

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Зв'язок посттравматичних стресових симптомів з адиктивною поведінкою студентів

Кваліфікаційна робота

Студентки 2 року ОР Магістр (спеціальність 053 “Психологія”, освітня програма “Клінічна психологія з основами психотерапії”)

ГОНЧАРЕНКО Діани Вячеславівни

Науковий керівник:

докторка психологічних наук, професорка,
завідувачка кафедри психодіагностики та
клінічної психології Київського
національного університету імені Тараса
Шевченка

КРУПЕЛЬНИЦЬКА Людмила Францівна

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 ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ СИМПТОМІВ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ СТУДЕНТІВ.....	12
1.1. Адиктивна поведінка як психологічний феномен.....	12
1.2. Психологічні кореляти адиктивної поведінки студентів.....	18
1.3. Посттравматичні стресові симптоми як чинник адиктивної поведінки.....	23
Висновки до розділу 1.....	31
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ СИМПТОМІВ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ СТУДЕНТІВ.....	34
2.1. Концептуальна модель дослідження.....	34
2.2. Організація та методи емпіричного дослідження.....	37
2.3. Формування вибірки та збір даних.....	50
Висновки до розділу 2.....	57
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ СИМПТОМІВ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ СТУДЕНТІВ.....	60
3.1. Аналіз рівня посттравматичних стресових симптомів.....	60
3.2. Аналіз рівня адиктивної поведінки.....	63
3.3. Зв'язки посттравматичних стресових симптомів та адиктивної	

поведінки.....	72
3.3.1. Взаємозв'язки посттравматичних стресових симптомів, адиктивної та суїцидальної поведінки.....	72
3.3.2. Аналіз предикторної ролі посттравматичних стресових симптомів.....	75
3.3.3. Медіаційний аналіз ролі адиктивної поведінки.....	79
Висновки до розділу 3.....	83
ВИСНОВКИ.....	86
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	89
ДОДАТКИ.....	100

ВСТУП

Актуальність теми дослідження

Демографічна ситуація в Україні внаслідок війни характеризується підвищеним рівнем ризиків. Водночас одним із недооцінених наслідків воєнного стану є потенційне зростання адиктивної поведінки серед цивільного населення як форми дезадаптивного реагування на хронічно виражені посттравматичні стресові симптоми. Воєнні події супроводжуються значним підвищенням рівня психологічного напруження серед населення, що зумовлює зростання ризиків порушення психічного здоров'я. Особливо вразливою групою є студентська молодь, яка перебуває на етапі активного особистісного та соціального становлення і водночас змушена адаптуватися до умов воєнного стану. У цій проблематиці важливими є значимість та актуальність дослідження: “Зв'язок посттравматичних стресових симптомів з адиктивною поведінкою студентів”.

Адиктивна поведінка є поширеною формою реагування на стрес, особливо серед студентської молоді, яка під впливом посттравматичних стресових симптомів через воєнний стан в Україні шукає способи зменшити напруження. Війна створила численні психо-травмувальні фактори, які не лише підвищують рівень стресу, а й стимулюють пошук стратегій уникнення реальності, що часто проявляється у ризиковій поведінці. Водночас зв'язок між посттравматичними стресовими симптомами та адиктивною поведінкою має опосередкований характер і реалізується через механізми психологічного копіngu та емоційної регуляції.

Найпоширеніші форми адиктивної поведінки сьогодні включають куріння, вживання алкоголю та наркотиків, гемблінг, надмірне користування соціальними мережами та комп'ютерними іграми. У даному дослідженні адиктивна поведінка розглядається як сукупність

поведінкових та хімічних залежностей. Після повномасштабного вторгнення поширеність цих проявів значно зросла: згідно з даними українського дослідження 2024 року – понад 50 % студентів вживали алкоголь більш ніж 40 днів протягом року, а ризик суїцидальних тенденцій за шкалою PSS досягнув 45 %. Це свідчить, що адиктивна поведінка стає не лише соціальною проблемою, а й стратегічним механізмом подолання стресу, який може поглиблювати залежності та ризик суїцидальної поведінки.

Крім цього О. Мушаківська та інші доходять до висновку, що травматичні переживання та не впевнені життєві умови під час війни пов'язані з ризиком підвищеного вживання психоактивних речовин. У дослідженні брали участь 1398 українських студентів, результати показали, що під час війни виявлено 66,4 % респондентів, які повідомили про вживання алкоголю, а 11,5 % – інших психоактивних речовин (Myshakivska et al., 2024).

Порівняти ситуації між довоєнним періодом та сьогоденням, можна завдяки дослідженням 2012 року проведеним Центром експертизи з питань наркотиків у Європі (European Union Drugs Agency (EUDA) (European Union Drugs Agency, n.d.). Де можна побачити зв'язок між зменшенням рівня алкогольної залежності та набуття популярності тенденція до вживання наркотиків (зокрема ін'єкційної опіоїдної залежності) (European Union Drugs Agency, 2016). Уже звіт у 2022 році показав 17 осіб на 10 000 населення з розладами через наркотики, де значна частка становить опіоїди. Крім цього, зростає полі-наркотичне вживання та нові види психоактивних речовин, що може свідчити про розширення нахилів та зміну структури адиктивної поведінки під впливом хронічного стресу та війни. Порівняння дозволяє виявити трансформацію структури адиктивної поведінки під впливом хронічного стресу та соціальної нестабільності, що ще раз підтверджує актуальність та глобалізацію даної проблеми.

Наразі у сучасних дослідженнях все частіше наголошується на взаємозв'язку посттравматичних стресових симптомів та адиктивної поведінки як форм дезадаптивного реагування на хронічно виражені посттравматичні стресові симптоми і психотравмувальні події. Проблему адиктивної поведінки студентської молоді, її детермінант та дезадаптивних форм реагування досліджували У. Б. Михайлишин, Н. М. Калька, В. Лютий, Н. Бозовчук, Н. Берегова, В. Мороз та інші; серед зарубіжних учених вагомий внесок у вивчення стресу, копінг-стратегій та залежної поведінки зробили Р. Лазарус, С. Фолькман, Г. Марлатт, А. Бандура, Б. Ван Дер Колк та інші.

Незважаючи на наявні дослідження, рівень розробленості зазначених питань не є вичерпним і потребує подальшого опрацювання як теоретичної, так і практичної складової проблеми. Недостатньо вивченим залишається саме комплексний зв'язок між посттравматичними стресовими симптомами та структурою появи та / або розвитку адиктивної поведінки студентської молоді в умовах тривалої війни в Україні. Це підкреслює актуальність дослідження та його науковий і практичний інтерес.

Мета дослідження: проаналізувати зв'язок між посттравматичними стресовими симптомами та адиктивною поведінкою студентів.

Завдання дослідження

1. Здійснити теоретико-методологічний аналіз адиктивної поведінки студентів як психологічного феномена.
2. Оцінити рівень вираженості посттравматичних стресових симптомів та показників адиктивної поведінки студентів.
3. Визначити характер і силу зв'язку між посттравматичними стресовими симптомами та адиктивною поведінкою студентів.
4. Перевірити предикторну роль посттравматичних стресових симптомів щодо адиктивної поведінки студентів.

5. Перевірити опосередковувальну роль адиктивної поведінки у взаємозв'язку між посттравматичними стресовими симптомами та суїцидальними тенденціями студентів.

Об'єкт дослідження: адиктивна поведінка студентів.

Предмет дослідження: зв'язок посттравматичних стресових симптомів з адиктивною поведінкою студентів.

Методи дослідження.

Для вирішення окреслених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів наукового пізнання.

1. Теоретичні: аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел з проблеми адиктивної поведінки, їх наслідків та посттравматичних стресових симптомів; систематизація сучасних вітчизняних і зарубіжних підходів до вивчення адикцій та посттравматичних стресових симптомів серед молоді; інтерпретація емпіричних результатів у контексті обраної теми дослідження;
2. Емпіричні: анкетування (у формі онлайн-опитування), психодіагностичне тестування. Валідність та надійність не викликають сумнівів, оскільки і якісні методи збору інформації. Для вимірювання основних змінних дослідження використано такі методики: Авторська сформована анкета соціально-демографічних даних та блок питань для визначення наявності воєнного досвіду, створений на основі переліку воєнних стресорів, представленого у дослідженні “War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war”. Даний блок не є стандартизованою психометричною шкалою та використовується для фіксації факту переживання потенційно травматичних подій; AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) для оцінки ризикованого вживання алкоголю. Розроблений групою експертів Всесвітньої організації охорони

здоров'я (BOOЗ); автори: Томас Ф. Бейбор, Джон Б. Сондерс, Олаф Г. Осланд, Хуан Р. де ла Фуенте, Марістела Грант (1993); DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) для оцінки вживання психоактивних речовин. Автори: Анна Х. Берман, Ганс Бергман, Том Пальмстєрна, Стен Рьоннберг (2003, Каролінський інститут, Швеція); IAT (Internet Addiction Test) для оцінки рівня інтернет-адикції. Автор: Кімберлі С. Янг (1998); SSI (Scale for Suicidal Ideation) для оцінки ризику суїцидального мислення. Автори: Аарон Т. Бек, Марія Ковач, Арлін Вайссман (1979); IES-R (Impact of Event Scale-Revised) для оцінки вираженості симптомів дистресу, пов'язаного з травматичними подіями, а саме вираженість посттравматичних стресових симптомів. Автори: Даніель С. Вайсс та Чарльз Р. Мармар (1997) на основі оригінальної шкали, створеної Марді Дж. Горовіц (1979).

Для статистичної обробки емпіричних даних використано методи математичної статистики відповідно до мети та завдань дослідження. Зокрема, застосовано методи описової статистики (середні значення, стандартні відхилення, частотний аналіз) для узагальнення основних характеристик вибірки та досліджуваних показників. Для порівняльного аналізу вікових груп був використаний U-критерій Манна-Уїтні. Для виявлення взаємозв'язків між рівнем посттравматичних стресових симптомів та показниками адиктивної поведінки використано кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Спірмена. Для визначення предикторної ролі посттравматичних стресових симптомів щодо адиктивної поведінки використано регресійний аналіз. Для визначення опосередкованої ролі адиктивної поведінки використано медіацію, де додатковою залежною змінною став ризик суїцидальних тенденцій, як наслідка. Статистичну обробку даних здійснено за допомогою програмного забезпечення "Jamovi".

Дослідницька вибірка. У дослідженні взяли участь 327 респондентів, серед яких 234 жінки та 93 чоловіків віком від 18 до 50 років. емпірична база, на якій ґрунтувалося дослідження проводилося у форматі онлайн-опитування на різних соціальних платформах, з використанням анкети в Google Forms, що забезпечило анонімність, добровільність участі та психологічну безпеку респондентів. Участь у дослідженні була добровільною, незалежною від соціально-демографічних параметрів та без залучення клініко-психологічної вибірки. Усі респонденти були проінформовані про мету дослідження та надали усвідомлену згоду на участь. Час проведення опитування: з 01.12.2025 року по 1.03.2026 року.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що

вперше:

- виявлено кореляційні, регресійні та медіаційні взаємозв'язки між посттравматичними стресовими симптомами, адиктивною поведінкою та суїцидальними тенденціями студентів;
- доведено опосередковуючу посилюючу роль адиктивної поведінки у зв'язку між посттравматичними стресовими симптомами та суїцидальними тенденціями студентів.

набули подальшого розвитку положення про:

- психологічні наслідки посттравматичних стресових симптомів для студентської молоді як специфічної соціально вразливої групи;
- підвищену вразливість студентського віку до формування адиктивних форм поведінки в умовах хронічного стресу, соціальної нестабільності та воєнної невизначеності;

Практичне значення одержаних результатів полягає в можливості використання результатів дослідження у практиці психологічного супроводу студентської молоді в умовах війни. Отримані дані можуть бути

використані практичними психологами, клінічними психологами, психотерапевтами та соціальними працівниками для раннього виявлення студентів групи ризику щодо формування адиктивної поведінки та суїцидальних тенденцій, а також для розробки й упровадження програм психологічної профілактики, психокорекції та психоедукації. Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності психологічних служб закладів вищої освіти, центрів психологічної допомоги, а також у межах програм підтримки психічного здоров'я студентів в умовах воєнного стану.

Достовірність і обґрунтованість результатів дослідження забезпечено теоретико-методологічною обґрунтованістю вихідних положень дослідження; відповідністю застосованих методів меті, завданням і логіці дослідження; використанням валідного та надійного психодіагностичного інструментарію; репрезентативністю вибірки; застосуванням сучасних методів математико-статистичного аналізу даних; коректною інтерпретацією отриманих емпіричних результатів; поєднанням теоретичного аналізу проблеми з емпіричною перевіркою висунутих припущень.

Отримані результати дозволяють розробити конкретні рекомендації для практичних психологів та створити програми профілактики, ефективні для студентів, однієї з найбільш уразливих груп, а також створити екологічні способи справлятися зі стресом, де кожен може вибрати відповідний до своїх почуттів метод, незважаючи на економічні та соціальні фактори.

Структура та обсяг роботи

Дипломна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 84 найменування, з них – 62 іноземною мовою. Дослідження містить 12 таблиці і 7 рисунків. Обсяг додатків становить – 6.

Основний зміст викладено на 88 сторінках комп'ютерного набору.
Повний обсяг роботи становить 114 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ СИМПТОМІВ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ СТУДЕНТІВ

1.1. Адиктивна поведінка як психологічний феномен

Досліджуючи будь-яку проблематику, в першу чергу, ми звертаємось до етимології слова. Якщо розглядати термін “Адиктивна поведінка”, то простежується зв'язок між латинським походженням “addiction” – “сліпо відданий”, “той, що потрапив у рабську залежність” у його сучасному розумінні. Дефініцію “адиктивна поведінка” вперше ввів у науковий обіг американський дослідник В. Міллер для визначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан (Левченко et al., 2023). А найбільш цитоване американське визначення належить Г. Марлатт, Д. Баєр, Д. Донован та Д. Ківлахан (Університет Вашингтона), де зазначено, що “Адиктивна поведінка – це повторюваний патерн звичок, який підвищує ризик захворювання та/або пов'язаних з ним особистих і соціальних проблем. Адиктивна поведінка суб'єктивно часто переживається як “втрата контролю” – поведінка продовжується навіть попри вольові спроби утриматись або обмежити її” (Marlatt et al., 1988).

Вже українські вчені, такі як А. Личко та В. Бітенський, описують глибинну динаміку цього явища як “процес, що супроводжується поступовим підвищенням толерантності до об'єкта залежності, постійною зосередженістю на його отриманні та труднощами у припиненні вживання навіть попри усвідомлення негативних наслідків” (Свідовська, 2020).

Додатково до цього термін набуває і соціально-нормативного визначення, а саме адиктивна поведінка – це вид залежної поведінки, яка

суперечить загальноприйнятим у суспільстві нормам і має негативні соціальні, фізичні та психічні наслідки (Берегова, 2023).

Тому, розглядаючи різнопланові визначення, можна дійти висновку, що у психологічній літературі адиктивна поведінка зазвичай розглядається як одна з форм девіантної та деструктивної поведінки (Psychology Today, 2026). Вона пов'язана з прагненням до зміни психічного стану за допомогою певної діяльності або психоактивних речовин.

У сучасній психології та психіатрії відсутня єдина класифікація адиктивної поведінки. Кожна країна має свій набір вчених, які досліджують різні спектри адикцій. Проте, незважаючи на це, розглядаючи класифікацію адиктивної поведінки, доцільно згадати компонентну модель адикції Марка Гріффітса (Griffiths, 2005). Його універсальна психологічна модель є міжнародним стандартом та визначає, чи є поведінка адиктивною.

1. Згідно з цим стандартом, всі адиктивні форми поведінки мають шість ключових компонентів (Михайлишин, 2018):
2. Значущість (Salience) – адиктивна поведінка стає найважливішою/центральною активністю у житті людини;
3. Зміна настрою (Mood modification) – суб'єктивне покращення стану або зниження негативного афекту. Використовується для регуляції емоцій;
4. Толерантність (Tolerance) – потреба збільшувати частоту або інтенсивність поведінки для досягнення того самого ефекту;
5. Симптоми відміни (Withdrawal) – неприємні фізіологічні та психологічні ефекти при припиненні поведінки. Для кращого розуміння додатково слід зазначити, що термін синдром відміни (абстинентний синдром) – це патологічний стан, що характеризується специфічними симптомами (тривога, дратівливість, тремор, порушення сну, соматичний дискомфорт та ін.), які з'являються внаслідок припинення або зменшення

надходження речовини, що раніше регулярно вживалася (World Health Organization, n.d.-b);

6. Конфлікт (Conflict) – особистісний та міжособистісний;
7. Рецидив (Relapse) – повернення до попереднього рівня поведінки після спроб скоротити її.

Ця модель підходить для будь-якої поведінки незалежно від об'єкта, типу ігор, соціальних мереж, роботи, спорту або навчання. Вона дозволяє діагностувати поведінку як потенційну адикцію.

Також, слід зазначити, що у сучасній науці домінує підхід, представлений у DSM-5, де адиктивна поведінка розглядається в межах розладів, пов'язаних із вживанням речовин та адиктивних розладів (American Psychiatric Association, 2022). Він включає універсальні критерії адикції. Розлад вживання речовин діагностується за наявності щонайменше двох із одинадцяти критеріїв, що виключають порушення контролю, соціальну дезадаптацію, ризиковану поведінку та фармакологічні прояви (толерантність і синдром відміни). До того ж, саме в DSM-5 певна поведінка, а не лише речовина, була класифікована саме як адикція.

Підсумовуючи умовно ми можемо виділити два основних види залежностей:

1. Хімічні (алкоголь, наркотики, тютюн та ін.);
2. Поведінкові (інтернет-залежність, шопінг, гемблінг, лудоманія та ін.);

Дослідники відзначають, що характерними ознаками адикції є поступова втрата контролю, формування залежності, а також тенденція до соціальної ізоляції та уникнення реальних життєвих проблем (О. Беспалько; О. Кондратьєв; Б. Левін; Д. Семенов) (Третьякова, 2025). Проте механізми адиктивної поведінки мають набагато глибше структуру. Їх утворення має свою систему та народжується в результаті багаторівневих взаємодій.

Базовий рівень сучасної адиктології – це нейробіологічні механізми. Вони відповідають за те, як адикція порушує систему винагороди мозку та дофамінові шляхи. Де конкретні дії або речовина активують мезолімбічний дофаміновий шлях, що призводить до відчуття задоволення або полегшення (ейфорії) (Ferrer-Pérez et al., 2024).

Проте поступово дія дофаміну слабшає і для досягнення того самого ефекту потрібна буде більша інтенсивність стимулу (вибудовується толерантність). Наприклад: дозування, частота, тривалість, дія. При цьому відбувається порушення виконавчого контролю та з'являється імпульсивна поведінка. Де в результаті поведінка переходить від отримання насолоди до усунення дискомфорту, тобто відбувається формування патологічної мотивації.

Зміни відбуваються не тільки в організмі, а і в психіці самої особистості. Все починається з когнітивних спотворень: ілюзії контролю (“я можу зупинити будь коли”) або мінімізації шкоди (“це не так вже і шкідливо”) та ін. (Kwako et al., 2016). Їх безліч і у подальшому вони утворюють автоматичний патерн мислення, при якому поведінка функціонує вже без свідомої участі людини. У деяких випадках адиктивна поведінка може виступати як дисфункціональна копінг-стратегія, що замінює більш адаптивні способи регуляції стану. Зниження тривоги, напруги або тимчасове приглушення емоцій може виступати методом до емоційної саморегуляції через речовини або не хімічну адиктивну поведінку. Будь-який результат, незалежно від того позитивний він чи негативний, може переростати в стійку звичку, яка автоматично активується на відповідні тригери (Semaan and Khan, 2023).

Окрім цього, психологічні механізми можуть працювати як зміна мотиваційної системи та формувати компульсивний потяг. Що пояснює перехід від ейфорії до синдрому відміни, де добровільна поведінка переростає в примусову і як наслідок залежність (Semaan and Khan, 2023).

