

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

**Вплив негативного дитячого досвіду на залежність від психоактивних
речовин у дорослому віці**

Кваліфікаційна робота

Студентки 4 курсу ОР Бакалавр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія»)

Павленко Азалії Геннадіївни

Науковий керівник:

Доктор філософії у галузі психології,
асистент кафедри психодіагностики та
клінічної психології

Дарвішов Наріман Рафік огли

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №_

Протокол №_____ від_____ року

Завідувачка кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА

Київ – 2026

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ.....	10
1.1. Психологічна сутність проблеми залежності від психоактивних речовин.....	10
1.1.1. Особливості ніотинової, алкогольної та наркотичної залежності.....	16
1.2. Поняття негативного дитячого досвіду і його наслідки для психічного здоров'я.....	23
1.3. Теоретичне обґрунтування зв'язку негативного дитячого досвіду із залежністю від психоактивних речовин у дорослому віці.....	31
Висновки до розділу 1.....	41
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБґРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОЦЕДУРИ ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ....	44
2.1. Концептуальна модель та гіпотези дослідження.....	44
2.2. Опис методології та інструментів дослідження.....	46
2.3. Принципи формування вибірки та збір даних дослідження.....	49
Висновки до розділу 2.....	52
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	54
3.1. Первинна обробка та дескриптивний аналіз отриманих даних.....	54

3.2. Кореляційний та регресійний аналіз.....	58
3.2.1. Встановлення зв'язків між негативним дитячим досвідом та залежністю від психоактивних речовин.....	58
3.2.2. Визначення впливу негативного дитячого досвіду на залежність від психоактивних речовин.....	60
3.2.3. Визначення відмінностей у рівні вживання нікотину між групами з наявним та відсутнім негативним дитячим досвідом.....	62
3.3. Аналіз зв'язку віку початку вживання психоактивних речовин із показниками негативного дитячого досвіду та залежності.....	64
3.4. Обмеження та перспективи дослідження.....	69
Висновки до розділу 3.....	72
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	90

ВСТУП

Актуальність теми дослідження.

Проблема зловживання психоактивними речовинами залишається однією з найгостріших медико-психологічних та соціальних проблем сучасності. Поширення алкогольної, наркотичної та інших форм залежностей спричиняє значні негативні наслідки як для окремої особистості, так і для суспільства загалом, впливаючи на рівень захворюваності, смертності, соціальної дезадаптації та економічних втрат. У зв'язку з цим особливого значення набуває вивчення чинників ризику формування залежної поведінки, серед яких дедалі більшу увагу привертає негативний дитячий досвід.

Теоретичною основою сучасних досліджень взаємозв'язку негативного дитячого досвіду та зловживання психоактивними речовинами стали праці В. Фелітті та Р. Анди, які розробили концепцію несприятливого дитячого досвіду (Adverse Childhood Experiences, ACE) та емпірично довели його зв'язок із ризиком розвитку залежностей, психічних і поведінкових розладів у дорослому віці.

У вітчизняній психологічній науці окремі аспекти впливу негативного досвіду дитинства, сімейного неблагополуччя та насильства на подальший розвиток особистості висвітлювали Т. Яценко, С. Максименко, І. Маноха, В. Панок та інші науковці.

Проблематику зловживання психоактивними речовинами, адиктивної поведінки та чинників її формування досліджували українські науковці О. Безпалько, А. Капська, В. Москалець, Т. Титаренко, О. Караман та інші; серед зарубіжних учених — Г. Мате, А. Бандура, А. Марлатт, Дж. Баумейстер, та інші. У працях зазначених авторів обґрунтовується значення раннього життєвого досвіду, сімейного середовища та

психотравмувальних подій як важливих чинників ризику формування залежної поведінки та зловживання психоактивними речовинами в подальшому житті зокрема.

Незважаючи на значний обсяг наукових напрацювань, питання взаємозв'язку між негативним дитячим досвідом та зловживанням психоактивними речовинами в дорослому віці залишається актуальним і потребує подальшого дослідження. Це зумовлено як зростанням поширеності психотравмувальних подій серед дітей та підлітків, так і необхідністю розроблення ефективних профілактичних і корекційних програм, спрямованих на зниження ризику формування залежної поведінки. Вивчення механізмів впливу несприятливого дитячого досвіду на подальше зловживання психоактивними речовинами сприятиме глибшому розумінню етіології адиктивної поведінки та створенню науково обґрунтованих підходів до її профілактики й психологічної допомоги особам групи ризику.

Отже, актуальність теми дослідження зумовлена необхідністю поглиблення наукових уявлень про психологічні чинники формування залежної поведінки, зокрема впливу негативного дитячого досвіду на залежність від ПАР в дорослому віці, через недостатню вивченість психологічних механізмів їх взаємозв'язку, особливо у вітчизняній науці. Отримані результати мають теоретичну та практичну цінність для психології, медицини, соціальної роботи та громадського здоров'я.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити наявність впливу негативного дитячого досвіду на залежність від психоактивних речовин у дорослому віці.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз наукової літератури з проблем негативного дитячого досвіду і залежності від психоактивних речовин (ПАР) в дорослому віці.
2. Визначити наявність впливу негативного дитячого досвіду на алкогольну та наркотичну залежність у респондентів.
3. Розробити анкету для дослідження зв'язку між негативним дитячим досвідом та вживанням тютюнових виробів у респондентів.
4. Виявити зв'язок між віком початку вживання ПАР, негативним дитячим досвідом та рівнем залежності від ПАР.

Об'єкт дослідження: залежність від психоактивних речовин.

Предмет дослідження: вплив негативного дитячого досвіду на залежність від психоактивних речовин у дорослому віці.

Гіпотези дослідження:

1. Негативний дитячий досвід впливає на залежність від ПАР у дорослому віці: чим вищим є рівень негативного дитячого досвіду, тим вищим є ризик залежності.
2. Особи з високим рівнем негативного дитячого досвіду характеризуються статистично значуще вищими показниками залежності від ПАР порівняно з особами з низьким рівнем негативного дитячого досвіду.
3. Ранній початок вживання ПАР частіше спостерігається в осіб із високим рівнем негативного дитячого досвіду та залежністю від ПАР.

Методи дослідження.

Для вирішення поставлених завдань було застосовано теоретичні та емпіричні методи наукового дослідження, а також методи статистичної обробки даних для подальшої інтерпретації отриманих в ході емпіричного дослідження даних.

Теоретичні методи включають в себе теоретичний аналіз, синтез та узагальнення даних, знайдених у процесі розгляду наукових матеріалів з досліджуваної теми.

Емпіричні методи — онлайн-опитування із застосуванням Google Forms: анкета негативного дитячого досвіду (ACE) (адаптація О. І. Власової, Н. В. Родіної та ін.), AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (автори Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro), DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) (автори Anne H. Berman, H. Bergman, T. Palmstierna, F. Schlyter), а також авторська анкета для визначення вживання тютюнових виробів.

Методи статистичної обробки даних: описовий аналіз, коефіцієнт α Кронбаха, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена, бінарна логістична регресія, критерій Манна–Вітні, критерій Краскела–Уолліса з подальшими попарними порівняннями за критерієм Dwass–Steel–Critchlow–Fligner.

Дослідницька вибірка.

Вибірка не випадкова, формувалася за принципом доступності та добровільної участі, складається зі 106 респондентів віком від 18 до 56 років, чоловіків — 36,8% (39 осіб), жінок — 63,2% (67 осіб). Серед опитаних наявні особи різного віку, статі, із різним рівнем негативного

дитячого досвіду та різним досвідом вживання психоактивних речовин, тож вибірка є гетерогенною.

Наукова новизна полягає в тому, що було проведено дослідження на українській вибірці населення дорослого віку, що може розкривати особливості негативного дитячого досвіду та залежності від ПАР більш локально і точно. Багато вітчизняних досліджень розглядають вплив негативного дитячого досвіду на дітей та підлітків, але ігнорують його вплив на дорослу особистість. Натомість є зарубіжні дослідження даної тематики, які показують важливість цієї теми та необхідність дослідження на українській вибірці.

Крім цього, вітчизняні дослідження концентруються здебільшого на впливі негативного дитячого досвіду на розвиток депресії в дорослому віці, розладів емоційної сфери, самооцінку, стиль виховання, соціалізацію, соматичні захворювання, тощо. Тож вивчення впливу такого досвіду на зловживання ПАР у дорослому віці є цікавою новою перспективою розуміння довготривалого впливу пережитих негативних подій у дитинстві у вітчизняному науковому полі.

Практичне значення полягає в тому, що дане дослідження може бути використане в подальшому як основа для ширших і більш детальних досліджень з вивчення адиктивної поведінки і, зокрема, впливу негативного дитячого досвіду на залежність від ПАР. Це дає ширшу перспективу погляду на цей феномен як частину більшої проблеми, що актуально для психологів, психотерапевтів, психіатрів та корисно для проведення диференціальної психодіагностики.

Виявлені особливості впливу негативного дитячого досвіду на ризик розвитку залежності від ПАР можуть бути використані психологами для ранньої діагностики осіб групи ризику та прогнозування ймовірності

виникнення залежності. Отримані результати також можуть бути використані для вдосконалення профілактичної, консультативної та психокорекційної роботи з особами, схильними до формування залежності від ПАР.

Структура і обсяг роботи. Роботу викладено на 94 сторінках тексту. Основний обсяг роботи — 74 сторінки. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до них, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 74 найменування, з них 57 — іноземною мовою, а також 3 додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ НЕГАТИВНОГО ДИТЯЧОГО ДОСВІДУ НА ЗАЛЕЖНІСТЬ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН У ДОРΟΣЛОМУ ВІЦІ

1.1. Психологічна сутність проблеми залежності від психоактивних речовин

Проблема залежності від психоактивних речовин належить до числа найбільш актуальних медико-психологічних і соціальних проблем сучасності. Її значущість зумовлена не лише поширеністю вживання психоактивних речовин серед різних груп населення, а й численними негативними наслідками як для фізичного та психічного здоров'я особистості, так і для суспільства загалом.

Залежність від психоактивних речовин розглядається як одна з форм адиктивної поведінки (хімічна залежність), яка своєю чергою визначається як форма девіантної поведінки (від лат. *devio* — відхиляюсь; поведінка, що відхиляється від загальноприйнятих норм). Адиктивна поведінка характеризується потягом до втечі від реальності шляхом штучної зміни психічного стану за допомогою психоактивних речовин або певних видів діяльності.

Психоактивними речовинами називають хімічні сполуки природного або штучного походження, які здатні впливати на функціонування центральної нервової системи, змінюючи психічний стан людини, її емоції, сприйняття, мислення та поведінку. До цієї категорії належать алкоголь, тютюн, наркотичні речовини, серед яких психостимулятори, седативні препарати та інші засоби, що мають психотропний ефект (Sahu & Sahu, 2012).

Для кращого розуміння теми залежності варто розмежувати поняття зловживання та залежності. Якщо вживання речовини відбувається у спосіб або в обсягах, що завдають шкоди фізичному чи психічному функціонуванню особистості, то воно розглядається як шкідливе або небезпечне використання речовини і набуває ознак зловживання, що супроводжується порушенням виконання соціальних ролей, зростанням ризикованої поведінки та негативними наслідками для життя людини. У процесі тривалого зловживання поступово формується залежність (Sahu & Sahu, 2012).

Сучасні наукові підходи розглядають залежність від психоактивних речовин як комплексну проблему, яка формується внаслідок взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. Біологічні фактори включають генетичну схильність, особливості функціонування нервової системи та наявність психічних розладів. Психологічними чинниками виступають низька самооцінка, труднощі в управлінні стресом, пошук нових відчуттів, емоційний дистрес, а також негативний дитячий досвід і психологічна травматизація. До соціальних належать вплив однолітків, сімейні конфлікти, доступність психоактивних речовин та соціальні норми.

Крім цього, проблема формування та перебігу хімічної залежності полягає також у взаємодії фізичних та психологічних факторів. Саме тому окрему увагу варто приділити розмежуванню фізичної та психологічної залежності. Фізична залежність пов'язана з адаптацією організму до постійної присутності речовини, внаслідок чого виникає толерантність, що означає зниження чутливості організму до дії психоактивної речовини, через що для досягнення бажаного ефекту необхідне постійне збільшення дози. Відмова від речовини супроводжується виникненням специфічних симптомів абстиненції, які можуть варіюватися від незначного дискомфорту до тяжких фізичних і психічних порушень, що значно

ускладнює відмову від психоактивної речовини (Sahu & Sahu, 2012). Психологічна залежність проявляється у формуванні емоційної прив'язаності до психоактивної речовини, постійних думках про її вживання та сильному потязі до повторного використання. Людина починає сприймати речовину як необхідний засіб регуляції свого емоційного стану, подолання стресу або отримання позитивних переживань, виникає переконання про неможливість досягнення психологічного комфорту без вживання. Отже, залежні переконання, що саме речовина є основним способом покращення самопочуття (Славинська & Новик, 2021).

У психологічній літературі залежність розглядається як стан, за якого вживання психоактивної речовини поступово набуває домінуючого значення в житті людини та починає визначати її поведінку, систему мотивації та способи задоволення потреб. У мотиваційній сфері залежних осіб спостерігається зниження мотивації до досягнення, дефіцит просоціальних потреб та орієнтація на негайне отримання задоволення, через що важливі раніше особистісні цінності втрачають свою значущість. Крім цього, залежним особам властиві порушення смислової сфери, які проявляються у втраті життєвих орієнтирів та труднощах у побудові довгострокових життєвих цілей, що в тому числі пов'язано з деформацією часової перспективи: знижується здатність аналізувати власний життєвий досвід і планувати майбутнє. Тож життя залежних від психоактивних речовин осіб часто сприймається ними як сукупність не пов'язаних між собою подій, що значно ускладнює процес подолання залежності та соціальної адаптації (Михайлів, 2020).

Неврологічні дослідження поглиблюють наше розуміння цих процесів: вони доводять, що психоактивні речовини впливають на мозкові структури, пов'язані із процесами мотивації, емоційної регуляції, навчання

та контролю поведінки. Таким чином внаслідок тривалого зловживання можуть виникати стійкі порушення когнітивних функцій, емоційної сфери та механізмів саморегуляції (Brust, 2004).

Отже, наслідки хімічної залежності охоплюють усі сфери життєдіяльності особистості. На психологічному рівні вони проявляються емоційною нестабільністю, порушеннями когнітивного функціонування та труднощами соціальної адаптації. Для молодих людей залежність може призводити до погіршення навчальної успішності, порушення формування особистісної ідентичності, труднощів професійного становлення та погіршення міжособистісних взаємин. Крім того, залежність негативно впливає на функціонування сім'ї, спричиняючи емоційне виснаження близьких, конфлікти та порушення сімейної стабільності (Sahu & Sahu, 2012; Alhammad et al., 2022).

Дослідники виокремлюють кілька етапів становлення залежності. На початковому етапі відбуваються перші спроби вживання психоактивних речовин, часто під впливом групового тиску або через бажання отримати новий досвід. Наступний етап характеризується пошуком речовини та експериментуванням із нею. Надалі формується стійка психологічна залежність, яка поступово переходить у хворобливий стан із вираженими поведінковими, когнітивними та фізіологічними змінами (Славинська & Новик, 2021).

Однією з найбільш впливових сучасних концепцій є модель циклу залежності, запропонована George F. Koob та Michel Le Moal. Відповідно до неї, залежність проходить через три взаємопов'язані стадії: надмірне споживання та інтоксикацію (binge/intoxication), синдром відміни з негативним афектом (withdrawal/negative affect), а також стадію

зацикленості на речовині та очікування наступного епізоду вживання (preoccupation/anticipation) (Koob & Le Moal, 2008).

Кожна стадія супроводжується специфічними психологічними змінами. Стадія інтоксикації характеризується підвищенням значущості психоактивної речовини та формуванням звички до її вживання. На стадії абстиненції домінують негативний афект і стресові переживання, пов'язані із припиненням або неможливістю вживання бажаної речовини. На останній стадії формується нав'язливий потяг, що супроводжується порушенням виконавчих функцій, зниженням самоконтролю та труднощами регуляції поведінки (Uhl et al., 2019). Внаслідок цього залежна поведінка поступово набуває компульсивного характеру і зберігається навіть попри усвідомлення негативних наслідків вживання.

Особливість і складність залежності від психоактивних речовин полягає також у тому, що внаслідок вживання відбуваються певні нейробіологічні зміни у мозку, що впливає на формування психологічної залежності в тому числі. Так, у межах сучасних нейропсихологічних концепцій, залежність розглядається як результат порушення балансу між системами винагороди та стресу. Повторне вживання психоактивних речовин активує нейробіологічні механізми підкріплення, що забезпечують переживання задоволення та формують стійкий зв'язок між речовиною і позитивними емоціями. Але в ситуації відміни речовини виникає негативний емоційний стан — під час утримання від речовини після тривалого її вживання людина починає відчувати підвищену тривожність, дратівливість, дисфорію, емоційну напругу та інші прояви психологічного дискомфорту. Саме прагнення позбутися цих переживань часто стає самостійним мотиватором подальшого вживання. Через це відбувається поступовий перехід від позитивного підкріплення, коли речовина вживається заради отримання задоволення, до негативного підкріплення,

коли її використання спрямоване на уникнення фізичного дискомфорту та різноманітних негативних емоційних станів (Uhl et al., 2019).

Таким чином, хронічне вживання психоактивних речовин спричиняє нейроадаптаційні зміни, які підтримують патологічний потяг до речовини навіть після тривалого утримання від її вживання. Внаслідок цього формується стан, за якого негативні емоції стають одним із головних чинників рецидиву та підтримання адиктивної поведінки (Koob & Vendruscolo, 2022).

Тож важливим психологічним аспектом залежності є взаємозв'язок між стресом та вживанням психоактивних речовин. Ми розглянули стрес та негативні емоційні переживання, що виникають внаслідок відмови від речовини при її тривалому вживанні і призводять до закріплення залежності, але важливим питанням залишається пошук причин і факторів ризику, які першочергово призводять до вживання та виступають мотиваційними чинниками на початкових етапах. Як вже згадувалось раніше, дослідники виокремлюють соціальні, біологічні та психологічні чинники. Але для глибшого розгляду теми цієї роботи ми зосередимо увагу саме на психологічних чинниках. До них належать низька стресостійкість і прагнення уникнути неприємних переживань або втекти від реальності, що можуть бути наслідками травматичних подій, таких як пережиті втрати, негативний дитячий досвід та ін. (Sahu & Sahu, 2012).

