

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПРАВА
ТА СОЦІАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ**

Кафедра психології, соціології та педагогіки

Робота до захисту допущена
завідувач кафедри психології, соціології та
педагогіки, к.психол.н., доцент

Гельбак А.М. 

підпис

«04» червня 2026 року

КВАЛІФІКАЦІЙНА БАКАЛАВРСЬКА РОБОТА

на тему

«Психологічні особливості формування залежностей у ветеранів»

Виконав:

здобувач групи 1/23-(ПС)-ВО

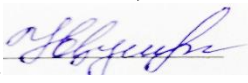
заочної форми навчання

Пилипчук Сергій Іванович

Спеціальності 053 «Психологія (Юридична
психологія)»

Науковий керівник:

доцент кафедри психології, соціології та
педагогіки, к.психол.н., доцент

Цумарєва Н.В. 

підпис

Рецензент:

професор кафедри соціальних та поведінкових
наук Херсонського державного аграрно-
економічного університету

доктор психологічних наук, професор

Акімова Н.В.

**МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ**

Навчально-науковий інститут права та соціального менеджменту
Кафедра психології, соціології та педагогіки
Освітній ступінь «Бакалавр»
Спеціальність 053 «Психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології,
соціології та педагогіки
кандидат психологічних наук, доцент

 **Анжела ГЕЛЬБАК**
«23» _____ січня _____ 2026 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ БАКАЛАВРСЬКУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ**

Пилипчука Сергія Івановича

1. Тема «Психологічні особливості формування залежностей у ветеранів».
2. Науковий керівник: доцент кафедри психології, соціології та педагогіки, кандидат психологічних наук, доцент Цумарева Н.В., затверджений наказом ДонДУВС від 24 грудня 2025 року № 618.
3. Строк подання роботи «19» травня 2026 року.
4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити):
 - 1.1. Поняття залежностей та адикцій в науці.
 - 1.2. Основні чинники залежної поведінки.
 - 1.3. Характеристика основних форм та видів залежностей.
 - 1.4. Загальна характеристика залежної поведінки у військових та ветеранів.
 - 2.1. Опис програми емпіричного дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів.
 - 2.2. Характеристика методів емпіричного дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів.
 - 2.3. Кількісний та якісний аналіз результатів проведеного емпіричного дослідження.

3.1. Особливості превентивних заходів у попередженні залежностей серед ветеранів.

3.2. Методичні рекомендації щодо профілактики формування залежності у ветеранів залежностей у ветеранів.

3.3. Підвищення мотивації ветеранів та ветеранок із залежністю до лікування та проходження психотерапії.

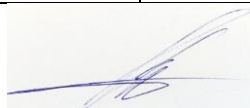
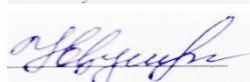
3.4. Програма психологічного тренінгу профілактики залежностей у ветеранів.

5. Дата видачі завдання «23» січня 2026 року

№ з/п	Етап підготовки	Строк виконання	Примітка
1.	Добір наукової літератури за темою дослідження, вибір методів та процедур емпіричного дослідження	до 30.04.2026	виконано
2.	Підготовка вступу роботи та надання його науковому керівникові на перевірку	до 03.05.2026	виконано
3.	Підготовка першого розділу роботи та надання його науковому керівникові на перевірку	до 13.05.2026	виконано
4.	Підготовка другого розділу роботи та його надання науковому керівникові на перевірку	до 23.05.2026	виконано
5.	Підготовка третього розділу роботи та надання його науковому керівникові на перевірку	до 02.06.2026	виконано
6.	Підготовка висновків та надання його науковому керівникові на перевірку	до 04.06.2026	виконано
7.	Підготовка остаточного варіанту роботи і надання її науковому керівникові на перевірку	до 06.06.2026	виконано
8.	Підготовка супроводжуючих документів (реферату, відгуку, рецензії)	до 06.06.2026	виконано
9.	Надання роботи на кафедру	до 08.06.2026	виконано

Здобувач

Науковий керівник

Сергій ПИЛИПЧУК

Наталя ЦУМАРСВА

РЕФЕРАТ

Пилипчук Сергій Іванович. Психологічні особливості формування залежностей у ветеранів. Кваліфікаційна робота бакалавра.

Об'єкт дослідження: залежності у ветеранів.

Предмет дослідження: психологічні особливості формування залежностей у ветеранів.

Мета: дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів, їх профілактика та корекція.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів та сучасних підходів до їх профілактики.
2. Розробити та провести емпіричне дослідження психологічних особливостей залежностей у ветеранів.
4. Підібрати програму психологічного тренінгу профілактики різних видів залежностей у ветеранів.
5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики формування залежної поведінки у ветеранів.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз та узагальнення наукових джерел з проблеми дослідження; емпіричні – опитування щодо визначення особистих даних, методика дослідження ПТСР «Міссісіпська шкала» методика діагностики схильності до різних видів залежності (автор Лозова Г.В), та методика «Діагностика копінг-поведінки у стресових ситуаціях»; математико-статистичні методи використано для узагальнення результатів дослідження та інтерпретаційні методи обробки інформації.

Наукова новизна: вперше на вибірці українських ветеранів російсько-української війни комплексно досліджено психологічні особливості формування трьох видів залежностей — ігрової, комп'ютерної та наркотичної — у їх взаємозв'язку з рівнем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та домінуючими копінг-стратегіями; виявлено та кількісно обґрунтовано нові

кореляційні зв'язки між рівнем ПТСР з алкогольною та нікотиною залежністю, а також доведено, що копінг-стратегія уникнення є одним із найважливіших предикторів розвитку схильності до залежностей.

Практична значимість результатів кваліфікаційної роботи полягає в їхній корисності для психологів, які займаються профілактикою формування різних видів залежностей у ветеранів, адже можуть слугувати основою для створення реабілітаційних програм, організації консультацій, проведення тренінгів та функціонування груп взаємопідтримки для ветеранів.

Ключові слова: ветерани, ветеранки, залежність, види залежності, причини формування залежностей ветеранів, дослідження залежностей, профілактика та корекція залежностей у ветеранів.

SUMMARY

Pylypchuk Serhii Ivanovych. Psychological Features of Addiction Formation in Veterans. Bachelor's Qualification Thesis.

Object of the study: addictions among veterans.

Subject of the study: psychological features of addiction formation in veterans.

Purpose of the study: to investigate the psychological features of addiction formation in veterans and to develop approaches to their prevention and correction.

Research objectives:

1. To conduct a theoretical analysis of the psychological features of addiction formation in veterans and modern approaches to their prevention.
2. To develop and conduct an empirical study of the psychological features of addictions in veterans.
3. To provide practical recommendations for the prevention of addiction formation in veterans.
4. To develop a psychological training program aimed at preventing gambling, computer, and drug addiction among veterans.

Research methods: theoretical methods included the analysis and generalization of scientific literature on the research problem; empirical methods included a personal data questionnaire, the Methodology for Diagnosing Susceptibility to Various Types of Addictions (Lozova H.V.), the Mississippi Scale for PTSD Assessment, and the Coping Behavior in Stressful Situations Inventory; mathematical and statistical methods were used to summarize the obtained research results, while interpretative methods of qualitative and quantitative data analysis were applied to process and interpret the findings.

Scientific novelty: for the first time, a comprehensive study was conducted on a sample of Ukrainian veterans of the Russian-Ukrainian war to investigate the psychological features of the formation of three types of addictions—gambling, computer, and drug addictions—in relation to the level of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and dominant coping strategies. New correlations between PTSD severity and alcohol and nicotine addiction were identified and quantitatively substantiated. It was also demonstrated that avoidance-oriented coping is the most significant predictor of susceptibility to addictive behavior.

Practical significance: the results of the theoretical analysis and empirical research presented in this thesis may be useful for psychologists involved in the prevention of various forms of addiction among veterans. The findings can be applied in the development of rehabilitation programs, psychological counseling, training sessions, and peer-support groups for veterans.

Keywords: veterans, female veterans, addiction, types of addiction, causes of addiction formation in veterans, addiction research, prevention and correction of addictions in veterans.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ВЕТЕРАНІВ.....	11
1.1. Поняття залежностей та адикцій в науці.....	11
1.2. Основні чинники залежної поведінки	18
1.3. Характеристика основних форм та видів залежностей	25
1.4. Загальна характеристика залежної поведінки у військових та ветеранів	37
Висновок до розділу 1	41
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ВЕТЕРАНІВ.....	43
2.1. Опис програми емпіричного дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів.....	43
2.2. Характеристика методів емпіричного дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів.....	51
2.3. Кількісний та якісний аналіз результатів проведеного емпіричного дослідження	57
Висновок до розділу 2.....	67
РОЗДІЛ 3. ПРЕВЕНТИВНІ ЗАХОДИ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ВЕТЕРАНІВ.....	68
3.1. Особливості превентивних заходів у попередженні залежностей серед ветеранів	68
3.2. Методичні рекомендації щодо профілактики формування залежності у ветеранів залежностей у ветеранів	72
3.3. Підвищення мотивації ветеранів та ветеранок із залежністю до лікування та проходження психотерапії.....	76
3.4. Програма психологічного тренінгу профілактики залежностей у ветеранів	81
Висновок до розділу 3.....	84
ВИСНОВОК	85
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	94

ВСТУП

Актуальність теми. Останнім часом військові психологи, психіатри та медики відзначають стрімке зростання поширення адиктивних розладів серед військових. Спостерігається збільшення кількості форм залежностей, а також поява нових їх видів. На сьогодні список поведінкових залежностей охоплює близько тисячі різних адиктогенів, тобто факторів, які сприяють виникненню залежності. Ці розлади у своїй патологічній формі стають дедалі більш масовими, що призводить до зростання числа тих, хто потребує психологічної підтримки. Попри це, проблема часто ігнорується або залишається замовчуваною і самими військовими, і фахівцями, які з ними працюють. Основною причиною такої ситуації є стигматизація теми та брак системної реакції. Питання профілактики зловживання психоактивними речовинами серед діючих військових і ветеранів залишається невирішеним і гострим. Наявні методи запобігання цьому явищу є несистемними, адже вони стосуються лише окремих сторін проблеми. Відсутність комплексних програм профілактики, які враховували б широкий спектр заходів – від психологічної підтримки та роботи з травматичним досвідом до навчання ефективним способам управління стресом – призводить до затримки в наданні необхідної допомоги. Ця ситуація лише загострює проблему вживання психоактивних речовин серед військових, вимагаючи оперативної реакції з боку професійних спільнот, відповідних інститутів і органів військового управління.

Провівши аналіз наукової літератури, можна зробити висновок, що дана тема залишається недостатньо дослідженою як в зарубіжних, так і у вітчизняних студіях. Найчастіше залежність розглядається в контексті коморбідності, наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР), психологічних травм або як один із напрямів реабілітаційної роботи. Дослідження нерідко фокусуються на таких аспектах, як стресостійкість, реабілітація чи психологічна адаптація, водночас включаючи окремі розділи або емпіричні дані, що стосуються залежної поведінки, зокрема від алкоголю

та психоактивних речовин. Особливий науковий інтерес до проблеми формування залежностей, особливо до зловживання алкоголем серед учасників бойових дій, спостерігався в період операцій в Іраку та Афганістані. У цьому контексті можна згадати дослідження Л. Скіппера, Р. Форстена, Е. Кіма, С. Хога, Дж. Вілка, П. Блізе, Дж. Томаса, Д. МакГурка, а також низки інших авторів. Вони визначають ключовими чинниками розвитку залежностей безпосереднє перебування в зоні бойових дій, участь у насильницьких діях, загрозу життю, спостереження за смертю чи травмами інших людей, а також вплив жорстоких і травматичних сцен.

Водночас деякі науковці (Р. Хопсік, Г. Хоміш, Р. Колінс та інші) наголошують, що психосоціальні проблеми є більш значущим чинником ризику виникнення залежностей, ніж сам факт участі в бойових зіткненнях. У вітчизняній науці проблеми формування залежностей у військовослужбовців досліджували Л. Балабанова, М. Байда, Я. Галич, О. Кокун та інші. В їхніх роботах розглядається поняття залежності, її види та механізми формування, а також запропоновані підходи до профілактики й лікування. Значна частина цих досліджень зосереджена на аналізі причин розвитку алкогольних і наркотичних залежностей, а також поведінкових залежностей.

Отже, враховуючи важливість теми, її новизну та недостатній рівень опрацювання, було обрано саме цю тему для дослідження – «Психологічні особливості формування залежностей у ветеранів».

Об'єкт дослідження: залежності у ветеранів.

Предмет дослідження: психологічні особливості формування залежностей у ветеранів.

Мета: дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів, їх профілактика та корекція.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз проблеми психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів та сучасних підходів до їх профілактики.

2. Розробити та провести емпіричне дослідження психологічних особливостей залежностей у ветеранів.

4. Підібрати програму психологічного тренінгу профілактики різних видів залежностей у ветеранів.

5. Розробити практичні рекомендації щодо профілактики формування залежної поведінки у ветеранів.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз та узагальнення наукових джерел з проблеми дослідження; емпіричні – опитування щодо визначення особистих даних, методика дослідження ПТСР «Міссісіпська шкала» методика діагностики схильності до різних видів залежності (автор Лозова Г.В), та методика «Діагностика копінг-поведінки у стресових ситуаціях»; математико-статистичні методи використано для узагальнення результатів дослідження та інтерпретаційні методи обробки інформації.

Наукова новизна: вперше на вибірці українських ветеранів російсько-української війни комплексно досліджено психологічні особливості формування трьох видів залежностей — ігрової, комп'ютерної та наркотичної — у їх взаємозв'язку з рівнем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та домінуючими копінг-стратегіями; виявлено та кількісно обґрунтовано нові кореляційні зв'язки між рівнем ПТСР з алкогольною та нікотиною залежністю, а також доведено, що копінг, орієнтований на уникнення, є найбільш значущим предиктором схильності до залежностей.

Практична значимість результатів кваліфікаційної роботи полягає в їхній корисності для психологів, які займаються профілактикою формування різних видів залежностей у ветеранів, адже можуть слугувати основою для створення реабілітаційних програм, організації консультацій, проведення тренінгів та функціонування груп взаємопідтримки для ветеранів.

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків після кожного розділу, загального висновку, списку використаних джерел і додатків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ВЕТЕРАНІВ

1.1. Поняття залежностей та адикцій в науці

Упродовж останнього дослідницького періоду дефініція «залежна поведінка» набула значного наукового та прикладного поширення, вийшовши за межі вузькоспеціалізованого академічного дискурсу безпосередньо у простір повсякденної життєдіяльності соціуму. Зазначений патерн активності характеризується чітко вираженою феноменологічною специфікою, суперечит усталеним соціокультурним та правовим нормам, а також завдає істотної деструктивної шкоди соматичному й ментальному здоров'ю індивіда, провокуючи глибокі психологічні страждання особистості.

Сучасні статистичні відомості переконливо демонструють, що внаслідок ускладнень та наслідків, детермінованих різними формами залежностей, гине значно більша кількість людей, аніж у результаті прямих воєнних дій, збройних конфліктів або кримінальних правопорушень. До групи підвищеного ризику формування адикцій потрапляють представники абсолютно різних вікових категорій, незалежно від їхнього освітнього цензу, професійного статусу, етнічної приналежності чи рівня матеріального добробуту. З огляду на це, феномен залежності позиціонується як об'єкт комплексного міждисциплінарного аналізу, перебуваючи у фокусі уваги таких наукових галузей, як клінічна медицина, психологія, соціологія, превентивна педагогіка тощо.

Явище непереборного, компульсивного прагнення особистості до досягнення інтенсивних психоемоційних переживань шляхом штучної трансформації та модифікації власного психічного стану виступає предметом системного й глибокого вивчення великої когорти провідних закордонних та вітчизняних дослідників.

Вагомий внесок у розкриття цієї проблематики зробили такі автори, як Н. Ванг, С. Вастведт, П. Вітковські, Дж. Дінг, З. Зоу, Л. Ф. Лара, Д. С. Ноджес, Т. Пруетт, С. Чварзенберг, Н. Чен та інші. У контексті розробки теоретико-методологічних засад та практичних інструментів превенції адиктивних проявів особливе наукове значення мають праці С. Провензано, Н. Максимової, В. Свідовської, О. Сантангело, А. Фірензе тощо.

Сучасний етап суспільного розвитку характеризується стрімкою інтенсифікацією процесів поширення різноманітних адиктивних розладів, суттєвим розширенням діапазону їхнього клінічного вияву, а також виникненням якісно нових модифікацій та видів залежної поведінки. Сама категорія «адикція» (яка походить від англійського терміна *addiction* — патологічна схильність, згубна пристрасть, шкідлива звичка) у найбільш широкому науковому сенсі трактується як стан залежності. Це поняття відображає стійке, фіксоване прагнення індивіда спиратися або покладатися на певного суб'єкта чи зовнішній об'єкт з метою отримання психологічного задоволення, штучного купірування дискомфорту або досягнення специфічного адаптаційного ефекту, а також описує жорстку фіксацію особистості на конкретних речовинах чи видах активності [21].

У цьому контексті самостійний статус здобула адиктологія — спеціалізована міждисциплінарна наука, яка детально досліджує хімічні та нехімічні (поведінкові) форми залежностей, закономірності й психологічні механізми їхнього безпосереднього формування та подальшого генезу. Окрім того, вказана дисципліна розробляє методологічні підходи до діагностики, профілактики, терапевтичного лікування та комплексної реабілітації адиктів. Позиціонуючись як невід'ємний структурний складник сучасної психіатрії та клінічної психології, адиктологія зародилася як теоретична концепція ще на межі XIX–XX століть, проте як окремий, чітко оформлений та самостійний науковий напрям вона остаточно сформувалася та утвердилася наприкінці 1990-х років.

У науковій класифікації залежності прийнято диференціювати на дві великі групи:

1. Нормативні (природні): кожна особа володіє генетично детермінованою, вродженою потребою у формуванні залежності від базових, життєво необхідних чинників та об'єктів середовища, без яких неможливе біологічне виживання (зокрема, потреба в кисні, воді чи нутрієнтах). У процесі нормального онтогенетичного розвитку більшість індивідів успішно формує стійкі, конструктивні та психологічно здорові прив'язаності до батьківських фігур, романтичних партнерів чи друзів.

2. Гіпертрофовані (надмірні): за певних умов фіксуються серйозні деформації у вигляді надмірної або, навпаки, недостатньої фіксації на інших особах. Такі девіації здатні маніфестувати у структурі аутистичних, шизоїдних або антисоціальних особистісних розладів. Багато науковців одноголосно підкреслюють, що порушення процесу формування здорової прив'язаності в ранньому дитинстві, особливо протягом критичного періоду до одного року, є одним із основних факторів, які впливають на появу адиктивної поведінки в дорослому віці.

Схильність особистості до надмірної залежності може стати ключовим тригером, що спричиняє формування деструктивної залежної поведінки. Цей процес зазвичай супроводжується як нав'язливим використанням конкретних об'єктів чи суб'єктів, так і серйозним порушенням та спотворенням базових психологічних потреб людини.

У сучасному науковому просторі загальноприйнятим є термін «адиктивна поведінка», який увів у науковий обіг Вільям Міллер у 1984 році. Дана категорія спочатку застосовувалася для теоретичного опису та позначення патернів зловживання речовинами, що трансформують психічний стан людини (такими як етанол, наркотичні субстанції, тютюн), на тому специфічному етапі, який передусь виникненню безпосередньо соматичної (фізичної) залежності від них.

Поняття «залежність» характеризується вираженою полісемантичністю і багатогранністю, внаслідок чого активно використовується в межах широкого кола наукових дисциплін, зокрема в лінгвістиці, психології, психіатрії, наркології та девіантології. При цьому кожна із зазначених галузей акцентує увагу на специфічному вимірі цього складного феномену. Етимологічний аналіз слова «залежність» вказує на його походження від терміна «висіти», що метафорично та структурно відображає стан підпорядкованості, несвободи або жорсткої прив'язаності до зовнішнього чинника.

За глибоким переконанням В. Жмурова, у науковому обігу доцільно виокремлювати кілька базових значень цього концепту. Зокрема, у психопатологічному контексті залежність інтерпретується як специфічний розлад, за якого індивід відчуває себе настільки тотально підпорядкованим впливу певних осіб або зовнішніх обставин, що під дією специфічних умов він виявляється змушеним діяти всупереч власним свідомим інтенціям та волі [3].

У багатьох наукових джерелах терміни «залежність» і «адикція» часто використовуються як взаємозамінні синоніми. Слово «адикція» є прямим запозиченням із англійського слова *addiction*, яке охоплює значення пристрасті, патологічної схильності, звикання або руйнівної звички. Основною перевагою терміна «адиктивна поведінка» є його універсальність і широка інтерпретація, що дозволяє описувати особу з відповідними тенденціями за допомогою визначень таких як «адикт» або «адиктивна особистість» [16].

Водночас необхідно чітко диференціювати ці поняття за нозологічним принципом:

1. У медичному дискурсі (наркологія, психіатрія) категорія «залежність» трактується нозологічно строго і розглядається виключно як хворобливий стан (патологія) із чітко окресленими клінічними та діагностичними критеріями.

2. Дискусійний статус «адикції» значення цього терміна в медичних науках і досі залишається остаточно не визначеним — його розглядають або

як хворобу, або як специфічну форму деструктивної девіантної поведінки, тобто як систему дій, що відхиляються від загальноприйнятих дисциплінарних, соціальних чи морально-етичних стандартів суспільства.

Адиктивна активність репрезентує собою один із найбільш поширених різновидів девіантної поведінки деструктивного спрямування. Вона виявляється у стійкому намаганні індивіда дистанціюватися від реального світу та втекти від викликів об'єктивної дійсності через штучну модифікацію власної свідомості й психічного стану. Зазначена мета досягається шляхом систематичного прийому різноманітних хімічних речовин або через обсесивну, компульсивну зосередженість на виконанні певних видів діяльності, що спрямовані на моделювання та пролонгацію суб'єктивно насичених емоційних станів.

Залежна діяльність розглядається як форма аутодеструктивної активності, сутність якої полягає в непереборному, обсесивному прагненні трансформувати власний психічний статус за допомогою специфічного адиктивного чинника (агента) — психоактивних субстанцій або фіксованих поведінкових патернів. Особи, які демонструють подібну поведінку, отримують лише деструктивну ілюзію психологічної безпеки та тимчасового, хиткого гомеостазу, оскільки цей процес поступово набуває тотально домінантного характеру, підпорядковуючи собі та руйнуючи всі сфери життєдіяльності особистості.

Як наслідок, механізми вольової регуляції індивіда суттєво послаблюються або повністю блокуються, що унеможливлює самостійне подолання компульсивного потягу та породжує серйозні деструкції у сфері соціальної взаємодії. Індивіди з адиктивними рисами схильні реалізувати власні базові потреби у самопізнанні та самоствердженні через дезадаптивну комунікацію з іншими людьми, які мають аналогічні поведінкові або хімічні девіації.

Відповідно до теоретичної концепції відомого психіатра та психотерапевта Носсрата Пезешкіана, можна чітко виділити чотири базові вектори ескапізму («втечі» особистості від об'єктивної дійсності):

1. «Втеча в тіло» — тотальна переорієнтація життєвої активності індивіда на діяльність, безпосередньо пов'язану із соматичним чи психічним самовдосконаленням. До яскравих проявів цього вектора належать гіпертрофована, нав'язлива увага до різноманітних оздоровчих заходів (коли ідея здоров'я набуває параноїдального характеру), надмірна фіксація на сексуальних взаємодіях («пошук оргазму»), перфекціонізм щодо власної зовнішності, а також obsесивний контроль за якістю відпочинку чи специфічними методами релаксації.

2. «Втеча в роботу» — гіперкомпенсаторна та надмірна фіксація на професійній діяльності. У цьому випадку робота починає поглинати непропорційно велику кількість часового та психофізіологічного ресурсу індивіда, набуваючи абсолютного пріоритету над усіма іншими сферами життя, що неминує трансформуватися у класичний трудовоголізм.

3. «Втеча в контакти або самотність» — деформація інтерперсональної сфери, за якої міжособистісне спілкування перетворюється на єдиний і виключний спосіб задоволення потреб, або ж, навпаки, спостерігається радикальне, максимальне звуження та мінімізація будь-яких контактів з іншими людьми.

4. «Втеча у фантазії» — занурення особистості у світ ілюзорних уявлень, що маніфестує через надмірний інтерес до радикальних псевдофілософських концепцій, деструктивний релігійний фанатизм або постійне перебування у світі суб'єктивних мрій та фантазій.

У межах трансактного аналізу Ерік Берн виділив шість ключових типів людських потреб, які він образно визначив як "голоди". Серед них: сенсорний голод за стимуляцією, голод за визнанням, голод за контактами й проявами фізичної уваги, сексуальний голод, потреба у структурованості життя та голод за яскравими подіями й інцидентами.

