83
238.	94
239.	82
240.	121
241.	90
242.	91
243.	70
244.	65
245.	92
246.	79
247.	82
248.	113
249.	86
250.	73
251.	101
252.	70
253.	62
254.	70
255.	89
256.	88
257.	83
258.	86
259.	115
260.	88
261.	84
262.	128
263.	103
264.	67
265.	72

Табл. Ж.3 – Результати досліджувальних за шкалою ризикованої поведінки (Domain-Specific Risk-Taking Scale, DOSPERT)

№ з/п	Соціальна	Рекреаційна	Фінансова	Здоров'я/ безпека	Етична
1.	37	37	14	30	14
2.	35	30	6	29	16
3.	33	21	16	30	20
4.	31	37	19	26	19
5.	41	22	16	19	15
6.	26	36	27	32	24
7.	34	23	28	23	22
8.	31	27	29	37	33
9.	27	34	6	24	9
10.	33	26	13	25	10
11.	31	42	27	33	21
12.	37	19	21	25	18
13.	27	29	23	17	16
14.	39	37	6	30	10
15.	29	17	13	30	17
16.	36	33	11	29	18
17.	35	34	15	31	20
18.	29	21	16	19	14
19.	22	15	6	30	8
20.	24	11	6	13	7
21.	35	26	11	32	14
22.	24	16	12	25	13
23.	36	33	10	36	9
24.	25	14	13	23	17
25.	27	27	24	21	19
26.	41	19	21	26	14
27.	32	15	13	23	22
28.	28	21	8	17	14
29.	31	33	11	26	9
30.	31	28	26	16	22
31.	13	14	6	25	7
32.	29	25	12	16	8
33.	35	23	14	17	18
34.	26	20	18	17	17
35.	35	24	17	20	13
36.	25	21	12	23	13
37.	18	8	7	11	21
38.	33	26	12	30	14
39.	31	11	7	15	12
40.	42	35	28	25	16
41.	25	14	16	8	9
42.	15	12	13	13	13
43.	30	18	11	24	15
44.	31	27	15	7	9
45.	14	13	9	17	14
46.	14	9	8	21	9
47.	32	16	16	19	14
48.	34	28	15	21	12
49.	36	26	23	25	22
50.	32	24	9	22	9
51.	34	32	27	30	11
52.	24	25	8	23	15
53.	26	33	24	26	15

54.	29	20	7	12	7
55.	29	33	16	18	19
56.	24	24	24	24	28
57.	33	23	26	24	17
58.	26	15	13	28	16
59.	29	24	24	22	20
60.	37	39	36	32	27
61.	33	33	26	38	16
62.	34	29	15	25	12
63.	34	21	11	15	9
64.	26	30	9	28	12
65.	34	27	11	28	18
66.	13	7	8	8	9
67.	36	34	12	28	15
68.	31	10	10	25	13
69.	26	9	17	8	9
70.	29	13	17	11	14
71.	33	36	25	26	19
72.	32	26	15	31	21
73.	26	27	15	10	11
74.	35	17	23	30	28
75.	15	14	14	23	11
76.	23	25	13	22	13
77.	34	20	16	19	17
78.	30	22	19	18	14
79.	41	20	20	23	20
80.	22	12	18	16	12
81.	28	28	6	28	7
82.	27	22	15	18	19
83.	32	31	28	22	22
84.	28	40	29	27	15
85.	23	28	22	28	24
86.	32	24	19	17	14
87.	19	18	12	33	18
88.	37	37	11	39	13
89.	29	16	20	27	14
90.	34	26	11	20	17
91.	36	24	10	30	9
92.	29	18	17	21	17
93.	28	24	8	28	13
94.	35	18	12	26	10
95.	33	30	13	22	12
96.	23	26	15	25	23
97.	40	23	20	29	17
98.	36	36	10	21	13
99.	30	18	19	26	15
100.	26	20	19	11	14
101.	31	30	13	22	13
102.	29	29	13	33	13
103.	25	24	17	30	21
104.	34	33	20	22	15
105.	30	34	13	28	16
106.	21	15	13	19	11
107.	29	22	13	26	16
108.	40	24	16	35	24
109.	36	24	13	18	21
110.	33	35	9	29	8
111.	36	30	15	32	10
112.	31	36	19	28	19
113.	20	30	19	17	15

