

Білецька Анна,
магістр психології, Університет митної справи та фінансів
Лихолат Олена,
доктор біологічних наук, професор, професор кафедри психології,
Університет митної справи та фінансів

АДИКЦІЇ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК НАСЛІДОК БОЙОВОГО ДОСВІДУ НА ПРИКЛАДІ ПОВЕДІНКОВИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ

Повномасштабна війна в Україні спричинила безпрецедентне зростання кількості осіб, які впродовж тривалого часу перебувають під впливом екстремальних і травматичних факторів, пов'язаних із безпосередньою участю в бойових діях. Військовослужбовці функціонують в умовах хронічного стресу, постійної загрози життю, втрати контролю над ситуацією та високого рівня невизначеності, що суттєво позначається на їхньому психоемоційному стані, особистісному функціонуванні та поведінкових реакціях. У зв'язку з цим особливої актуальності набуває дослідження психологічних і нейробіологічних наслідків бойового досвіду, зокрема механізмів формування дезадаптивних моделей поведінки.

Сучасні наукові дані засвідчують наявність зв'язку між інтенсивністю бойового досвіду, розвитком посттравматичного стресового розладу та підвищеним ризиком виникнення адиктивних форм поведінки. Водночас переважна більшість досліджень у цій сфері зосереджена на хімічних залежностях, тоді як поведінкові адикції та ризиковані форми поведінки, пов'язані з потребою у сильній стимуляції, залишаються недостатньо вивченими, особливо в контексті пережитого бойового досвіду.

Окремий науковий інтерес становить аналіз нейробіологічних механізмів, що лежать в основі хронічної гіперактивації системи збудження, зокрема дослідження ролі адреналіну та його взаємозв'язку із системою винагороди мозку.

У сучасній нейронауці адикція розглядається як хронічний рецидивуючий розлад, що характеризується трьома основними компонентами: компульсивним пошуком і вживанням речовини, втратою контролю над обмеженням її споживання, а також виникненням негативного емоційного стану – зокрема дисфорії, тривоги чи дратівливості – у разі припинення доступу до неї. У цьому контексті синдром скасування та пов'язаний із ним негативний афект розглядаються як один із ключових індикаторів сформованої залежності.

Відповідно до сучасної нейробіологічної моделі, розвиток адикції відбувається у межах циклічного процесу, який включає три взаємопов'язані стадії.

Перша стадія – інтоксикація або запій (binge/intoxication) – асоціюється з активацією базальних гангліїв і системи винагороди мозку.

Друга стадія – синдром відміни / негативний афект (withdrawal / negative affect) – пов'язана із залученням структур розширеної мигдалини.

Третя стадія – потяг / очікування (preoccupation/anticipation) – характеризується порушенням виконавчого контролю та дисфункцією префронтальної кори.

Принципово важливою характеристикою цієї моделі є її циклічність: кожна зі стадій посилює наступну, утворюючи замкнений механізм нейробіологічних змін, який підтримує адиктивну поведінку навіть за відсутності первинного стимулу.

У контексті бойового стресу та тривалої загрози життю подібні нейробіологічні механізми можуть формуватися і без вживання психоактивних речовин. У такому випадку роль надпотужного стимулу потенційно виконує адреналін, а також хронічна активація системи виживання, що супроводжує перебування в умовах бойових дій.

Хронічний стрес і тривала активація нервової системи не лише спричиняють емоційні та когнітивні порушення, але й мають безпосередній вплив на поведінкову сферу особистості. В умовах постійного напруження, гіперарозалу (hyperarousal) та виснаження адаптаційних ресурсів відбувається трансформація мотиваційної сфери, що може проявлятися у зростанні схильності до ризикованих та адиктивних форм поведінки.

Особливого значення в цьому контексті набувають поведінкові адикції, які, попри відсутність вживання психоактивних речовин, здатні активувати аналогічні нейробіологічні механізми системи винагороди. До таких форм належать азартні ігри, комп'ютерні та онлайн-ігри, надмірне використання соціальних мереж, ризикована сексуальна поведінка, а також участь у екстремальних видах діяльності. Зазначені поведінкові патерни можуть виконувати функцію афективної регуляції, знижувати рівень внутрішнього напруження або компенсувати дефіцит стимуляції.

З метою емпіричної перевірки цих припущень нами було проведено дослідження за участю понад 360 військовослужбовців різного віку, з різною інтенсивністю бойового досвіду та рівнем вираженості посттравматичного стресового розладу.

У межах дослідження було висунуто припущення, що вищий рівень посттравматичних реакцій асоціюється з підвищеним рівнем адиктивного ризику, зокрема з більшою схильністю до поведінкових форм адикції, пов'язаних із надмірною активністю, високим рівнем напруження та порушенням механізмів саморегуляції.

У дослідженні було використано комплекс психодіагностичних методик для оцінки бойового досвіду, посттравматичної симптоматики та адиктивного ризику військовослужбовців.

Інтенсивність бойового досвіду вимірювалася за допомогою Combat Exposure Scale (CES), рівень посттравматичних реакцій за військовим варіантом Міссісіпської шкали ПТСР.