Згодом до наукового дискурсу було офіційно введено поняття "адиктивна поведінка" завдяки роботам В. Міллера та М. Ландрі. Надалі Дж. Алтман з колегами уточнив і деталізував різницю між термінами "адикція" та "залежність". Зокрема, дефініція "адикція" відображає серйозні патологічні стани, що характеризуються частковою або повною втратою контролю над вживанням психоактивних речовин. Натомість "залежність" стала набагато більшою узагальненою категорією, яка широко використовується в академічній літературі.

Відповідно до міжнародних стандартів класифікації психічних розладів, представлених у діагностичному посібнику DSM-5, залежність визначається як серйозний розлад, безпосередньо пов'язаний із вживанням психоактивних речовин. Водночас Американське товариство наркологічної медицини (ASAM) пропонує ширше трактування адикції. Вони не зводять її виключно до вживання хімічних речовин чи компульсивної поведінки, яка триває попри очевидно згубні наслідки для особистого життя. За концепцією ASAM, вирішальну роль у формуванні адикції відіграють ендогенні біологічні й генетичні чинники, а також впливи середовища — як мікросоціального, так і макросоціального — і стиль життя самої людини.

Сучасне визначення адикції за версією ASAM трактує її як хронічне медичне захворювання, яке може бути піддане ефективній терапії. При цьому враховується складна взаємодія генетичних особливостей особистості, екологічних умов і життєвого досвіду. На основі таких підходів була розроблена низка профілактичних заходів та терапевтичних стратегій у сфері аддиктології. Їхня клінічна ефективність досягає рівня, порівнянного з лікуванням інших соматичних хронічних захворювань людини.

1.2. Основні чинники залежної поведінки

Усі деструктивні форми залежності мають спільну етіологічну основу та розгортаються під впливом розгалуженого комплексу детермінант. У

сучасному клініко-психологічному середовищі цей багатовекторний процес описується в межах біопсихосоціальної та духовної моделі, яка розглядає людину системно. Формування будь-якого адиктивного патерну базується на циклічному та послідовному чергуванні специфічних психоемоційних станів. У цій динаміці глибокі переживання внутрішнього болю, фрустрації та соціальної ізольованості раптово заміщуються інтенсивним позитивно забарвленим афектом. Центральна нервова система (головний мозок) фіксує та запам'ятовує цей штучний алгоритм швидкого усунення психологічного дискомфорту.

Відтак, критично важливими чинниками хронізації процесу виступають суб'єктивна інтенсивність початкових переживань та специфіка трансформації емоційного фону. Існує пряма кореляція: чим вищим є градус та експресивність первинної емоції, тим стійкішим і швидшим буде формування залежного союзу між індивідом та адиктивним агентом. У наукових працях В. Лавренюка зазначається, що для адиктивної особистості є фундаментально властивим феномен «спраги гострих відчуттів», який виявляється у постійному внутрішньому спонуканні до ризикованої та екстремальної поведінки.

З метою психологічного самозахисту та легітимізації своєї пристрасті адикти активно експлуатують когнітивний механізм, відомий у психологічній науці як «мислення за бажанням». За такого типу мислення весь логічний та змістовний контур інтелектуальної діяльності повністю підпорядковується панівним емоціям та компульсивним потягам. Для залежних осіб стає типовою стійка гедоністична життєва установка, спрямована на негайне, егоцентричне отримання задоволення за будь-яку ціну та без огляду на довгострокові деструктивні наслідки. У фокусі дослідницької уваги автора перебувають безпосередні тригери адиктивної активності, каузальні зв'язки її виникнення та мотиваційні детермінанти.

Спираючись на системні дослідження, ключові фактори маніфестації залежної поведінки доцільно класифікувати за трьома основними вимірами:

1. Біологічний вимір: містить у собі спадкову (генетичну) обтяженість, преморбідні патології та хронічні захворювання центральної нервової системи, мінімальні мозкові дисфункції, порушення регуляторних функцій кори великих півкуль головного мозку, а також інші анатомо-фізіологічні й нейрохімічні аспекти.

2. Соціальний вимір: охоплює системний вплив макро- і мікросоціального середовища, зокрема виховує деструктивні патерни через деформації інституту сім'ї, негативний вплив референтної групи та найближчого оточення, специфічні (часто толерантні до речовин) традиції в суспільстві, загальну культуру соціуму, а також маніпулятивний інформаційний тиск з боку засобів масової комунікації.

3. Психологічний вимір: виокремлює хронічні внутрішньоособистісні конфлікти, виражені невротичні тенденції, виражені труднощі у налагодженні автентичної комунікації та конструктивної міжособистісної взаємодії, деформації самооцінки (її заниженість або нестабільність), дифузність «Я-концепції», а також низький рівень стресостійкості під час переживання гострих психічних травм та екстремальних подій [28, с. 45].

Генез адиктивної поведінки значною мірою зумовлений стійким нейробіологічним закріпленням позитивного емоційного стимулу. Це призводить до його подальшої інтерналізації та автоматизації у формі ригідного поведінкового шаблону. Позитивні ефекти, що виникають у процесі активації стимулу, здійснюють потужний тригерний вплив на так звану «систему винагороди» в головному мозку, яка регулюється спеціалізованою дофамінергічною нейронною структурою. Необхідно акцентувати, що абсолютно всі види життєдіяльності, які суб'єктивно пов'язані з отриманням задоволення чи купіруванням болю, задіюють і виснажують цю саму нейробіологічну систему.

Згідно з теоретичними положеннями А. Єна, у періоди нормативних та ненормативних вікових криз людська індивідуальність стає максимально

сенситивною до деструктивного впливу стресогенних чинників. Такий стан детермінований тимчасовою неспроможністю самотійно та конструктивно розв'язати актуальні життєві суперечності через брак адаптивного досвіду або через очевидну невідповідність наявного соціального статусу людини її новим, якісно зміненим психологічним потребам. Кризи розвитку суттєво підвищують потенціал маніфестації та хронізації адикцій. При цьому рівень стресогенності середовища визначається як об'єктивною неможливістю задоволення базових потреб, пов'язаних із цінностями стабілізації після кризових періодів, так і глибокими кризами безпосередньо особистісного буття. Вразливість та дестабілізація ціннісно-сміслової сфери і значущих життєвих орієнтирів прискорюють деструктивний процес, а синергетичний ефект усіх перелічених аспектів збільшує ризик формування залежності [13].

У клінічній практиці, описаній А. О. Бухановським, виділяють два фундаментальні макросценарії розвитку адиктивної поведінки:

1. **Оперантне навчіння:** довготривалий шлях, який базується на повторному, відносно слабкому, проте регулярному або високочастотному підкріпленні позитивного стимулу. Це призводить до поступового формування фіксованих та стійких поведінкових девіацій (до цієї групи належать гемблінг, лудоманія, обсесивна інтернет-залежність, компульсивне захоплення комп'ютерними технологіями тощо).

2. **Реактивний імпринтинг:** експрес-сценарій, що запускається внаслідок надпотужного, шокowego стресового впливу екзогенного чи ендогенного характеру. Він провокує гостре афективне переживання з яскравим і миттєвим емоційним запечатленням (імпринтом) у структурах психіки. Цей процес часто супроводжується бурхливою психоемоційною реакцією та фіксується у вигляді сексуальних залежностей, патологічних форм екстремальної поведінки або обсесивно-компульсивних розладів.

Систематичне вживання або зловживання різноманітними психоактивними речовинами (ПАР) з метою штучного моделювання змінених станів свідомості та психічної діяльності виступає однією з найбільш

історично поширених і соціально небезпечних форм адиктивної активності. В адиктології психоактивною речовиною визнається будь-яка хімічна чи природна субстанція, яка за умови одноразового прийому здатна тимчасово модифікувати когнітивну, афективну чи поведінкову сферу людини, а за умови регулярного та тривалого використання неминує призводити до формування стійкого синдрому психічної та соматичної (фізичної) залежності.

Відповідно до дескрипторів Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), до переліку психоактивних субстанцій, які за умов систематичного вживання детермінують клінічну залежність, належать такі класи: етиловий спирт (алкоголь); природні та синтетичні похідні опію (опіоїди); похідні канабісу (зокрема марихуана, гашиш, анаша); седативні, снодійні препарати та анксіолітики (транквілізатори); кокаїн та його похідні; психостимулятори (включаючи кофеїн та синтетичні аналоги); галюциногени (психodelіки); ікотиновмісні продукти (тютюн); леткі розчинники (зокрема промисловий клей, бензол, бензин, лакофарбові розчинники, рідини для заправки запальничок, різноманітні аерозолі) [18].

Хронічний дефіцит ендогенних анальгетиків, антистресових нейромедіаторів і природних адаптогенів, який формується через тривале емоційне, психологічне або фізичне перенапруження, стає біохімічною основою для значного зростання рівня тривожності. Це, своєю чергою, спричиняє постійну дратівливість, дисфорію, депресивні стани й активує механізми саморуйнування.

На основі теоретичних узагальнень О. Кухарук, ймовірність розгортання адиктивних патернів критично зростає в осіб із високою особистісною та ситуативною тривожністю, клінічною депресією, пролонгованими стресовими станами, а також у пацієнтів із коморбідними ендогенними психічними захворюваннями чи розладами особистості [43].

Тривале, неконтрольоване зловживання ПАР або залучення до деструктивної діяльності викликає тотальну деформацію та інверсію ціннісно-сміслової ієрархії особистості. Найбільш уразливими до руйнування стають

академічно-виробничі, професійні, інтимно-особистісні та шлюбні стосунки. Фрустрація у цих життєво важливих сферах здатна провокувати розвиток як хімічних, так і поведінкових адикцій, диференційованих у таблиці 1.1 [43]:

Таблиця 1.1.

Категорії адикцій та їх психологічні форми

Категорія адикцій	Конкретні нозологічні та поведінкові форми ДОСХ
Хімічні адикції	тютюнопаління, хронічний алкоголізм, гамбринізм (пивний алкоголізм), токсикоманія, наркоманія, залежність від стимуляторів.
Поведінкові адикції (загальні)	трудоголізм, еротичні залежності (любовна, сексуальна, адикція уникання), б'юті-адикції, гемблінг (азартні ігри), спортивна адикція, адикція вправ (аддиктивний фітнес), компульсивне переїдання / голодування, кібероніоманія (компульсивний шопінг), болтоголізм (нав'язлива вербальна комунікація), екстремальний спорт та туризм, ургентна адикція, синдром Тоада.
Комп'ютерні та інтернет-адикції	надмірний вебсерфінг, кібероніоманія (патологічна залежність від онлайн-покупок), кіберкомунікативна та кіберсексуальна залежність, неконтрольована одержимість комп'ютерним програмуванням або пов'язаними з ним професійними завданнями, а також інтернет-гемблінг (азартні ігри в мережі).
Гаджет-адикції	залежність від мобільних інформаційно-комунікаційних пристроїв, цифрова залежність від медіареклами.

У дослідженнях групи вчених (Дж. Томас, Дж. Вілк, Л. Рів'єр, Д. Мак Гурк, С. Хог) доведено, що в періоди середнього віку провідними каталізаторами девіацій стають глибока соціальна та професійна дезадаптація, виражений дисонанс між особистісними життєвими планами та суб'єктивно-

об'єктивними обмеженнями, які блокують їх реалізацію [58]. Сюди ж відносяться гострі фінансові кризи, деструктивні конфлікти у мікроструктурі сім'ї, руйнування інтимно-особистісної та побутової сфер, стрімка втрата колишнього соціального престижу, а також дисморфофобічні переживання, пов'язані з біологічними інволюційними процесами (старінням) [58].

За наявності виражених егоцентричних установок, ці чинники детермінують специфічний спектр адикцій середнього віку: трудовголізм, патологічний гемблінг, компульсивне марнотратство, інтернет-залежність у всьому її різноманітті (кіберсексуальність, on-line лудоманія, вебсерфінг), телевізійну адикцію, ідеологічний фанатизм (релігійного, політичного чи спортивного спрямування), фітнесманію, ургентну адикцію, компульсивне колекціонування, деструктивні б'юті-адикції (зокрема юноманія, мейкапманія, танорексія), а також потяг до саморуйнування, агресивне автоводіння та нав'язливі форми духовного пошуку [58].

Для осіб літнього та похилого віку, за умов наявності таких несприятливих життєвих компонентів, як хронічна самотність, важкі соматичні патології, втрата референтних близьких осіб та виражена танатофобія (страх смерті), характерна інша специфіка. Ці чинники виступають тригерами для формування важкої медикаментозної залежності (аптечний адиктогенез), геронтоалкоголізму чи гамбринізму. Також поширення набувають нехімічні форми компенсації: тотальна телевізійна адикція, нав'язлива фіксація на ідеях «здорового способу життя» та нетрадиційній медицині, залежність від телемаркетингу та реклами, болтологізм, а також ригідний духовний пошук і релігійний фанатизм.

Згідно з методологічною концепцією Б. Весіта та його співавторів, усі детермінанти, що безпосередньо стимулюють розвиток адикцій, інтегруються у чотири фундаментальні блоки:

1. Морально-ціннісна незрілість особистості

— демонструє стійке негативне ставлення до освітнього процесу та інтелектуальної праці;

- характеризується тотальним браком соціально схвалюваної активності та конструктивних життєвих установок;
- виявляється у звуженості, примітивності та крайній нестійкості когнітивних інтересів, повній відсутності автентичних захоплень та вищих духовних прагнень;
- супроводжується розмитістю професійної орієнтації, низькою мотивацією досягнення успіху, інфантильним униканням відповідальних ситуацій та прийняття рішень;
- поєднується з відсутністю чітких життєвих перспектив і толерантністю до вживання алкоголю чи наркотичних речовин.

2. Порушення та деформації соціального мікросередовища

- охоплює виховання в деструктивній або неповній сім'ї, тотальну зайнятість чи емоційну байдужість (гіпопротекцію) з боку батьківських фігур;
- включає протилежну крайність — жорстку гіперопіку, а також відсутність сиблінгової взаємодії через відсутність братів чи сестер;
- базується на спотворених, дисфункціональних або токсичних сімейних стосунках, які транслиують хибне розуміння правових та моральних норм;
- формується через патологічні моделі виховання (наприклад, за типом «кумир сім'ї»), безконтрольний доступ до грошових коштів за повної відсутності розуміння способів їхнього заробітку, а також внаслідок наочного алкоголізму чи наркоманії серед найближчих родичів.

3. Індивідуально-біологічні передумови

- концентрує в собі спадкову схильність до маніфестації ендогенних психічних розладів та хронічного алкоголізму;
- включає анамнестичні дані про перенесені важкі соматичні захворювання або нейроінфекції на ранніх етапах онтогенезу;

- охоплює заливкові явища органічного ураження головного мозку (патологічна вагітність, пологові травми), знижений рівень загального інтелектуального розвитку, а також виражений психологічний інфантилізм.

4. Індивідуально-психологічні особливості та нервово-психічні аномалії

- характеризується низьким рівнем емоційної стійкості (лабільністю), високою особистісною тривожністю, імпульсивністю та ризикованістю поведінки;

- проявляється у хронічній соціальній дезадаптованості (особливо при взаємодії із гострими стресорами);

- базується на яскраво виражених акцентуаціях характеру, серед яких найбільш уразливими до адиктогенезу є конформний, гіпертимний, демонстративний, циклотимний або афективно-лабільний типи, а також клінічні форми психопатій (розладів особистості) [60].

1.3. Характеристика основних форм та видів залежностей

Сучасний етап розвитку клінічної психології та девіантології фіксує радикальні трансформації у структурі й характері поширення залежної поведінки. Поряд із класичними, традиційними формами патологічної пристрасті — такими як алкогольна розважливість, наркологічна залежність та нікотинізм — у науковому просторі дедалі частіше верифікуються інноваційні патерни поведінкових адикцій, що формуються без безпосередньої участі хімічних психоактивних субстанцій. У межах теоретичного моделювання зазначеної проблематики С. Михайлів запропонував диференційовану трикомпонентну типологію адиктивних розладів, яка розподіляє їх на хімічні, біохімічні та нехімічні різновиди:

1. Хімічні адикції: репрезентовані класичними нозологічними формами, серед яких нікотинова залежність (куріння), деструктивна токсикоманія,

системна наркозалежність, прогресуюча лікарська (фармацевтична) залежність та хронічний алкоголізм.

2. Біохімічні адикції: охоплюють спектр порушень, пов'язаних із деформацією метаболічних та харчових патернів, зокрема нервову анорексію, нервову булімію, психологічну залежність від жорстких дієтичних обмежень, специфічну адикцію до шоколаду (*chocolate addiction*), компульсивне переїдання, патологічне голодування та ригідні форми роздільного харчування.

3. Нехімічні (поведінкові) адикції: охоплюють широке коло девіацій, позбавлених хімічного агента:

- патологічна інтернет-залежність та технологічні адикції (комп'ютерні, телемобільні та фіксовані sms-адикції);
- гемблінг (патологічний потяг до азартних ігор);
- адикції у стосунках включають широкий спектр явищ, серед яких сексуальні девіації, такі як зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, екстібіціонізм, вуайєризм, некрофілія, садомазохізм, еротичні залежності, любовні прив'язаності, адикції уникнення та системні співзалежності;
- телеадикції (обсесивний перегляд багатосерійних серіалів та телевізійних програм);
- ідеологічний та соціокультурний фанатизм, який може проявлятися у різних формах: спортивного, музичного, споживчого, політичного, національного або релігійного характеру;
- залежність від штучного ризику та екстремальних розваг, зокрема синдром тоада (патологічний потяг до небезпечного, «веселого» автоводіння);
- екстремальні та деструктивні форми пірсингу, татуювання та шрамування;
- трудовоголізм, патологічне прагнення перенасичувати себе роботою («работоголізм»), а також оніоманія — неконтрольовану пристрасть до покупок (компульсивний шопінг);

- ургентна адикція (специфічний стан осіб, які перебувають у хронічному суб'єктивному цейтноті, постійно демонструють хаотичну діяльність за мінімальної реальної продуктивності);
- адикції «духовного пошуку», що виявляються у тотальній деструктивній залученості до діяльності тоталітарних сект;
- специфічний психологічний стан «перманентної війни» (патерн поведінки «правдорубів» та борців за справедливість, які виявляють активність через безперервне написання скарг, листів та ініціювання конфліктів) [33, с. 99–100].

Весь спектр зазначених адиктивних проявів інтегрує у собі як виражені фармакологічні, так і складні нефармакологічні виміри деструкції. Їхня маніфестація становить пряму загрозу не лише для психосоматичного благополуччя самого суб'єкта, а й дестабілізує його найближче мікросоціальне оточення. Крім того, наявність хронічної залежності блокує актуалізацію внутрішнього ментального потенціалу людини, створюючи нездоланні перешкоди для її повноцінної інтеграції та функціонування у соціумі.

У дослідженнях Ю. Підлісного акцентується увага на тому, що ключовим мотивом залучення до адиктивних практик виступає інтенсивне прагнення індивіда штучно трансформувати свій актуальний психоемоційний статус. Спираючись на цей критерій, дослідник поділяє наявні деструктивні засоби на дві великі категорії:

1. **Фармакологічні форми:** базуються на введенні в організм екзогенних речовин, таких як етиловий спирт, наркотичні субстанції, токсини та певні медикаментозні препарати [38].

2. **Нефармакологічні форми:** мають суто поведінкову природу й охоплюють патологічний гемблінг, комп'ютерну та інтернет-залежність, сексуальну адикцію, клінічні розлади харчової поведінки (компульсивне голодування чи гіперфагію), роботоголізм, а також специфічні девіації на кшталт тривалого obsесивного прослуховування гучної ритмічної музики [38].

Кожна з наведених модифікацій дезадаптивної поведінки володіє унікальним феноменологічним профілем, який суттєво детермінує специфіку соматичних та психічних наслідків для життєдіяльності особистості. Зокрема, генез алкогольної залежності здатний брати свій початок безпосередньо з моменту первинного інтрапсихічного знайомства з речовиною, за умови, що стан сп'яніння супроводжувався суб'єктивно потужними, позитивно забарвленими емоційними переживаннями [38]. Зазначений ефект надійно імпринтується в когнітивних структурах пам'яті, виступаючи стійким тригером для повторення деструктивного досвіду [38].

На продромальних етапах алкоголь може демонструвати помилковий ефект стимуляції: викликати тимчасовий підйом загальної активності, покращувати настрій, штучно підвищувати працездатність та розгальмовувати творчий потенціал. Проте вказані феномени мають виражений транзиторний характер і неминуче заміщуються глибокою апатією, психологічним дискомфортом та суб'єктивним зниженням настрою [38]. Саме цей негативний емоційний спад стає потужним каталізатором для хронізації зловживання, оскільки індивід прагне репродукувати раніше пережитий психоемоційний пік.

Особливу групу підвищеного ризику щодо дії адиктивних механізмів становлять представники творчих професій — художники, літератори, актори та музиканти. Використання ними алкоголю як первинного стимулятора емоційної, фізичної та комунікативної експресії швидко замикає патологічне коло залежності, розірвати яке без спеціалізованого втручання стає майже неможливо. Патологічний вплив хронічного зловживання алкоголем детально вивчений та репрезентований у міждисциплінарній літературі медичного, соціологічного, економічного та психологічного спрямування [1; 14; 40]. Очевидним є факт, що етиловий спирт не належить до біологічно необхідних продуктів, які забезпечують життєдіяльність людського організму [1; 14; 40]. Потреба в його вживанні має суто штучну природу формування, що

кардинально відрізняє її від базових вітальних потреб (наприклад, у нутрієнтах) [1; 14; 40].

Первинно прийом алкоголю позиціонується в суспільстві як специфічний соціокультурний атрибут, інтегрований у систему суспільних ритуалів. Провідними факторами первинної алкоголізації виступають мікросоціальні традиції, застільні стереотипи та викривлені уявлення про алкоголь як про обов'язковий маркер святкових подій, зустрічей чи проводів. Однак зазначені етнокультурні звичаї неспроможні закріпитися та трансформуватися в патологію без відповідного підкріплення у структурі особистісних настанов індивіда.

Коли випивка трансформується у стійкий стиль життя, суб'єкт починає шукати в стані сп'яніння не просто легковажні веселощі, а компенсаторний інструмент для вирішення хронічних внутрішніх конфліктів. Через алкоголізацію індивід намагається у деструктивний спосіб задовольнити дефіцитарні потреби в міжособистісній увазі, повазі чи соціальному визнанні. З огляду на це, є методологічно помилковим зводити етіологію алкоголізму виключно до тиску зовнішніх традицій, розглядаючи адикта як безвольного об'єкта середовищного впливу.

Вплив звичаїв є релевантним лише на етапі ініціації (першого знайомства з речовиною). Надалі ж розгортається повноцінна ілюзорно-компенсаторна діяльність, яка деформує особистісний профіль індивіда та стимулює його прагнення уникати життєвих викликів шляхом абстрагування від реальності та занурення в ірреальний, вигаданий простір зміненої свідомості. Цей процес переналаштовує як соматичні системи організму, так і психічну архітектуру, остаточно закріплюючи хронічний синдром алкогольної залежності.

У межах клінічних досліджень Д. Рассела та його наукової команди було доведено, що алкоголізм є етіологічно та клінічно гетерогенним розладом, базове ядро якого становить компульсивний пошук та споживання спиртного. Науковці підкреслюють високу питому вагу спадкового (генетичного)

фактора у формуванні преморбідної вразливості до цієї патології. Водночас маніфестація розладу неможлива без тривалого екологічного впливу самого алкоголю та його систематичного вживання, що вказує на складну, синергетичну взаємодію генетичного профілю та чинників навколишнього середовища, яка потребує подальшого поглибленого вивчення.

Наркотична залежність виступає однією з найбільш масштабних та деструктивних загроз для безпеки сучасного суспільства. Згідно з узагальненими міжнародними статистичними відомостями, близько 270 мільйонів осіб у масштабах планети (що становить приблизно 5,5% глобальної популяції у віці від 15 до 64 років) щонайменше один раз вживали заборонені психотропні речовини протягом останнього року. Серед цієї когорти близько 35 мільйонів осіб страждають на клінічно виражені розлади, безпосередньо зумовлені вживанням наркотиків, включаючи формування стійких шкідливих моделей поведінки або безпосередньо соматичної залежності [56].

Щорічно наркотизація виступає прямою чи опосередкованою причиною близько 500 тисяч летальних випадків, при цьому гендерний розподіл демонструє переважання чоловіків (350 тисяч смертей) над жінками (150 тисяч). За сучасними експертними оцінками, у світі налічується майже 11 мільйонів споживачів ін'єкційних форм наркотиків (СІН), з яких 1,4 мільйона є носіями ВІЛ-інфекції, а 5,6 мільйона хронічно хворіють на парентеральні гепатити [56].

