

**КИЇВСЬКИЙ ІНСТИТУТ СУЧАСНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА
ПСИХОТЕРАПІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

**Психологічні особливості та шляхи реабілітації військовослужбовців, які
схильні до вживання наркотичних речовин**

Здобувача (ки) 2 курсу ПМ-232 групи

Спеціальності 053 Психологія

Освітньо-професійна програма

Клінічна психологія

Євстігнеєвої Ю. Р.

(прізвище та ініціали)

Керівники

д.психол.н.,проф

Завязкіна Н.В.

д.філософії(Phd)

Ряховська Т.Л.

(вчене звання, науковий ступінь, прізвище та
ініціали)

Робота рекомендована до захисту
рішенням кафедри клінічної психології та кафедри соціальної психології

Протокол № 10 від «23» червня 2025р.

Зав. кафедри клінічної психології

д.психол.н., с.н.с., Лисенко І.П.

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Зав. кафедри соціальної психології

к.психол.н., Трофімова Д.О.

підпис

(наукова ступінь, вчене звання, прізвище, ім'я, по батькові)

Київ–2025

АНОТАЦІЯ

У цій дипломній роботі досліджуються психологічні особливості та шляхи реабілітації військовослужбовців, які схильні до вживання наркотичних речовин. Метою роботи є дослідження психологічних особливостей військовослужбовців, вплив проявів посттравматичного стресового порушення та стресу на схильність до вживання наркотичних речовин. Проведено аналіз літератури, а також емпіричне дослідження, яке включає такі методики як: PCL-5, PSS, DUDIT, BFI-10. У дослідженні взяли участь 86 респондентів. Новизна роботи полягає у дослідженні військовослужбовців у сучасному українському контексті, а також запропоновано практичні рекомендації щодо шляхів реабілітації.

Ключові слова: психологічні особливості, військовослужбовці, реабілітація, ПТСР, посттравматичний стресовий розлад, стрес, наркотичні речовини, залежність, наркотики, наркотична залежність.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ СХИЛЬНІ ДО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН	9
1.1. Психологічні чинники схильності військовослужбовців до вживання наркотичних речовин	9
1.2. Вплив ПТСР на формування адиктивної поведінки	15
1.3. Наслідки схильності до вживання наркотичних речовин серед військовослужбовців.....	27
Висновки до I розділу	32
РОЗДІЛ II. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ВПЛИВУ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	35
2.1. Підходи до дослідження	35
2.2 Характеристика вибірки.....	42
Висновки до II розділу	43
РОЗДІЛ III. ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СХИЛЬНИХ ДО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН	45
3.1. Описові статистики	45
3.2. Аналіз даних емпіричного дослідження	61
3.3. Рекомендації щодо профілактики адиктивної поведінки серед військовослужбовців.....	68
Висновки до розділу III.....	78
ВИСНОВКИ	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	94

ДОДАТКИ	84
---------------	----

ВСТУП

Актуальність дослідження. Україна протистоїть збройній агресії Російської Федерації з 2014 року, а з 24 лютого 2022-го Росія розпочала повномасштабне вторгнення. Військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, щодня зіштовхуються зі значними фізичними та психологічними навантаженнями. Постійна загроза життю, втрати побратимів, *високий рівень відповідальності*, необхідність швидкого прийняття рішень у критичних ситуаціях — усе це формує потужний стресовий вплив. Такий стан виснажує нервову систему, що може призводити до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних порушень.

Збереження і зміцнення психічного здоров'я та психологічної безпеки військовослужбовців на сьогодні є одним із найпріоритетніших завдань як керівництва збройних формувань України, так і держави загалом. В умовах бойового стресу військові можуть вдаватися до різних стратегій подолання психологічного напруження. Одні знаходять підтримку в соціальних зв'язках, професійній допомозі чи реабілітаційних програмах, тоді як інші вдаються до деструктивних механізмів подолання стресу, зокрема вживання наркотичних речовин.

Адиктивна поведінка серед військових є серйозною проблемою, оскільки вона не лише ускладнює подальшу реабілітацію, а й може мати негативний вплив на боєздатність, особисте життя та адаптацію до мирного середовища після завершення служби. Саме тому особливу увагу слід приділяти дослідженню психологічних чинників, що зумовлюють схильність до адиктивної поведінки, та розробці ефективних шляхів реабілітації військовослужбовців.

У межах дипломної роботи нами було здійснено аналіз психологічних особливостей військових, схильних до вживання наркотичних речовин, дослідженню впливу стресу, проявів посттравматичного стресового розладу

та бойових дій на особистість військовослужбовця; також розглянемо методи психологічної допомоги та реабілітації.

Теоретико-методологічна база дослідження.

Теоретико-методологічна база дослідження. Психологічні особливості вивчалися такими дослідниками, як: Фройд. З., Кротюк К., Носенко Е. Л., Аршава І. Ф., Титаренко Т., Березяк К. М., Лісецький Р. Б., Олпорт Г., Кеттелл Р., Айзенк Г. Вплив проявів посттравматичного стресового розладу, бойового стресу вивчали в роботах такі дослідники: Хміляр О. Ф., Терещук А. Д., Несен. О. О., Крук І. М., Григус І. М., Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю., Безшейко В. Г., Гальцова С. В., Ляска О. П., Карачинський О. А., Пішко І. О., Агаєв Н. А., Лозінська Н. С., Гладкий А. А., Данілевська Н. В., Романишин А. М., Пузирьов Є. В., Ізвєков В. В., Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н.

