

# ЕКСТРЕМАЛЬНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9

*Я. Мацегора<sup>1</sup>, к.психол.н., с.н.с. провідн.н.с. (ORCID 0000-0001-6103-1466)*

*О. Колесніченко<sup>2</sup>, д.психол.н., с.н.с. проф. каф. (ORCID 0000-0001-6406-1935)*

*І. Приходько<sup>1</sup>, д.психол.н., проф. (ORCID 0000-0002-4484-9781)*

*М. Байда<sup>1</sup>, PhD Психологія (ORCID 0000-0001-7658-4709)*

<sup>1</sup>Національна академія Національної гвардії України

<sup>2</sup>Національна академія Служби безпеки України

## РИЗИК ФОРМУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПРИЙМАЮТЬ УЧАСТЬ В БОЙОВИХ ДІЯХ

За результатами проведеного дослідження визначено вплив інтенсивності симптомів посттравматичного стресового розладу на ризик зловживання алкоголем у військовослужбовців – учасників інтенсивних бойових дій, з різними соціально-демографічними характеристиками. У дослідженні прийняли участь 546 військовослужбовців чоловічої статі, які безпосередньо несуть службу у зоні інтенсивного бойового зіткнення, і були вилучені на один-два тижні для проходження програми відновлення за такими показниками, як прояв зовнішніх ознак дезадаптації, гострого стресового реагування, виснаження тощо. Вік учасників дослідження від 20 до 55 років.

Визначено, що не лише сформований ПТСР, а й інтенсивна його симптоматика пов'язана зі збільшенням ризику формування алкогольної залежності. В той же час, наявність факторів, які зазвичай поглиблюють ПТСР – проблеми зі сном, наявність поранень та контузій, соматичних скарг – у різних вікових категоріях мали неоднаковий вплив на ризик формування алкогольної залежності.

Вікові характеристики посилюють дію інших факторів, що впливали на ризик вживання алкоголю у військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій. Так, зовсім юними військовослужбовцями та військовослужбовцями граничного віку, нерідко опікуються усім підрозділом, в тому числі і у питаннях контролю вживання алкоголю, проте поза цією опікою, при переживанні дії бойових стрес-факторів, у цих категорій військовослужбовців можуть збільшуватися показники ризику вживання алкоголю, порівняно з військовослужбовцями, які належать до категорії молодого віку і мають більш дієві засоби саморегуляції.

Зроблено припущення, що військовослужбовці молодого віку більше довіряють власним засобам саморегуляції, в тому числі і тим, що пов'язані зі вживанням алкоголю. Вони, на відміну від юних та зрілих військовослужбовців, менше обмежують себе у вживанні алкоголю у ситуаціях, що, на їх думку не пов'язані із загрозою для здоров'я, і більше здатні до самообмеження у ситуаціях, що несуть загрозу здоров'ю. Інші вікові категорії, що брали участь у дослідженні, можуть суттєво обмежувати своє прагнення до вживання алкоголю, намагаючись довести свою відповідність вимогам військової служби, проте, при появі значної інтенсивності симптоматики ПТСР можуть втрачати здатність до самообмеження.

**Ключові слова:** лідер, військовослужбовець, службово-бойова діяльність, бойовий досвід, посттравматичний стресовий розлад, психологічне відновлення,

посттравматичний стресовий розлад, адиктивна поведінка, алкогольна залежність, психічне здоров'я.

**Вступ.** Тривалі інтенсивні бойові дії з чисельним переважаючим супротивником, які ведуть українські військовослужбовці на Сході та Півдні країни, гостро ставлять питання розробки дієвих програм психологічного відновлення військовослужбовців для зниження руйнівної дії на їх психічне здоров'я накопичення впливу бойових стрес-факторів та посилення інтенсивності симптоматики посттравматичних стресових розладів. На сьогоднішній час для такого психологічного відновлення, військовослужбовців з вираженими ознаками дезадаптації, втоми та інтенсивної симптоматики посттравматичного реагування на один-два тижні вилучають із зони інтенсивних бойових дій та пропонують у відносно безпечному місці пройти заходи психологічної реабілітації та фізичного оздоровлення. Такі заходи вже показали свою здатність знижувати інтенсивність негативних станів та подовжувати здатність військовослужбовця бути стійким до дії бойовим стрес-факторам [1; 2]. Втім, військовослужбовці, які схильні до зловживання алкоголем, в умовах відносної безпеки перестають контролювати кількість вжитого алкоголю, та інколи втрачають здатність приймати активну участь у заходах програми психологічного відновлення, через що вона не має необхідної ефективності для цієї категорії військовослужбовців. Є випадки вчинення під час перебування у програмі психологічного відновлення військовослужбовцями у стані алкогольного сп'яніння дисциплінарних та

адміністративних порушень, що інколи негативно позначається на проходженні програми психологічного відновлення не лише військовослужбовцями, які зловживають алкоголем, але і тих, що вимушені з ними взаємодіяти. Хоча такі випадки і не є масовим явищем серед українських військовослужбовців [3], проте у боротьбі за збереження психічного здоров'я кожного військовослужбовця, важливим стає визначення категорії осіб, що підпадають у зону ризику формування алкогольної залежності для профілактики негативних наслідків та внесення для них необхідних змін у програми психологічного відновлення військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій.

**Аналіз існуючих досліджень і публікацій.** Останнє масове підвищення інтересу до тем зловживання алкоголем учасників бойових дій відбувалося близько 10-15 років тому у зв'язку із бойовими діями в Іраку і Афганістану. У проведеному дослідженні, Jones та Fear визначили, що традиційно алкоголь військовослужбовцями використовується, щоб здолати наслідки бойового стресу та як засіб полегшення при переході від бойового досвіду до повсякденного життя. Згідно отриманих статистичних результатів, найбільшому ризику зловживання алкоголем піддаються молоді самотні чоловіки, які пережили бойовий стрес. У дослідженні вони зазначили, що лікарі безумовно вказують на шкідливість вживання алкоголю, проте частина лікарів вказала, що алкоголь відіграє особливу роль у піднятті морального духу, сприянню згуртованості підрозділу та

захисту військовослужбовців від порушень адаптації. Втім зловживання алкоголем завжди оцінювалося, як несумісне із військовою службою [4].

У дослідженні Skipper, Forsten, Kim, Wilk, Hoge вказали на зв'язок між бойовим досвідом та звичкою зловживати алкоголь військовослужбовцями Сил спеціальних операцій армії США після участі в бойових діях. До предикторів зловживання алкоголем віднесено: бойові дії, вбивство, загроза самому собі, смерть/травми інших, звірства. Дослідники встановили, що згодом майже 15% військовослужбовців, які мали бойовий досвід через 3-6 місяців зловживали алкоголем. Автори визначили, що військовослужбовці, які належали до елітних бойових підрозділів та виконували завдання в спеціальних видах бойових дій вірогідність зловживати алкоголем вища [5].

Близьким за змістом є дослідження наступної групи авторів – Wilk, Bliese, Kim, Thomas, McGurk, Hoge. Вони також вивчали вплив таких предикторів, як: бойові дії, вбивство, загроза самому собі, смерть/травми інших, звірства, на фізичне та психічне здоров'я військовослужбовців Бригадних піхотних команд через 3-4 місяця після повернення із відрядження до Іраку. Зловживання алкоголем вивчено за допомогою тесту із 2 пунктів, що дозволяв встановлювати наявність поведінкових проблем, пов'язаними із алкоголем. Встановили, що 25% мали позитивний результат скринінгу на зловживання алкоголем через 3-4 місяці після участі в бойових діях, з них 12% мали поведінкові проблеми. Дослідники встановили, що серед військовослужбовців, які мали більш високу вірогідність загинути або

отримання поранення мали значно більше шансів позитивного скринінгу на зловживання алкоголем. Військовослужбовці, які пережили катування або знущання мали поведінкові проблеми, що пов'язані із зловживанням алкоголем [6].

У дослідженні інших авторів – Russell D., Russell C., Riviere, Thomas, Wilk, Bliese – вивчався вплив бойового досвіду на зловживання алкоголем серед солдат Національної гвардії. Ці дослідники мали змогу порівняти показники вживання алкоголю за 3 місяці до та 3 місяці після участі в бойових діях в Іраку в 2005-2006 роках. Дослідження показало, що зловживання алкоголю військовослужбовцями збільшилися більше, ніж у 2 рази з 8.51% до 19.15% після участі в бойових діях. Також встановлено, що серед військовослужбовців Національної гвардії після такого бойового досвіду, як застосування зброї на ураження під час бою, зловживання алкоголем зменшилося [7].