Первинна мотивація споживання наркотичних засобів часто корелює із бажанням отримати неординарний психологічний досвід, розширити межі чуттєвого сприйняття чи штучно змодельовати невідомі раніше емоційні стани. Проте наркотична адикція здійснює значно потужніший, руйнівний та експресивний вплив на особистісну структуру індивіда порівняно з алкогольною патологією. Вона характеризується блискавичним витісненням та тотальною ліквідацією всіх життєвих інтересів, мотивів та цінностей, які не пов'язані з обслуговуванням пристрасті, залишаючи по собі майже абсолютну емоційну та духовну спустошеність особистості.

Провідною індивідуально-психологічною рисою поведінки наркозалежних стає прогресуюча інтровертованість. Їхній простір реальної комунікації радикально звужується та обмежується виключно маргінальним середовищем осіб, об'єднаних спільною залежністю. При цьому спостерігається тенденція до активного залучення нових індивідів до свого деструктивного кола, що створює жорсткі соціально-психологічні бар'єри для виходу з адиктивної субкультури. Особливо руйнівним є вживання опіатів, яке супроводжується тотальною відчуженістю особистості, повною редукцією бажань та пасивним, індиферентним сприйняттям об'єктивного світу.

Потенціал формування стійкої залежності після первинного, одноразового прийому психоактивних речовин суттєво варіюється залежно від їхньої хімічної природи:

- нікотин — демонструє найвищий рівень миттєвої хронізації (близько 80%);
- опіати — викликають залежність у 60% випадків первинного вживання;
- етиловий спирт (алкоголь) — варіюється в діапазоні від 20% до 40% [39].

Наркоманія залишається однією з найбільш прогностично несприятливих форм патологічної адикції, детермінуючи глибокі фізичні та психічні мутації особистості. Об'єктивна потреба у постійному збільшенні дози речовини (зростання толерантності) неминуче призводить до повної втрати вольового контролю та провокує високий рівень смертності внаслідок гострих передозувань. У клінічному статусі залежних фіксуються коморбідні форми порушень, пов'язані з важкими розладами загального обміну речовин, токсичним ураженням внутрішніх органів та центральної нервової системи. Цей соматичний спад супроводжується незворотною деградацією особистості та вираженими психопатологічними синдромами: спотворенням логіки мислення, тотальною апатією, важкими порушеннями координації рухів та стійким м'язовим тремором.

У сучасному молодіжному просторі особливої гостроти набуває проблема неконтрольованого захоплення комп'ютерними відеоіграми та мережевими технологіями Інтернету. Якщо для більшої частини користувачів цей вид активності залишається в межах психологічно безпечного та адаптивного хобі, то у певній групі ризику специфічні архітектурні моделі відеоігор здатні запускати механізми патологічного адиктогенезу, руйнуючи ключові сфери життєдіяльності особистості.

Ігрова поведінкова адикція характеризується низкою специфічних діагностичних ознак:

- постійна, obsesивна залученість у віртуальний простір та прогресуюче збільшення часового ресурсу, що витрачається на гру;
- повне витіснення та редукція колишніх реальних інтересів, обов'язків та хобі;
- маніфестація вираженого психологічного дискомфорту та дисфорії поза ігровою ситуацією;
- розвиток супутньої соматичної патології (гіподинамія, порушення зору, розлади сну);
- тотальна нездатність здійснювати свідомий вольовий контроль над часовими межами ігрової сесії чи вчасно припинити гру.

У деяких клінічних випадках зазначена девіація здатна коморбідно посилюватися шляхом паралельного зловживання алкоголем або стимуляторами, які використовуються адиктом з метою штучного загострення сенсорних відчуттів безпосередньо під час ігрового процесу. До провідних чинників преморбідного ризику формування патологічної пристрасті до азартних та комп'ютерних ігор належать серйозні дефекти сімейного виховання (гіперопіка або емоційне відторгнення), загальна емоційна лабільність та нестабільність індивіда, а також надмірна вимогливість та перфекціонізм батьківських фігур. Додатковими стимулюючими маркерами виступають гіпертрофоване прагнення до швидкого досягнення соціального престижу та виражена переоцінка матеріальних благ, що створює важкі

психологічні бар'єри для повернення індивіда до нормативного функціонування у суспільстві.

У дослідженні О. В. Тополь детально описано чотири послідовні фази розвитку ігрової залежності [44]:

1. **Фаза перемоги (первинна удача):** індивід схильний трактувати будь-який випадковий виграш виключно як результат власних унікальних здібностей чи інтелекту, натомість ситуації програшу інфантильно списуються на тимчасове невезіння. На цьому етапі гра має спорадичний характер, проте частота ставок та їхній розмір неухильно зростають на тлі не виправданого когнітивного оптимізму.

2. **Фаза втрати (хронізація розладу):** домінантним мотивом діяльності стає не отримання задоволення від виграшу, а компульсивне прагнення відіграти (повернути) втрачені фінансові чи віртуальні ресурси. Гравець починає діяти максимально ізольовано від близьких, демонструє хвастощі минулими успіхами, перебуває в стані постійної ментальної фіксації на грі та починає активно залучати боргові кошти. Відбувається радикальний зсув ціннісних пріоритетів: професійні обов'язки, сімейні стосунки та соціальна відповідальність повністю ігноруються.

3. **Фаза нерозсудливості (соціальна деградація):** залежність загострюється до критичної межі, коли індивід заради забезпечення ігрового процесу або покриття хронічних боргів залучається до протиправної діяльності (крадіжки, шахрайство, нелегальна торгівля наркотиками). Цей період супроводжується маніфестацією глибокого почуття провини, параноїдальним звинуваченням оточуючих у власних невдачах та розвитком гострих панічних станів.

4. **Фаза безнадійності (криза буття):** характеризується тотальним крахом соціальних зв'язків та фінансовим банкрутством. На цьому етапі виникають стійкі суїцидальні наміри та думки, і лише в поодиноких випадках маніфестує автентичне, усвідомлене бажання пройти курс клінічного лікування [45].

Офіційне визнання ігрової залежності як самостійного психічного розладу відбулося у 2019 році, коли Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) затвердила її включення до 11-ї версії Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). Щодо спорідненого феномену інтернет-залежності, то надмірне, неконтрольоване занурення в простір онлайн-ігор, віртуальну комунікацію в чатах або інші види мережевої активності виступає прямим детермінуючим чинником розвитку важких нервово-психічних розладів [18]. Відповідно до діагностичних критеріїв, її ключовими характеристиками є тотальна втрата адекватного відчуття реального часу, деформація базових психологічних установок особистості, а також розвиток вираженого абстинентного синдрому [18].

Вказана абстиненція маніфестує у формі неконтрольованої агресії, високої внутрішньої напруженості або клінічної депресії в ситуаціях, коли суб'єкт позбавлений доступу до комп'ютера чи мережі [18]. Характерними супутніми ознаками є obsесивне бажання постійно модернізувати програмне забезпечення, купувати надпотужні технологічні пристрої (гаджети), прогресуюча соціальна ізоляція, схильність до ініціювання деструктивних суперечок на будь-яку тематику та синдром хронічної втоми.

Аналізуючи каузальне поле комп'ютерної залежності, Г. С. Венгер виокремлює три базові психологічні причини її виникнення:

1. **Радикальне спрощення життєдіяльності:** досягається шляхом інфантильного уникання необхідності вирішення реальних життєвих, комунікативних та побутових завдань (у віртуальному світі відсутня потреба у виснажливій праці та реальній відповідальності) [8];
2. **Суб'єктивне відчуття абсолютної безпеки:** що моделюється всередині вигаданого, повністю підконтрольного адикту ілюзорного світу [8];
3. **Глибока ідентифікація особистості з вигаданим персонажем гри:** що дає змогу компенсувати реальні дефекти власного «Я» [8].

У свою чергу, комплексні наукові дослідження під керівництвом І. Пінчук переконливо доводять, що формування психологічної залежності від

комп'ютерних ігор є стадіальним процесом, який послідовно проходить чотири етапи: легке зацікавлення (детерміноване привабливістю графічного контенту та сюжетної лінії), формування стійкої звички (зумовлене регулярним та безперешкодним доступом до технологій), безпосередня залежність (виникнення внутрішньої компульсивної потреби в ігровому процесі) та стадія повної, тотальної прихильності [15].

Окреме місце у структурі поведінкових девіацій посідає трудовоголізм, який репрезентує собою специфічну форму залежності від професійної діяльності. Особливість даної адикції полягає в її високій соціальній схвалюваності: у сучасному соціумі трудовоголіки часто отримують публічну похвалу, заохочуються матеріальними чи моральними стимулами та позиціонуються як еталонні моделі для наслідування.

Проте за фасадом такої соціальної респектабельності завжди приховуються глибокі деструктивні деформації в емоційній сфері особистості та серйозні ускладнення в інтерперсональній комунікації. Сам термін «трудооголізм» був уведений в науковий обіг американським психологом Вейном Вотсом у 1968 році, який у своїй фундаментальній праці «Визнання трудовоголіка» вперше кваліфікував це явище як повноцінну патологію, що стоїть в одному нозологічному ряду з алкогольною чи наркотичною залежністю.

У дослідженнях О. Кокуна та його співавторів детально розкриваються внутрішні механізми цього розладу: «Трудооголіки часто ведуть спотворений спосіб життя, ігноруючи вихідні, відпустки, сон і навіть базові потреби, як-от особиста гігієна. Такий режим поступово виснажує їх, призводячи до емоційного вигорання, втрати інтересу до життя та навіть депресії. Трудооголізм є нав'язливою залежністю від роботи, яка з часом позбавляє людину здатності належно відпочивати або підтримувати здорові стосунки з близькими та друзями. Часто трудовоголіки пояснюють свої надмірні зусилля прагненням покращити фінансове становище. Однак насправді вони нерідко уникають визначення конкретних матеріальних чи професійних цілей. Для

таких людей робота поступово стає своєрідною зоною комфорту — способом усунутися від реального світу та його проблем. Такий підхід дозволяє уникати відповідальності за особисте життя чи труднощі, що виникають у ньому. Як і в разі інших форм залежності, у трудовоголіків з часом зростає потреба в більш сильному стимулі, який дає задоволення. У багатьох випадках причиною цього є так звана «надмотивація», коли робочі виклики набувають гіпертрофованої ваги, перетворюючись на справу особистого значення, яку обов'язково потрібно вирішити. Водночас включається захисний механізм самозбереження: постійна залученість у роботу стає способом уникнення життєвих проблем. У таких ситуаціях трудовоголізм перетворюється на форму адиктивної поведінки, для якої характерна втрата внутрішнього контролю та звуження емоційного сприйняття світу й власного життя» [20, с. 132–133].

Згідно з науковими узагальненнями Г. Ломакіна, клінічні розлади харчової поведінки (РХП) демонструють стійку тенденцію до поширення в сучасному українському соціумі [30]. Феномен харчової адикції маніфестує в той момент, коли процес прийому їжі повністю втрачає свою первинну біологічну функцію (вгамування фізіологічного почуття голоду) і трансформується у дезадаптивний спосіб психологічного відволікання від внутрішнього дискомфорту, хронічного стресу чи травмуючих емоцій [30].

Вживання їжі набуває статусу ритуалу, який поєднує в собі два механізми: ескапістське уникання життєвих негараздів та надмірну фіксацію на приємних смакових (сенсорних) відчуттях [30]. Системний аналіз харчової залежності свідчить, що вона виступає інструментом для штучного заповнення внутрішньої емоційної порожнечі, зниження рівня особистісної тривожності або ліквідації хронічної нудьги [32].

У таких ситуаціях в організмі легко активуються нейрохімічні механізми, які стимулюють патологічний апетит навіть за повної відсутності об'єктивного фізіологічного голоду. Наслідком цього стає компульсивне збільшення обсягів та частоти прийому їжі, що неминуче призводить до

прогресуючого зростання маси тіла (ожиріння), маніфестації важких серцево-судинних порушень та загальної соматичної інвалідизації суб'єкта.

Протилежним за спрямованістю, проте абсолютно ідентичним за своєю деструктивною адиктивною природою виступає патологічне голодування. Високий рівень небезпеки цього різновиду РХП полягає в тому, що відмова від їжі перетворюється на специфічний, викривлений спосіб особистісної самореалізації [30]. Індивід прагне подолати уявну власну «слабкість» або недосконалість через встановлення тотальних, абсурдних обмежень у харчуванні, що інтерпретується ним як незаперечний доказ унікальної сили волі, самоконтролю та вищості над іншими [30].

У початкові періоди такої жорсткої внутрішньої боротьби із власним тілом у структурах психіки нерідко фіксується ейфорійний піднесений настрій, що супроводжується суб'єктивним відчуттям невагомості та легкості. Однак із перебігом часу вказані обмеження набувають деструктивних, несумісних із життям форм, а тривалі періоди тотального голодування починають закономірно чергуватися з неконтрольованими епізодами надмірного поглинання їжі (булімічні зриви). За умов відсутності у пацієнта критичного ставлення до власного статусу, розвиваються важкі психопатологічні викривлення у сприйнятті об'єктивної реальності та власного соматичного образу (дисморфофобія), що максимально поглиблює клінічну структуру розладу.

1.4. Загальна характеристика залежної поведінки у військових та ветеранів

Умови повномасштабної війни формують безпрецедентні виклики для системи ментального здоров'я військовослужбовців, висуваючи підвищені вимоги до їхньої психоемоційної стійкості. Серед комплексу деструктивних явищ однією з найбільш латентних та замовчуваних проблем є вживання психоактивних речовин (ПАР) безпосередньо в зоні ведення бойових дій.

Зазначена проблематика залишається практично невідоризованою у публічному та медійному просторах, що обумовлено дією низки взаємопов'язаних чинників:

- високим рівнем соціальної стигматизації явища адикції у військовому середовищі;
- страхом перед дисциплінарною та кримінальною відповідальністю за правопорушення, пов'язані з обігом пар;
- браком валідних, системних та репрезентативних статистичних даних.

Сучасні офіційні звіти є фрагментарними або штучно заниженими, що є прямим наслідком побоювань керівництва щодо розголошення негативної інформації та дискредитації Сил оборони. Ця тенденція однаковою мірою поширюється як на кадрових військовослужбовців і мобілізованих осіб, так і на ветеранів, які повернулися до цивільного життя. Навіть за умов усвідомлення наявної залежності, комбатанти схильні ретельно приховувати факти вживання ПАР, уникаючи звернення до профільних фахівців, що автоматично виключає їх із контуру офіційного медичного обліку.

Додатковим деструктивним фактором виступає відсутність у поточній структурі військової медицини чітко регламентованих, стандартизованих механізмів раннього виявлення, моніторингу та верифікації випадків речовинної залежності. У переважній більшості випадків інциденти, пов'язані з уживанням ПАР, вирішуються неформально всередині конкретного підрозділу, або ж через механізм переводу адикта до іншої частини чи його звільнення з лав Збройних Сил. Командний склад нерідко вдається до замовчування таких фактів з метою збереження репутації підрозділу та уникнення деструктивних наслідків для власної кар'єри.

Результати комплексного дослідження, присвяченого темі «Наркозалежність у Силах оборони України: аналіз ситуації», проведеного Дослідницьким бюро «Sociologist» за підтримки благодійної організації «Харків з тобою» та фінансуванням фонду «Здорові рішення», відкривають

новий підхід до розуміння цієї проблеми. Згідно з отриманими даними, вживання психоактивних речовин серед військових не слід розглядати як ознаку «особистісної розбещеності» або суто асоціальної поведінки. Цей феномен радше є проявом глибокої психологічної травматизації, наслідками хронічної бойової перевтоми, виснаження внутрішніх механізмів саморегуляції, а також результатом гострої психосоціальної ізоляції в екстремальних умовах життя.

Серед нелегальних субстанцій, що циркулюють у військовому та ветеранському середовищі, найбільш поширеними є: опіоїди та канабіноїди; психостимулятори та галюциногени; снодійно-седативні медикаментозні препарати. Найбільш виражену загрозу для психічного та соматичного здоров'я військовослужбовців становлять синтетичні психостимулятори (зокрема, кустарні катинони, відомі як «солі»). Їхня специфіка полягає в ультрашвидкому формуванні психічної та фізичної залежності, а також у розвитку незворотних, тотальних руйнувань структур головного мозку й архітекτονіки когнітивних процесів.

Аналізуючи динаміку явища, Я. Мацєбора, О. Колесніченко, Н. Цумарєва відзначають чітку тенденцію до збільшення кількості військовослужбовців із діагностованими формами наркотичної залежності. Це частково зумовлено ескалацією суспільної та медійної уваги до вказаної девіації, що поступово трансформує соціокультурні настанови та знижує рівень табуованості цієї теми у науковому й публічному дискурсах [39; 43].

Процес формування залежної поведінки у військовому середовищі має багатофакторну етіологію. На основі аналізу бойового досвіду та соціодемографічних параметрів виокремлено такі специфічні групи підвищеного адиктивного ризику:

1. Специфіка підрозділів: особовий склад піхотних (штурмових) підрозділів, а також військовослужбовці, які виконують завдання в умовах критичного дефіциту кадрів та відсутності своєчасних ротацій.

2. Фактор військового досвіду: мобілізовані особи, які мають мінімальний бойовий досвід або взагалі не проходили попередньої якісної підготовки, що супроводжується важкою дезадаптацією до умов армійського побуту.

3. Психотравмуючий контекст: військові, які безпосередньо перебувають на лінії бойового зіткнення та зазнали гострої психологічної травми внаслідок загибелі побратимів.

4. Мікросоціальний статус: категорія «аутсайдерів» — військовослужбовці, які стикаються з деструктивними моделями комунікації, неприйняттям з боку референтної групи або проявами психологічного цькування (булінгу) з боку колективу чи командного складу.

5. Анамнестичний фактор: особи, які мали преморбідний (довійськовий) досвід епізодичного або систематичного вживання алкоголю чи наркотичних речовин.

Провідну роль у запуску адиктогенних механізмів відіграють також соціокультурні та організаційні детермінанти, зокрема незадовільний рівень морально-психологічного забезпечення підрозділу, слабка бойова підготовка та деструкція системи сімейної підтримки військовослужбовця.

Експертні оцінки Б. Кока та його колег свідчать про наявність чіткої вікової диференціації у структурі споживання ПАР. Так, представники молодого покоління комбатантів (у віковому діапазоні 18–25 років) найчастіше демонструють схильність до експериментування з новими наркотичними речовинами без ознак сформованої залежності. Натомість стійкі, хронічні та систематичні форми зловживання наркотиками фіксуються переважно серед осіб активного працездатного віку (25–45 років). Для військовослужбовців старшої вікової групи (понад 45 років) базовим і найбільш поширеним вектором деструктивної аддикції залишається виключно алкоголізація [54].

Мотиваційне поле вживання ПАР у військовому середовищі є поліфункціональним і безпосередньо залежить від актуального статусу

індивіда: В екстремальних умовах бойових дій наркотичні речовини та алкоголь часто інтерпретуються комбатантами не як засіб деструктивної розваги, а як специфічний медикаментозний інструмент виживання. Вони виконують роль сурогатного анальгетика (для тамування фізичного болю при пораненнях чи соматичних розладах та психологічного болю від втрати близьких), психологічного транквілізатора для боротьби зі страхом перед боєм, а також стимулятора для штучного розширення когнітивних і фізичних можливостей організму в умовах тривалої депривації сну.

Наукові розвідки зарубіжних фахівців (Дж. Хагес, С. Улмер, С. Хастінгс, Дж. Гієрішч) дозволяють чітко диференціювати патогенетичні механізми та причини використання ПАР діючими військовослужбовцями на фронті та ветеранами, які перебувають на етапі ресоціалізації. У той час як для чинних комбатантів на першій лінії оборони ключовими тригерами виступають надважкі емоційні та фізичні навантаження, безпосередній тиск адиктогенного мікросоціального оточення та наявний преморбідний досвід наркотизації, у ветеранському середовищі структура мотивів радикально трансформується.

Після демобілізації та повернення до мирного життя провідними стимулами до вживання наркотиків стають глибокі хронічні психофізіологічні травми. Наявність важких соматичних ушкоджень (зокрема, ампутацій кінцівок, наслідків баротравм) запускає механізми вторинної психологічної деструкції, що призводить до тотальної втрати життєвих орієнтирів, руйнування колишнього образу «Я» та втрати сенсу подальшого існування [35].

Ситуація ускладнюється тривалим і стійким уникненням професійної наркологічної та психотерапевтичної допомоги з боку залежних осіб.

Висновок до розділу 1

Теоретичний аналіз наукових джерел дозволив встановити, що проблема залежностей є однією з найактуальніших у сучасній психологічній науці та

практиці. Залежність розглядається як складний багатофакторний феномен, що формується під впливом біологічних, психологічних, соціальних і духовних чинників та характеризується стійким прагненням особистості до зміни власного психоемоційного стану за допомогою психоактивних речовин або певних видів діяльності. У науковому дискурсі поняття «залежність», «адикція» та «адиктивна поведінка» мають спільні змістові характеристики, однак відрізняються за ступенем вираженості та підходами до їх інтерпретації в психології, психіатрії та наркології.

Встановлено, що адиктивна поведінка є різновидом девіантної поведінки, яка виконує функцію своєрідної втечі від реальності та спрямована на тимчасове зниження психологічного напруження. Формування залежності відбувається поступово через закріплення механізмів отримання задоволення або уникнення негативних переживань, що зумовлює розвиток психічної та фізичної залежності, порушення саморегуляції та дезадаптацію особистості.

Аналіз чинників залежної поведінки показав, що її виникнення є результатом взаємодії спадкової схильності, особистісних особливостей, несприятливого соціального середовища, кризових життєвих подій і впливу стресогенних факторів. Особливого значення набувають психологічні детермінанти, серед яких низька стресостійкість, внутрішньоособистісні конфлікти, підвищена тривожність, труднощі соціальної адаптації та недостатньо сформовані конструктивні способи подолання життєвих труднощів.

У ході дослідження також з'ясовано, що сучасна класифікація залежностей охоплює широкий спектр хімічних і поведінкових адикцій. Поряд із традиційними формами залежності, такими як алкоголізм, наркоманія та тютюнопаління, значного поширення набувають інтернет-залежність, ігрова залежність, трудовголізм, харчові та інші поведінкові адикції. Незважаючи на відмінності у формах прояву, усі вони мають спільні психологічні механізми розвитку та подібні негативні наслідки для особистості, її соціального функціонування та якості життя.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ВЕТЕРАНІВ

2.1. Опис програми емпіричного дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів

Емпіричний етап науково-практичного аналізу виступає базовим компонентом у структурі психологічного супроводу комбатантів. Він дає змогу верифікувати провідні психологічні чинники, детермінанти та патогенетичні механізми, що обумовлюють маніфестацію й хронізацію адиктивних розладів у ветеранському середовищі. Розробка програми емпіричного дослідження здійснювалася з урахуванням специфічних індивідуально-психологічних властивостей цільової аудиторії, екстремального характеру їхнього життєвого досвіду та високого рівня латентності досліджуваної патології.

Актуальність вивчення особливостей формування адиктивної поведінки у ветеранів посилюється фактором значної замовчуваності реальних масштабів поширення цієї девіації. Дослідниця Т. Грицевич обґрунтовує три ключові групи чинників, які зумовлюють штучне заниження статистичних відомостей та приховування проблеми залежності:

1. Інституційні та службові бар'єри

– Несумісність із проходженням служби та подальшим працевлаштуванням. Наявність будь-якої форми залежності традиційно інтерпретується нормативно-правовими інституціями як абсолютне протипоказання до військової служби, що створює прямі ризики для професійної кар'єри, руйнує соціальний статус та компрометує військове звання суб'єкта.

– Жорсткість репресивної системи заборон і стягнень. Існуючий механізм дисциплінарних покарань за вживання ПАР, попри свою об'єктивну необхідність для підтримання боєздатності, провокує у військовослужбовців

виражений острах раптового виявлення (деанонізації), що стимулює розробку складних стратегій маскуванню адиктивних проявів.

- Острах перед військово-лікарською комісією (ВЛК) та психіатричним обліком. Комбатанти схильні уникати звернень до фахівців навіть за наявності неадиктивних розладів (наприклад, стійкої інсомнії чи потреби у психоемоційній релаксації). Вони побоюються, що консультація психіатра чи направлення на ВЛК потягне за собою встановлення клінічного діагнозу та подальше визнання професійної непридатності.

- Уявлення про деструкцію бойової готовності. Визнання факту речовинної або поведінкової залежності сприймається командним складом та самими бійцями як пряма компрометація рівня бойової готовності, надійності підрозділу та загальної психологічної стійкості особового складу.

2. Внутрішньо-психологічні захисні механізми ветеранів

- Анозогнозія та процеси раціоналізації: Структура адиктивної установки індивіда базується на феномені анозогнозії (тотального заперечення наявності психічного розладу або недооцінки ступеня його важкості). Це підкріплюється захисним механізмом раціоналізації, що виявляється у шаблонних когнітивних конструкціях (наприклад, *«усі навколо палять і п'ють»*, *«без алкоголю в умовах війни неможливо нівелювати стрес»*), що робить патологію суб'єктивно «невидимою» для самого адикта.