Механізми формування залежностей працюють не тільки в рамках самої особистості, а і в її навколишньому середовищі. Саме тут соціальні фактори відіграють роль не тільки у появі, а і підтриманні адикції. Ізоляція та дефіцит підтримки можуть постати пусковим механізмом до формування адикцій незалежно від її виду. А соціальний тиск та нормалізація адиктивної поведінки в групі – підтримуючий та закріплюючий фактор патологічних процесів.

Звертаючись до “класиків” у цьому питанні, є найбільш релевантною Біопсихосоціальна модель Джорджа енджела. Згідно з її положеннями, психічні та соматичні стани не можуть бути пояснені лише біологічними чинниками. Будь-який психічний і соматичний стан (зокрема адикція) формується через взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів, утворюючи залежність (Engel, 1977). Саме ця модель демонструє та пояснює формування залежності, як системного феномену.

Тому саме ці механізми стають ключовими у розумінні етіології залежностей. Широкий спектр перелік причин, який визначає залежну поведінку, свідчить про множину факторів, що викликають патологічний потяг, який формується у людини. У психологічному контексті адикція виступає специфічним, хоча й деструктивним, механізмом адаптації. Це призводить до того, що замість конструктивного подолання складної (стресової) ситуації, людина намагається не помічати її та дистанціюватися. У такий спосіб реальні проблеми маскуються “безболісними” діями – від умовно соціально прийнятних форм, як-от трудового колекціонування, до важких патологічних залежностей (Шинкаренко et al., 2021).

Важливим підходом до пояснення формування залежностей є гіпотеза самолікування е. Ханцяна. Згідно з цією концепцією, вживання психоактивних речовин або залучення до адиктивної діяльності може виконувати функцію психологічного копінгу. Такі форми поведінки

використовуються для зменшення інтенсивності негативних емоційних станів – тривоги, депресії або наслідків психічної травми. У цьому контексті адикція може поставати не просто як “поганою звичка”, а розглядатися у контексті магістерської роботи, як механізм самопомоги та психічного самолікування (Khantzian, 1997).

Отже, гіпотеза розглядає залежність як спробу людини самостійно регулювати болісні емоційні стани або психічні розлади за допомогою психоактивних речовин. Як приклад можна провести зв’язок: студент вживає речовини або занурюється в інтернет, щоб знизити інтенсивність внутрішнього емоційного болю, який може супроводжуватися суїцидальними думками.

У сучасній адиктології залежність розглядається, як цикл, який включає в собі три основні фази (рис.1.1, як приклад хімічної залежності):



Рис. 1.1. Інтегративна модель хімічної адикції

1. Реалізація поведінки. Тобто отримання швидкого підкріплення;

2. Негативний афект через зростання дискомфорту (наприклад внутрішньої напруги і тривоги);
3. Очікування. Відбувається формування потягу та планування повторення (дій та / або речовин та ін.).

Цей цикл відповідає сучасним нейропсихологічним моделям, зокрема роботам Джорджа Куба та Нори Волков, де адикція розглядається як хронічний рецидивуючий процес. Їх масові дослідження продемонстрували як адиктивна поведінка супроводжується дисфункцією дофамінергічної системи та зниженням активності префронтальної кори, що призводить до порушення виконавчого контролю та посилення компульсивної поведінки (Koob and Volkow, 2010). Разом вони формують базу сьогодення в адиктології та розширюють поняття адиктивної поведінки як психологічного феномену.

1.2. Психологічні кореляти адиктивної поведінки студентів

Розуміючи, чим для студентства постає адикція та механізм її функціонування, доцільно розширити знання за допомогою вивчення його наслідків. Адикція безпосередньо виступає як фактор погіршення психічного стану, де наслідки такої поведінки доцільно розглядати як багатовимірний феномен, що охоплює афективний, когнітивний, поведінковий та соціальний рівні функціонування особистості (Мороз, 2023).

Ефекти адиктивної поведінки завжди серйозні, а в деяких випадках – фатальні. Наслідки ризиків не є вичерпними та прогресують у своїй чисельності, проте незмінним залишається одне: соціальний устрій та психічна й біологічна складова – все це потерпає від результату адиктивної поведінки студентів. При цьому доцільно розмежовувати адиктивну поведінку як фактор ризику та адикцію як клінічно оформлений розлад.

Як і з механізмами дії, як такої класифікації для наслідків адикцій просто не існує в Україні чи закордоном. Проте можна виокремити їх окремі параметри, наприклад:

1. За ступенем тяжкості у клінічному підході за DSM-5 ми розрізняємо:
 - 1.1. Легкі ризики, де функціональні порушення є мінімальними;
 - 1.2. Помірні ризики. При цьому відбувається епізодична дезадаптація (залежність уже впливає на психічний стан, поведінку та соціальну адаптацію, однак повної дезінтеграції ще не відбувається). Стани стійкі, але ще без критичних порушень особистості та її функціонування. Наприклад: зниження когнітивної продуктивності (увага, концентрація, робоча пам'ять), або посилена імпульсивність з проблематичним урівноваженням особистісної поведінки та ін. Важливим постає те, що в середньому стані людина здатна до критичності щодо свого стану, однак залишається нестабільною і може зменшуватись під впливом стресу та тригерів. Іншими словами, помірні ризики є перехідною стадією між епізодичним вживанням та/або поведінкою та клінічно вираженою залежністю. Саме на цьому етапі втручання є найбільш ефективним, оскільки ще не сформовані глибокі нейробіологічні та соціальні порушення;
 - 1.3. Тяжкі ризики характеризуються глибокими порушеннями психіки та поведінки. Складова соціального функціонування також піддається змінам безпосередньо. Один з найтяжчих факторів цього стану є ймовірність незворотності цих наслідків, без термінового втручання зі сторони. Це зумовлено тим, що на цьому етапі залежність набуває клінічно вираженого характеру та супроводжується абсолютною втратою контролю над поведінкою. Під час епізоду

прослідковується прогресія формування коморбідних розладів, а особливо великого депресивного розладу. Також відбувається формування стійкого абстинентного синдрому з вираженим психофізіологічним дистресом та розвитком різних соматичних захворювань, в залежності від виду адикції.

2. У межах публічно-оздоровчого підходу (зокрема ВООЗ) шкода від адиктивної поведінки поділяється на:

2.1 Пряма – безпосередньо на саму особистість через біологічний вплив речовини або поведінки. Туди входять такі явища, як токсичний вплив речовин або нейрофізіологічні зміни;

2.2 Непряма розглядається у контексті наслідку через поведінку і соціум, опосередковано фінансовими проблемами, втратою статусу та соціальної ролі, правовими наслідками та ін. (World Health Organization, 2019).

Афективні порушення характеризуються емоційною лабільністю та деградацією. Окрім вище згаданої депресивної симптоматики, вони включають такі наслідки, як тривожність, емоційна нестабільність, ангедонія (іншими словами – втрата задоволення).

Когнітивні наслідки часто недооцінюють інші науковці досліджуючи адиктологічні теми, проте такі моменти, як зниження концентрації уваги, порушення виконавчих функцій, когнітивна ригідність або проблеми з прийняттям рішень вже є великим предиктором до порушення внутрішньої організації психіки.

Неможливо не зауважити важливість поведінкових змін внаслідок адиктивної поведінки. Імпульсивність, ізоляція, ризикована поведінка, порушення режиму (сон, навчання), прокрастинація та додатково академічна дезадаптація – все це незвичайне студентське життя, а фактор для звернення термінової допомоги фахівця.

Для будь-якого студента соціальний фактор відіграє ключову, а, у деяких випадках, головну, роль. Порушення міжособистісних стосунків, зниження соціального функціонування, конфліктність та відчуження ускладнює та пролонгує фактор стресу, що зумовлює додаткові результати, та наслідки тільки прогресують. Відбувається замкнене коло.

Розглядаючи наслідки та численні дослідження сьогодення все частіше в інтернет потрапляє інформація щодо клінічних ризиків у студентів (Татьянчиков, 2025). Важливо зазначити, що адиктивна поведінка рідко існує ізольовано та часто супроводжується коморбідними психічними розладами, що ускладнює її перебіг та погіршує прогноз. На важких стадіях відбувається нейробіологічна фіксація залежності, що проявляється у стійких змінах дофамінергічної системи та зниженні контролю з боку префронтальної кори.

Такі тяжкі ризики включають не просто депресивність, а цілі суїцидальні тенденції, де думки еволюціонують в дії через самоушкодження та формуванню залежності, як комплексного розладу. Суїцидальність формується під впливом сукупності факторів, де адиктивна поведінка виступає каталізатором, але не є єдиною причиною. Саме тому вона не є прямим наслідком, проте стає летальним ризиком.

Добре цю проблематику висвітлює розгляд прикладів крос-культурного аспекту. Наприклад, беручи до уваги Захід, Азію та Пострадянські традиції, ми можемо виявити та порівняти прояви та тенденції у різних соціумах.

У західній молоді (Європа та США) адиктивна поведінка студентів часто корелює з проблематичним використанням соціальних мереж, проте тут саме соціальні мережі є чинником до суїцидальності та адикції. Це проявляється через низку чинників, зокрема: кібербулінг, надмірне споживання контенту та соціальні порівняння, що в свою чергу призводить до втрати контролю над собою та часом, особистісні проблеми (наприклад,

з самооцінкою) та соціальну ізоляцію. Суїцидальна поведінка тут пов'язана з депресією, тривогою та самопошкодження, де проблематичне використання соціальних мереж посилює симптоми через пасивний скролінг та FOMO (fear of missing out / синдром втрачених можливостей – це психологічний феномен, що означає страх пропустити щось важливе або приємне, що відбувається з іншими людьми (Аршава і Баратинська, 2024), з 11 % підлітків, які демонструють проблематичне використання, що корелює з 13 % депресією (World Health Organization, 2023). І як наслідок, може призвести до більш патологічної адиктивної поведінки у формі наркотичних речовин (часто легалізованих, типу канабісу) та алкоголю.

У Азійському середовищі дуже поширена проблема культурної стигми та сімейного тиску, що зумовлює надмірне споживання соціальними мережами та ігровою залежністю, маскуючи стрес через толерантність та втечу. За даними дослідження 2025 року, де 24.9 % студентів з Китаю мають тривогу, а 37 % – депресію, можна зробити наступний висновок, що, такі чинники, як, наприклад, низька толерантність до невизначеності, провокують самопошкодження, і в результаті більш руйнівну адиктивну поведінку (Zhu et al., 2025).

Пострадянське суспільство, до яких входить українська молодь, завжди мало домінуючу проблематику адикцій через свою роль стресу, алкоголю та наркотиків. У новому дослідженні 2025 року, визначено, що 20-29 % населення має підвищений ризик суїцидальності під час війни, з адиктивною поведінкою як “втечею” від стресу (Reznik et al., 2025). Інше дослідження ще раз підтвердило гіпотезу та дійшло висновків, що суїцидальність посилюється молодшим віком, самотністю та сімейними конфліктами, з наркотиками випереджаючими алкоголь, та снодійними засобами через кошмари (Syunyakov et al., 2022).

Отже, розглянувши світові приклади, ми можемо зійтись на ключовому аспекті: адиктивна поведінка не лише є наслідком стресу, але й

виступає чинником, що підтримує та поглиблює психоемоційні порушення, формуючи замкнене коло дезадаптації. Адиція маскує стрес методом вживання алкоголю, наркотиків, надмірного споживання соціальними мережами (та ін.) через механізм “втечі”. У воєнних умовах стрес тільки подвоюється. Це зумовлює використання адиктивної поведінки як копінг-стратегії, що циклічно веде до конкретних наслідків наведених у даному розділі.

1.3. Посттравматичні стресові симптоми як чинник адиктивної поведінки

У своїй книзі “Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому” Бессел ван дер Колк розглядає посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) як “наслідок порушеної інтеграції травматичного досвіду, що проявляється у нав’язливих спогадах, гіпервозбудженні, дисоціативних реакціях та емоційному онімінні” (Ван дер Колк, 2021). У когнітивно-поведінкових моделях посттравматичний стресовий симптом, зокрема у роботах Едни Б. Фoa, трактується як стійкі реакції, що підтримуються дисфункціональними переконаннями та поведінкою уникнення (Foa et al., 2013).

Звертаючись до клінічної психології, варто розглянути один з найавторитетніших ресурсів стосовно Посттравматичний стресовий розлад (ПТСТР) – National Center for PTSD (U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD, n.d.). Тут ПТСС розглядаються як симптоми вторгнення, уникнення, негативних змін у мисленні та настрої, а також підвищеного збудження. Відповідно до Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders V (DSM-5), до основних проявів ПТСС належать інтрузивні спогади, уникнення нагадувань про травматичну подію, негативні зміни у когніціях і настрої, а також симптоми підвищеного психофізіологічного збудження (Substance Abuse and Mental Health

Services Administration, 2016). У Міжнародній класифікації хвороб версії 11 (МКХ-11; ICD-11) ці симптоми розглядаються як ключові ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його субклінічних проявів (Kurapov et al., 2022; World Health Organization, n.d.-a).

Отже, посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) є комплексом психологічних реакцій, що виникають у відповідь на переживання або свідчення травматичної події, яка супроводжується реальною чи потенційною загрозою життю, серйозним пораненням або насильством (World Health Organization, 2026). А у межах даного дослідження посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) розглядаються як континуум реакцій різного ступеня вираженості, що можуть впливати на поведінкові та емоційні способи адаптації особистості.

В умовах війни посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) виступають одним із ключових психологічних чинників, що підвищують ризик формування адиктивної поведінки серед студентської молоді. Посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) можуть виступати каталізатором для адиктивної поведінки для студентів. Українських студентів показало, що повномасштабна війна призвела до значного погіршення психоемоційного стану; а підвищений рівень страху, стресу та емоційного виснаження супроводжувався зростанням вживання алкоголю, тютюну та седативних препаратів (Kurapov et al., 2022). Тенденції до втечі зумовлюють використовувати механізм адиктивної поведінки, де стрес каталізує проблематичне використання соціальних мереж та вживання.

Пандемія COVID-19 зародила тривогу та депресію через перелік різнопланових чинників, а початок війни у 2022 році лише підсилив їх вплив. Такі наслідки вказують на формування патологічного кола: посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) сприяють формуванню потреби в адиктивних способах регуляції емоційного стану у форматі захисту, а сама адикція знижує резистентність психіки. Порівнюючи з

хронічним стресом від багаторічних конфліктів в Ізраїлі та Палестині, де у більшості молоді поставлений ПТСР та стигма блокує допомогу (Levi-Belz et al., 2024); українські студенти вже сьогодні починають демонструвати подібне (Курапов і Данилюк, 2025). Посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) посилюють вразливість студентів через ізоляцію, що підтверджує гіпотезу зв'язку з адиктивною поведінкою та суїцидальністю. З нейро-біологічної точки зору це можна пояснити так: кортизол мобілізує ресурси організму, але хронічно високий рівень порушує пластичність гіпокампа; знижує об'єм передньої кори і підсилює амігдалу – тобто мозкові структури, що відповідають за регуляцію емоцій і стрес-реакції (Варивода, 2022).

Тривало виражені посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) супроводжуються підвищенням дофамінової активності у мезолімбічній системі, що “чутливі” до винагороди (Павлюк і Кондратієва, 2025).

Це створює нейробіологічну платформу для адиктивної поведінки. Якщо простіше, то хронічна стимуляція призводить до нейропластичних змін у префронтальній корі – знижується контроль над імпульсами, стає важче гальмувати ризиковану поведінку (Ждан і Голованова, 2022). При цьому, додатково, хронічно виражені посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) тримають нервову систему у стані постійної “гіперпильності”, очікуючи чергової “атаки”. Тривале перебування в такому стані неминуче призводить до фази виснаження (Selye, 1956). На цій стадії когнітивний контроль слабшає, що робить особистість вразливою. Саме імпульсивність є тим “містком”, що поєднує схильність до вживання психоактивних речовин (ПАР) на піку емоційної напруги». Проте, варто враховувати, що локальні дані обмежені, а кожна війна унікальна (An et al., 2025).

У контексті дослідження береться до уваги студентство. Це зумовлено тим, що молодь – особливо відкрита група для ризику. У цей період відбувається становлення особистості через соціальні фактори,

сепарацію від сім'ї, навчання та здобуття особистісної незалежності. А також, загалом характерний високий рівень психологічної та соціальної перебудови.

Студенти під час війни поєднують у собі декілька факторів для ризику: посттравматичні стресові симптоми (ПТСС), перехід на дистанційний формат навчання, а отже і більшість проведення часу в мережі інтернет; у результаті – цифрове виснаження та ізоляція від офлайн-спільноти. Дослідження при UNICEF щодо факторів війни, що впливають на дезадаптивної поведінки та адикцій (а також, загальне психічне благополуччя) демонструє, що адиктивна поведінка підлітків в умовах війни формується під впливом багатфакторної системи, де провідну роль відіграють депресивні стани, порушення сімейних відносин та соціальні стресори. Війна виступає як потужний екзогенний чинник, який підсилює вже наявні психологічні вразливості, сприяючи їх переходу у клінічно значущі форми (Lazarus and Folkman, 1984). Отримані результати підкреслюють необхідність комплексних психотерапевтичних інтервенцій, зокрема когнітивно-біхевіорального підходу, спрямованого на корекцію деструктивних когнітивних схем та розвиток адаптивних стратегій емоційної регуляції (ЮНІСЕФ, 2019).

Підсумовуючи вище аргументоване, специфіка посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) для студентської молоді має кумулятивний ефект: вони руйнують не лише відчуття безпеки, а й базову вікову потребу в плануванні майбутнього. Втрата “часової перспективи” (коли студент не знає, чи настане завтра) породжує екзистенційну порожнечу (вакуум). Саме ця порожнеча, за В. Франклом, є головним чинником виникнення адикцій (“заповнення порожнечі сурогатами”), що в свою чергу може призвести до наслідків, таких як так суїцидальні наміри (“відмова від безглузлого існування”) (Frankl, 2016). Тобто наявність посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) – це не тільки страх, а і ціла трагедія кризи

ідентичності. Це є ще одним аргументом для посилення зародження або розвитку адиктивної форми життя.

Отже, розуміння теоретичних моделей таких аспектів, як адикція у студентів, дає можливість пояснити механізми їх формування (рис. 1.2).



Рис. 1.2. Теоретична модель зв'язку посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) з адиктивною поведінкою студентів

А з точки зору дослідження в подальшому – сприяє обґрунтованому вибору психодіагностичних методик та конструюванню інструментарію дослідження для оцінки ключових факторів. На етапі інтерпретації результатів це дозволяє виявити можливі зв'язки та статистичні

взаємозалежності між досліджуваними змінними. У результаті, знання моделей дозволить сформулювати та надати рекомендації для профілактики або інтервенції згідно з конкретними висновками.

Біопсихосоціальна модель (БПСМ) пояснює механізм адиктивної поведінки через трирівневу взаємодію: біологічні (генетика, нейротрансмітери, дофамінова гіперчутливість у молоді та толерантність), психологічні (депресія, стигма, імпульсивність) та соціальні фактори (ізоляція, стрес, війни) (Tio et al., 2023).

Глобальне дослідження 2021 року підтвердило стабільний зв'язок між кризовими соціальними умовами та зростанням психічних розладів і адиктивної поведінки. У кризових умовах посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) можуть запускати цикл емоційної дисрегуляції, що підвищує ймовірність формування адиктивної поведінки (GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators, 2024). Вони є каталізатором до адикції, де наркотики чи алкоголь (або будь-яка інша залежність) можуть поставати рушієм до зародження депресивного епізоду та, як наслідком, депресії. Вживання психоактивних речовин чи поведінкових стимулів (наприклад, інтернет, азартні ігри) посилює емоційні реакції – як позитивні, так і негативні. Коли виникають негативні емоції, вони зазвичай перевищують звичайний рівень суму чи роздратування і проявляються у формі депресивної симптоматики.