Для оцінки ризику формування поведінкових адикцій застосовувалася Методика визначення груп адиктивного ризику військовослужбовців ЗСУ

(В. Мороз), спрямована на діагностику найбільш поширених нехімічних залежностей у військовому середовищі, зокрема трудової, ургентної, інтернет-залежності, ігрової залежності та гемблінгу.

Аналіз рівня посттравматичних реакцій показав, що більшість військовослужбовців демонструють добрий рівень психічної адаптації попри

наявний бойовий досвід. Водночас у 10,94 % респондентів було виявлено ознаки посттравматичних психічних порушень, а у 3,02 % – показники, що відповідають клінічному рівню ПТСР, що свідчить про наявність групи підвищеного психологічного ризику.

Щодо адиктивного ризику, то найбільш вираженими виявилися трудова та ургентна адикція, що може свідчити про схильність частини військовослужбовців до надмірної активності, гіперзалученості в діяльність та постійного функціонування у режимі напруження як форми психологічної адаптації. Помірно вираженими були показники адикції до соціальних мереж та комп'ютерної активності, тоді як гемблінгова адикція виявилася найменш поширеною.

Кореляційний аналіз підтвердив сильний позитивний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та рівнем посттравматичних реакцій ($p = 0,516$; $p = 0,001$), що свідчить: чим вищий рівень бойового навантаження, тим більш вираженими є симптоми посттравматичного стресу.

Крім того, інтенсивність бойового досвіду позитивно корелювала з:
схильністю до ризикованої поведінки у сфері здоров'я та безпеки;
порушенням етичних / нормативних орієнтирів;
підвищеним рівнем пошуку відчуттів.

Водночас прямого статистично значущого зв'язку між інтенсивністю бойового досвіду та загальним рівнем адиктивного ризику виявлено не було, що свідчить про відсутність безпосереднього впливу бойового досвіду на формування адиктивної поведінки.

Натомість встановлено, що саме вираженість посттравматичних реакцій є значущим предиктором адиктивного ризику. Зокрема, рівень ПТСР статистично значуще корелював із:

трудовою адикцією;
ургентною адикцією;
залежністю від соціальних мереж;
гемблінг-адикцією;
інтегральним показником адиктивного ризику.

Отримані результати свідчать про те, що посттравматична симптоматика може виступати психологічним механізмом, який опосередковує вплив бойового досвіду на формування адиктивних форм поведінки.

Передусім встановлено, що інтенсивність бойового досвіду виступає вагомим предиктором розвитку посттравматичних реакцій. Виявлений статистично значущий позитивний зв'язок між рівнем бойового навантаження та вираженістю посттравматичної симптоматики свідчить про кумулятивний ефект бойових стресорів і підтверджує визначальну роль бойової травматизації у формуванні посттравматичних психічних порушень.

Результати дослідження також показали, що посттравматичні реакції є важливою психологічною ланкою, пов'язаною з порушеннями поведінкової регуляції. Зокрема, вищий рівень посттравматичної симптоматики асоціюється з підвищеним загальним адиктивним ризиком, а також із окремими формами адиктивної поведінки, зокрема ургентною, трудовою, соціальною адикцією та гемблінгом. Це дозволяє припустити, що адиктивні патерни можуть виступати дезадаптивним механізмом подолання хронічного стресу, внутрішньої напруги

та психоемоційного дискомфорту.

Водночас прямого статистично значущого зв'язку між інтенсивністю бойового досвіду та інтегральним показником адиктивного ризику виявлено не було. Такий результат дає підстави розглядати бойовий досвід не як безпосередній фактор формування адиктивної поведінки, а як чинник, вплив якого реалізується опосередковано – через розвиток посттравматичних реакцій. Це підтверджує доцільність використання медіаційних моделей для пояснення взаємозв'язку між бойовою травматизацією та адиктивною поведінкою.

У зв'язку з цим найбільш доцільним видається застосування інтегрованої моделі психологічної допомоги, яка поєднує:

профілактику, раннє виявлення та корекцію посттравматичних реакцій;

профілактику та психокорекцію адиктивної поведінки, зокрема поведінкових адикцій, що можуть формуватися як вторинний наслідок хронічного стресу.

Водночас корекційні підходи мають враховувати специфіку різних типів адикцій. З практичної точки зору доцільно диференціювати хімічні та нехімічні форми залежності з урахуванням як спільних механізмів їх розвитку – підкріплення, толерантності, рецидивів та заміщення однієї залежності іншою, – так і специфічних ризиків, характерних для кожного типу адикції.

Список використаних джерел:

1. Ben Amar M. La toxicomanie. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2015. 428 p.
2. Radchenko O. M., Panchyshyn M. V. Значення реакції неповноцінної адаптації. *Український медичний альманах*. 2003. Т. 6, № 4. С. 123–126.
3. Radchenko O. M., Radchenko L. M. Діагностичні можливості адаптаційних реакцій. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2006. Вип. 16. С. 313–318.
4. Renthall W., Nestler E. J. Epigenetic mechanisms in drug addiction. *Trends in Molecular Medicine*. 2008. Vol. 14, No 8. P. 341–350.
5. Ries R. K., Fiellin D. A., Miller S. C., Saitz R. The ASAM Principles of Addiction Medicine. ASAM, 2014. 1795 p.
6. 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.