- Компульсивний потяг та переживання втрати вольового контролю: Залежна поведінка супроводжується непереборним потягом до об'єкта адикції, що усвідомлюється особистістю як деструктивна втрата самоконтролю та викликає інтенсивне почуття провини, сорому й особистісної неспроможності.

- Феномен емоційного оціпеніння в клінічній структурі ПТСР: Симптоматика емоційної депривації, заціпеніння та генералізованої тривоги, що є патогномонічними для посттравматичного стресового розладу, мають найбільш тісний кореляційний зв'язок із хронічним зловживанням ПАР. Вживання психоактивних субстанцій у цьому контексті виступає формою

деструктивного самолікування — інструментом маскування або експрес-полегшення інтенсивних, афективно важких переживань.

3. Зовнішній соціальний тиск та трансформації інтерперсональної сфери

– Звуження вектору соціальної комунікації. Прогресування залежності неминуче веде до деструкції сімейних та дружніх зв'язків. Відбувається поступовий відхід від нормативного оточення та радикальне звуження комунікативного простору до меж маргінального, адиктивного кола, що посилює соціальну ізоляцію ветерана.

– Генералізована недовіра до профільних фахівців. У ветеранів формується стійкий інтерперсональний бар'єр та тотальна недовіра до представників допоміжних професій (психологів, медиків, соціальних працівників). Це виявляється у стійкій когнітивній упередженості: «вони неспроможні мене зрозуміти, оскільки самі не мають бойового досвіду і не знають, що таке війна» [12, с. 123].

– Прогресуюча соціальна деградація. Розвиток адиктивного процесу детермінує тотальну дезадаптацію індивіда (загострення сімейних конфліктів, виникнення проблем із правоохоронними, органами). Це посилює деструктивне прагнення ветерана повністю ізолюватися від суспільства та приховати свій спосіб життя від зовнішнього контролю.

Перебуваючи в стані високої психологічної напруженості, ветерани прагнуть мінімізувати її у спосіб, який би не перешкоджав їхній поточній діяльності. Це змушує їх вдаватися до латентного, неконтрольованого самотійного підвищення дозування доступних їм психоактивних речовин або занурення у поведінкові адикції [12].

З огляду на це, вивчення психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів є критично важливим завданням не лише для розуміння патогенетичних механізмів їхнього розвитку, але й для побудови дієвих моделей ранньої превенції, диференційованої профілактики та подальшої психокорекційної роботи.

Емпіричне дослідження особливостей маніфестації різних видів залежностей (ігрової, комп'ютерної, наркотичної) серед комбатантів російсько-української війни було реалізовано на базі Комунального закладу «Обласний «Центр-Ветеран» м. Кропивницького.

Характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 35 ветеранів російсько-української війни, які мали бойовий досвід, починаючи з 2014 року. Вибірка складала 29 чоловіків і 6 жінок віком від 25 до 55 років.

Критерії включення у вибірку: Наявність автентичного досвіду безпосередньої участі у бойових діях у складі Сил оборони України, починаючи з 2014 року.

Базові принципи побудови програми емпіричного дослідження

Наукова валідність, надійність та практична значущість отриманих емпіричних результатів забезпечувалися неухильним дотриманням системи методологічних принципів:

1. **Принцип наукової об'єктивності та доказовості:** дослідницький процес спирався на верифіковані теоретичні моделі адиктогенезу (комплексну біопсихосоціальну модель, транстеоретичну модель змін Prochaska & DiClemente, когнітивно-поведінкову концепцію формування залежностей). Збір первинної інформації здійснювався виключно за допомогою стандартизованого, надійного психодіагностичного інструментарію, що нівелювало суб'єктивний вплив експериментатора на результати.

2. **Принцип системності:** адиктивна поведінка комбатантів аналізувалася не як ізольований поведінковий дефект, а як результат багаторівневої синергетичної взаємодії біологічних (генетичних), інтрапсихічних, мікросоціальних та специфічних військово-травматичних чинників у структурі цілісного патерну постстресових деформацій.

3. **Принцип цілісності особистості ветерана:** психодіагностичний фокус був спрямований на комплексне вивчення індивідуального життєвого шляху особистості, специфіки її військового досвіду, рівня перенесеного бойового стресу, характеру посттравматичних реакцій, ступеня соціальної

інтегрованості та особливостей адаптації до умов мирного життя. Дослідження фіксувалося не лише на симптомах деструкції, а й на виявленні особистісних ресурсів, копінг- механізмів та потенціалу реабілітації.

4. **Принцип добровільності:** залучення респондентів до діагностичних процедур відбувалося виключно на засадах особистої волі за умови повної поінформованості щодо мети, завдань, етапів дослідження, можливих ретригеризаційних ризиків та наявності абсолютних гарантій конфіденційності.

5. **Принцип конфіденційності та анонімності:** будь-які персональні відомості учасників були суворо захищені від несанкціонованого доступу; емпіричні дані піддавалися математичній обробці та представлені виключно у зведених, деперсоналізованих формі, що є критично важливим з огляду на високу соціальну, юридичну та службову чутливість теми залежностей.

6. **Принцип екологічної валідності:** програма дослідження враховувала реальні умови життєдіяльності ветеранів — актуальний соціально-економічний статус, наявність та якість мікросоціальної підтримки, рівень доступності медико-психологічних сервісів, а також конфлікти соціальних ролей у сімейній та громадській сферах.

7. **Принцип етичної безпечності:** організація діагностичного простору виключала ризики погіршення психічного статусу респондентів, ескалації внутрішньої тривожності, активації тригерних зон або загострення симптомів ПТСР. Дослідник володів необхідними компетенціями для невідкладного надання первинної психологічної допомоги у разі маніфестації гострих реакцій.

8. **Принцип валідності та надійності вимірювання:** до діагностичного комплексу було залучено виключно ті методики, що мають високі психометричні характеристики та пройшли процедуру стандартизації й адаптації на українських вибірках.

9. **Принцип міждисциплінарності:** методологічний підхід передбачав інтеграцію наукових здобутків клінічної психології, психіатрії, девіантології, соціології та реабілітології для всебічного осмислення феноменології адиктогенезу.

10. **Принцип репрезентативності вибірки:** склад учасників дослідження відображав реальне різноманіття ветеранської спільноти за ознаками роду військ, тривалості перебування в зоні бойових дій, статусу демобілізації, наявності інвалідизації та характеру соціально-побутових умов.

11. **Принцип адаптивності та гнучкості методів:** експериментальна процедура гнучко модифікувалася під індивідуальні запити та поточний психосоматичний стан ветеранів (мінімізація часу безперервного тестування, введення пауз, оптимізація зовнішніх подразників у ситуаціях високої емоційної лабільності чи тривожності).

Методологічна програма дослідження була розгорнута у часі за допомогою шести послідовних, логічно взаємопов'язаних етапів:

Етап 1. Підготовчо-теоретичний

- аналіз сучасного стану розробленості проблеми залежної поведінки комбатантів у світовому та вітчизняному науковому просторі.
- визначення концептуальної теоретичної моделі дослідження формування ігрової, комп'ютерної та наркотичної залежностей.
- формулювання об'єкта, предмета, мети та завдань наукового пошуку.
- формування валідного психодіагностичного інструментарію, розробка бланків інформованої згоди та етичних протоколів.

Етап 2. Організаційний

- обґрунтування критеріїв включення учасників до експериментальної групи (враховуючи вік, наявність бойового досвіду, фізичних та психічних захворювань, статус ветерана тощо);
- формування репрезентативної вибірки за віковими, гендерними, службовими та соціально-психологічними параметрами;

- планування процедури та архітектури дослідження: визначення оптимального формату (пріоритет індивідуального тестування над груповим), розрахунок тривалості сесій, встановлення черговості пред'явлення методик;
- створення безпечного терапевтичного середовища (забезпечення психологічного супроводу, підготовка матеріально-технічної бази, анкет та опитувальників).

Етап 3. Етап збору даних (емпіричний)

- проведення індивідуального психодіагностичного обстеження ветеранів;
- заповнення учасниками комплексного діагностичного пакета, що містив такі інструменти:
 1. *Спеціалізована анкета* для збору анамнестичних та соціодемографічних відомостей.
 2. *Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних стресових розладів* (військовий варіант) — для визначення рівня травматизації;
 3. *Методика діагностики схильності до різних видів залежності* (автор Г. В. Лозова) — для верифікації профілю та інтенсивності адиктивних установок;
 4. *Методика «Діагностика копінг-поведінки у стресових ситуаціях»* — для аналізу домінуючих стратегій подолання стресу:
 - клінічне спостереження за поведінковими реакціями респондентів, фіксація їхнього актуального емоційного статусу, виявлення специфічних психологічних тригерів.
 - надання невідкладної підтримки учасникам у випадках актуалізації емоційного дискомфорту.

Етап 4. Аналітико-інтерпретаційний

- первинна математико-статистична обробка отриманих результатів (розрахунок середніх значень, визначення показників дисперсії, частотного та відсоткового розподілу ознак);

- проведення кореляційного аналізу для встановлення інтеркомпонентних зв'язків;
- виявлення та структурування специфічних психологічних закономірностей: *для ігрової залежності*: аналіз факторів пошуку гострих відчуттів, сенсорної стимуляції та уникнення реальності, *для комп'ютерної залежності*: вивчення дисоціативних моделей поведінки та стратегій втечі від соціуму, *для наркотичної залежності*: дослідження дефектів саморегуляції та використання речовин як інструменту купірування симптомів ПТСР;
- порівняльний аналіз досліджуваних груп ветеранів з різними домінуючими видами адикцій.

Етап 5. Узагальнювально-інтерпретаційний

- формулювання загальних теоретико-емпіричних висновків дослідження.
- інтерпретація виявлених закономірностей у контексті базових психологічних теорій адиктогенезу.
- концептуалізація провідних психологічних чинників, внутрішніх тригерів та механізмів, що зумовлюють формування конкретних видів залежностей у ветеранів.

Етап 6. Практично-рекомендаційний

- розробка диференційованих рекомендацій, спрямованих на профілактику, детекцію та корекцію залежної поведінки у ветеранському середовищі;
- створення комплексної прогностичної моделі та програми психокорекційної роботи з комбатантами;
- підготовка методичних, освітніх та тренінгових матеріалів для фахівців допоміжних професій;
- презентація, експертне обговорення та впровадження результатів дослідження у практичну діяльність працівників комунального закладу «обласний «центр-ветеран» м. Кропивницького.

2.2. Характеристика методів емпіричного дослідження психологічних особливостей формування залежностей у ветеранів

Для забезпечення методологічної строгості, високого рівня валідності та надійності результатів науково-практичного пошуку було підібрано психодіагностичний комплекс. Він поєднує методи клініко-психологічного інтерв'ювання, скринінгові стандартизовані опитувальники для оцінки спектра адиктивних проявів, методики вимірювання інтенсивності посттравматичного стресового реагування, а також інструменти аналізу копінг-ресурсів особистості.

Нижче наведено розгорнуту науково-методичну характеристику кожного з обраних методів дослідження.

1. Метод індивідуального анкетування та клініко-діагностичної бесіди. На початковому (організаційно-анамнестичному) етапі дослідження було застосовано метод цілеспрямованого індивідуального опитування, реалізований у форматі напівструктурованої діагностичної бесіди для збору первинного анамнезу, верифікація соціодемографічних, службових та медико-психологічних характеристик респондентів, а також створення первинного терапевтичного альянсу й мінімізація діагностичного опору.

У ході бесіди фіксувалися такі релевантні параметри:

- службово-організаційні характеристики: належність до конкретного роду військ (підрозділу), військове звання, загальний стаж перебування на службі та безпосередньої участі в бойових діях.
- соціодемографічні параметри: вік респондента, актуальний шлюбний (сімейний) статус.
- медико-психологічний та соматичний статус: наявність перенесених фізичних поранень, акубаротравм (контузій), суб'єктивна оцінка якості сну (виявлення ознак інсомнії чи кошмарних сновидінь), наявність хронічних соматичних скарг та суб'єктивна потреба у профільній медичній консультації.

Одночасно цей етап виконував важливу психопрофілактичну функцію: дослідник експлікував мету наукової роботи, роз'яснював етичні засади

дослідження, наголошував на принципах анонімності й конфіденційності використання отриманих даних, що дозволило знизити рівень тривожності ветеранів та підготувати їх до подальшого тестування.

2. Методика діагностики схильності до різних видів залежності (Г. В. Лозова). Для комплексного експрес-моніторингу та верифікації структури адиктивних установок ветеранів було обрано шкальний опитувальник Г. В. Лозової (Додаток А) [22].

Інструмент належить до категорії скринінгових психодіагностичних засобів і призначений для швидкої орієнтовної оцінки ризику розвитку й ступеня вираженості широкого спектра залежностей — як хімічних (субстанційних), так і поведінкових (процесуальних).

Конструкт методики базується на сучасних девіантологічних концепціях адиктивної поведінки (О. Є. Войскунський, А. В. Мікляєв, В. Д. Москаленко), теоріях емоційно-вольової саморегуляції особистості, а також на уявленнях про провідну роль неадаптивних копінг-механізмів та соціально-психологічної дезадаптації у запуску адиктогенних процесів.

Опитувальник містить 70 закритих тверджень, що відображають патогномонічні когнітивні, емоційні та поведінкові патерни особистості, які корелюють із ризиком адиктивації. Методика диференціює схильність респондента за 14 автономними шкалами: алкогольна залежність; інтернет- та комп'ютерна залежність; любовна залежність; наркотична залежність; ігрова залежність (гемблінг/лудоманія); нікотинова залежність; харчова залежність; залежність від міжстатевих відносин; трудовоголізм; телевізійна залежність; релігійна залежність; залежність від здорового способу життя (адиктивна орторексія); медикаментозна залежність; загальна схильність до залежностей (інтегральний показник адиктивності).

В ході дослідження респондент здійснює бінарний вибір («так / ні» або «згоден / не згоден») щодо кожного пункту. Орієнтовний час виконання становить 10–12 хвилин. Перевагою методики у роботі з ветеранами є її

відносна емоційна нейтральність — завдання не містять виражених психотравмуючих або звинувачувальних формулювань.

Підрахунок результатів передбачає визначення суми позитивних відповідей за кожною шкалою з подальшим ранжуванням за трирівневою системою:

- *високий рівень схильності* свідчить про сформовані адиктивні патерни або критично високий ризик маніфестації розладу;
- *середній рівень* фіксує наявність поодиноких деструктивних проявів; ризик адиктивації актуалізується за умов дії несприятливих стресових чинників;
- *низький рівень* демонструє слабку вираженість або відсутність психологічних передумов для формування залежної поведінки [22, с. 58-63].

3. Методика оцінки інтенсивності симптомів ПТСР «Міссісіпська шкала» (варіант для військових). Для вимірювання глибини психотравматизації ветеранів внаслідок бойових дій було використано Військовий варіант Міссісіпської шкали (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD), адаптований та стандартизований для українських військових вибірок (Додаток Б) [2].

Цей інструмент визнано одним із найбільш надійних та психометрично стабільних засобів кількісної оцінки вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів локальних воєнних конфліктів. Опитувальник складається з 35 пунктів, що оцінюються респондентами за 5-бальною шкалою Лікерта. Зміст тверджень операціоналізує діагностичні критерії ПТСР відповідно до методологічних стандартів DSM-V і диференційований за чотирма симптоматичними кластерами:

- *симптоми вторгнення (інтрузії)* — 11 пунктів;
- *симптоми уникнення та емоційного оціпеніння* — 11 пунктів;
- *фізіологічна гіперзбудливість* — 8 пунктів;
- *почуття провини* (зокрема, «провина вцілілого») та суїцидальна ідеація — 5 пунктів.

Оскільки об'єктом дослідження виступали ветерани, які зазнавали тривалого, хронічного впливу бойового стресу в період з 2014 по 2026 роки (при цьому травматизація нерідко мала кумулятивний характер через повторні поранення, госпіталізації та ротації), застосування шкали не передбачало встановлення клінічного психіатричного діагнозу ПТСР. Психодіагностичний фокус був спрямований суто на вимірювання *інтенсивності симптомів* посттравматичного стресового реагування та їхнього потенційного взаємозв'язку з адиктивною динамікою.

Відповідно до нормативів вітчизняної стандартизації, підсумковий сумарний бал інтерпретувався за такими діапазонами:

- 0–77 балів: нормативний показник (відсутність вираженого посттравматичного дистресу);
- 78–97 балів: наявність окремих, клінічно значущих симптомів посттравматичного стресу;
- 98 балів і більше: виражені ознаки сформованого посттравматичного стресового розладу [2, с. 160-164].

4. Методика «Діагностика копінг-поведінки у стресових ситуаціях» (CISS). З метою експлікації стилів подолання стресу, що опосередковують зв'язок між травматичним досвідом війни та формуванням залежностей, було застосовано опитувальник *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS)*, розроблений С. Ендлером та Д. Паркером у 1990 р. і адаптований Т. Крюковою (Додаток В) [22].

Методика містить 48 тверджень, кожне з яких оцінюється за 5-бальною шкалою вираженості (від «ніколи» до «дуже часто»). Орієнтовний час заповнення — 10–15 хвилин. Інструмент диференціює поведінку особистості за трьома базовими макростратегіями подолання стресу та двома субшкалами:

1. Task-Oriented Coping (TOC) — Проблемно-орієнтований копінг: Спрямований на когнітивний аналіз стресогенної ситуації, планування дій, пошук об'єктивної інформації та безпосереднє вирішення проблеми. Високі

показники свідчать про конструктивність та адаптивність поведінки особистості.

2. **Emotion-Oriented Coping (EOC)** — Емоційно-орієнтований копінг: Характеризується домінуванням афективних реакцій, емоційним перенапруженням, схильністю до самозвинувачень, румінацій та драматизації. Високі значення вказують на емоційну лабільність, високий рівень дистресу та ризик маніфестації тривожно-депресивних станів.

3. **Avoidance-Oriented Coping (AOC)** — Копінг, орієнтований на уникання: Виявляється у поведінкових та когнітивних спробах виходу з-під впливу стресового чинника, усунення від відповідальності. Ця макростратегія структурно диференціюється на дві субшкали:

4. *Distraction (Відволікання)*: Спроби нівелювати дистрес через включення в інші види діяльності (робота, побутові справи тощо).

5. *Social Diversion (Соціальне відволікання / пошук підтримки)*: Уникання стресу через інтеграцію у спілкування, пошук підтримки у референтних групах.

На основі зіставлення показників за основними шкалами з нормативними даними виокремлюються такі типові профілі копінг-поведінки ветеранів:

1. *Адаптивний профіль*, який характеризується високими значеннями за шкалою ТОС при помірних, збалансованих рівнях АОС та ЕОС.

2. *Дисфункційний (дезадаптивний) профіль*, що фіксує високі показники за шкалами ЕОС та АОС на тлі супресії (низьких значень) проблемно-орієнтованого копіngu (ТОС). Саме цей профіль розглядається як проадиктивний, оскільки уникання та емоційний дистрес створюють підґрунтя для використання ПАР чи гемблінгу як сурогатних засобів саморегуляції.

3. *Соціально-компенсаторний профіль* визначається домінуванням стратегії Social Diversion, що вказує на виражену орієнтацію ветерана на зовнішні ресурси підтримки [22, с. 45-50].

5. Методи математико-статистичної обробки емпіричних даних

Для обробки масивів первинних даних, перевірки наукових гіпотез та виявлення прихованих закономірностей було застосовано апарат математичної статистики. Провідним методом статистичного аналізу було обрано кореляційний аналіз, який дозволяє встановити наявність, напрямок та силу лінійних або рангових взаємозв'язків між психічними феноменами. Вибір конкретного статистичного критерію здійснювався на основі попередньої перевірки розподілу ознак на нормальність (за допомогою критеріїв Колмогорова-Смирнова або Шапіро-Вілка):

Коефіцієнт кореляції Пірсона застосовується для дослідження взаємозв'язку двох змінних, вимірюваних у метричних шкалах на одній і тій же вибірці. Він дозволяє визначити, наскільки пропорційна мінливість двох змінних., визначає силу лінійної залежності між змінними. Інші види взаємозв'язків (нелінійні) виявляються методами регресійного аналізу. Коефіцієнт може набувати значень від -1 до 1.

Однак коефіцієнт кореляції Пірсона має певні обмеження:

1. Аналізовані змінні X та Y мають бути нормально розподілені.
2. Змінні X та Y повинні вимірюватися в інтервальній шкалі або шкалі відношень.
3. Кількість спостережень змінних X і Y повинна бути однаковою ($n_1 = n_2$).
4. Обсяг вибірки має відповідати межам: $3 \leq n_1, n_2 \leq 100$.

Коефіцієнт рангової кореляції Спірмена є непараметричним методом для оцінки кореляційного зв'язку між двома ранговими змінними. У порівнянні з коефіцієнтом Пірсона, ця методика працює не з фактичними значеннями змінних, а з їхніми рангами. Значення коефіцієнта кореляції варіюються від -1 до 1. Якщо $r = 1$, це вказує на абсолютно прямий зв'язок, коли збільшення однієї змінної спричиняє підвищення рангу іншої. Якщо ж $r = -1$, спостерігається строго зворотний зв'язок, тобто зростання однієї змінної супроводжується зниженням рангу іншої.

2.3. Кількісний та якісний аналіз результатів проведеного емпіричного дослідження

Результати дослідження за методикою ПТСР «Міссісіпська шкала» оцінили ймовірність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у ветеранів війни. Кожен пункт оцінювався за 5-бальною шкалою, де вищий бал свідчить про більшу вираженість симптомів. Загальний можливий бал для 35 пунктів – від 35 до 175. Кількісні показники за методикою наведені в таблиці 2.1.:

Таблиця 2.1.

Показники проявів ПТСР у досліджуваних

Категорія ПТСР	Кількість учасників	Відсоток	Бал Міссісіпської шкали (M ± SD)
Низький рівень (<90)	7	18%	83,2 ± 5,2
Середній рівень (90–106)	13	35%	97,8 ± 4,1
Високий рівень (>106)	15	47%	114,5 ± 8,6

Згідно з даними таблиці 2.1, у досліджуваній групі ветеранів спостерігається значний відсоток випадків високого рівня ПТСР, який становить 47%, 35% досліджуваних продемонстрували середній рівень показнику ПТСР у досліджуваних, а 18% досліджуваних проявили низький рівень.

Посттравматичний стресовий розлад виникає внаслідок пережиття травматичної події, яка становила загрозу життю або здоров'ю, і може розвиватися як у безпосередніх учасників таких подій, так і в очевидців. Основними проявами цього стану є повторне переживання травматичного досвіду у свідомості, прагнення уникати спогадів про подію, підвищена збудливість, тривожність, труднощі у встановленні чи підтримці соціальних

зв'язків та інші порушення. Однак ці результати потребують глибшого аналізу в клінічних умовах, а також порівняння та співвідношення з іншими діагностичними методами.

Також ми зробили порівняльний аналіз вираженості ПТСР за гендерною ознакою (табл.2.2.):

Таблиця 2.2.

**Порівняльний аналіз вираженості ПТСР у досліджуваних
за гендерною ознакою**

Стать	Кількість	Бал ($M \pm SD$) за Міссісіпською шкалою	Високий рівень ПТСР (%)
Чоловіки	28	$111,1 \pm 9,2$	51%
Жінки	7	$101,6 \pm 7,4$	34%

З аналізу таблиці 2.2. видно, що чоловіки в середньому демонструють вищий рівень ПТСР порівняно з жінками. У більше ніж половини чоловіків (51%) спостерігається високий ризик посттравматичного стресового розладу, тоді як жінки частіше належать до груп із середнім або низьким рівнем симптомів, причому високий рівень відзначається у 34% випадків. Чоловіки демонструють більш виражене тривожне збудження, яке характеризується підвищеною пильністю, надмірною реактивністю на раптові подразники та складнощами у підтримці концентрації. Крім того, симптоми повторного переживання у чоловіків мають тісніший зв'язок із негативними когнітивними змінами та порушеннями емоційного стану. У жінок симптоматика повторного переживання (зокрема, нав'язливі спогади та нічні кошмари) не лише виявляються особливо впливовими, але й демонструють високу передбачуваність. У цілому, майже половина ветеранів, які входять до вибірки, мають високий рівень ПТСР, що свідчить про необхідність спеціалізованої оцінки та подальшої терапевтичної роботи.