Адиктивна поведінка підсилює формування “патернів винагороди”: мозок швидко пов'язує стимул із сильним позитивним переживанням, що створює дисбаланс у системі винагороди. Під час вживання емоційний фон різко зростає, проте після закінчення дії стимулу він знижується нижче базового рівня. Це проявляється пригніченим настроєм, зниженням мотивації та здатності отримувати задоволення природним шляхом. Внаслідок цього формується патерн швидкого отримання винагороди, що пов'язаний із дисрегуляцією системи дофамінового підкріплення. Якщо

стимул не надходить, виникають негативні емоції, тривожність і депресивні прояви, що підштовхує до повторного вживання для відновлення емоційного балансу. Під час цього відбувається когнітивна безвихідь, тобто завжди є ймовірність того, що заключним епізодом цього циклу, після депресії, можуть стати суїцидальні тенденції.

Когнітивно-поведінкова модель описує проблематичне або дисфункціональне використання соціальних мереж як тригер (Yöüen and Keleş, 2024). Це відбувається через порівняння або синдром втрачених можливостей, згаданий раніше, що посилює самотність та депресію. Не забуваючи, що інтернет може виступати також поведінковою адикцією – дофамінова система “винагороди” працює за такою ж схемою, що і алкоголь та наркотики. Наприклад, коли людина отримує лайк, повідомлення або новий контент, виникає короткий дофаміновий сплеск – ейфорія. Цікаво, що на відміну від хімічної залежності, де реакція відбувається після самої дії та її результату, в інтернет-залежності значна частина дофамінової реакції виникає на етапі “очікування нагороди”. Звичка переростає в залежність, а поведінка – в автоматизм. Перевірити чи не прийшло повідомлення та очікувати нове постає новим сенсом. У комбінації з постійним соціальним порівнянням у цифровому середовищі може сприяти зниженню самооцінки та посиленню переживання соціальної ізоляції (Мороз, 2023). Коли людина тривалий час перебуває в цьому циклі, то в неї починає зароджуватись тенденція до підняття рівня кортизолу та зменшення рівня серотоніну (змiнами нейромедіаторного балансу), що веде до депресії та підвищує ризик до суїцидальних думок, або навіть дій.

Модель “Несприятливий досвід дитинства” (Adverse Childhood Experiences, ACEs) добре демонструє, що ранні травматичні події можуть виступати фактором ризику формування адиктивної поведінки. До таких подій належать фізичне або емоційне насильство, занедбаність, дисфункція

сім'ї, психічні розлади або залежності у батьків, а також хронічна нестабільність середовища (Blair et al., 2025).

А такі додаткові фактори, як посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) (з посередництвом депресії та самотності) виступають додатковими тригерами, що призводять до подальших наслідків.

Психологічний механізм цього зв'язку пояснюється порушенням емоційної регуляції та формуванням дезадаптивних копінг-стратегій. Особи, які пережили травматичний досвід у дитинстві, частіше використовують психоактивні речовини або поведінкові адикції як спосіб зниження внутрішньої напруги, тривоги чи почуття емоційної порожнечі (Берегова і Колба, 2023). Таким чином формується патерн самолікування, що підтримує розвиток залежності. Крім того, ранній травматичний досвід може сприяти формуванню депресивних симптомів, почуття самотності та зниженню самооцінки. У поєднанні з хронічним стресом ці фактори підвищують ймовірність виникнення дефініцій наслідків. Отже, чим більша кількість несприятливих подій пережита в дитинстві, тим вищим є ризик формування адиктивної поведінки.

Узагальнюючи розглянуті підходи, можна зазначити, що всі моделі так чи інакше доходять до одного висновку та схеми, заглиблюючись в специфіку та контекст конкретної частини: нейробіології, психології або досвіду раннього розвитку. Посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) можуть розглядатися як важливий психологічний чинник формування адиктивної поведінки студентів. Їхній вплив реалізується через механізми емоційної дисрегуляції, порушення системи винагороди, імпульсивність та використання адиктивних форм поведінки як способу уникнення внутрішнього дистресу.

Враховуючи високий ризик розвитку адиктивної поведінки та його наслідків, особливо в умовах війни та з наявністю посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), необхідно розроблення комплексних

профілактичних програм для студентів (на рівні закладів вищої освіти (ЗВО), де це буде безоплатно), що поєднують скринінг, психоосвіту, первинну психологічну підтримку, а також направлену роботу з цифровими адикціями та проблематичним вживанням психоактивних речовин. Туди також можуть бути включені програми підтримки здорових форм адаптації (спільноти, арт-терапія, рух, інтерактивні форми підтримки) та ін. На сучасному етапі в українському науковому просторі спостерігається обмежена кількість емпірично підтверджених досліджень, присвячених цій проблематиці. Саме тому дослідження є актуальним та потребує подальшого опрацювання й іншими науковцями, які змогли би розширити та поглибити його з інших сторін. Тема не є достатньо розкритою та може бути розглянута з багатьох боків та відповідно до різних гіпотез.

Висновки до розділу 1

Здійснивши теоретичний аналіз зв'язку посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та адиктивної поведінки серед студентів, ми дійшли до висновків, що:

1. Адиктивна поведінка є складним психологічним феноменом, що формується під впливом комплексу біологічних, психологічних і соціальних чинників. Студенти є особливо вразливою до формування адиктивних форм поведінки та її наслідків через вікові особливості розвитку, нестабільність емоційної регуляції, пошук ідентичності та підвищену чутливість до соціальних впливів.
2. Посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) являють собою комплекс інтрузивних переживань, уникнення, негативних змін у когніціях і настрої, а також симптомів гіперзбудження, що виникають у відповідь на травматичні події (зокрема на воєнні події). У межах даного дослідження вони розглядаються як значущий предиктор щодо адиктивної поведінки студентів.

3. Адиктивна поведінка може виконувати функцію дезадаптивної копінг-стратегії, спрямованої на зниження психологічної напруги та негативних емоційних переживань, що виникають внаслідок посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) типу: дистресу, травматичного досвіду та соціальної нестабільності.
4. Розглянуті теоретичні моделі – біопсихосоціальна модель, когнітивно-поведінкова модель та модель несприятливого дитячого досвіду – демонструють різні механізми формування адиктивної поведінки, проте всі вони підкреслюють значення взаємодії індивідуальних факторів та факторів середовища. Наслідки адиктивної поведінки мають багатовимірний характер і проявляються на афективному, когнітивному, поведінковому та соціальному рівнях функціонування особистості.
5. В умовах війни поєднання посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), соціальної ізоляції, невизначеності майбутнього та порушення звичних форм життєдіяльності підвищує ймовірність використання адиктивної поведінки як способу уникнення психологічного дистресу. Отримані теоретичні положення підтверджують доцільність емпіричного дослідження зв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) та адиктивною поведінкою студентів і слугують методологічною основою для вибору психодіагностичного інструментарію та подальшого статистичного аналізу даних.

Отже, методологічні основи дослідження адиктивної поведінки в умовах посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) вимагають комплексного підходу, що поєднує психометричні методики для оцінки індивідуальних, психологічних та соціальних факторів.

Отримані теоретичні висновки дозволяють обґрунтовано визначити вибір інструментів дослідження, розробити структуру анкети та

сформувати критерії оцінки ризику, що забезпечить надійну базу для емпіричного аналізу у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 2

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ СИМПТОМІВ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ СТУДЕНТІВ

2.1. Концептуальна модель дослідження

У сучасних українських та зарубіжних дослідженнях адиктивної поведінки студентської молоді в умовах війни переважає кількісний підхід, що найчастіше реалізується у форматі поперечних (cross-sectional) досліджень.

Наприклад, пряме українське дослідження студентів під час війни, проведене нашими колегами з Київського національного університету імені Тараса Шевченка (О. Myshakivska, М. Polyvianaia, Y. Yachnik), показало, що війна виступає прямим фактором ризику адикцій через травматизацію. Це корелює з гіпотезами та підкреслює їх в даній дипломній роботі. Окрім цього, авторки доходять до думки, що війна пов'язана з небезпечним середовищем, яке підвищує ризик як психічних розладів, так і адиктивної поведінки (Myshakivska et al., 2024).

Отримані результати демонструють значущі асоціації між травматичним досвідом і адиктивною поведінкою, однак поперечний дизайн дослідження не дозволяє зробити висновки про причинність та простежити динаміку цих процесів у часі. Тому будь-яке дослідження можна допрацювати.

Беручи до уваги зарубіжний досвід, то у європейському дослідженні оцінювалось вживання психоактивних речовин. Результати показали, що вживання психоактивних речовин серед студентів має виражений полісубстантний характер, де найбільш поширеною речовиною є канабіс, тоді як інші наркотики вживаються рідше, але часто у поєднанні між собою

(Perino et al., 2022). При цьому дослідження дозволяє описати структуру та поширеність адиктивної поведінки, однак не дає змогу встановити причинно-наслідкові зв'язки або простежити її динаміку. Отже, подібна методологічна тенденція притаманна і для зарубіжних досліджень адиктивної поведінки студентської молоді, які також переважно базуються на поперечному опитуванні великих вибірок.

Таким чином, аналіз сучасних наукових джерел дозволяє зрозуміти логіку побудування дослідження. Концептуально дослідження ґрунтується на інтеграції біопсихосоціального, когнітивно-поведінкового підходів та гіпотези самолікування, відповідно до яких психотравматичний досвід війни активує емоційний дистрес, що може призводити до формування дезадаптивних копінг-стратегій, зокрема адиктивної поведінки (у рамках дипломної роботи: хімічної або поведінкової). Остання, у свою чергу, розглядається як залежна змінна та мадіатор регуляції стану, що потенційно підсилює ризик суїцидальних тенденцій.

На рис. 2.1 зображено емпіричну модель даного дослідження, що має предикторно-опосередкований характер. Вона базується на визначенні того, якою мірою посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) статистично передбачають рівень адиктивної поведінки студентів, а адикція, у свою чергу, – її ризики, бо пов'язана з підвищеними наслідками.

Додатково прогнозується, що адиктивна поведінка розглядається як потенційний медіатор у структурі взаємозв'язків між досліджуваними змінними, що дозволяє розширити модель і перевірити внесок різних факторів у варіативність досліджуваних показників. Таким чином, модель не спрямована на встановлення причинно-наслідкових зв'язків, а орієнтована на визначення статистично значущих предикторів і оцінку їхнього внеску у поясненні залежних змінних. Центральними змінними моделі виступають посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) та

адиктивна поведінка. Модель передбачає перевірку внеску предикторів у пояснення дисперсії залежних змінних (рис. 2.1).

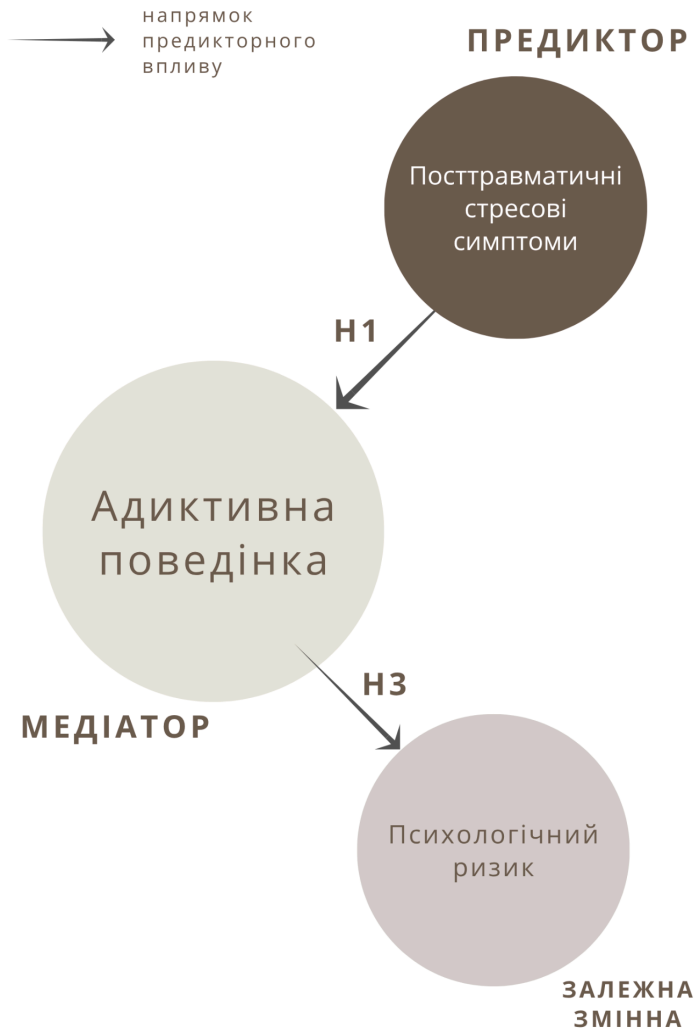


Рис. 2.1. Емпірична предикторно-медіаційна модель дослідження

Відповідно до запропонованої емпіричної моделі сформульовано такі гіпотези:

1. Посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) є статистично значущим предиктором адиктивної поведінки студентів.
2. Існує статистично значущий позитивний зв'язок між рівнем посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та суїцидальними тенденціями студентів.

3. Адиктивна поведінка є статистично значущим предиктором суїцидальних тенденцій у студентів.

4. Адиктивна поведінка опосередковує зв'язок між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) та суїцидальними тенденціями у студентів.

2.2. Організація та методи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження предикторної ролі посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) в адиктивній поведінці студентів організоване з урахуванням сучасних підходів до вивчення психоемоційних та поведінкових проявів у кризових соціальних умовах. Для розв'язання поставленої дослідницької проблеми обрано кількісний підхід, що передбачає аналіз статистичних взаємозв'язків та предикторних зв'язків між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС), адиктивною поведінкою та її наслідками.

Дослідження реалізується у межах кореляційно-предикторного дизайну із застосуванням стандартизованих психодіагностичних методик, що дозволяє кількісно оцінити вираженість зазначених показників та встановити характер зв'язків між ними. Дизайн включає кореляційний, регресійний та медіаційний аналіз складових.

У межах статистичного аналізу передбачається застосування медіаційного аналізу з метою перевірки опосередкованої ролі адиктивної поведінки у взаємозв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) та суїцидальними тенденціями. Аналіз здійснюватиметься з використанням методу *bootstrap* для оцінки значущості непрямих ефектів, що дозволяє визначити наявність статистично значущого опосередкованого впливу незалежної змінної на залежну через медіатор.

Дослідження має неекспериментальний поперечний (cross-sectional) кореляційний дизайн, що передбачає одноразовий збір емпіричних даних з метою виявлення взаємозв'язків між досліджуваними змінними без відстеження їх динаміки у часі (Thomas, 2023). Такий дизайн дозволяє виявити статистичні зв'язки між змінними в умовах поперечного вимірювання.

Такий підхід забезпечує можливість комплексного аналізу статистичних взаємозв'язків та предикторних зв'язків між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС), адиктивною поведінкою та її наслідками студентської молоді.

Організація дослідження передбачає кілька послідовних етапів:

1. Теоретичний етап – аналіз наукових джерел з проблематики адиктивної поведінки та впливу воєнних факторів на психічний стан особистості. Додатково до цього був теоретичний аналіз літератури щодо наслідків та ризиків адиктивної поведінки під час війни.
2. Підготовчий етап – формування концептуальної моделі дослідження; добір та обґрунтування психодіагностичного інструментарію, формування авторської анкети для оцінки соціально-демографічних показників та воєнного досвіду, а також оформлення даних у Google Forms. Перед запуском дослідження було проведене пілотне тестування анкети, що є важливим етапом при зборі великої кількості даних. Сюди увійшов підготовчий крок щодо літературних джерел на які можна буде спиратись під час написання кваліфікаційної роботи.
3. Емпіричний етап – безпосередній збір даних шляхом онлайн-опитування студентської молоді. По-завершенню, перед основним аналізом, відбулась перевірка та очищення некоректних

даних. В результаті, збір інформації перенесено та переформатовано у таблицю Excel.

4. Аналітичний етап – обробка отриманих результатів із застосуванням методів математико-статистичного аналізу за допомогою програми “Jamovi” та інтерпретація встановлених кореляційних та предикторних взаємозв’язків.

Процедура дослідження передбачала проведення онлайн-опитування студентської молоді з використанням стандартизованих психодіагностичних методик та авторської анкети. Збір даних здійснювався за допомогою електронної платформи (Google Forms). Результати представлені виключно в узагальненому статистичному вигляді та використані для підготовки кваліфікаційної роботи, можливих наукових публікацій та виступів на конференціях. Участь є повністю добровільною. Респонденти мали право відмовитися від участі або припинити проходження опитування на будь-якому етапі.

Участь у дослідженні пов’язана з мінімальними ризиками. Запитання, що стосуються вживання психоактивних речовин, переживань воєнних подій та суїцидального мислення, можуть викликати тимчасовий емоційний дискомфорт. У разі, якщо під час або після проходження опитування у респондентів виникали інтенсивні переживання, думки про самоушкодження чи суїцид, рекомендовало звернутися по професійну допомогу. Актуальні контакти та сервіси були надані та згадувались перед блоком питань:

1. Телефон довіри – 1550 або 067-133-15-80;
2. Національна гаряча лінія з питань психічного здоров’я та психосоціальної підтримки – 0-800-100-102;
3. Гаряча лінія МОЗ України – 0-800-60-20-19;
4. У разі невідкладної небезпеки – 103 або 102.

Нам важливо, аби кожен учасник проходив дослідження максимально комфортно та мав змогу відмовитись від будь-якого питання у будь-який момент, що викликав мінімальний дистрес.

Безпосередніх індивідуальних переваг участь може не передбачати, однак результати дослідження матимуть значення для розвитку профілактичних та інтервенційних програм підтримки студентської молоді в умовах війни.

Час проходження опитування становив 20-30 хвилин в індивідуальному порядку.

Перед початком тестування щодо оцінки вживання наркотичних речовин, респонденти повинні були ознайомитись з пам'яткою (Додаток Б). Це потрібно для загального розуміння та точності результатів, а також для орієнтування в класифікації.

Порядок блоків питань має свою логіку: соціально-демографічної анкети, питань щодо воєнного досвіду, методик оцінки адиктивної поведінки (AUDIT (Додаток А), DUDIT (Додаток В), IAT (Додаток Г)), а також шкали суїцидальних думок (SSI (Додаток Д)), шкали посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) (IES-R). Від менш чутливого до більш чутливого для більш комфортного проходження дослідження без емоційних потрясінь. Перед блоком AUDIT та DUDIT задавались уточнюючі питання стосовно вживання, аби відразу відсіяти та утворити кореляційні групи для подальшого зіставлення з респондентами, які “вживають на даний момент”, “вживали раніше”, та “не вживали ніколи”.

Додатково враховувався принцип недопущення шкоди (non-maleficence): формулювання питань були стандартизовані та не містили оцінних або провокативних формулювань (Jankowski, 2014).

Проходити потрібно самостійно, без участі інших респондентів та з втручання дослідника, у будь-який зручний час.

Таким чином, дослідження відповідає загальноприйнятим етичним вимогам проведення психологічних досліджень із використанням самооцінкових методик та даних чутливого характеру.

Було застосовано виключення неповних анкет, а також ті які виявились продубльованими. Під час перевірки узгодженості відповідей – виключено некоректні анкети. Отримані відповіді автоматично фіксувалися у електронній формі, переносились в таблицю Excel та надалі оброблялися з використанням методів математико-статистичного аналізу за допомогою “Jamovi”.

У межах дипломної роботи був використаний широкий психометричний інструментарій, який відповідає релевантності застосованих методів емпіричного дослідження щодо поставлених завдань: анкетування (у формі онлайн-опитування) та психодіагностичне тестування. Валідність та надійність не викликає сумніву, оскільки і якісні методи збору інформації.

Використані іншомовні тести, шкали, опитувальники перекладені на українську мову, адаптовані та апробовані на українській вибірці.

Воєнний досвід включає загрозу життю, втрату, нестабільність, вимушене переміщення та ін. Це не просто подія, а хронічний стресор. А збільшення інтенсивності воєнного досвіду пов'язане зі зростанням психологічного напруження. У дослідженні це вимірюється через посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) (IES-R). Таким чином, психологічною реакцією на воєнний досвід виступають посттравматичні стресові симптоми (ПТСС).

Посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) (IES-R) в моделі виступає індикатором того, як людина переживає війну. Тобто, у людей може бути однаковий досвід, але різний рівень посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), як і різноманітні способи його проживання та полегшення. Нав'язливі спогади, уникнення, гіперактивація пов'язані з

виснаженням та зниженням психологічної стійкості, і це в результаті призводить до різнопланових наслідків.