Проблему адиктивної поведінки та схильність до вживання наркотичних речовин у військовослужбовців досліджували Маркозова Л. М., Лісна Н. М., Тімченко В. О., Стаднік А. В., Наумов В. Л., Чубіна А. С., Фітькало О. С., Пушкар В. А., Приходько І. І., Байда М. С., Чубіна Т. Д.

Об'єкт дослідження — психологічні особливості військовослужбовців.

Предмет дослідження — психологічні особливості та шляхи реабілітації військовослужбовців, які схильні до вживання наркотичних речовин.

Мета дипломної роботи — дослідити психологічні особливості та шляхи реабілітації військовослужбовців, які схильні до вживання наркотичних речовин.

Завдання:

- проаналізувати теоретичні підходи до вивчення впливу ПТСР на формування адиктивної поведінки у військових;
- проаналізувати вплив проявів ПТСР на психологічні особливості військовослужбовців;

- проаналізувати наслідки схильності до вживання наркотичних речовин у військовослужбовців;
- *провести емпіричне дослідження особистісних рис військовослужбовців та їхньої схильності до вживання наркотичних речовин;*
- обґрунтувати та розробити рекомендації щодо психологічної реабілітації військовослужбовців схильних до адиктивної поведінки.

Методи дослідження:

- теоретичні — аналіз наукової літератури;
- статистичні;
- емпіричні — за допомогою валідних, надійних, стандартизованих психодіагностичних методик:
 - PCL-5 — (PTSD Checklist for DSM-5);
 - DUDIT — тест для визначення зловживання наркотиками;
 - PSS (Perceived Stress Scale) — шкала сприйнятого стресу;
 - BFI-10 — п'ятифакторний опитувальник особистості.

Характеристика вибірки складається з 86 осіб, чинних та колишніх військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях та які не мали такого досвіду.

Дослідницькі питання:

- Які психологічні особливості військовослужбовців можуть впливати на їх схильність до вживання наркотичних речовин?
- Чи впливають прояви посттравматичного розладу на психологічні особливості військовослужбовця?
- Як прояви посттравматичного стресового розладу впливають на схильність до вживання наркотичних речовин?
- Які шляхи психологічної реабілітації можна застосовувати для зменшення схильності до вживання наркотичних речовин серед військовослужбовців?

Теоретична та практична значущість роботи.

Теоретична значущість дипломної роботи полягає у поглибленні наукових уявлень про складний взаємозв'язок між психологічними особливостями військовослужбовців, бойовим стресом, посттравматичним стресовим розладом та схильністю до вживання наркотичних речовин. Практична значущість роботи полягає в розробці науково обґрунтованих принципів та підходів до психологічної реабілітації, які базуватимуться на розумінні специфічних потреб військовослужбовців з урахуванням емпіричних досліджень та їхніх результатів.

РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ СХИЛЬНІ ДО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

1.1. Психологічні чинники схильності військовослужбовців до вживання наркотичних речовин

Військовослужбовці як професійна група перебувають під впливом унікального набору психологічних і соціальних факторів. Постійний стрес, пов'язаний із бойовими діями, високий рівень відповідальності та відірваність від звичного соціального оточення впливають на психологічні особливості, що сприяють розвитку адиктивної поведінки [57].

У пунктах постійної дислокації діяльність військовослужбовця зосереджена на чіткому виконанні наказів, дотриманні дисципліни, несенні вартової служби та реалізації завдань, що відповідають специфіці його спеціалізації чи роду військ [47]. Це вимагає від військовослужбовця високого рівня організованості та здатності працювати в умовах регламентованого розпорядку. Однак бойові умови кардинально змінюють ситуацію, додаючи нові виклики:

- необхідність діяти під постійною загрозою життю;
- швидко реагувати на зміну обстановки;
- застосовувати зброю;
- дотримуватися тактичних планів;
- справлятися з відсутністю базового комфорту — сну, належного харчування, гігієнічних умов. (49)

До цього додаються природні фактори, такі як екстремальні температури чи погодні умови, які ще більше ускладнюють виконання завдань. Усе це вимагає від військовослужбовця не лише фізичної витривалості, а й психологічної стійкості, яка дозволяє зберігати ефективність у критичних ситуаціях.

Зауважимо, що повна адаптація до таких обставин неможлива, адже людина не може звикнути до постійного ризику для життя [43]. Унаслідок цього адаптаційні механізми часто зазнають зриву, що призводить до негативних змін у психічному та фізичному стані. Наприклад, хронічний стрес може спричинити емоційне виснаження, порушення сну чи навіть розвиток дистресу, що робить військовослужбовців уразливими до деструктивних проявів [49].

Звернемо увагу на психоаналітичну теорію Зигмунда Фрейда. Психоаналітик вказував на те, що значна частина людських дій керується неусвідомленими імпульсами, що виникають унаслідок витіснення болісного досвіду, страхів чи внутрішніх конфліктів. У своїй праці «Вступ до психоаналізу» науковець підкреслює, що витіснення є одним із головних механізмів психологічного захисту, який дозволяє особистості уникати емоційного болю, але водночас призводить до формування невротичних симптомів або деструктивної поведінки [67].