Іншими науковцями, Ursano, Wang, Fullerton, Ramsawh, Gifford, Russell, Cohen, Sampson, Galea, визначено, одним із найважливіших факторів, що пов'язані із зловживанням алкоголем серед військовослужбовців – це рівень готовності особового складу до участі в бойових умовах та виконання бойових завдань не зі своїм підрозділом. Зокрема, встановлено, що військовослужбовці, які виконували бойові завдання у підрозділі з середнім або низьким рівнем підготовки, визначено більше проблем із психічним здоров'ям військовослужбовцями (в тому числі ПТСР та зловживання алкоголем), ніж в підрозділі з високим рівнем підготовки. Військовослужбовці, які виконували бойові завдання без свого

підрозділу мали у п'ять разів більше проблем із психічним здоров'ям і на 61% частіше повідомили про запої [8].

Thomas J. L., Wilk J. E., Riviere L. A., McGurk D., Castro C. A., & Hoge C. W. у дослідженні довели, що військовослужбовці які приймали участь у бойових діях в Ірані та Афганістані мали проблеми з психічним здоров'ям. Науковці визначили, що поширеність ПТСР та депресії у військовослужбовців після виконання бойових завдань збільшується майже втричі. Спостерігалась висока коморбідність із зловживанням алкоголем та агресією [9].

Jakupcak M., Tull M. T., McDermott M. J., Kaysen D., Hunt S. та Simpson T., встановили, що зловживання алкоголем частіше діагностувалася у молодих ветеранів-чоловіків, які служили в Армії чи морській піхоті. Ветерани з позитивним скринінгом на постратравматичний стресовий розлад та депресію у два рази частіше повідомляли про зловживання алкоголем порівняно з тими, у кого не були діагностовані ознаки ПТСР. Вивчення конкретних кластерів симптомів постратравматичного стресового розладу показало, що симптоми емоційного оціпеніння сильніше за інших пов'язані із зловживанням алкоголем [10].

Дослідники Kok B.C., Wilk J.E., Wickham R.E., Bongar B., Riviere L.A. та Brown L.M. провели дослідження, в якому довели що військовослужбовці логістичних підрозділів мали найвищі показники постратравматичних стресових розладів, ніж військовослужбовці підрозділів оперативного реагування. Автори дійшли висновку, що інтенсивність симптомів постратравматичного стресового

розладу не є виключно функцією бойового впливу, і що військовослужбовці логістичних підрозділів по іншому реагують на розвиток бойових дій [11].

Дослідження Hoopsick R. A., Nomish D. L., Bartone P. T. та Nomish G. G. показало, що негативні емоції, пов'язані з почуттям «провини», «духу братерства», «цінності» та «приналежності», які виникали у військовослужбовців через те, що вони не мали досвід бойових зіткнень, мали негативні наслідки для їх психічного здоров'я. Ними доведено, що ці негативні емоції також пов'язані з виникненням проблем із алкоголем, але важливим був той факт, що це не стосувалося військовослужбовців-жінок, лише військовослужбовців-чоловіків [12].

У дослідженні R. Hoopsick, Nomish, Collins, Nochajski, Read, G. Nomish, було встановлено, що не сам факт наявності досвіду у військовослужбовців бойових зіткнень, а наявність психосоціальних проблем впливали на психічне здоров'я та вживання психоактивних речовин. В той час, як показники психічної стійкості негативно впливали на психосоціальні проблеми [13].

**Мета дослідження** – визначити вплив інтенсивності симптомів постратравматичного стресового розладу на ризик зловживання алкоголем у військовослужбовців – учасників інтенсивних бойових дій, з різними соціально-демографічними характеристиками.

**Результати.** На відміну від аналізованих вище досліджень, в яких приймали участь переважно ветерани, в цьому дослідженні взяли участь 546 військовослужбовців, які безпосередньо несуть службу у зоні

інтенсивного бойового зіткнення, і були вилучені на один-два тижні для проходження програми відновлення за такими показниками, як прояв зовнішніх ознак дезадаптації, гострого стресового реагування, виснаження тощо. Враховуючи короткі строки програми відновлення, її надзвичайну важливість для військовослужбовців та неприпустимість введення зайвого навантаження для учасників програми, в цьому дослідженні не було використано додаткових психодіагностичних методик (не передбачених програмою відновлення), крім методики «AUDIT» [14]. Перед програмою відновлення військовослужбовці проходять опитування за допомогою ряду методик, зокрема, використаної в цьому дослідженні «Міссісіпської шкали» [15] та повідомляють деякі важливі соціально-демографічні данні про себе – підрозділ, звання, військовий стаж служби, вік, шлюбний статус, наявність поранень та контузій, проблем зі сном, потреба у консультації лікаря через наявність соматичних скарг.

Як відомо «Міссісіпську шкалу» було розроблено для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій, і на сьогодні вона є одним із найбільш використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала складається із 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Лікерта. Підсумковий показник за шкалою дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного травматичного досвіду. Пункти шкали відповідають 4 категоріям, три з яких співвідносяться із критеріями DSM-V [16]. Так, по 11 пунктів виділено на симптоми вторгнення та уникнення, ще 8 пунктів – симптоми фізіологічної

збудливості, 5 пунктів – спрямовані на виявлення почуття провини та суїцидальності. Повідомляється, що підсумковий бал за шкалою корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад». Використана в дослідженні «Міссісіпська шкала» має стандартизацію для української вибірки військовослужбовців. Згідно неї передбачено визначення трьох рівнів інтенсивності симптоматики посттравматичного стресового реагування – нормативний показник (від 0 до 77 балів), окремі симптоми ПТСР (від 78 до 97 балів) та ознаки сформованого ПТСР (98 та більше балів). В цьому дослідженні використовувався поділ на два рівні – нормативний (до 77 балів) та той, що його перевищує (78 та більше балів). В цьому поділі було враховано, що поки військовослужбовці є учасниками інтенсивних бойових дій і їх травматизація триває, навіть враховуючи, що частина із них раніше вже була на тривалий час (більше 1 місяця) вилучена із зони бойових дій у зв'язку із пораненнями та контузіями чи мала досвід тривалих ротаций після участі у бойових діях 2014-2022 року, мова не йде про встановлення діагнозу ПТСР. Методику було використано для визначення інтенсивності симптоматики посттравматичного стресового реагування.

Методику «AUDIT» було розроблено Всесвітньою організацією охорони здоров'я у 1993 році [14]. Вона містить 10 питань та дозволяє визначити рівні ризику формування алкогольної залежності: низький (0-7 балів); середній (8-15 балів); високий (16-19 балів) та вірогіднісну залежність (20 та більше балів).

Було використано дисперсійний (одномірний загальний лінійний) аналіз статистичного пакету SPSS 22.



Радянська спадщина, щодо ставлення до вживання алкоголю, ще донедавна робила алкоголь одним із найпоширенішим копингом подолання життєвих негараздів, який громадянами СРСР, в тому числі і військовослужбовцями, було доведено до традиції, обов'язкової для дотримання (так звані, «наркомівські 100 грам» перед боєм).

У виборці військовослужбовців, які взяли участь в дослідженні показники за методикою «AUDIT» є невисокими, такими що переважно відповідають низькому рівню ризику формування алкогольної залежності -  $5,58 \pm 4,55$ . Так данні свідчать, що вживання алкоголю не є «традиційним» для української армії, розбудова якої за новими стандартами відбувалася в ході реалізації захисту країни від зовнішнього агресора. Якщо дивитися по рівням, прийнятим у методиці «AUDIT», то 74,36% мають низький, 21,98% середній і по 1,83% приходиться на високий ризик та вірогідність сформованої залежності. При цьому, враховуючи, що учасники дослідження мають високий рівень накопичення дії бойових стрес-факторів та значно виснажені показники стійкості, є підстави

вважати, що в загальній виборці військовослужбовців показники є ще кращі. Зокрема, в виборці дослідження ознаки інтенсивної симптоматики посттравматичного стресового реагування (78 та більше балів за Міссісіпською шкалою) мають 51,47% військовослужбовців, 52,01% мають поранення чи контузії.