При роботі з центральною проблематикою дослідження – адиктивною поведінкою, параметрами для вимірювання постають: ризик, інтенсивність залежності (алкоголь, наркотики, інтернет), тривалість адикції та мотивація до конкретної дії. Адикція розглядається як дезадаптивна стратегія регуляції стану при переживанні посттравматичних стресових симптомів (ПТСС). Вона виконує функцію короткострокового зниження емоційної напруги, однак у довгостроковій перспективі призводить до поглиблення психоемоційної дезадаптації. При пошуку та спробі зменшити відчуття напруги у зв'язку з посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) формується адиктивна поведінка. Найчастіше вона виступає у формі: алкоголю (AUDIT), наркотиків (DUDIT), інтернету (IAT).

Суїцидальні тенденції (SSI) оцінюються за рівнем суїцидальних думок, планів та спроб.

Для вимірювання основних змінних дослідження використано такі методики, як авторська сформована анкета соціально-демографічних даних та блок із п'ятнадцяти питань (із тридцяти семи) для визначення наявності воєнного досвіду, створений на основі переліку воєнних стресорів, представленого у дослідженні “War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war” (Karatzias et al., 2023).

Даний блок не є стандартизованою психометричною шкалою та використовується для фіксації факту переживання потенційно травматичних подій. Для даної дипломної роботи виконує функцію показу впливу війни на молодь.

Для оцінки ризикованого вживання алкоголю використовувався тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Він розроблений групою

експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), розроблений за участю: Томас Ф. Бейбор, Джон Б. Сондерс, Олаф Г. Осланд, Хуан Р. де ла Фуенте, Марістела Грант (1993) (Babor et al., 2001).

Адаптований переклад українською ТОВ “ЮеЙ-ТеСТ” (Версія 1.0 (20 травня 2023р.). Всі права якого затверджені та використані згідно з міжнародними нормами (START, n.d.-a). До перекладу додано українське керівництво та ключ, створене на основі оригіналу для кращого розуміння процедури (START, n.d.-a).

Даний інструмент дозволяє виявити як ризиковане вживання алкоголю, так і ознаки залежності та пов'язані негативні наслідки. Використання AUDIT є доцільним у межах даного дослідження, оскільки він забезпечує кількісну оцінку вираженості адиктивної поведінки, що відповідає завданню встановлення зв'язку між рівнем адикції та суїцидальністю у студентів. Коефіцієнт Альфа Кронбаха становить $\alpha = 0,83$ (Cronbach, 1951).

Тест містить 10 питань, де відповіді респондентів оцінювались за 5-бальною шкалою Лайкерта, що є порядковою шкалою вимірювання (Likert, 1932). Усі запитання оцінюються від 0 до 4 балів залежно від обраної відповіді. Останні два питання мають лише три варіанти відповіді, де бал нараховується залежно від обраної відповіді (0, 2 або 4 бали). Загальна сума всіх балів максимально дорівнює 40.

Сума балів інтерпретується та розділяється на п'ять категорій:

1. Відсутність вживання;
2. Низький ризик, де враховується мінімальний ризик для здоров'я;
3. Ризикове вживання алкоголю, у цій категорії потенційно потрібні поради стосовно зменшення вживання;
4. Проблемне вживання. Даній категорії можна рекомендувати короткі клінічні консультації та / або додатковий моніторинг;
5. Можлива залежність від алкоголю.

Тест DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) використовується для оцінки вживання психоактивних речовин у молоді. Автори: Анне Х. Берман, Ганс Бергман, Том Пальмстєрна, Стен Рьоннберг (2003, Каролінський інститут, Швеція) (Berman et al., 2005). Він забезпечує кількісну оцінку вираженості та частоту вживання ПАР. Використовується у дослідженні для підтвердження гіпотез та аналізу, відповідно до завдання. Коефіцієнт Альфа Кронбаха становить $\alpha = 0,90$. Перекладацька версія адаптована ТОВ “ЮеЙ-ТеСТ” , де використовуються національні норми Швеції (Версія 1.0, 22 березня 2024 р.) (START, n.d.-a). До адаптаційного перекладу додано керівництво та ключ на основі оригіналу (START, n.d.-a).

Додатково ознайомитись з порядком валідності та надійності тесту можна у цих дослідженнях:

1. Hildebrand M. The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A Review of Recent Research. *J Subst Abuse Treat* (Hildebrand, 2015).
2. Voluse AC, Gioia CJ, Sobell LC, Dum M, Sobell MB, Simco ER. Psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) with substance abusers in outpatient and residential treatment (Berman et al., 2005).

Перед початком опитування проводиться короткий інструктаж щодо видів наркотичних речовин та препаратів, що розглядаються в дослідженні. Тест має 11 питань. Відповіді респондентів кодуються бально, де питання 1–9 рахуються, як 0–4 бала (частота чи інтенсивність) за шкалою Лайкерта, а 10–11: оцінюються 0, 2, 4 бали.

Бали інтерпретуються за трьома категоріями: Низький ризик; ймовірна наркотична залежність та ризик тяжкої наркотичної залежності.

Для оцінки рівня інтернет-адикції у дослідженні використано методику Internet Addiction Test (IAT), розроблену Кімберлі С. Янгом

(1998) (Young, 2016). Проблема факторної структури інтернет-адикції залишається дискусійною. Тому в дослідженні, яке проводилось на основі оригінального опитувальника, де респондентами виступали Італійські студенти (Servidio, 2017). Результати показали, що у цій роботі найкращий факторний розв'язок поєднує: високу статистичну адекватність (гарний фіт моделі), понятні змістовні фактори та простоту (найчастіше рекомендується 2–3-факторна модель, хоч деталі залежать від конкретної вибірки). При подальшій роботі з методикою основна увага була зосереджена на адаптацію моделі для зрозумілого формату, який відповідав би нашим поставленим задачам. Оскільки валідизована українська адаптація даного інструменту у відкритих джерелах відсутня, було здійснено його переклад українською мовою.

Через вичерпність даних, коректного та адекватного перекладу ми не підібрали. Саме тому, процедура перекладу здійснювалася нами відповідно до загальних принципів адаптації психодіагностичних методик (зокрема, з урахуванням підходу Brislin), що передбачає прямий переклад оригінального тексту з подальшою перевіркою змістової відповідності формулювань. Особлива увага приділялася збереженню семантичної точності та зрозумілості тверджень для респондентів. Отриманий варіант методики використано в емпіричному дослідженні. Для оцінки внутрішньої узгодженості шкали розраховано коефіцієнт альфа Кронбаха, який склав $\alpha = 0,85$, що свідчить про високий рівень надійності інструменту.

Таким чином, адаптована версія ІАТ може вважатися придатною для використання у межах даного дослідження з метою оцінки рівня інтернет-адикції, де використання гаджетів може виступати формою ескапізму.

Тест містить 20 питань, а відповіді респондентів оцінювались за 5-бальною шкалою Лайкерта. Усі запитання оцінюються від 1 до 5 балів залежно від обраної відповіді. Загальна сума всіх балів дорівнює 100.

Інтерпретація балів поділяється на чотири етапи:

1. Нормальне використання, без явних ознак залежності;
2. Легкий ступінь інтернет-залежності;
3. Помірний ступінь проявів пов'язаних з використанням Інтернету;
4. Сильна інтернет-залежність, де симптоми є вираженим та неконтрольованими.

Для оцінки суїцидального мислення використовувалась шкала SSI (Scale for Suicidal Ideation). Розроблено: Аарон Т. Бек, Марія Ковач, Арлін Вайсман (1979) (American Psychological Association, n.d.). Коефіцієнт кореляції за Пірсоном: $r = 0,71$ з ризиком. Використання даної шкали обумовлено її спрямованістю на виявлення когнітивного компоненту суїцидальності, як ризику адиктивної поведінки (Beck et al., 1979).

Переклад тесту та ключ до нього був створений психологом, доктором психологічних наук, професором та дійсним членом (академік) НАПН України - Коқун О. М. (2019 р.). Безпосередньо йому допомагали: Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. (Коқун et al., 2019; Beck et al., 1979).

Шкала має 21 питання, де два останні пункти зазвичай не включаються до суми балів та вважаються додатковими, але фіксують історію спроб суїциду чи відповідну поведінку (опціонально для клінічного розгляду). Пункти описуються за 3-бальною порядковою шкалою (0-2), де відповіді – це градація інтенсивності/вираженості симптомів. Максимально сумарний бал дорівнює 38.

При інтерпретації суми балів використовується триступенева вираженість:

1. Низький рівень суїцидальних тенденцій. Сюди можна віднести відсутність ризиків;
2. Помірний рівень суїцидального мислення. Можливе підвищення ризиків;
3. Виражений або тяжкий рівень суїцидальних думок і планів. Ця група ймовірно потребує негайної оцінки безпеки фахівця.

Для дослідження була вибрана саме ця шкала через те, що нам важливо дослідити суїцидальність, як крайній ризик, а не повноцінне явище.

При визначенні оцінки вираженості симптомів дистресу, пов'язаного з травматичними подіями (війну, яка розглядається як травматичний тригер) використано шкалу IES-R (Impact of Event Scale-Revised) (U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD, n.d.). Автори: Даніель С. Вайсс та Чарльз Р. Мармар (1997) на основі оригінальної шкали, створеної Марді Дж. Горовіц (Horowitz et al., 1979). Коефіцієнт Альфа Кронбаха становить $\alpha = 0,85$. Українську адаптацію здійснено українськими психологами Київського національного університету імені Тараса Шевченка Крупельницькою Л. Ф., Яценком Н. В., Морозовою-Ларіною О. І. в 2025 р. (Крупельницька et al., 2025).

Застосування IES-R є обґрунтованим, оскільки воно дає змогу оцінити суб'єктивну інтенсивність переживання травматичних подій, що безпосередньо відповідає завданню дослідження зв'язку між воєнним досвідом і психологічним станом респондентів (Chang et al., 2024).

Шкала має 22 пункти за 5-бальною шкалою Лікєрта. Вищі бали вказують на важчі прояви травматичного стресу. Бали за підшкалами можна розрахувати для кожного кластеру. Для полегшення оцінювання кожен пункт на бланку позначено літерою: І (інтрузії), А (уникнення) або Н (надмірна збудливість). Загальний бал вище 30 свідчить про клінічно значущий посттравматичний стрес та можливий ризик розвитку

Посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що вимагає подальшого клінічного оцінювання.

IES-R має підрахунок загального інтегрального балу та три підшкали, які характеризують конкретну групу реакцій психіки на подію.

1. Вторгнення, або Інтрузії. За DSM-5 наявність інтрузивних симптомів ставлять при Посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016). Це один із центральних кластерів посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), що характеризується мимовільним повторним переживанням травматичної події у формі нав'язливих спогадів, кошмарів, флешбеків та інтенсивного психологічного і фізіологічного дистресу при контакті з нагадуваннями про травму (Левченко et al., 2023; Vabor et al., 2001). За підшкалою може мати максимум 40 балів із 110.
2. Уникнення. Базується на прагненні дистанціюватися від усього, що нагадує про травматичну подію. Це може бути як свідомий, так і автоматичний механізм захисту психіки. Підшкала може включати 40 балів із 110.
3. Гіперзбудження – стан перманентного фізіологічного та психічного напруження, коли організм постійно готовий до загрози. Підшкала налічує 30 балів максимально від загального – 110.

Для статистичної обробки емпіричних даних використано методи математичної статистики відповідно до мети та завдань дослідження. Зокрема, застосовано методи описової статистики (середні значення, стандартні відхилення, частотний аналіз) для узагальнення основних характеристик вибірки та досліджуваних показників. Для виявлення взаємозв'язків між рівнем посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), показниками адиктивної поведінки та суїцидальними тенденціями використано кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта рангової

кореляції Спірмена. Для визначення предикторної ролі посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) щодо адиктивної поведінки використано регресійний аналіз. Для кращого візуального сприйняття логіки математичного аналізу створено рис. 2.2: незалежна предикторна змінна – посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) (IES-R), медіатор – адиктивна поведінка (AUDIT, DUDIT, IAT); додаткова залежна змінна (критерій та/або ризик) – зокрема, суїцидальні тенденції (SSI).

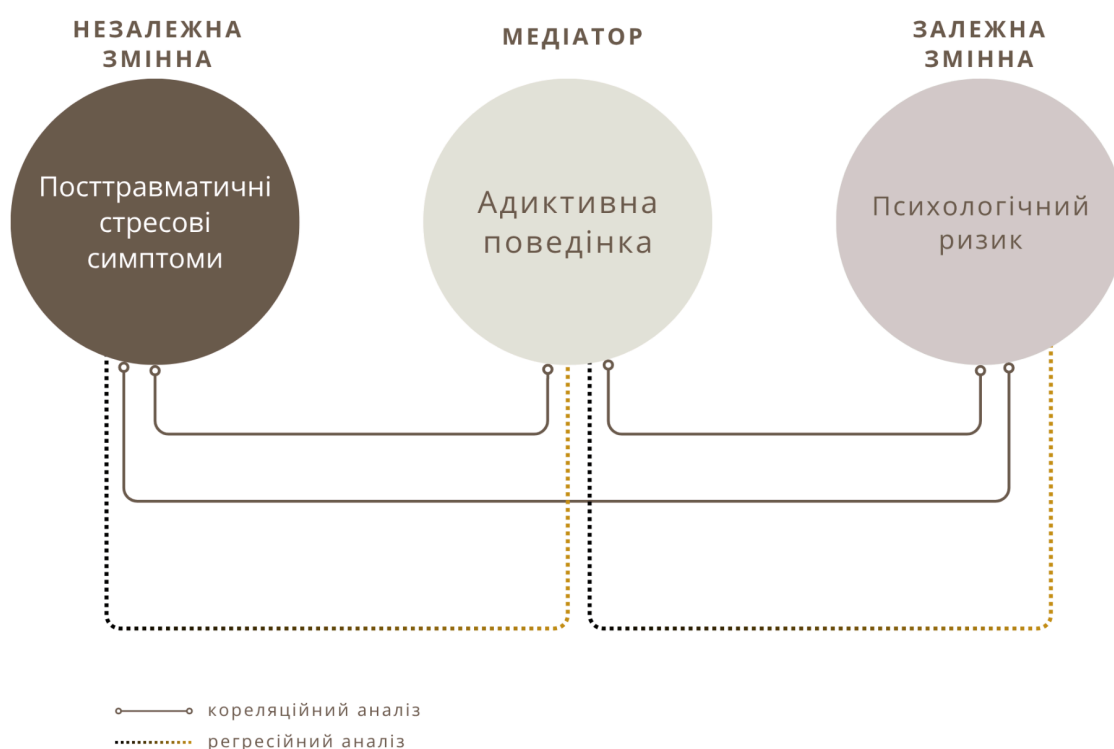


Рис. 2.2. Модель виконання математичної обробки даних

У межах емпіричної моделі посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) розглядаються як предиктор адиктивної поведінки, тоді як адиктивна поведінка – медіатор, пов’язаний із підвищенням психологічних ризиків, зокрема суїцидальних тенденцій (рис. 2.3).

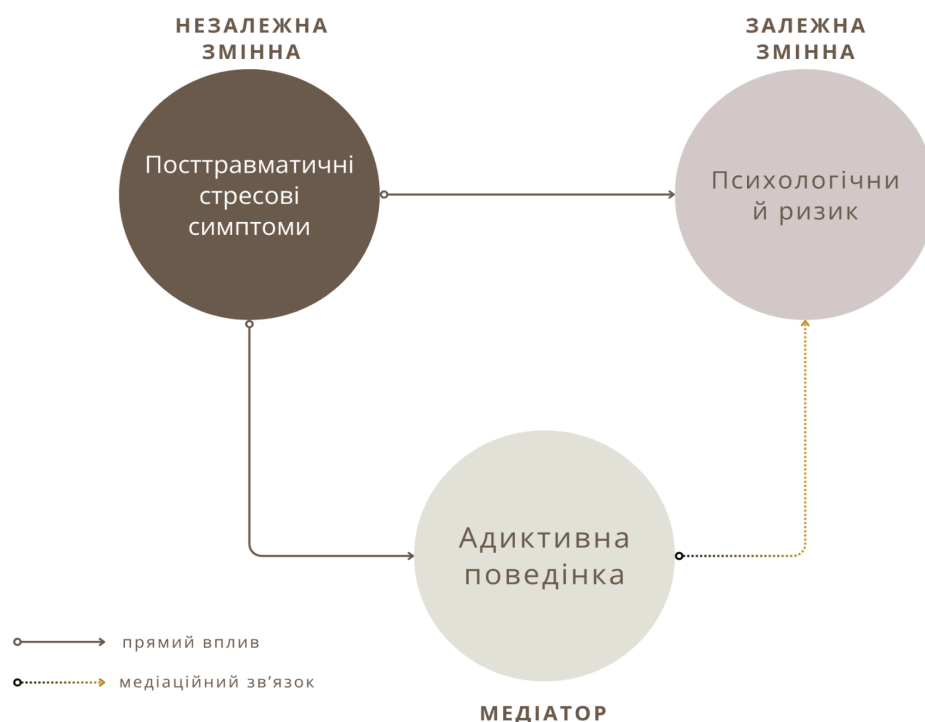


Рис. 2.3. Медіаційний аналіз

Додатково, для порівняльного аналізу двох вікових груп був використаний U-критерій Манна-Уїтні. Статистичну обробку даних здійснено за допомогою програмного забезпечення “Jamovi”.

2.3. Формування вибірки та збір даних

Як правило, у контексті сучасних психологічних досліджень серед студентів закладів вищої освіти, вибірки формуються та варіюють у межах від ста до кількох тисяч респондентів, залежно від масштабів дослідження та його виду.

У новому дослідженні 2025 року під назвою “Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war” прямо зафіксовано зростання схильності до вживання психоактивних речовин як частини психічного дистресу. Вибірка дослідження складала близько 1400 українських студентів (Polyvianaia et al., 2025). Якщо взяти додатково гібридне дослідження ризиків при адикції,

яке долучило до тисячі респондентів серед яких кожен третій респондент повідомляв про вживання амфетаміну, то воно додатково підтверджує важливість формування копінг-стратегій у формі залежностей під час воєнного дистресу (Антух, 2020; Sauer, 2026).

Ураховуючи інтернаціональний досвід проведення психологічних досліджень, зустрічається різноманітна варіативність вибірок. В США схоже вивчення проводилось серед 735 респондентів (Read et al., 2012). Дослідження реалізоване в Секторі Газа (Палестина) 2023 року включало вже до 500 респондентів (Amro et al., 2025).

А велике китайське дослідження, що втілювалось понад 30 років, вивчало аналіз молоді та їх формування й/або розвиток залежності. Воно є унікальним через відсутність стандартної первинної вибірки студентів. Результати нараховувались через здійснення агрегації глобальних епідеміологічних оцінок (Chen et al., 2025).

Менша студентська вибірка часто зустрічається при роботі з регіональними або студентськими виданнями, як, наприклад, дана кваліфікаційна дипломна робота магістерки.

Узагальнено, вибірки такого виду є типовими для досліджень адиктивної поведінки, посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та їх наслідків у студентській популяції, оскільки дозволяють застосовувати кореляційний, регресійний та порівняльний аналіз для виявлення психологічних предикторів і механізмів розвитку ризикової поведінки.

У дослідженні брали участь особи різної статі, віку та курсу навчання, що дозволяє отримати узагальнене уявлення про особливості досліджуваних явищ у студентському середовищі.

Емпіричну вибірку дослідження становили 327 респондентів, 234 (71,5 %) з яких становили жінки, а 93 (28,5 %) – чоловіки. Вибірка є нерівномірною за гендерною ознакою, що враховується під час статистичного аналізу. Нерівномірне співвідношення чоловіків до жінок може впливати на

узагальнювальність результатів, тому додатково аналіз здійснювався шляхом порівняння показників усередині гендерних груп. Інших видів гендерного позначення ідентичності у вибірці виявлено не було.