Витіснення болісного досвіду є одним із ключових захисних механізмів психіки, спрямованим на зменшення емоційного дискомфорту, спричиненого травматичними подіями. Цей процес передбачає несвідоме придушення спогадів, почуттів або думок, які викликають тривогу чи психологічний біль. У контексті осіб, які пережили сильний стрес, витіснення може відігравати як захисну, так і деструктивну роль [67]. З одного боку, воно дозволяє тимчасово уникнути конфронтації з болісними переживаннями, знижуючи рівень тривожності. З іншого боку, придушені емоції та спогади не зникають, а накопичуються в несвідомому, що може проявлятися у вигляді психосоматичних розладів, тривожних станів або адиктивної поведінки.

Особливої уваги заслуговує зв'язок витіснення з посттравматичним стресовим розладом. Травматичний досвід, який не піддається свідомій обробці, часто витісняється, що призводить до хронічного емоційного напруження. У таких випадках психіка може шукати альтернативні способи полегшення.

Психоаналітичний підхід пояснює витіснення як спробу психіки захистити свідомість від болісних імпульсів, але водночас підкреслює, що цей механізм може призводити до формування невротичних симптомів. У довгостроковій перспективі витіснення ускладнює інтеграцію травматичного досвіду у свідомість, що перешкоджає психологічному відновленню [74].

Військовослужбовець, який пережив сильний стрес або травму, часто не має достатнього доступу до психотерапевтичної підтримки. Як наслідок, психіка прагне до швидкого полегшення, нехтуючи принципом реальності, який у нормальних умовах стримує імпульсивні дії. З точки зору психоаналітичного підходу, схильність до вживання наркотичних речовин також може інтерпретуватися як прояв неврозу, де наркотична речовина стає символічною відповіддю на невирішений внутрішній конфлікт [33].

Дослідження психологічних особливостей особистості значною мірою базується на теорії особистісних рис, яка має глибоке історичне та теоретичне підґрунтя. Ця теорія бере свій початок від праць таких учених, як Гордон Олпорт, Раймонд Кеттелл і Ганс Айзенк, які заклали основи розуміння рис як стійких характеристик, що впливають на поведінку людини [17].

Гордон Олпорт розглядав особистісні риси як нейропсихічні структури, що формують унікальний спосіб реагування індивіда на зовнішні стимули. У його концепції риса є не просто описом поведінки, а механізмом, котрий визначає, як людина сприймає та інтерпретує світ. Раймонд Кеттелл виокремлював глибинні та поверхневі риси, вважаючи, що перші є основою для формування стійких поведінкових патернів, тоді як другі проявляються в конкретних ситуаціях. Він також запропонував ієрархічну структуру рис, де широкі фактори, такі як тривожність чи екстраверсія, об'єднують більш специфічні характеристики. Для військовослужбовців, які працюють у високостресових умовах, глибинні риси — наприклад, підвищена тривожність — можуть сприяти вразливості до адиктивних схильностей, якщо вони поєднуються з недостатньою адаптивною регуляцією [10].

Українські дослідники Катерина Березяк і Роман Лісецький [52] переносять нас у сьогодення, досліджуючи резильєнтність (психологічну стійкість) як спосіб допомогти військовослужбовцям протистояти стресам, що можуть штовхати до вживання наркотиків. Дослідники пояснюють резильєнтність як здатність відновлюватися після труднощів, адаптуватися до нових проблем і підтримувати ментальне здоров'я. Науковці опитали 50 українських військових, які воювали, щоб з'ясувати, як бойові умови впливають на психіку учасників бойових дій.

Результати показали, що військові, у котрих менше року досвіду, сильніше реагують на зовнішні загрози — наприклад, руйнування сіл (8,97 балів) чи артобстріли (5,58 балів), тоді як військовослужбовці з досвідом понад рік краще справляються з цим. Тестування за шкалою Коннора-Девідсона виявило, що 48% мають середній рівень резильєнтності, 26% — вищий за середній, але 14% потребують додаткової допомоги через низьку стійкість. Це свідчить, що сильна резильєнтність може стати захистом від шкідливих звичок, зокрема від уживання наркотичних речовин [52].

Ганс Айзенк, зі свого боку, пов'язував особистісні риси з біологічними процесами, припускаючи, що такі характеристики, як нейротизм чи екстраверсія, зумовлені особливостями функціонування нервової системи. Наприклад, високий рівень нейротизму може асоціюватися з підвищеною чутливістю до стресових стимулів, що відповідає теорії Грея про активацію системи покарання в мозку. У контексті військової служби це може проявлятися у схильності до уникнення психологічного дискомфорту через вживання наркотичних речовин, які тимчасово знижують тривожність. [53, 28, 73]

Дослідження Олександри Когут розглядає стресостійкість як цілісну властивість особистості, що об'єднує психофізіологічні, емоційні, когнітивні та вольові аспекти. Ця властивість формується як відповідь на зовнішні виклики й відіграє ключову роль у здатності адаптуватися до складних обставин. У контексті військової служби, де стрес є невід'ємною частиною

діяльності, аналіз цих компонентів може допомогти пояснити фактори, що сприяють розвитку залежностей [47].

Психофізіологічний аспект стресостійкості базується на природних особливостях організму, які визначають індивідуальну чутливість до напруження. Ці характеристики впливають на базову здатність людини протистояти стрес-факторам, а їх недостатня стійкість може призводити до пошуку зовнішніх механізмів для зменшення дискомфорту [61]. Для військовослужбовців, які регулярно зазнають екстремальних умов, слабка фізіологічна резистентність може стати передумовою для вживання психоактивних речовин як способу полегшення емоційного напруження.