114.	33	22	14	24	23
115.	21	21	12	26	14
116.	28	24	21	36	22
117.	37	36	22	22	21
118.	25	27	14	15	11
119.	37	26	6	31	16
120.	30	28	22	25	17
121.	27	25	8	24	16
122.	34	24	26	23	12
123.	32	38	16	30	13
124.	25	37	20	29	20
125.	35	34	24	32	18
126.	32	31	22	31	22
127.	18	15	14	12	12
128.	31	26	26	22	20
129.	33	33	21	27	19
130.	29	27	18	19	19
131.	24	23	17	26	19
132.	35	32	15	31	14
133.	23	18	11	19	11
134.	20	8	13	17	16
135.	39	23	18	31	15
136.	38	33	18	22	18
137.	24	24	13	25	11
138.	24	11	16	21	19
139.	20	22	9	23	15
140.	32	17	12	30	17
141.	32	21	26	31	25
142.	33	36	23	29	16
143.	33	20	17	18	12
144.	27	38	11	30	10
145.	32	35	12	24	13
146.	29	12	7	22	11
147.	32	26	12	25	11
148.	42	27	8	25	14
149.	36	11	6	28	7
150.	32	21	14	21	21
151.	30	31	18	36	17
152.	37	23	8	17	10
153.	10	7	6	8	7
154.	21	9	6	10	7
155.	33	31	15	20	17
156.	6	18	7	13	12
157.	36	25	12	32	16
158.	40	27	15	27	19
159.	33	38	18	34	11
160.	35	32	19	33	23
161.	28	29	15	24	17
162.	29	23	14	30	20
163.	30	28	15	26	13
164.	28	12	18	25	12
165.	29	22	14	27	12
166.	29	13	10	22	9
167.	33	31	13	28	16
168.	32	36	19	35	18
169.	26	28	11	23	9
170.	21	27	12	25	12
171.	35	21	32	17	15
172.	24	25	24	24	28
173.	32	32	20	26	21

174.	32	30	17	24	16
175.	28	20	12	27	17
176.	42	42	19	34	19
177.	24	19	18	18	14
178.	35	37	7	19	17
179.	26	23	16	22	11
180.	29	26	10	18	14
181.	26	37	18	26	17
182.	22	22	27	27	29
183.	34	34	17	39	23
184.	30	29	26	18	27
185.	36	30	19	20	15
186.	26	17	16	15	15
187.	29	36	12	14	14
188.	24	10	21	24	16
189.	30	29	20	19	19
190.	29	35	20	30	17
191.	36	34	12	33	13
192.	29	28	12	28	17
193.	28	27	15	23	19
194.	30	32	19	22	20
195.	33	29	23	27	19
196.	11	15	9	20	14
197.	19	12	12	13	11
198.	32	26	17	24	21
199.	23	32	17	8	12
200.	27	18	15	23	12
201.	28	18	11	15	19
202.	23	23	9	16	7
203.	29	20	17	19	9
204.	25	19	6	7	7
205.	20	11	8	17	14
206.	30	33	19	32	13
207.	30	20	18	24	20
208.	34	13	18	19	17
209.	31	42	21	42	23
210.	27	20	13	19	13
211.	30	20	21	22	15
212.	18	17	20	23	20
213.	27	35	15	32	22
214.	33	29	10	21	13
215.	35	37	19	33	19
216.	39	40	19	22	24
217.	30	30	16	22	14
218.	29	18	16	16	12
219.	22	22	24	21	24
220.	32	26	10	32	18
221.	20	22	27	24	24
222.	40	35	17	33	17
223.	28	31	20	19	17
224.	30	27	28	32	22
225.	26	32	21	25	26
226.	30	30	6	42	13
227.	33	24	11	31	14
228.	29	28	15	34	27
229.	38	36	10	20	10
230.	39	36	30	36	31
231.	33	22	19	32	22
232.	24	20	15	21	24
233.	29	22	11	36	17

234.	32	22	11	28	14
235.	23	13	16	36	21
236.	37	39	24	30	21
237.	28	25	12	24	13
238.	23	26	16	28	14
239.	31	28	15	11	11
240.	23	23	20	23	27
241.	30	21	7	22	14
242.	31	20	11	27	13
243.	21	28	13	28	13
244.	36	35	8	18	10
245.	37	18	12	21	9
246.	25	28	23	35	26
247.	28	23	15	18	12
248.	36	11	11	35	17
249.	32	32	19	25	12
250.	26	13	9	16	9
251.	34	23	13	36	19
252.	36	26	14	27	21
253.	38	33	20	17	11
254.	26	17	9	18	13
255.	21	19	21	22	23
256.	22	12	13	14	13
257.	32	30	22	32	30
258.	23	25	23	29	22
259.	35	14	40	38	32
260.	36	37	6	23	7
261.	37	38	27	30	22
262.	36	40	6	39	12
263.	36	17	23	39	18
264.	25	25	17	25	12
265.	31	23	13	10	8