На рис. 2.4 продемонстрована вікова діаграма респондентів, де ми можемо побачити, що вибірка охоплювала як ще неповнолітніх осіб, так і досліджуваних середнього віку. Згідно з вибіркою наймолодшому учаснику дослідження – 18 років, тоді як найстаршому – 50. Студент – це не конкретний вік, а категоріальна (номінативна) характеристика особистості. Проте, незважаючи на це, 80,7 % (264 респондентів) – молодь, що дозволяє розглядати це дослідження і через призму ранньої залежності у період становлення особистості та розвитку у багатьох сферах. Дана група охоплює традиційно студентський вік.

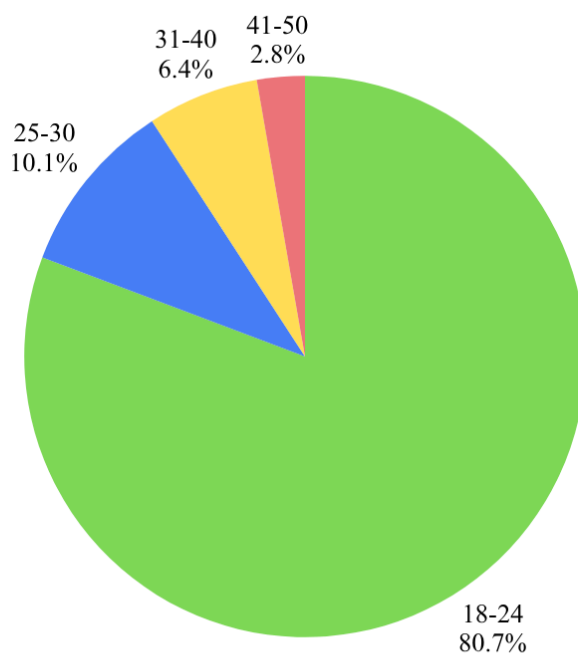


Рис. 2.4 Віковий діапазон вибірки дослідження

Інша категорія за віком від двадцяти п'яти років включає 19,3 % респондентів від загальної кількості. Туди увійшли 63 респонденти. Ця група студентів старшого віку, які можуть мати інший життєвий досвід, професійну зайнятість, сімейні обов'язки та інші стратегії адаптації. А

також є здебільшого психічно та емоційно стійкими, фізично та анатомічно сформованими. Для порівняльного аналізу двох груп був використаний універсальний непараметричний аналіз U-критерій Манна-Уїтні.

За його результатами статистично значущих відмінностей у рівні адиктивної поведінки між двома категоріями студентів виявлено не було ($U=7052$, $p = 0,061$). Проте оскільки значення р-значення перевищує загальноприйнятий рівень статистичної значущості, нульова гіпотеза про відсутність відмінностей не відхиляється. Додатково до цього, середнє значення інтегрального показника адиктивної поведінки було дещо вищим у старшій віковій групі ($M = 0,292$, $SD = 0,774$) порівняно з молодшою групою ($M = 0,088$, $SD = 0,723$). Розмір ефекту, оцінений за коефіцієнтом рангово-бісеріальної кореляції ($effect\ size = 0,152$), відповідає малому ефекту. Таким чином, можна говорити лише про тенденцію до вищого рівня адиктивної поведінки у студентів старшої вікової групи, однак отримані відмінності не досягають статистичної значущості. Це свідчить про те, що в межах даної вибірки вік не є достатньо вираженим фактором, який визначає рівень адиктивної поведінки.

Водночас проаналізовано рівень посттравматичного стресу серед даних вікових груп. Статистично значущих відмінностей у рівні посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) не виявлено (Mann–Whitney $U = 8014$, $p = 0,655$). Розмір ефекту є незначним ($effect\ size = 0,036$), що свідчить про відсутність виражених міжгрупових відмінностей у досліджуваному показнику.

За сумісництвом, статистично значущих відмінностей у рівні суїцидальних тенденцій між групами не виявлено (Mann–Whitney $U = 7137$, $p = 0,080$). Розмір ефекту є малим ($effect\ size = 0,142$). Спостерігається тенденція до вищих показників у групі 0, однак вона не досягає рівня статистичної значущості.

Отже, узагальнюючи, можна дійти до висновків, що ні одна з гіпотез стосовно розподілу за віковими групами не була виправдана. Відповідно, в подальшому аналізі вікові групи не розглядаються як фактор, що пояснює варіативність досліджуваних показників у межах міжгрупового порівняння.

Майже всі особи з нашої вибірки досліджуваних на момент початку повномасштабного вторгнення перебували в Україні: 324 осіб, або 99,1 %, зазначили, що 24 лютого 2022 року знаходилися на території України, тоді як лише 3 особи (0,9 %) були за кордоном. Станом на тепер це число варіювало і має інший характер: 309 осіб (94,5 %) залишились проживати на території України, коли 18 респондентів перебувають за кордоном, що становить вже 5,5 % від загальної кількості. Цей фактор свідчить, що респонденти зазнали, а більшість і досі щодня перебувають в умовах тривалого рівня посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), та підлягають під проблематику дослідження.

Для дослідження наявності воєнного досвіду серед респондентів було проведене опитування (табл. 2.1), що підтвердило фактор постійного тригерного середовища. Даний блок не є стандартизованою психометричною шкалою та використовується для фіксації факту переживання потенційно травматичних подій. Отже, ця підбірка представлена переважно особами з прямим травматичним та / або стресовим досвідом, а для значної частини – також із досвідом фізичного ушкодження, що робить її особливо значущою для вивчення психологічних предикторів у даній темі.

Таблиця 2.1

Блок для визначення наявності воєнного досвіду

№	Фактор	Кількість респондентів	Відсоток респондентів від усієї вибірки
1.	Я чув(ла) повітряні тривоги / сирени повітряної тривоги.	315	96,3%
2.	Я переживав(ла) надзвичайні фінансові труднощі через війну.	105	32,1%
3.	Мені доводилось ховатися в підземному укритті.	282	86,2%
4.	Я чув(ла) або бачив(ла) вибухи бомбардувань чи артилерійський обстріл.	267	81,7%
5.	Я був(ла) свідком/свідчиною руйнування місцевої інфраструктури.	198	60,6%
6.	Хтось із моїх близьких (наприклад, батьки, брати/сестри, сусіди чи друзі) був фізично поранений або загинув під час війни.	102	31,2%
7.	Мені довелося переїхати в іншу країну / іншу частину України (з урахуванням повернення).	120	36,7%
8.	Я не мав(ла) доступу до необхідної медичної допомоги, зокрема ліків або консультації лікаря.	33	10,1%
9.	Я бачив(ла) тіла загиблих або фрагменти понівечених тіл.	60	18,4%
10.	Я не мав(ла) доступу до базових життєвих потреб, таких як їжа, вода, електрика або опалення.	93	28,5%

Продовження табл. 2.1

11.	Моє рідне місто було окуповане російськими військами.	39	11,9%
12.	Мій дім був пошкоджений або зруйнований.	54	16,5%
13.	Мене примусово розлучили з моїм партнером / партнеркою.	18	5,5%
14.	Я був(ла) фізично поранений(а) під час війни.	6	1,8%
15.	Я пережив(ла) сексуальне насильство.	0	0%

Дане психологічне дослідження здійснювалось шляхом збору даних за допомогою стандартизованих психодіагностичних методик та авторської анкети. Респонденти залучались за допомогою соціальних мереж, інтернет-платформ, студентські чати та університетські спільноти.

Усі зібрані дані є анонімними та конфіденційними. Жодна інформація не дозволяє ідентифікувати особу учасника. Обробка результатів здійснювалась у зведеному вигляді, що унеможлиблює встановлення індивідуальних відповідей конкретних осіб.

Кожен учасник дослідження підтвердив свою інформовану згоду перед тим, як почати тестування.

Вибірка дослідження була представлена студентам закладів вищої освіти, які проживають, або проживали, в умовах воєнного стану. Формування вибірки здійснювалося за принципом доступності із залученням респондентів до гугл-онлайн-опитування.

Важливим етичним принципом організації дослідження є забезпечення добровільності участі та анонімності респондентів. Усі учасники були проінформовані про мету дослідження та мали можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі.

Обмеженнями вибірки постали переважання респондентів жіночої статі над чоловічою; наявність самооцінкових методик у онлайн-форматі; вузькість взаємодії з респондентом та, в результаті, поперечний дизайн дослідження без можливості зібрати відповіді знову через проміжок часу.

До вибірки були включені респонденти, які відповідали таким критеріям: студенти закладів вищої освіти; відсутність гострих психотичних станів та тяжких когнітивних порушень; добровільна інформована згода на участь у дослідженні та повне заповнення діагностичних методик, повне заповнення анкети.

Критерії виключення: наявність гострих психотичних станів та тяжких когнітивних порушень, які завадили би проходженню даного дослідження; наявність неповної анкети та їх дублікати.

Гендерних та вікових обмежень надано не було.

Таким чином, обраний дизайн дослідження відповідає поставленій меті та завданням, забезпечує можливість комплексного аналізу взаємозв'язків між воєнним досвідом, адиктивною поведінкою, посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та суїцидальністю студентської молоді.

Висновки до розділу 2

У рамках другого розділу представлено дизайн емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) у зв'язку з адиктивною поведінкою студентської вибірки. За результатами можна зробити наступні висновки:

1. Концептуальна модель дослідження ґрунтується на припущенні, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) підвищують ризик формування суїцидальних тенденцій у студентів як безпосередньо, так і опосередковано через адиктивну поведінку. Переживання інтрузій, уникання та гіперзбудження супроводжується вираженим

емоційним дискомфортом, для зниження якого студенти можуть вдаватися до адиктивної поведінки як дезадаптивного способу регуляції психічного стану. Хоча така поведінка тимчасово зменшує напруження, у довгостроковій перспективі вона посилює психологічну дезадаптацію та сприяє зростанню суїцидального ризику. Відповідно, у дослідженні посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) розглядаються як предиктор, суїцидальні тенденції – як додаткова залежна змінна, а адиктивна поведінка – як залежна змінна, а в залежності від аналізу – медіатор, що опосередковує зв'язок між ними.

2. Методологічно дослідження має кореляційно-предикторний дизайн, що дозволяє виявити зв'язки між рівнем посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та показниками адиктивної поведінки, а також визначити їхню предикторну роль. У якості основних змінних розглядаються посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) як незалежна змінна та адиктивна поведінка як залежна змінна, що операціоналізується через відповідні психодіагностичні шкали: (AUDIT, DUDIT, IAT, SSI, IES-R).
3. Для досягнення мети дослідження було обґрунтовано використання комплексу психодіагностичних методик (AUDIT, DUDIT, IAT, SSI, IES-R), які забезпечують вимірювання як інтенсивності психотравмувального досвіду, так і вираженості адиктивних проявів. Статистична обробка даних передбачає застосування описових статистик, кореляційного та медіаційного аналізу, а також методів регресійного аналізу для перевірки предикторної ролі воєнного дистресу. А також додатковий аналіз для порівняння показників адиктивної поведінки у двох вікових групах студентів.
4. Додатково представлено опис вибірки студентів за віком та демографічними характеристиками. Це забезпечить

контекстуалізацію отриманих результатів стосовно загального сприйняття у подальших інтерпретаціях та висновках. Емпіричне дослідження охопило 327 респондентів (переважно жінок – 71,5%) віком від 18 до 50 років. Сформована вибірка є достатньою для застосування методів математичної статистики (кореляційного, регресійного та медіаційного аналізів), що забезпечує репрезентативність та достовірність майбутніх результатів.

Таким чином, обрана методологічна стратегія дозволяє комплексно дослідити взаємозв'язок між переживанням посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та адиктивної поведінки у студентів, а також емпірично перевірити висунуті гіпотези дослідження, згідно до задач.

У цілому, сформована вибірка та обрана методологічна стратегія забезпечують достатню емпіричну основу для подальшого аналізу взаємозв'язків між досліджуваними змінними та перевірки висунутих гіпотез у наступному розділі роботи.

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ СИМПТОМІВ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ СТУДЕНТІВ

3.1. Аналіз рівня посттравматичних стресових симптомів

У цьому параграфі розділу ми розглядаємо рівень воєнного досвіду у вибірці студентів. Усі дані були зібрані шкалою IES-R, де мінімальне значення серед 327 респондентів становило 0, а максимальний 110 балів, що прямо вказує про ризик високого рівня наявності ПТСР (39+ балів). Для аналізу посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) використовуються описові статистики: середнє значення (M або Mean), стандартне відхилення (SD або Standard deviation), а також розподіл респондентів за рівнями вираженості показника.

Інтерпретуючи результати дослідження на табл. 3.1, ми можемо побачити тенденцію до клінічно значущого рівня посттравматичних стресових симптомів (ПТСС).

Таблиця 3.1

Описова статистика посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) - загального балу

Середній показник	49.4
Медіана	48.0
Стандартне відхилення	20.3
Мінімальне значення	0
Максимальне значення	110

Середній показник $M = 49,4$, значення якого знаходиться вище порогу підвищеного рівня посттравматичних стресових симптомів (ПТСС). А Медіана (Median) = 48, що лише підтверджує гіпотезу щодо стійкості тенденції у вибірці.

Проте студентство відрізняється між собою ($SD = 20.3$) – це зумовлено багатofакторними зовнішніми та внутрішніми обставинами, аналіз яких ми ще будемо в подальшому.

За результатами аналізу ключовим залишається наступне: загальний фон вибірки зміщений у бік підвищених посттравматичних стресових симптомів (ПТСС).

Для більш точного представлення структури вибірки слід розглянути рівень вираженості показника за шкальним порогом тесту:

1. Низький рівень мають 21,1 % респондентів ($n = 69$): 30 чоловіків (9,2 % від загальної вибірки) та 39 жінок (11,9 %);
2. Середній рівень складає 8,3 % ($n = 27$). Серед них: 18 жінок (5,5 %) та 9 чоловіків (2,8 %);
3. Високий рівень – 70,6 % ($n = 231$) респондентів, де вибірка складається з 54 чоловіків (16,5 %) та 177 жінок (54,1 %).

Отримані результати свідчать про неоднорідність вибірки за рівнем посттравматичних стресових симптомів (ПТСС). Також це може потенційно свідчити про гендерні особливості переживання стресових реакцій в умовах війни. Таким чином, показник посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) в досліджуваній вибірці варіює, що створює передумови для подальшого аналізу його предикторного зв'язку з адиктивною поведінкою та ризиковими формами поведінки.

Для уточнення даних вивчено значення підшкал посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) (табл. 3.2). Описова статистика підшкал характерна відносно однорідним значенням розподілу у вибірці. Наявність близьких значень середнього ($i = 18$; $a = 17,7$; $h = 15,3$) та медіани ($i = 17$;

$a = 17$; $h = 15$) у всіх трьох підшкал вказує на відсутність суттєвого зміщення розподілів та загальну їх симетричність на рівні центральних тенденцій (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Описова статистика підшкал посттравматичних стресових симптомів (ПТСС)

	Інтрузії	Уникнення	Гіперзбудження
Середній показник	18	17,7	15,3
Медіана	17	17	15
Стандартне відхилення	8,61	8,32	6,40
Мінімальне значення	0	0	0
Максимальне значення	40	40	30

При інтерпретації можна виділити помірний рівень вираженості всіх трьох посттравматичних стресових симптомів (ПТСС). Діапазон значень показує високу варіативність від нуля до 40 балів, а у варіанті з гіперзбудженням – 30, тобто є група респондентів, які набрали максимальне значення по шкалам та мають високі показники вираженості симптоматики.

Стандартні відхилення ($SD = 8,61$) вказують на індивідуальну варіативність саме за шкалою інтрузій і дещо більш однорідні значення за шкалою гіперзбудження ($SD = 6,40$).

Показники ексцесу, що є не внесеними в таблицю, є близькими до нуля (інтрузії: $-0,0498$; уникнення: $0,0263$; гіперзбудження: $-0,241$), що свідчить про відсутність вираженої гостровершинності або плоскості розподілів. Загалом розподіли всіх трьох підшкал можна вважати наближеними до нормальних, без істотних відхилень за формою. Дані підшкал повністю узгоджуються із загальним балом IES-R та не потребують подальшого дослідження їх вираженості в порівнянні з адиктивною поведінкою та її ризиками, у вигляді суїцидальності.

3.2. Аналіз рівня адиктивної поведінки

При роботі з адиктивною поведінкою необхідним етапом стало звести значення до одного показника. У нас в дослідженні використано три шкали вимірювання різних видів адикції: AUDIT, DUDIT та IAT, які в подальшому будуть надалі визначатимуться індексом адиктивної поведінки або адикцій (Addiction Index).

Задля досягнення єдиного метричного значення змінної використано Z-стандартизацію (z-score) (Field, 2018). Була використана наступна формула:

$$z = (x - M) / SD$$

1. z – стандартизоване значення;
2. x – індивідуальне значення показника;
3. M – середнє значення вибірки;
4. SD – стандартне відхилення.

Композитний індекс, сформований шляхом об'єднання кількох стандартизованих змінних має низку методологічних переваг. Інтегральний індекс дозволяє узагальнити інформацію та представити складний багатовимірний конструктор одним числовим показником. Для нашого дослідження ця перевага дає змогу описати адиктивну поведінку як цілісний феномен, без додаткового аналізу кожної шкали. Зменшення

кількості змінних у моделі робить її більш доступною та спрощує кореляційний, регресійний та медіаційний аналізи, знижуючи ризик перезавантаження. Додатково, це допомагає інтерпретувати фінальні результати через усунення проблем різних шкал вимірювання.

При фіксуванні результатів відбувається зменшення впливу випадкової похибки. Це зумовлено тим, що композитний показник зазвичай є більш стабільним і надійним, ніж окремі індикатори, оскільки випадкові коливання частково компенсуються при агрегуванні.

До того ж, якщо дослідження спрямоване на вивчення загальної схильності до адиктивної поведінки, інтегральний показник точніше відображає концептуальний рівень аналізу.

Ще однією перевагою є те, що аналіз одного узагальненого показника зменшує кількість окремих тестів і, відповідно, ризик помилок першого роду.

Перевірку нормальності пройдено в декілька етапів:

1. Тест Шапіро-Вілкі (Shapiro-Wilk test = < 0.01) – допоміг перевірити форму розподілу (Shapiro and Wilk, 1965);
2. Коефіцієнт асиметрії (Skewness = 1,135) та коефіцієнт ексцесу (Kurtosis = -0,764) – описували асиметрію (Tukey, 1977);
3. Q-Q графік (рис. 3.1) – для візуальної складової, який показав типовий для психології індекс з помірним перекосом вправо через групу респондентів з високими значеннями адиктивної поведінки (Tukey, 1977).

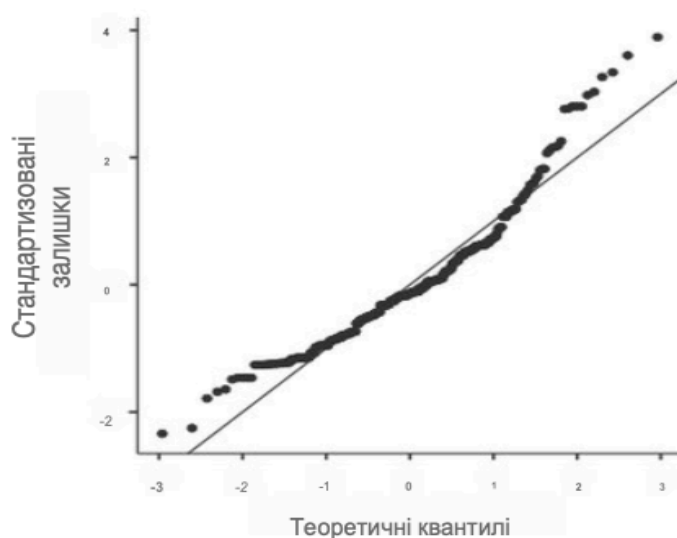


Рис. 3.1. Q-Q графік інтегрального індексу адиктивної поведінки

Отже, узагальнюючи все вищесказане, розподіл інтегрального показника адиктивної поведінки демонстрував відхилення від нормального, проте значення асиметрії та ексцесу залишалися в допустимих межах для психологічних даних, що дозволило нам використовувати параметричні методи аналізу. Саме цей показник у подальшому буде виступати медіатором у статистичній математичній обробці даних (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Описова статистика інтегрального показника адиктивної поведінки

Середній показник	0.127
Медіана	0.0217
Стандартне відхилення	0.736
Мінімальне значення	-1.60
Максимальне значення	2.99

Статистичний профіль інтегрального індексу у вибірці обчислений правильно, де середнє значення ($M = 0,127$) незначно перевищує нуль. Це є характерним для стандартизованого показника та свідчить про легке зміщення розподілу в бік підвищених показників адиктивної поведінки. Медіана ($Median = 0,0217$) майже збігається з середнім показником, що говорить, у свою чергу про те, що центр розподілу стабільний та не спотворений. Її значення свідчить про відносну симетричність центральної частини розподілу. Тобто основна маса респондентів концентрується біля середнього рівня адиктивної поведінки.