Використання дисперсійного аналізу з фіксованими факторами інтенсивності впливу симптоматики ПТСР та вікової категорії показало, що крім впливу першого фіксованого фактору ( $p \leq 0,001$ ), значимою є взаємодія цих двох фіксованих факторів на показники методики AUDIT ( $p \leq 0,05$ ).

Зазначимо, що в досліджуваній виборці – юнацький вік є найменш представленою віковою категорією – 13,37%. Більш поширеним є молодий вік – 50,92% та зрілий вік – 35,71%. Середні значення за методикою «AUDIT» у вікових групах наступні: юнацький вік –  $6,09 \pm 4,54$ ; молодий вік –  $5,47 \pm 4,21$ ; зрілий вік –  $5,52 \pm 5,01$ .

У таблиці 1 наведено показники за методикою «AUDIT» в вікових групах з врахуванням їх поділу відповідно до інтенсивності симптоматики ПТСР.

**Табл. 1. Показники ризику формування алкогольної залежності у вікових групах з ознаками ПТСР**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР	Позанормативні показники ПТСР
Юнацький вік	$4,38 \pm 3,15$	$7,59 \pm 5,06$
Молодий вік	$4,77 \pm 3,24$	$6,10 \pm 4,84$
Зрілий вік	$3,88 \pm 3,14$	$7,25 \pm 5,97$

Зазначимо, що усі вікові групи, в яких симптоматика ПТСР є понаднормовою, мають статистично більші показники ризику формування алкогольної залежності ( $p \leq 0,01$ ). Серед інших особливостей слід

вказати, що в молодому віці показники за методикою «AUDIT» є найбільш стабільними і дещо менше змінюються при збільшенні симптоматики ПТСР порівняно з показниками в інших вікових групах.

В зрілому та юнацькому віці показники є більш динамічними. В зрілому віці військовослужбовці без ознак ПТСР найбільш схильні до здорового способу життя, та не зловживання алкогольними напоями ( $3,88 \pm 3,14$ ). В юнацькому віці інтенсивна симптоматика ПТСР поєднана з найбільшим підвищенням показників ризику формування алкогольної залежності.

Данні опитування, що проводиться з учасниками програми відновлення, дозволяють розглянути вплив деяких факторів, що можуть чинити вплив на стійкість до формування симптоматики ПТСР, і, відповідно, впливати на ризик формування алкогольної залежності у військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій. Почнемо з тих, що пов'язані із здоров'ям та самопочуттям (див. табл. 2-4).

**Табл. 2. Показники ризику вживання алкоголю у вікових групах військовослужбовців з різною інтенсивністю симптоматики ПТСР, що ускладнюються порушенням сну**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР		Позанормативні показники ПТСР	
	Відсутність проблем зі сном	Наявність проблем зі сном	Відсутність проблем зі сном	Наявність проблем зі сном
Юнацький вік	$4,45 \pm 2,92$	$4,00 \pm 4,69$	$8,73 \pm 5,36$	$6,88 \pm 4,83$
Молодий вік	$5,00 \pm 3,35$	$4,14 \pm 2,85$	$6,15 \pm 4,44$	$6,06 \pm 5,18$
Зрілий вік	$3,78 \pm 3,71$	$4,24 \pm 2,1$	$7,64 \pm 6,87$	$6,94 \pm 5,20$

Як видно із наведених в таблиці 2 даних проблеми зі сном при відсутності інтенсивної симптоматики ПТСР не чинять значного впливу на рівень вживання алкоголю. Інтенсивна симптоматика ПТСР, яка обтяжена проблемами зі сном в юнацькому та зрілому віці може вести до незначного обмеження вживання алкоголю.

Данні дисперсійного аналізу з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР» та «наявність проблем зі сном» показало значущість в кожній віковій групі першого фактору, проте вплив на показник методики «AUDIT» другого фактору чи взаємодія цих двох факторів ні в одній з вікових груп не сягає рівня статистичної значимості.

Нижче наведено данні щодо ставлення до вживання алкоголю у

вікових групах військовослужбовців залежно від наявності інтенсивної симптоматики ПТСР та контузій і поранень (див. табл. 3).

Як бачимо при відсутності вираженої симптоматики ПТСР в усіх групах є незначне зменшення вживання алкоголю при отриманні поранень та контузій. При обтяженні інтенсивної симптоматики ПТСР наслідками поранень та контузій ставлення до вживання алкоголю у вікових групах дещо різниться.

Так, в юнацькому віці відбувається незначне підвищення показників ризику формування алкогольної залежності (з  $7,13 \pm 4,92$  до  $8,65 \pm 5,13$ ), в молодому – зменшення (з  $6,98 \pm 5,79$  до  $5,52 \pm 4,22$ ), а у зрілому – без відчутних змін.

**Табл. 3. Показники ризику вживання алкоголю у вікових групах військовослужбовців з різною інтенсивністю симптоматики ПТСР, що ускладняється контузіями та пораненнями**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР			Позанормативні показники ПТСР		
	Без поранень/ контузій	З контузіями/ пораненнями	З пораненнями	Без поранень/ контузій	З контузіями/ пораненнями	З пораненнями
Юнацький вік	4,68±3,08	3,83±3,35	-	7,13±4,92	8,65±5,13	-
Молодий вік	5,33±3,72	4,21±2,59	4,45±2,94	6,98±5,79	5,52±4,22	6,36±4,13
Зрілий вік	4,13±3,44	3,38±2,64	3,80±2,66	7,18±5,71	7,33±6,29	7,29±6,85

Хоча при відсутності вираженої симптоматики ПТСР в цій віковій групі наявність поранення та контузії є певним приводом скоротити вживання алкоголю (з 4,13±3,44 до 3,38±2,64).

Використання дисперсійного аналізу окремо для кожної вікової групи з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР» та «наявність контузій та поранень» показало, що для кожної вікової групи важливим є дія першого фактору на показники методики «AUDIT» ( $p \leq 0,001$ ), для військовослужбовців молодого віку також рівня тенденції сягає вплив фактору наявності контузій та поранень ( $p \leq 0,1$ ). Ні в одній віковій групі взаємодія цих двох факторів не сягає рівня статистичної значимості.

Дисперсійний аналіз для загальної вибірки дослідження з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР», «вікова категорія» та «наявність контузій і поранень» показало статистично значимий вплив першого

фіксованого фактору ( $p \leq 0,01$ ), та тенденцію до статистичної значимості взаємодії першого та другого фактору ( $p \leq 0,1$ ).

Здавалося досить близьким до показника наявності поранень та контузій є суб'єктивний показник наявності соматичних скарг та потреби у консультації відповідного лікаря (ці показники мали б бути пов'язаними). Проте, реакції на обтяження симптоматики ПТСР соматичними скаргами та усвідомлення необхідності консультації відповідного лікаря із соматичних захворювань є дещо відмінними від тих, що спостерігаються при обтяженні симптоматики ПТСР пораненнями та контузіями (див. табл. 4).

Серед осіб, які в зрілому віці не мають інтенсивної симптоматики ПТСР та не відчувають потреби у консультації лікаря, 100% мають низький рівень ризику формування алкогольної залежності та практично не цікавляться спиртними напоями.



**Табл. 4. Показники ризику вживання алкоголю у вікових групах військовослужбовців з різною інтенсивністю симптоматики ПТСР, що обтяжений соматичними скаргами та потребою у консультації лікаря**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР		Позанормативні показники ПТСР	
	Не відчуває потреби у консультації лікаря (не має соматичних скарг)	Потребує консультації лікаря (має соматичні скарги)	Не відчуває потреби у консультації лікаря (не має соматичних скарг)	Потребує консультації лікаря (має соматичні скарги)
Юнацький вік	4,82±3,11	3,94±3,23	8,55±5,04	6,76±5,04
Молодий вік	4,71±3,01	4,79±3,33	6,03±3,81	6,11±5,03
Зрілий вік	2,53±2,12	4,20±3,27	7,67±6,34	7,18±5,94

В юнацькому віці наявність інтенсивної симптоматики ПТСР без соматичних проблем може бути приводом для збільшення вживання алкоголю. Усвідомлення у себе наявності соматичних проблем веде до деякого зниження вживання алкоголю (з 8,55±5,04 до 6,76±5,04). Проте, такої тенденції не спостерігається у молодому віці. В цій віковій групі наявність чи відсутність соматичних скарг при наявності інтенсивної симптоматики ПТСР не впливає на кількість вживаного алкоголю (6,03±3,81 та 6,11±5,03 відповідно). Ситуацію у зрілому віці подібна до тієї, що характерна для молодого віку (7,67±6,34 та 7,18±5,94 в групах, що мають інтенсивну симптоматику ПТСР з та без соматичних скарг).