Ймовірно, вольовий компонент стресостійкості відображає здатність до свідомого контролю над діями та подоланню перешкод. Та ми можемо пов'язати цю здатність із такими якостями, як наполегливість та осмисленість, котрі є основою саморегуляції. Однак в екстремальних умовах, коли вольові ресурси виснажуються, ця функція може слабшати. Для військовослужбовців недостатня вольова регуляція, поєднана з біологічною вразливістю, може призводити до неадаптивних стратегій [27].

У роботі Тетяни Титаренко розглядається посттравматичне життєтворення як процес, що враховує діагностику психологічних наслідків травм і розробку методів їх відновлення. Відтак цей підхід дозволяє зрозуміти, як травматичний досвід впливає на поведінку. Травматичний досвід призводить до широкого спектру психологічних наслідків, враховуючи депресію, тривожність і посттравматичний стресовий розлад, а також підвищений рівень вживання алкоголю та наркотичних речовин [65].

Дослідження Катерини Мирончак показало, що втрати, яких зазнають військові, ускладнюють процес адаптації, знижуючи самоефективність. У таких умовах військовослужбовці й ветерани можуть вдаватися до вживання наркотичних речовин як способу уникнення болісних переживань, що вказує на зв'язок між травматичним досвідом і неадаптивними копінг-стратегіями [63].

Щоби зрозуміти, чому військовослужбовці часто вдаються до адиктивної поведінки, зокрема вживання психоактивних речовин під час війн і бойових дій, Валерій Насмов дослідив, що адикція — це психічна залежність, яка з'являється ще до фізичної тяги до наркотиків чи алкоголю. Науковець вважає адикцію наслідком невротичних і тривожно-депресивних станів, які виникають через бойові дії. У таких ситуаціях наркотики стають своєрідним порятунком від стресу — на короткий час вони можуть зняти тривогу й вирватися від жорстокої реальності. Однак це «рятівне коло» згодом обертається проти людини, руйнуючи її здоров'я, зокрема психологічне [14].

Найбільший ризик перерости адиктивну поведінку в серйозну залежність мають ті, хто погано адаптується до умов або довго знаходиться в зоні активних бойових дій. Отже, чим довше солдат перебуває під тиском, тим вища ймовірність, що це стане клінічною проблемою, тож важливо вчасно її виявляти. За даними дослідження у В'єтнамі наркотизація довела психічні розлади до 60% санітарних втрат, зі щомісячним звільненням 1–2 тисяч солдатів через наркоманію. Це показує, як війна може вплинути на схильність до вживання наркотичних речовин як реакція на стрес. [14].

Актуальність вивчення посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців зростає в умовах ведення бойових дій і повернення **ветеранів** до цивільного життя. Згідно з результатами дослідження, опублікованого у журналі «*Наукові перспективи*» (№1(43), 2024), ПТСР стає ключовим чинником, що істотно ускладнює процес адаптації, впливає на психічне здоров'я та підвищує ризик формування адиктивної поведінки, зокрема — вживання наркотичних речовин як способу уникнення страждань [78].

1.2. Вплив ПТСР на формування адиктивної поведінки

Посттравматичний стресовий розлад — це різновид психічного розладу, який належить до групи неврозів і розвивається внаслідок впливу стресової події або ситуації на психіку людини. ПТСР — це багатовимірний розлад із різними причинами та наслідками [68].

Слід зауважити, що серед військовослужбовців цей стан є достатньо поширеним і важким, які через особливість своєї роботи стикаються з чисельними травматичними подіями. Особливо це стосується тих, хто перебуває в зоні активних бойових дій, де можна зіткнутися з екстремальними умовами, інтенсивними обстрілами, вибухами, пораненнями та зі смертю побратимів [26].

Під час Громадянської війни в США (1861-1865 роки) вперше звернув увагу на психологічні та фізіологічні зміни у людей, які пережили екстремальні ситуації, американський лікар Джейкоб Мендес Да Коста. Він зафіксував випадки прискореного серцебиття у бійців, які були учасниками бойових дій. В учасників активних бойових дій він зафіксував та описав випадки прискореного серцебиття, а згодом цей стан отримав назву «солдатське серце» або "Da Costa's heart" (серце Да Кости) [54].

У 1941 році американський психіатр Абрам Кардинер розширив розуміння цієї проблеми й охарактеризував феномен, як «хронічний військовий невроз», вказуючи на його фізичну та психологічну природу. У 1980 році американський психіатр Марк Горовіц спираючись на попередні дослідження запропонував виділити його в окремий синдром, який отримав назву «посттравматичний стресовий розлад» [54]. Того ж року діагноз ПТСР додали до DSM (посібник з діагностики і статистики, довідники, розроблені Американською психіатричною асоціацією). Одна з мотивацій було те, щоб надати допомогу ветеранам війни у В'єтнамі, бо тільки у випадках тяжких тілесних травм вони могли отримати психологічну допомогу [72]. Також у період з 1984 по 1988 років, було проведено лонгітюдне дослідження, замовлене конгресом США, яке було присвячене для вивчення психологічного

стану ветеранів В'єтнамської війни “National Vietnam Veterans Readjustment Study” [71].