Серед інших факторів ризику розвитку залежності дослідники виділяють сімейну історію вживання психоактивних речовин, наявність психічних розладів, генетичну схильність, вплив однолітків, несприятливі соціально-економічні умови та ранній початок вживання алкоголю, тютюну і/або наркотичних речовин. Особливо значущим є ранній дебют уживання психоактивних речовин, оскільки він пов'язаний із підвищеною

ймовірністю формування залежності в дорослому віці (Alhammad et al., 2022).

Крім того, дослідники наголошують на ролі супутніх психічних розладів у розвитку адиктивної поведінки. Аналіз досліджень показав, що мільйони осіб із розладами, пов'язаними зі вживанням психоактивних речовин, одночасно мають інші психічні порушення, серед яких найпоширенішими є депресивні та тривожні розлади. Це свідчить про тісний взаємозв'язок між психологічним благополуччям особистості та ризиком формування залежності (Alhammad et al., 2022).

Таким чином, результати сучасних досліджень переконливо демонструють, що залежність від психоактивних речовин формується під впливом комплексу взаємопов'язаних факторів. Серед них особливе місце посідають психологічні чинники, пов'язані з емоційною регуляцією, переживанням стресу та травматичного досвіду. Тож несприятливий дитячий досвід, сімейна історія залежності, ранній початок вживання та наявність психічних розладів значно підвищують ризик розвитку залежності впродовж життя.

1.1.1. Особливості нікотинової, алкогольної та наркотичної залежності

В даній роботі варто також приділити окрему увагу особливостям вживання окремих психоактивних речовин, а саме нікотину, алкоголю і наркотичних речовин (в тому числі лікарських препаратів), оскільки подальше емпіричне дослідження стосуватиметься саме цих аспектів.

Важливою особливістю нікотинової залежності є поєднання біологічних та поведінкових механізмів. З одного боку, регулярне вживання нікотину викликає нейробіологічні зміни, пов'язані з розвитком толерантності та синдрому відміни. З іншого боку, процес куріння

поступово стає частиною повсякденних ритуалів людини та починає асоціюватися з певними ситуаціями, емоційними станами чи соціальними контактами. Внаслідок цього залежність підтримується не лише фізіологічною потребою в нікотині, але і сформованими поведінковими звичками (Le Foll et al., 2022).

Сучасна нікотинова залежність дедалі частіше пов'язана не з одним видом продукції, а з одночасним використанням декількох нікотинових виробів, що значно ускладнює і посилює проблему нікотинової залежності. Так, молодь дедалі частіше поєднує використання різних виробів, часто чергуючи їх один з одним, що подовжує середній час надходження нікотину до організму та підкріплює звичку курити, адже тепер, з появою різноманітних альтернативних цигаркам виробів, стало набагато простіше палити навіть у місцях, де діє заборона на звичайні цигарки, наприклад, у деяких приміщеннях, зокрема вдома. Це формує сильну стійку звичку постійно щось “тягнути”, особливо у випадку з електронними цигарками.

Найбільш поширеним видом тютюнових виробів все ж залишаються традиційні сигарети, у яких нікотин потрапляє до організму шляхом вдихання продуктів горіння тютюну. Особливістю цього способу вживання є надзвичайно швидке надходження нікотину до головного мозку, що сприяє формуванню стійкої залежності. Нікотин взаємодіє з нікотиновими ацетилхоліновими рецепторами, які розташовані в різних структурах головного мозку, активуючи механізми винагороди та підкріплення поведінки. Саме тому куріння супроводжується відчуттям задоволення, покращенням настрою та короточасним зниженням рівня напруження (Le Foll et al., 2022).

Останніми роками значного поширення набули електронні сигарети. На відміну від традиційних цигарок, у них не відбувається процес горіння тютюну, натомість спеціальна рідина нагрівається до утворення аерозолю, який вдихається користувачем. Прихильники використання електронних сигарет наголошують на тому, що вони забезпечують менший вплив токсичних продуктів горіння порівняно зі звичайними сигаретами. Саме тому електронні сигарети часто розглядаються як засіб зменшення шкоди або допоміжний інструмент для відмови від куріння, що часто призводить або до зміни попереднього виробу на електронні цигарки, або комбінації цих виробів і навіть зростання рівня споживання.

Загалом використання електронних сигарет все ще залишається предметом активних наукових дискусій. Крім того, що їх довгостроковий вплив на здоров'я досі кінця не відомий, а останні дослідження вказують на не меншу шкоду від електронних цигарок у порівнянні зі звичайними, одним із головних занепокоєнь все ж є помітне стрімке зростання їх популярності серед молоді та підлітків. Це має своє логічне пояснення в особливостях цього виду тютюнових виробів: вони мають привабливий зовнішній вигляд, різнокольоровий дизайн, приємні смаки та запах, що спокушає навіть тих, кому традиційні цигарки не подобаються.

Дослідники звертають увагу на ризик того, що раннє використання електронних сигарет може сприяти формуванню нікотинової залежності та збільшувати ймовірність подальшого переходу до інших тютюнових виробів (Le Foll et al., 2022). Дані Національного опитування здоров'я США свідчать, що електронні сигарети є найпоширенішим тютюновим продуктом серед молоді, а їх використання серед дорослого населення зросло з 4,5 % у 2019 році до 6,5 % у 2023 році. Найвищі показники поширеності спостерігалися серед молодих людей віком 21–24 роки (Vahratian et al., 2025).

Окрему категорію становлять системи нагрівання тютюну (IQOS, glo та інші), які поєднують властивості традиційних і електронних тютюнових виробів. У таких пристроях використовується справжній тютюн, який нагрівається без горіння. Хоча подібні технології потенційно знижують вплив деяких токсичних речовин, вони все одно забезпечують надходження нікотину до організму та здатні підтримувати або формувати залежність (Le Foll et al., 2022).

Таким чином, сучасна нікотинова залежність може формуватися внаслідок використання різних видів тютюнових виробів. Незважаючи на відмінності у способі доставки нікотину, усі вони здатні викликати зміни в системах винагороди мозку, сприяти розвитку толерантності, синдрому відміни та формуванню стійкої залежної поведінки.

Алкогольна залежність є однією з найбільш соціально прийнятних форм адиктивної поведінки, через що процес формування залежності часто відбувається поступово та тривалий час може залишатися непоміченим як самою людиною, так і її оточенням, адже в культурі та побуті наявне широке поширення алкоголю. Водночас хронічне зловживання алкоголем пов'язане з порушеннями когнітивних функцій, емоційної регуляції, міжособистісних відносин та соціального функціонування особистості.

Алкоголь належить до депресантів центральної нервової системи. На початкових етапах його вживання людина може переживати відчуття розслаблення, зниження тривожності, покращення настрою та підвищення соціальної активності — ці позитивні емоційні переживання виступають механізмом позитивного підкріплення та сприяють повторенню відповідної поведінки. Однак систематичне вживання алкоголю поступово призводить до формування толерантності, внаслідок чого для досягнення

бажаного ефекту необхідні все більші дози (Koob & Vendruscolo, 2022; Koob & Le Moal, 2008).

У процесі розвитку алкогольної залежності відбувається поступова зміна мотивації вживання. Якщо спочатку алкоголь використовується для отримання задоволення, то надалі його вживання дедалі більше спрямовується на усунення негативних емоційних станів, які виникають під час утримання від нього. Таким чином, поведінка починає визначатися механізмами негативного підкріплення, коли людина вживає алкоголь не для досягнення ейфорії, а для зменшення тривоги, дисфорії, внутрішнього напруження або інших неприємних переживань (Koob & Le Moal, 2008; Uhl et al., 2019).

Наркотична залежність, у порівнянні з нікотиною та алкогольною, характеризується більш вираженим компульсивним характером поведінки та часто більш стрімким розвитком фізичної і психологічної залежності. Досить швидко потяг до речовини виходить за межі свідомого контролю, що в сучасних нейробіологічних моделях адикції описується як перехід від імпульсивного до компульсивного вживання. На ранніх етапах людина здатна певною мірою контролювати частоту та обсяг вживання наркотиків, однак із розвитком залежності поведінка дедалі більше визначається автоматизованими механізмами, нав'язливим потягом і труднощами саморегуляції (Koob & Le Moal, 2008).

До наркотичних речовин належать психоактивні сполуки різного походження та механізму дії. Серед них виокремлюють опіоїди, стимулятори, канабіноїди, галюциногени та інші групи речовин. Опіоїди (героїн, морфін, фентаніл та ін.) характеризуються високим адиктивним потенціалом і швидким формуванням як психологічної, так і фізичної залежності, що зумовлено їх здатністю викликати інтенсивне відчуття

ейфорії. З часом у людини розвивається толерантність, що супроводжується необхідністю постійного збільшення дози для досягнення бажаного ефекту. Для опіоїдів особливо характерний тяжкий синдром відміни, який супроводжується вираженим фізичним і психологічним дискомфортом, що також сприяє повторному зверненню до речовини та закріпленню залежності. Стимулятори (кокаїн, амфетаміни, метамфетамін) викликають короточасне підвищення активності, енергійності та ейфорії, проте тривале їх вживання призводить до виснаження нервової системи, депресивних станів і когнітивних порушень. Канабіноїди здатні викликати психологічну залежність та впливати на процеси уваги, пам'яті й мотивації, особливо при ранньому початку вживання та тривалому використанні (Alhammad et al., 2022).

Відповідно до концепції гедонічної дисрегуляції, запропонованої George F. Koob та Michel Le Moal, наркотична залежність супроводжується порушенням здатності мозку підтримувати емоційну рівновагу. Унаслідок тривалого вживання психоактивних речовин відбувається поступове зниження чутливості систем винагороди та одночасна активація так званих антивинагородних механізмів. Це призводить до формування хронічного негативного емоційного стану, який характеризується дисфорією, зниженням здатності переживати задоволення, підвищеною тривожністю та емоційною нестабільністю (Koob & Le Moal, 1997; Koob & Le Moal, 2008).

Окрему групу психоактивних речовин становлять лікарські препарати, які можуть використовуватися з немедичною метою. Найчастіше ризик формування залежності пов'язаний з опіоїдними знеболювальними препаратами, бензодіазепіновими транквілізаторами, снодійними засобами та деякими психостимуляторами. Особливість такої форми залежності полягає в тому, що її розвиток часто починається з

легального та медично обґрунтованого застосування препарату. У деяких випадках пацієнт поступово збільшує дозу через зниження ефективності ліків або починає використовувати їх для самостійного регулювання емоційного стану, боротьби з тривогою, безсонням чи психологічним дискомфортом. Це створює ризик переходу від терапевтичного використання до зловживання та розвитку залежності (Alhammad et al., 2022).

Це становить особливу небезпеку, адже такий повільний перехід від вживання ліків за призначенням до зловживання ними часто складніше помітити, ніж залежність від нелегальних наркотичних речовин. Водночас формування залежності від лікарських засобів супроводжується тими самими механізмами толерантності, компульсивного потягу та синдрому відміни, що й інші форми хімічної залежності. Це зумовлює необхідність ретельного контролю їх застосування та підвищеної уваги до психологічних чинників, які можуть сприяти немедичному використанню препаратів. Це особливо важливо для психологів, психотерапевтів та психіатрів, що додатково підштовхує нас до детальнішого дослідження можливих факторів ризику розвитку залежності (Lowinson et al., 2005).

Підсумовуючи, можна сказати, що нікотина, алкогольна та наркотична залежність мають спільні психологічні механізми формування, пов'язані зі зміною мотиваційної сфери особистості, розвитком негативного підкріплення та порушенням емоційної регуляції. Але, разом з тим, вони відрізняються особливостями перебігу. Нікотина залежність значною мірою підтримується повсякденними звичками та ритуалами, алкогольна характеризується високою соціальною прийнятністю й поступовим розвитком, а наркотична зазвичай має більш компульсивний характер, швидше призводить до втрати контролю, що зумовлено глибшими змінами систем винагороди і стресу, та супроводжується

вираженими порушеннями емоційного стану й поведінки. Незважаючи на ці відмінності, усі форми залежності здатні спричиняти стійкі нейропсихологічні зміни та негативно впливати на психічне й соціальне функціонування особистості (Le Foll et al., 2022; Uhl et al., 2019).

Отже, розуміння психологічної сутності залежності від психоактивних речовин створює гарне теоретичне підґрунтя для дослідження факторів ризику її розвитку, зокрема негативного дитячого досвіду, який може істотно впливати на формування адиктивної поведінки в дорослому віці.

1.2. Поняття негативного дитячого досвіду і його наслідки для психічного здоров'я

У сучасній психологічній науці все більшої уваги набуває вивчення негативного дитячого досвіду як одного з ключових чинників, що впливають на подальший психічний розвиток особистості. Інтерес до цієї проблематики зумовлений численними емпіричними даними, які свідчать про довготривалий вплив несприятливих подій дитинства на психологічне благополуччя, соціальне функціонування та здоров'я людини в дорослому віці.

Проблема негативного дитячого досвіду (Adverse Childhood Experiences, ACE) останніми десятиліттями посідає важливе місце у психологічних, медичних та міждисциплінарних дослідженнях. Дане поняття сформувалося в межах досліджень взаємозв'язку між дитячими психотравмуючими подіями та подальшим здоров'ям особистості. Відповідно до сучасних наукових підходів, негативний дитячий досвід визначається як події дитинства різного ступеня тяжкості, що часто мають хронічний характер, відбуваються у сімейному або соціальному середовищі дитини, завдають їй шкоди чи спричиняють психологічний

дистрес, порушуючи фізичний або психологічний розвиток особистості (Boullier & Blair, 2018).

На відміну від вузьких понять дитячої травми чи жорстокого поводження, концепція негативного дитячого досвіду охоплює ширший спектр несприятливих впливів. До них належать фізичне, сексуальне та емоційне насильство, фізичне й емоційне нехтування потребами дитини, психічні розлади або залежності членів сім'ї, ув'язнення одного з батьків, розлучення батьків, сімейна дисфункція, ситуації, коли дитина стає свідком домашнього насильства, а також несприятливі соціальні умови, зокрема бідність, насильство в громаді, булінг, політичні конфлікти чи воєнні події.

Особливе значення для розвитку концепції негативного дитячого досвіду мають дослідження американських учених Vincent J. Felitti та Robert F. Anda, які вперше системно продемонстрували довготривалий вплив несприятливих подій дитинства на психічне та фізичне здоров'я людини. Саме їхня робота поклала початок формуванню концепції Adverse Childhood Experiences (ACE) і стала основою для численних подальших досліджень у сфері психології, психіатрії, медицини та громадського здоров'я (Felitti et al., 1998).

Передумовою до проведення дослідження стали клінічні спостереження Vincent J. Felitti під час роботи з пацієнтами програми лікування ожиріння в медичному центрі Kaiser Permanente у Каліфорнії. У процесі роботи він звернув увагу на те, що значна частина пацієнтів із тяжким ожирінням повідомляла про пережите в дитинстві сексуальне насильство або інші психотравмуючі події. Це спостереження стало підставою для висунення припущення про можливий зв'язок між

несприятливим дитячим досвідом та проблемами здоров'я в дорослому віці (Felitti et al., 1998).

Масштабне спільне дослідження Kaiser Permanente та Centers for Disease Control and Prevention (CDC), в якому взяли участь понад 17 тисяч дорослих осіб, поклало початок емпіричним дослідженням негативного дитячого досвіду. Учасники заповнювали детальні анкети, що містили питання про пережиті в дитинстві несприятливі події та поточний стан здоров'я. Аналізувалися десять категорій негативного дитячого досвіду, які були об'єднані у три великі групи: насильство, нехтування та сімейна дисфункція (Felitti et al., 1998). Для кожного учасника було визначено сумарний показник ACE, який відображав кількість категорій негативного досвіду, пережитих до 18 років. Отримані результати продемонстрували, що негативний дитячий досвід є надзвичайно поширеним явищем. Більше половини респондентів повідомили принаймні про одну категорію несприятливого досвіду, а значна частина учасників пережила дві й більше категорії негативних подій у дитинстві.

Одним із найважливіших результатів дослідження стало виявлення так званого дозозалежного ефекту. Було встановлено, що зі збільшенням кількості категорій негативного дитячого досвіду систематично зростає ризик виникнення численних проблем зі здоров'ям та поведінкою в дорослому віці. Іншими словами, чим більше несприятливих подій пережила людина в дитинстві, тим вищою була ймовірність розвитку негативних наслідків у майбутньому (Felitti et al., 1998).

Особливо сильний зв'язок було виявлено між високими показниками ACE та ризикованою поведінкою. Особи з кількома категоріями негативного дитячого досвіду значно частіше курили, зловживали алкоголем, вживали наркотичні речовини та демонстрували інші форми

поведінки, що становлять загрозу для здоров'я. Дослідники дійшли висновку, що багато видів проблемної поведінки можуть розглядатися не лише як свідомий вибір людини, а й як спосіб адаптації до наслідків пережитих в дитинстві травматичних подій.

Подальші дослідження Robert F. Anda та його колег підтвердили зв'язок негативного дитячого досвіду із психічними розладами. Було встановлено, що високі показники ACE асоціюються з підвищеним ризиком розвитку депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу, суїцидальної поведінки та залежностей (Anda et al., 2006). Крім того, було доведено, що накопичення несприятливих дитячих переживань пов'язане з порушеннями емоційної регуляції та труднощами адаптації до стресових ситуацій у дорослому житті (Anda et al., 2006).