Табл. Ж.4 – Результати досліджувальних за діагностикою потреби в пошуках відчуттів (М. Цукерман)

№ з/п	Всього
1.	11
2.	11
3.	8
4.	8
5.	3
6.	9
7.	4
8.	8
9.	5
10.	5
11.	10
12.	6
13.	4
14.	14
15.	9
16.	7
17.	13
18.	8
19.	5
20.	5
21.	10
22.	3
23.	7
24.	4
25.	4
26.	3
27.	5
28.	9
29.	8
30.	8
31.	5
32.	10
33.	5
34.	7
35.	11
36.	9
37.	4
38.	8
39.	5
40.	7
41.	3
42.	5
43.	5
44.	5
45.	4
46.	6
47.	11
48.	7
49.	7
50.	7
51.	6
52.	8
53.	11
54.	5

55.	6
56.	10
57.	9
58.	7
59.	11
60.	12
61.	10
62.	6
63.	8
64.	8
65.	9
66.	3
67.	7
68.	10
69.	4
70.	4
71.	11
72.	6
73.	5
74.	8
75.	9
76.	5
77.	7
78.	7
79.	9
80.	5
81.	9
82.	4
83.	10
84.	9
85.	6
86.	5
87.	5
88.	7
89.	5
90.	8
91.	8
92.	4
93.	6
94.	9
95.	9
96.	4
97.	9
98.	10
99.	8
100.	8
101.	12
102.	7
103.	5
104.	10
105.	8
106.	4
107.	7
108.	8
109.	9
110.	11
111.	7
112.	9
113.	6
114.	7

115.	6
116.	14
117.	14
118.	4
119.	9
120.	8
121.	6
122.	7
123.	9
124.	11
125.	12
126.	10
127.	2
128.	8
129.	9
130.	10
131.	8
132.	7
133.	7
134.	3
135.	4
136.	9
137.	6
138.	6
139.	6
140.	7
141.	8
142.	12
143.	5
144.	10
145.	8
146.	4
147.	5
148.	8
149.	8
150.	5
151.	9
152.	7
153.	5
154.	3
155.	9
156.	4
157.	9
158.	7
159.	8
160.	8
161.	7
162.	6
163.	7
164.	5
165.	6
166.	8
167.	6
168.	11
169.	12
170.	6
171.	8
172.	5
173.	5
174.	8

175.	7
176.	10
177.	8
178.	8
179.	7
180.	9
181.	12
182.	5
183.	7
184.	7
185.	5
186.	6
187.	9
188.	4
189.	12
190.	6
191.	11
192.	7
193.	5
194.	5
195.	11
196.	6
197.	8
198.	5
199.	5
200.	6
201.	5
202.	9
203.	4
204.	5
205.	3
206.	8
207.	8
208.	3
209.	10
210.	6
211.	7
212.	7
213.	12
214.	9
215.	9
216.	12
217.	9
218.	5
219.	4
220.	10
221.	7
222.	9
223.	9
224.	11
225.	6
226.	7
227.	7
228.	8
229.	7
230.	8
231.	7
232.	9
233.	10
234.	10

235.	6
236.	11
237.	7
238.	9
239.	8
240.	4
241.	6
242.	9
243.	7
244.	12
245.	6
246.	10
247.	6
248.	10
249.	7
250.	5
251.	9
252.	10
253.	7
254.	9
255.	8
256.	7
257.	14
258.	7
259.	3
260.	12
261.	7
262.	7
263.	10
264.	10
265.	6

Табл. Ж.5 – Результати досліджувальних за методикою визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців Збройних Сил України (В. Мороз)

