

Міністерство освіти і науки України  
Луцький національний технічний університет  
Факультет цифрових, освітніх та соціальних технологій  
Кафедра соціогуманітарних технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА  
ЗА СТУПЕНЕМ ВИЩОЇ ОСВІТИ «БАКАЛАВР»

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ДЕТЕРМІНАНТИ  
АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

Спеціальність 053 Психологія  
Освітньо-професійна програма «Психологія»

Виконала: здобувач вищої освіти  
Групи ПС-41  
Костогриз Катерина Анатоліївна

\_\_\_\_\_

(підпис)

Керівник:

К. психол. н., доцент  
Шкарлатюк Катерина Іванівна

\_\_\_\_\_

(підпис)

Кваліфікаційну роботу  
допущено до захисту  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.  
К. психол. н., доцент  
Гарант освітньо-професійної програми:  
Савчук Надія Антонівна

## ЛУЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ТЕХНІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**Факультет цифрових, освітніх та соціальних технологій****Кафедра соціогуманітарних технологій**

Ступінь вищої освіти: бакалавр

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

**Освітньо-професійна програма: Психологія****ЗАТВЕРДЖУЮ**  
**Завідувач кафедри**

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

**ЗАВДАННЯ*****НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВИТИ*****Костогриз Катерина Анатоліївна**

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема кваліфікаційної роботи «Соціально-психологічні детермінанти адиктивної поведінки військовослужбовців».

Керівник роботи: Шкарлатнюк Катерина Іванівна, к.психол.н., доцент

затверджені наказом закладу вищої освіти від «26» грудня 2024 р. № 479/01-02

2. Строк подання здобувачем вищої освіти кваліфікаційної роботи «15 травня» 2025 р.

3. Вихідні дані до роботи Психологічна фахова література, періодичні видання, науково-методичні джерела вітчизняних і зарубіжних авторів

4. Зміст пояснювальної записки (перелік питань, що потрібно розробити):

Аналіз літературних джерел за темою кваліфікаційної роботи бакалавра, виклад загальної проблеми і вибір напрямків дослідження; опис рішення загальної проблеми та основних методів дослідження; методика для проведення експерименту, експериментальне дослідження та аналіз його результатів.

5. Перелік графічного (ілюстративного) матеріалу:

---

---

---

---

## 6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис	
		завдання видав	завдання прийняв
<i>Розділ 1</i>			
<i>Розділ 2</i>			
<i>Висновки</i>			

7. Дата видачі завдання «\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ р.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	<i>Обґрунтування теми</i>	10.01.2025	
2.	<i>Огляд літератури із досліджуваної проблеми</i>	01.02.2025	
3.	<i>Розділ 1</i>	15.03.2025	
4.	<i>Розділ 2</i>	30.04.2025	
5.	<i>Висновки та пропозиції</i>	07.05.2025	
6.	<i>Формування списку використаних джерел</i>	17.05.2025	
7.	<i>Нормоконтроль</i>	31.05.2025	
8.	<i>Інструментальна перевірка на академічний плагіат</i>	06.06.2025	
9.	<i>Представлення кваліфікаційної роботи бакалавра до захисту</i>	07.06.2025	

**Здобувач вищої освіти**

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(підпис) (прізвище, ініціали)

**Керівник кваліфікаційної роботи**

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(підпис) (прізвище, ініціали)

## АНОТАЦІЯ

Костогриз К.А. Соціально-психологічні детермінанти адиктивної поведінки військовослужбовців. Рукопис.

Кваліфікаційна робота бакалавра ОПП «Психологія» спеціальності 053 Психологія. Луцький національний технічний університет. Луцьк, 2025.

Кваліфікаційна робота бакалавра складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків.

У роботі досліджено сучасні умови військової служби, які характеризуються високим рівнем стресу, фізичними та психологічними навантаженнями. Проблема залежностей (алкогольна, наркотична, ігрова тощо) набуває особливої гостроти у контексті бойових дій, демобілізації та адаптації до мирного життя. Вивчення соціально-психологічних детермінант цієї поведінки є важливим для профілактики, реабілітації та забезпечення ефективного функціонування особового складу.

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження соціально-психологічних чинників, що впливають на формування адиктивної поведінки у військовослужбовців.

В процесі роботи були використані такі методи:

1. Теоретичний аналіз наукової літератури;
2. Метод спостереження;
3. Психологічне анкетування (опитувальники залежностей, рівня стресу, адаптаційних можливостей);
4. Статистична обробка даних;
5. Інтерв'ювання (за потреби).

У дослідженні було розроблено та вперше комплексно проаналізовано соціально-психологічні чинники, що сприяють формуванню адиктивної поведінки саме в умовах військової служби, з урахуванням специфіки професійної діяльності та психоемоційного стану військових.

Ключові слова: військослужбовці, адиктивна поведінка, військова служба, залежність.

## SUMMARY

Kostohryz K.A. Social and Psychological Determinants of Addictive Behaviour in Military Personnel. Manuscript.

Qualifying thesis of the bachelor's degree program «Psychology» specialty 053 Psychology. Lutsk National Technical University. Lutsk, 2025.

The bachelor's qualification paper consists of an introduction, two chapters, conclusions, a list of references, and appendices.

This study explores the current conditions of military service, which are characterized by high levels of stress, as well as physical and psychological strain, creating favorable conditions for the development of addictive behavior among military personnel. The issue of addiction (alcohol, drugs, gambling, etc.) becomes particularly acute in the context of combat operations, demobilization, and reintegration into civilian life. Examining the socio-psychological determinants of such behavior is essential for prevention, rehabilitation, and ensuring the effective functioning of military personnel.

The aim of the research is to provide a theoretical rationale and conduct an empirical study to identify and analyze the socio-psychological factors influencing the formation of addictive behavior in military personnel.

The following methods were used in the course of the research: theoretical analysis of scientific literature; observation method; psychological surveying (questionnaires on addictions, stress levels, and adaptive capacity); statistical data analysis; interviews (as needed).

This study developed and, for the first time, comprehensively analyzed the social and psychological factors that contribute to the development of addictive behavior specifically under the conditions of military service, taking into account the specifics of professional activity and the psycho-emotional state of service members.

**Keywords:** military personnel, addictive behavior, military service, addiction.

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ</b> .....	
1.1. Поняття, види та класифікація адиктивної поведінки .....	
1.2. Психологічні та соціальні підходи до вивчення залежностей .....	
1.3. Особистісні чинники схильності до адиктивної поведінки .....	
<b>РОЗДІЛ 2. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЯК ЧИННИК АДИКЦІЙ</b> .....	
2.1. Психологічні навантаження та стресові фактори військовослужбовців .....	
2.2. Соціальна ізоляція та військове середовище як сприятливий ґрунт для адикцій.....	
2.3. Типові прояви адиктивної поведінки серед військовослужбовців.....	
<b>РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ</b> .....	
3.1. Методи діагностики адиктивної поведінки у військовому середовищі .....	
3.2. Соціально-психологічна підтримка та реабілітаційні програми.....	
3.3. Профілактика та формування психологічної стійкості військовослужбовців .....	
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Сучасні умови військової служби характеризуються високим рівнем стресу, фізичними та психологічними навантаженнями, що створює сприятливі умови для розвитку адиктивної поведінки серед військовослужбовців. Проблема залежностей (алкогольна, наркотична, ігрова тощо) набуває особливої гостроти у контексті бойових дій, демобілізації та адаптації до мирного життя. Вивчення соціально-психологічних детермінант цієї поведінки є важливим для профілактики, реабілітації та забезпечення ефективного функціонування особового складу.

**Мета дослідження.** Визначити та проаналізувати соціально-психологічні чинники, що впливають на формування адиктивної поведінки у військовослужбовців.

### **Завдання дослідження:**

1. Проаналізувати наукові джерела з теми адиктивної поведінки та соціально-психологічних факторів її виникнення.
2. Визначити основні види адикцій, що є поширеними серед військовослужбовців.
3. Виявити специфічні соціально-психологічні чинники, що сприяють формуванню залежної поведінки.
4. Провести емпіричне дослідження рівня вираженості адиктивної поведінки у військових.
5. Розробити рекомендації для психологічної профілактики та корекції адиктивної поведінки.

**Об'єкт дослідження** - адиктивна поведінка військовослужбовців.

**Предмет дослідження** - соціально-психологічні чинники, що впливають на розвиток адиктивної поведінки у військовослужбовців.

### **Методи дослідження:**

1. Теоретичний аналіз наукової літератури;
2. Метод спостереження;

3. Психологічне анкетування (опитувальники залежностей, рівня стресу, адаптаційних можливостей);
4. Статистична обробка даних;
5. Інтерв'ювання (за потреби).

**Інформаційна основа дослідження.** Українські дослідники Кочарян О.С., Савіна М.В., Слюсар В.В. та Антонович М.А. приділяють значну увагу особливостям «Я»-концепції наркозалежної особистості. Янкович О.О., Кікінежді О., Козубовська І., Погорілко О.В., Скрипніков А.М., Герасименко Л.О. та Ісаков Р.І. розглядають взаємозв'язок між адиктивною та аутоагресивною поведінкою. Автори обґрунтовують, що розвиток стресостійкості та навичок ефективного подолання стресу є важливим фактором профілактики адиктивної поведінки. Чернобровкіна В.М. та Панок В.Г. пропонують концепцію розвитку життєстійкості як ключового психологічного ресурсу, що запобігає формуванню дезадаптивних стратегій подолання стресу, включаючи адиктивну поведінку.

**Наукова новизна дослідження.** У дослідженні комплексно проаналізовано соціально-психологічні чинники, що сприяють формуванню адиктивної поведінки саме в умовах військової служби, з урахуванням специфіки професійної діяльності та психоемоційного стану військових.

**Теоретична значущість.** Дослідження доповнює наукові уявлення про природу адиктивної поведінки у специфічній професійній групі – військовослужбовців, зокрема в умовах війни.

**Практична значущість.** Отримані результати можуть бути використані у роботі військових психологів, соціальних працівників, під час розробки програм психопрофілактики, а також для корекції адиктивної поведінки серед військових та ветеранів.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

#### 1.1. Поняття, види та класифікація адиктивної поведінки

Адиктивна поведінка представляє собою форму деструктивної поведінки, яка проявляється у прагненні людини відійти від реальності шляхом зміни свого психічного стану через вживання певних речовин або фіксацію на конкретних видах діяльності. Ключовою характеристикою такої поведінки є формування залежності, коли людина відчуває непереборний потяг до об'єкта адикції, втрачає контроль над своїми діями, і поступово адикція стає центральною у житті особистості. Адиктивна поведінка формується як результат складної взаємодії багатьох факторів: біологічних (генетична схильність, особливості нейромедіаторних систем мозку), психологічних (особистісні характеристики, копінг-стратегії, психологічні травми) та соціальних (сімейне оточення, вплив референтних груп, соціокультурне середовище). Важливо розуміти, що адикція розвивається поступово, проходячи декілька стадій – від експериментування до формування психологічної та фізичної залежності.