У дослідженнях ми можемо прослідкувати прояви посттравматичного стресового порушення, який пов'язаний з участю в бойових діях, має поширеність протягом життя від 10,1% до 30,9%, наприклад, це було виявлено серед ветеранів війни у В'єтнамі, та наступних воєнних конфліктах у таких країнах, як Іран та Афганістан [20].

У цій курсовій роботі ми розглянемо діагностичні критерії посттравматичного стресового розладу за DSM-IV та МКХ-11. За DSM-IV прояви посттравматичного стресового розладу поділені на критерії А, В, С, D, Е, які далі розділяються посимптомно, це дає можливість діагностувати ПТСР як синдром [75].

Клінічні діагностичні критерії:

- **Критерій А** — травматична подія. Містить дві обов'язкові ознаки:
 - людина була свідком або безпосередньою жертвою події, пов'язаної з ризиком загибелі чи поранення;
 - людина відчувала сильний страх, жах або безпорадність.
- **Критерій В** — вторгнення, що характеризується нав'язливими спогадами або думками:
 - нічні жахи, пов'язані з подією;
 - «флешбеки» — рецидивні спогади, стан коли людина наче знову опиняється в травмуючій події;
 - інтенсивні негативні реакції на ситуації, які нагадують травму;
 - фізіологічної реактивності (тремор, сильне серцебиття) в аналогічних ситуаціях.
- **Критерій С** — постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, що враховує хоча б три з таких ознак:
 - уникнення думок і почуттів, пов'язаних із травмою;
 - уникнення дій або місць, що нагадують про травму;

- неможливість пригадати важливі аспекти події (амнезія);
 - зниження інтересу до значущих занять;
 - відчуття відчуженості;
 - знижена здатність до вираження емоцій;
 - почуття безнадійності щодо майбутнього.
- **Критерій D** — гіперактивація, яка містить, як мінімум, двох симптомів:
 - проблеми зі сном;
 - дратівливість або агресія;
 - труднощі з концентрацією;
 - підвищена настороженість;
 - надмірна реакція переляку.
 - **Критерій E** — симптоми, які враховують критерії B, C і D та тривають шість місяців або більше після травмуючої події.
 - **Критерій F** — симптоми, які спричиняють значний дистрес або порушення адаптації в соціальній, професійній або інших важливих сферах життя [77].

*Критерії ПТСР за Міжнародною статистичною класифікацією
хвороб (МКХ-11)*

Діагностичні критерії МКХ-11:

- A. Вплив загрозливого або катастрофічного стресора;
- B. Стійкі спогади про пережите, які мають відображення у снах;
- B. Прагнення уникати обставини, що нагадують травму;
- Г. Два з таких симптомів: амнезія щодо події, порушення сну, дратівливість, труднощі з концентрацією, підвищена тривожність, боязкість та підвищена бадьорість.

Також у МКХ-11 додано поняття кПТСР (комплексний ПТСР), які враховують симптоми ПТСР:

- порушення емоційної регуляції;
- негативні уявлення про себе;

- проблеми в міжособистісних стосунках.

Критерії Б, В і Г виникають відразу після стресора або протягом шести місяців [15].

Таблиця 1.1.

Порівняльна таблиця критеріїв ПТСР за DSM-V та МКХ-11

Критерії	МКХ-11	DSM-V
симптоми переживання	є	є
симптоми уникнення	є	є
зміна когнітивного функціонування настрою	немає	є
Екпозиція	є	є
зміни реактивності	є	є
кПТСР	є	немає
вплив на функціонування	є	є

Розглянемо як прояви посттравматичного стресового розладу впливають на емоційний стан і спричиняють біологічні зміни в мозку, що впливають на його структуру та функції. Стрес призводить до гострих і хронічних змін у нейрохімічних системах і окремих ділянках мозку, що призводить до довготривалих змін у мозку, залучених у відповідь на стрес. Прояви ПТСР можуть спричинити зміни в ключових зонах мозку, які відповідають за обробку емоцій, пам'яті та контролю реакцій [4].

У мигдалеподібному тілі (центр страху) можна прослідкувати активність під час загрози та реакцію «боротьби або втечі». Мигдалеподібне тіло — це примітивна частина мозку, створена для забезпечення виживання, коли він надмірно активний і стає важко мислити раціонально. У людей із ПТСР мигдалина надмірно чутлива до стимулів, що призводить до частих спалахів тривоги навіть у безпечних ситуаціях [19]. Відомо, що гіпокамп (центр пам'яті), відіграє важливу роль у формуванні спогадів і визначенні безпечного контексту. Прояви посттравматичного стресового розладу часто

пов'язані зі зменшенням об'єму гіпокампу, що спричиняє проблеми із запам'ятовуванням та порушення відчуття часу. У таких випадках спогади, наприклад, можуть виникати так, ніби вони усі дії відбуваються «тут і зараз». Безумовно гіпокамп не працює належним чином, коли військовослужбовець не можете згадати важливі спогади, коли це потрібно, або жахливі спогади з'являються в невідповідний момент. У префронтальній корі контролюються емоції та раціональне мислення. У людей із проявами посттравматичного стресового порушення, префронтальна кора може недостатньо регулювати мигдалину, що призводить до труднощів у заспокоєнні після загрози [19].