За допомогою методики діагностики схильності до різних видів залежності ми дізналися, які саме види залежностей характерні для досліджуваної нами групи ветеранів (таблиця 2.3):

Таблиця 2.3

Розподіл схильності ветеранів війни до різних видів залежності

Вид залежності	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Алкогольна	15 (41%)	13 (35%)	7 (24%)
Нікотинова	9 (25%)	11 (29%)	15 (46%)
Ігрова/комп'ютерна	6 (16%)	11 (29%)	18 (55%)
Інші поведінкові (шопінг, харчова, інтернет)	2 (8%)	9 (24%)	24 68(%)

Для більшої наглядності представимо показники розподілу різних видів залежностей у досліджуваної нами групи ветеранів у вигляді діаграми 2.1.:

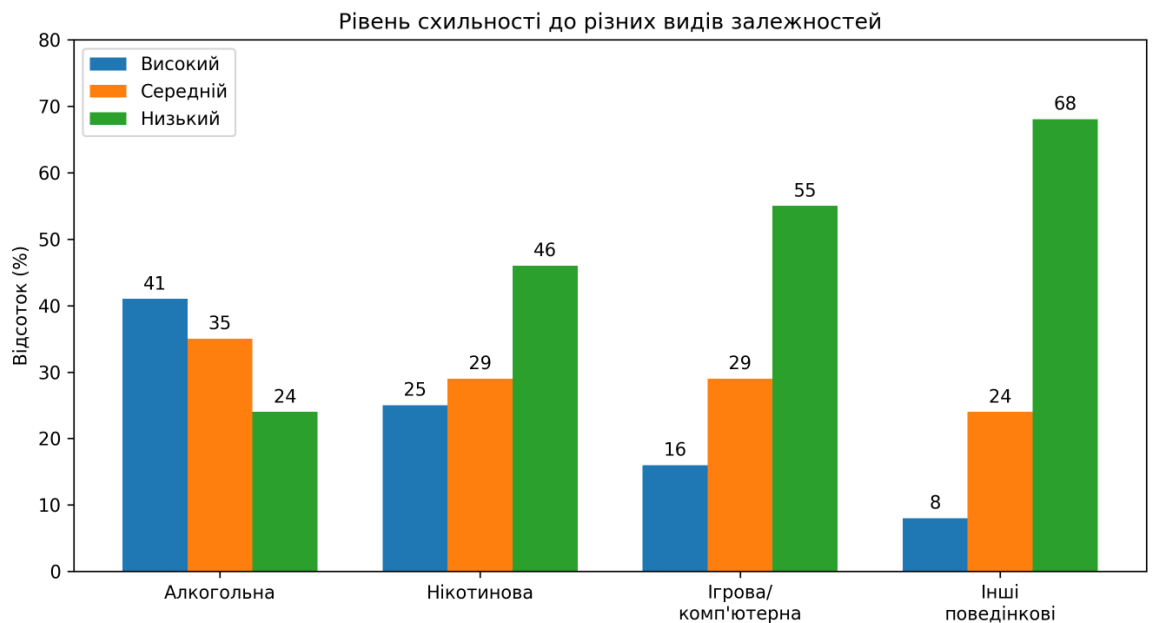


Рис. 2.1. Показники схильності до різних видів залежності у ветеранів війни (у %)

Аналіз даних, поданих на рис. 2.1, засвідчив, що серед ветеранів спостерігається підвищена схильність до алкогольної та поведінкової

залежностей: - Алкогольна залежність: 14 осіб (40%) виявили високий рівень схильності, 12 осіб (34%) – середній рівень, а 9 осіб (26%) – низький рівень. Залежні від алкоголю особи демонструють помітні особливості у змістовних та структурних характеристиках своєї смислової сфери. Зокрема, їхні смисли характеризуються загальною спрощеністю й сплутаністю, що свідчить про значну втрату життєвих орієнтирів та цілей. Особливо виразною є незв'язність і розірваність смислової структури, яка проявляється у нездатності вибудувати чітку ієрархію своєї внутрішньої системи цінностей. Це призводить до того, що життя сприймається як розрізнена низка несумісних подій, позбавлена єдиної мети чи переконання.

Крім того, у таких осіб спостерігається знижений рівень ієрархічної організованості смислів: конструкції, здатні стимулювати особистісний розвиток (наприклад, такі як відповідальність чи самовираження), перебувають на низьких щаблях у мотиваційно-смиловій сфері. Внаслідок цього практично втрачені або мінімізовані ключові смислові орієнтири, такі як особиста свобода, емоційна зрілість, відповідальність і самовираження. Смилова сфера наркотично залежних людей ще виразніше ілюструє їхній критичний стан. Цей стан вони суб'єктивно сприймають як відчуття порожнечі, цілковиту втрату сенсу життя та глибоке незадоволення собою і власною самореалізацією. Основним емоційним фоном є зневіра у власні сили та неможливість самотійно здолати залежність.

Нікотинова залежність залишається суттєвою проблемою: високий її рівень спостерігається у 8 осіб (23%), середній — у 10 осіб (29%), а низький — у 17 осіб (48%). Це явище пояснюється тим, що нікотин, як і алкоголь, часто слугує доступним і швидким засобом саморегуляції для подолання наслідків стресу та психологічних травм. Зловживання нікотинном має високу коморбідність із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) і депресією. Для військовослужбовців, які перебувають у стані хронічного стресу, вживання нікотину часто стає тимчасовим способом керувати емоційними та фізіологічними реакціями на стрес, особливо коли ресурси для адаптивних

стратегій подолання виснажені. Ігрова або комп'ютерна залежність також є поширеною проблемою: високий рівень виявлено у 5 осіб (14%), середній — у 11 осіб (31%), а низький — у 19 осіб (55%).

У багатьох ветеранів ця форма залежності стає способом знизити емоційну напругу й уникнути травматичних спогадів. Азартні ігри активують дофамінергічну систему мозку, викликаючи короточасне відчуття контролю і полегшення. У присутності ПТСР ризики значно зростають, оскільки симптоми уникання, гіпервозбудження та дисоціації часто корелюють із підвищеною імпульсивністю й прагненням «утечі» через ігрову поведінку. Після демобілізації значна частина ветеранів стикається з труднощами адаптації до мирного життя. Зміна соціальних ролей, втрата відчуття безпеки та економічна нестабільність створюють додатковий стрес. За таких умов азартні ігри можуть виконувати роль дисфункціональної копінг-стратегії, замінюючи здорові механізми боротьби зі стресом.

Додатковим чинником ризику є втрата підтримувального соціального середовища після повернення з війни. Ігрові заклади, онлайн-казино чи платформи для ставок стають своєрідним «компенсаторним простором», що сприяє розвитку залежності. Водночас фінансові складнощі часто штовхають людей до азартних ігор як способу швидко вирішити матеріальні проблеми, але борги й подальша фінансова нестабільність лише посилюють проблему.

У ході дослідження було встановлено певні характерні риси ігрової залежності серед ветеранів. Серед основних проявів виявлено: регулярне звернення до азартних ігор для зняття напруги або уникнення травматичних спогадів, високий рівень коморбідності з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та тривожними розладами, різкі коливання азартної поведінки під час загострення симптомів ПТСР, швидке формування толерантності до гри та залежності, прагнення приховувати проблему через вплив військової культури самостійності та витривалості, а також схильність до ризикованої поведінки.

Що стосується інших форм поведінкової залежності, таких як шопінг, залежність від інтернету та їжі, то високий рівень було виявлено у 9% учасників (3 особи), середній — у 23% (8 осіб), а низький — у 68% (24 особи). Комп'ютерна залежність, яка нерідко виступає як варіант ігрової залежності, часто використовується як форма ескапізму. Віртуальний простір дозволяє відволіктися від проблем, травматичних спогадів або сильних емоцій, виступаючи частиною стратегії уникнення. Така діяльність сприяє регуляції психоемоційного стану та управлінню емоціями в умовах хронічного стресу. У ситуаціях невпевненості або втрати стабільності під час адаптації до мирного життя інтернет задовольняє потребу в соціальній взаємодії та почутті приналежності до спільноти.

Аналіз вікових і гендерних особливостей показав, що ветерани віком 25–34 років частіше виявляли високий рівень схильності до алкогольної або ігрової залежності. У групі осіб 35–55 років схильність до ігрової залежності була нижчою, однак середній і високий рівень алкоголізму було зафіксовано у 50%. Серед жінок висока схильність до залежностей спостерігалася рідше: лише одна особа мала високий рівень, а дві — середній. Крім того, було встановлено помірний позитивний зв'язок між тривалістю перебування в бойових умовах та рівнем схильності до алкогольної залежності ($r = 0,41$, $p < 0,05$). Схильність до поведінкових залежностей, таких як ігрова чи інтернет-залежність, помірно корелювала з емоційним вигоранням і тривожністю ($r = 0,36$ – $0,42$, $p < 0,05$).

Також спостерігалася тенденція до зв'язку між симптомами ПТСР і підвищеною схильністю до вживання алкоголю й нікотину, що узгоджується з даними попередніх досліджень (Якуппак та Томас). Загалом можна зробити висновок, що ветерани війни більш схильні до алкогольної залежності, що відповідає міжнародним даним (Джонс та Феар, Скіппер). Поведінкові залежності є менш поширеними, проте їх розвиток тісно пов'язаний із високим рівнем стресу й емоційного вигорання. Основними предикторами схильності до різних видів залежностей є вік, тривалість перебування в бойових умовах.

Окрім цього, було важливо проаналізувати, чи існує зв'язок між рівнем ПТСР і схильністю до виникнення залежностей. Для цього переведемо категорії залежностей у рангові значення: високий рівень = 3, середній рівень = 2 та низький рівень = 1. Далі переведемо у три категорії рівень ПТСР за шкалою Міссісіпі: високий (>106) = 3, середній ($90-106$) = 2 та низький (<90) = 1. Результати кореляційного аналізу представлені в таблиці 2.4:

Табл. 2.4.

Результати кореляційного аналізу (рангової кореляції Спірмена)

Вид залежності	ρ (кореляція Спірмена)	p-значення
Алкогольна	0,59	0,0005
Нікотинова	0,38	0,03
Ігрова/комп'ютерна	0,22	0,19
Інші поведінкові	0,17	0,30

З аналізу даних таблиці 2.4. можна зробити висновок, що найсильніший зв'язок спостерігається між рівнем посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та алкогольними залежностями ($\rho = 0,58$, $p < 0,01$). Це свідчить про те, що підвищення рівня ПТСР супроводжується зростанням схильності до споживання алкоголю. Помірна позитивна кореляція простежується в зв'язку з нікотиною залежністю ($\rho = 0,37$, $p < 0,05$). Що стосується ігрових, комп'ютерних та інших поведінкових залежностей, кореляції з ПТСР є низькими та статистично незначущими ($p > 0,05$).

Для вивчення особливостей копінг-стратегій ветеранів та співвіднесення зі схильністю до різних видів залежності нами використовувалася психодіагностична методика діагностики копінг-стратегій С. Нормана. Методикою дослідження копінг-стратегій С.Нормана, яка виділяє три основні стилі, які ветерани можуть використовувати для подолання стресу Кількісні результати за цією методикою наведені на рис. 2.2.:



Рис.2.2. Домінуючі копінг-стратегії ветеранів

На основі аналізу наведених даних (рис. 2.2.) можна підтвердити, що серед досліджуваної групи ветеранів домінуючим є емоційно-орієнтований копінг, який був притаманний 15 учасникам. Такі люди переважно намагаються знизити рівень емоційного дискомфорту, часто використовуючи стратегії самозвинувачення, фантазування чи навіть агресії, які, зокрема, пов'язані з проблемами посттравматичного стресового розладу. Вони можуть відчувати роздратування, безпорадність або жаліти, що не в змозі впоратися із ситуацією. Ще 11 ветеранів продемонстрували копінг, орієнтований на уникнення, який передбачає відхід від проблеми або її обдумування шляхом зосередження на інших видах діяльності, сну чи навіть використання психоактивних речовин. Проблемно-орієнтований копінг було помічено у 9 осіб. У цьому випадку учасники схильні до активного аналізу проблеми та пошуку методів її вирішення, що трактує цей стиль як адаптивний.

Участь у бойових діях є однією із найважчих травматичних подій у житті людини. Однак стрес, який виникає під час служби на війні, часто посилюється вторинними стресовими факторами після повернення до мирного життя.

Багато ветеранів зіштовхуються із психологічними труднощами, такими як відчуття небезпеки у звичайному житті, невпевненість у собі та людях навколо, або такі складні переживання, як самозвинувачення у зв'язку з трагічними подіями.

Виходячи з попередньо розглянутих психологічних теорій та емпіричних досліджень, було побудовано кореляційну матрицю (коефіцієнт Пірсона), яка демонструє зв'язок між копінг-стратегіями та рівнем вираженості залежностей (табл. 2.5):

Таблиця 2.5.

Кореляція (r) між копінг-стратегіями та видами залежностей ветеранів

Стиль копінгу (За CISS)	Ігрова залежність	Комп'ютерна залежність	Наркотична залежність
Проблемно-орієнтований копінг	-0.36 (Середній негативний)	-0.27 (Слабкий негативний)	-0.41 (Середній негативний)
Емоційно-орієнтований копінг	+0.17 (Слабкий позитивний)	+0.21 (Слабкий позитивний)	+0.32 (Середній позитивний)
Копінг, орієнтований на Уникнення	+0.63 (Сильний позитивний)	+0.54 (Сильний позитивний)	+0.71 (Сильний позитивний)

Аналіз показав наявність сильної прямої позитивної кореляції між домінуючими стилями копінг-поведінки (визначеними за методикою С. Норман та ін.) і різними формами залежностей. Найбільш виразним виявився зв'язок між емоційно-орієнтованим копінгом та наркотичною залежністю, де коефіцієнт кореляції досяг $r = 0.71$. Основним механізмом, що сприяє формуванню адиктивної поведінки, є уникнення. Люди, які схильні уникати вирішення проблем, часто використовують залежності як спосіб уникнення реальності, емоційного болю чи травматичних спогадів. Натомість було виявлено негативний (слабкого або середнього рівня) зв'язок між проблемно-орієнтованим копінгом та усіма видами залежностей. Це свідчить про те, що чим більше людина здатна активно аналізувати і працювати над вирішенням

проблем, тим нижча ймовірність звернення до деструктивних форм адаптації, таких як адикція.

Емоційно-орієнтований копінг також показав слабкий або середній позитивний зв'язок із залежностями. Хоча метою цього стилю є регуляція емоцій, він переважно не є конструктивним. Зокрема, ветерани, які зосереджуються на своїх емоціях (проявляючи самозвинувачення чи вдаючись до фантазування) без реальних дій, мають підвищений ризик зловживань. Це зумовлено тим, що залежності нерідко стають швидким, але непродуктивним способом впоратися з інтенсивними негативними емоціями.

Емпіричне дослідження психологічних особливостей формування ігрової, комп'ютерної та наркотичної залежностей серед ветеранів дозволило зафіксувати високу поширеність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), особливо у чоловіків. Найбільш сильний зв'язок симптомів ПТСР спостерігається з алкогольною залежністю, меншою мірою — з нікотиною залежністю. Інші види поведінкових залежностей не демонструють значущої кореляції із ПТСР. Це підкреслює необхідність акценту на профілактиці алкоголізму й наданні психологічної підтримки для ветеранів із високим рівнем симптомів ПТСР. Дослідження також вказує, що серед ветеранів найбільш поширеними стилями поведінки є неадаптивні стилі копінгу: емоційно-орієнтований (15 осіб) та орієнтований на уникнення (11 осіб). Цей розподіл підтверджує попередні дослідження, які вказують, що після переживання бойового стресу та в умовах ПТСР особистість більше схильна до стратегій уникнення й емоційного реагування. У той же час ресурси для застосовування проблемно-орієнтованого копінгу виявили лише 9 осіб, що свідчить про їхнє часткове виснаження. Ключовим предиктором схильності до залежностей серед ветеранів є копінг-стиль, орієнтований на уникнення.

Результати дослідження акцентують увагу на необхідності психокорекційної роботи для формування адаптивних стратегій і перенесення фокусу з емоційного реагування чи уникнення на конструктивне вирішення проблем.

Висновок до розділу 2

У другому розділі було представлено програму та результати емпіричного дослідження психологічних особливостей формування ігрової, комп'ютерної та наркотичної залежностей у ветеранів російсько-української війни. Дослідження проведено на базі Комунального закладу «Обласний «Центр-Ветеран» м. Кропивницького за участю 35 ветеранів віком від 25 до 55 років. Для досягнення поставленої мети було використано комплекс психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення схильності до залежностей, рівня посттравматичних стресових проявів та особливостей копінг-поведінки. Результати дослідження засвідчили, що серед ветеранів найбільш поширеною є схильність до алкогольної залежності. Нікотинова залежність також демонструє значне поширення, тоді як ігрова та комп'ютерна залежності мають нижчі показники, хоча залишаються актуальною проблемою для частини ветеранів. Встановлено, що молодші за віком учасники дослідження частіше демонструють схильність до поведінкових залежностей, тоді як алкогольна залежність зберігає високу поширеність незалежно від вікової групи.

Дослідження копінг-стратегій засвідчило домінування емоційно-орієнтованого та унікального стилів поведінки у стресових ситуаціях, які загалом характерні для 74 % опитаних ветеранів. Результати емпіричного дослідження підтвердили, що формування залежностей у ветеранів значною мірою зумовлюється поєднанням посттравматичних переживань, високого рівня психологічного стресу та переважанням неадаптивних стратегій подолання труднощів. Отримані дані свідчать про необхідність розроблення комплексних програм психологічної профілактики та корекції залежної поведінки, спрямованих на зниження рівня посттравматичної симптоматики, розвиток адаптивних копінг-стратегій та посилення особистісних ресурсів ветеранів. Отримані результати стали підґрунтям для розроблення практичних рекомендацій і психокорекційних заходів, що будуть представлені у наступному розділі дослідження.

РОЗДІЛ 3. ПРЕВЕНТИВНІ ЗАХОДИ ЗАПОБІГАННЯ РОЗВИТКУ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У ВЕТЕРАНІВ

3.1. Особливості превентивних заходів у попередженні залежностей серед ветеранів

Запобігання розвитку різних видів залежностей серед ветеранів слід розпочинати ще на етапі їхньої служби в лавах Збройних Сил України (ЗСУ). Профілактично-діагностичні дії, спрямовані на зниження ризику формування залежності від різних об'єктів, таких як азартні ігри, комп'ютерні ігри, алкоголь, наркотики та інші психоактивні речовини, мають базуватися на використанні комплексного інструментарію для якісної діагностики.

Основна мета таких процедур — зменшення кількості випадків залежностей серед військовослужбовців. Для досягнення цієї мети необхідно мати доступ до детальних даних про:

- ступінь поширеності різних видів залежності серед особового складу;
- особливості взаємодії цих залежностей як на рівні окремого військового, так і в межах цілих підрозділів.

Отримання такої інформації у повному обсязі неможливе без правильного та обґрунтованого діагностичного підходу. Використовувані методи повинні забезпечувати всебічний аналіз спектра можливих зловживань, пристрастей та адикцій, що дозволяє оцінити актуальний стан залежності як окремої особи, так і військового підрозділу загалом.

Сучасні стратегії профілактики та подолання залежної поведінки базуються на багатовекторному розумінні сутності залежності. Вони орієнтовані на попередження виникнення адикцій, оперативне виявлення перших ознак проблеми та зниження дії факторів ризику. Значну роль у цьому відіграють освітньо-психологічні програми та спеціально розроблені тренінги для військових, які є важливою складовою системи профілактики вживання психоактивних речовин. Їх головна мета — підвищення обізнаності військовослужбовців щодо наявних ризиків, пов'язаних із вживанням таких

речовин, а також розвиток навичок самоконтролю, стресостійкості та відповідальності за власний психічний стан.

Ключовим завданням цих програм є зменшення частоти зловживань, сприяння успішній соціальній адаптації та запобігання рецидивам залежної поведінки. Як свідчать дослідження Л. Балабанова та М. Байди, найбільш ефективними є освітні програми, які поєднують інформативні теоретичні аспекти, спрямовані на пояснення механізмів формування залежності, із практичними навичками подолання стресу [5, с. 25–34].

Науковець Я. Галич підкреслює, що виникнення залежної поведінки серед військовослужбовців, особливо тих, хто брав участь у бойових діях, часто пов'язане з тривалим перебуванням у стані інтенсивного стресу. У цьому контексті важливого значення набувають психологічні тренінги, метою яких є профілактика психотравматизації. Такі тренінги допомагають військовим розвивати навички регуляції емоційних і фізіологічних реакцій на травматичні ситуації, що, у свою чергу, зменшує ризики формування залежності. Структура таких тренінгів акцентується на формуванні навичок саморегуляції та ефективного подолання стресу — компетенцій, надзвичайно значущих у бойових умовах [9].

За висновками досліджень З. Комар, профілактичні заходи повинні враховувати специфіку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), адже військовослужбовці, які страждають на ПТСР, нерідко вдаються до вживання психоактивних речовин з метою полегшення психологічного дискомфорту. У цьому контексті тренінги, спрямовані на запобігання ускладненням ПТСР, виступають ключовим інструментом у профілактиці залежності. Вони сприяють розвитку адаптивних стратегій подолання стресу і зменшують ймовірність рецидивів [23].

Особливого значення набувають інтегровані програми соціально-психологічної реабілітації для військовослужбовців, які повернулися з бойових дій. Такі програми мають спрямованість на полегшення процесів ресоціалізації, мінімізацію ризику вживання психоактивних речовин та

підтримку психологічного благополуччя військових. Їх структура охоплює як індивідуальні, так і групові форми роботи, що дозволяє учасникам осмислити та інтегрувати набуті бойові переживання, водночас знижуючи шкідливий вплив стресових подій.

Д.А. Регер також наголошує на важливості комплексного характеру освітніх програм для психологічної підтримки військовослужбовців. Такі програми включають як теоретичні аспекти, так і терапевтичні техніки, спрямовані на розвиток навичок самоконтролю, ефективного управління стресом та соціальної адаптації. Одним із найуспішніших прикладів є програми, орієнтовані на профілактику рецидивів залежності, покращення емоційного стану та формування конструктивного реагування на стресові фактори. Емпіричні дані підтверджують їх ефективність у значному скороченні кількості рецидивів серед учасників у порівнянні з контрольними групами.

Сучасні підходи також все частіше включають нейроорієнтовані програми реабілітації, зокрема методику Neuroscience-Informed Psychoeducation for Recovery (NIPER). Ця модель ґрунтується на аналізі когнітивних порушень, пов'язаних із залежністю. Вона сприяє поглибленню метакогнітивної обізнаності, оздоровленню когнітивних функцій і стимулюванню мотивації до реабілітації. Крім того, такі програми підвищують розуміння військовослужбовцями наслідків вживання психоактивних речовин, що сприяє формуванню відповідального ставлення до власного здоров'я

Дослідження, проведені Дж. Вілком із колегами серед ветеранів, свідчать, що інтерактивні групові тренінги є ефективним засобом підвищення автономності та здатності до управління психоемоційним станом [61].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), за твердженням Е. Джонса, вважається одним із найефективніших методів профілактики та подолання адиктивної поведінки у військовослужбовців. Цей підхід базується на роботі з дезадаптивними переконаннями та поведінковими шаблонами, що можуть

сприяти виникненню залежностей. Одночасно, він орієнтований на розвиток навичок оцінювання ризикових ситуацій і управління емоціями. Одним із ключових елементів КПТ є профілактика рецидивів, яка включає навчання навичкам самоконтролю, управління імпульсивністю, емоційною регуляцією, а також формування соціально прийнятних моделей поведінки. Емпіричні дані підтверджують, що такі втручання значно знижують імовірність повторного вживання алкоголю та психоактивних речовин [51].

Психологічні реабілітаційні програми у військових підрозділах відіграють важливу роль у запобіганні зловживанню психоактивними речовинами. Як довели дослідження В. Стеблюка, І. Лінського та М. Марути, раннє впровадження психотерапевтичних заходів у спеціалізованих медичних центрах для військових сприяє зниженню ризику розвитку алкогольної залежності та покращенню загального психологічного стану військовослужбовців. Такі програми охоплюють когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію та групові методи, які орієнтовані на подолання наслідків бойових травм і посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [31, с. 504].

Профілактичні заходи, спрямовані на зміцнення соціальної підтримки та розвиток командної взаємодії, істотно впливають на зменшення ризику розвитку залежностей. Емпіричні дослідження вказують, що високий рівень згуртованості підрозділу сприяє зниженню депресивних станів, суїцидальних тенденцій та потреби у вживанні психоактивних речовин як засобу «самолікування» [42, с. 21–31].

Тренінги із соціальної взаємодії та розвитку взаємної підтримки в межах військових підрозділів, запропоновані Д. Аль-Хелем, виявляють позитивний вплив на формування здорових групових норм і зниження ризику соціальної ізоляції [48, с. 13].