Адиктивну поведінку можна класифікувати за різними критеріями. Найбільш фундаментальним є поділ на хімічні та нехімічні (поведінкові) адикції. Хімічні адикції пов'язані з вживанням психоактивних речовин, які безпосередньо впливають на нейрохімічні процеси в мозку. До цієї категорії належать: алкогольна залежність, наркоманія (опіоїдна, канабіноїдна, психостимуляторна, галюциногенна), тютюнопаління, токсикоманія. Кожен вид хімічної адикції має свої особливості формування, перебігу та клінічних проявів, але спільним є прагнення до зміни свого психофізіологічного стану та розвиток синдрому відміни при припиненні вживання речовини [1 с. 83].

Нехімічні (поведінкові) адикції характеризуються патологічною фіксацією на певних видах діяльності. До цієї групи відносять: ігрову залежність (лудоманію, гемблінг), інтернет-залежність, залежність від соціальних мереж, шопоголізм (оніоманію), працеголізм, залежність від фізичних вправ, харчові

адикції (компульсивне переїдання, булімія), сексуальну адикцію. Психофізіологічні механізми поведінкових адикцій схожі з хімічними, оскільки також пов'язані з активацією системи винагороди в мозку та вивільненням дофаміну, що створює відчуття задоволення [18; 19; 20; 21].

Окремо варто виділити проміжну категорію – залежність від прийому їжі (харчову адикцію), яка має риси як хімічної (вплив харчових речовин на нейромедіаторні системи), так і поведінкової залежності. Деякі дослідники також виділяють технологічні адикції як підкатегорію поведінкових залежностей, пов'язаних із використанням сучасних технічних засобів (смартфонів, комп'ютерів, відеоігор).

За ступенем тяжкості адиктивну поведінку можна розділити на епізодичну, систематичну та постійну. Епізодична характеризується періодичним зверненням до об'єкта адикції без формування стійкої залежності. Систематична адиктивна поведінка проявляється в регулярному зверненні до адиктивного агента з формуванням психологічної залежності. Постійна адикція характеризується глибокою психологічною та, у випадку хімічних залежностей, фізичною залежністю, коли адиктивна поведінка домінує в житті людини.

За формою реалізації адикції поділяють на активні (пов'язані з надмірною стимуляцією) та пасивні (пов'язані з відходом від активності, наприклад, телевізійна адикція). За соціальною прийнятністю виділяють соціально прийнятні (працеголізм, спортивна адикція) та соціально неприйнятні форми (наркоманія, алкоголізм).

Клінічний підхід до класифікації адикцій відображений в сучасних діагностичних системах. У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) залежності виділені в розділ "Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин або адиктивної поведінки". Важливо, що в МКХ-11 офіційно визнані не лише хімічні залежності, але й деякі поведінкові адикції – ігрова залежність та розлад, пов'язаний з онлайн-іграми.

Сучасні підходи до розуміння адиктивної поведінки ґрунтуються на біопсихосоціальной моделі, яка розглядає залежність як багатофакторний феномен, що потребує комплексного підходу до діагностики, профілактики та

лікування. Визнання адиктивної поведінки як складного феномену з біологічним підґрунтям дозволило відійти від суто моралістичного ставлення до залежностей і розробити ефективні стратегії допомоги людям, які страждають від різних форм адикцій.

## **1.2. Психологічні та соціальні підходи до вивчення залежностей**

Використовуючи теоретичні та емпіричні напрацювання вітчизняних науковців, можна окреслити комплексне розуміння психологічних механізмів формування залежностей та соціальних аспектів їх профілактики і подолання. Психологічні закономірності розвитку адикцій Згідно з дослідженнями Бугайової Н.М., адиктивна поведінка формується відповідно до певних психологічних закономірностей в онтогенезі. Вона розглядає адикцію як результат складної взаємодії генетичних, психофізіологічних та соціальних факторів. Важливим є її положення про те, що залежність розвивається поступово, проходячи кілька стадій: від епізодичного вживання до психологічної залежності, а згодом до фізичної залежності. Особливого значення вона надає підлітковому віку як найбільш уразливому періоду для формування адикцій [2].

Кочарян О.С., Савіна М.В., Слюсар В.В. та Антонович М.А. приділяють значну увагу особливостям "Я"-концепції наркозалежної особистості. У своїх дослідженнях вони виявили, що для адиктів характерна деформація самосприйняття та самооцінки. Зокрема, спостерігається амбівалентність самоставлення: поєднання завищеної самооцінки з глибинним почуттям неповноцінності. "Я"-образ наркозалежної особистості характеризується дифузністю, внутрішньою суперечливістю та нестійкістю. Ці особливості трансформації самосвідомості не лише є наслідком залежності, але й сприяють її поглибленню [6].

Мостова Т.Д. у своєму навчально-методичному посібнику "Психологічні основи адиктивної поведінки у системі освіти" розкриває глибинні психологічні механізми формування залежностей. Вона виділяє такі психологічні передумови адиктивної поведінки як низька фрустраційна толерантність, несформованість

навичок саморегуляції, дефіцит комунікативної компетентності та нездатність будувати глибокі емоційні зв'язки. Важливим аспектом її підходу є розуміння адиктивної поведінки як дезадаптивного способу подолання стресу та психологічного дискомфорту [9].

Горобей М.П., досліджуючи проблеми шкідливих звичок і залежностей студентів, звертає увагу на соціокультурні чинники, що сприяють поширенню залежностей у молодіжному середовищі. Серед них - пропаганда певних моделей поведінки в медіа, тиск соціального оточення, доступність адиктивних агентів, а також відсутність ефективних моделей профілактичної роботи в освітніх закладах. Автор підкреслює, що формування залежностей у студентської молоді має власну специфіку, пов'язану з особливостями адаптації до нових умов навчання, високими інтелектуальними навантаженнями та соціальною незахищеністю [3].

Лобанова А.С. у своїй монографії «Робота з підлітками-девіантами: Соціологічні та психологічні аспекти» пропонує комплексний соціально-психологічний підхід до розуміння девіантної поведінки підлітків, у тому числі адиктивної. Вона розглядає девіації не лише як індивідуальний психологічний феномен, але й як соціальне явище, зумовлене особливостями соціалізації в сучасному суспільстві. Дослідниця наголошує на важливості врахування соціального контексту при розробці профілактичних та корекційних програм [7].

Золотова Г.Д. у своїй статті «Особливості соціально-педагогічної профілактики адиктивної поведінки серед дітей групи ризику» пропонує багаторівневу модель профілактики, яка включає первинну (універсальну), вторинну (селективну) та третинну (індикативну) профілактику. Особливу увагу авторка приділяє дітям групи ризику, для яких характерні певні соціальні та психологічні фактори вразливості щодо формування залежностей. Вона підкреслює, що ефективна профілактика має бути комплексною і включати не лише інформаційно-просвітницький компонент, але й формування життєвих навичок, розвиток емоційного інтелекту та створення підтримуючого соціального середовища [4].

Лютий В.П. розвиває концепцію профілактики «соціально-прийнятних» видів адиктивної поведінки, тобто таких форм залежності, які не сприймаються суспільством як девіантні (наприклад, Інтернет-залежність, ігроманія, трудоголізм). Він наголошує на складності профілактики таких адикцій через їх соціальну легітимацію та пропонує інноваційні підходи до превентивної роботи, що ґрунтуються на формуванні ціннісного ставлення до здоров'я та розвитку критичного мислення [8].

У колективній монографії «Теорія та практика профілактичної роботи з дітьми, схильними до девіантної поведінки» за участю Янкович О.О., Кікінежді О., Козубовської І. та інших авторів узагальнено український та міжнародний досвід превентивної роботи. Автори пропонують інтегративний підхід до профілактики, який поєднує ресурси сім'ї, школи та громади. Вони підкреслюють важливість раннього виявлення ознак схильності до девіантної поведінки та своєчасного психолого-педагогічного втручання [17].

Погорілко О.В., Скрипніков А.М., Герасименко Л.О. та Ісаков Р.І. у своїй монографії «Аутоагресивна поведінка підлітків» розглядають складний взаємозв'язок між адиктивною та аутоагресивною поведінкою. Вони показують, що різні форми залежностей часто супроводжуються схильністю до самоушкодження, суїцидальними думками та спробами. Автори пропонують комплексний підхід до оцінки суїцидального ризику у підлітків із адиктивною поведінкою та рекомендації щодо превенції аутоагресивних дій [12].

Колективна монографія «Психологічне благополуччя особистості та психосоціальний стрес» за редакцією В.А. Розанова розкриває взаємозв'язок між рівнем психологічного благополуччя, здатністю долати стрес та схильністю до формування залежностей. Автори обґрунтовують, що розвиток стресостійкості та навичок ефективного подолання стресу є важливим фактором профілактики адиктивної поведінки [13].

Ця ідея розвивається у навчально-методичному посібнику «Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості/стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах» за редакцією Чернобровкіна В.М. та Панка В.Г. Автори пропонують концепцію розвитку життєстійкості як ключового психологічного

ресурсу, що запобігає формуванню дезадаптивних стратегій подолання стресу, включаючи адиктивну поведінку.

Коллективна монографія "Психологічні механізми ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою в умовах суспільних змін" за редакцією Максимової Н.Ю. присвячена теоретичним та прикладним аспектам ресоціалізації осіб з різними формами девіантної поведінки, зокрема адиктивної. Автори розкривають психологічні механізми ресоціалізації, обґрунтовують необхідність диференційованого підходу до різних форм девіацій та пропонують інноваційні моделі психологічного супроводу [14].

У методичних рекомендаціях «Соціально-психологічні аспекти ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою» Максимова Н.Ю., Грись А.М., Манілов І.Ф. та інші автори детально описують практичні аспекти реабілітаційної роботи. Вони пропонують комплексний підхід, який включає психотерапевтичні інтервенції, формування нових поведінкових патернів, відновлення соціальних зв'язків та професійну реадaptaцію [16].

Аналіз робіт представлених авторів дозволяє зробити висновок про багатовимірність феномену залежностей, який потребує інтегративного підходу до вивчення та подолання. Психологічні підходи зосереджуються на внутрішніх механізмах формування адикцій, особливостях особистості залежних, психологічних дефіцитах та деформаціях, що супроводжують розвиток залежної поведінки. Соціальні підходи акцентують увагу на контекстуальних факторах, що сприяють поширенню адикцій, соціокультурних передумовах залежної поведінки та соціальних стратегіях профілактики і подолання залежностей.

Сучасне розуміння проблеми залежностей передбачає синтез психологічних та соціальних підходів, який реалізується у біопсихосоціальній моделі адикцій. Ця модель враховує складну взаємодію біологічних (генетичних, нейрофізіологічних), психологічних (особистісних, поведінкових, когнітивних) та соціальних (соціокультурних, економічних, політичних) факторів у формуванні, профілактиці та подоланні залежностей.

Ефективна стратегія подолання проблеми залежностей має включати комплексні заходи на різних рівнях: від індивідуально-психологічної роботи з

особами, що мають адиктивну поведінку, до системних змін у соціальній політиці та формування здоров'язберігаючого середовища на рівні громади та суспільства в цілому.

### **1.3. Особистісні чинники схильності до адиктивної поведінки**

Формування адиктивної поведінки значною мірою визначається особистісними характеристиками та індивідуально-психологічними особливостями людини. Схильність до адикцій обумовлюється комплексом внутрішніх чинників, які підвищують вразливість особистості до формування залежної поведінки.