Вагомий внесок у дослідження довгострокових наслідків негативного дитячого досвіду також зробили V. Kraaij та E. J. de Wilde, які вивчали зв'язок несприятливих життєвих подій протягом життя з депресивною симптоматикою в похилому віці. На відміну від більшості досліджень того часу, що зосереджувалися переважно на впливі нещодавніх стресових подій, автори запропонували розглядати життєвий шлях людини як цілісну систему взаємопов'язаних переживань. В ході дослідження було застосовано спеціально розроблений Negative Life Events Questionnaire для збору інформації про негативні життєві події. Методика дозволяла оцінити події, пережиті на різних етапах життя: у дитинстві, дорослості, пізній дорослості та протягом останнього року життя. Особливістю дослідження стало включення широкого спектра несприятливих подій, зокрема сексуального, фізичного та емоційного насильства, занедбаності, втрат близьких людей, сімейних конфліктів, соціально-економічних труднощів та інших стресогенних факторів (Kraaij & de Wilde, 2001).

Отримані результати показали, що депресивні симптоми в літньому віці пов'язані не лише з актуальними життєвими труднощами, а й з негативними переживаннями, які мали місце десятки років тому. Особливо значущими виявилися емоційне насильство, емоційна занедбаність та несприятливі соціально-економічні умови в дитинстві. Дослідники також встановили, що негативні події, пережиті в дитячому віці, посилюють вплив подальших життєвих труднощів на психічне здоров'я людини.

Ці результати стали одним із підтверджень концепції накопичувального (кумулятивного) впливу негативного життєвого досвіду. На відміну від традиційного підходу, який розглядав окремі травматичні події ізольовано одна від одної, концепція ACE передбачає оцінювання сукупного впливу різних несприятливих переживань. Результати дослідження, проведеного V. J. Felitti та R. F. Anda, показали, що ризик виникнення психологічних, поведінкових і соматичних проблем зростає не лише внаслідок переживання конкретної травматичної події, а й у міру збільшення кількості несприятливих подій у дитинстві (Felitti et al., 1998).

Значний внесок у дослідження окремих форм негативного дитячого досвіду зробила Gail Hornor, яка детально вивчила наслідки сексуального насильства щодо дітей. У своїй роботі авторка узагальнила результати численних емпіричних досліджень та проаналізувала як короткострокові, так і довгострокові наслідки сексуального насильства для психічного здоров'я особистості. Hornor наголошує, що сексуальне насильство рідко трапляється ізольовано та зазвичай супроводжується іншими формами несприятливого дитячого досвіду. На підставі аналізу результатів досліджень авторка дійшла висновку, що більшість дітей, які пережили сексуальне насильство, у певний момент життя демонструють помірно виражені або тяжкі психологічні наслідки (Hornor, 2010).

Серед основних наслідків Hornor виділяє розвиток депресії, посттравматичного стресового розладу, тривожних розладів, суїцидальної поведінки, проблем із контролем імпульсів та різноманітних форм залежної поведінки. Особливу увагу авторка приділяє механізму переживання безпорадності та втрати контролю, який формується внаслідок насильства і може впливати на психологічне функціонування людини протягом багатьох років (Hornor, 2010).

Подальший розвиток концепції негативного дитячого досвіду пов'язаний із роботами Margaret McLafferty та її колег, які досліджували взаємозв'язок між дитячими несприятливими переживаннями, стресом, копінг-стратегіями та психічним здоров'ям. На відміну від ранніх досліджень ACE, які переважно фокусувалися на наявності або відсутності негативного досвіду, ці автори приділили особливу увагу механізмам, через які дитячі травми впливають на психічне функціонування людини (McLafferty et al., 2019).

У дослідженні, проведеному серед студентів, автори оцінювали негативний дитячий досвід, особливості батьківського виховання, рівень поточного стресу, наявність психічних розладів, суїцидальної поведінки та здатність ефективно справлятися зі стресом. Результати дослідження підтвердили, що несприятливий дитячий досвід значно підвищує ризик виникнення депресії, генералізованого тривожного розладу, селф-харму та суїцидальних проявів, особливо в умовах високого рівня актуального стресу.

Автори також дійшли висновку, що дитячі травми можуть порушувати формування адаптивних механізмів подолання труднощів, внаслідок чого людина стає більш вразливою до психічних проблем протягом життя, тож важливим теоретичним внеском McLafferty та

співавторів стало застосування концепції стресової сенсифікації. Згідно з цією концепцією, ранні несприятливі переживання підвищують чутливість людини до подальших стресорів, через що навіть звичайні життєві труднощі можуть викликати значно сильніші психологічні реакції порівняно з особами без історії дитячої психотравматизації. Дослідники також встановили, що важливими захисними чинниками виступають соціальна підтримка, розвинені навички емоційної регуляції та ефективні копінг-стратегії, які можуть послаблювати негативний вплив дитячих травм на психічне здоров'я (McLafferty et al., 2019).

У дослідженні М. Novais та співавторів було проаналізовано наслідки різних форм негативного дитячого досвіду серед дорослого населення. Результати показали, що особи з історією дитячих травматичних переживань значно частіше демонструють широкий спектр психічних та поведінкових проблем порівняно з особами без подібного досвіду. Серед найбільш поширених наслідків було виявлено депресію, тривожні розлади, самоушкоджувальну поведінку, проблеми міжособистісної взаємодії та ризиковану поведінку (Novais et al., 2021).

У сучасних українських дослідженнях також підтверджується зв'язок між негативним дитячим досвідом та психічним здоров'ям. Так, результати емпіричного дослідження впливу дитячого травматичного досвіду на психічне здоров'я в юнацькому віці показали, що високі показники за шкалами АСЕ асоціюються зі зниженням психологічного благополуччя, підвищенням рівня депресивності, тривожності, емоційної нестабільності та вразливості до залежної поведінки. При цьому найбільш несприятливими виявилися емоційна занедбаність і деструктивні сімейні взаємини, які демонстрували найсильніші зв'язки з показниками психічного неблагополуччя (Петренко, 2025).

Таким чином, ми бачимо, що негативний дитячий досвід може розглядатися як потужний стресовий фактор, який впливає не лише на психологічне функціонування дитини, а й на формування біологічних механізмів адаптації до стресу, що мають свій прояв протягом усього життя. Це пояснюється тим, що хронічний дитячий стрес здатний порушувати функціонування системи реагування на стрес, зокрема гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі, яка відіграє ключову роль у підтриманні психофізіологічної рівноваги організму (McLafferty et al., 2019).

Отже, можна сказати, що одним із ключових механізмів впливу негативного дитячого досвіду на подальше функціонування особистості є хронічний стрес. Дослідження свідчать, що тривалий вплив несприятливих обставин у дитячому віці може змінювати розвиток нервової, ендокринної та імунної систем, впливати на нейробіологічні процеси та формування механізмів емоційної саморегуляції. Внаслідок цього підвищується вразливість людини до психічних розладів, а також формується схильність до поведінки, що шкодить здоров'ю.

Тож негативний дитячий досвід є комплексним явищем, яке охоплює широкий спектр несприятливих подій та умов розвитку дитини. Аналіз наукових досліджень свідчить, що переживання насильства, нехтування, сімейної дисфункції та інших форм дитячої психотравматизації пов'язане з підвищеним ризиком розвитку депресивних і тривожних розладів, посттравматичних реакцій, порушень емоційної регуляції, суїцидальної поведінки та адиктивних форм поведінки. Це підтверджує нашу теорію про зв'язок негативного дитячого досвіду із залежністю від психоактивних речовин і підводить до наступного розділу, в якому ми детальніше розглянемо дослідження цієї проблеми.

1.3. Теоретичне обґрунтування зв'язку негативного дитячого досвіду із залежністю від психоактивних речовин у дорослому віці

Негативний дитячий досвід охоплює потенційно травматичні події, пережиті особою в дитинстві та підлітковому віці. Наслідки такого досвіду можуть проявлятися на різних рівнях функціонування особистості. Як було зазначено у попередньому розділі, жорстоке поводження та нехтування потребами дитини пов'язані з порушеннями емоційної регуляції, формуванням небезпечних моделей прив'язаності, труднощами розпізнавання власних емоцій, зниженням самоконтролю, підвищеною імпульсивністю, агресивністю, тривожністю та схильністю до депресивних реакцій. Накопичення цих порушень у процесі розвитку створює підґрунтя для застосування дезадаптивних способів подолання психологічного напруження, одним із яких може бути вживання психоактивних речовин (Cicchetti & Handley, 2019).

З позицій психопатології розвитку негативний дитячий досвід не слід розглядати як безпосередню й однозначну причину залежності. Його вплив має ймовірнісний характер та реалізується через взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників. Однакові несприятливі обставини можуть призводити до різних наслідків у різних осіб (Cicchetti & Handley, 2019; Leza et al., 2021).

Важливий внесок у розуміння чинників формування залежності від психоактивних речовин зробили дослідження, присвячені вивченню ролі несприятливого дитячого досвіду. Огляд емпіричних досліджень показує, що особи, які зазнали насильства або інших форм жорстокого поводження в дитинстві, значно частіше демонструють проблемне вживання психоактивних речовин та мають більш тяжкі форми залежності в дорослому віці. Крім того, несприятливий дитячий досвід асоціюється з

підвищеним ризиком рецидивів та менш сприятливими результатами реабілітації (Alhammad et al., 2022).

Крім того, результати численних досліджень свідчать, що особи, які пережили насильство або нехтування в дитинстві, значно частіше починають вживати алкоголь, тютюн та наркотичні речовини ще в підлітковому віці, через що мають вищий ризик формування залежності в майбутньому. Одним із можливих пояснень цього явища є прагнення людини зменшити інтенсивність негативних переживань або уникнути болісних спогадів шляхом використання психоактивних речовин. У такому випадку вживання психоактивних речовин виступає своєрідною дезадаптивною формою психологічного захисту та способом регуляції емоційного стану (Hornor, 2010).

Особливе значення має кумулятивний ефект негативного дитячого досвіду. Йдеться про те, що ризик несприятливих наслідків зазвичай зростає зі збільшенням кількості пережитих форм насильства, нехтування та сімейної дисфункції. Така закономірність описується як зв'язок за типом «доза — реакція»: особи, які повідомляють про декілька категорій дитячого негативного досвіду, загалом мають вищий ризик проблемного вживання алкоголю, тютюну та наркотичних речовин, ніж особи без подібного досвіду або з однією його формою (Leza et al., 2021; Seballo et al., 2023).

У наративному огляді М. Alhammad та співавторів було узагальнено наукові дані щодо сімейних, індивідуальних та соціальних чинників, які підвищують ризик зловживання психоактивними речовинами серед молодих дорослих. Серед таких чинників автори розглядають, зокрема, сімейну дисфункцію, недостатній батьківський контроль, вплив однолітків та індивідуальні психологічні особливості

Автори наводять результати дослідження, проведеного серед пацієнтів клініки лікування залежностей із досвідом домашнього насильства. У вибірці зі 105 осіб було встановлено, що 14 % респондентів повідомили про пережите насильство в дитинстві. Інше дослідження, яке охоплювало 733 матерів дітей віком до шести років, виявило, що 36 % учасниць мали історію зловживання психоактивними речовинами. При цьому досвід уживання психоактивних речовин значно частіше зустрічався серед жінок, які повідомляли про пережите насильство або жорстоке поводження в дитячому віці. Отримані результати дозволили розглядати дитячу травматизацію як один із чинників ризику формування залежної поведінки в подальшому житті (Alhammad et al., 2022).

Особливо вагомими є результати ретроспективного дослідження за участю 643 осіб, які продемонстрували, що люди з історією дитячого насильства не лише частіше вживають психоактивні речовини, але й характеризуються більш тяжкими формами залежності в дорослому віці. На підставі цих даних автори дійшли висновку, що негативний дитячий досвід може впливати не лише на ймовірність виникнення залежності, а й на ступінь її вираженості (Alhammad et al., 2022).

Окремий напрям досліджень стосувався впливу сімейного середовища. У роботі, присвяченій вивченню поширеності вживання психоактивних речовин серед студентів-медиків та лікарів, було встановлено, що сімейна історія залежності є одним із чинників, які підвищують схильність до зловживання різними психоактивними речовинами. Подібні результати були отримані й у дослідженні пацієнтів, які проходили метадонову підтримувальну терапію. Було виявлено, що особи з позитивним сімейним анамнезом щодо залежності демонстрували більш тяжкі симптоми опіоїдної залежності порівняно з іншими пацієнтами (Alhammad et al., 2022).

Узагальнюючи результати низки досліджень, Alhammad та співавтори також звертають увагу на значення віку першого контакту з психоактивними речовинами. Було показано, що початок уживання алкоголю до 11 років суттєво підвищує ризик розвитку алкогольної залежності в дорослому віці. Аналогічно ранній початок паління асоціюється з вищою ймовірністю подальшого зловживання алкоголем, канабісом та іншими психоактивними речовинами. Ці результати дозволяють розглядати ранню ініціацію вживання психоактивних речовин як один із найбільш значущих предикторів майбутньої залежності.

Важливо зазначити, що залежність від психоактивних речовин часто розвивається саме в підлітковому та юнацькому віці, оскільки цей період характеризується інтенсивними біологічними та психологічними змінами, емоційною нестабільністю, пошуком власної ідентичності та високою залежністю від думки однолітків. Підвищена вразливість до зовнішнього впливу, сімейні конфлікти, соціальна нестабільність та труднощі адаптації можуть виступати факторами ризику розвитку залежності (Фесенко & Рубан, 2025).

Зв'язок між дитячим насильством і вживанням психоактивних речовин також узгоджується з висновками огляду Cicchetti and Handley, відповідно до якого емоційне, фізичне та сексуальне насильство асоціюється з підвищеним ризиком уживання тютюну, алкоголю, незаконних наркотичних речовин і декількох речовин одночасно.

Зв'язок негативного дитячого досвіду з курінням у дорослому віці був досліджений Ford зі співавторами на даних 25 809 дорослих жителів п'яти штатів США. Автори оцінювали вісім категорій негативного дитячого досвіду та зіставили їх зі статусом куріння. Щонайменше одну несприятливу подію в дитинстві повідомили 59,4 % учасників. Особливо

важливим результатом дослідження було встановлення зв'язку між кількістю ACEs і ймовірністю куріння. Серед респондентів без негативного дитячого досвіду 13,0 % курили на момент дослідження, а 38,3 % курили будь-коли протягом життя. Порівняно з учасниками з нульовим показником ACEs, особи, які повідомили про п'ять або більше категорій несприятливого досвіду, у 2,22 раза частіше були активними курцями та в 1,80 раза частіше належали до осіб, які курили протягом життя. У групі з п'ятьма або більше ACEs також спостерігалася нижча ймовірність припинення куріння (Ford et al., 2011).

Отримані результати вказують, що негативний дитячий досвід може бути пов'язаний не лише з початком вживання тютюну, а й із закріпленням та тривалим збереженням цієї поведінки. Раніший початок куріння, регулярне вживання нікотину та труднощі з відмовою від нього створюють умови для формування залежності.

Edwards зі співавторами також звертають увагу на психологічні наслідки дитячого насильства, які можуть ускладнювати припинення куріння: низьку самооцінку, низьку самоефективність та зовнішній локус контролю. Особа з низькою самоефективністю може бути менш упевненою у власній здатності витримати абстинентні прояви та припинити вживання нікотину. Зовнішній локус контролю, своєю чергою, може посилювати переконання, що перебіг залежності визначається зовнішніми обставинами, а не власними діями. Це знижує ймовірність активного використання стратегій відмови від куріння.

Щодо алкогольної залежності, то зв'язок між несприятливими подіями дитинства та шкідливим вживанням алкоголю підтверджується як популяційними, так і клінічними дослідженнями. Fuller-Thomson зі співавторами проаналізували дані 21 554 повнолітніх учасників

репрезентативного канадського дослідження психічного здоров'я. Автори окремо оцінювали сексуальне насильство, фізичне насильство та спостереження за насильством між батьками. Залежність від алкоголю визначалася за діагностичним алгоритмом Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Результати показали, що всі три типи негативного дитячого досвіду були незалежно пов'язані з вищою ймовірністю алкогольної залежності навіть після одночасного врахування віку, статі, расової належності, соціально-економічного статусу, соціальної підтримки, куріння, депресії, тривожних розладів, безсоння та хронічного болю. Отже, безпосереднє насильство щодо дитини та непряме перебування в насильницькому сімейному середовищі мали статистичний зв'язок із залежністю в дорослому віці (Fuller-Thomson et al., 2016).

Особливості алкогольної залежності в осіб, які пережили сексуальне насильство в дитинстві, досліджували Martínez-Raga зі співавторами. До вибірки увійшли 414 пацієнтів спеціалізованого стаціонарного відділення лікування алкогольної залежності у Великій Британії. Історію сексуального насильства в дитинстві було виявлено у 52 пацієнтів. У жінок з історією сексуального насильства частіше спостерігалися сімейний анамнез алкоголізму, депресивні, тривожні та харчові розлади, посттравматичний стресовий розлад і межовий розлад особистості. Вони також мали меншу кількість років надмірного вживання алкоголю до госпіталізації, що може вказувати на швидше формування тяжких проблем після початку зловживання. У чоловіків, які пережили сексуальне насильство, були вищими показники алкогольних проблем, частіше спостерігаються соціальна ізоляція, відсутність партнерських стосунків, посттравматичний стресовий розлад та межовий розлад особистості (Martínez-Raga et al., 2002).

Зазначене дослідження не дає змоги оцінити, наскільки сексуальне насильство збільшує ймовірність виникнення алкогольної залежності в загальній популяції, оскільки всі його учасники вже перебували на лікуванні через тяжку алкогольну проблему. Водночас воно демонструє, що серед залежних від алкоголю пацієнти з травматичним дитячим досвідом становлять специфічну клінічну групу з більш вираженою психіатричною коморбідністю та складнішими потребами в лікуванні.

Інтегративний огляд Moustafa та співавторів також засвідчує високу поширеність дитячої травматизації серед осіб з алкогольною залежністю. Автори наводять результати досліджень, відповідно до яких приблизно 70% пацієнтів з алкогольною залежністю мали принаймні один вид травматичного досвіду в дитинстві. В огляді також наведено дані про підвищений ризик алкогольної залежності серед травмованих осіб і більшу ймовірність рецидиву після лікування. Зокрема, в одному з розглянутих досліджень рецидив спостерігався у 88 % пацієнтів з історією насильства порівняно із 64 % пацієнтів без такого досвіду (Moustafa et al., 2018).