Данні дисперсійного аналізу для окремих вікових груп з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР» та «потреба у консультації лікаря» показало значний вплив першого фактору на показники методики «AUDIT» ( $p \leq 0,01$ ). Тенденція до статистичної значимості впливу другого фіксованого фактору спостерігається лише в юнацькому віці ( $p \leq 0,1$ ). Ні в одній із вікових груп не

встановлено статистично значимого впливу взаємодії цих фіксованих факторів.

Дисперсійний аналіз для загальної вибірки дослідження з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР», «вікова категорія» та «потреба у консультації лікаря» показало статистично значимий вплив першого фіксованого фактору ( $p \leq 0,01$ ), та взаємодії першого та другого фактору ( $p \leq 0,05$ ).

Таким чином, обтяження симптоматики ПТСР проблемами зі сном чи соматичними проблемами та наявність у власному анамнезі контузій та поранень не однаково сприймається військовослужбовцями у якості приводу для зловживання алкоголем у виділених вікових групах. Так, в молодому віці факт наявності в анамнезі контузій та поранень, які гіпотетично можуть обтяжити переживання симптоматики ПТСР, призводить до зниження кількості вживаного алкоголю, натомість наявність реальних соматичних скарг та проблем зі сном не мають такого ефекту. В юнацькому та зрілому віці ситуація протилежна. Наявність факту

поранень при інтенсивній симптоматиці ПТСР сприймається в цих вікових групах, як «падіння заборони» на вживаного алкоголю, натомість поява реальних проблем зі сном та соматичні скарги – сприймається ними як сигнал про необхідність зменшення кількості вживаного алкоголю.

Інші фактори, які розглядалися в цьому дослідженні, – військовий стаж, звання, тип підрозділу - пов'язані переважно з наявним військово-професійним досвідом та рівнем підготовки та іншим, що впливає на формування стійкості до дії бойових-стрес-факторів (див. табл. 5-7).

**Табл. 5. Показники ризику вживання алкоголю у вікових групах військовослужбовців з різною інтенсивністю симптоматики ПТСР в бойових підрозділах та підрозділах забезпечення**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР		Позанормативні показники ПТСР	
	Підрозділи забезпечення	Бойові підрозділи	Підрозділи забезпечення	Бойові підрозділи
Юнацький вік	2,86±2,34	4,78±3,25	8,43±2,76	7,41±5,45
Молодий вік	6,20±4,96	4,65±3,05	5,14±5,10	6,27±4,79
Зрілий вік	5,11±5,88	3,76±2,76	8,63±7,22	6,97±5,69

Данні таблиці 5 висвітлюють досить цікаву ситуацію – єдиний випадок в цьому дослідженні, коли у групі без інтенсивної симптоматики ПТСР показники вживання алкоголю є вищими (6,20±4,96), ніж в групі з інтенсивною симптоматикою ПТСР (5,14±5,10). Така ситуація склалася в групі у військовослужбовців молодого віку, які несуть службу у підрозділах забезпечення.

У військовослужбовців юнацького віку, які несуть службу у тилових підрозділах, наявність інтенсивної симптоматики ПТСР пов'язана із певними відмінностями у ставленні до алкоголю. Так, в групі юнаків тилового забезпечення, у яких симптоматика ПТСР не є вираженою, діагностовані найменші для юнацького віку показники «AUDIT» – 2,86±2,34; зі інтенсивною симптоматикою ПТСР – одні з найвищих показників вживання алкоголю для юнацького віку – 8,43±2,76. Близькі показники і у військовослужбовців

зрілого віку тилових підрозділів (5,11±5,88 та 8,63±7,22 відповідно). Показники в бойових підрозділах досить близький до тих, що описаний в вікових групах з/без інтенсивною симптоматикою ПТСР.

Данні дисперсійного аналізу у вікових групах з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР» та «приналежність до бойових підрозділів/підрозділів забезпечення» показало наступне, що при такій комбінації в молодому віці вплив окремо першого фактору є статистично незначимим, натомість рівня тенденції до статистичної значимості сягає взаємний вплив цих двох факторів ( $p \leq 0,1$ ). В зрілому віці разом зі статистично значимим впливом першого фактору ( $p \leq 0,01$ ), встановлена тенденція до статистичної значимості впливу другого фактору ( $p \leq 0,1$ ), проте їх взаємна дія не сягає рівня статистичної значимості. В юнацькому віці статистичної

значимості сягає лише вплив першого фактору ( $p \leq 0,01$ ).

Дисперсійний аналіз для загальної вибірки дослідження з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР», «вікова категорія» та «приналежність до бойових підрозділів/підрозділів забезпечення» показало статистично значимий вплив першого фіксованого фактору ( $p \leq 0,01$ ), взаємодії першого та другого фактору ( $p \leq 0,01$ ) та тенденцію до статистичної значимості впливу взаємодії усіх трьох фіксованих факторів ( $p \leq 0,1$ ).

Цікавими також є данні щодо впливу військового стажу на ризик формування алкогольної залежності у учасників інтенсивних бойових дій. Ці данні наведено у таблиці 6.

Зазначимо, що використані градації стажу пов'язані як із даними про адаптацію до військової служби у мирний час, так і з безпосередньою тривалістю інтенсивних бойових дій в нашій країні, учасниками яких є обстежувані. Так, військовослужбовці із стажем до 1 року є нещодавно мобілізованими і, відповідно, мають найменше військового досвіду і найкоротшу довійськову підготовку, проте, їх служба розпочалась з усвідомлення, що загарбникам можна

давати гідну відсіч (для цього є необхідне озброєння, професійні командири і дієві програми підготовки мобілізованих військовослужбовців). Військовослужбовці зі стажем 1-3 роки – є тими хто не мав чи мав нетривалий досвід військової служби на початок широкомасштабного вторгнення загарбників у лютому 2022році. Військовослужбовці зі стажем понад 3 роки – свідомо обирали збройні сил як місце професійної самореалізації в країні, яка веде бойові дії з 2014 року, більшість з них мали бойовий досвід до широкомасштабного вторгнення 2022 року. На долю військовослужбовців зі стажем 1-3 та зі стажем понад 3 роки випало надавати відсіч агресору у лютому 2022року і цей факт значно ускладнює інтерпретацію результатів, пов'язаних із стажем військової служби, прибирає так би мовити «лінійність» впливу стажу на стійкість до дії бойових стресорів.

Як бачимо із наведених в таблиці 6 даних стаж військової служби у військовослужбовців різної вікової категорії та проявів симптоматики ПТСР має різну роль у ризику формування алкогольної залежності.

**Табл. 6. Показники ризику вживання алкоголю у вікових групах військовослужбовців з різною інтенсивністю симптоматики ПТСР у трьох категоріях стажу військової служби**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР			Позанормативні показники ПТСР		
	до 1 року	1-3 роки	понад 3 роки	до 1 року	1-3 роки	понад 3 роки
Юнацький вік	6,40±3,78	3,56±2,42	4,61±3,55	6,85±4,48	8,27±6,20	7,60±4,17
Молодий вік	4,95±3,65	5,07±2,71	3,88±2,91	5,77±3,99	6,78±6,46	6,27±4,95
Зрілий вік	4,63±3,68	3,26±2,16	2,81±2,27	6,76±5,49	8,37±6,42	6,69±6,26

Так, у військовослужбовців юнацького віку зі стажем до року, для яких характерним є активні процеси адаптації до військової служби і до військових дій, навіть при відсутності інтенсивної симптоматики ПТСР характерними є такі самі показники зловживання алкоголем, як і при переживанні негативних станів, що супроводжують ПТСР, ( $6,40 \pm 3,78$  та  $6,85 \pm 4,48$  відповідно). Тобто в цій групі складності адаптаційного періоду мають практично такий самий вплив на зловживання алкоголем, як і поява вираженої симптоматики ПТСР.

В зрілому та в молодому віці складності адаптації першого року служби не мають такого самого впливу на ризик формування алкогольної залежності ( $4,95 \pm 3,65$  та  $4,63 \pm 3,68$  відповідно), як в юнацькому віці. Крім того, молоді військовослужбовці зі стажем до року навіть при виникненні інтенсивної симптоматики ПТСР мають переважно низький ризик формування алкогольної залежності ( $5,77 \pm 3,99$ ).