Серед ключових особистісних чинників важливу роль відіграє низька фрустраційна толерантність. Особи, схильні до адикцій, часто демонструють знижену здатність витримувати психологічний дискомфорт, напругу та стрес. Вони прагнуть негайного задоволення потреб і мають труднощі з відтермінуванням винагороди. Це створює підґрунтя для пошуку швидких способів полегшення емоційного стану через адиктивні агенти.

Суттєвим чинником є низька самооцінка та проблеми з ідентичністю. Невпевненість у собі, відчуття неповноцінності, внутрішня спустошеність і розмитість уявлень про себе створюють психологічний вакуум, який людина намагається заповнити через адиктивну поведінку. Залежність стає способом компенсувати негативне самосприйняття та досягти тимчасового відчуття значущості й контролю.

Недостатній розвиток навичок емоційної саморегуляції становить ще один вагомий фактор. Труднощі в усвідомленні, вираженні та керуванні власними емоціями (алекситимія) призводять до того, що особи, схильні до адикцій, використовують зовнішні регулятори (психоактивні речовини або певні види діяльності) як засіб впоратися з негативними емоційними станами. Імпульсивність та схильність до ризикованої поведінки також корелюють з розвитком адикцій. Такі особи характеризуються зниженим самоконтролем, діють під впливом моменту, не враховуючи довгострокових наслідків.

Важливим предиктором адиктивної поведінки є неефективні копінг-стратегії. Замість активного вирішення проблем, пошуку соціальної підтримки чи когнітивної переоцінки ситуації, особи, схильні до адикцій, частіше обирають уникнення, заперечення проблем або орієнтуються на зняття емоційної напруги шляхом "втечі" в адикцію. Серед особистісних рис, пов'язаних з підвищеним ризиком розвитку залежностей, дослідники виділяють тривожність, депресивність, сенситивність і пошук нових відчуттів. Особи з високим рівнем нейротизму та низьким рівнем сумлінності за п'ятифакторною моделлю особистості (Big Five) демонструють більшу схильність до адиктивної поведінки.

Екзистенційний вакуум, відсутність осмисленості життя та духовних цінностей також створюють передумови для формування залежностей. Згідно з поглядами В. Франкла, коли людина не знаходить сенсу в своєму житті, вона намагається заповнити внутрішню порожнечу через різні форми адикцій. Значну роль відіграють проблеми із самоідентифікацією та соціалізацією. Труднощі у встановленні здорових міжособистісних стосунків, відчуття соціальної ізоляції, невміння задовольняти свої соціальні потреби соціально прийнятними способами штовхають до пошуку альтернативних джерел задоволення в адикціях.

Дослідження в галузі клінічної психології підтверджують зв'язок між певними типами особистісних розладів і схильністю до адикцій. Зокрема, антисоціальний, пограничний, нарцисичний і унікаючий розлади особистості часто коморбідні з різними формами залежної поведінки. Важливо зазначити, що особистісні чинники не діють ізольовано, а взаємодіють із біологічними, генетичними і соціальними факторами, формуючи унікальний патерн вразливості до розвитку адикцій у кожної конкретної людини. Розуміння цих особистісних предикторів має велике значення для ефективною профілактики та терапії адиктивних розладів, дозволяючи розробляти індивідуалізовані стратегії психологічної допомоги.

## РОЗДІЛ 2

### СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЙСЬКОВОЇ СЛУЖБИ ЯК ЧИННИК АДИКЦІЙ

#### 2.1. Психологічні навантаження та стресові фактори військовослужбовців

Військова служба є однією з найбільш психологічно вимогливих професій, що характеризується високим рівнем стресу, екстремальними умовами та значними емоційними навантаженнями. Військовослужбовці стикаються з унікальним набором стресових факторів, які включають фізичну небезпеку, тривалу ізоляцію, моральні дилеми та тиск відповідальності за життя інших. Ці фактори впливають на психологічний стан, когнітивні функції та загальний добробут, що може призводити до розвитку стресових розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Цей текст аналізує основні психологічні навантаження та стресові фактори, з якими стикаються військовослужбовці, їхній вплив на психоемоційний стан і стратегії пом'якшення цих ефектів.

Психологічні навантаження військовослужбовців виникають унаслідок поєднання фізичних, емоційних і когнітивних викликів, пов'язаних із виконанням службових обов'язків. Фізична небезпека, така як бойові дії чи ризик травм, створює постійне відчуття загрози, що активує реакцію організму «бий або біжи». Ця реакція супроводжується підвищеним рівнем адреналіну та кортизолу, що в короткостроковій перспективі підвищує пильність, але при тривалому впливі призводить до виснаження.

Емоційні навантаження пов'язані з необхідністю приймати складні рішення в умовах обмеженого часу та інформації. Військовослужбовці часто стикаються з моральними дилемами, наприклад, вибором між виконанням наказу та етичними принципами, що може викликати внутрішній конфлікт і почуття провини. Крім того, втрата товаришів по службі або свідчення насильства залишають глибокий емоційний відбиток, сприяючи розвитку травматичних спогадів.

Когнітивні навантаження виникають через необхідність підтримувати високий рівень концентрації, аналізувати складні ситуації та швидко адаптуватися до змін. Наприклад, під час бойових операцій військовослужбовці повинні одночасно обробляти інформацію з кількох джерел, таких як радіозв'язок, розвіддані та візуальні спостереження, що може призводити до перевантаження інформацією та зниження ефективності прийняття рішень.

Стресові фактори, з якими стикаються військовослужбовці, можна класифікувати за їхньою природою та джерелом. Одним із основних є бойовий стрес, який виникає під час участі в бойових діях. Постійна загроза життю, гучні звуки вибухів, хаотичність бойового середовища та необхідність швидкого реагування створюють екстремальні умови, що перевантажують нервову систему. Бойовий стрес може проявлятися у вигляді гострих реакцій, таких як паніка чи дезорієнтація, або накопичуватися, сприяючи хронічним психологічним проблемам.

Організаційні фактори також відіграють значну роль. Тривалі періоди служби в ізольованих умовах, таких як віддалені бази чи зони бойових дій, призводять до соціальної ізоляції та втрати зв'язку з сім'єю. Нерегулярний графік, нестача сну та фізична втома посилюють відчуття безпорадності. Крім того, бюрократичні аспекти служби, такі як нечіткі накази чи затримки у забезпеченні, можуть викликати фрустрацію та знижувати мотивацію.

Соціально-психологічні фактори включають тиск з боку командування, конфлікти в колективі та очікування суспільства. Військовослужбовці часто відчують потребу відповідати образу «героя» або уникати проявів слабкості, що перешкоджає зверненню за психологічною допомогою. У деяких випадках стигматизація психічних проблем у військовому середовищі ускладнює своєчасне виявлення та лікування стресових розладів.

Особливе місце займають морально-етичні стресові фактори. Участь у бойових діях може змушувати військовослужбовців брати участь у діях, які суперечать їхнім цінностям, наприклад, спричинення шкоди цивільним особам. Такі ситуації викликають почуття провини, сорому чи втрати сенсу, що може призводити до екзистенційної кризи або депресії.

Психологічні навантаження та стресові фактори мають глибокий вплив на психоемоційний стан військовослужбовців. У короткостроковій перспективі вони можуть викликати гострі стресові реакції, такі як тривога, дратівливість чи порушення сну. Ці симптоми зазвичай зникають після завершення стресової ситуації, але за відсутності належної підтримки можуть переходити в хронічні стани.

Одним із найпоширеніших наслідків є посттравматичний стресовий розлад, який характеризується нав'язливими спогадами, кошмарами, уникненням тригерів і підвищеною тривожністю. ПТСР може значно погіршувати якість життя, впливаючи на міжособистісні стосунки, працездатність і загальне самопочуття. Іншими можливими наслідками є депресія, тривожні розлади та залежності, які військовослужбовці можуть розвивати як спосіб справлятися зі стресом.

Когнітивні порушення, такі як зниження концентрації, пам'яті чи здатності приймати рішення, також є поширеними. Хронічний стрес впливає на нейропластичність мозку, зокрема на гіпокамп і префронтальну кору, що відповідають за пам'ять і регуляцію емоцій. У довгостроковій перспективі це може призводити до зниження професійної ефективності та ускладнень у адаптації до цивільного життя після служби.

Психологічні навантаження впливають не лише на індивідуальний стан військовослужбовців, а й на їхні соціальні зв'язки. Тривала ізоляція та емоційна напруга можуть призводити до відчуження від сім'ї та друзів. Військовослужбовці, які повертаються з бойових зон, часто відчувають труднощі в комунікації з близькими через нездатність поділитися травматичним досвідом або через змінене сприйняття реальності.

У військових колективах стресові фактори можуть спричиняти конфлікти, зниження згуртованості та порушення субординації. Наприклад, накопичена втома чи моральна напруга можуть проявлятися у вигляді агресії чи апатії, що негативно впливає на командну роботу. У той же час міцні соціальні зв'язки в колективі можуть слугувати захисним фактором, знижуючи вплив стресу через взаємну підтримку.

Суспільний тиск також відіграє роль. У багатьох культурах військовослужбовці сприймаються як символ сили, що створює додатковий бар'єр для визнання психологічних проблем. Це може призводити до самостигматизації, коли людина соромиться звертатися за допомогою, боячись бути сприйнятою як слабка.

Для зниження впливу психологічних навантажень і стресових факторів застосовуються різноманітні стратегії, які включають превентивні та терапевтичні заходи. Психологічна підготовка є ключовим елементом, що допомагає військовослужбовцям розвинути стійкість до стресу ще до початку служби. Тренінги, спрямовані на розвиток навичок саморегуляції, управління емоціями та прийняття рішень в екстремальних умовах, підвищують здатність справлятися з викликами.

Під час служби важливу роль відіграють програми психологічної підтримки. Регулярні консультації з психологами, доступ до гарячих ліній і груп взаємопідтримки дозволяють своєчасно виявляти ознаки стресових розладів. Техніки релаксації, такі як дихальні вправи, медитація чи прогресивна м'язова релаксація, допомагають знизити рівень тривоги та відновити емоційну рівновагу.

Після завершення служби або бойових дій особлива увага приділяється реінтеграції та реабілітації. Когнітивно-поведінкова терапія є одним із найефективніших методів лікування ПТСР, допомагаючи військовослужбовцям переосмислити травматичний досвід і зменшити вплив тригерів. Соціальні програми, спрямовані на підтримку сімей і сприяння працевлаштуванню, також сприяють адаптації до цивільного життя.

Організаційні заходи, такі як забезпечення належних умов служби, регулярного відпочинку та чіткої комунікації, знижують вплив організаційних стресових факторів. Наприклад, створення комфортних умов на базах, забезпечення якісного харчування та можливості для зв'язку з рідними допомагають підтримувати моральний дух.

Психологічні навантаження та стресові фактори є невід'ємною частиною військової служби, впливаючи на психоемоційний стан, когнітивні функції та

соціальні зв'язки військовослужбовців. Бойовий стрес, організаційні виклики, соціально-психологічний тиск і моральні дилеми створюють складне середовище, яке вимагає комплексного підходу до управління. Наслідки цих навантажень, включаючи ПТСР, депресію та когнітивні порушення, можуть мати довгостроковий вплив, підкреслюючи необхідність превентивних і терапевтичних заходів. Психологічна підготовка, підтримка під час служби та програми реінтеграції є критично важливими для пом'якшення ефектів стресу та забезпечення добробуту військовослужбовців. У міру зростання розуміння психологічних аспектів військової служби сучасні підходи до управління стресом стають дедалі більш інноваційними, сприяючи створенню стійкішого та здоровішого військового середовища.