Отже, сучасна система профілактики залежностей серед військовослужбовців базується на комплексному підході. Вона інтегрує освітні, психотерапевтичні, соціальні та медичні заходи, що сприяє

формуванню адаптивних механізмів подолання стресу, зниженню ризику рецидиву й забезпеченню тривалого психологічного благополуччя військових.

3.2. Методичні рекомендації щодо профілактики формування залежності у ветеранів залежностей у ветеранів

Превентивні заходи в боротьбі із залежностями мають бути структурованими та охоплювати інституційний, психологічний і соціальний аспекти, оскільки залежність розглядається як багаторівневий розлад, що включає біологічні, психологічні та соціальні компоненти. Дослідник М. Якубсак разом із колегами пропонує зосередити увагу на наступних рівнях профілактики залежностей серед ветеранів:

1. Первинна профілактика на інституційному рівні має бути спрямованою на запобігання вживанню психоактивних речовин (ПАР) та формуванню нехімічних залежностей. Вона має включати регулярне інформування про професійні адикції, їх види, причини, механізми розвитку та можливі наслідки. Такі заходи є ефективними для підвищення обізнаності та зниження ризику залежностей. Доцільно також проводити комплексну оцінку поточного адиктивного статусу як окремих ветеранів, так і їхніх підрозділів у цілому. Ця оцінка повинна охоплювати різні види залежностей, такі як ігрова чи комп'ютерна, з метою виявлення характеру їх можливого співіснування та взаємодії.

2. Психологічна корекція і терапевтичні інтервенції мають бути зорієнтовані на роботу з дезадаптивними копінг-стратегіями (зокрема стратегіями уникнення чи емоційного реагування) та на подолання вже виявлених порушень. Особливу увагу варто приділяти залежностям, які безпосередньо корелюють із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР). У процесі роботи рекомендовано застосовувати техніки клієнтоцентрованого підходу та неконфронтаційного стилю (наприклад, OARS, FRAMES), що дозволяють вивчити амбівалентність особи щодо власної залежності. Цей підхід допомагає ветеранам усвідомлено приймати рішення стосовно змін у поведінці.

Щодо конкретних технік, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) пропонується як дієвий метод для корекції когнітивних спотворень, які можуть сприяти поглибленню залежності. Модифікація автоматичних думок та профілактика рецидивів через КПТ стає важливим елементом терапії. Крім того, доцільним є впровадження спеціальних тренінгів, які спрямовані на профілактику розвитку ПТСР і його наслідків. Значну увагу в рамках таких тренінгів слід приділити розвитку навичок самоконтролю та управління емоційними реакціями на стресові ситуації.

Рекомендується також інтегрувати нейронауково-орієнтовані тренінги, як-от NIPER (Neuroscience-Informed PsychoEducational Resources), що сприятиме підвищенню метакогнітивної поінформованості та поліпшенню когнітивних функцій, які могли бути порушені внаслідок тривалих періодів залежності. Такий комплексний підхід до профілактики є важливим чинником забезпечення успішної реабілітації ветеранів та зниження поширеності адиктивної поведінки в цій групі.

Соціальна реінтеграція та підтримка ветеранів у соціумі є важливим компонентом їхньої адаптації до мирного життя. Одним із ключових напрямків цього процесу є сприяння відновленню ціннісно-смислової сфери ветеранів, оскільки саме втрата життєвих сенсів і відчуття пустоти можуть стати чинниками, що провокують розвиток залежностей [50]. Крім того, важливо забезпечити підґрунтя для соціальної згуртованості як серед побратимів, так і в трудових колективах, оскільки це є визначальним фактором у превенції формування залежностей. Паралельно необхідно регулярно організовувати психологічну та соціальну реабілітацію, як у форматі групових, так і індивідуальних терапевтичних зустрічей. Такі заходи націлені на пом'якшення процесу ресоціалізації та стимулювання повернення до активного соціального життя.

На основі теоретичного аналізу та емпіричних даних виділено ключові принципи організації ефективної профілактичної роботи із ветеранами в контексті запобігання виникненню залежностей. Вони включають:

1. Комплексність і залучення фахівців.

Реалізація профілактичних заходів, спрямованих проти різних видів залежностей, зокрема наркотичної, ігрової чи комп'ютерної, потребує комплексного підходу. У цьому процесі мають брати участь фахівці різних напрямів, які забезпечать системну психологічну підтримку ветеранам.

2. Єдиний підхід до організації життєдіяльності.

Ефективність ресоціалізації залежить від впровадження єдиного структурованого підходу до організації повсякденного життя ветеранів. Такий підхід повинен включати підтримку їхнього психологічного благополуччя, сприяння веденню здорового способу життя та збереження фізичного і психічного здоров'я.

3. Принциповість у ставленні до адиктивної поведінки.

Робота з ветеранами має базуватися на твердому неприйнятті будь-яких форм адиктивної поведінки. Натомість слід активно пропагувати альтернативні моделі поведінки, які не несуть ризику для здоров'я і сприяють особистісному розвитку.

4. Формування свідомого вибору та внутрішньої мотивації.

Успіх профілактичних заходів значною мірою залежить від готовності самих ветеранів брати відповідальність за своє життя, роблячи свідомий вибір на користь конструктивної та адаптивної поведінки. Важливо не лише попереджати ветеранів про небезпеку залежності, але й формувати у них бажання жити повноцінним життям, розвиватися, досягати успіху та дбати про своє здоров'я.

Для ефективної боротьби з різними видами залежностей серед ветеранів потрібні комплексні заходи, які включають профілактичні дії, раннє виявлення проблеми та забезпечення відповідного лікування. На наш погляд, ключовими складовими успішної стратегії є такі:

1. Проведення психоедукативних заходів із використанням різноманітних форматів і каналів комунікації: круглі столи, зустрічі, лекції та

міні-лекції, практичні заняття, семінари, обговорення з побратимами, які подолали залежності.

2. Інформаційні канали: пряме інформування (передача необхідної інформації), розповсюдження друкованих матеріалів, таких як буклети чи пам'ятки з корисною інформацією., створення телепередач і радіопрограм, присвячених тематиці залежностей. Основна мета таких ініціатив полягає у наданні достовірної інформації щодо різних видів адикцій. Контент має висвітлювати ключові аспекти цих проблем: природу залежностей, чинники їх формування, механізми розвитку, а також можливі наслідки для різних сфер життя. Така діяльність є частиною системної профілактичної роботи, покликаної підвищити обізнаність та сприяти усвідомленому вибору ветеранів на користь здорової, адаптивної поведінки.

3. Забезпечення доступу до додаткових ресурсів: створення системи підтримки, яка включає консультації та терапевтичні послуги для осіб, які стикаються з проблемами ігрової залежності.

4. Програми ранньої профілактики: запровадження механізмів для своєчасного виявлення ознак ігроманії серед ветеранів, щоб надати їм необхідну допомогу та мінімізувати можливі негативні наслідки.

5. Підтримка центрів для ветеранів: навчання персоналу і керівників таких установ методам ідентифікації проблем залежності та надання допомоги, а також створення комфортної атмосфери, яка знижує рівень стресу та сприяє здоровому відпочинку.

6. Співпраця з професійними організаціями: налагодження співробітництва з установами, які спеціалізуються на лікуванні залежностей, для створення спеціалізованих програм підтримки і забезпечення доступу до кваліфікованих фахівців.

7. Альтернативні способи дозвілля: організація заходів та активностей, спрямованих на покращення психологічного стану, зміцнення командного духу та надання можливості відпочинку, який є здоровою альтернативою шкідливим звичкам.

8. Забезпечення конфіденційності: гарантування ветеранам війни повної конфіденційності при зверненні за допомогою, щоб вони могли бути впевненими, що це жодним чином не вплине на їхню кар'єру або стосунки у родині та з побратимами.

9. Активна участь у житті громади: залучення ветеранів до суспільної діяльності в їхній спільноті для підвищення ефективності профілактичних заходів та створення прикладів для наслідування молодим поколінням.

10. Підтримка підприємницької ініціативи: сприяння у відкритті та розвитку власного бізнесу ветеранами, що допоможе їм адаптуватися до мирного життя та реалізувати свій потенціал.

11. Формування позитивного образу ветерана у суспільстві, підкреслення їхніх досягнень і внеску у державу.

12. Розширення участі громадських організацій у наданні соціальної, психологічної, юридичної та іншої необхідної допомоги для підтримки ветеранів.

Основні напрями профілактики включають також включають індивідуальну психотерапію та психіатричну допомогу, групи підтримки, психоосвітні програми для родин. Та альтернативну активність.

3.3. Підвищення мотивації ветеранів та ветеранок із залежністю до лікування та проходження психотерапії

Лікар-психіатр і нарколог Андрій Карачевський зазначає, що сучасні підходи до стимулювання мотивації пацієнтів із проблемами залежності — алкогольної, наркотичної чи гральної — базуються на доказових практиках. Вони включають короткі втручання та мотиваційне консультування. Короткі втручання часто відомі як "скринінг і коротке втручання" (SBI) або, за англійським підходом, "ідентифікація і коротка порада" (IBA). Коротке втручання передбачає цілеспрямовану, неконфронтаційну, персоналізовану розмову з людиною щодо її проблем, пов'язаних із азартними іграми,

вживанням алкоголю, тютюну чи інших психоактивних речовин. Така бесіда може охоплювати одну конкретну проблему або одразу кілька залежностей. Її основна мета полягає в тому, щоб допомогти людині усвідомити власну поведінку та зрозуміти взаємозв'язок між власними діями, ризиками та шкодою, яку вони завдають.

Короткі втручання найбільш ефективні для людей, які демонструють потенційно небезпечну чи шкідливу поведінку, а також для тих, хто перебуває під загрозою розвитку залежностей. Хоча цей метод не є повноцінним лікуванням для осіб із вже сформованою залежністю, він добре сприяє формуванню мотивації для переходу до більш інтенсивної терапії. Наприклад, якщо мова йде про зловживання алкоголем, такі заходи допомагають зменшити його споживання і запобігти погіршенню стану.

Місця проведення та залучені фахівці: Короткі втручання можна здійснювати у різних закладах — від пунктів екстреної медичної допомоги та центрів первинної допомоги до установ кримінальної юстиції, університетів, а у випадку військових — у медичних частинах чи підрозділах. Виконувати їх можуть фахівці різних професій, такі як психологи, медичні сестри, лікарі первинного та спеціалізованого рівнів, командири підрозділів, соціальні працівники, парамедики та працівники поліції.

Стандартне коротке втручання зазвичай займає від 20 до 25 хвилин протягом одного сеансу. Водночас можливі й інші варіанти, наприклад, сесії тривалістю 10 хвилин, три зустрічі по 30 хвилин або до 50 хвилин при використанні різноманітних технік. Процедура короткого втручання передбачає етап скринінгу, що включає оцінювання ризиків. Для цього застосовуються перевірені інструменти, зокрема: Тест на виявлення розладів, пов'язаних зі споживанням алкоголю (AUDIT), Опитувальник ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Після завершення скринінгу надається зворотний зв'язок. У разі виявлення «небезпечного або шкідливого вживання алкоголю» проводиться безпосередньо коротке

втручання. Якщо ж ризики відсутні, фахівець дає позитивну оцінку поточного стану і рекомендації щодо його підтримання.

Застосовуються різні підходи, які мотивують людину до усвідомлення власної поведінки та внесення змін у форматі коротких втручань:

- FLAGS: зворотний зв'язок, слухання, надання порад, постановка цілей, формування стратегій для їх досягнення.
- FRAMES: зворотний зв'язок, стимулювання відповідальності (Responsibility), надання порад, вибір стратегій для змін поведінки, емпатійна взаємодія, зміцнення самоєфективності.
- 5A: запитати, порадити, оцінити ситуацію, підтримати у змінах, організувати подальшу допомогу.

Якщо скринінг свідчить про наявність залежності, варто перейти до мотиваційного консультування. Пацієнту необхідно пояснити важливість спеціалізованого лікування та допомогти знайти відповідного фахівця.

Мотиваційне консультування є спеціальним клієнтоцентрованим методом взаємодії, що має на меті допомогти людині осмислити свої сумніви щодо вживання психоактивних речовин чи алкоголю, а також спонукати до позитивних змін у поведінці. Мотиваційне консультування базується на неконфронтаційних техніках, завдяки яким пацієнт не відчуває осуду. Ефективність підходу залежить від об'єктивного зворотного зв'язку, заснованого на висловлюваннях самої людини.

Основні принципи мотиваційного консультування:

1. Значною складовою мотиваційного консультування є прийняття клієнта з усіма його внутрішніми суперечностями. Це передбачає застосування рефлексивного слухання, яке включає уважний зоровий контакт, вербальну та емоційну підтримку, а також парафразування висловлених ідей. Особливо важливо усвідомлювати, що амбівалентність клієнта є характерним проявом його стану і не вимагає засудження. Консультант має демонструвати розуміння перспективи клієнта, оминати тиск власної думки та уникати стереотипізації.

2. Одним із завдань є допомогти клієнту усвідомити свої цілі та прагнення, наприклад, що саме він хоче досягти у житті. Консультант заохочує аналіз наслідків нинішньої поведінки, досліджуючи суперечності між реальними діями та бажаними результатами. Основна мета—підвищення відчуття дискомфорту від цієї невідповідності, аби спонукати клієнта до самостійного аналізу та формування мотивів для змін. Найефективніший поступ відбувається, коли клієнт самостійно висловлює аргументи на користь необхідності трансформацій.

3. Побудова діалогу без протистояння є важливим елементом консультування. Зокрема, застосування директивних рекомендацій чи намагання переконати клієнта через аргументацію зазвичай призводить лише до посилення опору з його боку. Натиск чи спроби примусити до змін підбивають довіру та знижують ефективність комунікації. У разі виникнення опору слід переглянути обрану тактику і адаптувати стратегічний підхід.

4. Для мінімізації опору слід уникати конфронтації і не нав'язувати власних точок зору. Слід натомість пропонувати альтернативні перспективи та допомагати клієнтові знаходити можливі шляхи розв'язання проблем у межах його життєвого досвіду.

5. Одним із центральних принципів методу є розвиток упевненості клієнта у власних силах та можливості впоратися зі змінами. Моменти успіху в процесі змін повинні підкреслюватися, аби формувати переконання клієнта у позитивному результаті. Консультант виконує підтримувальну роль, заохочуючи клієнта взяти відповідальність за процес змін та самостійно визначати їх напрямки.

Під час зустрічей доцільно акцентувати увагу на наступних аспектах:

- аналіз переваг і недоліків продовження вживання психоактивних речовин;
- дослідження переваг і недоліків зміни поведінки, з особливим наголосом на мотивації до змін. слід обговорювати ключові питання: яка

основна мета одужання, чого саме людина прагне досягти чи змінити в собі, а також які можуть виникнути бар'єри на шляху до цієї мети;

- використання допоміжних інструментів, як-от листок особистих цілей, де мають бути висвітлені такі ключові елементи: - цілі, пов'язані з відмовою від алкоголю чи інших психоактивних речовин, мотиваційні причини для досягнення цих цілей, конкретні дії, які планується здійснити для їх реалізації.

Методика мотиваційного консультування враховує різні рівні готовності до змін, які варіюються від етапу невизнання проблеми до активного обмеження вживання та утримання досягнутого успіху. Основна мета консультування — допомогти людині подолати складнощі, з якими вона стикається на кожному із цих етапів.

Один із фундаментальних інструментів мотиваційного консультування — техніка OARS, яка забезпечує ефективну взаємодію з клієнтом і допомагає досліджувати його амбівалентність. До цієї техніки входять такі складові:

- відкриті запитання, що стимулюють розгорнуте самовираження;
- підбадьорення та підтримка, спрямовані на зміцнення впевненості клієнта;
- рефлексивне слухання, яке передбачає активне сприйняття і відображення думок клієнта;
- узагальнення для консолідації ключових моментів бесіди.

Додаткові методики включають:

- аналіз «розриву» між бажаними цілями та реальним станом справ;
- рефреймінг — переосмислення залежності як хвороби, без осуду чи стигматизації;
- зважування «за» і «проти» змін із урахуванням коротко- та довготермінових наслідків;
- використання письмових практик, як-от створення листів до залежності (уявлення її як ворога або друга) чи листів від майбутнього «я»;

- постановка цілі у форматі позитивних змін (від повного утримання до контрольованого вживання) із включенням чітких планів дій та нагадувань про поставлені завдання;

- складання списку довго- і короткотермінових наслідків від змін чи продовження вживання [54].

Емпіричні дані свідчать, що застосування цих технік значно підвищує імовірність того, що люди з залежністю, включно з ветеранами чи ветеранами, звернуться по допомогу та почнуть процес одужання. Ба більше, використання цих методик є ефективним і в роботі з іншими проблемами, обговорення яких викликає супротив у клієнтів. Окремий фокус приділяється роботі зі співзалежними особами, що включає терапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) і гештальт-терапія. Ці методи сприяють усвідомленню й трансформації деструктивних поведінкових моделей, емоційному відновленню та засвоєнню здорових способів комунікації.

3.4. Програма психологічного тренінгу профілактики залежностей у ветеранів

Програма психологічного тренінгу, спрямована на профілактику ігрової, комп'ютерної та наркотичної залежності, має бути комплексною та орієнтованою на розвиток адаптивних стратегій поведінки, зміцнення психологічної стійкості та подолання адиктивних установок. Оскільки різні види залежностей (як хімічні, так і нехімічні) характеризуються схожими психологічними механізмами, такими як уникнення реальності, прагнення змінити психофізичний стан або втрата сенсу життя, програма повинна бути інтегрованою та багатофункціональною.

На основі аналізу наукових джерел була адаптована тренінгова програма «Зроби правильний вибір» (автори Я. В. Мацегора, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько), розроблена для військовослужбовців Національної гвардії України. В адаптації для роботи з ветеранами ми додали блоки, присвячені

профілактиці ігрової та комп'ютерної залежності, доповнивши наявні теми про наркотичну залежність.

Основною метою програми є допомога учасникам у визнанні та усвідомленні проблем залежності, а також розвиток навичок захисту від адиктивної поведінки.

Етапи тренінгової програми включають:

1. Ознайомлення учасників і формування групових правил.
2. Усвідомлення свого ставлення до наркотиків, азартних ігор та комп'ютерної залежності.
3. Аналіз мотивів, які спонукають до зловживання цими формами залежності.
4. Поглиблене усвідомлення суті проблеми залежності.
5. Формування практичних навичок відстоювання власної думки.
6. Розвінчання міфів і стереотипів щодо наркотиків, ігроманії та комп'ютерної адикції.
7. Визначення особистісних цінностей.
8. Розвиток умінь надавати підтримку іншим людям.

Програма розрахована на 20 годин (зазвичай 10 занять тривалістю по 2 години кожне). Основна форма роботи — групові заняття, де оптимальна кількість учасників становить від 10 до 20 осіб. Якщо група перевищує 15 осіб, рекомендується залучати двох тренерів для більш ефективного проведення сесій. Перед початком занять важливо провести вступну бесіду з учасниками для пояснення мети програми, її структури та регламенту. На етапі формування групи варто звертати увагу на певні критерії для підбору учасників задля забезпечення більш ефективної взаємодії в процесі тренінгу:

- 1) Наявність щирого бажання та добровільність участі в групі.
- 2) Виключення з групи осіб із очевидними порушеннями психічного здоров'я.
- 3) Віковий склад учасників повинен бути максимально однорідним; рекомендується забезпечити різницю у віці не більше 2–3 років.

Заняття, створені в межах програми, можуть бути змістовно й методично досить варіативними. Характер кожного окремого заходу визначається як специфікою обговорюваних проблем, так і особливостями самої групи, індивідуальними рисами та емоційним станом її учасників. Однак, з метою стандартизації й підвищення ефективності проведення таких занять, були виділені ключові структурні компоненти. Незважаючи на стабільну присутність цих компонентів у кожному занятті, їх застосування може варіюватися залежно від конкретних цілей та завдань. Ведучий тренінгу має можливість самостійно добирати вправи з запропонованого нижче переліку, звертаючи увагу на вікові особливості учасників і контекст заняття.

1. Адаптаційний компонент передбачає виконання на початку заняття спеціальної розминкової вправи, яка спрямована на зменшення напруженості й створення комфортної атмосфери. Це сприяє фізичному розкріпаченню та психологічній адаптації учасників.

2. Конструктивно-практичний компонент включає основну діяльність заняття, яка передбачає обговорення актуальних питань чи ситуацій, застосування вправ, інтерактивних технологій та ігрових методик. Учасники відпрацьовують поведінкові навички й формують власну позицію щодо обговорюваних явищ.

3. Рефлексивний компонент є важливою складовою, оскільки обговорення підсумків заняття, що дає можливість кожному учаснику висловити особисту думку, поділитися своїм баченням і отримати зворотний зв'язок у групі.

4. Емоційно-завершальний компонент полягає в забезпеченні позитивного завершення заняття. Завдяки створенню сприятливої емоційної атмосфери учасники залишають зустріч із приємними враженнями, а також підвищують рівень навичок культурного спілкування. Він формує відчуття завершеності й підготовлює до подальших зустрічей у межах тренінгової програми.

Детальний опис тренінгової програми подано в додатку Г.

Висновок до розділу 3

На основі результатів теоретичного аналізу та проведеного емпіричного дослідження було сформульовано методичні рекомендації щодо профілактики залежностей у ветеранів. Визначено, що найбільш ефективними напрямками профілактичної роботи є психоедукація, розвиток мотивації до здорового способу життя, психологічна корекція дезадаптивних форм поведінки, підтримка соціальної інтеграції та зміцнення системи соціальної підтримки. Особлива увага повинна приділятися ветеранам із високим рівнем посттравматичної симптоматики та схильністю до унікальної копінг-поведінки, оскільки саме ці чинники виступають важливими передумовами формування адиктивної поведінки. Окремо було розглянуто підходи до підвищення мотивації ветеранів та ветеранок до лікування залежностей. Встановлено, що найбільш результативними є методи мотиваційного консультування та коротких втручань, які базуються на принципах емпатії, партнерської взаємодії, підтримки самоефективності та усвідомленого вибору особистістю змін у власному житті.

Важливим практичним результатом роботи стала розробка програми психологічного тренінгу профілактики ігрової, комп'ютерної та наркотичної залежності у ветеранів. Запропонована програма має комплексний характер і спрямована на усвідомлення проблеми залежності, розвиток навичок конструктивного подолання стресу, формування відповідального ставлення до власного здоров'я, зміцнення життєвих цінностей та підвищення психологічної стійкості. Її впровадження може сприяти зниженню ризику розвитку адиктивної поведінки, покращенню психоемоційного стану та підвищенню ефективності їхньої соціально-психологічної адаптації.

Отже, реалізація комплексної системи профілактичних заходів, що поєднує ранню діагностику, психоосвітню роботу, психологічний супровід, мотиваційне консультування та тренінгові програми, є важливою умовою попередження формування залежностей серед ветеранів та збереження їхнього психологічного благополуччя.

ВИСНОВОК

Отже, на основі проведеного теоретичного та емпіричного дослідження, присвяченого проблемі психологічних аспектів формування залежностей серед ветеранів, можна зробити низку важливих висновків. В Україні наукові дослідження у цій сфері проводяться у кількостях, які не відповідають реальному масштабу проблеми. Як наслідок, кількість сучасних публікацій на цю тему є дуже обмеженою. Незважаючи на відсутність офіційної статистики щодо поширеності ігрової, комп'ютерної та наркотичної залежності серед ветеранів, зростання кількості звернень до психологів і психіатрів свідчить про те, що залежність стає серйозною медико-соціальною загрозою для українського суспільства. До того ж військове середовище часто створює бар'єри для зізнання у проблемах із залежністю, що ускладнює визначення справжнього масштабу проблеми.

Теоретичний аналіз засвідчив, що залежність є формою деструктивної та відхиленої поведінки, яка проявляється у прагненні уникнути реальності шляхом штучної зміни психічного стану. Адикція розглядається або як хронічне медичне захворювання, або як один із проявів девіантної поведінки. Її формування обумовлене впливом біопсихосоціальних факторів, серед яких біологічні (генетична схильність, порушення роботи центральної нервової системи, дефіцит природних анальгетиків), психологічні (низька емоційна стійкість, схильність до ризику, підвищена тривожність, відсутність адаптивних копінг-стратегій) та соціальні (деструктивні моделі виховання, легкий доступ до алкоголю чи грошей, вживання психоактивних речовин у сімейному колі).

Для ветеранів бойових дій різні види залежностей можуть бути симптомом глибокої психологічної травми та дефіциту ефективних механізмів саморегуляції, а не проявом «моральної слабкості». На фронті мотивами використання психоактивних речовин зазвичай виступають прагнення полегшити біль, уникнути травматичних спогадів чи долати почуття страху. Натомість після повернення до мирного життя такі мотиви трансформуються

у спроби адаптуватися до нових життєвих реалій, подолати внутрішню дезорієнтацію чи знайти сенс подальшого життя.