Варіативність у вибірці ($SD = 0,736$) наявна, але не надмірна. Отже, студенти відрізняються між собою за вираженістю адиктивних тенденцій. Варіативність показників не хаотичний та є помірним, бо вибірка достатньо однорідна, що є важливим для подальшого аналізу даних.

Діапазон (від $-1,60$ до $2,99$) значень показує різницю між респондентами. Де мінімальне значення означає наявність респондентів з помітно нижчим за середній рівень адиктивної поведінки, коли максимальний показує протилежне і він є значно ширшим. Це свідчить про те, що у вибірці є невелика група студентів із суттєво підвищеним рівнем адиктивних тенденцій. Це візуально підтверджує і Q-Q графік.

За розподілом респондентів за вираженістю адиктивних тенденцій стосовно вибірки, можна сказати наступне:

1. Низький рівень ($z < -1$) мають 1 % студентів ($n = 3$);
2. Середній рівень ($-1 \leq z \leq +1$) – 91,7 % ($n = 300$);
3. Високий рівень ($z > +1$) – 7,3 % ($n = 24$).

Це дає уявлення про структуру вибірки, а не лише її середнє значення. За рівнем вираженості адиктивної поведінки більшість респондентів належали до групи із середнім рівнем прояву, тоді як частина студентів продемонструвала високий рівень адиктивних тенденцій. У більшості студентів показники адиктивних тенденцій перебувають у межах

типової для вибірки норми. Респондентів з низьким рівнем виявлено не було ні одного.

Отже, адиктивна поведінка у студентській вибірці не є рівномірною і представлена як нормативним, так і підвищеним рівнем прояву, що дає нам підстави для подальшого дослідження.

Порівняльний аналіз підшкал дає нам змогу розширити наші знання та поглибити внутрішню структуру змінної. Тобто, при аналізі Індексу адиктивної поведінки ми встановили наскільки загалом виражена адиктивна поведінка, а при аналізі підшкал ми визначимо у якій саме формі вона проявляється.

За результатами описового аналізу підшкал адиктивної поведінки на табл. 3.4 встановлено, що, згідно з вибіркою, найбільш вираженою є схильність до проблемного інтернет-користування.

Таблиця 3.4

Описова статистика шкал адиктивної поведінки

	AUDIT	DUDIT	IAT
Середній показник	4.37	0.705	51.5
Медіана	4.00	0.00	50.5
Стандартне відхилення	3.40	2.69	12.7
Мінімальне значення	0.00	0.00	26.0
Максимальне значення	15.0	19.0	81.0

Про це свідчить найвищий показник середнього значення IAT та медіана, різниця якої з Mean мінімальна ($M = 51,5$; $Median = 50,5$). Отриманий показник стандартного відхилення ($SD = 26$) вказує на розкид помірного рівня вираженості інтернет-адикції серед студентів.

За інтерпретацією шкали IAT ми можемо репрезентувати вибірку наступним чином:

1. Нормальне використання інтернету без ознак залежності спостерігається у 12 респондентів, що становить 3,6 %. Серед них: 6 жінок (1,8 % від загальної вибірки) і 6 чоловіків (1,8 %);
2. Легкий ступінь інтернет-залежності мають 144 респондента, тобто 44%. У категоріальну вибірку ввійшли 36 чоловіків (11 %) та 108 жінок (33 %);
3. Помірний ступінь і проявів залежності чи проблем, пов'язаних з використанням Інтернету фіксується у 168 респондентів або 51,4 %. Чоловіки складають 15,6 %, це – 51 респондент; а жінки – 35,8 % або 117 студенток.
4. Тяжка інтернет-адикція з вираженими симптомами неконтрольованого використання інтернету виявляються у 3 студентів (жіночої статі) і це 0,9 %.

Отримані результати свідчать про ризик залежності від інтернету, де більшість студентів так чи інакше мають прояви проблемного користування мережею.

Показники алкогольної адиктивної поведінки за шкалою AUDIT є нижчими ($M = 4,37$; $SD = 3,40$), що свідчить про загалом невисокий рівень ризику проблемного вживання алкоголю у досліджуваній вибірці. Медіанне значення ($Median = 4$) підтверджує, що для більшості респондентів вираженість алкогольних адиктивних тенденцій залишається в межах низького або помірного рівня.

Інтерпретація виглядає наступним чином:

1. Відсутність патерну до вживання алкоголю спостерігається у 34 респондентів (10,4 %) з яких 8 – чоловіки (2,4 % від загальної вибірки), а 26 студентів жіночої статі (8 %);
2. Низький ризик рівня вживання алкоголю спостерігається у 153 студентів (46,8 %), з яких жінки – 117 респондент (35,8 %), а чоловіки – 36 (11%);
3. 108 респондентів мають ризикове або шкідливе ставлення до вживання алкоголю (33,1 %). 45 респондентів становили чоловіки (13,8 %), а 63 – жінки (19,3 %). Ця група потенційно потребує поради щодо зменшення вживання;
4. Помітне шкідливе вживання виявлене у 30 респондентів (7,3 %). У цю категорію ввійшли 27 (8,3 %) жінки та 3 чоловіка (0,9 %). Їм рекомендовані короткі клінічні консультації та моніторинг;
5. Тяжкий рівень ризику алкогольної залежності склав 0,6 % ($n = 2$), де чоловіки ввійшли в 0,3 % ($n = 1$), так само, як і жінки – 0,3 % ($n = 1$).

Спостерігаються гендерні відмінності у структурі споживання алкоголю між чоловіками та жінками, при цьому більшу частину вибірки становить низька міра.

Найменш вираженим виявились прояви до схильності вживання наркотичних речовин ($M = 0,705$; $SD = 2,69$). За шкалою DUDIT, медіанне значення вказує на те, що у більшості студентів відповідні прояви фактично відсутні, тоді як підвищені значення спостерігається тільки в окремих випадках.

1. Низький показник рівня ризику мають 308 респондентів (94,2 %). З яких 90 чоловіків (27,5 % від загальної вибірки) і 218 жінок (66,7 %);
2. Ймовірний ризик появи наркотичної залежності спостерігається у 15 студентів (4,6 %) серед яких 12 жінок (3,7 %) та 3 чоловіків (0,9 %);

3. Виражену ймовірну тяжку появу залежності виявлено у 1,2 % жінок, відносно повної вибірки ($n = 4$). Чоловіки у дану категорію не увійшли – 0 %.

Оскільки гендерні групи представлені нерівномірно, інтерпретація результатів щодо ймовірності формування наркотичної залежності базується на порівнянні відносних показників у межах кожної групи.

Отже, підводячи підсумок, у структурі адиктивної поведінки студентів домінують цифрові форми адиктивності, насамперед схильність до проблемного інтернет-користування, тоді як хімічні форми адиктивної поведінки (алкогольна та, особливо, наркотична) виражені значно слабше. Це свідчить про зміщення структури адиктивних ризиків студентської молоді у бік поведінкових, а не хімічних форм залежності.

Стосовно рівня психологічних ризиків, ми будемо розглядати крайній його прояв – схильність до суїцидальних тенденцій серед групи студентів. Вона виступає залежною змінною під час обробки математичної статистики.

За результатами описового аналізу, зображеного на табл. 3.5, середній показник ($M = 9,97$; $Median = 8$) відповідає помірному рівню, а медіана вказує на поріг середнього рівня суїцидальності та відповідає нижній межі.

Таблиця 3.5

Описова статистика ризиків суїцидальних тенденцій

Середній показник	9.97
Медіана	8
Стандартне відхилення	6.44
Мінімальне значення	0
Максимальне значення	25

Додатково до цього, широкий розкид ($SD = 6,44$) вказує на наявність у вибірці окремої групи підвищеного ризику.

Діагностуючи SSI, ми можемо виокремити наступне, отримане середнє значення вказує на тенденцію студентів стосовно накопичення суїцидального мислення у частини респондентів.

Разом із тим значне стандартне відхилення та широкий діапазон значень (від 0 до 25) свідчить про виражену неоднорідність вибірки. Попри загалом низький або середній рівень, у частини студентів фіксуються підвищені, а в окремих випадках – значні показники щодо суїцидальних тенденцій. Це вказує на потенційну наявність у вибірці психологічно вразливої групи респондентів із підвищеним суїцидальним ризиком.

Додатково до цього, інтерпретуючи за рівнями ризику, ми можемо визначити наступні:

1. Низький рівень спостерігається у 59 % респондентів ($n = 193$), серед яких 11,6 % становлять чоловіки відносно всієї вибірки ($n = 38$), а жінок – 47,4 % ($n = 155$);
2. Помірний рівень тенденцій до суїцидального мислення простежується у 32,7 % респондентів ($n = 107$). У цій вибірці чоловіки становлять 13,2 % студентів ($n = 43$) відносно всієї вибірки, а жінки – 19,5 % ($n = 64$). Дана категорія може належати до групи підвищеного ризикованого мислення;
3. Виражений рівень потягу до суїцидальних думок та / або планів мають 8,3 % студентів ($n = 27$). До цієї категорії ввійшли 3,7 % чоловіків відносно повної вибірки ($n = 12$) та 4,6 % жінок ($n = 15$). Ця категорія може потребувати негайної додаткової оцінки безпеки.

Проте незалежно від виду обчислення, узагальнення є одним – більшість студентів мають низький та помірний рівень. Цей показник має середнє значення, однак наявність відсотка респондентів з високим індивідуальним показником вказує на потребу в окремій увазі до даної

групи. А також до тих, хто має помірний рівень потягу, тобто мають потенціал стосовно розвитку тяжкості ймовірності подальшого розвитку суїцидальних ризиків.

3.3. Зв'язки посттравматичних стресових симптомів та адиктивної поведінки

3.3.1. Взаємозв'язки посттравматичних стресових симптомів, адиктивної поведінки та суїцидальної поведінки

У межах емпіричної моделі, як було згадано у ранніх розділах, в нас є X-змінна – посттравматичні стресові симптоми (ПТСС), M-змінна, виведена в загальний індекс – адиктивна поведінка та Y-змінна суїцидальність. У даному блоці ми можемо статистично перевірити наявність зв'язків між змінними. Це дозволить нам у подальшому перейти до моделі предикції та медіації.

Для його проведення використано кореляційний аналіз. Його метою стало визначення сили та напрямку зв'язків між показниками посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), адиктивної поведінки та наслідками (в нашому випадку, його крайнім проявом – ризиком суїцидальних тенденцій) як передумови для подальшого регресійного та медіаційного аналізу.

Оскільки розподіл змінних у даному дослідженні значуще відхиляється від нормального, було використано коефіцієнт рангової кореляції Спірмена ($Spearman = r$) (Spearman, 1904).

Отримані результати (табл. 3.6) свідчать про наявність статистично значущих позитивних зв'язків між усіма трьома змінними. Зокрема, встановлено слабкий значущий зв'язок між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) (IES-R) та адиктивною поведінкою (Addiction index) ($r = 0,111$; $p = 0,045$), що вказує на тенденцію до

зростання проявів адиктивної поведінки зі збільшенням рівня посттравматичних стресових симптомів (ПТСС). Хоча сила цього зв'язку низька, він є статистично значущим та концептуально важливим у рамках досліджуваної моделі, оскільки підтверджує зв'язок між змінною-предиктором та потенційною змінною-медіатором.

Таблиця 3.6

Кореляційна матриця змінних

		Інтегральний показник адиктивної поведінки	SSI (Ризик суїцидальних тенденцій)
IES-R (Посттравматичні стресові симптоми)	Коефіцієнт Спірмена	0,111	0,208
	Ступінь вільності	325	325
	Рівень значущості	0,045	<.001
Інтегральний показник адиктивної поведінки	Коефіцієнт Спірмена		0,115
	Ступінь вільності		325
	Рівень значущості		0,037

Додатково виявлено статистично значущий слабкий позитивний зв'язок між адиктивною поведінкою (Addiction index) та ризиком (SSI), інакше кажучи – суїцидальністю ($r = 0,115$; $p = 0,037$). Це означає, що зі зростанням схильності до вживання зростає й рівень наслідків у вигляді

суїцидальних проявів. Даний результат є принципово значущим для подальшої перевірки медіаційного ефекту, оскільки підтверджує вже наявний зв'язок між медіатором і критеріальною змінною-ризиком.

Найсильніший серед усіх кореляційних зв'язків зафіксовано між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) (IES-R) та ризиками (SSI), що також відповідає слабкому, проте більш вираженому позитивному зв'язку ($r = 0,208$; $p = < .001$). Отже, вищий рівень посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) асоціюється з вищим рівнем суїцидального ризику, що вказує нам про збіднілість психологічного благополуччя молоді внаслідок війни.

Виявлені кореляції є слабкими за силою, проте статистично значущими, що є типовим у контексті психологічних досліджень. Це зумовлено тим, що на поведінку одночасно впливають десятки факторів і досягти високих кореляцій за допомогою опитувальників важко. Тому невисока сила зв'язків не нівелює їхньої теоретичної значущості, а радше вказує на складний, багато-детермінований характер досліджуваних психологічних процесів.

Проте, таким чином, усі три статистично значущі кореляційні зв'язки відповідають теоретичному очікуваному напрямку та утворюють емпіричне підґрунтя для подальшої перевірки предикторно-медіаційної та регресійної моделі. Отримана структура взаємозв'язків підтверджує доцільність тестування припущення про те, що вплив посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на психологічні ризики (суїцидальність) може реалізовуватися не лише безпосередньо, але й опосередковано – через адиктивну поведінку.

3.3.2. Аналіз предикторної ролі посттравматичних стресових симптомів

У даному підпункті цього розділу ми будемо розглядати регресійний аналіз, або чи можна передбачити розвиток адиктивної поведінки, який виникає через посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) (Galton, 1886).

Насамперед, посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) справді виконують роль статистично значущого предиктора в даній моделі дослідження. Тобто статистично пояснює варіативність залежних від нього змінних (адикцію та крайній ризик) (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Лінійна регресія посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) до наслідків у вигляді суїцидальності

Показники відповідності моделі							
Модель	Коефіцієнт множинної кореляції	Коефіцієнт детермінації	Скоригований коефіцієнт детермінації	Тест загальної значущості моделі			
				F-статистика	Ступені свободи для моделі	Ступені свободи для залишків	Рівень значущості
1	0,278	0,0771	0,0743	27,2	1	325	<.001
Коефіцієнти моделі – SSI (Ризик суїцидальних тенденцій)							
Пре-диктор	Оцінка коефіцієнта	Стандартна похибка	95% довірчий інтервал		t-статистика	Рівень значущості	Стандартизований коефіцієнт регресії
			Нижня межа	Верхня межа			
Константа моделі	5,8072	0,8696	4,0963	7,518	6,68	<.001	
IES-R (Посттравматичні стресові симптоми)	0,0821	0,0158	0,0511	0,113	5,21	<.001	0,278

При перевірці моделі посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на суїцидальність (IES-R до SSI) ми використовували лінійну регресію. За отриманими результатами, можна побачити, що регресійна модель є статистично значущою ($F (df1 = 1; df2 = 325) = 27,2; p = < .001$). Це свідчить про те, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) справді пов'язані зі змінами рівня наслідків, у вигляді суїцидальності. І цей предикторний зв'язок не є випадковим, а має системний характер.

Частина суїцидального ризику справді пов'язана з посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС), але не вичерпується ним повністю ($B = 0,082, SE = 0,016, \beta = 0,278, t = 5.21, p = < .001$). Коефіцієнт детермінації ($R^2 = 0,077$) продемонстрував, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) пояснюють 7,7 % дисперсії показників суїцидальності, що вказує на його статистично значущий, хоча й помірний внесок у формування психологічних ризиків.

Саме коефіцієнт моделі показує чи є посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) (IES-R) значущим предиктором (Galton, 1886). І як показав результат, посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) виявився статистично значущим позитивним предиктором суїцидальності. Тобто зі зростанням рівня посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) підвищується вираженість ризиків. Про це свідчить нестандартизований коефіцієнт регресії ($B = 0,082$), який пояснює, що при зростанні шкали посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на 1 бал, суїцидальність зростає на 0,082 бала.

При інтерпретації сили ефекту ($\beta = 0,278$) виявлено, що зі зростанням посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на 1 стандартне відхилення значення суїцидальності також зростало на 0,278 стандартного відхилення. Це слабо-помірний позитивний предикторний ефект, але він є статистично значущим ($p = < .001$).

Мультиколінеарності у регресії не виявлено ($VIF = 1$). Це свідчить про те, що результат статистичного аналізу є позитивний. Він зумовлений тим, що незалежні змінні (фактори) не мають сильної лінійної залежності між собою (Belsley et al., 1980).

Формально тест значущий, тобто розподіл залишків статистично відрізняється від нормального. Графіки залишків показали, що точки розкидані без критичного патерну та критичних системних викривлень.

Отже, перевірка графічних припущень регресійного аналізу (Q-Q діаграма та графік залишків) не виявила критичних порушень, що дозволяє вважати модель придатною до інтерпретації.

Другим кроком стане перевірка регресії у вигляді предикторного зв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) (IES-R) та адиктивною поведінкою, представленої через інтегральний індекс (Addiction index). Це потрібно для перевірки чи прогнозують посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) схильність до адиктивної поведінки.

Отже, за результатами лінійної регресії (табл. 3.8) ми можемо справдити думку, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) справді пов'язаний зі змінами в адиктивній поведінці і цей зв'язок не є випадковим ($F(df1 = 1; df2 = 325) = 14,6, p = < .001$). Тобто загальна регресійна модель виявилась статистично значущою, що свідчить про наявність предикторного зв'язку між IES-R та Addiction index.

Таблиця 3.8

**Лінійна регресія посттравматичних стресових симптомів
(ПТСС) та адиктивної поведінки**

Показники відповідності моделі							
Модель	Коефіцієнт множинної кореляції	Коефіцієнт детермінації	Скоригований коефіцієнт детермінації	Тест загальної значущості моделі			
				F-статистика	Ступені свободи для моделі	Ступені свободи для залишків	Рівень значущості
1	0,208	0,0431	0,0401	14,6	1	325	<.001
Коефіцієнти моделі – Інтегральний показник адиктивної поведінки							
Предиктор	Оцінка коефіцієнта	Стандартна похибка	95% довірчий інтервал		t-статистика	Рівень значущості	Стандартизований коефіцієнт регресії
			Нижня межа	Верхня межа			
Константа моделі	-0,22880	0,1019	-0,42787	-0,0297	-2,26	0,024	
IES-R (Посттравматичні стресові симптоми)	0,00701	0,00183	0,00341	0,0106	3,82	<.001	0,208

Посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) не є єдиною причиною адиктивної поведінки, але виступають значним чинником її посилення.

Про це свідчить сила моделі, або коефіцієнт детермінації ($R^2 = 0,043$), де посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) пояснюють на 4,3 % дисперсії адиктивної поведінки. Це невеликий, але статистично значущий ефект.

Проте, навіть невеликий індивідуальний ефект може мати суттєве значення при тривалому впливі хронічного стресу, характерного для

воєнних умов. Наприклад, не “разовий вплив”, а накопичувальна траєкторія змін поведінки.

Коефіцієнт предиктора визначив посттравматичні стресові симптоми (ПТСС), як статистично значущий позитивний предиктор адиктивної поведінки ($B = 0,007$, $SE = 0,002$, $\beta = 0,208$, $t = 3,82$, $p < .001$). Тобто зі зростанням рівня посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) й вираженість адиктивної поведінки також зростає. При зростанні IES-R на 1 бал, Addiction index теж зростає на 0,007 ($B = 0,007$). Це показує слабкий, але стабільний ефект ($\beta = 0,208$). Оскільки інтегральний індекс адиктивної поведінки у нас стандартизований, це невелике числове значення є очікуваним феноменом.