У військовослужбовців юнацького віку зі стажем 1-3 роки наявність чи відсутність інтенсивної симптоматики ПТСР призводить до вираженого полюсного ставлення до вживання алкоголю – від практичного неживання у тих, хто немає симптоматики ПТСР ( $3,56 \pm 2,42$ ) до одних із найвищих показників ризику формування залежності у тих, хто має інтенсивну симптоматику ПТСР ( $8,27 \pm 6,20$ ). У юнаків зі стажем військової служби понад 3 роки зміни менш різкі і в цілому відповідають тим, що характерні для загального впливу інтенсивності симптоматики ПТСР.

Зазначмо, що у зрілих військовослужбовців зі стажем 1-3 роки ставлення до вживання алкоголю

при різному рівні симптоматики ПТСР практично таке саме, як і у юнаків ( $3,26 \pm 2,16$  та  $8,37 \pm 6,42$  відповідно). Для них, як і для військовослужбовців юнацького віку, потрясіння перших місяців широкомасштабного вторгнення агресора розшарувало цю категорію на тих хто уникає вживати алкоголь і тих, хто встав на шлях формування залежності. Проте, хотілося б відзначити, що у військовослужбовців зрілого віку, які не мають інтенсивної симптоматики ПТСР, збільшення стажу пов'язане зі стійким зменшенням ризику вживання алкоголю (від  $4,63 \pm 3,68$  при стажі до 1 року до  $3,26 \pm 2,16$  при стажі 1-3 роки та  $2,81 \pm 2,27$  при стажі понад 3 роки). Зазвичай, зрілі військовослужбовці, які намагаються подовжувати контракт на військову службу, слідкують за своїм здоров'ям та не зловживають алкоголем. І навіть при виникненні інтенсивної симптоматики ПТСР зрілі військовослужбовці зі стажем понад 3 роки демонструють певну витримку у ставленні до зловживання алкоголем порівняну із військовослужбовцями молодого віку.

Данні дисперсійного аналізу для окремих вікових категорій з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР» та «категорія стажу військової служби» показав, що в юнацькому та молодому віці статистичну значимість має лише вплив першого фактору, у зрілому віці, крім цього важливим є вплив взаємодії цих двох факторів ( $p \leq 0,05$ ).

Дисперсійний аналіз для загальної вибірки з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР», «вікова категорія» та «категорія стажу військової служби» показав значимість впливу першого фіксованого фактору ( $p \leq 0,01$ ) та впливу взаємодії першого та другого

( $p \leq 0,05$ ) та першого та третього ( $p \leq 0,05$ ) фіксованих факторів.

Про військовий досвід, особливості професійної підготовки, функції та рівень відповідальності за справу та інших свідчить така змінна як військове звання. Сержанти та офіцери, зазвичай, є більш досвідченими, ніж рядові військовослужбовців. Сержанти переважно знаходяться у більш щільному контакті із особовим складом, ніж офіцери. Функції офіцерів мають більш адміністративний характер, проте, саме на

них покладається турбота про психічний стан підлеглих, організація необхідної допомоги, і відповідно, вони проходять необхідне навчання з військової психології, мають знання з саморегуляції станів при дії бойових стрес-факторів, з симптоматики бойового стресу та ПТСР. Як сержанти так і офіцери відповідають за профілактику вживання алкоголю у військовому підрозділі. Показники ставлення до вживання алкоголю у вікових групах поділених за військовими званнями наведено у таблиці 7.

**Табл. 7. Показники ризику вживання алкоголю у вікових групах військовослужбовців з різною інтенсивністю симптоматики ПТСР поділених за військовими званнями**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР			Позанормативні показники ПТСР		
	Солдати	Сержанти	Офіцери	Солдати	Сержанти	Офіцери
Юнацький вік	4,61±3,21	1,67±0,57	-	7,55±5,26	7,75±4,19	-
Молодий вік	4,78±3,37	4,87±2,84	4,00±3,39	6,27±4,87	5,61±4,85	-
Зрілий вік	4,18±3,10	3,30±3,37	4,36±1,91	7,44±6,07	6,78±5,34	3,50±1,73

Слід зазначити, що офіцери складають менше 10% від учасників дослідження, серед юнаків їх надто мало, щоб виводити у окрему підгрупу, серед військовослужбовців молодого віку відсутні офіцери з вираженою симптоматикою ПТСР (як показували наші інші дослідження в молодому віці офіцери є найбільш підготовленими до дії бойових стрес-факторів, мають найбільші показники стійкості). Усі без винятку офіцери, які приймали участь в цьому дослідженні, мали низький ризик формування алкогольної залежності не залежно від вікової категорії та наявності симптоматики ПТСР.

Цікавим результатом є і те, що військовослужбовці юнацького та зрілого віку, яким довірили керування іншими людьми (сержантські посади) і які не мають вираженої симптоматики ПТСР намагаються виправдати довіру і поводитися взірцево, в тому числі і щодо ставлення до алкоголю. Серед юнаків-сержантів без вираженої симптоматики ПТСР 100% мають низький ризик формування залежності, серед сержантів зрілого віку, які не мають ознак ПТСР таких 90%.

Переважає кількість досліджень показують, що одружені військовослужбовці, які мають підтримку з боку родини, є більш



стійкими до дії бойових стресорів. Крім того, існує стереотип, що розлучені чи неодружені чоловіки більш вільно ставляться до вживання

алкоголю, ніж ті, що перебувають у шлюбі. Проте наше дослідження виявило дещо інші дані (див. табл. 8).

**Табл. 8. Показники ризику вживання алкоголю у вікових групах військовослужбовців з різною інтенсивністю симптоматики ПТСР та шлюбним статусом**

Вікова категорія	Нормативні показники ПТСР			Позанормативні показники ПТСР		
	Не одружені	Одружені	Розлучені	Не одружені	Одружені	Розлучені
Юнацький вік	4,43±3,01	4,27±3,58	-	7,18±5,12	9,83±4,36	-
Молодий вік	4,63±3,36	4,73±2,99	6,38±3,38	5,39±4,05	6,78±5,62	7,76±5,76
Зрілий вік	2,75±2,96	4,02±3,19	4,20±2,77	7,90±6,32	7,08±5,69	5,25±5,68

Зазначимо, що серед військовослужбовців юнацького віку не представлена категорія розлучених, у всіх вікових групах незначна кількість вдівців, що не дозволяє їх виділити в окрему категорію. Проте аналіз показників тих, хто втратив дружину у будь-якому віці свідчить про схильність реагувати на це горе значним зловживанням алкоголю.

Як видно із даних таблиці 8 майже традиційно військовослужбовці без інтенсивної симптоматики ПТСР мають низький рівень вживання алкоголю незалежно від шлюбного статусу, але є одне виключення. Для молодих військовослужбовців розлучення є чи не таким самим приводом для почутку зловживання, як і травматичні наслідки дії бойових стресорів (6,38±3,38). Проте, у зрілому віці такої реакції на розлучення вже не спостерігається (можливо через те, що період дезадаптації, пов'язаний зі зміною статусу вже пройшов). Маємо зазначити також, що зрілі військовослужбовці, які не перебували у шлюбі, мають найменші показники вживання алкоголю - 2,75±2,96. Проте, попри

припущення, що розлучені військовослужбовці вже адаптувалися до свого нового статусу одинака, вони не повернулися до самообмеження щодо вживання алкоголю, характерного для зрілих військовослужбовців, які ніколи не перебували у шлюбних відносинах. Ще більш цікавою є реакція зрілих військовослужбовців з різним шлюбним статусом при наявності інтенсивної симптоматики ПТСР. Так, розлучені військовослужбовці цієї вікової категорії попри ознаки психологічної травматизації зберігають досить низькі показники прагнення до зловживання алкоголем (5,25±5,68), а от у неодружених показники значно збільшуються (7,90±6,32). У молодих військово-службовців навпаки – при виникненні інтенсивної симптоматики ПТСР у неодружених збільшення показників зловживання є мінімальним (5,39±4,05), а от у розлучених воно є більш відчутним (7,76±5,76).