№ з/п	Трудова адикція	Ургентна адикція	Адикція до соціальних мереж	Комп'ютерна/інтернет адикція	Гемблінгова адикція	Інтегральний показник адиктивного ризику (total)
1.	13	9	6	10	0	5,611439002
2.	3	13	16	0	0	6,4
3.	8	9	4	5	0	5,2
4.	11	10	2	4	0	5,4
5.	8	2	3	0	0	2,6
6.	0	3	7	3	1	2,8
7.	4	5	7	3	0	3,8
8.	9	8	5	6	0	5,6
9.	8	5	1	0	0	2,8
10.	9	12	2	0	0	4,6
11.	14	10	4	10	9	9,4
12.	9	4	3	4	1	4,2
13.	8	4	12	9	0	6,6
14.	8	8	0	6	0	4,4
15.	10	8	6	3	0	5,4
16.	7	6	1	5	0	3,8
17.	13	13	5	5	0	7,2
18.	6	5	5	3	0	3,8
19.	8	9	2	2	4	5
20.	4	2	2	1	0	1,8
21.	12	10	5	3	0	6
22.	3	4	5	8	0	4
23.	14	12	1	3	0	6
24.	5	6	3	1	0	3
25.	8	12	8	6	2	7,2
26.	5	8	5	0	0	3,6
27.	6	7	3	6	0	4,4
28.	8	10	2	2	0	4,4
29.	7	11	9	1	0	5,6
30.	2	4	1	2	0	1,8
31.	5	7	1	3	0	3,2
32.	6	2	1	3	0	2,4
33.	5	10	2	2	0	3,8
34.	7	8	7	11	0	6,6
35.	8	5	2	2	0	3,4
36.	3	8	4	1	0	3,2
37.	4	6	11	1	0	4,4
38.	6	7	7	2	0	4,4
39.	6	14	4	0	0	4,8
40.	12	12	4	4	12	8,8
41.	5	7	3	2	0	3,4
42.	0	0	0	0	0	0
43.	4	3	1	0	0	1,6
44.	2	0	0	0	0	0,4
45.	9	9	6	1	0	5
46.	7	11	3	0	0	4,2
47.	6	12	7	0	0	5
48.	8	13	6	1	0	5,6
49.	5	8	6	7	3	5,8
50.	9	7	2	7	0	5
51.	9	4	3	3	6	5
52.	10	13	5	7	0	7

53.	2	3	1	9	0	3
54.	4	8	1	1	0	2,8
55.	3	5	2	1	0	2,2
56.	8	8	8	8	8	8
57.	9	10	11	4	2	7,2
58.	10	7	7	7	0	6,2
59.	0	4	8	12	16	8
60.	12	4	4	8	8	7,2
61.	6	3	7	1	1	3,6
62.	6	6	0	0	0	2,4
63.	6	3	4	3	0	3,2
64.	8	7	2	0	0	3,4
65.	6	3	0	0	0	1,8
66.	4	6	1	0	0	2,2
67.	6	6	1	8	0	4,2
68.	2	4	2	3	0	2,2
69.	10	9	7	0	0	5,2
70.	9	5	1	0	0	3
71.	5	7	7	7	0	5,2
72.	8	10	3	5	0	5,2
73.	11	7	5	0	0	4,6
74.	10	9	6	9	4	7,6
75.	4	6	6	8	3	5,4
76.	10	13	6	0	0	5,8
77.	11	8	4	4	0	5,4
78.	14	13	5	0	0	6,4
79.	8	7	1	0	0	3,2
80.	4	8	6	3	3	4,8
81.	4	2	4	2	0	2,4
82.	8	8	7	7	0	6
83.	0	4	11	11	2	5,6
84.	8	5	5	2	4	4,8
85.	13	10	7	0	0	6
86.	0	7	1	5	0	2,6
87.	5	7	8	6	4	6
88.	10	8	9	2	0	5,8
89.	6	5	5	6	0	4,4
90.	10	10	4	4	0	5,6
91.	7	4	2	4	0	3,4
92.	12	11	4	9	0	7,2
93.	8	10	8	8	0	6,8
94.	8	8	3	0	0	3,8
95.	9	9	8	5	0	6,2
96.	8	6	0	1	0	3
97.	5	7	0	3	0	3
98.	11	4	4	0	0	3,8
99.	5	6	4	1	0	3,2
100.	4	5	3	3	0	3
101.	8	4	1	1	0	2,8
102.	10	4	5	0	0	3,8
103.	10	8	2	4	1	5
104.	6	4	2	3	0	3
105.	5	8	5	5	0	4,6
106.	8	10	8	3	1	6
107.	6	5	4	9	0	4,8
108.	10	9	4	2	1	5,2
109.	9	7	3	1	0	4
110.	4	4	4	1	0	2,6
111.	5	8	4	0	0	3,4
112.	8	10	6	5	0	5,8