Зв'язок ACEs із залежністю від наркотичних речовин також підтверджується популяційними та клінічними даними. У дослідженні Fuller-Thomson та співавторів сексуальне насильство, фізичне насильство та спостереження за насильством між батьками підвищували ймовірність наркотичної залежності в дорослому віці. Найсильніший зв'язок із наркотичною залежністю було виявлено для безпосереднього сексуального насильства щодо дитини (Fuller-Thomson et al., 2016).

Клінічне дослідження Ogaі та співавторів було присвячене зв'язку дитячого насильства з тяжкістю наркотичної залежності серед 111 японських стаціонарних та амбулаторних пацієнтів. Для оцінювання використовували японську версію Індексу тяжкості залежності. Жінки

частіше, ніж чоловіки, повідомляли про пережите в дитинстві насильство. У чоловіків з таким досвідом спостерігалася вища тяжкість наркотичної залежності. Автори інтерпретують вживання наркотичних речовин як можливу спробу впоратися зі стражданням, спричиненим травматичним досвідом. Психоактивна речовина може тимчасово зменшувати тривогу, емоційне напруження або відчуття безпорадності. Проте повторюване використання речовини для регулювання психічного стану поступово формує стійкий дезадаптивний спосіб подолання труднощів і сприяє посиленню залежності (Ogai et al., 2015).

Окремий напрям досліджень стосується впливу емоційного нехтування та якості батьківського піклування на наркотичну залежність. Gerra зі співавторами порівнювали 50 осіб із кокаїновою залежністю, які на момент обстеження утримувалися від уживання речовини, та 44 здорових учасників контрольної групи. У пацієнтів із кокаїновою залежністю було виявлено нижчий рівень гомованілінової кислоти, яка є показником функціонування дофамінової системи, та вищі рівні пролактину, адренкортикотропного гормону і кортизолу. Найбільш вираженими ці зміни були в осіб, які повідомляли про нехтування в дитинстві та низький рівень батьківської турботи (Gerra et al., 2009).

Отримані результати дають підстави припускати, що раннє нехтування потребами дитини та порушення стосунків із батьками можуть бути пов'язані зі стійкими змінами функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової та дофамінової систем, які беруть участь у формуванні залежної поведінки (Gerra et al., 2009). Однак через поперечний дизайн неможливо остаточно встановити, чи передували виявлені нейробіологічні відмінності залежності, чи частково сформувалися внаслідок тривалого вживання кокаїну.

Дослідження молодих дорослих також засвідчують значущість як кумулятивного показника ACEs, так і їх конкретних форм. Villanueva and Gomis-Pomares встановили, що загальна кількість негативного дитячого досвіду прогнозувала вживання наркотичних речовин. Серед окремих типів досвіду значущими предикторами були сексуальне насильство та емоційне нехтування. На відміну від результатів щодо алкоголю, кумулятивний ефект ACEs на вживання наркотичних речовин у цьому дослідженні був статистично значущим (Villanueva and Gomis-Pomares, 2021).

Систематичні та оглядові роботи узагальнюють ці результати. Leza зі співавторами, проаналізувавши дослідження зв'язку ACEs із діагнозом розладу внаслідок уживання психоактивних речовин, дійшли висновку, що серед осіб із залежністю поширеність негативного дитячого досвіду є вищою, ніж у загальній популяції. У більшості досліджень простежувався позитивний зв'язок ACEs із виникненням і тяжкістю залежності, а в частині робіт було підтверджено кумулятивний ефект. Також негативний дитячий досвід був пов'язаний із більш раннім початком уживання речовин (Leza et al., 2021).

Водночас Leza та співавтори наголошують на методологічних обмеженнях наявної доказової бази. Більшість включених досліджень мали поперечний дизайн, а негативний досвід оцінювався ретроспективно. Крім того, автори використовували різні визначення та кількість категорій ACEs. Це ускладнює пряме порівняння результатів і не дає змоги остаточно встановити причинно-наслідковий характер зв'язку. Проте послідовність результатів у різних вибірках і культурах дозволяє розглядати негативний дитячий досвід як один із суттєвих чинників ризику наркотичної залежності (Leza et al., 2021).

Отже, розглянуті дослідження підтверджують наявність стійкого зв'язку між негативним дитячим досвідом і вживанням психоактивних речовин у подальшому житті. Особи, які пережили фізичне, сексуальне або емоційне насильство, нехтування потребами, домашнє насильство чи залежність членів родини, частіше курять, мають алкогольні проблеми, вживають наркотичні речовини та відповідають критеріям залежності від вживання психоактивних речовин. Зі збільшенням кількості ACEs ризик, як правило, зростає, що свідчить про кумулятивний ефект дитячої травматизації (Ford et al., 2011; Fuller-Thomson et al., 2016; Leza et al., 2021).

Особи, які пережили насильство або нехтування, можуть мати хронічну тривогу, депресивні переживання, сором, внутрішнє напруження, нав'язливі травматичні спогади та симптоми посттравматичного стресового розладу. Алкоголь, нікотин або наркотичні речовини на короткий час зменшують інтенсивність цих станів. Уживання речовини закріплюється як швидкий спосіб регулювання емоцій, хоча в довготривалій перспективі воно погіршує психічний стан і підвищує ризик залежності (Martínez-Raga et al., 2002; Moustafa et al., 2018; Ogai et al., 2015).

Внаслідок пережитого негативного дитячого досвіду відбувається дизрегуляція системи стресу. Хронічне перебування у небезпечному середовищі в дитинстві впливає на функціонування гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Через це в дорослому віці може спостерігатись інтенсивніша реакція на поточний стрес, що додатково підвищує схильність до використання психоактивних речовин як засобу для зниження фізіологічного і психологічного збудження (Cicchetti & Handley, 2019; Gerra et al., 2009; Moustafa et al., 2018).

Крім цього, відбувається порушення функціонування системи винагороди. Результати досліджень осіб із кокаїновою залежністю вказують на можливі зміни дофамінової передачі, пов'язані з нехтуванням у дитинстві та недостатньою батьківською турботою. Дисфункція дофамінової системи може супроводжуватися зниженим відчуттям винагороди від звичайної діяльності, негативним емоційним фоном і підвищеною чутливістю до психоактивних речовин як до сильного джерела підкріплення (Gerra et al., 2009).

Таким чином, негативний дитячий досвід створює або посилює психологічну й біологічну вразливість, яка проявляється за умов подальших стресових навантажень. Психоактивна речовина спочатку виконує функцію короточасної адаптації, однак надалі спричиняє нейробиологічні зміни, втрату контролю, толерантність, абстинентні прояви та соціальну дезадаптацію. Тож негативний дитячий досвід доцільно розглядати як комплексний чинник вразливості до залежності від психоактивних речовин у дорослому віці.

Висновки до розділу 1

У межах теоретичного аналізу було встановлено, що залежність від психоактивних речовин є складним біопсихосоціальним явищем, яке охоплює поведінкові, емоційні, когнітивні та нейробиологічні аспекти функціонування особистості. Вона характеризується стійким потягом до вживання психоактивних речовин, втратою контролю над їх уживанням та продовженням вживання попри негативні наслідки для фізичного, психічного й соціального благополуччя особи.

Усі види залежності від психоактивних речовин мають спільні механізми розвитку: вони впливають на систему винагороди мозку,

сприяють формуванню толерантності, синдрому відміни та втраті контролю над вживанням. На початкових етапах вживання зазвичай підтримується прагненням отримати задоволення або полегшення, однак з часом дедалі більшого значення набуває потреба уникнути негативних емоційних і фізичних станів. З психологічної точки зору це є важливим фактором формування залежності.

Теоретичний аналіз поняття негативного дитячого досвіду показав, що він охоплює широкий спектр несприятливих подій дитинства, серед яких фізичне, емоційне та сексуальне насильство, нехтування потребами дитини, сімейна дисфункція, залежність або психічні розлади членів родини, домашнє насильство та інші хронічні стресові впливи. Результати численних досліджень свідчать, що пережиті в дитинстві несприятливі події пов'язані з підвищеним ризиком розвитку емоційних, поведінкових та психічних порушень у підлітковому й дорослому віці.

Таким чином, негативний дитячий досвід має довготривалий вплив на психічне здоров'я особистості та пов'язаний із підвищеним ризиком розвитку депресивних і тривожних розладів, посттравматичних реакцій, суїцидальної поведінки, труднощів емоційної регуляції та формування залежностей. Накопичення несприятливих подій у дитинстві підвищує вразливість людини до подальших життєвих стресорів, що може негативно позначатися на її психологічному благополуччі впродовж усього життєвого шляху.

Аналіз емпіричних досліджень засвідчив наявність стійкого зв'язку між негативним дитячим досвідом і вживанням психоактивних речовин у дорослому віці. Особи, які пережили фізичне, сексуальне або емоційне насильство, нехтування потребами, домашнє насильство чи залежність членів родини, частіше демонструють проблемне вживання тютюну,

алкоголю та наркотичних речовин, а також мають вищий ризик формування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Важливим є і те, що негативний дитячий досвід асоціюється з більш раннім початком вживання речовин, тяжчими формами залежності, вищим ризиком рецидивів та менш сприятливими результатами реабілітації.

Отже, результати теоретичного аналізу дають підстави розглядати негативний дитячий досвід як значущий чинник ризику розвитку залежності від психоактивних речовин у дорослому віці. Узагальнені в розділі положення створюють теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження зв'язку між рівнем негативного дитячого досвіду, віком початку вживання психоактивних речовин і вираженістю алкогольної, нікотинової та наркотичної залежності.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ПРОЦЕДУРИ ПРОВЕДЕННЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Концептуальна модель та гіпотези дослідження

Концептуальна модель дослідження ґрунтується на сучасних наукових уявленнях про роль негативного дитячого досвіду у формуванні залежної поведінки в дорослому віці. Згідно з результатами численних досліджень, несприятливі події дитинства можуть мати довготривалий вплив на психічний розвиток особистості, формування механізмів подолання стресу та здатність до саморегуляції, що, своєю чергою, підвищує ймовірність звернення до психоактивних речовин.

Висунуті гіпотези наступні:

1. Негативний дитячий досвід впливає на залежність від ПАР у дорослому віці: чим вищим є рівень негативного дитячого досвіду, тим вищим є ризик залежності.
2. Особи з високим рівнем негативного дитячого досвіду характеризуються статистично значуще вищими показниками залежності від ПАР порівняно з особами з низьким рівнем негативного дитячого досвіду.
3. Ранній початок вживання ПАР частіше спостерігається в осіб із високим рівнем негативного дитячого досвіду та залежністю від ПАР.

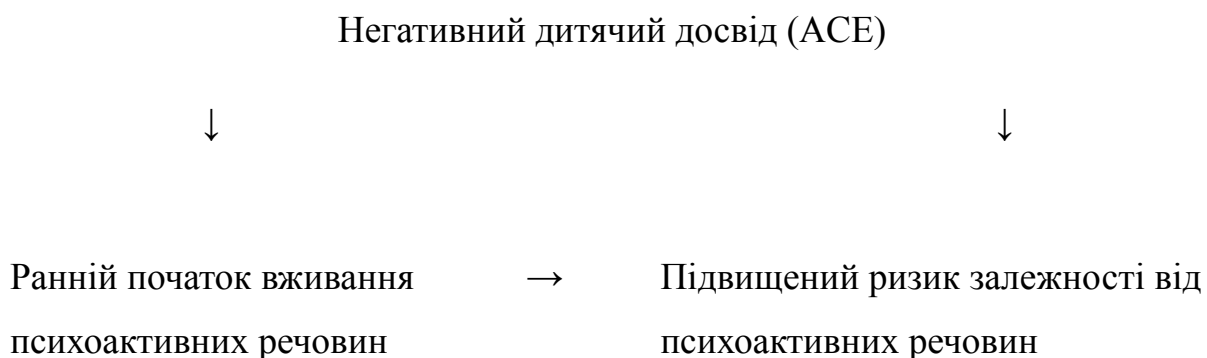
Тож в основу концептуальної моделі покладено припущення про те, що негативний дитячий досвід виступає чинником ризику формування залежності від психоактивних речовин. Відповідно до першої гіпотези, зі збільшенням рівня негативного дитячого досвіду зростає ймовірність виникнення проблемного вживання психоактивних речовин та формування

залежності від них у дорослому віці. У зв'язку з цим негативний дитячий досвід розглядається як незалежна змінна, а показники алкогольної та наркотичної залежності — як залежні змінні дослідження.

Друга гіпотеза конкретизує дане припущення та передбачає наявність відмінностей між особами з різним рівнем негативного дитячого досвіду. Очікується, що респонденти, які мають високі показники негативного дитячого досвіду, демонструватимуть статистично значуще вищі показники залежності від психоактивних речовин порівняно з особами, які мають низький рівень негативного дитячого досвіду. Це дозволяє розглядати негативний дитячий досвід не лише як фактор, пов'язаний із залежністю, а й як характеристику, що диференціює рівень ризику розвитку адиктивної поведінки.

Третя гіпотеза доповнює концептуальну модель включенням змінної віку початку вживання психоактивних речовин. Теоретичні та емпіричні дані свідчать про те, що раннє знайомство з психоактивними речовинами підвищує ризик подальшого формування залежності. Передбачається, що особи з високим рівнем негативного дитячого досвіду частіше розпочинають вживання психоактивних речовин у більш ранньому віці, а ранній початок вживання, своєю чергою, пов'язаний із вищими показниками залежності від ПАР. Таким чином, вік початку вживання психоактивних речовин розглядається як додаткова змінна, що відображає один із можливих механізмів впливу негативного дитячого досвіду на формування залежної поведінки.

Схематично концептуальну модель можна представити таким чином:



Таким чином, концептуальна модель передбачає як безпосередній вплив негативного дитячого досвіду на формування залежності від психоактивних речовин, так і його вплив на більш ранній початок вживання психоактивних речовин, що, своє чергою, пов'язане із вищими показниками залежності від психоактивних речовин у дорослому віці.

2.2. Опис методології та інструментів дослідження

Відповідно до концептуальної моделі дослідження, негативний дитячий досвід розглядається як незалежна змінна, що потенційно впливає на формування залежності від психоактивних речовин. Тож залежними змінними виступають показники алкогольної та наркотичної залежності. Також розглядається вік початку вживання психоактивних речовин як один із наслідків негативного дитячого досвіду та можливих індикаторів ризику формування залежності від психоактивних речовин.

Для вимірювання негативного дитячого досвіду було використано адаптовану українську версію опитувальника **ACE (Adverse Childhood Experiences)**, розробленого В. Фелітті, Р. Андою та співавторами та адаптованого до українського соціокультурного середовища О. І. Власовою, Н. В. Родіною та колегами (Власова О. І. та ін., 2022). Методика спрямована на виявлення травматичних подій, пережитих у дитинстві, та

дозволяє кількісно оцінити вираженість негативного дитячого досвіду. У процесі адаптації методика була перевірена на надійність за допомогою методу розщеплення та коефіцієнта α Кронбаха, а також на конструктну валідність за допомогою факторного аналізу. Перевірка проводилася на вибірці з 230 респондентів віком від 18 до 70 років. Автори дійшли висновку про високу надійність, внутрішню узгодженість та конструктну валідність методики.

Адаптована методика містить 22 запитання, що стосуються досвіду від 0 до 18 років. Запитання об'єднані у кілька змістових блоків, що дозволяє оцінити різні форми негативного дитячого досвіду, зокрема досвід емоційного, фізичного та сексуального насильства, емоційного та фізичного нехтування потребами дитини, сімейної дисфункції, насильства в сім'ї, психічних розладів членів родини, розлучення батьків, булінгу та інших несприятливих подій дитинства.

У межах даного дослідження використовувався лише сумарний показник негативного дитячого досвіду, що відображає загальний рівень несприятливих подій, пережитих респондентом у дитячому віці.

Для оцінки залежності від алкоголю було використано тест **AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)**, розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (автори Thomas F. Babor, John C. Higgins-Biddle, John B. Saunders, Maristela G. Monteiro) (Babor T. F. та ін., 2001). Методика призначена для скринінгового виявлення небезпечного, шкідливого вживання алкоголю та ознак алкогольної залежності. AUDIT належить до найбільш поширених і психометрично обґрунтованих інструментів оцінки алкогольної поведінки, використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Методика є валідизованою та надійною, що підтверджують зарубіжні джерела, але не є

адаптованою для української вибірки, тож в емпіричній частині буде окремо перевірено α Кронбаха.

Опитувальник складається з 10 запитань, які стосуються досвіду вживання алкоголю протягом останнього року й оцінюють частоту та інтенсивність споживання, прояви втрати контролю над вживанням, наявність негативних наслідків та ознак залежності. Методика дозволяє виявляти як небезпечне вживання алкоголю, так і сформовані прояви алкогольної залежності.

Для оцінки ризику залежності від наркотичних речовин було використано тест **DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test)** (автори Anne H. Berman, H. Bergman, T. Palmstierna, F. Schlyter). Опитувальник призначений для виявлення та оцінки проблемного вживання наркотичних речовин. Згідно з даними розробників, методика характеризується високою внутрішньою узгодженістю, чутливістю та специфічністю, що підтверджує доцільність його використання як дослідницького інструменту для оцінки наркотичної залежності. Але, через відсутність підтверджень валідності та надійності даної методики при використанні на українській вибірці, в емпіричній частині буде окремо перевірено α Кронбаха.

Опитувальник містить 11 запитань, які стосуються частоти вживання наркотичних речовин, симптомів залежності, втрати контролю над вживанням та негативних наслідків, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин протягом останнього року. Це дозволяє визначити ступінь проблемного вживання наркотичних речовин.

Для збору додаткової інформації щодо особливостей вживання психоактивних речовин була розроблена **авторська анкета** (Додаток А). До її структури включено питання щодо факту вживання тютюнових виробів, електронних сигарет та інших нікотиновмісних продуктів, частоти

їх використання, інтенсивності споживання протягом останнього року, а також питання, пов'язані із втратою контролю над вживанням.

Крім того, дослідження містить питання щодо віку початку вживання алкоголю, наркотичних речовин та тютюнових виробів, що дозволило оцінити зв'язок між негативним дитячим досвідом, раннім початком вживання психоактивних речовин та ризиком формування залежності.