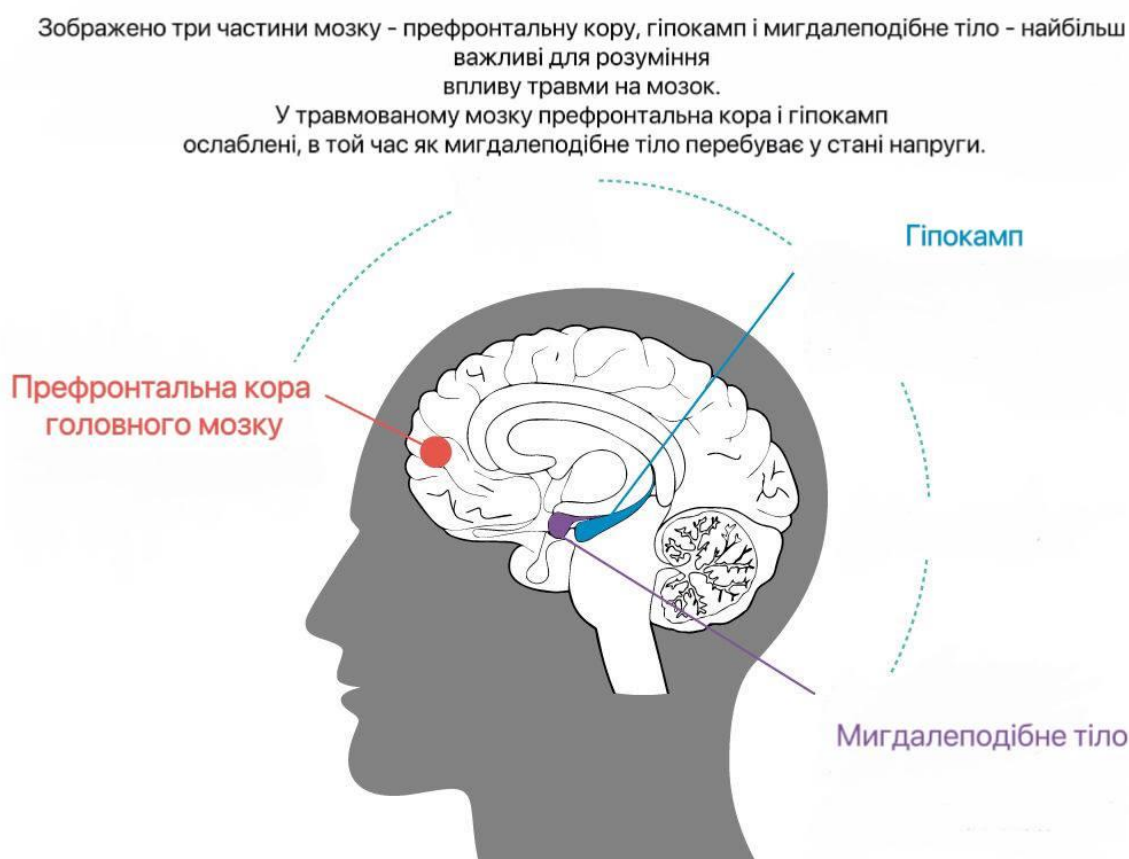


Рис.1.1. Три елементи мозку

Дослідники нейробіологічних змін вказують на те, що прояви симптомів ПТСР також знаходять свій витік у мозкових змінах:

- **спогади та флешбеки:** нав'язливі спогади активізуються через порушення у взаємодії гіпокампу та мигдалини;
- **гіперзбудженість:** підвищена пильність, труднощі з концентрацією та порушення сну виникають через надмірну активність мигдалини;
- **уникання:** спроби уникнути певних місць чи подій, які нагадують про травму, є наслідком недостатньої роботи префронтальної кори у придушенні страху.

За останні десятиліття наукові методи візуалізації, такі як магнітно-резонансна томографія (МРТ) та функціональна магнітно-резонансна томографія (фМРТ), дозволили краще зрозуміти, як ПТСР впливає на мозок. Дослідження показують, що зменшення об'єму гіпокампу виявлене у багатьох пацієнтів із ПТСР може бути наслідком довготривалого стресу. Ділянки аномалії мигдалини та префронтальної кори часто демонструють підвищену або знижену активність, що корелює з важкістю симптомів. Довгостривалі прояви посттравматичного стресового порушення можуть призводити до поступового зниження когнітивних функцій, що впливає на прогресивні зміни у мозку [11, 26].

Дослідники з'ясували, що прояви ПТСР призводять до значного погіршення здоров'я. Він асоціюється з підвищеним ризиком хронічних захворювань, інвалідністю та передчасною смертністю. Розглядаються кілька фізіологічних механізмів, які можуть пояснити, як прояви ПТСР призводять до погіршення здоров'я. Серед них простежують порушення роботи імунної, ендокринної та кровоносної систем, а також зниження соціальної підтримки та розвиток девіантної поведінки [11, 26]. Останнім часом значну увагу привертає теорія прискореного біологічного старіння як потенційного механізму погіршення здоров'я. Прискорене біологічне старіння є новою концепцією, що пояснює, як ПТСР може сприяти розвитку хронічних захворювань. Воно характеризується швидшим зниженням функціональних можливостей організму порівняно з хронологічним віком. Для перевірки зв'язку між ПТСР і прискореним старінням було проведено дослідження за

участю 2309 ветеранів США, які брали участь у військових операціях після 11 вересня 2001 року. Дослідження показало, що ветерани з поточним ПТСР демонстрували ознаки прискореного старіння порівняно з тими, хто не мав цього розладу [11, 26].