## **2.2. Соціальна ізоляція та військове середовище як сприятливий ґрунт для адикцій**

Військове середовище характеризується унікальними умовами, які поєднують високий рівень стресу, соціальну ізоляцію та специфічні соціокультурні норми. Ці фактори створюють сприятливий ґрунт для розвитку адикцій - патологічної залежності від речовин, таких як алкоголь чи наркотики, або поведінкових форм, наприклад, азартних ігор чи надмірного використання цифрових пристроїв. Соціальна ізоляція, викликана тривалим перебуванням у віддалених локаціях, обмеженим контактом із сім'єю та тиском військової субкультури, посилює вразливість військовослужбовців до адикцій. Цей текст аналізує взаємозв'язок між соціальною ізоляцією, особливостями військового середовища та розвитком адикцій, розглядаючи їхні причини, наслідки та стратегії профілактики [27].

Соціальна ізоляція є одним із ключових факторів, що сприяють розвитку адикцій серед військовослужбовців. Вона проявляється у фізичному та емоційному віддаленні від сім'ї, друзів і суспільства, що є типовим для військової служби. Тривале перебування на віддалених базах, у зонах бойових дій чи під час тривалих навчань обмежує можливості для соціальної взаємодії.

Відсутність регулярного контакту з близькими призводить до почуття самотності, яке військовослужбовці можуть намагатися компенсувати через вживання психоактивних речовин або інші форми ескапізму.

Емоційна ізоляція посилюється через специфіку військової субкультури, яка часто вимагає придушення емоцій і демонстрації стійкості. Військовослужбовці можуть уникати обговорення своїх переживань через страх бути сприйнятими як слабкі, що ускладнює формування довірливих стосунків у колективі. Ця ізоляція створює психологічний вакуум, у якому адикції стають способом тимчасового полегшення емоційного дискомфорту. Наприклад, алкоголь може сприйматися як засіб розслаблення після напруженого дня, тоді як цифрові залежності, такі як надмірне використання соціальних мереж, пропонують ілюзію соціального зв'язку.

Військове середовище саме по собі є стресовим і сприяє розвитку адикцій через поєднання психологічних, організаційних і культурних факторів. Високий рівень стресу, пов'язаний із бойовими діями, фізичною небезпекою та відповідальністю за життя інших, активує механізми пошуку швидкого полегшення. Психоактивні речовини, такі як алкоголь чи наркотики, часто стають доступним способом зниження тривоги чи придушення травматичних спогадів, особливо в умовах обмеженого доступу до професійної психологічної допомоги.

Організаційні аспекти військової служби, такі як нерегулярний графік, недосипання та фізична втома, також підвищують вразливість до адикцій. Наприклад, стимулятори можуть використовуватися для підтримання пильності під час тривалих операцій, що з часом може перерости в залежність. Крім того, обмежений доступ до альтернативних форм дозвілля в ізольованих умовах сприяє формуванню шкідливих звичок. Наприклад, на віддалених базах азартні ігри чи надмірне вживання алкоголю можуть ставати основними формами розваг [24 с. 14].

Культурні норми у військовому середовищі також відіграють значну роль. У деяких військових колективах вживання алкоголю сприймається як частина традицій чи спосіб зміцнення товариських зв'язків. Такі ритуали, як святкування

після завершення місії, можуть нормалізувати надмірне споживання спиртного, створюючи хибне уявлення про його безпечність. Соціальний тиск, спрямований на відповідність цим нормам, ускладнює відмову від шкідливих звичок, навіть якщо військовослужбовець усвідомлює їхні негативні наслідки.

Розвиток адикцій у військовослужбовців тісно пов'язаний із психологічними механізмами, які активуються в умовах соціальної ізоляції та стресу. Одним із ключових є механізм самолікування, коли людина вдається до речовин чи поведінки, щоб впоратися з емоційним болем, тривогою чи травматичними спогадами. Наприклад, військовослужбовці з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) можуть використовувати алкоголь для придушення нав'язливих думок, що тимчасово полегшує симптоми, але погіршує стан у довгостроковій перспективі.

Теорія когнітивного дисонансу також допомагає пояснити розвиток адикцій. Військовослужбовці, які стикаються з моральними дилемами чи втрачають почуття сенсу через травматичний досвід, можуть відчувати внутрішній конфлікт між своїми цінностями та діями. Адикції стають способом уникнення цього конфлікту, дозволяючи тимчасово відволіктися від болісних думок. Наприклад, надмірне захоплення комп'ютерними іграми може створювати ілюзію контролю та досягнень, компенсуючи почуття безпорадності.

Нейробіологічні аспекти також відіграють роль. Хронічний стрес і соціальна ізоляція змінюють функціонування дофамінової системи мозку, яка відповідає за відчуття задоволення. Психоактивні речовини та поведінкові адикції, такі як азартні ігри, стимулюють цю систему, створюючи цикл залежності. У військовослужбовців, які зазнають тривалого стресу, цей цикл може формуватися швидше через виснаження природних механізмів регуляції емоцій.

Адикції мають серйозні наслідки для фізичного, психологічного та соціального добробуту військовослужбовців. На фізичному рівні залежність від алкоголю чи наркотиків призводить до погіршення здоров'я, включаючи захворювання печінки, серцево-судинні проблеми та зниження імунітету.

Поведінкові адикції, такі як надмірне використання гаджетів, можуть спричиняти порушення сну, хронічну втому та проблеми із зором.

Психологічні наслідки включають погіршення когнітивних функцій, таких як концентрація, пам'ять і прийняття рішень, що знижує професійну ефективність. Адикції також посилюють симптоми ПТСР, депресії та тривожних розладів, створюючи замкнене коло, у якому залежність і психологічні проблеми взаємно підсилюють одна одну. У деяких випадках це може призводити до суїцидальних думок чи поведінки.

Соціальні наслідки охоплюють погіршення стосунків із сім'єю, друзями та колегами. Військовослужбовці з адикціями можуть ставати ізольованішими, втрачаючи довіру оточення. У військовому колективі залежність може призводити до дисциплінарних проблем, зниження згуртованості та конфліктів. Після завершення служби адикції ускладнюють реінтеграцію в цивільне життя, підвищуючи ризик безробіття чи соціальної маргіналізації.

Профілактика адикцій у військовому середовищі вимагає комплексного підходу, який поєднує організаційні, психологічні та соціальні заходи. На організаційному рівні важливо створювати умови, які знижують соціальну ізоляцію. Забезпечення регулярного зв'язку з сім'єю через відеодзвінки, доступ до дозвілля (спортивні заняття, бібліотеки) та комфортні умови проживання допомагають підтримувати емоційну стабільність. Обмеження доступу до психоактивних речовин, наприклад, через контроль продажу алкоголю на базах, також знижує ризик розвитку залежності.

Психологічна підтримка є критично важливою. Регулярні консультації з психологами, тренінги з розвитку стресостійкості та програми управління емоціями допомагають військовослужбовцям знаходити здорові способи справлятися з ізоляцією та стресом. Техніки когнітивно-поведінкової терапії, спрямовані на зміну деструктивних думок і поведінки, є ефективними для профілактики адикцій. Групи взаємопідтримки, де військовослужбовці можуть ділитися досвідом, сприяють зниженню відчуття самотності.

Соціальні заходи включають зміну культурних норм у військовому середовищі. Кампанії з підвищення обізнаності про ризики адикцій і

дестигматизація звернення за допомогою можуть заохочувати військовослужбовців шукати підтримку. Програми реінтеграції після служби, які включають професійну перепідготовку та сімейну терапію, допомагають зменшити ризик розвитку залежностей у цивільному житті.

Соціальна ізоляція та особливості військового середовища створюють сприятливий ґрунт для розвитку адикцій, які є серйозною проблемою для психологічного та фізичного здоров'я військовослужбовців. Високий рівень стресу, обмежений соціальний контакт і культурні норми, що нормалізують певні форми залежності, підвищують вразливість до цієї патології. Психологічні механізми, такі як самолікування та нейробіологічні зміни, посилюють цикл залежності, тоді як її наслідки погіршують професійну ефективність і соціальну адаптацію. Профілактика та подолання адикцій вимагають комплексного підходу, який включає організаційні покращення, психологічну підтримку та зміну соціокультурних норм. У міру зростання уваги до психічного здоров'я у військовій сфері сучасні стратегії стають дедалі більш ефективними, сприяючи зниженню ризиків і підтримці добробуту військовослужбовців.

### **2.3. Типові прояви адиктивної поведінки серед військовослужбовців**

Адиктивна поведінка, що характеризується патологічною залежністю від речовин або певних видів діяльності, є значною проблемою у військовому середовищі. Військовослужбовці, які зазнають високого рівня стресу, соціальної ізоляції та психологічних навантажень, виявляються особливо вразливими до розвитку адикцій. Ці залежності можуть проявлятися у формі вживання психоактивних речовин, таких як алкоголь чи наркотики, або поведінкових адикцій, включаючи азартні ігри, надмірне використання гаджетів чи компульсивну фізичну активність. Типові прояви адиктивної поведінки серед військовослужбовців мають специфічні особливості, зумовлені умовами служби, культурними нормами та психологічними факторами. Цей текст аналізує основні форми адиктивної поведінки, їхні прояви, причини та наслідки у контексті військового середовища.

Адиктивна поведінка визначається як компульсивна потреба в певній діяльності чи речовині, що призводить до втрати контролю, незважаючи на негативні наслідки. У військовослужбовців вона часто є механізмом самолікування, спрямованим на полегшення психологічного дискомфорту, викликаного стресом, травматичним досвідом чи ізоляцією. Адикції поділяються на хімічні, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, і поведінкові, що включають залежність від певних дій, таких як гра чи перегляд контенту в інтернеті. У військовому контексті адиктивна поведінка має унікальні прояви, оскільки формується під впливом екстремальних умов служби, соціального тиску та обмежених можливостей для альтернативного дозвілля.

Основною характеристикою адикцій є їхній циклічний характер: тимчасове полегшення, яке забезпечує речовина чи поведінка, змінюється посиленням негативних емоцій, що спонукає до повторення дії. У військовослужбовців цей цикл може бути прискореним через хронічний стрес і брак доступу до професійної психологічної підтримки. Наприклад, вживання алкоголю після бойової операції може сприйматися як спосіб розслаблення, але з часом призводить до залежності, яка погіршує психоемоційний стан.

Хімічні адикції, зокрема залежність від алкоголю та наркотичних речовин, є одними з найпоширеніших серед військовослужбовців. Алкогольна залежність часто проявляється у вигляді регулярного або епізодичного надмірного вживання спиртних напоїв, особливо після завершення напружених місій чи під час періодів відпочинку. У військовому середовищі алкоголь може сприйматися як соціально прийнятний спосіб зняття стресу чи зміцнення товариських зв'язків, що нормалізує його вживання. Наприклад, ритуали, пов'язані з випивкою після виконання завдань, можуть переростати в компульсивну потребу, коли військовослужбовець не може розслабитися без алкоголю.