Неочікуваними є показники вживання алкоголю військовослужбовців юнацького віку, які

вступили у шлюбні стосунки, та під час бойових дій набули інтенсивну симптоматику ПТСР –  $9,83 \pm 4,36$ . Як бачимо ця категорія найбільш схильна до використання непродуктивного копіngu зловживання алкоголем.

Як бачимо, юні і молоді неодружені військовослужбовці при наявності інтенсивної симптоматики ПТСР менш схильні до зловживання алкоголем, ніж одружені. Можна припустити, що зловживання алкоголем для них є засобом, що полегшує можливість пожалітися, виговоритися, викликати співчуття своїх близьких. Причому юні військовослужбовці більш схильні до такого засобу викликання співчуття до себе з боку близької людини, ніж молоді.

Використання дисперсійного аналізу для окремих вікових груп з фіксованими факторами «інтенсивність симптоматики ПТСР» та «шлюбний статус (одружений/неодружений/розлучений)» показало, що у молодому віці статистично значимими є вплив кожного з цих факторів окремо ( $p \leq 0,05$ ) на показники методики «AUDIT». При чому в другому факторі статистично значимо відрізняються показники одружених та розлучених військовослужбовців ( $p \leq 0,05$ ). В юнацькому та зрілому віці статистичної значимості сягає лише вплив першого фактору ( $p \leq 0,01$ ).

#### **Обговорення результатів.**

Отримані в цьому дослідженні результати цілком порівнювані з даними інших досліджень, попри те, що у переважній більшості в них приймали участь ветерани. Маємо зазначити, що в період активної участі в бойових діях українські військовослужбовці практично не схильні до зловживання алкоголем. Проте, при збільшенні інтенсивності

(понаднормативні показники) симптоматики посттравматичних стресових реакцій у них спостерігається збільшення показників ризику формування алкогольної залежності. Ці данні досить близьких до цитованих вище про вплив у ветеранів ПТСР на зловживання алкоголем [9; 10]. Звісно, що формат нашого дослідження не дозволяє стверджувати остаточно, чи то схильність до непродуктивного копіngu зловживання алкоголем стає підставою до збільшення симптоматики посттравматичного стресового реагування, чи збільшення симптоматики посттравматичного стресового реагування веде до зловживання алкоголем. Так само, маємо враховувати, що в період інтенсивної дії бойових стрес-факторів ми не можемо говорити про сформований ПТСР. Проте, характерна для ПТСР негативна симптоматика певним чином пов'язана з ризиком зловживання алкоголем. Нажаль невелика вибірка військовослужбовців юнацького віку не дозволила статистично довести ряд розглянутих ефектів.

Втім, фактори, що, зазвичай, роблять перебіг ПТСР більш тяжким – порушення сну, наявність контузій і поранень, наявність соматичних скарг – неоднаково впливають на показник ризику формування алкогольної залежності в різних вікових групах. Аналізуючи отримані нами данні ми схильні припустити, що не саме по собі збільшення інтенсивності негативної симптоматики, характерної для ПТСР та інших негативних станів, а усвідомлення своєї неможливості впливати на цю симптоматику, контролювати її інтенсивність, є тим фактором, що штовхає людей на використання непродуктивного копіngu зловживання алкоголем.

Так само, до вікових особливостей рефлексії маємо віднести довіру до власної здатності контролювати вживання алкоголю, яка вірогідно, також має певну роль у формуванні алкогольної залежності. Військовослужбовці молодого віку більше довіряють власним засобам саморегуляції, в тому числі і тим, що пов'язані зі вживанням алкоголю, тому, на відміну від юних та зрілих військовослужбовців, вони менше обмежують себе (більш поблажливі до себе) у вживанні алкоголю у ситуаціях, що, на їх думку, не пов'язані із загрозою для здоров'я, і більше здатні до самообмеження у ситуаціях, що на їх думку несуть загрозу здоров'ю. Інші вікові категорії, що брали участь у дослідженні, схильні суттєво обмежувати своє прагнення до вживання алкоголю, намагаючись довести свою відповідність вимогам військової служби, свою здатність контролювати себе, проте, при появі значної інтенсивності симптоматики ПТСР не бачать в собі сил для здійснення самоконтролю.

Хоча в цілому отримані нами данні підтвердили висновки інших дослідників, що стійкість зменшує ризик зловживання алкоголем. Проте, фактори, які певним чином пов'язані із формуванням стійкості (військовий стаж, звання та род військ), у військовослужбовців різних вікових категорій може мати неоднаковий вплив на формування ризику зловживання алкоголем.

Цікаво, що в дослідженні Jaime M. Hughes, Christi S. Ulmer, S. Nicole Hastings, Jennifer M. Gierisch, Mid-Atlantic VA MIRECC Workgroup & Matthew O. Howard стійкість розглядається як фактор, що виконує буферну роль між поганим сном та дистресом. Вони також встановили,

що обидва фактори стійкості – адаптивність та самоефективність – є значним буфером у взаємозв'язку між поганим сном та психологічним стресом. Інтерпретуючи ці данні вони припустили, що стійкість може захистити від негативних наслідків військовослужбовців, які мають поганий сон [17].

Отримані в цьому дослідженні результати не протирічать дослідженням, в яких доводиться, що рівень підготовки підрозділу впливає на його стійкість та на ризики формування алкогольної залежності [8], хоча використанні нами змінні скоріше свідчать про рівень підготовки окремих категорій (рядові, сержанти, офіцери) військовослужбовців, а не лише підрозділів. Так само, підтвердилося данні інших дослідників [11], що підрозділи забезпечення можуть мати рівень травматизації співставний з тим, що мають оперативні підрозділи.

Хоча категорія «стійкості» і здатна пояснити, чому у військовослужбовців підрозділів забезпечення (які є менш готовими до бойових зіткнень та обстрілів, що несуть безпосередню загрозу життю), об'єктивно маючи меншу кількість пережитих травматичних подій, мають показники втрати психічного здоров'я, що є співставними з показниками бойових підрозділів, які постійно перебувають у зоні інтенсивної дії бойових стресорів. Результати проведеного нами дослідження дозволяють припустити, що певну роль у цій співставленості результатів має і певна «маятниковість» їх положення між небезпечною та відносно безпечною зоною перебування. Так, військовослужбовці підрозділів забезпечення після кожного небезпечного завдання на

певний час повертаються у відносно безпечні умови і мають змогу рефлексувати дію бойового стрес-фактору, що стає сприятливим підґрунтям для формування симптоматики ПТСР. Військово-службовці бойових підрозділів, які постійно перебувають у зоні бойового зіткнення, мають менш можливостей заглибитися у свої переживання та мають бути зосередженими на дії зовнішніх факторів, і лише згодом (після ротації чи демобілізації) вони зіштовхнуться із розгортанням симптоматики ПТСР. Життєздатність цього припущення частково підкріплюють дослідження, в яких доводиться, що не сам бойовий досвід, а його сприймання військово-службовцем, як травмуючого, стає підставою для зловживання алкоголем.

Результати проведеного нами дослідження також змушують нас погодитися з тим, що не сам факт наявності родини чи її відсутності, а саме наявність підтримки при переживанні життєвих труднощів, на яку розраховує людина, що бере шлюб, є тим фактором, що потенційно здатне зменшити ризик вживання алкоголю.

Так, Bonnie M Vest, D Lynn Nomish, Rachel A Hoopsick, Gregory G Nomish метою свого дослідження визначили вивчення зв'язку між сприйняттям військовослужбовців Національної гвардії та запасу бойового досвіду як травмуючого та викликаючого алкогольні проблеми, а задоволеність шлюбом, як можливий захисний (буферний) фактор. Вони встановили, що сам бойовий вплив безпосередньо не впливає на зловживання алкоголем. В той час, як сприйняття бойових дій як травмуючих пов'язано із збільшенням

ризиком виникнення проблем з алкоголем. Задоволеність шлюбом значно взаємопов'язано із сприйнятою бойовою травмою, пов'язаною із проблемами з алкоголем. Ці дослідники визначили, що при високій задоволеності шлюбом військовослужбовці з меншою вірогідністю мали проблеми із алкоголем навіть при помірно-високих показниках сприйнятої травматичного бойового досвіду [18].

Отримані в цьому дослідженні данні, дозволяють припустити, що пошук причин збільшення ризику алкогольної залежності потрібно також вести у сфері рефлексії, сприйняття та інтерпретації негативних впливів, як можливих факторів ризику алкоголізації військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій. Це може бути перспективним і для покращення програм відновлення, які не є достатньо ефективними для військовослужбовців зі сформованою алкогольною залежністю.