Науковці з'ясували, що на ризик виникнення ПТСР можуть впливати такі фактори — інтенсивність та тривалість бойового досвіду. Також треба враховувати окремі особистісні особливості людини, бойовий досвід, соціокультурні та гендерні фактори [36]. Ці фактори ми поділи ще на дві групи: внутрішні і зовнішні. До внутрішніх належать: особистісний досвід, особливості фізичного здоров'я, особистісні особливості. Серед зовнішніх виділяють: наявність алкогольної або наркотичної залежності [38].

Дослідники з'ясували, що в момент травматичної події ситуативні фактори мають більший вплив, ніж суб'єктно-особистісні характеристики. Проте з часом роль особистісних і індивідуально-психологічних особливостей зростає, і вони починають відігравати вагомую роль у розвитку посттравматичного стресового порушення, порівняно із ситуаційними факторами [76].

До об'єктивно-суб'єктивних факторів виникнення посттравматичного стресового розладу можуть належати: недостатність необхідних знань, умінь, навичок, які б допомогли впоратися з травмою, ставлення до здоров'я. До суб'єктивних факторів належать такі індивідуально-психологічні характеристики: [47]



Рис. 1.2. Індивідуально-психологічні характеристики виникнення ПТСР

Також значна увага приділяється вивченню расової та соціальної приналежності військовослужбовців, наявності попередніх поведінкових відхилень, особистісних розладів та інших супутніх розладів, досвіду дитинства, психіатричної обтяженості в сімейному анамнезі, а також рівню психологічного і фізичного здоров'я перед участю в бойових діях [72].

Військовослужбовці з проявами посттравматичного стресового розладу можуть не одразу висловлювати хвилювання з приводу травматичної події лікарю або психологу. Вони можуть з багатьох причин звертатися до фахівця, наприклад, через проблеми у стосунках, гнів, поганий сон, сексуальну дисфункцію, головний біль, ревматичні болі, шкіряні проблеми і т.д. Ще воїнам властиво не ділитися про власний травмуючий досвід. Дослідження виявили, що в 11% пацієнтів первинної медичної допомоги був вказаний розлад ПТСР в медичній документації. Це може вказувати нам на те, що ймовірно проявляється один із симптомів ПТСР — уникання. Також треба зазначити, що в суспільстві зберігається певна стигматизація щодо проблем психічного здоров'я, і це може позначатися на бажанні звертатися до лікаря або психолога [20].

Варто звернути увагу на те що, коли прояви посттравматичного стресового розладу тривають більше кількох місяців, то загальні симптоми рідко можуть існувати ізольовано. Це також вказує на те, що посттравматичний стресовий розлад може існувати з іншими супутніми ознаками та можуть проявлятися інші коморбідні психічні розлади [26].

Дослідники пов'язують посттравматичний стресовий розлад з дезорганізацією у когнітивних процесах — увага, мислення, сприйняття, пам'ять; та афективних — настроїв і емоційні переживання. Ці зміни можуть призводити до посилення симптомів розладу у військовослужбовців, а також спричинити психологічні проблеми такі як наркотична та алкогольна залежність, агресія, самопошкодження і порушення особистого та професійного життя [36]. З огляду на викладене вище зазначаємо, що посттравматичному стресовому розладу властива коморбідність.

Коморбідність — це поєднання кількох психічних розладів або станів. Серед 28% військовослужбовців із проявами ПТСР дослідники простежили прояви генералізованого тривожного розладу, у 29% — прояви депресії, у 12% — ознаки фобії та у 10% помічали прояви надмірного вживання алкоголю, наркотичних речовин [17]. Коморбідний ПТСР зазвичай виникає разом з іншими захворюваннями і можуть супроводжуватися проблемами зловживання наркотичними речовинами. Це є поширеним явищем при посттравматичному стресовому розладі. Люди з ПТСР нерідко вдаються до самолікування, використовуючи алкоголь або наркотики для зняття болю чи придушення травматичних спогадів [54].

Схильність до вживання наркотичних речовин у військовослужбовців ми можемо назвати одним із проявів адиктивної поведінки. Дослідники визначають адиктивну поведінку як прояв девіантної поведінки, що порушує загальноприйняті норми психічного здоров'я, культури та моралі [55].

Така поведінка може спричиняти залежність до різних шкідливих потягів. Для людей, які мають схильність до вживання наркотичних речовин, притаманно бажання змінити свою реальність за допомогою вживання і використання різноманітних речовин, а також шляхом діяльності, задля отримання швидких та інтенсивних емоцій.

У цьому контексті ми приділимо увагу наркотичним речовинам. Вони являють собою хімічні сполуки, що входять до складу спиртних напоїв, лікарських препаратів або навіть харчових продуктів. Ці речовини можуть мати як рослинне, так і синтетичне походження, що здатні змінювати психічний стан людини та впливають на центральну нервову систему людини. Внаслідок вживання їх дія на організм може спричиняти такі ефекти:

- ейфорізуючий;
- стимулюючий;
- седативний;
- галюциногенний тощо [60].