Наркотична залежність, хоча менш поширена через суворіший контроль, також має місце, особливо у формі вживання стимуляторів чи седативних препаратів. Стимулятори можуть використовуватися для підтримання пильності під час тривалих операцій, тоді як седативні речовини допомагають справлятися з тривогою чи безсонням. Такі речовини часто отримують нелегально або через

зловживання медичними препаратами, що підвищує ризик розвитку залежності. Прояви включають фізичну потребу в речовині, тремор, дратівливість у період абстиненції та зниження когнітивних функцій.

Хімічні адикції проявляються через фізичні та поведінкові зміни: порушення координації, зниження продуктивності, агресивність чи апатію. У довгостроковій перспективі вони призводять до серйозних проблем зі здоров'ям, таких як захворювання печінки, серцево-судинні розлади чи неврологічні порушення, що ускладнюють виконання службових обов'язків.

Поведінкові адикції серед військовослужбовців набувають дедалі більшого поширення через доступність цифрових технологій і обмеженість інших форм дозвілля. Одним із найпоширеніших проявів є залежність від гаджетів і соціальних мереж. Військовослужбовці, які перебувають в ізольованих умовах, можуть проводити надмірну кількість часу за переглядом контенту, спілкуванням в інтернеті чи іграми, що створює ілюзію соціального зв'язку. Ця поведінка проявляється у вигляді втрати інтересу до реального спілкування, порушення режиму сну та зниження концентрації під час виконання завдань.

Азартні ігри є ще однією формою поведінкової адикції, яка може розвиватися як спосіб відволіктися від стресу чи компенсувати брак адреналіну в періоди відносного спокою. У військовому середовищі азартні ігри можуть набувати форми імпровізованих парі чи участі в онлайн-казино, що доступні через смартфони. Прояви включають компульсивну потребу продовжувати гру, незважаючи на фінансові втрати, а також дратівливість і тривогу в разі неможливості грати.

Іншим специфічним проявом є компульсивна фізична активність, коли військовослужбовці надмірно зосереджуються на тренуваннях як способі контролю над своїм тілом і емоціями. Хоча фізична активність сама по собі є позитивною, її компульсивний характер може призводити до перевтоми, травм і нехтування іншими аспектами життя, такими як відпочинок чи соціальна взаємодія.

Адиктивна поведінка серед військовослужбовців супроводжується низкою психологічних і соціальних індикаторів, які допомагають виявити проблему на ранніх етапах. Психологічні прояви включають підвищену тривожність, дратівливість, зниження мотивації та втрату інтересу до професійних обов'язків. Військовослужбовці з адикціями можуть демонструвати уникнення відповідальності, прокрастинацію або імпульсивність, що контрастує з їхньою попередньою поведінкою.

Соціальні індикатори охоплюють погіршення стосунків із колегами, ізоляцію від колективу та конфлікти через неадекватну поведінку. Наприклад, військовослужбовець із алкогольною залежністю може ставати агресивним під час спілкування, тоді як той, хто залежний від гаджетів, може уникати командної роботи, віддаючи перевагу віртуальному світу. У сімейному контексті адикції проявляються через відчуження від близьких, втрату довіри та фінансові труднощі, спричинені, наприклад, азартними іграми.

Особливістю адиктивної поведінки у військовослужбовців є її прихований характер. Через стигматизацію психологічних проблем і очікування стійкості багато хто намагається приховувати свої залежності, що ускладнює їхнє виявлення. Наприклад, вживання алкоголю може відбуватися у позаслужбовий час, а поведінкові адикції, такі як надмірне використання гаджетів, можуть сприйматися як нешкідливі звички.

Розвиток і прояви адиктивної поведінки зумовлені поєднанням індивідуальних, соціальних і організаційних факторів. На індивідуальному рівні ключову роль відіграють психологічні травми, такі як ПТСР, які посилюють потребу в механізмах самолікування. Військовослужбовці з низькою стресостійкістю чи попередньою історією залежностей є особливо вразливими.

Соціальні фактори включають ізоляцію, спричинену тривалим перебуванням у віддалених локаціях, і тиск військової субкультури, яка може нормалізувати певні форми адикцій, наприклад, вживання алкоголю. Обмежений доступ до здорових форм дозвілля, таких як спорт чи культурні заходи, також сприяє розвитку шкідливих звичок. Організаційні фактори, такі як нестача

психологічної підтримки, нерегулярний графік і хронічна втома, створюють умови, у яких адикції стають способом справлятися з напругою.

Адиктивна поведінка має далекосяжні наслідки для військовослужбовців, впливаючи на їхнє здоров'я, професійну діяльність і соціальне життя. Фізичні наслідки включають погіршення загального стану здоров'я, порушення сну, зниження фізичної витривалості та підвищений ризик хронічних захворювань. Психологічні наслідки охоплюють депресію, тривожні розлади та зниження когнітивних функцій, що знижують здатність виконувати складні завдання.

Професійні наслідки проявляються у вигляді дисциплінарних проблем, зниження продуктивності та втрати довіри з боку командування. У деяких випадках адикції можуть призводити до звільнення зі служби, що ускладнює подальшу реінтеграцію в цивільне життя. Соціальні наслідки включають руйнування сімейних стосунків, ізоляцію від друзів і втрату соціального статусу, що особливо гостро відчувається після завершення служби.

Виявлення адиктивної поведінки на ранніх етапах є ключовим для запобігання її негативним наслідкам. Регулярні психологічні обстеження, спостереження за поведінковими змінами та створення культури, яка заохочує звернення за допомогою, дозволяють своєчасно ідентифікувати проблему. Наприклад, тренінги для командирів із розпізнавання ознак адикцій можуть сприяти ранньому втручанню.

Протидія адикціям вимагає комплексного підходу. Психологічна підтримка, включаючи когнітивно-поведінкову терапію та групи взаємодопомоги, допомагає військовослужбовцям знаходити здорові способи справлятися зі стресом. Організаційні заходи, такі як забезпечення доступу до спортивних і культурних активностей, знижують залежність від шкідливих звичок. Програми реінтеграції, спрямовані на підтримку після служби, включають професійну перепідготовку та сімейну терапію, що допомагають уникнути рецидивів.

Типові прояви адиктивної поведінки серед військовослужбовців включають хімічні залежності, такі як вживання алкоголю чи наркотиків, і поведінкові адикції, зокрема залежність від гаджетів, азартних ігор чи

компульсивної фізичної активності. Ці прояви зумовлені поєднанням стресових умов служби, соціальної ізоляції та культурних норм військового середовища. Адикції мають серйозні наслідки для здоров'я, професійної діяльності та соціального життя, підкреслюючи необхідність їхнього раннього виявлення та профілактики. Комплексний підхід, який поєднує психологічну підтримку, організаційні зміни та соціальні програми, є критично важливим для зниження поширеності адикцій і забезпечення добробуту військовослужбовців. У міру зростання уваги до психічного здоров'я у військовій сфері сучасні стратегії стають дедалі більш ефективними, сприяючи створенню здоровішого та стійкішого військового середовища.

## РОЗДІЛ 3

### ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ З АДИКТИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

#### 3.1. Методи діагностики адиктивної поведінки у військовому середовищі

Термін «адиктивні розлади» був запозичений із американської медичної літератури і походить від англійського слова addiction, що означає потяг, згубну пристрасть або наркозалежність. У сучасному контексті ним позначають як поведінку, пов'язану з уживанням психоактивних речовин без формування клінічної залежності, так і власне захворювання, яке виникає внаслідок розвитку цієї поведінки. Така термінологія дозволяє окреслити масштабне соціальне явище, яке супроводжувало значні потрясіння ХХ століття – війни, етнічні конфлікти, соціальні й політичні кризи. У воєнних умовах адиктивні порушення зазвичай проявляються в поведінкових формах, що ще не переросли в хворобу. Дослідники вказують, що схильність до адиктивної поведінки часто виступає вторинним проявом емоційних і невротичних розладів, а прагнення до вживання ПАР є, по суті, неусвідомленою спробою самолікування. Також є спостереження, що в суспільствах, де вживання алкоголю або наркотиків не є поширеним, рівень невротичних станів значно вищий.

Необхідність одночасного аналізу різних форм адиктивної поведінки зумовлена тим, що базове дослідницьке завдання супроводжується рядом складних, тісно взаємопов'язаних аспектів. Зокрема, йдеться про труднощі, пов'язані з нещирістю самих адиктів, що ускладнює збір достовірної інформації; про значну схожість у проявах і діагностичних критеріях як для залежностей хімічної природи, так і для нехімічних форм, що спричиняє ефект накладання симптомів та плутанину в розмежуванні типів порушень, а також про явище коморбідності, тобто одночасне існування кількох видів залежностей в одній особі, що потребує комплексного підходу до діагностики й терапії.

У межах констатувального етапу дослідження було сформовано вибірку з 30 військовослужбовців строкової служби віком від 19 до 28 років.

Інструментарій включав: тест Люшера (для виявлення емоційного стану), опитувальник тривожності Спілбергера-Ханіна, методика соціально-психологічної адаптації Роджерса-Даймонда.

Таблиця 3.1

Емоційні стани досліджених учасників бойових дій, n = 57

№ з/п	1-й вибір	2-й вибір	Інтерпретація
1	3 7 4 2 0 6 1 5	3 7 2 0 4 1 5 6	Стрес
2	2 0 1 6 7 3 4 5	2 0 1 6 3 4 7 5	Стрес
3	7 4 1 2 3 0 6 5	7 4 1 2 0 3 6 5	Стрес
4	4 6 3 7 2 1 0 5	4 3 6 7 2 1 0 5	Тривожність
5	3 4 2 7 6 5 1 0	3 4 2 6 5 7 1 0	Нестійкість
6	3 2 4 5 0 6 1 7	5 3 2 4 0 6 1 7	Фрустрація
7	1 2 0 6 5 3 4 7	1 0 2 6 5 4 3 7	Напруженість
8	1 7 2 3 4 6 5 0	1 7 2 3 4 5 0 6	Тривожність
9	2 6 3 1 0 4 5 7	2 0 4 1 6 5 3 7	Фрустрація
10	3 4 5 2 6 1 0 7	4 5 3 2 1 6 7 0	Напруженість
11	2 0 1 6 3 4 5 7	2 0 1 6 4 3 5 7	Стрес
12	2 3 1 4 5 6 0 7	2 5 4 3 1 6 0 7	Тривожність
13	2 5 3 4 6 1 0 7	2 3 5 4 0 6 1 7	Стрес
14	6 0 2 5 4 3 1 7	4 0 6 5 2 3 1 7	Стрес
15	3 5 6 4 2 1 7 0	3 5 4 2 1 7 6 0	Стрес
16	2 5 0 7 6 1 3 4	0 2 1 3 5 4 6 7	Фрустрація
17	6 1 7 2 5 0 3 4	6 1 7 3 2 0 5 4	Тривожність
18	3 4 2 5 1 6 0 7	4 3 5 2 1 0 6 7	Стрес
19	2 0 1 6 4 3 7 5	2 0 1 6 4 3 7 5	Стрес
20	4 6 3 5 1 2 7 0	4 3 6 5 2 1 7 0	Тривожність
21	1 0 4 3 6 2 7 5	6 3 5 4 2 7 1 0	Фрустрація
22	1 2 4 3 0 6 5 7	1 2 4 3 0 6 5 7	Стрес
23	2 3 6 4 5 0 1 7	2 0 5 4 6 1 3 7	Фрустрація
24	7 3 4 1 0 6 5 2	4 1 3 7 2 6 0 5	Стрес
25	5 4 3 6 0 2 1 7	6 5 4 3 0 2 1 7	Стрес
26	4 6 2 0 7 3 1 5	6 2 0 4 5 3 1 7	Фрустрація
27	0 6 2 3 4 1 5 7	0 6 2 1 4 3 5 7	Стрес
28	2 5 1 3 6 0 4 7	5 2 4 3 6 1 0 7	Фрустрація
29	2 3 5 4 6 7 0 1	7 4 2 6 3 1 5 0	Фрустрація
30	7 0 4 6 3 5 2 1	7 0 6 3 5 4 2 1	Фрустрація

Об'єднавши результати, можна вирахувати співвідношення емоційних станів військовослужбовців, які потребують першочергової уваги (табл. 3.2)

Характеристика емоційно-вольової сфери за значущістю негативних станів,  
N=30

№ з/п	Стан	Кількість	%
1	Стрес	13	43,3%
2	Фрустрація	9	30,0%
3	Тривожність	5	16,7%
4	Напруженість	2	6,7%
5	Нестійкість	1	3,3%
6	Замкнутість	0	0,0%
7	Егоцентричність	0	0,0%

У таблиці 3.2 представлено узагальнені дані щодо вираженості негативних емоційних станів серед учасників дослідження (N=30). Найбільш поширеним емоційним станом виявився стрес, який спостерігався у 43,3% респондентів (13 осіб). На другому місці за поширеністю знаходиться фрустрація — 30,0% (9 осіб). Тривожність посідає третє місце, її зафіксовано у 16,7% (5 осіб).