Включення авторської анкети та додаткових питань до структури дослідження обумовлене необхідністю отримання показників, які не охоплюються стандартизованими методиками. Інформація про вік початку вживання психоактивних речовин та особливості вживання тютюнових виробів дозволяє більш повно дослідити обрану тему та перевірити поставлені гіпотези щодо впливу негативного дитячого досвіду на залежність від психоактивних речовин та зв'язку між раннім початком вживання психоактивних речовин, негативним дитячим досвідом і залежністю від психоактивних речовин.

2.3. Принципи формування вибірки та збір даних дослідження

Вибірка формувалася за принципом добровільної участі та доступності. До участі в дослідженні залучалися особи віком від 18 до 60 років незалежно від статі, професії, освіти чи соціального статусу. Критерієм включення до вибірки була досягнута повнолітність респондента та надання добровільної інформованої згоди на участь у дослідженні шляхом продовження заповнення анкети після ознайомлення з інформацією про дослідження.

Вибірка складається зі 106 респондентів віком від 18 до 56 років. Серед опитаних 36,8 % — чоловіки (39 осіб), 63,2 % — жінки (67 осіб). Вік, що зустрічається найчастіше — 22 роки (17,9%, 19 осіб). Вибірка є гетерогенною, оскільки до неї увійшли особи різного віку, статі, із різним

рівнем негативного дитячого досвіду та різним досвідом вживання психоактивних речовин.

Дослідження проводилось онлайн в один етап із використанням платформи Google Forms. Процес збору даних відбувався в період з 15.05.2026 по 23.05.2026 року.

Перед початком опитування учасникам надавалася інформація про мету дослідження, його науковий характер, орієнтовну тривалість проходження, а також гарантувалася повна анонімність та конфіденційність отриманих даних, які використовувалися виключно в узагальненому вигляді для наукових цілей. Респондентам повідомлялося про можливість припинити участь в будь-який момент без пояснення причин.

Структура дослідження включає чотири змістові блоки, кожен із яких спрямований на вивчення окремих аспектів проблеми впливу негативного дитячого досвіду на формування залежності від психоактивних речовин. Тож збір емпіричних даних здійснювався за допомогою комплексної анкети, яка складалася з чотирьох частин: соціально-демографічних питань і опитувальника, що стосувався досвіду вживання тютюнових виробів, Опитувальника негативного дитячого досвіду (ACE), тесту AUDIT та тесту DUDIT.

Так, у першому блоці респонденти вказували стать та вік, а також відповідали на запитання, що стосувались їх досвіду тютюнопаління та вживання інших нікотиновмісних виробів. Також збиралася інформація про вік початку паління та/або вживання нікотиновмісних виробів. Метою першого блоку було отримання загальної інформації про респондентів та збір даних щодо особливостей вживання тютюнових виробів. Отримані дані використовувалися для опису вибірки і дослідження зв'язку між

негативним дитячим досвідом, вживанням тютюнових виробів і раннім початком вживання психоактивних речовин.

Другий блок включав Опитувальник негативного дитячого досвіду (ACE), що складається з 22 тверджень, спрямованих на оцінку різних форм несприятливого дитячого досвіду до досягнення 18-річного віку. Метою цього блоку було визначення рівня негативного дитячого досвіду респондентів, а результати використовувалися як незалежна змінна дослідження.

Третій блок становив тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), спрямований на оцінку особливостей вживання алкоголю протягом останнього року, а також включав питання про вік початку вживання алкоголю. Метою було оцінювання рівня проблемного вживання алкоголю та виявлення алкогольної залежності. Отримані результати використовувалися для перевірки гіпотези про вплив негативного дитячого досвіду на залежність від алкоголю, а також для встановлення зв'язку між негативним дитячим досвідом, раннім початком вживання та ризиком формування залежності.

Четвертий блок містив тест DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test), який дозволяє оцінити особливості вживання наркотичних речовин протягом останнього року, а також питання про вік початку вживання наркотичних речовин. Метою четвертого блоку було дослідження особливостей вживання наркотичних речовин та ризику наркотичної залежності. Результати цього блоку використовувалися для перевірки гіпотези про вплив негативного дитячого досвіду на залежність від наркотичних речовин, а також для встановлення зв'язку між негативним дитячим досвідом, раннім початком вживання та ризиком формування залежності.

Таким чином, сформована вибірка та використана процедура збору даних забезпечили можливість комплексного дослідження взаємозв'язку між негативним дитячим досвідом, віком початку вживання психоактивних речовин та ризиком формування залежності у дорослому віці.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було здійснено методологічне обґрунтування організації та процедури проведення емпіричного дослідження впливу негативного дитячого досвіду на залежність від психоактивних речовин. На основі аналізу наукових джерел було розроблено концептуальну модель дослідження, яка відображає взаємозв'язок між негативним дитячим досвідом, віком початку вживання психоактивних речовин та ризиком формування залежності в дорослому віці, при чому негативний дитячий досвід розглядається як можливий чинник виникнення залежності від психоактивних речовин у дорослому віці. Відповідно до запропонованої моделі сформульовано гіпотези.

Відповідно до поставленої мети було обрано комплекс психодіагностичного інструментарію, що включає Опитувальник негативного дитячого досвіду ACE, тест AUDIT для оцінки ризику алкогольної залежності, тест DUDIT для оцінки ризику наркотичної залежності та авторську анкету, спрямовану на вивчення особливостей вживання тютюнових виробів і віку початку вживання психоактивних речовин. Обрані методики відповідають предмету дослідження та забезпечують можливість комплексного вивчення досліджуваних змінних.

Також у цьому розділі описано процедуру формування вибірки та збору даних. Емпіричне дослідження проводилося в онлайн-форматі із використанням платформи Google Forms серед 106 респондентів віком від 18 до 56 років. Формування вибірки здійснювалося за принципом

добровільної участі та доступності, що дозволило залучити осіб із різним рівнем негативного дитячого досвіду та різним досвідом вживання психоактивних речовин. Організація емпіричного етапу дослідження була побудована відповідно до принципів добровільності, анонімності та конфіденційності участі.

Таким чином, розроблена концептуальна модель, обраний психодіагностичний інструментарій, сформована вибірка та процедура проведення дослідження створюють належні методологічні умови для перевірки висунутих гіпотез із застосуванням статистичного аналізу даних.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Первинна обробка та дескриптивний аналіз отриманих даних

За допомогою статистичного пакету Jamovi нами було проведено статистичний аналіз отриманих даних. На першому етапі було здійснено аналіз первинних даних та розраховано основні описові статистики для досліджуваних показників. Зокрема, було проаналізовано соціально-демографічні характеристики вибірки. У дослідженні взяли участь 106 респондентів віком від 18 до 56 років. Серед опитаних 36,8 % становили чоловіки (39 осіб), а 63,2 % — жінки (67 осіб). Найчастіше серед учасників зустрічався вік 22 роки — 17,9 % вибірки (19 осіб). Таким чином, вибірка характеризується різноманітністю за віком і статтю, що дає змогу досліджувати особливості взаємозв'язку негативного дитячого досвіду та схильності до вживання психоактивних речовин у представників різних соціально-демографічних груп. Таким чином, вибірка характеризується різноманітністю за статтю та віком, що дозволяє розглядати її як достатньо гетерогенну для дослідження особливостей взаємозв'язку негативного дитячого досвіду та вживання психоактивних речовин.

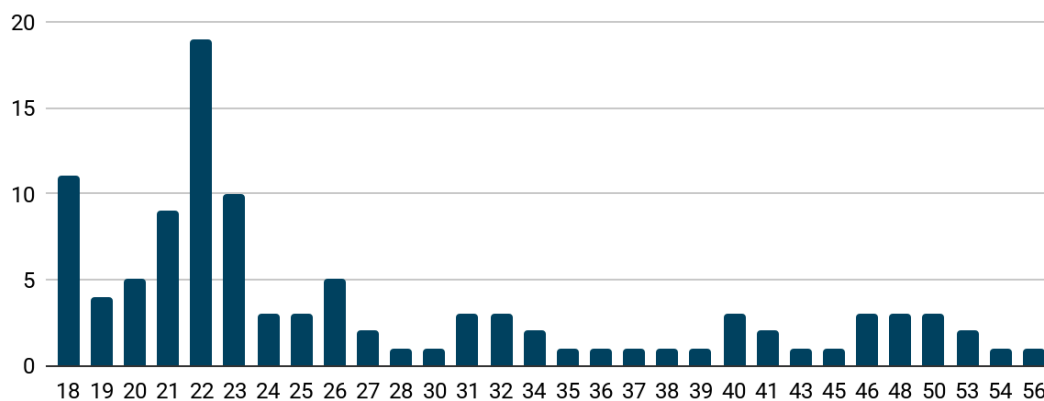
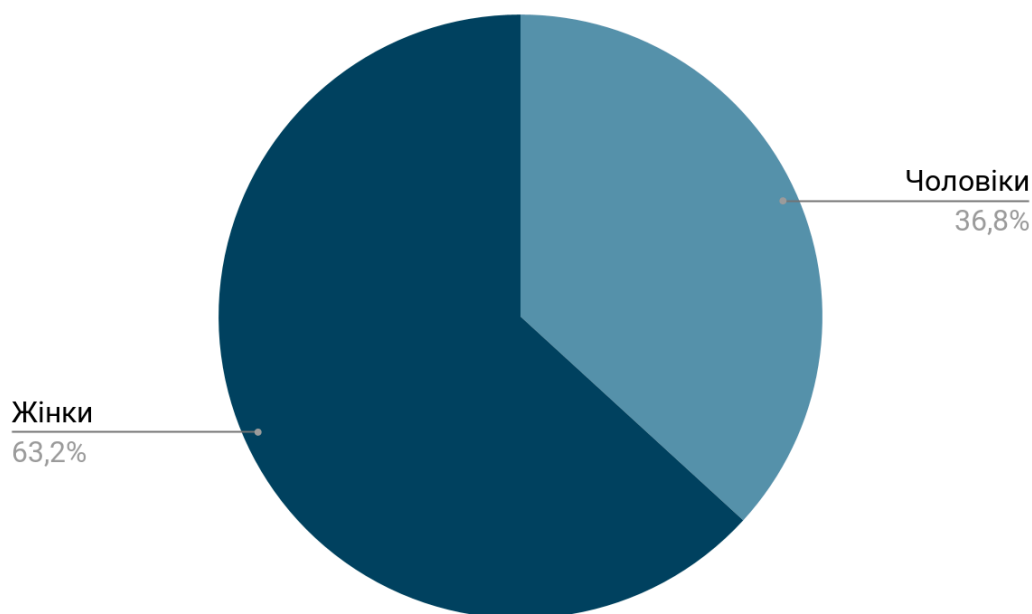


Рис. 3.1. Розподіл респондентів за віком**Рис. 3.2. Розподіл респондентів за статтю**

Для оцінки основних характеристик досліджуваних показників було проведено дескриптивний аналіз результатів за методиками ACE, AUDIT, DUDIT та авторською анкетною оцінкою вживання тютюнових виробів. Отримані результати, відображені в таблиці та відповідних графіках, свідчать про значну варіативність показників у межах вибірки (Додаток Б).

Середній показник негативного дитячого досвіду за шкалою ACE становив 6,97 бали при медіані 7 балів. Найчастіше зустрічався результат 6 балів. Мінімальне значення становило 0 балів, максимальне — 20 балів. Стандартне відхилення становило 4,52 бала, що свідчить про помірну варіативність показників у вибірці. Отримані дані вказують на те, що більшість учасників мали певний досвід несприятливих подій у дитинстві, хоча ступінь його вираженості суттєво відрізнявся між респондентами. Подальший аналіз із використанням поділу результатів згідно ключа методики за принципом є/немає негативного дитячого досвіду показав, що

в нашій вибірці 78 осіб не мають такого (або зовсім, або мають тільки деякі характеристики), а 28 осіб підпадають під категорію осіб із наявним вираженням досвідом негативних дитячих подій.

За анкетною оцінкою тютюнопаління середній показник становить 8,70 бала при медіані 9,50 бала. Мінімальне значення дорівнювало 0 балів, а максимальне — 20 балам з можливих 20. Стандартне відхилення становить 6,69 бали. Близькість середнього значення та медіани свідчить про відносно рівномірний розподіл показників паління у вибірці. Водночас досить високий показник стандартного відхилення вказує на значну індивідуальну варіативність рівня тютюнопаління серед респондентів. У вибірці представлені як особи, які не палять взагалі, так і респонденти з високими показниками нікотинової залежності, що свідчить про значну диференціацію учасників за цією ознакою.

Середній показник за методикою AUDIT склав 6,64 бали при медіані 4 бали. Найчастіше зустрічався результат 0 балів, що свідчить про наявність значної частки осіб без ознак ризикованого вживання алкоголю. Водночас максимальний показник досягає 36 балів з максимальних 40, що вказує на широкий діапазон результатів. Стандартне відхилення становить 7,79 бали. Відмінність між середнім значенням та медіаною, а також високе значення стандартного відхилення свідчать про асиметричність розподілу результатів. Це означає, що хоча більшість респондентів характеризуються низькими показниками ризикованого вживання алкоголю, у вибірці наявна група осіб із високими показниками алкогольних проблем, що суттєво впливає на загальне середнє значення. Таким чином, досліджувана вибірка є неоднорідною за особливостями вживання алкоголю, що створює можливість для аналізу чинників, пов'язаних із ризиком формування алкогольної залежності.

За методикою DUDIT середній показник становить 3,24 бали, медіана та — 0 балів, а найчастіше також зустрічається значення 0 балів (мода). Максимальний результат склав 38 балів з можливих 44, тоді як мінімальний — 0 балів. Стандартне відхилення дорівнює 6,67 бала. Такі результати свідчать про те, що переважна частина респондентів не повідомляла про проблемне вживання наркотичних речовин, однак у вибірці були представлені окремі учасники з високими показниками ризику. Тож значна концентрація показників спостерігається саме у лівій частині графіка.

Для перевірки нормальності розподілу даних було використано критерій Шапіро—Вілка. Для всіх досліджуваних показників були отримані статистично значущі результати: для ACE $W = 0,966$, $p = 0,008$; для анкети оцінки тютюнопаління $W = 0,879$, $p < 0,001$; для AUDIT $W = 0,768$, $p < 0,001$; для DUDIT $W = 0,561$, $p < 0,001$. Оскільки в усіх випадках значення p є меншими за критичний рівень значущості 0,05, можна зробити висновок про статистично значуще відхилення розподілу від нормального. Особливо виражені відхилення спостерігаються для показників AUDIT та DUDIT, що, ймовірно, пов'язано зі значною кількістю нульових результатів та наявністю окремих високих значень. Відсутність нормального розподілу досліджуваних змінних свідчить про необхідність використання непараметричних методів статистичного аналізу для подальшої перевірки дослідницьких гіпотез.

Отже, результати дескриптивного аналізу свідчать про достатню неоднорідність вибірки за всіма досліджуваними показниками. Респонденти суттєво відрізняються як за рівнем негативного дитячого досвіду, так і за особливостями вживання психоактивних речовин. Найбільша варіативність спостерігається за показниками вживання алкоголю та наркотичних речовин, тоді як розподіл результатів за шкалою

негативного дитячого досвіду є більш рівномірним. Така структура даних створює належні умови для подальшого аналізу взаємозв'язків між негативним дитячим досвідом та різними формами адиктивної поведінки. Водночас відсутність нормального розподілу досліджуваних змінних визначає специфіку подальшої статистичної обробки даних та вибір відповідних методів аналізу — непараметричних.

Окрім аналізу описових статистик, на першому етапі було здійснено перевірку внутрішньої узгодженості використаних психодіагностичних методик за допомогою коефіцієнта α Кронбаха, щоб впевнитись в їх надійності та доцільності використання отриманих з їх допомогою даних в подальшому аналізі. У науковій літературі прийнято вважати, що значення α понад 0,70 свідчить про прийнятний рівень внутрішньої узгодженості, понад 0,80 — про високий рівень надійності, а показники, що перевищують 0,90, характеризують дуже високий рівень внутрішньої узгодженості шкали.

Для анкети оцінки тютюнопаління було отримано значення α Кронбаха, що дорівнює 0,888. Такий результат свідчить про високий рівень внутрішньої узгодженості пунктів методики. Це означає, що сформовані нами запитання анкети достатньо узгоджено вимірюють прояви тютюнової залежності та формують надійний інтегральний показник інтенсивності паління. Для опитувальника AUDIT коефіцієнт α Кронбаха становить 0,918, а для опитувальника DUDIT — 0,927. Отримані значення вказують на дуже високий рівень внутрішньої узгодженості шкали.

Загалом результати аналізу внутрішньої узгодженості свідчать про високий рівень надійності всіх використаних у дослідженні методик. Значення коефіцієнта α Кронбаха для кожної зі шкал перевищують

рекомендований поріг 0,80, а для опитувальників AUDIT і DUDIT перевищують 0,90. Це дозволяє зробити висновок про достатню психометричну якість застосованих інструментів та підтверджує можливість використання отриманих показників для подальшого статистичного аналізу й перевірки висунутих гіпотез.

3.2. Кореляційний та регресійний аналіз

3.2.1. Встановлення зв'язків між негативним дитячим досвідом та залежністю від психоактивних речовин

Оскільки за результатами перевірки нормальності розподілу було встановлено, що досліджувані показники не відповідають нормальному розподілу, для аналізу взаємозв'язків між змінними було використано непараметричний коефіцієнт рангової кореляції Спірмена (Додаток В). Даний метод дозволяє оцінити напрямок, силу та статистичну значущість зв'язку між показниками негативного дитячого досвіду (ACE), алкогольної (AUDIT), наркотичної (DUDIT) та тютюнової залежності.

Було встановлено статистично значущий позитивний зв'язок між показниками негативного дитячого досвіду та ризиком алкогольної залежності ($r_s = 0,317$; $p < 0,001$). Отриманий результат свідчить про те, що зі збільшенням кількості негативних подій та несприятливих переживань у дитинстві підвищується рівень ризикованого вживання алкоголю у дорослому віці. Сила зв'язку є слабкою або близькою до помірної, проте статистично значущою.

Також виявлено статистично значущий позитивний зв'язок між негативним дитячим досвідом та ризиком наркотичної залежності ($r_s = 0,293$; $p = 0,002$). Це означає, що респонденти з вищими показниками ACE частіше демонструють ознаки проблемного вживання наркотичних

речовин. Отриманий коефіцієнт свідчить про слабкий, але стійкий зв'язок між досліджуваними змінними.