Для вивчення психологічних особливостей формування ігрової, комп'ютерної та наркотичної залежності серед ветеранів автор провів емпіричне дослідження на базі КЗ «Кіровоградський обласний «Центр-Ветеран» за участю 35 ветеранів російсько-української війни.

Дослідження виявило, що найбільш розповсюдженою формою залежності серед ветеранів є алкогольна (високий рівень ризику – 40%, середній – 34%), а схильність до ігрових/комп'ютерних залежностей на середньому та високому рівнях відзначена у 45% респондентів. У 47% учасників дослідження зафіксовано високий рівень симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), причому чоловіки демонстрували вищий ризик (52%) у порівнянні з жінками (33%). Виявлено чіткий позитивний зв'язок між рівнем ПТСР та алкогольною залежністю ($r = 0.58$, $p < 0.01$), а також помірну кореляцію з нікотиною залежністю ($r = 0.37$, $p < 0.05$). У дослідженій нами групі більшість учасників використовують неадаптивні копінг-стратегії (74% вибірки), серед яких домінують емоційно-орієнтований копінг та копінг, орієнтований на уникнення, що є ключовим предиктором схильності до залежностей, демонструючи високий кореляційний зв'язок із наркотичною залежністю ($r=0.72$).

Таким чином, формування залежностей у ветеранів обумовлюється не лише пережитим травматичним досвідом участі в бойових діях, але й особливостями їхніх копінг-стратегій. Ефективна профілактика залежностей повинна базуватися на принципах комплексного підходу, неприйнятті адиктивної поведінки та сприянні свідомому формуванню продуктивних моделей поведінки. Важливим є стимулювання альтернативних, безпечних для здоров'я патернів поведінки.

Превентивні заходи мають охоплювати такі аспекти:

- проведення комплексної діагностики актуального стану залежності у ветеранів із застосуванням відповідного діагностичного інструментарію;

- організацію систематичних психоедукаційних заходів з метою інформування про види залежностей, причини їх виникнення, етапи розвитку та можливі наслідки;
- надання соціально-психологічної підтримки сім'ям ветеранів для подолання проблеми співзалежності;
- впровадження корекційних інтервенцій із застосуванням мотиваційного консультування для подолання внутрішньої амбівалентності та підвищення мотивації до лікування;
- використання психотерапевтичних методів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, для усунення когнітивних спотворень, профілактики рецидивів і розвитку навичок управління стресом;
- проведення тренінгів нейроорієнтованого спрямування задля відновлення когнітивних функцій та підвищення метакогнітивної обізнаності;
- створення умов для соціальної підтримки й формування командної згуртованості як ефективного чинника захисту від адиктивної поведінки.

Для роботи з ветеранами нами було адаптовано інтегровану програму психологічного тренінгу, спрямовану на профілактику формування залежностей у ветеранів. Програма включає модулі, які охоплюють: діагностику, мотивацію до змін, управління стресом і профілактику рецидивів шляхом формування адаптивних копінг-стратегій.

Результати кваліфікаційної роботи становлять цінність для психологів, реабілітаційних центрів та ветеранських організацій у напрямку розробки комплексних програм реабілітації й підтримки психічного здоров'я ветеранів.

У подальших дослідженнях доцільно вивчати взаємозв'язок між залежностями та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), приділивши особливу увагу окремим кластерам симптомів (наприклад, гіперзбудженню чи дисоціації) та їхньому впливові на формування конкретних видів адиктивної поведінки. Крім того, перспективним є аналіз взаємозв'язків між типами залежностей і психологічними особливостями особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Герасименко М. В., Пішко І.О., Лозінська Н. С. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням : методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 156 с.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Адиктивні поведінкові чинники депрофесіоналізації військовослужбовців Збройних Сил України : звіт про науково-дослідну роботу. НДЦ ГП ЗС України. Київ, 2024. 367 с.
4. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
5. Балабанова Л., Байда М. Попередження хімічної залежності серед військовослужбовців національної гвардії України. *Честь і закон*, 2021. № 2 (77), С. 25-34.
6. Блінов О. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час : монографія. Київ : НАОУ, 2006. 80 с.
7. Ващенко І. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. Київ : Знання, 1998. 289 с.
8. Венгер Г.С. Психологічний супровід особистості військовослужбовців для підтримки емоційно-вольової сфери в стресових умовах сьогодення. *Габітус*. 2024. Вип. 60. С. 136-140.
9. Військова психологія і педагогіка : підручник для військових вузів / Б.М. Олексієнко, Д. В. Іщенко, О. Д. Сафін. Хмельницький: Вид-во Академії ПВУ, 2017. 562 с.

10. Галич Я. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Юридична психологія*. 2022, № 3. С.64-73.
11. Ганаба С.О., Бурбела С.В. Домінантні копінг-стратегії учасників бойових дій, які повернулися до реалій мирного життя. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. Серія: Психологічні науки. Випуск 2. 2024. С. 34-40.
12. Грицевич Т. Л., Гузенко І. М., Капінус О. С., Мацевко Т. М., Романишин А. М. Психологія бою : посіб. / за ред. Романишина А. М. Львів : Астролябія, 2019. 352 с
13. Єна А. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1 (5). С. 5-16.
14. Залежність від психоактивних речовин у Силах оборони України: дослідження про те, що і чому вживають військові <https://healthsolutions.ngo/library/narkozalezhnist-v-sylakh-oborony-ukrayiny-vyvchayemo-sytuatsiyu/>.
15. Ігроманія: сучасні реалії та шляхи подолання: науково-популярний посібник / І.Я. Пінчук, С.І. Табачніков, О.О. Древіцька, К.В. Аймедов, О.С. Осуховська, А.Г. Шевцов, О.В. Колодежний та ін.; за ред. д.мед.н., старшого наукового співробітника І.Я. Пінчук та д.мед.н., проф. С.І. Табачнікова. К. : ТОВ «Медичний журнал «Нейроньюс», 2018. 60 с.
16. Ільницька Т. Реабілітація військовослужбовців. *НейроNEWS (психоневрологія та нейропсихіатрія)*. 2016. № 1 (75). С. 6-7.
17. Карпюк Г. Реабілітація і медицина для військових : перехід від тактики до стратегії URL : <https://www.segodnya.ua/ua/regions/donetsk/psihologiya-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutsya-k-normalnoy-zhizni1117099.html>. (дата звернення: 21.04.2026).

18. Класифікація психічних розладів. МКХ-11. Глобальний стандарт діагностичної медичної інформації. URL: <https://icd.who.int/en> (дата звернення: 21.04.2026).
19. Коkun О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Профілактика поведінкових адикцій військовослужбовців: методичний посібник. Ч. 1. Київ: ТОВ «7БЦ», 2025. 209 с.
20. Коkun О.М., Мороз В.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2022. 144 с.
21. Коkun О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
22. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
23. Комар З. Психологічна стійкість воїна : підручник. Київ, 2017. URL: http://shron1.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf (дата звернення: 21.04.2026).
24. Кондрюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник : Київ : Гнозис, 2013. 116 с.
25. Корольчук М. С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. для студентів вищих навчальних закладів / за ред. М. С. Корольчук. Київ: Ніка-центр, 2016. 580 с.
26. Лавренюк В. Психологічна та медична реабілітація військовослужбовців : що нового в законодавстві. *Актуальні проблеми соціально-правового статусу осіб, постраждалих під час проведення АТО* : зб. мат. всеукр. наук.-прак. конф. (19 квітня 2017, Київ.). Київ: Академія праці, соціальних відносин і туризму, 2017. 96 с. С. 44-48. URL :

<https://www.socosvita.kiev.ua/conference law04 17> (дата звернення: 21.04.2026).

27. Ложкін Г. В. Психологічне супроводження діяльності військовослужбовців в екстремальних умовах : навч. посіб. Житомир: ЖВІРЕ, 2012. 273 с.

28. Ломакін Г. Прояви порушень реадaptaції учасників бойових дій у системі суспільних відносин. *Проблеми емпіричних досліджень у психології* /За ред. І. Данилюка, І.В. Ващенко. Київ : ОВС, 2012. С. 94- 100.

29. Макаренко М. В. Основи професійного відбору військових спеціалістів та методики вивчення індивідуальних психофізіологічних відмінностей між людьми. Київ: Ін-т фізіології ім. О.О. Богомольця НАН України, Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України. 2006. 395 с.

30. Мацегора Я., Колесніченко О., Приходько І. Байда М. Ризик формування алкогольної залежності у військовослужбовців, які приймають участь в бойових діях. *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 2024. № 1(7). С. 34-40.

31. Михайлів С.В. Психологічне дослідження чинників формування хімічної залежності особистості. *Психологія і особистість*, 2020. № 1(17). С. 94-108.

32. Мороз В.М. Профілактика професійних адикцій військовослужбовців збройних сил України. *Габітус*. Вип. 70. 2025. С. 167-171.

33. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с

34. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати?: довідник для широкого кола фахівців / Заг.ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2023. 164 с.

35. Олійник М. П. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців у період ресоціалізації. *Молодий вчений*. 2024. № 4 (128) . С.83-101.

36. Підлісний Ю. А. Ситуаційні фактори агресивної поведінки військовослужбовців. Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. *Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія*. 2009. Т. Х. Вип. 15. С. 397–406.

37. Профілактика вживання психоактивних речовин військовослужбовцями Національної гвардії України : практ. посіб. / Я. В. Мацегора, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько та ін. Харків : НА НГУ, 2021. 184 с.

38. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д. Романовська, О. Ілащук. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

39. Психологічне забезпечення у ЗСУ : Міністерство оборони України. URL : <https://www.mil.gov.ua/diyalnist/soczialnij-zaxist-taadaptacziyavijskovosluzhbovcziv/psihologichna-pidgotovka-u-zsu/> (дата звернення: 21.04.2026).

40. Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах : методичні рекомендації / Національний медичний університет імені О. Богомольця. Київ : Академвидав, 2014. 34 с.

41. Путівник у сфері ментального здоров'я військовослужбовців в умовах війни/ упорядн. Кухарук О., Сириця М. Київ : Центр реадaptaції та реабілітації «ЯРМІЗ», 2023. 88 с.

42. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*. Серія: Педагогічні науки, 2015, 234 с. С. 85 – 97.

43. Цумарева Н. В. Психологічні аспекти формування та профілактики ігрової, комп'ютерної, наркотичної залежностей у військовослужбовців та ветеранів війни. *Війна в Україні: зроблені висновки та*

незасвоєні уроки : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (Львів, 20 лютого 2026 р.). Львів, 2026. С. 88. URL: [file:///C:/Users/User/Downloads/prog_20_02_2026%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/prog_20_02_2026%20(1).pdf).

44. Як мотивувати ветеранів і ветеранок із залежною поведінкою до лікування. URL: <https://tseok.com.ua/specialist/0020> (дата звернення: 21.04.2026).

45. Hoopsick R. A., Homish D. L., Collins R. L., Nochajski T. H., Read J. P., & Homish G. G. Is deployment status the critical determinant of psychosocial problems among reserve/guard soldiers? *Psychological services*, 2017. № 20 (4), P. 461–471. URL: <https://doi.org/10.1037/ser0000331> (дата звернення: 21.04.2026).

46. Hughes J.M., Ulmer C.S., Hastings S.N., Gierisch J.M., MidAtlantic VA MIRECC Workgroup & Howard M.O. Sleep, resilience, and psychological distress in United States military Veterans. *Military Psychology*. 2018. № 30(5), P. 404-414, URL: <https://doi.org/10.1080/08995605.2018.1478551>.

47. 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, P. 410-418. URL: <https://doi.org/10.1080/08995605.2020.1782625> (дата звернення: 21.04.2026).

48. 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. P.157- 169. https://doi.org/10.51561/csppsych.66_2.157 (дата звернення: 21.04.2026).

49. 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). P. 301–308. URL: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-13-00400> (дата звернення: 21.04.2026).

50. 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 Disaster and crisis psychology problems*. 2024. № 1(7). ISSN 2786-5541.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика діагностики схильності до різних видів залежності (Г.В. Лозова)

Тест на адикцію визначає схильність людини до 13 видів залежностей. Методика Г.В. Лозової також дозволяє діагностувати загальну схильність до залежностей.

1. Алкогольна залежність.
2. Інтернет і комп'ютерна залежність.
3. Любовна залежність.
4. Наркотична залежність.
5. Ігрова залежність.
6. Нікотинова залежність.
7. Харчова залежність.
8. Залежність від міжстатевих відносин.
9. Трудоголізм.
10. Телевізійна залежність.
11. Релігійна залежність.
12. Залежність від здорового способу життя.
13. Лікарська залежність.
14. Загальна схильність до залежностей.

На підставі результатів тестування не можна ставити діагноз, методика є орієнтовною і показує загальну схильність до тієї чи іншої залежності.

Інструкція: «Вам пропонується тестовий матеріал, що складається з 70 тверджень (суджень). Уважно прочитайте твердження і, не роздумуючи дуже довго, оберіть один з варіантів відповіді:

- 1) ні – 1 бал;
- 2) скоріше ні – 2 бали;
- 3) і не так, і не ні – 3 бали;
- 4) швидше так – 4 бали;
- 5) так – 5 балів».

Тестовий матеріал

1. Час від часу мені дуже хочеться випити, щоб розслабитися.
2. У свій вільний час я найчастіше дивлюся телевізор.
3. Я вважаю, що самотність – це найстрашніше у житті.
4. Я – людина азартна і люблю азартні ігри.
5. Міжстатеві відносини – це найбільше задоволення в житті.
6. Я досить часто їм не від голоду, а для отримання задоволення.
7. Я дотримуюся релігійних ритуалів.
8. Я весь час думаю про роботу, про те, як зробити її краще.
9. Я досить часто приймаю ліки.
10. Я проводжу дуже багато часу за комп'ютером.

11. Не уявляю своє життя без сигарет.
12. Я активно цікавлюся проблемами здоров'я.
13. Я пробував наркотичні речовини.
14. Мені важко боротися зі своїми звичками.
15. Іноді я не пам'ятаю, що сталося під час сп'яніння.
16. Я можу довго клацати пультом у пошуках чогось цікавого по телевізору.
17. Головне, щоб кохана людина завжди була поруч.
18. Час від часу я відвідую ігрові автомати.
19. Я не думаю про міжстатеві стосунки тільки тоді, коли я сплю.
20. Я постійно думаю про їжу, уявляю собі різну смакоту.
21. Я досить активний член релігійної громади.
22. Я не вмію відпочивати, відчуваю себе погано під час вихідних.
23. Ліки – найпростіший спосіб поліпшити самопочуття.
24. Комп'ютер – це реальна можливість жити повним життям.
25. Сигарети завжди зі мною.
26. На підтримку здоров'я не шкодую ні сил, ні грошей, ні часу.
27. Спробувати наркотик – це отримати цікавий життєвий урок.
28. Я вважаю, що кожна людина від чогось залежить.
29. Буває що я трішки «перебираю», коли випиваю.
30. Телевізор увімкнено більшість часу мого перебування вдома.
31. Коли я не разом з коханою людиною, я постійно думаю про неї.
32. Гра дає найгостріші відчуття в житті.
33. Я готовий йти на «випадкові зв'язки», адже стриманість для мене вкрай важка.
34. Якщо страва дуже смачна, то я не втримаюся від добавки.
35. Вважаю що релігія – єдине, що може врятувати світ.
36. Близькі часто скаржаться, що я постійно працюю.
37. У моєму будинку багато медичних та подібних препаратів.
38. Іноді, сидячи біля комп'ютера, я забуваю поїсти або про якісь справи.
39. Сигарета – це найпростіший спосіб розслабитися.
40. Я читаю медичні журнали і газети, дивлюся передачі про здоров'я.
41. Наркотик дає найсильніші відчуття з усіх можливих.
42. Звичка – друга натура, і позбутися її нерозумно.
43. Алкоголь в нашому житті – основний засіб розслаблення і підвищення настрою.
44. Якщо зламався телевізор, то я не буду знати, чим себе розважити ввечері.
45. Бути покинутим коханою людиною – найбільше нещастя, яке може статися.
46. Я розумію азартних гравців, які можуть в одну ніч виграти цілий статок, а в іншу – програти два.

47. Найстрашніше – це отримати фізичне каліцтво, яке унеможливить задоволення партнера в ліжку.
48. При поході в магазин не можу втриматися, що б не купити щось смачненьке.
49. Найголовніше в житті – жити повним релігійним життям.
50. Міра цінності людини полягає в тому, на скільки вона віддає себе роботі.
51. Я досить часто приймаю ліки.
52. «Віртуальна реальність» більш цікава, ніж звичайне життя.
53. Я щодня курю.
54. Я намагаюся невідступно дотримуватися правил здорового способу життя.
55. Іноді я вживаю засоби, що вважаються наркотичними.
56. Людина – істота слабка, потрібно бути терпимим до її шкідливих звичок.
57. Мені подобається випити і повеселитися у веселій компанії.
58. У наш час майже все можна дізнатися з телевізора.
59. Любити і бути коханим це головне в житті.
60. Гра – це реальний шанс зірвати куш, виграти багато грошей.
61. Міжстатеві відносини – це найкраще проведення часу.
62. Я дуже люблю готувати і роблю це так часто, як можу.
63. Я часто відвідую релігійні заклади.
64. Я вважаю, що людина повинна працювати на совість, адже гроші це не головне.
65. Коли я нервую, я віддаю перевагу прийняттю заспокійливого.
66. Якби я міг, то весь час займався б комп'ютером.
67. Я – курець зі стажем.
68. Я турбуюся за здоров'я близьких, намагаюся залучити їх до здорового способу життя.
69. За інтенсивністю відчуттів наркотик не може зрівнятися ні з чим.
70. Нерозумно намагатися показати свою силу волі і відмовитися від різних радощів життя.

«Ключ»

Підсумуйте бали за окремими видами схильностей до залежностей:

1. Залежність від алкоголю: 1, 15, 29, 43, 57.
2. Телевізійна залежність: 2, 16, 30, 44, 58.
3. Любовна залежність: 3, 17, 31, 45, 59.
4. Ігрова залежність: 4, 18, 32, 46, 60.
5. Залежність від міжстатевих відносин: 5, 19, 33, 47, 61.
6. Харчова залежність: 6, 20, 34, 48, 62.
7. Релігійна залежність: 7, 21, 35, 49, 63.
8. Трудова залежність: 8, 22, 36, 50, 64.

9. Лікарська залежність: 9,23,37,51,65.
10. Залежність від комп'ютера (інтернету, соціальних мереж): 10,24,38,52,66.
11. Залежність від куріння: 11, 25, 39, 53, 67.
12. Залежність від здорового способу життя: 12, 26, 40, 54, 68.
13. Наркотична залежність: 13, 27, 41, 55, 69.
14. Загальна схильність до залежностей: 14, 28, 42, 56, 70

Інтерпретація результатів

Розшифровка-умовні норми:

5-11 балів – низька схильність;

12-18 – середня схильність;

19-25 – високий ступінь схильності до залежностей.

Додаток Б

**Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій
(військовий варіант)**

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи “вторгнення”, 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи “уникнення”, 8 питань третьої шкали описують симптоми “збудливості”. П’ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов’язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Інструкція: “Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від “1” до “5”. Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці”.

Бланк Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5

18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5
28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.	1	2	3	4	5

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

“Ключ”

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$. Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за “зворотними” твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Відповідь Номера тверджень

Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР. За даними В.Ю. Шаніна: - добре адаптовані – 76 ± 18 ; - психічні розлади – 86 ± 26 ; - ПТСР – 130 ± 18 .

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Н.В. Тарабріної

Співробітники МВС	64,65±16,13
Військовослужбовці	73,76±19,64
Ветерани Афганістану, “норма”	70,18±11,76
Ветерани Афганістану, ПТСР	92,00±15,55

Додаток В**Методика «Діагностика копінг-поведінки в стресових ситуаціях»
(С. Норман, Д.Ендлер, Д.Джеймс, М.Паркер в адаптації Т. Крюкової)****Текст методики.**

1. Намагаюся ретельно розподілити свій час.
2. Зосереджуюсь на проблемі і думаю, як її можна вирішити.
3. Думаю про щось хороше, що було у моєму житті.
4. Намагаюся бути серед людей.
5. Звинувачую себе за нерішучість.
6. Роблю те, що вважаю найкращим у даній ситуації.
7. Занурююся у свій біль і страждання.
8. Звинувачую себе за те, що опинився у даній ситуації.
9. Ходжу по магазинах, нічого не купуючи.
10. Думаю про те, що для мене найголовніше.
11. Намагаюся більше спати.
12. Балую себе улюбленою їжею.
13. Переживаю, що не можу впоратися з ситуацією.
14. Відчуваю нервову напругу.
15. Згадую, як я вирішував аналогічні проблеми раніше.
16. Кажу собі, що це відбувається не зі мною.
17. Звинувачую себе за надто емоційне ставлення до ситуації.
18. Іду кудись перекусити або пообідати.
19. Відчуваю емоційний шок.
20. Купую собі якусь річ.
21. Визначаю напрямок дій і дотримуюся його.
22. Звинувачую себе за те, що не знаю, як вчинити.
23. Іду на вечірку.
24. Намагаюся вникнути в ситуацію.
25. Застигаю (як заморожений) і не знаю, що робити.
26. Негайно вживаю заходів, щоб виправити ситуацію.
27. Обмірковую подію, яка сталася або своє ставлення до неї.
28. Шкодную, що не можу змінити того, що сталося або своє ставлення до того, що трапилося.
29. Іду в гості до друга.
30. Турбуюся про те, що я буду робити
31. Проводжу час з близькою людиною.
32. Іду на прогулянку.
33. Кажу собі, що це ніколи не трапиться знову.
34. Зосереджується на своїх загальних недоліках.
35. Розмовляю з тим, кого я особливо ціную.
36. Аналізую проблему, перш ніж реагувати на неї.
37. Телефоную другу.

38. Відчуваю роздратування.
39. Вирішую, що тепер найважливіше робити.
40. Дивлюся фільм.
41. Контролюю ситуацію.
42. Докладаю додаткових зусиль, щоб все зробити.
43. Розробляю декілька різних рішень проблеми.
44. Беру відпустку або відгул, віддаляюся від ситуації.
45. Відриваюсь на інших.
46. Використовую ситуацію, щоб довести, що я можу зробити це.
47. Намагаюся зібратися, щоб вийти переможцем з ситуації.
48. Дивлюся телевізор.

Обробка результатів.

При обробці результатів

підсумовуються бали з урахуванням наведеного нижче ключа.

Копінг Номери тверджень

Орієнтований на вирішення завдань (проблемно-орієнтована стратегія)

1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47 Орієнтований на емоції
(емоційно-орієнтована стратегія) 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34,
38, 45

Стратегія уникнення 3, 4, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 29, 31, 32, 35, 37, 40, 44, 48

Субшкала відволікання 9, 11, 12, 18, 20, 40, 44, 48

Субшкала соціального відволікання 4, 29, 31, 35, 37

Тренінгова програма “Зроби правильний вибір”

Зміст занять

Вправа “Ім’я”

Мета вправи: знайомство учасників один з одним.

Кожен учасник по колу називає послідовно імена всіх, хто вже представився до нього, останнім називає своє ім’я.

Принципи заняття:

Вмійте слухати один одного

Це означає необхідність дивитися на мовця і не перебивати його. Коли хтось припинить розмовляти, наступний бере слово і може коротко повторити те, що було сказано попереднім, перш ніж приступити до викладу своїх думок.

Для залучення уваги до виступаючого може бути використаний будь-який предмет (наприклад, м’ячик), який у ході дискусії переходить з рук у руки.

Коли хтось виступає, інші мовчать.

Говоріть по суті

Іноді учні відхиляються від обговорюваної теми. Замість того, щоб зупиняти учасника, керівник дискусії в цьому випадку може сказати: “Я не зовсім розумію, як це пов’язано з нашою темою. Чи не міг би ти пояснити, що мається на увазі?”

Діліться почуттями

Важливо, щоб кожен учасник мав можливість вільно висловлюватися.

Заохочуйте прагнення учасників ділитися своїми думками, давайте учасникам відчувати, що їх міркування цінують і за них будуть вдячні. Слід пам’ятати, що учасник має право відмовитися від участі в обговоренні, коли воно викликає у нього сильні негативні почуття.

Виявляйте повагу

Відкритість у висловлюваннях з’явиться лише тоді, коли учні засвоять, що можна не погоджуватися з чиеюсь думкою, але неприпустимо висловлювати оцінки щодо інших людей лише на підставі висловлених ними думок.

Закон “нуль-нуль” (про пунктуальність)

Усі учасники повинні збиратися до встановленого часу.

Правило піднятої руки

Висловлюватися по черзі, коли один говорить, інші мовчки слухають і, перш ніж взяти слово, піднімають руку.

Без оцінок

Приймаються різні точки зору, ніхто один одного не оцінює.

Конфіденційність

Те, що відбувається на занятті, залишається відомо тільки учасникам.