Навіть невеликий ефект означає, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) можна використовувати як ранній індикатор ризику адиктивної поведінки у великих студентських вибірках. До того ж, навіть слабкий ефект на першому кроці має підсилене значення через ланцюгову реакцію, схематично представлену на зображення емпіричної моделі дослідження.

Мультиколінеарності у другій регресії також не виявлено ($VIF = 1$).

Статистичний тест виявився значущим, що свідчить про відхилення розподілу залишків від нормального. Водночас аналіз графіків залишків показав їх хаотичний розподіл без виражених закономірностей або систематичних викривлень.

Таким чином, перевірка графічних припущень регресійного аналізу (Q-Q діаграма та графіки залишків) не виявила суттєвих порушень, що дає підстави вважати модель придатною для подальшої інтерпретації.

3.3.3. Медіаційний аналіз ролі адиктивної поведінки

У підрозділі ми будемо використовувати модель Барон-Кенні, тобто класичний підхід до медіації, шляхом посередництва. Його суть полягає у

поясненні як і чому виникає зв'язок між незалежною та залежною змінною через третю змінну (медіатор) (Baron and Kenny, 1986). У нашому випадку ми базуємось на структурі, де адикція є медіатором та знаходиться між незалежною змінною – посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) та залежною змінною – крайнім наслідком / ризиком у вигляді суїцидальних тенденцій. Для підтвердження ефекту медіації використовувалась регресійна модель у декілька кроків.

На першому етапі потрібно вивчити вплив посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на медіатор; потім перейти до визначення впливу медіатора (Addiction index) на залежну змінну (SSI) за контролю незалежної змінної (IES-R); а на завершення дійти до висновків стосовно прямого ефекту незалежної змінної на залежну змінну з урахуванням медіатора; а також порівняти його із загальним ефектом.

Концептуально модель передбачала, що вплив посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на суїцидальні ризики реалізується не лише безпосередньо, але й через формування дезадаптивних поведінкових стратегій, зокрема адиктивної поведінки, яка виступає центральним механізмом опосередкування.

Результатами першої регресійної моделі із пункту магістерського диплома 3.3.2 показали, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) є статистично значущим предиктором адиктивної поведінки. У тому ж розділі ми розглядали загальний ефект, тобто вплив посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на суїцидальні ризики. Там ми дійшли висновку, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) мають значущу пряму асоціацію на рівень суїцидальних ризиків.

Наступним кроком став аналіз моделі з медіатором, тобто вплив адиктивної поведінки. У третій регресійній моделі, де одночасно враховувалися посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) та адиктивна поведінка, було отримано наступні результати, зображені на табл. 3.9.

Таблиця 3.9

**Медіаційний аналіз адиктивної поведінки щодо
посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та суїцидальності**

Показники відповідності моделі							
Модель	Коефіцієнт множинної кореляції	Коефіцієнт детермінації	Скоригований коефіцієнт детермінації				
1	0,311	0,0966	0,0910				
Коефіцієнти моделі – SSI (Ризик суїцидальних тенденцій)							
			95% довірчий інтервал				
Предиктор	Оцінка коефіцієнта	Стандартна похибка	Нижня межа	Верхня межа	t-статистика	Рівень значущості	Стандартизований коефіцієнт регресії
Константа моделі	5,8072	0,8696	4,0963	7,518	6,68	<.001	
Інтегральний показник адиктивної поведінки							
IES-R (Посттравматичні стресові симптоми)	0,0821	0,0158	0,0511	0,113	5,21	<.001	0,278

Дані результати дозволяють нам констатувати наявність медіаційної моделі з центральним механізмом, де адиктивна поведінка постає ключовим посередником. Інтерпретувати результати ми можемо наступним чином:

По-перше, посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) сприяють формуванню адиктивної поведінки ($\beta = 0,208$, $p = < .001$) та є статистично

значущим. Це свідчить про зростання рівня адиктивної поведінки зі збільшенням інтенсивності посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) внаслідок війни. Даний результат узгоджується з регресійним аналізом, проведеним у попередньому підрозділі;

По-друге, адиктивна поведінка, у свою чергу, є значущим предиктором суїцидальних ризиків ($\beta = 0,142$, $p = 0,009$). Додатково, це підтверджує її роль як механізму підвищення психологічної вразливості. Дані ототожнюються і регресійний аналіз, проведений у минулому підпункті розділу;

По-третє, прямий ефект посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на суїцидальні ризики зберігається ($\beta = 0,248$, $p = < .001$), але частково зменшується після врахування медіатора ($\beta = 0,278$). Іншими словами: пряма асоціація посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на суїцидальні ризики зберігається і після включення медіатора в модель, проте відбувається часткове опосередкування ефекту.

Отриманий ефект свідчить про доцільність включення оцінки посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) в систему психологічного моніторингу студентів, оскільки навіть незначні зміни цього показника можуть сигналізувати про потенційне зростання адиктивної поведінки.

Отже, можна стверджувати, що вплив посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на ризики (суїцидальні тенденції) реалізується через двоканальний механізм, у якому – адиктивна поведінка виступає центральним психологічним посередником, що трансформує вплив симптомів у дезадаптивні ризикові стани. Водночас зберігається прямий емоційно-стресовий шлях впливу.

Тобто адиктивна поведінка виконує ключову медіаційну роль у структурі взаємозв'язків між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) і ризиками, зокрема суїцидальними тенденціями. Це свідчить про те, що частина впливу посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на

суїцидальні ризики реалізується опосередковано через формування адиктивної поведінки.

Таким чином, результати дослідження підтвердили висунуті гіпотези щодо предикторної ролі посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) у формуванні адиктивної поведінки студентів та опосередковувальної ролі адиктивної поведінки у взаємозв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) і суїцидальними тенденціями. Отримані результати розширюють уявлення про психологічні механізми дезадаптації студентської молоді в умовах війни.

Практична цінність результатів дослідження полягає у можливості їх використання у діяльності психологічних служб закладів вищої освіти, центрів психологічної допомоги та фахівців у сфері психічного здоров'я з метою профілактики адиктивної поведінки, зниження наслідків посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та підтримки психологічної адаптації студентської молоді.

Висновки до розділу 3

Проведено та проаналізовано декілька видів статистичної обробки даних, зокрема: описова статистика, кореляційний аналіз, регресійний аналіз, який мав на меті визначити предикторну складову дослідження, та медіаційний аналіз між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС), адиктивною поведінкою та суїцидальними тенденціями у студентів. Отримані результати дозволили перевірити висунуті гіпотези та емпірично обґрунтувати структуру досліджуваної моделі.

Проаналізували чи пов'язані між собою три змінні: посттравматичні стресові симптоми (ПТСС), як незалежна змінна, адиктивна поведінка, як медіатор та залежна змінна, відповідно до виду аналізу та суїцидальність – додаткова залежна змінна, як крайній ризик. Також, завдяки регресійному аналізу ми змогли встановити чи можна передбачити результат та

поведінку. А в завершення – завдяки медіації, дослідили через що працює наша емпірична предикторно-медіаційна модель, зокрема адикція під час війни.

1. Перша гіпотеза про те, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) є статистично значущим предиктором адиктивної поведінки студентів, підтвердилася. Це встановлено за результатами регресійного аналізу, який показав значущий вплив показника посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на рівень адиктивної поведінки.
2. Друга гіпотеза щодо наявності статистично значущого зв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) та суїцидальними тенденціями також підтвердилася. Це встановлено на основі кореляційного аналізу, який виявив значущий взаємозв'язок між зазначеними змінними.
3. Третя гіпотеза про те, що адиктивна поведінка є статистично значущим предиктором суїцидальних тенденцій, також знайшла емпіричне підтвердження в межах регресійного аналізу, який продемонстрував значущий внесок адиктивної поведінки у прогнозування суїцидальних тенденцій.
4. Четверта гіпотеза щодо медіаційної ролі адиктивної поведінки у зв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) та суїцидальними тенденціями повністю підтвердилася. Результати медіаційного аналізу засвідчили наявність статистично значущого непрямого ефекту, що свідчить про опосередкований вплив посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) на суїцидальні тенденції через адиктивну поведінку.

Дана робота була представлена як дослідження зв'язків, через які посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) трансформуються у

ризиковану поведінку (адиктивну) та суїцидальні тенденції, як крайній із ризиків.

У результаті емпіричного дослідження всі чотири гіпотези були підтвержені, що дозволяє розглядати запропоновану модель як статистично обґрунтовану та психологічно інтерпретовану.

ВИСНОВКИ

У роботі здійснено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження зв'язку посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) з адиктивною поведінкою студентів, розглянуто та проаналізовано їх ризики.

Отримані результати дали змогу сформулювати наступні висновки, згідно поставлених завдань.

1. На основі теоретико-методологічного аналізу встановлено, що адиктивна поведінка студентів є складним багатофакторним психологічним феноменом, формування якого зумовлюється поєднанням індивідуально-психологічних, соціальних та стресогенних чинників. Адиктивна поведінка є формою дезадаптивної поведінки, яка характеризується стійким прагненням до повторного використання психоактивних речовин або систематичного залучення до певних видів діяльності з метою зміни психічного стану, зниження емоційної напруги та уникнення переживання психологічного дискомфорту. Її формування зумовлюється поєднанням індивідуально-психологічних особливостей, соціального середовища та впливу стресогенних чинників.
2. Визначено, що в умовах війни посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) посилюють ризик формування дезадаптивних копінг-стратегій, зокрема адиктивних форм поведінки, що призводять до негативних наслідків.
3. Сформовано бачення того, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) є специфічним психологічним станом, пов'язаним із переживанням хронічної небезпеки, невизначеності, емоційного виснаження та втрати відчуття безпеки під час стабілізації особистісних рис. Для студентської молоді посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) є особливо значущими з огляду на вікову

вразливість, нестабільність особистісного становлення та підвищену чутливість до зовнішніх стресогенних впливів, що негативно позначається на психічному благополуччі та адаптаційних ресурсах.

4. Виявлено, що підвищення рівня посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) супроводжується зростанням вираженості адиктивної поведінки у студентів. Це дає підстави розглядати посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) як значущий психологічний предиктор формування адиктивних тенденцій у студентської молоді та як чинник, що підвищує ймовірність використання дезадаптивних способів емоційної регуляції в умовах хронічного стресу під час війни.
5. Встановлено наявність взаємозв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) та адиктивною поведінкою студентів, що підтверджує їх системний психологічний зв'язок. Виявлений взаємозв'язок свідчить про те, що зростання інтенсивності посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) супроводжується посиленням схильності студентів до адиктивних форм реагування як способу уникнення емоційного напруження та психологічної дезадаптації.
6. Визначено, що адиктивна поведінка виконує опосередковувальну функцію у взаємозв'язку між посттравматичними стресовими симптомами (ПТСС) та суїцидальними тенденціями студентів. Це дає підстави розглядати адиктивну поведінку не лише як наслідок посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), а і як психологічний механізм, через який посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) підвищують ймовірність формування ризиків, зокрема суїцидальних тенденцій, у студентської молоді.

Узагальнення результатів дослідження дає підстави стверджувати, що посттравматичні стресові симптоми (ПТСС) є значущим чинником психологічної дезадаптації студентів, який підвищує ризик формування адиктивної поведінки та опосередковано впливає на зростання суїцидальних тенденцій. Отримані результати підтверджують доцільність раннього виявлення посттравматичних стресових симптомів (ПТСС) та своєчасної психологічної профілактики адиктивних проявів у студентської групи як важливого напрямку збереження їх психічного здоров'я.

Перспективи подальших досліджень полягають у більш детальному вивченні окремих форм адиктивної поведінки, гендерних та вікових особливостей переживання посттравматичних стресових симптомів (ПТСС), а також розробці комплексних програм психологічної профілактики та підтримки психічного здоров'я студентської групи в умовах тривалого воєнного навантаження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антух, О. (2020, 27 серпня). *Амфетамін: Імітація щасливого життя, що тягне смерть*. New Life. Retrieved from <https://nc-newlife.com/ua/statti/amfetamin-imitacziya-schastlivoj-zhizni-vlekushhaya-smert>
2. Аршава, І., Баратинська, А. (2024). Специфіка виникнення «синдрому втрачених можливостей» у представників української молоді. *Scientia: Collection of Scientific Papers*, (23 лютого 2024), 280-281. Retrieved from <https://previous.scientia.report/index.php/archive/article/view/1649>
3. Берегова, Н. (2023). Психологічні особливості формування адиктивної поведінки у сучасної молоді. *Psychology Travelogs*, 2, 27-34. doi.org/10.31891/PT-2023-2-4
4. Берегова, Н., Колба, В. (2023). Психологічні особливості формування адиктивної поведінки у сучасної молоді. *Psychology Travelogs*. doi.org/10.31891/PT-2023-2-4
5. Ван дер Колк, В. (2021). *Тіло веде лік: Як лишити психотравми в минулому*. Vivat, 349-360.
6. Варивода, К. (2022). Нейробіологічні та психологічні аспекти посттравматичного стресового розладу: аналітичний огляд. *Scientia et Societus*, 2(2), 101-107. doi.org/10.31470/2786-6327/2022/2/101-107
7. Ждан, В. М., Голованова, І. А. (Ред.). (2022). *Організаційні, нормативно-правові та клінічні питання реабілітації в Україні в мирний час та під час війни: Колективна монографія*. Полтава.
8. Кокур, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., Корня, Л. В. (2019). *Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців: Методичний посібник*. НДЦ ГП ЗСУ.

9. Крупельницька, Л., Яценко, Н., Морозова-Ларіна, О. (2025). *Шкала впливу стресових подій – переглянута: Методичні рекомендації*. Zenodo. doi.org/10.5281/zenodo.17153714
10. Курапов, А., Данилюк, І. (2025). Травма війни 2022: Оцінка ПТСР і КПТСР серед населення України та сусідніх країн. *Ukrainian Psychological Journal*, 2(22), 62-75.
11. Левченко, Н., Коляда, Н., Кравченко, О. (2023). Адиктивна поведінка: теоретичний аспект. *Humanitas*, 2, 88-92. doi.org/10.32782/humanitas/2023.2.1
12. Михайлишин, У. Б. (2018). Теоретико-методологічне дослідження детермінант виникнення адиктивної поведінки у студентів. doi.org/10.32626/2227-6246.2018-41.176-187
13. Мороз, В. (2023). Аналіз поглядів на проблему ургентної адикції та адиктивної поведінки в сучасній психології. *Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України*. doi.org/10.33099/2617-6858-2023-75-5-78-86
14. Павлюк, С., Кондратієва, В. (2025). Neuropsychological foundations of resilience and adaptive behavior under prolonged social stress. *Psychological Journal*, 11(4), 29–45. <https://doi.org/10.31108/1.2025.11.4.2>
15. Свідовська, В. (2020). Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*, 6, 108-114.
16. Тат'янчиков, А. О. (2025). Інтернет-залежність молоді як адаптаційна відповідь на хронічний стрес у воєнний період. *На межі вибору: клініко-психологічні підходи до подолання залежностей: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції* (23 квітня 2025 р.). doi.org/10.32837/11300.31749

17. Третьякова, Т. М. (2025). Внутрішньоособистісний конфлікт та адиктивна поведінка як чинники психосоматичних проявів у контексті психології здоров'я. У *На межі вибору: клініко-психологічні підходи до подолання залежностей: Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції* (23 квітня 2025 р.). doi.org/10.32837/11300.31749
18. Франкл, В. Е. (2016). *Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі*. Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 153-156.
19. Шинкаренко, І., Міна, Р., Лукомська, А. (2021). Адиктивна (залежна) поведінка як форма девіантної поведінки. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ, Спеціальний випуск 2*(115), 560-566. doi.org/10.31733/2078-3566-2021-6-560-566
20. ЮНІСЕФ (UNICEF). (2019, October 10). *Українські підлітки стали менше курити, проте вживання алкоголю, доступ до наркотичних речовин та залежність від соціальних мереж зростають*. Retrieved from <https://www.unicef.org/ukraine/esp2019>
21. *American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing*
22. American Psychological Association. (n.d.). *Scale for Suicide Ideation*. APA PsycTests. doi.org/10.1037/t01299-000
23. Amro, A., Amro, A. M., Amro, R., Hamdan, M. (2025). Post-traumatic stress disorder among Al-Quds University students during the 2023 Gaza war: A cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 25, Article 343. doi.org/10.1186/s12888-025-06781-9
24. An, J., Wang, T., Chen, B., Oleksiyenko, A., Lin, C. (2025). Mental health of residents of Ukraine exposed to the Russia-Ukraine conflict.

- JAMA Network Open*, 8(2), e2459318. doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.59318
25. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). World Health Organization. Retrieved from <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c57d9855-5450-4c46-84b1-c88a6df4192c/content>
 26. Baron, R. M., Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173
 27. Beck, A. T., Kovacs, M., Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343–352. doi.org/10.1037/0022-006X.47.2.343
 28. Belsley, D. A., Kuh, E., Welsch, R. E. (1980). *Regression diagnostics: Identifying influential data and sources of collinearity*. John Wiley Sons.
 29. 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. doi.org/10.1159/000081413
 30. Blair, D.-L., Kingsbury, M., Eccles, H., Akther, A., Siddiqi, S., Condran, G., Obeegadoo, I., Murray, J., Geoffroy, M.-C., Menezes, A. M. B., Sikora, L., Colman, I. (2025). Adverse childhood experiences and suicidality in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 10(5), e018129. doi.org/10.1136/bmjgh-2024-018129

31. Chang, S., Kim, W.-H., Jung, Y.-E., Roh, D., Kim, D., Chae, J.-H., Park, J. E. (2024). Clinical utility of Impact of Event Scale–Revised for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition posttraumatic stress disorder. *Psychiatry Investigation*, *21*(8), 870–876. doi.org/10.30773/pi.2024.0147
32. Chen, H., Liu, S., Wang, W., et al. (2025). Global burden of substance use disorders in adolescents and young adults aged 10–24 years from 1990 to 2021. *Scientific Reports*, *15*, Article 25971. doi.org/10.1038/s41598-025-11266-6
33. Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, *16*(3), 297–334. doi.org/10.1007/BF02310555
34. Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129–136. doi.org/10.1126/science.847460
35. European Union Drugs Agency. (n.d.). *European Union Drugs Agency*. Retrieved from <https://www.euda.europa.eu>
36. European Union Drugs Agency. (2016, June 17). *Ukraine country overview*. Retrieved from <https://www.euda.europa.eu/countries/ukraine>
37. Ferrer-Pérez, C., Montagud-Romero, S., Blanco-Gandía, M. C. (2024). Neurobiological theories of addiction: A comprehensive review. *Psychoactives*, *3*(1), 35–47. doi.org/10.3390/psychoactives3010003
38. Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (5th ed.). SAGE Publications.
39. Foa, E. B., Gillihan, S. J., Bryant, R. A. (2013). Challenges and successes in dissemination of evidence-based treatments for posttraumatic stress: Lessons learned from prolonged exposure therapy for PTSD. *Psychological Science in the Public Interest*, *14*(2), 65–111. doi.org/10.1177/1529100612468841

40. Galton, F. (1886). Regression towards mediocrity in hereditary stature. *The Journal of the Anthropological Institute of Great Britain and Ireland*, 15, 246–263. doi.org/10.2307/2841583
41. GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. (2024). Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Neurology*, 23(4), 344–381. doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00038-3
42. Griffiths, M. D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10(4), 191–197. doi.org/10.1080/14659890500114359
43. Hildebrand, M. (2015). The psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A review of recent research. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 53, 52–59. doi.org/10.1016/j.jsat.2015.01.008
44. Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218. doi.org/10.1097/00006842-197905000-00004
45. Jankowski, J. (2014). *Bioethics, clinical*. In Reference Module in Biomedical Sciences. Elsevier. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/topics/engineering/nonmaleficence>
46. Karatzias, T., Shevlin, M., Ben-Ezra, M., McElroy, E., Redican, E., Vang, M. L., Cloitre, M., Ho, G. W. K., Lorberg, B., Martsenkovskiy, D., Hyland, P. (2023). War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(3), 276–285. doi.org/10.1111/acps.13529

47. Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231–244. doi.org/10.3109/10673229709030550
48. Koob, G. F., Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. doi.org/10.1038/npp.2009.110
49. Kurapov, A., Pavlenko, V., Drozdov, A., Bezliudna, V., Reznik, A., Isralowitz, R. (2022). Toward an understanding of the Russian-Ukrainian war impact on university students and personnel. *Journal of American College Health*, 72(1), 167–174. doi.org/10.1080/15325024.2022.2084838
50. Kwako, L. E., Momenan, R., Litten, R. Z., Koob, G. F., Goldman, D. (2016). Addictions neuroclinical assessment: A neuroscience-based framework for addictive disorders. *Biological Psychiatry*, 80(3), 179–189. doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.10.024
51. Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. Retrieved from <https://books.google.com.ua/books?id=i-ySQQuUpr8Cprintsec=copyright#v=onepageqf>
52. Levi-Belz, Y., Groweiss, Y., Blank, C., Neria, Y. (2024). PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: A nationwide prospective study. *eClinicalMedicine*, 68, Article 102418. doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102418
53. Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 1–55.
54. Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M., Kivlahan, D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223–252. doi.org/10.1146/annurev.ps.39.020188.001255
55. Myshakivska, O., Polyvianaia, M., Yachnik, Y., Pinchuk, I. (2024). Risk factors of substance use among university students in Ukraine during

- wartime. *Adiktologie*, 24(2), 119–129. doi.org/10.35198/01-2024-002-0001
56. Perino, J., Tournier, M., Mathieu, C., Letinier, L., Peyré, A., Perret, G., Pereira, E., Fourrier-Réglat, A., Pollet, C., Fatseas, M., Tzourio, C., Daveluy, A. (2022). Psychoactive substance use among students: A cross-sectional analysis. *Fundamental Clinical Pharmacology*, 36(5), 908–914. doi.org/10.1111/fcp.12771
 57. Polyvianaia, M., Yachnik, Y., Fegert, J. M., Sitarski, E., Stepanova, N., Pinchuk, I. (2025). Mental health of university students twenty months after the beginning of the full-scale Russian-Ukrainian war. *BMC Psychiatry*, 25, Article 236. doi.org/10.1186/s12888-025-06654-1
 58. Psychology Today. (2026). *What is addiction?* Retrieved from <https://www.psychologytoday.com/us/basics/addiction>
 59. Read, J. P., Colder, C. R., Merrill, J. E., Ouimette, P., White, J., Swartout, A. (2012). Trauma and posttraumatic stress symptoms predict alcohol and other drug consequence trajectories in the first year of college. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(3), 426–439. doi.org/10.1037/a0028210
 60. Reznik, A., Pavlova, I., Pavlenko, V., Kurapov, A., Drozdov, A., Korchakova, N., Romem Porat, S.-L., Isralowitz, R. (2025). Mental health and well-being among Ukrainian female university students: The impact of war over 3 years. *Global Mental Health*, 12, e149. doi.org/10.1017/gmh.2025.10112
 61. Sauer, P. (2026, April 19). Ukraine soldiers confront addiction struggles. *The Guardian*. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2026/apr/19/ukraine-soldiers-confront-addiction-struggles>
 62. Selye, H. (1956). *The stress of life*. McGraw-Hill via Internet Archive. Retrieved from <https://archive.org/details/stressoflife00sely>

63. Semaan, A., Khan, M. K. (2023, November 2). Neurobiology of addiction. In *StatPearls. National Library of Medicine*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597351>
64. Servidio, R. (2017). Assessing the psychometric properties of the Internet Addiction Test: A study on a sample of Italian university students. *Computers in Human Behavior*, 68, 17–29. doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.019
65. Shapiro, S. S., Wilk, M. B. (1965). An analysis of variance test for normality (complete samples). *Biometrika*, 52(3–4), 591–611. doi.org/10.2307/2333709
66. Spearman, C. (1904). The proof and measurement of association between two things. *The American Journal of Psychology*, 15(1), 72–101. doi.org/10.2307/1412159
67. START. (n.d.). *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)*. Retrieved from <https://start.ua-test.com/account/education/audit/>
68. START. (n.d.). *AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test): Керівництво та рекомендації*. Retrieved from <https://start.ua-test.com/pub/files/audit-manual.pdf>
69. START. (n.d.). *DUDIT – тест для визначення зловживання наркотиками*. Retrieved from <https://start.ua-test.com/account/education/dudit/>
70. START. (n.d.). *DUDIT – тест для визначення зловживання наркотиками: Короткий довідник із користування*. Retrieved from <https://start.ua-test.com/pub/files/dudit-manual.pdf>
71. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2016). Impact of the DSM-IV to DSM-5 changes on the National Survey on Drug Use and Health. In *Impact of the DSM-IV to DSM-5 changes on the National Survey on Drug Use and Health*. National Library of Medicine.

- Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519704/table/ch3.t30>
72. Syunyakov, T., Pavlichenko, A., Morozov, P., Fedotov, I. (2022). Modeling suicidality risks and understanding the phenomenon of suicidality under the loupe of pandemic context: National findings of the COMET-G study in the Russian population. *Consortium Psychiatricum*. doi.org/10.17816/CP167
 73. Thomas, L. (2023, June 22). *Cross-sectional study: Definition, uses examples*. Scribbr. Retrieved from <https://www.scribbr.com/methodology/cross-sectional-study/>
 74. Tio, E. S., Misztal, M. C., Felsky, D. (2023). Evidence for the biopsychosocial model of suicide: A review of whole person modeling studies using machine learning. *Frontiers in Psychiatry*. doi.org/10.3389/fpsy.2023.1294666
 75. Tukey, J. W. (1977). *Exploratory data analysis*. Addison-Wesley.
 76. U.S. Department of Veterans Affairs, National Center for PTSD. (n.d.). *The Impact of Event Scale-Revised (IES-R)*. Retrieved from <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ies-r.asp>
 77. World Health Organization. (2023). *A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, Central Asia and Canada: Health Behaviour in School-aged Children international report (2021 / 2022 survey, Vol. 6)*. Retrieved from <https://www.hbsc.org/publications/reports/a-focus-on-adolescent-social-media-use-and-gaming-in-europe-central-asia-and-canada>
 78. World Health Organization. (2019, October 25). *Harm to others from drinking: Patterns in nine societies*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515368>
 79. World Health Organization. (n.d.). *International classification of diseases (ICD)*. Retrieved from <https://icd.who.int/en>

80. World Health Organization. (2026, March 30). *Stress*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
81. World Health Organization. (n.d.). *World Health Organization*. Retrieved from <https://www.who.int/>
82. Young, K. S. (2016). *Internet Addiction Test (IAT)*. Stoelting. ISBN 978-0-9982980-9-2. Retrieved from https://stoeltingco.com/Psychological/media/IAT_web_sample.pdf
83. Yöyen, E., Keleş, M. (2024). First- and second-generation psychological theories of suicidal behaviour. *Behavioral Sciences*, 14(8), 710. doi.org/10.3390/bs14080710
84. Zhu, C., Peng, L., Li, S. (2025). The impact of mental toughness on subjective well-being among Chinese college students in the post-COVID-19 era. *Frontiers in Public Health*, 13, 1556096. doi.org/10.3389/fpubh.2025.1556096

ДОДАТКИ*Додаток А***AUDIT (Оцінка вживання алкоголю)**

1. Як часто Ви вживаєте спиртні напої?
 - 1.1 Ніколи; 1 раз на місяць або рідше;
 - 1.2 2-4 рази на місяць;
 - 2-3 рази на тиждень;
 - 4 або більше разів на тиждень.
2. Скільки порцій алкоголю Ви випиваєте зазвичай за один раз, коли вживаєте? (1 порція = 10г чистого спирту)
 - 1-2;
 - 3-4;
 - 5-6;
 - 7-9;
 - 10 або більше.
3. Як часто Ви випиваєте шість або більше порцій за один раз?
 - Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
4. Як часто протягом останнього року Ви виявляли, що не можете зупинитися, розпочавши вживання алкоголю?
 - Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.

5. Як часто протягом останнього року вживання алкоголю заважало Вам виконувати те, що від Вас зазвичай очікувалося?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
6. Як часто протягом минулого року Ви відчували потребу вранці вживати алкоголь, щоб мати змогу щось робити після надмірного вживання напередодні?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
7. Як часто протягом останнього року Ви відчували провину або докори сумління після вживання алкоголю?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
8. Як часто протягом останнього року Ви не могли пригадати, що сталося напередодні через вживання алкоголю?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.

9. Чи завдавали Ви коли-небудь шкоди собі або оточуючим у стані сп'яніння?
- Ні;
 - Так, але не протягом минулого року;
 - Так, протягом минулого року.
10. Чи висловлювали Ваші родичі, друзі або лікарі занепокоєння з приводу Вашого вживання алкоголю або радили Вам пити менше?
- Ні;
 - Так, але не протягом минулого року;
 - Так, протягом минулого року.

**Пояснювальна записка до тесту для загального ознайомлення
перед проходженням**

Класифікація наркотичних речовин

1. Канабіс
 - Маріхуана
 - Гашиш
 - Масло канабісу
2. Амфетаміни
 - Метамфетамін
 - Фенметралін
 - Кат
 - Бетель
 - Риталін (Метилфенідат)
3. Кокаїн
 - Крек
 - Фрібейс
 - Листя коки
4. Опіати
 - Героїн для паління
 - Героїн
 - Опіум
5. Галюциногени
 - Екстазі
 - ЛСД (Лізергінова кислота)
 - Мескалін
 - Пейот
 - РСР, ангельський пил (Фенциклідин)

- Псилоцибін
- ДМТ (Диметилтриптамін)
- 6. Розчинники/інгалянти
 - Розріджувач трихлоретилен
 - Бензин
 - Солі
 - Клей
- 7. GHB (Гамма-гідроксибутират) та інші
 - GHB (Гамма-гідроксибутират)
 - Анаболічні стероїди
 - Веселячий газ (Галотан)
 - Аміл нітрат (Попперс)
 - Антихолінергічні сполуки

Таблиця Б.1

Класифікація снодійних речовин у формі пігулок

Снодійні / седативні	
Алпразолам	Нітразепам
Амобарбітал	Оксасканд
Аподорм	Пентобарбітал
Апозепам	Рогіпнол
Апробарбітал	Секобарбітал
Бутабарбітал	Собріл
Буталбітал	Соната
Геміневрин	Стесолід
Глутетимід	Стилнокт
Дормікум	Талбутал
Діазепам	Теместа
Етхлорвінол	Триазолам
Зопіклон	Тіаміал
Ікторівіл	Тіопентал

Продовження табл. Б.1

Імован	Фенемал
Ксанор	Фенобарбітал
Мепробамат	Флунітразепам
Метаквалон	Флусканд
Метогексیتال	Хальціон
Мефобарбітал	Хлоралгідрат
Могадон	

Пігулки НЕ вважаються наркотиками, якщо їх призначив лікар і ви приймаєте їх у призначеному дозуванні.

Пігулки вважаються наркотиками, коли ви приймаєте:

1. Їх більше або частіше, ніж призначив вам лікар;
2. Тому що ви хочете розважитися, почуватися добре, отримати «кайф» або цікавитися, який вплив вони на вас справляють;
3. Пігулки, які ви отримали від родича або друга;
4. Пігулки, які ви купили на «чорному ринку» або вкрали.

Таблиця Б.2

Класифікація знеболюючих речовин у вигляді пігулок

Знеболюючі	
Астік	Норгесік
Дексодон	Норфлекс
Дексофен	ОксіКонтін
Деполан	ОксіНорм
Дистальгетичний	Опідол
Долерон	Панокод форте
Долконтин	Панокод
Долоксен	Парафлекс комп
Долотард	Сомадрил
Дюрогезик	Спазмифен
Ділаудид	Субутекс

Продовження табл. Б.2

Кетоган	Темгесік
Кетодур	Традолан
Кодеїн	Трамадол
Кокцилана-Етифін	Трео комп
Максідон	Тіпарол
Метадон	Фентаніл
Морфін	Цитодон форте
Нобліган	Цитодон

Тест DUDIT**(Оцінка вживання наркотичних речовини)**

1. Як часто Ви вживаєте наркотичні засоби (за винятком алкоголю)?
 - Ніколи;
 - 1 раз на місяць або рідше;
 - 2-4 рази на місяць;
 - 2-3 рази на тиждень;
 - 4 або більше разів на тиждень.
2. Чи вживаєте Ви більше одного виду наркотиків за один раз?
 - Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
3. Скільки разів Ви зазвичай вживаєте наркотики в ті дні, коли Ви їх вживаєте?
 - 0;
 - 1-2;
 - 3-4;
 - 5-6;
 - 7 або більше.
4. Як часто Ви перебуваєте під сильним впливом наркотиків?
 - Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.

5. Чи відчували Ви протягом останнього року такий непереборний потяг до наркотиків, що не могли думати ні про що інше?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
6. Як часто протягом останнього року Ви виявляли, що не можете зупинити вживання наркотиків, якщо вже почали?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
7. Як часто протягом останнього року Ви нехтували справами, якими повинні були займатися, через вживання наркотиків?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
8. Як часто протягом останнього року Вам доводилося вживати наркотики вранці після того, як Ви вживали їх напередодні?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.

9. Як часто протягом останнього року Ви відчували провину або муки совісті через вживання наркотиків?
- Ніколи;
 - Рідше ніж раз на місяць;
 - Щомісяця;
 - Щотижня;
 - Щодня або майже щодня.
10. Чи була коли-небудь завдана фізична чи психологічна шкода Вам або комусь іншому внаслідок Вашого вживання наркотиків?
- Ні;
 - Так, але не протягом минулого року;
 - Так, протягом минулого року.
11. Чи висловлював коли-небудь хтось із Ваших родичів, друзів або лікарів занепокоєння з приводу Вашого вживання наркотиків або радив Вам припинити?
- Ні;
 - Так, але не протягом минулого року;
 - Так, протягом минулого року.

Тест на інтернет-адикцію (ІАТ)

Варіанти відповідей для кожного питання за шкалою Лейкерта:

- 1 – ніколи
- 2 – рідко
- 3 – іноді
- 4 – часто
- 5 – завжди

Список питань:

1. Як часто Ви помічаєте, що проводите в мережі більше часу, ніж планували?
2. Як часто Ви нехтуєте домашніми справами, щоб провести більше часу в мережі?
3. Як часто Ви надаєте перевагу перебуванню в мережі замість того, щоб поспілкуватися зі своїми близькими?
4. Як часто Ви заводите нові знайомства з користувачами мережі?
5. Як часто Ваші близькі скаржаться на те, скільки часу Ви проводите в мережі?
6. Як часто Ваше навчання чи робота страждають через те, що Ви проводите багато часу в мережі?
7. Як часто Ви перевіряєте електронну пошту чи соціальні мережі, перш ніж зайнятися чимось іншим, що Вам необхідно зробити?
8. Як часто Ваша продуктивність праці або навчання страждають через Ваше перебування в мережі?
9. Як часто Ви займаєте оборонну позицію або скритність, коли хтось запитує Вас, чим Ви займаєтеся в мережі?
10. Як часто Ви відганяєте тривожні думки про своє життя, замінюючи їх заспокійливими думками про мережу?

11. Як часто Ви відчуваєте приємне передчуття, знову збираючись вийти в мережу?
12. Як часто Ви боїтеся, що життя без інтернету буде нудним, порожнім і безрадісним?
13. Як часто Ви дратуєтеся, коли хтось відволікає Вас, коли Ви перебуваєте в мережі?
14. Як часто Ви не висипаєтеся через те, що засиджуєтеся в мережі допізна?
15. Як часто Ви відчуваєте, що занурені в думки про мережу, коли не перебуваєте в ній, або плануєте, що будете там робити?
16. Як часто Ви кажете собі «ще кілька хвилин», перебуваючи в мережі?
17. Як часто Ви намагаєтеся безуспішно скоротити час свого перебування в мережі?
18. Як часто Ви намагаєтеся приховати, як довго Ви перебуваєте в мережі?
19. Як часто Ви надаєте перевагу перебуванню в мережі замість того, щоб піти куди-небудь з друзями?
20. Як часто Ви відчуваєте пригніченість, занепад сил, дратівливість, коли Ви не в мережі, а як тільки опиняєтеся в ній, це все минає?

Шкала суїцидального мислення (SSI)

1. Бажання жити:
 - 0 – від помірного до сильного;
 - 1 – слабке;
 - 2 – відсутнє.
2. Бажання померти:
 - 0 – відсутнє;
 - 1 – слабке;
 - 2 – від помірного до сильного.
3. Доводи на користь життя або смерті:
 - 0 – доводи за життя переважають над доводами за смерть;
 - 1 – приблизно однакові;
 - 2 – доводи за смерть переважають над доводами за життя.
4. Бажання вчинити активну суїцидальну спробу:
 - 0 – відсутнє;
 - 1 – слабке;
 - 2 – сильне.
5. Бажання вчинити пасивну суїцидальну спробу (наприклад, перестати приймати необхідні ліки):
 - 0 – вжив би заходи, щоб залишитися живим;
 - 1 – залишив би життя/смерть на волю випадку;
 - 2 – не зробив би нічого, щоб залишитися живим.
6. Тривалість суїцидальних думок/бажань:
 - 0 – дуже короткі, скороминущі;
 - 1 – тривалі;
 - 2 – майже невідступні.
7. Частота виникнення суїцидальних думок:
 - 0 – рідко;

- 1 – виникають час від часу;
 - 2 – постійно (або майже постійно).
8. Ставлення до думок/бажань:
- 0 – негативне, відкидаю їх;
 - 1 – амбівалентне, байдуже;
 - 2 – позитивне, приймаю їх.
9. Контроль над суїцидальними імпульсами/думками:
- 0 – упевнений/-а у своєму контролі;
 - 1 – не впевнений/-а;
 - 2 – не маю контролю.
10. Стримуючі фактори (сім'я, релігія, страх болю):
- 0 – не вчиню спробу через них;
 - 1 – певною мірою беру їх до уваги;
 - 2 – не мають значення / не думаю про них.
11. Причина намічуваної спроби:
- 0 – щоб вплинути на інших, привернути увагу;
 - 1 – поєднання пунктів 0 та 2;
 - 2 – щоб припинити страждання, покінчити з усім.
12. Ступінь обмірковування методу спроби:
- 0 – метод не обмірковувався;
 - 1 – метод обмірковувався в загальних рисах;
 - 2 – метод продуманий детально.
13. Наявність або доступність методу:
- 0 – метод недоступний, немає можливості;
 - 1 – метод доступний, але потрібен час/зусилля;
 - 2 – метод легкодоступний / вже під рукою.
14. Відчуття здатності скоїти спробу:
- 0 – відчуваю, що не вистачить сміливості/здатності;
 - 1 – не впевнений/-а;

- 2 – упевнений/-а у своїй здатності.

15. Очікування реальної спроби:

- 0 – ні;
- 1 – під сумнівом, не впевнений/-а;
- 2 – так.

16. Реальна підготовка до спроби:

- 0 – ніякої підготовки;
- 1 – часткова (наприклад, почав/-ла збирати таблетки);
- 2 – підготовка завершена.

17. Передсмертна записка:

- 0 – немає записки;
- 1 – почав/-ла писати або багато про це думаю;
- 2 – записка повністю готова.

18. Останні вказівки (заповіт, страхування, передача справ):

- 0 – ніяких кроків;
- 1 – обдумував/-ла або робив/-ла деякі кроки;
- 2 – зробив/-ла остаточні розпорядження.

19. Приховування намірів:

- 0 – відкрито говорю про свої почуття;
- 1 – не говорю про це нікому;
- 2 – приховую, обманюю, щоб ніхто не здогадався.

20. Суїцидальні спроби в минулому:

- 0 – не було;
- 1 – була одна спроба;
- 2 – було кілька спроб.

21. Бажання померти під час останньої спроби (якщо була):

- 0 – слабке;
- 1 – амбівалентне;
- 2 – сильне.