Аналіз показав також наявність статистично значущого позитивного зв'язку між негативним дитячим досвідом та показниками паління ($r_s = 0,228$; $p = 0,019$). Хоча сила зв'язку є слабкою, результат свідчить про те, що особи з більш вираженим негативним дитячим досвідом частіше демонструють вищі показники тютюнопаління.

Особливої уваги заслуговують взаємозв'язки між самими показниками залежної поведінки. Так, між ризиком алкогольної та наркотичної залежності виявлено помірний позитивний зв'язок ($r_s = 0,593$; $p < 0,001$), а також встановлено позитивний зв'язок між алкогольною залежністю та палінням ($r_s = 0,424$; $p < 0,001$) та наркотичною залежністю та палінням ($r_s = 0,369$; $p < 0,001$). Ці дані свідчать про те, що вживання різних психоактивних речовин має тенденцію до поєднання, що також може вказувати на наявність спільних психологічних та поведінкових механізмів формування різних видів залежності.

Таким чином, результати кореляційного аналізу підтверджують наявність статистично значущих зв'язків між негативним дитячим досвідом та всіма досліджуваними формами вживання психоактивних речовин. Найбільш виражені взаємозв'язки спостерігаються між різними проявами адиктивної поведінки, тоді як зв'язок негативного дитячого досвіду з показниками алкогольної, наркотичної залежності та паління є слабким, проте статистично значущим. Отримані результати узгоджуються з висунутою гіпотезою про зв'язок несприятливих дитячих переживань із підвищеним ризиком формування залежної поведінки у подальшому житті.

3.2.2. Визначення впливу негативного дитячого досвіду на залежність від психоактивних речовин

Після встановлення зв'язків між досліджуваними показниками шляхом кореляційного аналізу ми може перейти до більш глибокого аналізу поставленої задачі та провести регресійний аналіз, що може дати відповідь безпосередньо на питання про наявність чи відсутність впливу, а не просто підтвердити чи спростувати зв'язок. Тож на цьому етапі було проведено бінарний логістичний регресійний аналіз.

Для побудови моделей як незалежну змінну було використано сирі бали за опитувальником Adverse Childhood Experiences (ACE), а як залежні змінні — категоризовані результати методик AUDIT та DUDIT, де 0 відповідало відсутності залежності, а 1 — наявності. Перевагою такого підходу є збереження всієї інформації про інтенсивність негативного дитячого досвіду, оскільки використання сирих балів ACE дозволяє оцінити внесок кожного додаткового негативного переживання у прогнозування залежності.

Спочатку було розглянуто вплив негативного дитячого досвіду на алкогольну залежність. За результатами біноміальної логістичної регресії, модель характеризувалася такими показниками якості: deviance = 111, AIC = 115, псевдо-коефіцієнт детермінації МакФаддена $R^2_{McF} = 0,0383$. Це свідчить про невисокий, однак наявний пояснювальний потенціал моделі.

Було встановлено, що показник ACE є статистично значущим предиктором розвитку алкогольної залежності ($\beta = 0,107$; $SE = 0,0518$; $z = 2,07$; $p = 0,039$). Отриманий додатний коефіцієнт свідчить про те, що зі збільшенням кількості негативних дитячих переживань зростає ймовірність потрапляння особи до групи ризику щодо алкогольної залежності. Таким чином, негативний дитячий досвід може розглядатися

як один із чинників, пов'язаних із формуванням шкідливих моделей вживання алкоголю.

Аналогічний аналіз було проведено для показників наркотичної залежності за методикою DUDIT. Отримана модель мала такі показники якості: deviance = 83,6, AIC = 87,6, псевдо-коефіцієнт детермінації МакФаддена $R^2_{McF} = 0,0708$. Це вказує на дещо вищий пояснювальний потенціал моделі порівняно з моделлю для AUDIT, хоча загалом він також залишається невисоким.

Результати показали, що негативний дитячий досвід є статистично значущим предиктором ризику наркотичної залежності ($\beta = 0,151$; $SE = 0,0618$; $z = 2,45$; $p = 0,014$). Додатне значення коефіцієнта свідчить про те, що збільшення кількості негативних подій та несприятливих переживань у дитинстві пов'язане зі зростанням імовірності проблемного вживання наркотичних речовин.

Таким чином, результати логістичної регресії підтверджують наявність статистично значущого зв'язку між рівнем негативного дитячого досвіду та ризиком залежності як від алкоголю, так і від наркотичних речовин, адже в обох моделях коефіцієнт ACE є додатним, тобто зі зростанням кількості негативних дитячих переживань зростають шанси потрапляння до групи ризику за AUDIT і DUDIT. Так, кожне збільшення показника ACE на 1 бал пов'язане зі зростанням шансів потрапляння до групи ризику для AUDIT приблизно на 11,3% ($\exp(0,107) \approx 1,11$); для DUDIT приблизно на 16,3% ($\exp(0,151) \approx 1,16$).

Отримані результати узгоджуються з даними кореляційного аналізу та підтверджують припущення про значущу роль негативного дитячого досвіду у формуванні залежності від психоактивних речовин, тож висунута нами гіпотеза підтверджується.

3.2.3. Визначення відмінностей у рівні вживання нікотину між групами з наявним та відсутнім негативним дитячим досвідом

Для показників тютюнопаління логістичний регресійний аналіз не проводився. Це пов'язано з тим, що використана анкета оцінки тютюнопаління авторська, тому не є стандартизованою та валідизованою психодіагностичною методикою і не містить науково обґрунтованих порогових значень для виокремлення рівнів тютюнової залежності. Відповідно, відсутні підстави для формування дихотомічної залежної змінної («наявність/відсутність залежності»), яка є необхідною умовою застосування бінарної логістичної регресії. Лінійна регресія не може бути застосована через ненормальність розподілу, зокрема перевірка залишків показала відмінний від нормального розподіл.

У зв'язку з цим аналіз зв'язку негативного дитячого досвіду з показниками паління здійснювався за допомогою кореляційного аналізу Спірмена, який дозволяє оцінити взаємозв'язок між кількісними показниками без необхідності їх штучної категоризації, а також, для перевірки відмінностей у показниках паління між особами з різним рівнем негативного дитячого досвіду, було застосовано критерій Манна–Вітні. Використання даного критерію зумовлене ненормальним розподілом досліджуваних показників та наявністю двох незалежних груп за рівнем ACE.

Для проведення аналізу респондентів було поділено на дві групи відповідно до рівня негативного дитячого досвіду: групу з відсутнім ($n = 78$) та групу з наявним ACE ($n = 28$). Порівняння здійснювалося за загальним показником паління. Аналіз описових статистик показав, що особи з вищим рівнем негативного дитячого досвіду мали дещо вищі

показники паління ($M = 9,86$; $Me = 12,5$; $SD = 6,77$) порівняно з особами з нижчим рівнем ACE ($M = 8,28$; $Me = 9,00$; $SD = 6,65$). Таким чином, напрямок виявлених відмінностей відповідає теоретичному припущенню про більшу схильність до вживання психоактивних речовин серед осіб із більш вираженим негативним дитячим досвідом та підтверджує доцільність перевірки зв'язків.

Проте результати критерію Манна–Вітні не виявили статистично значущих відмінностей між досліджуваними групами ($U = 940$; $p = 0,274$). Отримане значення p перевищує загальноприйнятий рівень статистичної значущості ($p < 0,05$), що не дає підстав відхиляти нульову гіпотезу про відсутність відмінностей між групами. Тож, хоча особи з високим рівнем негативного дитячого досвіду продемонстрували дещо вищі середні показники паління, ці відмінності не досягли рівня статистичної значущості.

Водночас отримані результати слід розглядати у взаємозв'язку з даними кореляційного аналізу, який виявив статистично значущий позитивний зв'язок між показниками негативного дитячого досвіду та паління ($r_s = 0,228$; $p = 0,019$). Відмінність результатів може пояснюватися тим, що кореляційний аналіз використовує повний діапазон сирих значень ACE, тоді як при застосуванні критерію Манна–Вітні показник ACE був штучно категоризований на дві групи. Така категоризація призводить до часткової втрати інформації та зниження статистичної чутливості аналізу, що могло вплинути на відсутність статистично значущих міжгрупових відмінностей. З огляду на це результати кореляційного аналізу можуть вважатися більш інформативними для оцінки зв'язку між негативним дитячим досвідом та показниками паління у даному дослідженні.

Отже, значення залежності від тютюнових виробів мають тенденцію до зростання у групі з наявним негативним дитячим досвідом, але статистично значущих відмінностей в нашій вибірці не було виявлено. Це підтверджує нашу гіпотезу лише частково і вказує на необхідність подальших глибших досліджень цього питання.

3.3. Аналіз зв'язку віку початку вживання психоактивних речовин із показниками негативного дитячого досвіду та залежності

Для перевірки гіпотези про те, що ранній початок вживання психоактивних речовин пов'язаний із більш вираженим негативним дитячим досвідом та вищими показниками залежності, було проведено порівняння трьох незалежних груп респондентів:

- особи, які почали вживати речовину до 18 років;
- особи, які почали вживати речовину після 18 років;
- особи, які не вживають відповідну речовину.

Оскільки розподіл досліджуваних показників не відповідає нормальному, для аналізу було використано непараметричний критерій Краскела–Уолліса, який дозволяє порівнювати три і більше незалежних груп. У разі виявлення статистично значущих відмінностей проводилися попарні порівняння за критерієм Dwass–Steel–Critchlow–Fligner для визначення груп, між якими існують відмінності. Також було використано дескриптивні статистики для кращого розуміння фактичного розподілу результатів та глибшого їх аналізу.

Результати критерію Краскела–Уолліса показали наявність статистично значущих відмінностей між групами за показником **вживання тютюнових виробів** ($\chi^2 = 57,81$; $df = 2$; $p < 0,001$; $\varepsilon^2 = 0,5506$). Подальший

попарний аналіз за критерієм Dwass–Steel–Critchlow–Fligner засвідчив, що статистично значущі відмінності спостерігаються між особами, які почали палити/вживати до 18 років, та особами, які не палять/не вживають ($W = -10,328$; $p < 0,001$), а також між особами, які не палять/не вживають, та тими, хто почав палити/вживати після 18 років ($W = 8,503$; $p < 0,001$). Водночас між групами респондентів, які почали палити/вживати до 18 років і після 18 років, статистично значущих відмінностей не виявлено ($W = 0,253$; $p = 0,983$).

Описові статистики показують, що показники вживання тютюнових виробів дещо вищі серед респондентів, які почали палити/вживати до 18 років ($M = 11,6$), ніж серед тих, хто почав палити/вживати після 18 років ($M = 11,5$). Це показує наявність дуже незначної різниці та пояснює результати, отримані за критерієм Краскела–Уолліса.

За показником негативного дитячого досвіду статистично значущих відмінностей між групами за віком початку паління не встановлено ($\chi^2 = 5,57$; $df = 2$; $p = 0,062$; $\varepsilon^2 = 0,0530$). Попарні порівняння також не виявили статистично значущих відмінностей між жодною з груп: між особами, які почали палити до 18 років, та тими, хто не палить/не вживає ($W = -2,390$; $p = 0,096$), між особами, які почали палити/вживати до 18 років і після 18 років ($W = -2,297$; $p = 0,238$), а також між тими, хто не палить/не вживає, і тими, хто почав палити/вживати після 18 років ($W = 0,713$; $p = 0,809$). І хоча середні значення ACE були дещо вищими серед осіб, які почали палити/вживати до 18 років ($M = 7,88$), порівняно з тими, хто не палить/не вживає ($M = 5,59$) та тими, хто почав палити/вживати після 18 років ($M = 6,05$), ці відмінності не досягли рівня статистичної значущості.

Отже, ранній початок паління пов'язаний із вищими показниками залежності від тютюнових виробів, однак не супроводжується статистично значущими відмінностями у рівні негативного дитячого досвіду.

Аналіз за показником **AUDIT** із використанням критерія Краскела–Уолліса показав статистично значущі відмінності між групами ($\chi^2 = 34,81$; $df = 2$; $p < 0,001$; $\epsilon^2 = 0,3316$). Попарні порівняння засвідчили наявність статистично значущих відмінностей між усіма трьома групами: між особами, які почали вживати алкоголь до 18 років, та тими, хто не вживає алкоголь ($W = -7,48$; $p < 0,001$), між особами, які почали вживати алкоголь до 18 років і після 18 років ($W = -4,05$; $p = 0,012$), а також між тими, хто не вживає алкоголь, і тими, хто почав його вживати після 18 років ($W = 6,14$; $p < 0,001$).

Найвищі показники AUDIT спостерігалися серед респондентів, які почали вживати алкоголь до 18 років ($M = 8,61$), дещо нижчі — серед осіб, які почали вживати алкоголь після 18 років ($M = 3,86$), а найнижчі — серед тих, хто не вживає алкоголь ($M = 0,231$).

Водночас за показником негативного дитячого досвіду статистично значущих відмінностей між групами за віком початку вживання алкоголю не виявлено ($\chi^2 = 2,13$; $df = 2$; $p = 0,243$; $\epsilon^2 = 0,0029$). Попарний аналіз також не засвідчив значущих відмінностей між групами: між особами, які почали вживати алкоголь до 18 років, та тими, хто не вживає алкоголь ($W = -0,857$; $p = 0,817$), між особами, які почали вживати алкоголь до 18 років і після 18 років ($W = -2,419$; $p = 0,201$), а також між тими, хто не вживає алкоголь, і тими, хто почав вживати алкоголь після 18 років ($W = -0,277$; $p = 0,979$).

Дескриптивні статистики показують, що відмінність між середніми значеннями у групах є, але незначна. Найвищі показники спостерігалися

серед респондентів, які почали вживати алкоголь до 18 років ($M = 7,50$), дещо нижчі — серед осіб, які не вживають алкоголь ($M = 6,54$), а найнижчі — серед тих, хто почав вживати алкоголь після 18 років ($M = 5,43$).

Таким чином, вік початку вживання алкоголю статистично значуще пов'язаний із показниками AUDIT, однак не виявляє значущого зв'язку з рівнем негативного дитячого досвіду.

За показником **DUDIT** було виявлено статистично значущі відмінності між групами залежно від віку початку вживання наркотичних речовин ($\chi^2 = 74,26$; $df = 2$; $p < 0,001$; $\varepsilon^2 = 0,7072$). Попарний аналіз показав, що відмінності наявні між особами, які почали вживати наркотичні речовини до 18 років, та тими, хто не вживає наркотики ($W = -10,7659$; $p < 0,001$), а також між особами, які не вживають наркотики, і тими, хто почав їх вживати після 18 років ($W = 10,7474$; $p < 0,001$). Водночас між групами осіб, які почали вживати наркотичні речовини до 18 років і після 18 років, статистично значущих відмінностей не встановлено ($W = -0,0674$; $p = 0,999$).

Описові статистики підтверджують цей результат: показник DUDIT серед осіб із раннім початком вживання наркотиків становить 10,6 балів, тоді як серед осіб, які почали вживати після 18 років, 7,83 бали, що є невеликою різницею відносно тих, то взагалі не вживає наркотичні речовини, — там середнє значення становить 0,157 бала. Варто зазначити, що різниця між групами початку вживання до і після 18 років доволі помітна, але при оцінці за критерієм вона нівелювалась наднизькими показниками за третьою категорією. Це показує, що дане питання варто дослідити в подальшому детальніше, наприклад, залишивши тільки дві групи для порівняння.

На відміну від результатів щодо паління та алкоголю, за показником негативного дитячого досвіду між групами за віком початку вживання наркотичних речовин було виявлено статистично значущі відмінності ($\chi^2 = 7,15$; $df = 2$; $p = 0,028$; $\epsilon^2 = 0,0681$). Попарні порівняння показали, що статистично значуща відмінність спостерігається між особами, які почали вживати наркотичні речовини до 18 років, та тими, хто не вживає наркотики ($W = -3,74$; $p = 0,022$). Водночас відмінності між особами, які почали вживати наркотичні речовини до 18 років і після 18 років ($W = -1,89$; $p = 0,337$), а також між тими, хто не вживає наркотики, і тими, хто почав їх вживати після 18 років ($W = 1,31$; $p = 0,625$), не досягли рівня статистичної значущості.

Звернувшись до описових статистик можна побачити, що результати ACE серед осіб, що почали вживати наркотичні речовини до 18 років, найвищі ($M = 9,61$), дещо нижчі результати серед тих, хто почав вживати після 18 років ($M = 7,28$), а найнижчі серед тих, хто не вживає ($M = 6,21$). З цього видно, що все ж група респондентів, що не вживає наркотичних речовин, відрізняється найнижчими результатами, але статистично значущих значень ця різниця не набула.

Отже, вік початку вживання наркотичних речовин статистично значуще пов'язаний як із показниками DUDIT, так і з рівнем негативного дитячого досвіду. Найбільш виражені відмінності за ACE простежуються між групою раннього початку вживання наркотичних речовин і групою респондентів, які не вживають наркотики.

Загалом результати за критерієм Краскела–Уолліса засвідчили, що вік початку вживання психоактивних речовин статистично значуще диференціює респондентів за відповідними показниками вживання тютюнових виробів, AUDIT та DUDIT. Найбільш виражені відмінності

простежуються між респондентами, які не вживають відповідні речовини, та тими, хто мав досвід їх вживання до або після 18 років. Водночас відмінності між раннім початком вживання та початком після 18 років були статистично значущими лише для показника AUDIT, тоді як для вживання тютюнових виробів та DUDIT такі відмінності не досягли рівня статистичної значущості. Це може свідчити про те, що сам факт залучення до вживання речовини є більш виразним чинником відмінностей за відповідними шкалами, ніж вік початку вживання, за винятком алкогольної поведінки.

Щодо негативного дитячого досвіду, статистично значущі відмінності між групами було виявлено лише у випадку віку початку вживання наркотичних речовин. Зокрема, респонденти, які почали вживати наркотичні речовини до 18 років, відрізнялися за рівнем ACE від тих, хто не мав такого досвіду. Натомість для груп, сформованих за віком початку вживання тютюнових виробів та алкоголю, статистично значущих відмінностей за ACE не встановлено. Отже, отримані результати дозволяють припустити, що негативний дитячий досвід більшою мірою пов'язаний саме з раннім початком вживання наркотичних речовин, тоді як для вживання тютюнових виробів та алкоголю цей зв'язок у межах даної вибірки не був статистично підтверджений.