Правило “стоп”

Якщо обговорення якогось особистого досвіду учасників стає неприємним або небезпечним, той, чий досвід обговорюється, може закрити тему, сказавши “стоп”.

Вправа “У дитинстві я хотів бути ...”

Мета вправи: формування в групі довірчих відносин, пробудження інтересу до теми професійного самовизначення.

Кожному учаснику протягом трьох хвилин пропонується написати на картці, ким він хотів бути в дитинстві і чому. Потім картки здаються ведучому, який їх перемішує і знову роздає учасникам у довільному порядку. Кожен учасник повинен “вжитися” в отриманий образ невідомого автора, зачитати написане, припустити, чи змінилася його думка зараз, коли він став дорослішим. Якщо змінилася, то чому? Решта учасників уважно слухають, готують питання.

Вправа “Соціометрія”

Мета вправи: дозволяє учасникам краще познайомитися один з одним і створює більш довірчу атмосферу.

Учасники вільно розходяться по кімнаті. Ведучий дає завдання: “Знайдіть один одного ті, у кого однаковий колір очей” (варіанти: “Ті, у кого день народження влітку”, “Ті, в чиєму імені 5 букв” та ін.). Можливі інші варіанти, коли учасники об’єднуються в групи за місцем проживання, знаками зодіаку, улюбленим кольором тощо.

Вправа “Мій плакат”

Мета вправи: знайомство, створення довірчої атмосфери.

Учасникам пропонують намалювати на аркуші паперу плакат, що складається з декількох розділів: 1. Ім’я; 2. Вік; 3. Вага; 4. Зріст; 5. Мій улюблений колір.

Намалювати: а) чим я люблю займатися; б) деякі мої друзі; в) так я виглядаю, коли я щасливий (автопортрет); г) моя сім’я; д) якби у мене було одне бажання, я б загадав, щоб ...; е) ось моє улюблене місце.

Ці плакати прикріплюються на груди, і учасники в довільному порядку ходять по кімнаті, знайомлячись один з одним, протягом 15 хв.

Вправа “Я-реальне” і “Я-ідеальне”

Мета вправи: допомогти учасникам вибудовувати адекватну самооцінку.

Учасники отримують по два аркуші паперу і олівці. Ведучий просить намалювати себе у двох іпостасях: “Я-реальне” і “Я-ідеальне”. Тривалість – 10–15 хв. Після цього відбувається обговорення:

– Коли ви відчували більше напруження: коли малювали ідеальне чи реальне?

– Як ви думаєте, що вам необхідно зробити, щоб ці два поняття стали єдиними?

Бесіда “Що таке самооцінка?”

– Не слід забувати, що всі “Я-образи”, у тому числі “Я-реальне”, – це всього лише суб’єктивні уявлення людини про себе. Разом з тим є фактично існуючий стан людини в системі соціальних зв’язків. Тому постає найважливіше для кожної людини завдання – здійснити правильне самооцінювання, співвіднівши його з тим, як його оцінюють інші люди. Що ж таке самооцінка?

– Кожен з нас має свого роду “внутрішній манометр”, показання якого свідчать про те, як кожен себе оцінює, яке самопочуття, задоволений він собою чи ні. Значення цієї оцінки задоволеності своїми особистими якостями дуже велике. Занадто висока і занадто низька самооцінка може стати джерелом конфлікту для особистості. Так, надмірно висока самооцінка говорить про те, що людина схильна переоцінювати себе, причому в ситуаціях, які не дають для цього приводу. І тоді немає нічого дивного в тому, що особа часто стикається зі скептичним ставленням оточуючих. До чого це веде? Людина озлоблюється, стає підозрілою. Якщо самооцінка дуже низька, то в людини проявляються “комплекс неповноцінності”, стійка невпевненість у собі, відмова від ініціативи, байдужість і тривожність.

– Одна з проблем, з якою часто стикаються підлітки, молоді люди, – нестійка самооцінка. Проявляється вона в тому, що в одних ситуаціях, де людина успішна, де її хвалять, йдеться про високу самооцінку. Інші ж ситуації, в яких особа не така успішна, де її критикують, свідчать про те, що самооцінка різко падає. Подібні перепади самооцінки приводять до великого емоційного перенапруження. Наприклад, якщо людина в стані підвищеної самооцінки приймає якесь рішення, то від цього можна, звичайно, очікувати, що вона візьме на себе підвищені зобов’язання. І, швидше за все, мети своєї людина не досягне, у результаті чого настає розчарування.

– Для того, щоб самооцінка стала адекватною, можна скористатися послугами психолога, який за допомогою спеціальних методик – психологічних тестів допоможе оцінити такі якості, як інтелектуальні здібності, особистісні особливості тощо.

Вправа “Снігова куля”

Мета вправи: знайомство учасників, розрядження обстановки.

Учасники по черзі називають свої імена з якимось прикметником, що починається на першу букву імені. Наступний по колу повинен назвати попередніх, потім себе; таким чином, кожен наступний повинен буде називати все більше імен з прикметниками, це полегшить запам’ятовування і дещо розрядить обстановку.

Наприклад, Сергій – строгий, Петро – принциповий та ін.

Вправа “Втеча з в’язниці”

Мета вправи: розвиток здібностей до емпатії, розуміння міміки, мови рухів тіла.

Учасники групи стають у дві шеренги обличчям один до одного. Ведучий пропонує завдання: Перша шеренга буде грати злочинців, друга – їх спільників, які прийшли до в’язниці для того, щоб влаштувати втечу. Між вами – звуконепроникна скляна перегородка. За короткий час побачення спільники за допомогою жестів і міміки повинні “розповісти” злочинцям, як вони будуть рятувати їх із в’язниці (кожен “спільник” рятує одного “злочинця”). Після закінчення гри “злочинці” розповідають про те, чи правильно вони зрозуміли план втечі.

Вправа “Ми схожі?...”

Мета вправи: знайомство учасників один з одним, підвищення довіри один до одного.

Спочатку учасники безладно ходять по кімнаті і кажуть кожному, кого зустрічають, по дві фрази, що починаються зі слів:

- Ти схожий на мене тим, що...
- Я відрізняюся від тебе тим, що...

Інший варіант: на парах протягом 4 хв вести розмову на тему “Чим ми схожі”; потім 4 хв – на тему “Чим ми відрізняємося”. Після закінчення проводять обговорення, звертають увагу на те, що було легко і що було важко робити, які були відкриття. У підсумку підводять до висновку про те, що всі ми, по суті, схожі і в той же час різні, але маємо право на ці відмінності, і ніхто не може нас змусити бути іншими.

Вправа “Почуття”

Мета вправи: аналіз почуттів допомагає усвідомити те, наскільки ми особисто залучаємося, стикаючись з проблемою залежності іншої людини.

Учасникам пропонується: згадати ситуацію, коли вам доводилося спілкуватися з людиною, що знаходиться в стані алкогольного або наркотичного сп’яніння. Можливо, це був хтось з ваших родичів або знайомих чи просто людина, яку ви зустріли на вулиці. Спробуйте згадати, що ви відчували, спілкуючись з цією людиною. Потім учасники спілкуються в парах і упродовж 5 хв розповідають один одному про ті почуття, які тоді відчували.

При цьому один протягом цього часу розповідає, а інший уважно слухає, потім ролі міняються. Після цього учасники повертаються в коло і всі разом під керівництвом ведучого описують почуття, які відчували, коли розповідали і коли слухали.

Можливі варіанти:

- почуття мовця
- роздратування
- обурення
- жалість

- образа
- презирство
- недовіра
- вина
- відповідальність та ін.
- почуття слухача
- співчуття
- інтерес
- обурення
- відраза
- розуміння
- повага тощо.

“Навіщо люди вживають наркотики і алкоголь?” (мозковий штурм)

Пропонується вільно висловитися з приводу причин, що спонукають людину вживати алкоголь або наркотики. Ведучий фіксує в міру надходження відповіді на аркуші ватману, заохочуючи до активності всіх учасників. Взірцеві варіанти відповідей можуть виглядати так: “Людина вживає наркотики і алкоголь тому, що ці речовини допомагають їй знімати бар’єри в спілкуванні, задовольняти свою цікавість, знімати напруження і тривожність, стимулювати активність, наслідувати прийнятій традиції, набувати нового досвіду”.

Підбивають підсумки і роблять узагальнення, ставлять питання про те, як нині згадуються ці причини, що було важко, чи були зроблені якісь відкриття.

У ході обговорення доцільно звернути увагу на те, які людські потреби нібито задовольняються за допомогою алкоголю і наркотиків і чи є інші способи досягти того ж ефекту. Наприклад, людина вживає алкоголь, щоб зняти психічне напруження. Цього ж можна досягти за допомогою фізичних вправ, прогулянок, відвідування дискотеки, розмови з другом та ін.

Вправа “Табу”

Мета вправи: допомогти учасникам зрозуміти, як вони ставляться до різного роду заборон і обмежень. Нерідко цікавість або бажання пізнати заборонений плод чи прагнення продемонструвати свою сміливість керують підлітком в його вчинках. Добре, коли він знає, які почуття ним керують, це дозволяє зробити усвідомлений вибір.

Ведучий ставить у центрі кола невелику скриньку або коробочку, в яку покладено невідомий предмет. “Там лежить те, що заборонено”, – каже ведучий. Потім він пропонує кожному якимось проявити себе відносно цього предмета. Учасники можуть підводитися або залишатися на місці, висвітлюючи позицію мімікою або жестами; вони можуть підходити до скриньки, брати її в руки, заглядати всередину. Кожен робить так, як вважає за потрібне. Навіть якщо хтось залишиться на місці, нічого не роблячи, це теж

буде способомреагування на ситуацію. Під час виконання вправи важливо пам'ятати, що це вправа дії, а не пояснень; тому, якщо хтось буде намагатися просто розповісти словами про свою позицію, завдання ведучого – спонукати особу “показати” своє ставлення.

Вправа “Гости”

Мета вправи: дозволити в ігровій формі досліджувати ситуацію “спокушання”. Участь в обговоренні дозволяє виробити аргументовану позицію і навички відмови.

Учасникам групи пропонується придумати десять приводів для того, щоб запросити свого приятеля до випивки.

Далі групу розподіляють на пари та інструктують: один учасник послідовно зачитує свої пропозиції, а його партнер повинен відмовитися, добираючи переконливі аргументи, ці варіанти відмови перший учасник записує поруч із запропонованим тостом; через 5–7 хв, коли аргументи першого учасника закінчаться, партнери міняються ролями. Під час загального обговорення учасникам пропонують відповісти на два питання:

- Які варіанти відмови були для вас найбільш переконливими?
- Що допомагало вам відмовитися?

Вправа “Портрет наркомана”

Мета вправи: допомогти учасникам більш глибоко відчувати і пережити ситуацію залежності.

Учасникам видають папір і олівці. Ведучий оголошує завдання:

“Намалюйте портрет наркомана. Це не обов’язково має бути зображення людини, просто намагайтеся передати в малюнку ті почуття, які виникають у вас, коли ви згадуєте про наркоманів”. Після того, як учасники закінчать роботу, малюнки розкладаються всередині кола і усі діляться своїми враженнями.

Після завершення обговорення можна провести своєрідний конкурс: хто швидше розпрощається зі своїм наркоманом. Для цього в центр кола ставлять кошик для сміття. Учасники з однакової відстані повинні закинути зім’ятий малюнок у цей кошик. Якщо учасник не потрапив – він бере свій клубок і відходить на вихідну позицію.

Вправа “Десять заповідей”

Мета вправи: допомога учасникам в оволодінні ранжуванням цінностей, вибудовуванні їх в ієрархії.

Учасників просять придумати десять заповідей – якихось загальнолюдських законів, обов’язкових для дотримання кожною людиною.

Ведучий на цьому етапі записує кожну оголошену пропозицію. Після того, як десять заповідей зібрані, дається завдання проранжувати їх: вибрати спочатку найменш цінну заповідь з десяти, потім найменш цінну з дев’яти тощо. Усі заповіді ведучий фіксує на дошці або ватмані.

Вправа “Незакінчені речення на тему «Залежність»”

Мета вправи: допомогти учасникам більш глибоко відчувати і пережити ситуацію залежності.

Учасникам видають папір і олівці. Пояснюється, що необхідно закінчити такі пропозиції:

1. Коли спілкуюся з людиною, залежною від наркотиків і алкоголю, тоді я ...
2. У спілкуванні з залежними людьми найважче мені буває ...
3. Своє співчуття до залежної людини я проявляю через ...
4. Коли я спостерігаю поведінку залежної людини, я розумію, що ...
5. Ситуація, в якій я б міг стати залежним від наркотика, – це ...
6. Коли я помічаю, що стаю залежним від когось або чогось, я усвідомлюю, що ...
7. Бути незалежним – для мене означає ...
8. Як я розумію, залежність – це

Можна ці пропозиції заготовити у вигляді роздруківок і роздати для самостійної роботи (10 хв).

Потім група поділяється на пари, і учасники по черзі зачитують один одному варіанти пропозицій. У ході загального обговорення необхідновизначити найбільш типові і найбільш відмінні точки зору.

Вправа “Його сильна сторона”

Мета вправи: розминка, вироблення вміння говорити і вислуховувати компліменти.

Почнемо нинішній день з гри. Кидаючи по черзі один одному цей м'яч, будемо говорити про безумовні переваги, сильні сторони того, до кого потрапляє м'яч. Будьмо уважні, щоб м'яч побував у кожного.

Вправа “Шахи”

Мета вправи: дає змогу відчувати, що проблема вживання наркотиків нетака проста, як здається на перший погляд. Так, наприклад, наркотичні речовини використовують у медицині для того, щоб полегшити страждання хворих, або, наприклад, відомі випадки з історії, коли наркотики вживають люди мистецтва для стимуляції уяви. Сенс цієї вправи полягає в тому, щоб сформувати в учасників більш усвідомлену позицію щодо наркотиків і виробити в них навички аргументованого захисту своєї позиції.

Якщо група велика, то її поділяють на підгрупи (по 5–7 осіб), кількість учасників у таких підгрупах має бути непарною.

Пропонують тему для обговорення: чи припустиме вживання наркотиків у суспільстві?

Підгрупи розсідаються в коло і розподіляються “на перший-другий”.

Перші номери відстоюють одну точку зору, починаючи свій виступ словами:

“Так, вживання наркотиків припустиме ...”, а другі – протилежну: “Ні, вживання наркотиків неприпустимо ...”. Взаємодія здійснюється по колу, при цьому той, хто відповідає, спочатку повинен перефразувати попереднього учасника, а потім заперечити, звертаючись до наступного по колу співрозмовника. Наприклад: “Наскільки я розумію, ти, Сергію, вважаєш, що вживати наркотики не можна, позаяк це підриває здоров’я людини, але мені здається, що нічого страшного немає в тому, що людина хоча б раз спробує наркотик ...”. Коли одне коло закінчиться, вправа триває, але точки зору змінюються на протилежні завдяки непарному числу учасників.

Вправа “Незакінчені речення на тему «Відповідальність»”

Мета вправи: допомогти відчувати, що означає почуття відповідальності.

Пропозиції записують під диктовку; під час паузи учасники повинні ці пропозиції закінчити; найбільш вірна перша реакція; якщо якась пропозиція не підходить, її можна пропустити; наприкінці дається трохи часу для того, щоб усе завершити.

- Бути відповідальним – для мене означає ...
- Деякі люди більш відповідальні, ніж інші. Це люди, які ...
- Безвідповідальні люди – це ...
- Свою відповідальність до інших людей я проявляю через ...
- Вид відповідальності, який, як я відчуваю, найважчий для мене – це ...
- Чим сильніше моя відповідальність, тим більше я ...
- Я побоювався б нести відповідальність за ...
- Бути відповідальним стосовно самого себе – це ...
- Я несу відповідальність за

Проводиться обговорення в парах і по колу. Ведучий допомагає учасникам з’ясувати їхні точки зору і усвідомити ступінь своєї відповідальності за власні почуття, думки, вчинки. Під час обговорення можна дати змогу учасникам відчувати переваги і недоліки двох позицій: відповідальності за інших і відповідального ставлення до інших. Наведений нижче матеріал допоможе ведучому зорієнтуватися в цьому питанні.

Коли я відчуваю відповідальність за інших

Я ...

справляю

захищаю

рятую

контролюю

переймаюся їх почуттями

не слухаю.

Я відчуваю ...

втому

тривогу

страх

неврівноваженість.

Я турбуюся про ...рішення, деталі, відповіді, обставини, те, щоб не помилитися.

Я маніпулятор, тобто використовую інших.

Я думаю, що людина живе відповідно до моїх очікувань.

Те ж саме, тільки коли я ставлюся відповідально до інших

Я ...демонструю емпатію (співпереживання, розуміння почуттів), підбадьорюю, ділюся, конфліктую, слухаю.

Я відчуваю ...

врівноваженість

свободу

усвідомленість

самоцінність.

Я турбуюся

про людину

про почуття.

Я вірю, що моєї присутності з іншою людиною досить.

Я помічник/провідник, тобто супроводжую іншого.

Я думаю, що людина сама відповідає за себе і за свої вчинки.

Я можу довіряти і приймати людей такими, якими вони є.

Вправа “Поза колом”

Мета вправи: допомогти зрозуміти глибинні причини дискримінацій, можливі наслідки.

Непарна кількість учасників. Спочатку відбувається безладний рух по кімнаті; за командою учасникам потрібно об'єднатися в пари. Усі, у кого знайшлася пара, об'єднуються в коло; один опиняється поза колом. Інструкція: учасникам у колі потрібно не пустити всередину того, хто поза ним; відповідно, останньому потрібно у будь-який спосіб проникнути всередину; того, хто пропустить, буде усунуто за межі кола. Тривалість гри – 10–20 хв. Після закінчення учасники діляться своїми почуттями, і розмову поступово переводять на тему дискримінацій. Далі пропонується згадати ситуацію, коли учасники зазнали якихось утисків.

Цим досвідом учасники діляться в парах або розповідають кілька ситуацій. Звертають увагу на те, як вони реагують, спостерігаючи ситуацію дискримінації, які почуття заважають їм бути більш справедливими і як доводиться розплачуватися згодом за допущене свавілля (почуття провини, жалю, гіркоти, сорому тощо).

Дискримінація як обмеження прав меншості досить широко поширена в нашому суспільстві. Причому у випадку з наркозалежністю дискримінованими можуть бути як ті, хто вживають наркотики, так і ті, хто перебувають поруч з наркоманами. Важливо зрозуміти, що обмеження прав меншості (наприклад, намагання вирішити проблему наркоманії тільки каральними методами), найчастіше лише підсилює напруженість, відчуження, ще більше ускладнює ситуацію. Ця вправа може продемонструвати і

протилежний приклад: як, керуючись природними людськими почуттями, учасники групи надають допомогу тим, хто опинився поза колом.

Вправа “Що ви дійсно думаєте”

Мета вправи: усвідомлення забобонів і цінностей, що визначають вчинки особистості.

Група поділяється на підгрупи по 4 особи, видаються картки з написаними на них пропозиціями. У підгрупі учасники по черзі піднімають, зачитують ці картки і висловлюються “за” або “проти”, проводять їхнє обговорення. Пропозиції є такі:

- Куріння має бути заборонено в усіх публічних місцях.
- Алкоголиків і наркоманів треба ізолювати від суспільства.
- Потрібно, щоб наркомани отримували безкоштовно чисті голки і шприци.

– Жінки, хворі на наркоманію чи алкоголізм, не повинні мати дітей.

Можуть бути запропоновані й інші спірні висловлювання, які стосуються теми залежностей і поведінки молоді.

Час на роботу в підгрупах (3–5 осіб) – 10–15 хв.

Можна наочно на дошці або ватмані відобразити спектр наявних думок.

У ході обговорення звертають увагу на те, що нерідко наше ставлення до того чи іншого явища пов’язане із забобонами і помилковими уявленнями, що може породжувати дискримінацію окремих категорій людей.

Вправа “Міфи”

Мета вправи: допомога учасникам у виробленні зрілої і обґрунтованої позиції щодо наркотиків.

Далеко не всі мають чітке уявлення про наркоманію. Часто дорослі формують свої погляди на наркотики, орієнтуючись на розповіді приятелів, чутки і упередження. Це небезпечно, тому що міфи про наркотики можуть як применшувати реальну загрозу (наприклад, міф про те, що марихуана – абсолютно нешкідливий наркотик), так і надмірно її перебільшувати, породжуючи відчуття безвиході і приреченості (наприклад, міф про те, що варто людині один раз спробувати наркотик, як вона обов’язково стане наркоманом).

На початку вправи групі пропонується низка висловлювань стосовно теми наркоманії. Наприклад:

- Досить один раз спробувати, щоб стати наркоманом.
- Наркоманія не хвороба, а розбещеність.
- Усі наркомани – злочинці.
- Наркотики допомагають зняти напругу.
- Марихуана абсолютно нешкідлива.

У кімнаті вивішують три таблички з написами: “так”, “ні”, “може бути”.

Учасники протягом декількох хвилин обмірковують свою позицію з приводу кожного з цих висловлювань. Потім учасникам необхідно

розподілитися відповідно до їх переконань на три групи, після чого ведучий організовує дискусію, у ході якої кожна група відстоює свою точку зору. Потім таке висловлювання обговорюють.

Після вправи доцільно дати учасникам додаткову інформацію та статистичні дані, що розвінчують міфи про наркотики.

Вправа “Упевнені інтонації”

Мета вправи: вироблення в учасників навичок упевнених інтонацій.

Запрошують двох добровольців. Ведучий за допомогою навідних питань з’ясовує тему, спірну для учасників, які мають дотримуватися протилежних точок зору. Після того, як спірна тема з’ясована, ведучий оголошує “публічні дебати”, тривалість яких – 3 хв. За цей час кожен із сперечальників повинен спробувати схилити до своєї точки зору опонента.

Після закінчення відведеного часу решта учасників повинні голосуванням виявити, хто з опонентів мав у голосі найбільш упевнені інтонації.

Якщо думки розділилися, ведучий промовляє своє вирішальне слово.

У разі, якщо в процесі дебатів один з опонентів здався, другий автоматично перемагає.

Переможець дебатів відразу зустрічається з наступним добровольцем.

І так до тих пір, поки всі учасники не візьмуть участь в дебатах.

Під час обговорення варто виписати ті критерії, на які спиралися учасники у ході визначення, у кого із сперечальників найбільш впевнені інтонації.

Вправа “Цінності”

Учасникам групи пропонують списки можливих людських цінностей:

- цікава служба;
- стабільна обстановка в країні;
- суспільне визнання;
- матеріальний достаток;
- кохання;
- родина;
- задоволення, розваги;
- самовдосконалення;
- свобода;
- справедливість;
- доброта;
- чесність;
- щирість;
- віра;
- цілеспрямованість.

Потім кожен має вибрати зі списку п’ять найголовніших для нього цінностей і дві такі, що не дуже значущі на цей момент. Після етапу

індивідуальної роботи учасники об'єднуються в малі підгрупи (по 3–4 особи) і обговорюють свої варіанти. Потім відбувається спільне обговорення, під час якого учасники висловлюють свої враження.

Вправа “Остання зустріч”

Учасникам пропонують закрити очі й уявити, що заняття в групі закінчилися. Усі йдуть додому.

Слід замислитися над тим, що учасники не сказали в групі, але хотіли б сказати. Через кілька хвилин треба відкрити очі та висловитися.

Вправа “Лист до редакції”

Мета вправи: учасники формують навичку аргументованого відстоювання своєї позиції, причому в ситуації надання допомоги товаришу по службі.

Учасникам пропонують розділитися на дві підгрупи, кожна з яких тимчасово виконуватиме функції редакції молодіжної газети. “Уявіть, що до редакції надійшов лист, – оголошує ведучий. – Спробуйте упродовж 15–20 хв спільними зусиллями написати відповідь людині”. Потім ведучий роздає листи.

Взірцеві варіанти листів можуть виглядати так:

«Дорога редакціє. Під час проходження служби я брав участь в ООС і мене вмовили спробувати вколотися. Мені стало цікаво. А тепер я весь час думаю, а раптом я вже наркоман. Що мені тепер робити? До лікаря йти боюся.

Дайте мені, будь ласка, відповідь. (Сергій П.)

Після того, як відповіді написано, підгрупи міняються листами і своїми варіантами відповідей. Далі кожній з підгруп пропонують оцінити якість відповіді колег за такими критеріями:

- Чи доступна форма відповіді на лист?
- Чи зрозумілий сенс відповіді?
- Чи не викликала у вас почуття ніяковості чи неприязні ця відповідь?
- Наскільки цікава для вас ця відповідь?
- Чи достатньо вона інформативна?

За кожним критерієм виставляють від одного до десяти балів, потім підраховують загальний результат. На закінчення проводять спільне обговорення, у процесі якого учасники обмінюються враженнями та емоціями