113.	5	6	6	4	0	4,2
114.	6	6	9	11	1	6,6
115.	8	2	2	3	0	3
116.	0	0	4	0	0	0,8
117.	13	10	9	0	1	6,6
118.	5	5	5	7	0	4,4
119.	7	6	0	0	0	2,6
120.	10	10	3	8	1	6,4
121.	7	5	5	5	1	4,6
122.	9	5	3	5	2	4,8
123.	9	9	2	0	0	4
124.	11	9	4	0	0	4,8
125.	6	6	5	0	0	3,4
126.	8	9	10	3	0	6
127.	5	6	6	0	0	3,4
128.	10	7	3	2	1	4,6
129.	9	7	9	4	5	6,8
130.	7	6	5	7	1	5,2
131.	8	7	8	5	6	6,8
132.	5	12	3	1	0	4,2
133.	8	8	3	2	1	4,4
134.	5	9	3	0	0	3,4
135.	9	13	4	0	0	5,2
136.	11	9	6	3	0	5,8
137.	9	11	3	3	1	5,4
138.	6	9	7	12	0	6,8
139.	6	10	6	2	0	4,8
140.	12	12	4	4	0	6,4
141.	9	10	11	7	0	7,4
142.	6	11	2	3	0	4,4
143.	11	7	6	3	0	5,4
144.	6	10	6	0	0	4,4
145.	5	5	6	2	0	3,6
146.	6	4	0	0	0	2
147.	10	6	1	2	0	3,8
148.	13	6	1	1	0	4,2
149.	0	0	4	2	0	1,2
150.	4	5	1	4	0	2,8
151.	8	9	6	8	1	6,4
152.	8	9	2	4	0	4,6
153.	16	8	0	0	0	4,8
154.	7	5	3	2	0	3,4
155.	6	7	5	1	0	3,8
156.	6	3	1	3	0	2,6
157.	6	5	8	6	1	5,2
158.	12	6	3	7	0	5,6
159.	9	4	2	4	0	3,8
160.	9	6	9	1	0	5
161.	9	3	4	1	0	3,4
162.	5	7	2	0	0	2,8
163.	4	5	1	7	0	3,4
164.	10	8	2	1	0	4,2
165.	8	5	6	1	0	4
166.	12	8	1	7	0	5,6
167.	6	7	2	0	0	3
168.	4	3	3	1	0	2,2
169.	5	10	7	3	0	5
170.	5	2	0	0	0	1,4
171.	9	10	3	9	0	6,2
172.	8	8	8	8	8	8

173.	8	11	6	9	0	6,8
174.	7	4	8	4	0	4,6
175.	7	5	0	0	0	2,4
176.	12	8	2	8	0	6
177.	8	10	5	0	3	5,2
178.	3	7	3	7	0	4
179.	6	7	7	5	0	5
180.	9	9	3	0	0	4,2
181.	14	13	7	6	1	8,2
182.	8	9	9	3	0	5,8
183.	8	12	5	6	0	6,2
184.	4	8	1	0	2	3
185.	10	12	8	0	0	6
186.	3	4	4	6	0	3,4
187.	3	4	0	0	0	1,4
188.	0	10	14	8	0	6,4
189.	4	5	5	7	2	4,6
190.	8	7	7	9	0	6,2
191.	8	11	3	2	0	4,8
192.	5	7	2	0	0	2,8
193.	7	7	7	1	0	4,4
194.	4	10	12	0	0	5,2
195.	9	7	3	4	0	4,6
196.	14	9	14	0	0	7,4
197.	10	5	4	4	1	4,8
198.	8	3	6	0	0	3,4
199.	3	0	3	1	0	1,4
200.	7	6	3	0	0	3,2
201.	9	9	6	4	2	6
202.	8	5	1	2	0	3,2
203.	6	10	5	4	0	5
204.	5	11	0	0	0	3,2
205.	8	8	5	0	0	4,2
206.	5	10	0	0	0	3
207.	10	8	8	14	0	8
208.	12	8	7	4	0	6,2
209.	3	7	6	6	0	4,4
210.	3	5	4	7	0	3,8
211.	6	12	2	4	0	4,8
212.	6	6	2	6	0	4
213.	5	9	2	10	0	5,2
214.	4	0	0	0	0	0,8
215.	7	13	1	1	0	4,4
216.	10	6	1	0	0	3,4
217.	7	9	4	0	0	4
218.	1	0	3	0	0	0,8
219.	7	9	7	8	8	7,8
220.	3	6	0	1	1	2,2
221.	12	12	6	13	0	8,6
222.	11	13	11	1	0	7,2
223.	4	6	6	4	0	4
224.	10	6	5	3	7	6,2
225.	8	7	7	7	9	7,6
226.	4	0	0	0	0	0,8
227.	12	9	4	0	0	5
228.	3	8	10	4	0	5
229.	2	5	0	0	0	1,4
230.	12	14	8	10	6	10
231.	7	6	2	3	0	3,6
232.	11	11	7	1	4	6,8