**Висновки.** Українські військово-службовці зжили радянську традицію «наркомівських 100 грамів» перед боєм і у більшості своїй схильні до тверезих дій під час бойових зіткнень, бойових дій високої інтенсивності.

Це дослідження підтвердило, що не лише сформований ПТСР, а й інтенсивна симптоматика пост-травматичного стресового реагування пов'язана зі збільшенням ризику формування алкогольної залежності. В той же час, наявність факторів, які зазвичай поглиблюють ПТСР – проблеми зі сном, наявність поранень та контузій, соматичних скарг – у різних вікових категоріях мають неоднаковий вплив на ризик формування алкогольної залежності.

Вікові характеристики можуть посилювати дію інших факторів, що впливають на ризик вживання алкоголю у військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій. Так, зовсім юними військовослужбовцями та військовослужбовцями граничного віку, яких часто у підрозділах ласкаво зовуть «дідами», нерідко опікуються усім підрозділом, в тому числі і у питаннях контролю вживання алкоголю, проте поза цією опікою, при переживанні дії бойових стрес-факторів, у цих категорій військовослужбовців можуть збільшуватися показники ризику вживання алкоголю, порівняно з військовослужбовцями, які належать до категорії молодого віку і мають більш дієві засоби саморегуляції. Цілком доречно припустити, що військовослужбовці молодого віку більше довіряють власним засобам саморегуляції, в тому числі і тим, що пов'язані зі вживанням алкоголю. Так, вони, на відміну від юних та зрілих військовослужбовців, менше обмежують себе у вживанні алкоголю у ситуаціях, що, на їх думку не пов'язані із загрозою для здоров'я, і більше здатні до самообмеження у ситуаціях, що несуть загрозу здоров'ю. Інші вікові категорії, що брали участь у дослідженні, можуть суттєво обмежувати своє прагнення до вживання алкоголю, намагаючись довести свою відповідність вимогам військової служби, проте, при появі значної інтенсивності симптоматики ПТСР можуть втрачати здатність до самообмеження.

Крім того, ми припускаємо, що не саме по собі збільшення інтенсивності негативної симптоматики, характерної для ПТСР та інших негативних станів, а усвідомлення своєї неможливості впливати на цю симптоматику,

контролювати її інтенсивність, є тим фактором, що штовхає людей на використання непродуктивного копіngu зловживання алкоголем.

Дослідження також підтвердило, що фактори, які свідчать про більшу стійкість внаслідок кращої професійної військової підготовки – такі як більший досвід професійної діяльності набутий до участі у військових діях; спеціальна офіцерська підготовка щодо заходів саморегуляції і визначення симптоматики дезадаптації, гострого стресового реагування та наявності ознак ПТСР; спеціальна підготовка бойових підрозділів на відміну від тилових – переважно дійсно знижують ризик формування алкогольної залежності.

Так, офіцери, які відповідають за особовий склад, є для нього взірцем, та носіями професійних знань щодо саморегуляції та ознак ПТСР навіть при ознаках психологічної травматизації не виходять за рамки низького ризику формування алкогольної залежності.

Недостатня військово-професійна соціалізація юних військовослужбовців, характерна для першого року служби має чи не такий самий вплив на ризик формування алкогольної залежності, як і інтенсивність симптоматики ПТСР.

Досить неочікуваними стали данні, згідно яких розлучення у військовослужбовців молодого віку має практично такий самий вплив на ризик формування алкогольної залежності, як і інтенсивність симптоматика посттравматичного стресового реагування, що пов'язана із дією бойових стрес-факторів. Наявність дружин у військовослужбовців юнацького віку, які мають інтенсивну симптоматику ПТСР може



підвищувати ризик формування алкогольної залежності.

**Перспективи подальших досліджень.** Нажаль, формат досліджень, пов'язаний з об'єктивними обставинами його проведення, не дозволяє надати відповіді на багато питань щодо ризику формування алкогольної залежності у військовослужбовців-учасників інтенсивних бойових дій. Зокрема, вкрай потрібними є дослідження, в яких є вимірними показниками за методиками «AUDIT» та «Міссісіпською шкалою» до участі в бойових діях. Необхідним також є збільшення серед учасників дослідження військовослужбовців юнацького та зрілого віку. Важливими також є дослідження, які враховують вплив динаміку симптоматики ПТСР, зокрема не лише її посилення, а й послаблення, які відбуваються після програм відновлення та реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій, на стійкість показників ризику формування алкогольної залежності.

Перспективним також є перевірка припущень, пов'язаних із рефлексією, сприйняттям та суб'єктивною інтерпретацією негативних впливів на військовослужбовців, як факторів, що впливають (наприклад, як частина механізму саморегуляції) на ризик формування алкогольної залежності.

### Література

1. Prykhodko I., Kolesnichenko O., Matsehora Ya., Aleshchenko V., Kovalchuk O., Matsevko T., Krotiuk V., Kuzina V. Effects of posttraumatic stress and combat losses on the combatants' resilience, *Československá psychologie* 2022. Vol. 66 № 2, 157-169. <https://doi.org/10.51561/cspsych.66.2.157>

2. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОРМ Бровін О.В., 2018. 488 с.

3. Matsehora Ya., Kolesnichenko O., Prykhodko I., Kravchenko O., Kyslyi V., Kryvokon N., Rumiantsev Yu., Marushchenko K., Bayda M., Pashchenko A. Social and psychological predictors of alcohol-related incidents involving servicemen. *Romanian Journal of Military Medicine*. 2022. 4, 668-686. <https://doi.org/10.55453/rjmm.2022.125.4.20>

4. Jones E., Fear NT. Alcohol use and misuse within the military: a review. *Int Rev Psychiatry*. 2011. 23(2):166-72. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.550868>.

5. Skipper L.D., Forsten R.D., Kim E.H., Wilk J.D., Hoge C.W., Relationship of Combat Experiences and Alcohol Misuse Among U.S. Special Operations Soldiers, *Military Medicine*. 2014. 179(3), 301 – 308. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00400>

6. Wilk J. E., Bliese P. D., Kim P. Y., Thomas J. L., McGurk D., & Hoge C. W. Relationship of combat experiences to alcohol misuse among U.S. soldiers returning from the Iraq war. *Drug and alcohol dependence*. 2010. 108 (1-2), 115 - 121. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.003>

7. Russell D. W., Russell C. A., Riviere L. A., Thomas J. L., Wilk J. E., & Bliese P. D. Changes in alcohol use after traumatic experiences: the impact of combat on Army National Guardsmen. *Drug and alcohol dependence*. 2014. 139, 47 - 52. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.03.004>

8. Ursano R. J., Wang J., Fullerton C. S., Ramsawh H., Gifford R. K., Russell D., et al. Post-deployment mental health in reserve and National Guard Service Members: deploying with or without

One's unit and deployment preparedness. *Mil. Med.* 2017. 183, e 51–e58. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx002>

9. Thomas J. L., Wilk J. E., Riviere L. A., McGurk D., Castro C. A., & Hoge C. W. Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Archives of general psychiatry.* 2010. 67(6), 614–623. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatr.2010.54>

10. Jakupcak M., Tull M. T., McDermott M. J., Kaysen D., Hunt S., & Simpson T. PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addictive behaviors.* 2010. 35(9), 840–843. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.023>

11. Kok B.C., Wilk J.E., Wickham R.E., Bongar B., Riviere L.A. & Brown L.M. Military occupation as a moderator between combat exposure and posttraumatic stress disorder symptoms in US Army personnel. *Military Psychology.* 2020. 32:5, 410-418. DOI: 10.1080/08995605.2020.1782625

12. Hoopsick R. A., Homish D. L., Bartone P. T., & Homish G. G. Developing a Measure to Assess Emotions Associated with Never Being Deployed. *Military medicine.* 2018. 183(9 - 10), e509e517. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy005>

13. Hoopsick R. A., Homish D. L., Collins R. L., Nochajski T. H., Read J. P., & Homish G. G. (2020). Is deployment status the critical determinant of psychosocial problems among reserve/guard soldiers?. *Psychological*

*services,* 17 (4), 461–471. <https://doi.org/10.1037/ser0000331>

14. Saunders J. B., Aasland O. G., Amundse A., & Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addiction (Abingdon, England).* 1993. 88(3), 349–362. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x>

15. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 1988;56(1):8590. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>

16. Regier D. A. Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V. *Psychosomatic medicine.* 2007. 69(9), 827 - 828. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815afbe4>

17. Hughes J.M., Ulmer C.S., Hastings S.N., Gierisch J.M., Mid-Atlantic VA MIRECC Workgroup & Howard M.O. Sleep, resilience, and psychological distress in United States military Veterans, *Military Psychology.* 2018. 30:5, 404-414, DOI: 10.1080/08995605.2018.1478551

18. Vest B. M., Homish D. L., Hoopsick R. A., & Homish G. G. What drives the relationship between combat and alcohol problems in soldiers? The roles of perception and marriage. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.* 2018. 53(4), 413–420. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1477-7>.