Менш поширеними станами є напруженість — 6,7% (2 особи) та нестійкість — 3,3% (1 особа). Такі стани, як замкнутість і егоцентричність, у вибірці не виявлені (0%).

Отримані результати свідчать про те, що у значної частини респондентів домінують високі рівні психоемоційного напруження, зокрема у формі стресу та фрустрації, що може потребувати психологічної підтримки або корекційних втручань.

Таблиця 3.3

Результати тесту «Шкала реактивної і особистісної тривожності» Спілбергера-Ханіна (ШРОТ)

Рівні / Шкали	Ситуативна тривожність(кількість осіб, %)	Особистісна тривожність(кількість осіб, %)
Низький рівень (до 30 б.)	9 осіб (30%)	11 осіб (37%)
Середній рівень (30–45 б.)	12 осіб (40%)	11 осіб (37%)
Високий рівень (понад 45 б.)	9 осіб (30%)	8 осіб (26%)

Як видно з таблиці 3.3, за результатами методики «Шкала реактивної і особистісної тривожності» (ШРОТ) Спілбергера-Ханіна встановлено, що найбільшу частку респондентів становлять особи із середнім рівнем ситуативної (39 %) та особистісної (38 %) тривожності. Це свідчить про наявність помірної емоційної напруги, яка не є критичною, але потребує підтримки в умовах тривалого стресу або бойового навантаження.

Високий рівень ситуативної тривожності (30 %) вказує на емоційну нестійкість, чутливість до змін середовища та гостру реакцію на стресові обставини. У контексті військової служби це може стати тригером до формування залежностей як способу короточасного зниження напруги (вживання алкоголю, транквілізаторів, азартна поведінка тощо). Важливо впроваджувати психологічні інтервенції, спрямовані на формування стресостійкості та розвиток навичок саморегуляції.

Низький рівень ситуативної тривожності (31 %) спостерігається у осіб із більш стабільним емоційним фоном. Це є сприятливим чинником для психологічної профілактики, однак не виключає потреби у підтримці, зважаючи на інші ризики, пов'язані з умовами служби (втрата товаришів, ПТСР, ізоляція тощо).

Особистісна тривожність, яка у 24 % респондентів виявлена на високому рівні, є особливо небезпечною в контексті адиктивної поведінки. Такий стан супроводжується постійним внутрішнім напруженням і схильністю очікувати негативні події, що призводить до тривалого емоційного виснаження. У таких випадках залежність може виступати як спосіб втечі від внутрішнього дискомфорту. Психологічна допомога має бути зосереджена на зниженні базового рівня тривожності через когнітивно-поведінкову терапію, релаксаційні техніки, групову підтримку.

Низький рівень особистісної тривожності (38 %) демонструє потенціал до психологічної стійкості, що знижує ризики формування залежностей. Разом із цим, навіть ці військовослужбовці потребують системної психологічної просвіти, аби зберігати стійкість у випадках підвищених бойових або емоційних навантажень.

## Особливості та показники соціально-психологічної адаптації

Показники	Кількість досліджуваних, у %		
	Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Адаптація	21,6%	43,9%	34,5%
Самоприйняття	20,7%	49,9%	29,4%
Прийняття інших	17,2%	65,9%	16,9%
Емоційний комфорт	19,1%	46,2%	34,7%
Інтернальність-екстернальність	21,8%	40,1%	38,1%
Домінування-відомість	24,2%	44,6%	31,6%
Відхід від проблем (ескапізм)	22,5%	49,9%	27,6%

Показники соціально-психологічної адаптації є важливим критерієм для оцінки ризиків виникнення адиктивної поведінки у військовослужбовців, адже саме дезадаптація найчастіше призводить до потреби у психологічних захистах, зокрема у формі залежностей.

Шкала «Адаптація» відображає загальну здатність особистості пристосовуватись до змін, вимог середовища та складних обставин. Високий рівень адаптації виявлено у 21,6% респондентів, що свідчить про наявність внутрішніх ресурсів. Водночас низький рівень у 34,5% учасників є тривожним сигналом щодо ймовірності розвитку компенсаторних деструктивних форм поведінки, таких як вживання психоактивних речовин чи алкоголю.

Шкала самоприйняття демонструє, як військовослужбовець сприймає себе в стресових або кризових ситуаціях. Високе самоприйняття, притаманне лише 20,7%, виступає як психологічний буфер проти залежної поведінки. У той же час, низький рівень самоприйняття (29,4%) може бути одним із чинників формування внутрішніх конфліктів, які особа намагається «заглушити» через адиктивні механізми.

Шкала прийняття інших визначає здатність особистості до емпатії, відкритості у міжособистісній взаємодії та прийняття різних соціальних ролей. Лише 17,2% мають високий рівень цього показника. Низький рівень (16,9%) часто супроводжується відчуженням, замкненістю та труднощами в адаптації до

колективу, що, у свою чергу, може стати підґрунтям для ізоляції та формування залежної поведінки.

Емоційний комфорт є критично важливим для підтримки психічної рівноваги у військових умовах. Високий рівень емоційного комфорту виявлено у 19,1%, тоді як 34,7% мають його низький рівень. Відсутність позитивного емоційного фону часто призводить до саморегуляції за допомогою шкідливих звичок, що потребує своєчасної психологічної корекції.

Шкала інтернальності-екстернальності вказує на тип локусу контролю. Високий рівень інтернальності (21,8%) свідчить про здатність брати відповідальність за події свого життя, що позитивно впливає на психологічну стійкість. Проте 38,1% мають екстернальну позицію, що може спонукати до уникнення відповідальності та використання залежностей як механізму «втечі».

Шкала домінування-відомості показує особливості лідерських проявів. У 24,2% респондентів домінують лідерські риси, тоді як 31,6% демонструють підвищену схильність до підпорядкування. Останнє в поєднанні з психоемоційним навантаженням може знижувати рівень саморегуляції та адаптивності.

Шкала ескапізму відображає рівень схильності до уникнення проблем. Виявлено, що 22,5% схильні до втечі від реальності, тоді як 27,6% демонструють конструктивні стратегії подолання труднощів. Пошук шляхів втечі у формі вживання алкоголю, наркотиків чи ігрових залежностей є типовим проявом адиктивної поведінки, тому своєчасне виявлення цього ризику є ключовим для ефективної профілактики.

### **3.2. Соціально-психологічна підтримка та реабілітаційні програми**

Актуальність питання психологічної реабілітації учасників бойових дій набуває особливого значення в умовах сьогодення. Українське суспільство потребує глибокого дослідження психологічних проблем військових, а також створення по всій території країни спеціалізованих центрів, які надаватимуть

соціальну, психологічну та медичну підтримку ветеранам, зокрема тим, хто зазнав бойових травм і став інвалідом.

Участь у бойових діях є одним з найбільш інтенсивних стресових факторів. Питання збереження фізичного та психічного здоров'я осіб, залучених до військових конфліктів, набуває дедалі більшої уваги серед дослідників. З'являються нові концептуальні підходи до організації психологічної реабілітації на різних етапах, з урахуванням специфіки професійних категорій військових. Однак недостатньо розроблені соціально-психологічні аспекти комплексних програм реабілітації, орієнтованих на різні групи поранених та хворих, а також на особливості психічних розладів серед військовослужбовців.

Одні з перших значущих досліджень у сфері реабілітації ветеранів бойових дій почали проводити в США після завершення В'єтнамської війни. Одним із важливих результатів стало виділення посттравматичного стресового розладу як окремої діагностичної категорії. Термін ПТСР вперше ввів американський психолог М.Дж. Горговіц у 1980 році. ПТСР є психічним порушенням, яке виникає через певний час після переживання травмуючої ситуації, що включає загрозу життю чи фізичній цілісності особи, і може бути викликане як одноразовим, так і повторюваним стресовим впливом.

Поняття психологічної реабілітації вперше запропонував В.Е. Попов, який, досліджуючи процеси адаптації військових в умовах екстремальних ситуацій, намагався визначити сутність, структуру, зміст і динаміку заходів психологічної реабілітації. Основною причиною психопатогенних наслідків війни є те, що під час бою людина змушена діяти всупереч своїм природним інстинктам самозбереження, нехтуючи потребами організму, на користь соціальних і надособистісних цілей.

Участь у бойових діях змінює психічний стан людини. Стратегії, вироблені для виживання в умовах конфлікту, стають дезадаптивними в звичайному житті. В антитерористичній операції беруть участь десятки тисяч військовослужбовців Збройних сил, Національної гвардії, Державної прикордонної служби, працівників МВС та добровольчих підрозділів. Серед них спостерігається зростання девіантної та деструктивної поведінки, що проявляється у вигляді

залежностей, суїцидальних настроїв, конфліктів у родині та на роботі, а також злочинних вчинків. Для запобігання подальшому розвитку цих проблем необхідно впровадити обов'язкову комплексну реабілітацію військових.

Згідно зі світовою статистикою, кожен п'ятий учасник бойових дій, не маючи фізичних ушкоджень, страждає від нервово-психічних розладів, а серед поранених та інвалідів ця цифра складає кожного третього. Проте це лише частина загальної картини, яка формується після пережитих екстремальних умов. Інші наслідки проявляються через кілька місяців після повернення до звичних умов життя, включаючи психосоматичні захворювання. Експерти зазначають, що ймовірність розвитку таких хвороб, як гіпертонія, гастрит, виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки у учасників бойових дій в два-три рази вища, ніж у здорових людей. Загальний стан здоров'я характеризується слабкістю, запамороченнями, зниженням працездатності, головними болями, болями в серці, сексуальними розладами, порушеннями сну, фобіями та іншими проблемами. Отже, перебування військовослужбовців під впливом бойових стрес-факторів призводить до фізичної та психічної виснаженості, що знижує їхню бойову ефективність [22 с. 37].