233.	6	8	6	8	0	5,6
234.	8	6	7	10	0	6,2
235.	0	4	3	0	0	1,4
236.	9	5	5	4	0	4,6
237.	2	5	4	1	1	2,6
238.	10	8	2	5	3	5,6
239.	8	6	9	1	0	4,8
240.	16	16	16	16	12	15,2
241.	12	12	12	7	0	8,6
242.	10	8	3	0	0	4,2
243.	5	4	5	3	0	3,4
244.	5	8	2	1	0	3,2
245.	8	6	6	8	0	5,6
246.	5	5	2	0	0	2,4
247.	9	3	0	0	0	2,4
248.	4	4	0	0	0	1,6
249.	9	8	3	6	0	5,2
250.	8	7	0	0	0	3
251.	8	15	0	2	0	5
252.	9	5	1	9	0	4,8
253.	2	3	3	5	0	2,6
254.	8	6	2	0	0	3,2
255.	10	9	6	3	3	6,2
256.	6	0	4	4	0	2,8
257.	8	7	13	7	2	7,4
258.	7	8	5	0	1	4,2
259.	7	10	4	0	1	4,4
260.	7	7	3	4	0	4,2
261.	7	7	4	0	0	3,6
262.	3	12	0	0	0	3
263.	15	15	5	1	0	7,2
264.	8	2	1	0	0	2,2
265.	9	7	1	4	0	4,2

Табл. Ж.7 – Результати досліджувальних за AUDIT-C  
(скорочений тест на вживання алкоголю)

№ з/п	Всього
1.	4
2.	0
3.	0
4.	3
5.	0
6.	3
7.	3
8.	7
9.	3
10.	1
11.	0
12.	2
13.	4
14.	0
15.	3
16.	0
17.	1
18.	1
19.	4
20.	0
21.	0
22.	1
23.	0
24.	1
25.	0
26.	3
27.	3
28.	1
29.	0
30.	1
31.	1
32.	0
33.	2
34.	2
35.	4
36.	0
37.	2
38.	6
39.	0
40.	1
41.	0
42.	0
43.	1
44.	0
45.	0
46.	0
47.	2
48.	0
49.	0
50.	1
51.	5
52.	1
53.	1
54.	1

55.	0
56.	0
57.	3
58.	1
59.	3
60.	3
61.	2
62.	1
63.	1
64.	3
65.	1
66.	0
67.	0
68.	3
69.	0
70.	0
71.	3
72.	3
73.	0
74.	3
75.	3
76.	0
77.	1
78.	1
79.	3
80.	2
81.	0
82.	2
83.	0
84.	4
85.	3
86.	0
87.	5
88.	0
89.	1
90.	0
91.	0
92.	1
93.	0
94.	0
95.	4
96.	0
97.	3
98.	0
99.	4
100.	1
101.	0
102.	3
103.	3
104.	2
105.	0
106.	0
107.	4
108.	3
109.	0
110.	2
111.	2
112.	0
113.	4
114.	0

115.	3
116.	8
117.	1
118.	1
119.	2
120.	7
121.	0
122.	2
123.	4
124.	0
125.	1
126.	5
127.	3
128.	1
129.	0
130.	2
131.	0
132.	6
133.	1
134.	5
135.	0
136.	2
137.	3
138.	0
139.	3
140.	2
141.	6
142.	0
143.	1
144.	2
145.	1
146.	1
147.	0
148.	4
149.	2
150.	1
151.	6
152.	1
153.	0
154.	0
155.	4
156.	0
157.	6
158.	0
159.	1
160.	0
161.	1
162.	0
163.	2
164.	0
165.	2
166.	0
167.	0
168.	4
169.	4
170.	3
171.	0
172.	0
173.	1
174.	1

175.	3
176.	2
177.	3
178.	2
179.	0
180.	2
181.	1
182.	7
183.	0
184.	1
185.	3
186.	0
187.	0
188.	1
189.	2
190.	1
191.	0
192.	0
193.	0
194.	3
195.	2
196.	1
197.	2
198.	3
199.	1
200.	5
201.	3
202.	2
203.	4
204.	0
205.	0
206.	2
207.	2
208.	1
209.	2
210.	0
211.	2
212.	1
213.	2
214.	2
215.	2
216.	4
217.	3
218.	0
219.	1
220.	3
221.	1
222.	2
223.	5
224.	3
225.	6
226.	0
227.	2
228.	1
229.	1
230.	0
231.	4
232.	3
233.	3
234.	4

235.	4
236.	0
237.	0
238.	3
239.	1
240.	5
241.	3
242.	2
243.	0
244.	1
245.	0
246.	4
247.	0
248.	3
249.	0
250.	0
251.	5
252.	0
253.	1
254.	1
255.	2
256.	0
257.	4
258.	2
259.	2
260.	2
261.	2
262.	3
263.	1
264.	0
265.	0