За результатами цього аналізу можна сказати, що висунута гіпотеза була підтверджена лише частково, але отримані дані вказують на необхідність подальших досліджень, тож вона ще буде перевірена в майбутньому.

3.4. Обмеження та перспективи дослідження

У ході роботи, зокрема під час аналізу результатів, було виявлено деякі обмеження даного дослідження, про які необхідно окремо зазначити,

адже, ці обмеження в тому числі вказують на перспективи подальших досліджень.

Перш за все дуже важливо наголосити на тому, що збір даних проводився на українській вибірці, але у дослідженні не враховувався вплив війни та пов'язаного з нею хронічного стресу як окремого чинника формування залежної поведінки. Особливо актуальним є питання вживання психоактивних речовин серед військовослужбовців, оскільки їхній досвід може суттєво відрізнятися від досвіду цивільного населення, а вони також є частиною нашої вибірки.

Наприклад, отримані результати щодо вживання тютюнових виробів виявилися менш статистично вираженими порівняно з результатами щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин. Це може свідчити про те, що нікотинова залежність значною мірою детермінується додатковими чинниками, які не були включені до моделі дослідження, такі як, наприклад, специфічні стресові умови, пов'язані з воєнним станом. Відповідно, негативний дитячий досвід може пояснювати лише частину варіації показників тютюнопаління.

Крім цього, використані методики оцінки вживання психоактивних речовин (AUDIT та DUDIT) орієнтовані на оцінку досвіду вживання протягом останніх 12 місяців. Такий підхід дозволяє виявляти актуальні ризики проблемного вживання, однак може бути недостатньо чутливим до всього спектра проявів залежності впродовж життя. Зокрема, до групи осіб без ознак проблемного вживання могли потрапити респонденти, які раніше мали залежність, але пройшли лікування та перебувають у тривалій ремісії. Таким чином, дослідження відображає переважно поточний стан вживання психоактивних речовин, а не повну історію досвіду взаємодії із психоактивними речовинами.

Ще одним обмеженням дослідження є використання авторської анкети оцінки вживання тютюнових виробів, яка перебуває на початковому етапі психометричної розробки. Хоча результати аналізу внутрішньої узгодженості продемонстрували високі показники надійності інструменту, його психометричні характеристики потребують подальшої перевірки на більших і різноманітніших вибірках. Зокрема, необхідним є додаткове дослідження конструктивної, критеріальної та прогностичної валідності методики.

Власне, це є і однією з основних перспектив подальшої роботи — розробка методики, що змогла б повноцінно доповнити український психодіагностичний інструментарій. Розвиток такого інструменту може сприяти частковому подоланню наявного дефіциту психометричних методик, зокрема у сфері досліджень залежності.

Дуже важливим аспектом для подальших досліджень є включення фактору впливу війни та пов'язаного з нею стресу з метою точнішого вивчення взаємозв'язку між негативним дитячим досвідом та залежністю. Особливий інтерес становить дослідження цих зв'язків серед військовослужбовців, ветеранів та інших груп населення, які зазнали значного психотравмуючого впливу.

Ще одним перспективним напрямком є зміна структури дослідження, зокрема включення збору даних щодо анамнезу вживання психоактивних речовин або зміна умов відповідей на методики, що визначають особливості вживання психоактивних речовин, щоб мати можливість точніше встановити зв'язок і дослідити можливий вплив негативного дитячого досвіду на розвиток хімічної залежності.

Також, для більш детального дослідження цієї теми можна сумарний показник АСЕ доповнити показниками за підшкалами цієї методики, адже

різні форми несприятливого досвіду можуть по-різному впливати на формування залежності. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на визначення специфічного внеску кожного з цих чинників у розвиток окремих форм залежностей.

Практично значущою перспективою є використання отриманих результатів для розробки та впровадження профілактичних програм, спрямованих на раннє виявлення осіб із підвищеним ризиком розвитку залежностей. Такі програми можуть бути орієнтовані на осіб із високими показниками негативного дитячого досвіду та включати заходи психологічної підтримки, розвитку навичок емоційної регуляції, формування адаптивних копінг-стратегій і зміцнення соціальних ресурсів. Реалізація подібних профілактичних заходів може сприяти зниженню поширеності залежностей та мінімізації довгострокових наслідків несприятливого дитячого досвіду.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі було здійснено статистичний аналіз особливостей взаємозв'язку негативного дитячого досвіду з показниками вживання психоактивних речовин, а також перевірено дослідницькі припущення щодо зв'язку ACE з алкогольною, наркотичною та тютюновою залежністю і ролі віку початку вживання психоактивних речовин.

В обробці були використані наступні методи: описовий аналіз, коефіцієнт α Кронбаха, кореляційний аналіз за коефіцієнтом Спірмена, бінарна логістична регресія, критерій Манна–Вітні, критерій Краскела–Уолліса з подальшими попарними порівняннями за критерієм Dwass–Steel–Critchlow–Fligner.

За результатами проведеного аналізу перша гіпотеза загалом підтвердилася: негативний дитячий досвід є статистично значущим чинником, пов'язаним із ризиком формування залежності від психоактивних речовин у дорослому віці. Зокрема, було встановлено, що зі зростанням рівня ACE підвищується ймовірність потрапляння респондентів до групи ризику за показниками алкогольної та наркотичної залежності.

Друга гіпотеза про те, що особи з високим рівнем негативного дитячого досвіду характеризуються вищими показниками залежності від психоактивних речовин порівняно з особами з нижчим рівнем такого досвіду, підтвердилась частково. Найбільш переконливі результати було отримано для алкогольної та наркотичної залежності, тоді як щодо вживання тютюнових виробів було виявлено лише тенденцію до вищих показників у групі з наявним негативним дитячим досвідом, однак статистично значущих міжгрупових відмінностей не встановлено.

Третя гіпотеза також підтвердилась частково. Ранній початок вживання психоактивних речовин був пов'язаний із вищими показниками відповідної залежності, особливо у випадку алкоголю та наркотичних речовин. Проте статистично значущий зв'язок раннього початку вживання саме з вищим рівнем негативного дитячого досвіду було виявлено лише щодо наркотичних речовин.

Отже, отримані результати свідчать про значущу, але неоднакову для різних типів психоактивних речовин роль негативного дитячого досвіду у формуванні залежної поведінки.

ВИСНОВКИ

В ході роботи було здійснено теоретико-методологічний аналіз проблеми негативного дитячого досвіду та його зв'язку із залежністю від психоактивних речовин у дорослому віці. На основі опрацьованої наукової літератури встановлено, що негативний дитячий досвід є значущим чинником психологічної вразливості особистості, який може впливати на подальше емоційне, поведінкове та соціальне функціонування. Теоретичний аналіз також дав змогу обґрунтувати доцільність емпіричного вивчення зв'язку між рівнем негативного дитячого досвіду, віком початку вживання ПАР та вираженістю ознак алкогольної, наркотичної і тютюнової залежності.

У результаті емпіричного дослідження було визначено наявність зв'язку між негативним дитячим досвідом та показниками залежності від психоактивних речовин у дорослому віці. Отримані результати засвідчили, що зростання рівня негативного дитячого досвіду пов'язане з підвищенням ризику формування залежної поведінки. Особливо виразно цей зв'язок простежується щодо алкогольної та наркотичної залежності: респонденти з вищими показниками негативного дитячого досвіду демонстрували вищу схильність до проблемного вживання відповідних речовин. Отже, результати дослідження підтверджують припущення про те, що несприятливий досвід дитинства може виступати одним із психологічних чинників ризику розвитку залежності від ПАР у дорослому віці.

Також було виявлено зв'язок між віком початку вживання психоактивних речовин, негативним дитячим досвідом та рівнем залежності від ПАР. Результати аналізу показали, що ранній початок вживання психоактивних речовин частіше пов'язаний із вищими показниками залежності, а також із вищим рівнем негативного дитячого

досвіду. Це дає підстави розглядати ранній початок вживання ПАР як важливий поведінковий індикатор підвищеного ризику формування залежності у дорослому віці. Водночас отримані результати свідчать, що негативний дитячий досвід може бути пов'язаний не лише з самим фактом залежної поведінки, а й з більш раннім залученням до вживання психоактивних речовин.

У межах роботи було розроблено анкету для дослідження зв'язку між негативним дитячим досвідом та вживанням тютюнових виробів. Анкета дала змогу зібрати дані щодо факту паління, віку початку вживання тютюнових виробів, інтенсивності та особливостей тютюнопаління серед респондентів. Її застосування дозволило розширити емпіричну модель дослідження, доповнивши аналіз алкогольної та наркотичної залежності вивченням тютюнової залежності як окремого прояву вживання психоактивних речовин. Перевірка внутрішньої узгодженості анкети засвідчила можливість її використання як допоміжного інструменту для оцінки особливостей тютюнопаління у контексті дослідження негативного дитячого досвіду.

Крім цього, у процесі проведення дослідження було виявлено окремі методологічні обмеження, які водночас окреслюють перспективи подальшого наукового вивчення обраної проблематики. Зокрема, одним із важливих напрямів подальших досліджень є повторна перевірка отриманих результатів на більшій та більш збалансованій вибірці респондентів. Це дозволить підвищити статистичну надійність та репрезентативність висновків, а також уточнити значущість виявлених тенденцій.

Отже, поставлені завдання дослідження було виконано. Теоретичний аналіз дозволив обґрунтувати зв'язок між негативним дитячим досвідом і

залежною поведінкою, а емпіричне дослідження підтвердило наявність зв'язку між рівнем негативного дитячого досвіду, віком початку вживання ПАР та вираженістю ознак залежності. Узагальнення отриманих результатів дає підстави стверджувати, що негативний дитячий досвід є важливим психологічним чинником, який необхідно враховувати під час профілактики, діагностики та психологічного супроводу осіб із ризиком формування залежності від психоактивних речовин.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бікір К. Ю. (2025). Несприятливі досвіди дитинства та захисні фактори. У Сучасні наукові дослідження: від теорії до практики: Матеріали науково-практичної конференції, м. Львів, 27–28 червня 2025 р. (с. 67–71). Видавництво «Молодий вчений». <https://molodyivchenyi.ua/omp/index.php/conference/catalog/download/143/2200/4603-1>
2. Власова О. І., Родіна Н. В., Целікова Ю. О., Ворнікова Л. К., & Тихоненко Ю. О. (2022). Модифікація, стандартизація та адаптація анкети негативного дитячого досвіду (ACE). Офтальмологічний журнал, 1(504), 63–72. <https://www.ozhurnal.com/sites/default/files/ua2022-1-10.pdf>
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. (2023). AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): Керівництво та рекомендації (ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ», пер.; скорочена українськомовна версія 1.0). <https://start.ua-test.com/pub/files/audit-manual.pdf>
4. Гошовський, Я. О., Вірна, Ж. П., Гошовська, Д. Т., & Іванашко, О. Є. (Ред.). (2024). Соціальна адаптація особистості в сучасному суспільстві із циклу: Психологічні складові сталого розвитку суспільства: пошук психологічного обґрунтування викликів сучасності: Матеріали XI Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 16–20 грудня 2024 року. ПП Іванюк В. П.
5. Диса, О., & Федченко, А. (2025). Сучасний погляд на феномен алкогольної залежності. У The impact of modern digital technologies on the future of professions: Abstracts of the XV International Scientific and Practical Conference, December 8–10, 2025, Sofia, Bulgaria (с. 234–237). European Conference.

6. Ільченко, В. (б. д.). Психологічні передумови алкогольної залежності. У Матеріали доповідей XXVI наукової сесії Осередку Наукового товариства імені Тараса Шевченка у Черкасах (с. 160–162).
7. Косьянова, О. Ю., & Крижановська, А. В. (2025). Психологічні наслідки дитячих травм та їхній вплив на особистісні характеристики дорослої людини. *Психологія та соціальна робота*, 1(61), 150–159. <https://doi.org/10.32782/2707-0409.2025.1.14>
8. Кравченко, Т. Ю., & Копійка, Г. К. (2025). Вплив дитячих психологічних травм на формування афективних розладів у дорослому віці. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*, (3), 59–64. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.3.10>
9. Лялюк, Г. М., & Мороз, О. С. (2018). Психологічні особливості відтермінованого впливу дитячих психотравм на психічний стан особистості у дорослому віці. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*, (2), 99–109.
10. Мілютіна, К. Л. (2018). Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. *Проблеми сучасної психології*, 2(14), 78–82. <https://doi.org/10.26661/2310-4368-2018-2-14-12>
11. Михайлів, С. В. (2020). Психологічне дослідження чинників формування хімічної залежності особистості. *Психологія і особистість*, 1(17), 94–108. <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.1.195233>
12. Національний університет «Одеська юридична академія». (2025). На межі вибору: Клініко-психологічні підходи до подолання залежностей: Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції, 23 квітня 2025 року (М. Р. Аракелян, ред.). <https://doi.org/10.32837/11300.31749>

13. Риткіс, І. С. (2012). Сучасний погляд на проблему коморбідності тютюнопаління, тютюнової залежності та психічних і адиктивних розладів. *Архів психіатрії*, 18(2), 120–127.
14. Славинська, О. М. (б. д.). Наркотична залежність як прояв адиктивної поведінки особистості [Тези доповіді] (с. 128–129). Національний університет «Чернігівська політехніка».
15. ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ». (2024). DUDIT — Тест для визначення зловживання наркотиками: Короткий довідник із користування (Версія 1.0). <https://start.ua-test.com/pub/files/dudit-manual.pdf>
16. Тума, С. М., & Шевченко, Р. П. (2025). Вплив несприятливих життєвих подій у дитинстві на розвиток психічних розладів у дорослому віці. У Актуальні проблеми практичної психології: Збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 16 травня 2025 року (с. 373–375). Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К. Д. Ушинського.
17. Храпко, І. В., & Сірик, І. В. (2026). Травмівні переживання дитинства та їх вплив на формування деструктивних тенденцій психіки. *Психологічний журнал*, (16), 146–152. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.16.2026.355965>
18. Abrahams, M. J., & Whitlock, F. A. (1969). Childhood experience and depression. *The British Journal of Psychiatry*, 115, 883–888.
19. Alhammad, M., Aljedani, R., Alsaleh, M., Atyia, N., Alsmakh, M., Alfaraj, A., Alkhunaizi, A., Alwabari, J., & Alzaidi, M. (2022). Family, individual, and other risk factors contributing to risk of substance abuse in young adults: A narrative review. *Cureus*, 14(12), e32316. <https://doi.org/10.7759/cureus.32316>

20. Anda, R. F., Croft, J. B., Felitti, V. J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D. F., & Giovino, G. A. (1999). Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *JAMA*, 282(17), 1652–1658. <https://doi.org/10.1001/jama.282.17.1652>
21. Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001–1009.
22. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). AUDIT: Тест для виявлення розладів, обумовлених споживанням алкоголю: Керівництво для використання в закладах первинної медико-санітарної допомоги (2-ге вид.) [Українська версія]. Всесвітня організація охорони здоров'я. [https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/WHO_MSD_MSB_01.6a_Ukr%20\(part%201\)%20%D0%90%D0%A3%D0%94%D0%98%D0%A2.pdf](https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/WHO_MSD_MSB_01.6a_Ukr%20(part%201)%20%D0%90%D0%A3%D0%94%D0%98%D0%A2.pdf)
23. Banducci, A. N., Hoffman, E., Lejuez, C. W., & Koenen, K. C. (2014). The relationship between child abuse and negative outcomes among substance users: Psychopathology, health, and comorbidities. *Addictive Behaviors*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.023>
24. Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., & Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research*, 11(1), 22–31. <https://doi.org/10.1159/000081413>
25. Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.008>

26. Chapman, D. P., Dube, S. R., & Anda, R. F. (2007). Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals*, 37(5), 359–364.
27. Cicchetti, D., & Handley, E. D. (2019). Child maltreatment and the development of substance use and disorder. *Neurobiology of Stress*, 10, 100144. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2018.100144>
28. Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J., & Croft, J. B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27(5), 713–725. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00204-0](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00204-0)
29. Dube, S. R., Felitti, V. J., Dong, M., Chapman, D. P., Giles, W. H., & Anda, R. F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564–572. <https://doi.org/10.1542/peds.111.3.564>
30. Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(3), 149–161. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000014>
31. Edwards, V. J., Anda, R. F., Gu, D., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2007). Adverse childhood experiences and smoking persistence in adults with smoking-related symptoms and illness. *The Permanente Journal*, 11(2), 5–13.
32. Felitti, V. J. (2002). The relation between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, 6(1), 44–47.
33. Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131–132. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>

34. Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: Implications for healthcare. In R. A. Lanius, E. Vermetten, & C. Pain (Eds.), *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic* (pp. 77–87). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511777042.010>
35. Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
36. Ford, E. S., Anda, R. F., Edwards, V. J., Perry, G. S., Zhao, G., Li, C., & Croft, J. B. (2011). Adverse childhood experiences and smoking status in five states. *Preventive Medicine*, 53(3), 188–193. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.06.015>
37. Fuller-Thomson, E., Roane, J. L., & Brennenstuhl, S. (2016). Three types of adverse childhood experiences, and alcohol and drug dependence among adults: An investigation using population-based data. *Substance Use & Misuse*, 51(11), 1451–1461. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1181089>
38. Gerra, G., Leonardi, C., Cortese, E., Zaimovic, A., Dell’Agnello, G., Manfredini, M., Somaini, L., Petracca, F., Caretti, V., Raggi, M. A., & Donnini, C. (2009). Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33(4), 601–610. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.08.002>

39. Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., Donovan, P., Hogan, M. E., Cronholm, J., & Tierney, S. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 425–446.
40. Gruber, K. J., & Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1–2), 1–29. https://doi.org/10.1300/J160v06n01_01
41. Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of Family Violence*, 28, 191–199. <https://doi.org/10.1007/s10896-012-9474-9>
42. Hornor, G. (2010). Child sexual abuse: Consequences and implications. *Journal of Pediatric Health Care*, 24(6), 358–364. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2009.07.003>
43. Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
44. Kalmakis, K. A., & Chandler, G. E. (2014). Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *Journal of Advanced Nursing*, 70(7), 1489–1501. <https://doi.org/10.1111/jan.12329>
45. Karunanayake, D. D. K. S., Babmarawana, D. T., & Vimukthi, N. D. U. (2020). The relationship between negative childhood experiences and later appearance of drug addiction. *International Journal of Indian Psychology*, 8(4), 233–240. <https://doi.org/10.25215/0804.030>

46. Kim, Y., Kim, K., Chartier, K. G., Wike, T. L., & McDonald, S. E. (2019). Adverse childhood experience patterns, major depressive disorder, and substance use disorder in older adults. *Aging & Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1693974>
47. Ko, C.-H., Lu, Y.-C., Lee, C.-H., & Liao, Y.-C. (2024). The influence of adverse childhood experiences and depression on addiction severity among methamphetamine users: Exploring the role of perseveration. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1382646. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1382646>
48. Koob, G. F. (2024). Alcohol use disorder treatment: Problems and solutions. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 64, 255–275. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-031323-115847>
49. Koob, G. F., & Vendruscolo, L. F. (2023). Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol addiction: Alcohol addiction as a reward deficit/stress surfeit disorder. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/7854_2023_424
50. Kraaij, V., & de Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: A life span perspective. *Aging & Mental Health*, 5(1), 84–91. <https://doi.org/10.1080/13607860020020681>
51. Le Foll, B., Piper, M. E., Fowler, C. D., Tonstad, S., Bierut, L., Lu, L., Jha, P., & Hall, W. D. (2022). Tobacco and nicotine use. *Nature Reviews Disease Primers*, 8, Article 19. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00346-w>
52. LeTendre, M. L., & Reed, M. B. (2017). The effect of adverse childhood experience on clinical diagnosis of a substance use disorder: Results of a nationally representative study. *Substance Use & Misuse*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1253746>

53. Leza, L., Siria, S., López-Goñi, J. J., & Fernández-Montalvo, J. (2021). Adverse childhood experiences and substance use disorder: A scoping review. *Drug and Alcohol Dependence*, 221, 108563. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108563>
54. Looti, M. (2025, October 18). Drug Use Disorders Identification Test—DUDIT. *Psychological Scales & Instruments Database*. <https://db.arabpsychology.com/scales/drug-use-disorders-identification-test-dudit/>
55. Martínez-Raga, J., Keaney, F., Marshall, E. J., Ball, D., Best, D., & Strang, J. (2002). Positive or negative history of childhood sexual abuse among problem drinkers: Relationship to substance use disorders and psychiatric co-morbidity. *Journal of Substance Use*, 7(1), 34–40. <https://doi.org/10.1080/14659890110110356>
56. McLafferty, M., Armour, C., Bunting, B., Ennis, E., Lapsley, C., Murray, E., & O'Neill, S. (2019). Coping, stress, and negative childhood experiences: The link to psychopathology, self-harm, and suicidal behavior. *PsyCh Journal*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/pchj.301>
57. Min, M., Farkas, K., Minnes, S., & Singer, L. T. (2007). Impact of childhood abuse and neglect on substance abuse and psychological distress in adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 833–844. <https://doi.org/10.1002/jts.20250>
58. Moustafa, A. A., Parkes, D., Fitzgerald, L., Underhill, D., Garami, J., Levy-Gigi, E., Stramecki, F., Valikhani, A., Frydecka, D., & Misiak, B. (2018). The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review. *Current Psychology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9973-9>

59. Novais, M., Henriques, T., Vidal-Alves, M. J., & Magalhães, T. (2021). When problems only get bigger: The impact of adverse childhood experience on adult health. *Frontiers in Psychology*, 12, Article 693420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.693420>
60. Ogai, Y., Senoo, E., Gardner, F. C., Haraguchi, A., Saito, T., Morita, N., & Ikeda, K. (2015). Association between experience of child abuse and severity of drug addiction measured by the Addiction Severity Index among Japanese drug-dependent patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(3), 2781–2792. <https://doi.org/10.3390/ijerph120302781>
61. Oshri, A., Kogan, S. M., Kwon, J. A., Wickrama, K. A. S., Vanderbroek, L., Palmer, A. A., & MacKillop, J. (2017). Impulsivity as a mechanism linking child abuse and neglect with substance use in adolescence and adulthood. *Development and Psychopathology*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0954579417000943>
62. Puetz, V. B., & McCrory, E. (2015). Exploring the relationship between childhood maltreatment and addiction: A review of the neurocognitive evidence. *Current Addiction Reports*, 2, 318–325. <https://doi.org/10.1007/s40429-015-0073-8>
63. Read, J., & Bentall, R. P. (2012). Negative childhood experiences and mental health: Theoretical, clinical and primary prevention implications. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 89–91. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096727>
64. Sahu, K. K., & Sahu, S. (2012). Substance abuse causes and consequences. *Bangabasi Academic Journal*, 9, 52–59.

65. Salomon Weiss, M. J., & Wagner, S. H. (1998). What explains the negative consequences of adverse childhood experiences on adult health? Insights from cognitive and neuroscience research. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 356–360. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00011-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00011-7)
66. Salter, M., & Breckenridge, J. (2014). Women, trauma and substance abuse: Understanding the experiences of female survivors of childhood abuse in alcohol and drug treatment. *International Journal of Social Welfare*, 23(2), 165–173. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12045>
67. Schimmenti, A., Maganuco, N. R., La Marca, L., Di Dio, N., Gelsomino, E., & Gervasi, A. M. (2015). “Why do I feel so bad?” Childhood experiences of emotional neglect, negative affectivity, and adult psychiatric symptoms. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(6 S1), 259–265. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n6s1p259>
68. Sebaló, I., Königová, M. P., Vňuková, M. S., Anders, M., & Ptáček, R. (2023). The associations of adverse childhood experiences with substance use in young adults: A systematic review. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 17, 1–21. <https://doi.org/10.1177/11782218231193914>
69. Shin, S. H., McDonald, S. E., & Conley, D. (2018). Patterns of adverse childhood experiences and substance use among young adults: A latent class analysis. *Addictive Behaviors*, 78, 187–192. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.11.020>
70. Vahratian, A., Briones, E. M., Jamal, A., & Marynak, K. L. (2025). Electronic cigarette use among adults in the United States, 2019–2023 (NCHS Data Brief No. 524). National Center for Health Statistics. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/174583>

71. Villanueva, L., & Gomis-Pomares, A. (2020). The cumulative and differential relation of adverse childhood experiences and substance use during emerging adulthood. *Child Psychiatry & Human Development*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01029-x>
72. Wells, K. (2009). Substance abuse and child maltreatment. *Pediatric Clinics of North America*, 56(2), 345–362. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2009.01.006>
73. Wolitzky-Taylor, K., Sewart, A., Vrshek-Schallhorn, S., Zinbarg, R., Mineka, S., Hammen, C., Bobova, L., Adam, E. K., & Craske, M. G. (2016). The effects of childhood and adolescent adversity on substance use disorders and poor health in early adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s10964-016-0566-3>
74. Zilberman, N., Yadid, G., Efrati, Y., & Rassovsky, Y. (2019). Negative and positive life events and their relation to substance and behavioral addictions. *Drug and Alcohol Dependence*, 204, 107562. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.107562>

ДОДАТКИ

Додаток А

Зміст питань авторської анкети для визначення особливостей вживання тютюнових виробів

1. Чи палите Ви цигарки, електронні цигарки або вживаєте інші тютюновмісні вироби?
 - а) Так
 - б) Ні, але вживав в минулому
 - в) Ні, ніколи
2. Якщо відповідь на попереднє питання "Так", то як часто це відбувається протягом останнього року?
 - а) Не вживаю
 - б) Раз на декілька місяців або рідше
 - в) Щомісяця
 - г) Щотижня
 - д) Кожного дня або майже кожного дня
3. Якщо Ви палите цигарки, то скільки цигарок в день Ви зазвичай вживаєте останній рік?
 - а) Не палю
 - б) 1-2
 - в) 3-5
 - г) 5-10

д) більше 10

4. Якщо Ви вживаєте електронні цигарки або інші тютюнові вироби, то скільки разів на день це в середньому відбувається протягом останнього року?

а) Не вживаю

б) 1-2

в) 3-5

г) 5-10

д) більше 10

5. Чи бувало, що Ви не могли зупинитись на одній цигарці / тютюновому виробі і вживали декілька підряд? Якщо так, то скільки цигарок / тютюнових виробів підряд Ви могли спожити?

а) Не палю / не вживаю

б) Не бувало

в) 2-3

г) 4-5

д) 5 і більше

Ключ: питання 1— а) 4; б) 2; в) 0; питання 2-5 — а) 0; б) 1; в) 2; г) 3; д) 4.

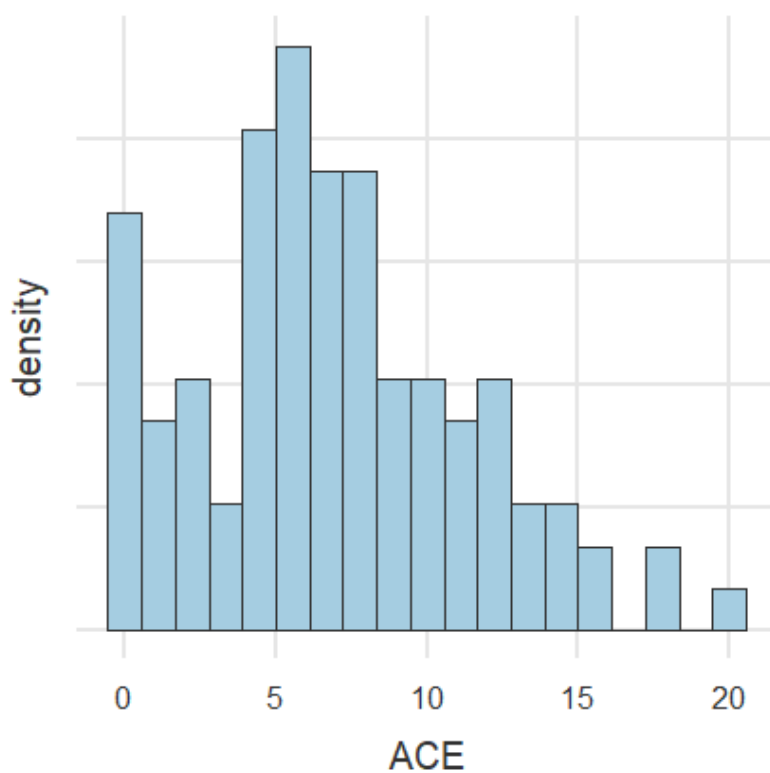
Додаток Б

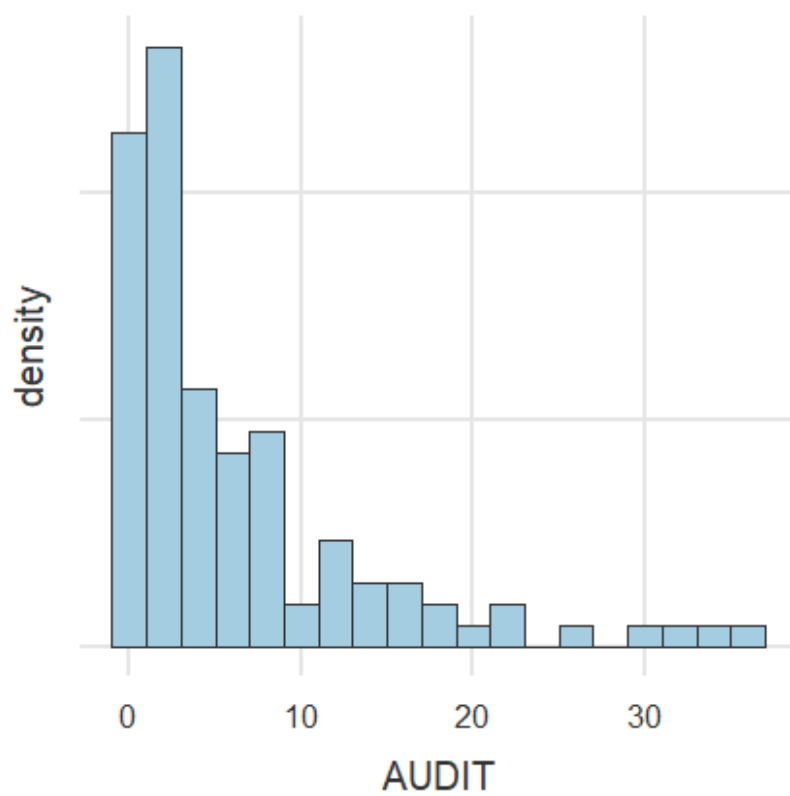
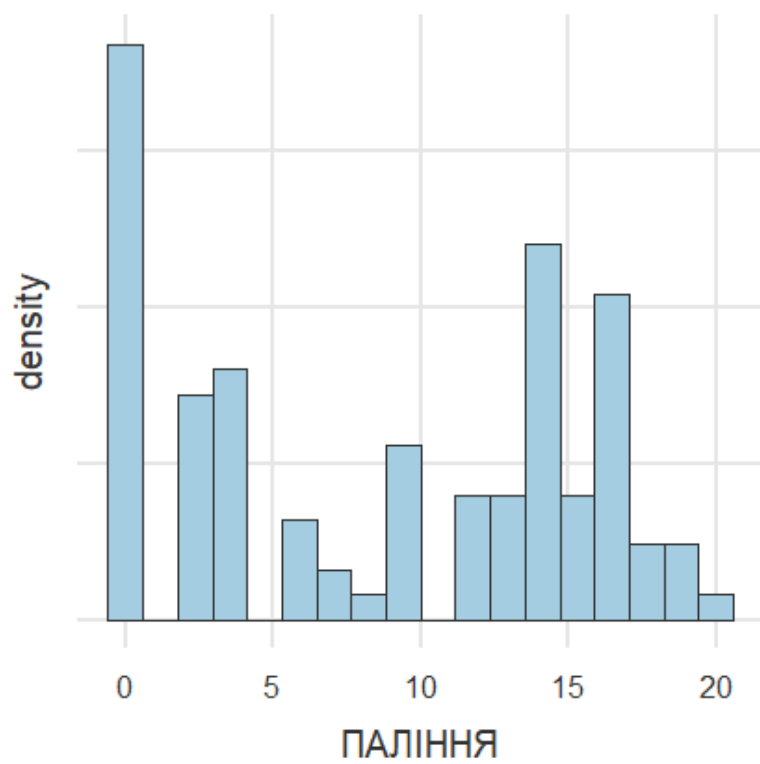
Дескриптивний аналіз та відповідні графіки

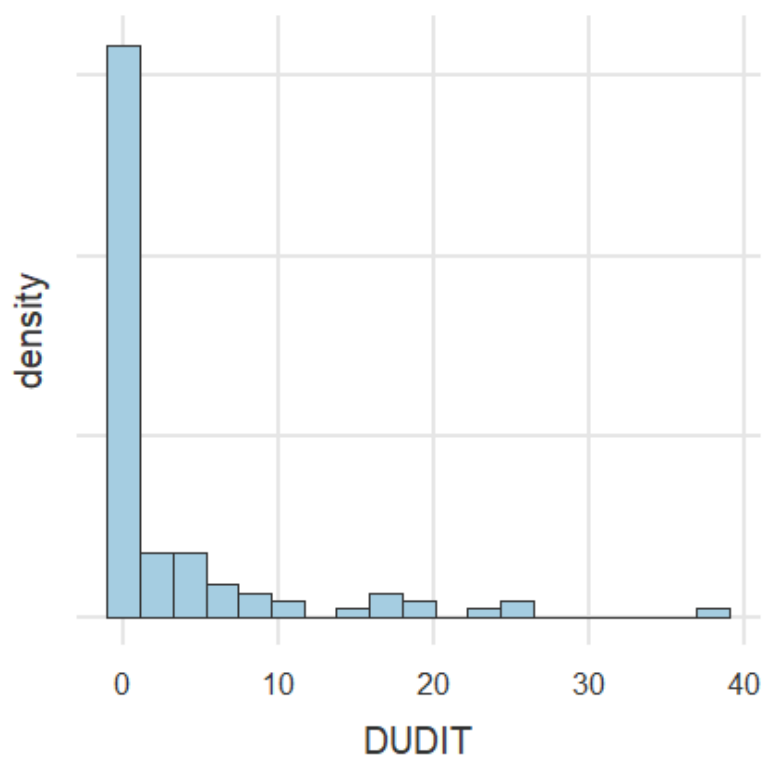
Descriptives

	ACE	ПАЛІННЯ	AUDIT	DUDIT
N	106	106	106	106
Missing	0	0	0	0
Mean	6.97	8.70	6.64	3.24
Median	7.00	9.50	4.00	0.00
Mode	6.00	0.00	0.00 ^a	0.00
Standard deviation	4.52	6.69	7.79	6.67
Minimum	0	0	0	0
Maximum	20	20	36	38
Shapiro-Wilk W	0.966	0.879	0.768	0.561
Shapiro-Wilk p	0.008	< .001	< .001	< .001

^a More than one mode exists, only the first is reported







Додаток В

Кореляційна матриця між показниками негативного дитячого досвіду та вживання психоактивних речовин

Correlation Matrix

		РЕЗУЛЬТАТИ ACE	РЕЗУЛЬТАТИ AUDIT	РЕЗУЛЬТАТИ DUDIT	РЕЗУЛЬТАТИ ПАЛІННЯ
РЕЗУЛЬТАТИ ACE	Spearman's rho	—			
	df	—			
	p-value	—			
РЕЗУЛЬТАТИ AUDIT	Spearman's rho	0.317 ***	—		
	df	104	—		
	p-value	< .001	—		
РЕЗУЛЬТАТИ DUDIT	Spearman's rho	0.293 **	0.593 ***	—	
	df	104	104	—	
	p-value	0.002	< .001	—	
РЕЗУЛЬТАТИ ПАЛІННЯ	Spearman's rho	0.228 *	0.424 ***	0.369 ***	—
	df	104	104	104	—
	p-value	0.019	< .001	< .001	—

Note. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$