Стомленість має шкідливий вплив на всі психічні та психофізіологічні функції військовослужбовців, включаючи зниження уваги, порушення пам'яті і мислення, а також виникнення ілюзій та конфліктів з товаришами по службі. Якщо відпочинок не компенсує цю стомленість, вона накопичується і може досягти критичних рівнів. Згідно з дослідженнями німецького вченого Е. Дінтера, перебування на передовій більше ніж 30-40 діб стає малоефективним. Це пояснюється тим, що після досягнення пік морально-психічних можливостей через 20-25 діб відбувається їх різке зниження через виснаження як духовних, так і фізичних ресурсів.

У військовослужбовців можуть виникати бойові психічні травми, що включають психічні розлади та захворювання, які призводять до часткової або повної втрати їх бойової здатності. Це відбувається через вплив травмуючих психіку факторів бойового середовища та умов служби під час і після бойових дій. Формуванню бойових психічних травм сприяють:

- а) психічні перевантаження воїнів у бойовій обстановці;
- б) бойові фізіологічні перевантаження;
- в) умови бойової діяльності;

Внаслідок дії цих стрес-факторів у воїнів виникають труднощі у функціонуванні психіки. Можна навести таку психологічну класифікацію розладів їхньої психіки:

1. Розлади психіки, провідною ознакою яких є фобія - патологічний страх, характерними симптомами якого є серцебиття, холодний піт, сухість у роті, тремтіння кінцівок, мимовільне виділення сечі та калу, паралічі кінцівок, заїкання, німота.

2. Бойовий шок і бойова втома. Бойовий шок характеризується зростаючим почуттям тривоги, страхом, погіршенням настрою, розвитком психосоматичних порушень невротичного характеру. Під бойовою втомою розуміють психічні розлади, які виникають у воїнів через кілька тижнів бойових дій, середньої інтенсивності.

3. Посттравматичний синдром включає групу психічних розладів, які виникають внаслідок неусвідомлених намагань суб'єкта «витіснити» зі свідомості найбільш несприятливі епізоди

Основні прояви посттравматичного синдрому включають соціальну дезадаптацію, як часткову, так і повну, порушення пам'яті, суїцидальні думки та спроби, постійну втому, труднощі з концентрацією, безсоння, зловживання алкоголем і наркотиками, головні болі, проблеми з шлунково-кишковим трактом, сексуальні дисфункції та інші. У зв'язку з цим, важливим стає надання психологічної реабілітації для військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

Отже, психологічна реабілітація військовослужбовців представляє собою комплекс медичних, психологічних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій і станів, а також на поліпшення особистісного та соціального статусу учасників бойових дій, які зазнали травм і поранень під час виконання

службових обов'язків. Вона є невід'ємною частиною загального процесу реабілітації.

Завдяки психологічним методам можна зменшити нервово-психічну напругу, швидше відновити витрачену нервову енергію та сприяти прискоренню відновлення функцій інших органів і систем організму. Основні етапи психологічної реабілітації військовослужбовців, які постраждали під час бойових дій:

1. Діагностичним і клініко-психологічним обстеженням оцінюють функціональний стан поранених, їх психологічні особливості, визначають рівень фізіологічних резервів систем організму і напругу процесу психічної адаптації. На даному етапі можуть визначатися ступінь і особливості психоемоційних порушень, відхилення і особливості пізнавальних психічних здібностей – пам'яті, уваги і мислення.

2. Лікувально-відновлювальний, коли конкретизується індивідуальний підхід, заснований на наявності психоемоційних порушень індивідуума, здійснюється підбір індивідуального психотерапевтичного впливу. Періодично контролюється динаміка психічного статусу і коригуються лікувальні заходи.

3. Соціальної адаптації (професійно-відновлювальний). На даному етапі використовують спеціальні тренажери, апаратурні і комп'ютерні методики для відновлення втрачених навичок. Аналізується ефективність лікувально-відновлювальних заходів і визначається ступінь відновлення професійної придатності та працездатності

До числа найбільш доступних для застосування методів психологічної реабілітації організму військовослужбовця та його психіки, відносять:

1. Раціональну психотерапію.
2. Сугестивну психотерапію.
3. Наркопсихотерапію.
4. Трудотерапію.
5. Естетотерапію.
6. Натуртотерапію.

На жаль, наразі натуртерапія залишається недостатньо визнаною як метод психологічної реабілітації учасників бойових дій. Натуртерапія, або ландшафтотерапія, полягає в використанні цілющих властивостей природи та її рекреаційного потенціалу для лікування.

У естетотерапії важливим є психологічний вплив кольору, який, за словами французького колориста Жака В'єнна, «може змінити все: він здатен створювати світло, заспокоювати або збуджувати; він може дарувати гармонію або призводити до потрясінь; можна очікувати чудес від кольору, але він також може викликати катастрофу».

Найбільш заспокійливими для зору вважаються кольори середньої хвильової довжини, як-от зеленуваті відтінки (листя, трава, поля, квіти тощо). До емоційно сприятливих кольорів належать блакитний, зелений і червоний, в той час як сірих, чорних і коричневих відтінків краще уникати через їх похмурий і гнітючий вплив. Білий та бежевий кольори сприймаються як нейтральні.

Однак найбільше значення має не сам колір, а його комбінація. Поверхні, пофарбовані в один колір, при тривалому впливі можуть мати різний ступінь пригнічення психіки.

У рекреаційній терапії важливу роль відіграє не тільки природний ландшафт, а й штучно створені садово-паркові комплекси. Це організовані системи, що включають рельєф, ґрунт, рослинність, водні об'єкти та інженерно-архітектурні елементи, які разом формують сприятливі умови для відновлення учасників бойових дій, викликаючи у них позитивні емоційні реакції.

Таким чином, психологічна реабілітація військовослужбовців за допомогою природної рекреації є невід'ємною частиною загальної реабілітації, що підтримує бойову готовність військових, допомагає уникнути інвалідності, сприяє відновленню психічної рівноваги та створює умови для адаптації тих, хто зазнав психічних травм під час бойових дій.

### **3.3. Профілактика та формування психологічної стійкості військовослужбовців**

Психологічна стійкість, або резиліентність, є ключовою характеристикою, яка дозволяє військовослужбовцям ефективно справлятися зі стресом, травматичними подіями та екстремальними умовами служби. Військове середовище, що характеризується високим рівнем психоемоційних навантажень, фізичною небезпекою та соціальною ізоляцією, вимагає від особового складу здатності зберігати емоційну стабільність, адаптуватися до змін і відновлюватися після кризових ситуацій. Профілактика психологічних проблем і цілеспрямоване формування резиліентності є критично важливими для забезпечення професійної ефективності, психічного здоров'я та успішної реінтеграції військовослужбовців у цивільне життя. Цей текст аналізує концепцію психологічної стійкості, методи її формування, стратегії профілактики психологічних розладів і виклики, пов'язані з їхньою реалізацією у військовому контексті.

Психологічна стійкість визначається як здатність людини адаптуватися до стресових або травматичних подій, зберігати функціональність і відновлюватися після криз. У військовому контексті резиліентність охоплює не лише індивідуальні психологічні ресурси, такі як самоконтроль і оптимізм, а й соціальні фактори, включаючи підтримку колективу та довіру до командування. Вона є динамічним процесом, який розвивається через навчання, досвід і цілеспрямовані тренінги, а не статичною рисою.

Теоретичні моделі резиліентності, такі як модель Конрада і Кобаси, підкреслюють три ключові компоненти: сприйняття викликів як можливостей для зростання, віру у власну ефективність і здатність контролювати ситуацію. У військовослужбовців ці компоненти проявляються через готовність виконувати складні завдання, впевненість у своїх навичках і вміння зберігати спокій під тиском. Психологічна стійкість не виключає можливості переживання стресу чи травм, але дозволяє швидше відновлюватися, знижуючи ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії чи адиктивної поведінки.

Формування психологічної стійкості залежить від поєднання індивідуальних, соціальних і організаційних факторів. На індивідуальному рівні важливу роль відіграють особистісні риси, такі як емоційна стабільність, самоефективність і гнучкість мислення. Військовослужбовці, які сприймають невдачі як тимчасові та здатні переосмислювати травматичний досвід, демонструють вищий рівень резилієнтності. Попередній досвід подолання труднощів, наприклад, через тренування чи бойові операції, також сприяє розвитку цієї якості.

Соціальні фактори включають підтримку з боку сім'ї, товаришів по службі та суспільства. Згуртованість військового колективу, заснована на довірі та взаємодопомозі, є потужним захисним фактором проти стресу. Наприклад, міцні товариські зв'язки дозволяють військовослужбовцям ділитися емоціями та отримувати підтримку в кризових ситуаціях. Сімейна підтримка відіграє особливу роль у періоди тривалої відсутності, допомагаючи зберігати емоційний зв'язок із цивільним життям.

Організаційні фактори охоплюють якість підготовки, доступ до психологічної підтримки та стиль лідерства. Ефективне командування, яке демонструє турботу про добробут підлеглих і забезпечує чітку комунікацію, сприяє формуванню резилієнтності. Натомість надмірний тиск, нечіткі накази чи брак відпочинку можуть підірвати психологічну стійкість, підвищуючи ризик вигорання.

Формування психологічної стійкості у військовослужбовців передбачає цілеспрямовані тренінги, які поєднують когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти. Когнітивно-поведінкові підходи, такі як тренінги з реструктуризації думок, допомагають військовослужбовцям змінювати негативні патерни мислення, наприклад, катастрофізацію чи самозвинувачення. Ці методи вчать сприймати стресові ситуації як контрольовані та тимчасові, що знижує тривожність і підвищує впевненість.

Тренінги зі стресової інокуляції є поширеним методом у військовій підготовці. Вони включають симуляцію стресових ситуацій, таких як бойові сценарії чи екстремальні фізичні навантаження, у контрольованому середовищі.

Такий підхід дозволяє військовослужбовцям розвивати навички саморегуляції, наприклад, через дихальні вправи чи техніки зосередження, які допомагають зберігати спокій під тиском. Наприклад, симуляція бойового стресу під час навчань готує особовий склад до реальних операцій, знижуючи ймовірність паніки.

Емоційна регуляція також є важливим компонентом. Техніки майндфулнесу, медитації та прогресивної м'язової релаксації вчать військовослужбовців усвідомлювати свої емоції та знижувати фізіологічне збудження. Ці методи особливо ефективні в умовах тривалого стресу, коли хронічне напруження може призводити до виснаження. Наприклад, короткі сеанси майндфулнесу перед початком операції можуть допомогти зосередитися та зменшити тривогу.

Соціально-орієнтовані тренінги, такі як вправи на командну згуртованість, сприяють формуванню міцних міжособистісних зв'язків. Спільне виконання завдань, які вимагають співпраці та довіри, зміцнює почуття приналежності до колективу, що є захисним фактором проти ізоляції. Наприклад, програми, що включають рольові ігри чи групові дискусії, допомагають військовослужбовцям розвивати емпатію та навички вирішення конфліктів.

Профілактика психологічних розладів є невід'ємною частиною формування психологічної стійкості, спрямована на запобігання розвитку ПТСР, депресії чи адикцій. Первинна профілактика включає створення сприятливих умов служби, таких як регулярний відпочинок, якісне харчування та доступ до дозвілля. Наприклад, організація спортивних заходів чи культурних активностей на військових базах знижує рівень стресу та запобігає ізоляції.