Табл. Ж.8 – Результати досліджувальних за тестом для визначення  
зловживання наркотиками (DUDIT)

№ з/п	Всього
1.	0
2.	0
3.	0
4.	0
5.	0
6.	0
7.	0
8.	0
9.	0
10.	0
11.	0
12.	0
13.	0
14.	0
15.	0
16.	0
17.	0
18.	0
19.	0
20.	0
21.	0
22.	0
23.	0
24.	0
25.	4
26.	0
27.	0
28.	0
29.	0
30.	0
31.	0
32.	0
33.	0
34.	0
35.	0
36.	0
37.	0
38.	0
39.	0
40.	0
41.	0
42.	0
43.	0
44.	0
45.	0
46.	0
47.	0
48.	0
49.	0
50.	0
51.	0
52.	0
53.	0
54.	0

55.	0
56.	1
57.	0
58.	0
59.	13
60.	0
61.	0
62.	0
63.	0
64.	0
65.	0
66.	0
67.	0
68.	0
69.	0
70.	0
71.	0
72.	0
73.	0
74.	0
75.	0
76.	0
77.	0
78.	0
79.	0
80.	0
81.	0
82.	0
83.	0
84.	0
85.	0
86.	0
87.	0
88.	0
89.	0
90.	0
91.	0
92.	0
93.	0
94.	0
95.	0
96.	0
97.	0
98.	0
99.	0
100.	0
101.	0
102.	0
103.	0
104.	0
105.	0
106.	0
107.	0
108.	0
109.	0
110.	0
111.	0
112.	0
113.	0
114.	0

115.	0
116.	0
117.	0
118.	0
119.	0
120.	2
121.	0
122.	0
123.	0
124.	0
125.	0
126.	1
127.	0
128.	0
129.	0
130.	4
131.	0
132.	0
133.	0
134.	0
135.	0
136.	0
137.	0
138.	0
139.	0
140.	0
141.	0
142.	0
143.	0
144.	0
145.	0
146.	0
147.	0
148.	0
149.	0
150.	0
151.	0
152.	0
153.	0
154.	0
155.	0
156.	0
157.	0
158.	0
159.	0
160.	0
161.	0
162.	0
163.	0
164.	0
165.	0
166.	0
167.	0
168.	0
169.	0
170.	0
171.	0
172.	0
173.	0
174.	0

175.	0
176.	0
177.	0
178.	0
179.	0
180.	0
181.	0
182.	0
183.	0
184.	0
185.	0
186.	0
187.	0
188.	0
189.	0
190.	0
191.	0
192.	0
193.	0
194.	0
195.	0
196.	0
197.	0
198.	0
199.	0
200.	0
201.	0
202.	0
203.	0
204.	0
205.	0
206.	0
207.	5
208.	0
209.	0
210.	0
211.	0
212.	0
213.	0
214.	0
215.	0
216.	0
217.	0
218.	0
219.	0
220.	0
221.	0
222.	0
223.	0
224.	0
225.	19
226.	0
227.	0
228.	0
229.	0
230.	0
231.	0
232.	0
233.	0
234.	0

235.	0
236.	0
237.	0
238.	0
239.	0
240.	0
241.	0
242.	1
243.	0
244.	0
245.	0
246.	0
247.	0
248.	0
249.	0
250.	0
251.	0
252.	0
253.	0
254.	0
255.	0
256.	0
257.	0
258.	0
259.	0
260.	0
261.	0
262.	0
263.	0
264.	0
265.	0

**Таблиця 3.1. Розподіл досліджуваних за рівнем інтенсивності бойового досвіду**

<b>Рівень бойового досвіду</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Низький	53	19,9%
Помірний	55	20,7%
Середній	40	15,0%
Високий	20	7,5%
Дуже високий	97	36,5%

**Таблиця 3.2. Розподіл досліджуваних за рівнем посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою**

<b>Сфера</b>	<b>Середнє статистичне значення</b>	<b>Стандартне відхилення</b>
Соціальна	29,64	±6,16
Рекреаційна	24,98	±8,04
Фінансова	15,78	±6,16
Здоров'я/безпека	24,25	±7,09
Етична	15,92	±5,27

**Таблиця 3.3. Розподіл досліджуваних за рівнем схильності до ризикованої поведінки**

<b>Сфера</b>	<b>Середнє статистичне значення</b>	<b>Стандартне відхилення</b>
Соціальна	29,64	±6,16
Рекреаційна	24,98	±8,04
Фінансова	15,78	±6,16
Здоров'я/безпека	24,25	±7,09
Етична	15,92	±5,27