*Ya. Matsehora*<sup>1</sup>, *Ph.D. in Psychology, Senior Researcher*  
*O. Kolesnichenko*<sup>2</sup>, *Doctor of Psychological Sciences, Senior Researcher*

*I. Prykhodko<sup>1</sup>, Doctor of Psychological Sciences, Professor*  
*M. Bayda<sup>1</sup>, PhD in Psychological Sciences*  
*National academy of the National guard of Ukraine (Ukraine)*  
*National academy of the Security service of Ukraine (Ukraine)*

## THE RISK OF ALCOHOL DEPENDENCE AMONG MILITARY PERSONNEL PARTICIPATING IN COMBAT OPERATIONS

The results of the study determined the influence of the intensity of posttraumatic stress disorder symptoms on the risk of alcohol abuse in military personnel participating in intense combat operations with different socio-demographic characteristics. The study involved 546 male servicemen who were directly serving in the area of intense combat and were withdrawn for one to two weeks to undergo a recovery program based on such indicators as the manifestation of external signs of maladjustment, acute stress response, exhaustion, etc. The age of the study participants is from 20 to 55 years.

It has been determined that not only the formed PTSD, but also its intense symptoms are associated with an increased risk of alcohol dependence. At the same time, the presence of factors that usually exacerbate PTSD - sleep problems, injuries and contusions, somatic complaints - in different age groups had different effects on the risk of alcohol dependence.

Age-related characteristics amplify the effect of other factors that influenced the risk of alcohol use in servicemen and women who participated in intense combat operations. Thus, very young servicemen and servicemen of the age limit are often taken care of by the entire unit, including in matters of alcohol control, but outside of this care, when experiencing combat stressors, these categories of servicemen may increase the risk of alcohol use compared to servicemen who belong to the category of young age and have more effective means of self-regulation.

It is assumed that young servicemen and women have more trust in their own means of self-regulation, including those related to alcohol consumption. Unlike young and mature servicewomen, they are less likely to restrict themselves in drinking alcohol in situations that they believe are not related to health threats and are more capable of self-restraint in situations that pose a health threat. Other age groups in the study may significantly limit their desire to drink alcohol in an effort to prove their compliance with the requirements of military service, but may lose the ability to self-restrain when PTSD symptoms become more intense.

**Keywords:** leader, serviceman, service and combat activity, combat experience, post-traumatic stress disorder, psychological recovery, post-traumatic stress disorder, addictive behavior, alcohol dependence, mental health.

### References

1. Prykhodko I., Kolesnichenko O., Matsehora Ya., Aleshchenko V., Kovalchuk O., Matsevko T., Krotiuk V., Kuzina V. Effects of posttraumatic stress and combat losses on the combatants' resilience. *Československá psychologi.* 2022. Vol. 66 № 2, 157-169. <https://doi.org/10.51561/cspsych.66.2.157>
2. Kolesnichenko O.S. *Zasady boiovoi psykhologichnoi travmatyzatsii viiskovosluzhbovtziv Natsionalnoi hvardii Ukrainy* [Basics of combat psychological traumatization of military personnel of the National Guard of Ukraine]. Kharkiv : National Academy of the National Guard of Ukraine; 2018. 488 p. Available from: [https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf\\_bojov\\_psihol\\_travm\\_2018.pdf](https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Monograf_bojov_psihol_travm_2018.pdf)
3. Matsegora Ya., Kolesnichenko O., Prykhodko I., Kravchenko O., Kyslyi V., Kryvokon N., Rumiantsev Yu.,

- Marushchenko K., Bayda M., Pashchenko A. Social and psychological predictors of alcohol-related incidents involving servicemen. *Romanian Journal of Military Medicine*. 2022. 4, 668-686. <https://doi.org/10.55453/rjmm.2022.1254.20>
4. Jones E., Fear NT. Alcohol use and misuse within the military: a review. *Int Rev Psychiatry*. 2011. 23(2):166-72. <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.550868>.
5. Skipper L.D., Forsten R.D., Kim E.H., Wilk J.D., Hoge C.W., Relationship of Combat Experiences and Alcohol Misuse Among U.S. Special Operations Soldiers, *Military Medicine*. 2014. 179(3), 301–308. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00400>
6. Wilk J. E., Bliese P. D., Kim P. Y., Thomas J. L., McGurk D., & Hoge C. W. Relationship of combat experiences to alcohol misuse among U.S. soldiers returning from the Iraq war. *Drug and alcohol dependence*. 2010. 108(1-2), 115 - 121. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2009.12.003>
7. Russell D. W., Russell C. A., Riviere L. A., Thomas J. L., Wilk J. E., & Bliese P. D. Changes in alcohol use after traumatic experiences: the impact of combat on Army National Guardsmen. *Drug and alcohol dependence*. 2014. 139, 47 - 52. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.03.004>
8. Ursano R. J., Wang J., Fullerton C. S., Ramsawh H., Gifford R. K., Russell D., et al. Post-deployment mental health in reserve and National Guard Service Members: deploying with or without One's unit and deployment preparedness. *Mil. Med*. 2017. 183, e51–e58. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx002>
9. Thomas J. L., Wilk J. E., Riviere L. A., McGurk D., Castro C. A., & Hoge C. W. Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Archives of general psychiatry*. 2010. 67(6), 614–623. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.54>
10. Jakupcak M., Tull M. T., McDermott M. J., Kaysen D., Hunt S., & Simpson T. PTSD symptom clusters in relationship to alcohol misuse among Iraq and Afghanistan war veterans seeking post-deployment VA health care. *Addictive behaviors*. 2010. 35(9), 840–843. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.03.023>
11. Kok B.C., Wilk J.E., Wickham R.E., Bongar B., Riviere L.A. & Brown L.M. Military occupation as a moderator between combat exposure and posttraumatic stress disorder symptoms in US Army personnel. *Military Psychology*. 2020. 32:5, 410-418. <https://doi.org/10.1080/08995605.2020.1782625>
12. Hoopsick R. A., Homish D. L., Bartone P. T., & Homish G. G. Developing a Measure to Assess Emotions Associated with Never Being Deployed. *Military medicine*. 2018. 183(9 - 10), e 509 – e 517. <https://doi.org/10.1093/milmed/usy005>
13. Hoopsick R. A., Homish D. L., Collins R. L., Nochajski T. H., Read J. P., & Homish G. G. (2020). Is deployment status the critical determinant of psychosocial problems among reserve/guard soldiers?. *Psychological services*, 17(4), 461–471. <https://doi.org/10.1037/ser0000331>
14. Saunders J. B., Aasland O. G., Amundse A., & Grant, M. Alcohol consumption and related problems among primary health care patients: WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption--I. *Addiction (Abingdon, England)*. 1993. 88(3), 349–362.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00822.x>

15. Keane TM, Caddell JM, Taylor KL. Mississippi Scale for CombatRelated Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(1):8590. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.56.1.85>

16. Regier D. A. Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V. *Psychosomatic medicine*. 2007. 69(9), 827 - 828. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31815afbe4>

17. Hughes J.M., Ulmer C.S., Hastings S.N., Gierisch J.M., Mid-Atlantic VA MIRECC Workgroup & Howard M.O. Sleep, resilience, and psychological distress in United States military Veterans, *Military Psychology*. 2018. 30:5, 404-414, DOI: 10.1080/08995605.2018.1478551

18. Vest B. M., Homish D. L., Hoopsick R. A., & Homish G. G. What drives the relationship between combat and alcohol problems in soldiers? The roles of perception and marriage. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2018. 53(4), 413–420. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1477-7>.

Надійшла до редколегії: 01.05.2024  
Прийнята до друку: 17.05.2024