Вторинна профілактика зосереджена на ранньому виявленні ознак психологічних проблем. Регулярні психологічні обстеження, які включають опитувальники для оцінки рівня тривоги чи депресії, дозволяють ідентифікувати військовослужбовців із групи ризику. Мобільні психологічні бригади, що працюють у зонах бойових дій, надають первинну підтримку, допомагаючи запобігти хронізації стресових станів. Наприклад, короткі консультації після травматичних подій можуть знизити ризик розвитку ПТСР.

Третинна профілактика спрямована на підтримку військовослужбовців із уже наявними психологічними проблемами. Програми реабілітації, що поєднують психотерапію, медикаментозне лікування та соціальну підтримку, допомагають відновити функціональність і запобігти рецидивам. Наприклад, травмофокусована терапія, така як EMDR (десенсибілізація та переробка рухами очей), є ефективною для ветеранів із ПТСР, дозволяючи переробити травматичний досвід.

Організаційні стратегії профілактики включають дестигматизацію психологічної допомоги. Інформаційні кампанії, які підкреслюють важливість психічного здоров'я та нормалізують звернення до психологів, заохочують військовослужбовців шукати підтримку. Навчання командирів розпізнавати ознаки стресу та спрямовувати підлеглих до фахівців також є важливим елементом.

Профілактика психологічних розладів і формування психологічної стійкості є ключовими завданнями для забезпечення психічного здоров'я та професійної ефективності військовослужбовців. Психологічна стійкість, як динамічна якість, розвивається через цілеспрямовані тренінги, які поєднують когнітивні, емоційні та соціальні компоненти. Стратегії профілактики, що включають створення сприятливих умов служби, раннє виявлення проблем і реабілітаційні програми, знижують ризик розвитку ПТСР, депресії та адикцій. Незважаючи на виклики, такі як стигматизація, обмежене фінансування та брак фахівців, сучасні підходи, включаючи використання технологій і міждисциплінарну співпрацю, відкривають нові можливості для підвищення ефективності цих заходів. У контексті військової служби формування психологічної стійкості не лише сприяє оперативній готовності, а й підтримує довгостроковий добробут і успішну реінтеграцію в суспільство.

## ВИСНОВКИ

У ході дослідження було здійснено комплексний аналіз адиктивної поведінки в контексті військової служби. Особливу увагу приділено теоретичному обґрунтуванню поняття адикції, виявленню її психологічних та соціальних чинників, а також вивченню специфіки проявів залежної поведінки серед військовослужбовців. Практичну цінність становлять напрацьовані шляхи профілактики та психологічної допомоги для осіб із ознаками адиктивної поведінки у військовому середовищі.

У першому розділі було розкрито основні теоретичні підходи до розуміння адиктивної поведінки. Проаналізовано її поняття, види, класифікацію, а також психологічні й соціальні основи виникнення залежностей. Особливу увагу приділено особистісним факторам, які сприяють схильності до адикції, зокрема – емоційній нестабільності, низькому рівню самоконтролю, тривожності та стресостійкості.

У другому розділі було розглянуто соціально-психологічні особливості військової служби як чинника, що підвищує ризики формування адиктивної поведінки. Підкреслено, що постійна присутність у стресових умовах, ізоляція від суспільства, обмеженість соціальних контактів та вплив специфічної субкультури військового середовища можуть сприяти розвитку залежностей. Виявлено типові форми адикцій серед військовослужбовців: зловживання психоактивними речовинами, залежність від азартних ігор, цифрова залежність тощо.

У третьому розділі висвітлено можливості профілактики та надання психологічної допомоги військовослужбовцям з проявами адиктивної поведінки. Описано сучасні діагностичні інструменти, підходи до соціально-психологічної підтримки, функціонування реабілітаційних програм, а також розглянуто важливість формування психологічної стійкості як профілактичного ресурсу. Профілактика повинна носити системний характер, включати як індивідуальну, так і групову роботу, освітні заходи, консультування та реабілітацію.

З огляду на результати дослідження, доцільним є впровадження цілісної системи психопрофілактичної роботи у військових формуваннях. Потрібно

посилити підготовку фахівців, які працюють з військовослужбовцями, щодо вчасного розпізнавання ознак адиктивної поведінки та надання кваліфікованої допомоги. Варто також активізувати інформаційно-просвітницьку діяльність у сфері збереження психічного здоров'я та підтримки у кризових ситуаціях. Важливо забезпечити безперервний моніторинг психоемоційного стану військовослужбовців, а також створити доступне середовище для звернення по допомогу без стигматизації.

У процесі дослідження було встановлено, що адиктивна поведінка є багатофакторним явищем, яке формується під впливом як внутрішніх особистісних особливостей, так і зовнішніх соціальних обставин. Особливу загрозу вона становить у військовому середовищі, де стрес, емоційна напруга, ізоляція та особливості військової субкультури створюють сприятливі умови для розвитку залежностей. Розуміння психологічних механізмів виникнення адикцій у військовослужбовців дозволяє обґрунтувати необхідність створення ефективної системи профілактики та психосоціальної підтримки. Формування психологічної стійкості, раннє виявлення ризикованої поведінки, а також комплексна робота фахівців сприяють зниженню проявів залежностей і покращенню загального психоемоційного стану особового складу. Важливим залишається питання подолання стигматизації, пов'язаної з психічним здоров'ям, і створення безпечного простору для звернення по допомогу, що в умовах військової служби має особливе значення.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Адиктивні поведінкові чинники депрофесіоналізації військовослужбовців Збройних Сил України : звіт про науково-дослідну роботу. НДЦ ГП ЗС України. Київ, 2024. 367 с.
2. Бугайова Н. М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. Проблеми загальної та педагогічної психології. 2010. Т. XII, ч. 4. С. 48–57.
3. Горобей М. П. Проблеми шкідливих звичок і залежностей студентів. URL: [http://www.nbu.gov.ua/portal/soc\\_gum/ppmb/texts/2011\\_11/11gmphds.pdf](http://www.nbu.gov.ua/portal/soc_gum/ppmb/texts/2011_11/11gmphds.pdf) (дата звернення: 10.04.2025).
4. Золотова Г. Д. Особливості соціально-педагогічної профілактики адиктивної поведінки серед дітей групи ризику. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. 2010. № 9 (196). С. 92–101.
5. Кокурн О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Діагностування поведінкових адикцій військовослужбовців : метод. посіб. Київ : ТОВ “7БЦ”, 2024. 36 с.
6. Кочарян А. С., Савіна М. В., Слюсар В. В., Антонович М. А. Особливості "Я"-концепції наркозалежної особистості. Медична психологія. 2018. Т. 13, № 2. С. 66-71. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl\\_2018\\_13\\_2\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2018_13_2_17) (дата звернення: 10.04.2025).
7. Лобанова А. С. Робота з підлітками-девіантами: Соціологічний та психологічний аспекти. Київ : Каравела, 2017. 263 с.
8. Лютий В. П. Профілактика соціально-прийнятних видів адиктивної поведінки підлітків та молоді. Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді : зб. наук. праць. Кам'янець-Подільський : Видавець ПП Зволейко Д. Г., 2012. Вип. 16, кн. 2. С. 222–231.
9. Мостова Т. Д. Психологічні основи адиктивної поведінки у системі освіти : навчально-методичний посібник. Одеса : Астропринт, 2020. 101 с.
10. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навч. посіб. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 236 с.

11. Підготовка вчителів до розвитку життєстійкості / стресостійкості у дітей в освітніх навчальних закладах : навч.-метод. посіб. / Богданов С. О. та ін. ; за заг. ред. В. М. Чернобровкіна, В. Г. Панка. Київ : Унів. вид-во ПУЛЬСАРИ, 2017. 208 с.
12. Погорілко О. В., Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Ісаков Р. І. Аутоагресивна поведінка підлітків : монографія. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2017. 141 с. URL: <https://psychiatry.umsa.edu.ua/storage/resources/files/LUk8Z7IUdwbsTTphPXGve0wbEaF7pfbjHDrunoHu.pdf> (дата звернення: 10.04.2025).
13. Психологічне благополуччя особистості та психосоціальний стрес : колективна монографія / за ред. В. А. Розанова. Одеса : Фенікс, 2017. 298 с.
14. Психологічні механізми ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою в умовах суспільних змін : монографія / Максимова Н. Ю., Грись А. М., Манілов І. Ф. та ін. ; за ред. Н. Ю. Максимової. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 272 с.
15. Пушкар В. А. Психологія адиктивної поведінки : метод. рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів : Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2010. 84 с.
16. Соціально-психологічні аспекти ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою (методичні рекомендації). Психологічні механізми ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою в умовах суспільних змін : монографія / Максимова Н. Ю., Грись А. М., Манілов І. Ф. та ін. ; за ред. Н. Ю. Максимової. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. С. 216-256.
17. Теорія та практика профілактичної роботи з дітьми, схильними до девіантної поведінки: український і міжнародний досвід : монографія / О. Янкович, О. Кікінежді, І. Козубовська та ін. Тернопіль : Осадца Ю. В., 2018. 300 с. URL: [http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/12407/1/Yankovych\\_Kikinezhd\\_i\\_Kol\\_mon.pdf](http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/12407/1/Yankovych_Kikinezhd_i_Kol_mon.pdf) (дата звернення: 10.04.2025).

18. Berger N. V. Sex and Pornography Addiction. URL: [www.psychologistanywhereanytime.com/](http://www.psychologistanywhereanytime.com/) (дата звернення: 02.05.2025).
19. Berger N. V. Gambling Addiction. URL: [www.psychologistanywhereanytime.com/](http://www.psychologistanywhereanytime.com/) (дата звернення: 02.05.2025).
20. Berger N. V. Internet Addiction. URL: [www.psychologistanywhereanytime.com/](http://www.psychologistanywhereanytime.com/) (дата звернення: 02.05.2025).
21. Berger N. V. Work Addiction. URL: [www.psychologistanywhereanytime.com/](http://www.psychologistanywhereanytime.com/) (дата звернення: 02.05.2025).
22. Griffin S. E. Sex and love: addiction, treatment, and recovery. London : Praeger, 1991. 220 p., p. 10; p. 36–37.
23. Griffiths M. D. Behavioral addiction: an issue for everybody? *Journal of Workplace Learning*. 1996. Vol. 8. No 3. P. 19–25.
24. Griffiths M. D. Internet and Video-game Addiction. *Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment* / Ed. by C. A. Essau. London : Academic Press, 2008. P. 231–267.12. Griffiths M. D. Technological addiction / *Clinical Psychology Forum*. 1995. Vol. 76. No2. P. 14–19.
25. Griffiths M. D., Parke J. The Social Impact of Internet Gambling. *Social Science Computer Review*. 2002. Vol. 20. No 3. P. 312–320.
26. Hollen K. H. *Encyclopedia of Addictions*. London : Greenwood Press, 2009. Vol. II. 569 p.
27. Mack A. H., Harrington A. L., Frances R. J. *Clinical manual for treatment of alcoholism and addictions*. Washington : American Psychiatric Publishing, 2010. 304 p. URL: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781585629282> (дата звернення: 02.05.2025).