**Таблиця 3.4. Розподіл досліджуваних за рівнем потреби у пошуку відчуттів**

<b>Рівень бойового досвіду</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Високий	30	11,3%
Середній	168	63,4%
Низький	67	25,3%

**Таблиця 3.5. Середні значення та стандартні відхилення показників адиктивного ризику за методикою В. Мороза**

<b>Сфера</b>	<b>Середнє статистичне значення</b>	<b>Стандартне відхилення</b>
Трудова адикція	7,22	±3,18
Ургентна адикція	7,21	±3,16
Адикція до соціальних мереж	4,35	±3,14
Комп'ютерна/інтернет адикція	3,35	±3,34
Гемблінгова адикція	0,74	±2,12
Інтегральний показник адиктивного ризику	5,61	±1,88

**Таблиця 3.6. Розподіл досліджуваних за рівнем алкогольного ризику**

<b>Рівень алкогольного ризику</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Високий ризик	10	3,8%
Помірний ризик	29	10,9%
Низький ризик	226	85,3%

**Таблиця 3.7. Розподіл досліджуваних за рівнем наркотичного ризику**

<b>Рівень ризику залежності</b>	<b>Кількість осіб (N)</b>	<b>Частка вибірки (%)</b>
Низький ризик залежності	263	99,25%
Ймовірна наркотична залежність	2	0,75%
Наркотична залежність	0	0%

**Таблиця 3.8. Кореляційні зв'язки між інтенсивністю бойового досвіду та психологічними показниками**

<b>Показник</b>	<b>ρ (Спірмена)</b>	<b>p</b>
Місісіпська шкала ПТСР	0,516	.001
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,140	.022
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	0,101	.103
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,115	.061
DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,186	.002
DOSPERT - етичні норми (E)	0,164	.007
Шкала пошуку відчуттів	0,167	.006

Трудова адикція (Мороз)	0,083	.179
Ургентна адикція (Мороз)	0,092	.136
Адикція від соціальних мереж (Мороз)	0,020	.744
Комп'ютерна адикція (Мороз)	0,021	.738
Гемблінг (Мороз)	0,105	.089
Інтегральний показник адиктивного ризику (Мороз)	0,100	.106
AUDIT-C	0,173	.005
DUDIT-C	0,066	.287
Показник віку	0,141	.022

**Таблиця 3.9. Показниками шкали посттравматичних реакцій та іншими психологічними змінними**

Показник	$\rho$ (Спірмена)	$p$
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,042	.497
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	-0,020	.751
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,118	.054
DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,183	.003
DOSPERT - етичні норми (E)	0,164	.007
Шкала пошуку відчуттів	0,024	.701
Трудова адикція (Мороз)	0,256	<.001
Ургентна адикція (Мороз)	0,357	<.001
Адикція від соціальних мереж (Мороз)	0,190	.002
Комп'ютерна адикція (Мороз)	0,084	.172
Гемблінг (Мороз)	0,150	.014
Інтегральний показник адиктивного ризику (Мороз)	0,352	<.001
AUDIT-C	0,096	.120
DUDIT-C	0,164	.007
Показник віку	0,054	.383

**Таблиця 3.10. Показники шкали потреби у пошуку відчуттів**

Показник	$\rho$ (Спірмена)	$p$
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,366	<.001
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	0,502	<.001
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,127	.038
DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,389	<.001
DOSPERT - етичні норми (E)	0,179	.003
Трудова адикція (Мороз)	0,065	.292
Ургентна адикція (Мороз)	-0,016	.797
Адикція від соціальних мереж (Мороз)	0,009	.887
Комп'ютерна адикція (Мороз)	0,110	.075

Гемблінг (Мороз)	0,091	.139
Інтегральний показник адиктивного ризику (Мороз)	0,076	.215
AUDIT-C	0,175	.004
DUDIT-C	0,091	.138
Показник віку	-0,049	.429

**Таблиця 3.11. Показники шкали потреби у пошуку відчуттів**

<b>Показник</b>	<b><math>\rho</math> (Спірмена)</b>	<b>p</b>
DOSPERT - соціальна сфера (S)	0,047	.451
DOSPERT - рекреаційна сфера (R)	0,059	.343
DOSPERT - фінансова сфера (F)	0,322	<.001
DOSPERT - здоров'я безпека сфера (H/S)	0,168	.006
DOSPERT - етичні норми (E)	0,364	<.001
AUDIT-C	-0,021	.728
DUDIT-C	-0,094	.125
Показник віку	-0,154	<.012