Стресори, екстремальні та травмуючі події можуть вплинути на військовослужбовця так, що він може бути схильним до зловживання наркотичних речовин. Це часто є реакцією на важкі життєві обставини і складнощі служби. Кардинальну роль серед чинників, які сприяють утворенню схильності до вживання наркотичних речовин, відіграють фактори, що впливають на формування особистості та поведінку військовослужбовця, зокрема: соціальні фактори, індивідуально-психологічні, індивідуально-біологічні [20]. Серед них виділяють:

- депривація (тривалі несприятливі життєві обставини);
- порушення емоційно-вольової сфери;
- порушення у ціннісно-нормативній сфері (спотворене бачення мети і сенсу життя);
- прагнення подолати тривожність, відсторонитися від травматичної реальності, зменшити напруження від соціального контролю, особливо в умовах військової служби;
- несприятливе сімейне середовище;
- досвід насильства;
- антисоціальні зв'язки;
- матеріальні труднощі;
- спадкова схильність [20].

Таким чином, адиктивна поведінка у формі схильності до вживання наркотичних речовин частіше розвивається поступово. Спочатку військовий відчуває інтенсивні емоції ейфорії, піднесення від певних дій або речовин, усвідомлюючи, що вони можуть змінити психологічний стан. Дискомфорт, життєві труднощі можуть закріплювати цю модель поведінки [47].

Лідія Котляренко зазначила, що вживання наркотичних речовин є поширеною проблемою серед цивільного населення, тож ця проблема також простежується серед військовослужбовців. В Україні офіційно на обліку в медичних установах перебуває понад 100 тисяч осіб із наркозалежністю, але

реальні цифри, з огляду на прихований характер цього явища, можуть сягати 450-500 тисяч, що становить понад 1% населення. З огляду на те, що Збройні сили не існують у вакуумі та є частиною суспільства, соціальні проблеми, наявні серед цивільного населення, неминуче відображаються і у військовій сфері [48].

Оскільки під час війни в Україні споживання наркотиків зросло, це явище часто спостерігається в умовах воєнних дій, коли військовослужбовці шукають способи впоратися з травматичними та стресовими ситуаціями. Певна річ, вживання наркотиків під час війни може бути відносно поширеним, й іноді військовослужбовці протягом тривалого часу використовують такі речовини, як стимулятори або наркотичні засоби, щоб залишатися бадьорими або зменшити вплив стресу, пов'язаного з війною [48].

Згідно з теорією канадського вченого Ганса Сельє, стрес є універсальною відповіддю організму на будь-які вимоги чи виклики, що допомагає адаптуватися до складних обставин. При тривалому та інтенсивному впливі активних бойових дій, коли військовий зазнає почуття безнадії, виснаженості, смутку, це може викликати стан дистресу [54].

Дистрес проявляється порушенням нормального перебігу психічних процесів, таких як:

- відчуття;
- сприйняття;
- пам'ять;
- мислення.

Він супроводжується негативними емоціями:

- страх;
- байдужість;
- агресивність;
- порушенням координації рухів.

Ймовірні тимчасові або тривалі особистісні зміни:

- апатія;
- втрата життєвої мотивації;
- довіра до побратимів та командирів;
- примітивне наслідування тощо.

На суб'єктивному рівні стрес проявляється як відчуття страху, тривоги, гніву, туги, відчаю, сильної втоми й інших подібних переживань [54]. Дослідники також зазначають, що у військових, стрес може супроводжуватись соматичним проявами, наприклад:

- порушенням сну (проблема із засинанням, раннє прокидання, нічні пробудження);
- змінами у харчуванні;
- підвищенням артеріального тиску, прискорення пульсу і дихання [51].

Адиктивна поведінка, що проявляється на території активних бойових дій, має яскраве вираження впливу стресу [50]. Дослідники вказують на те, що у 40-80% випадків довге переживання бойового стресу впливає на прояв посттравматичного стресового розладу, наслідки якого можуть зберігатися роками або навіть десятиліттями. Військовослужбовці можуть зіткнутися з розвитком психопатологічних станів, причиною яких може бути вплив стресових і травматичних ситуацій. Спираючись на проаналізовані дослідження, можемо стверджувати, що екстремальні обставини в активних бойових діях обтяжують функціонування компенсаторних механізмів в тілі людини, що збільшує імовірність розвинення психічних розладів і впливає на їх розвиток. Унаслідок чого зростає поява соматичних захворювань. [50].

Отже, у зоні активних бойових дій військовослужбовець стає чутливим до напруги, нестабільних умов, стресорів, непередбачуваних ситуацій. Це може бути одним із проявів схильності до способів деструктивних, девіантних або адиктивних подолань стресу, зокрема вживання наркотичних речовин. Наркотичні речовини є одним із варіантів швидкого способу полегшення

проявів посттравматичного стресового порушення, таке використання легкого методу полегшити відчуття стресу має короткочасний термін та погіршує психічний та фізичний стан військовослужбовця. З огляду на те, що військовослужбовці Збройних сил України неодноразово переживали травматичні події, і з цим може бути важко впоратися, що спонукає їх звертатися до деструктивних методів зняття стресу [18, 55].

1.3. Наслідки схильності до вживання наркотичних речовин серед військовослужбовців

Схильність до вживання наркотичних речовин серед військовослужбовців може виникати через психологічні особливості:

- тривожність;
- імпульсивність;
- низька стресостійкість;
- потреба в підтримці [29].

Усе це посилюється умовами служби — бойовим стресом, ізоляцією чи тиском колективу. Дослідження вказують на акцентуації характеру як на чиннику, що формує схильність до залежностей. Також є дані про генетичну уразливість, через метаболізм дофаміну чи ген 3R MAO-A, особливо якщо людина росла в несприятливому середовищі. Приділимо увагу цьому гену. Отже, агресія є складною поведінковою реакцією, яка може мати як біологічні, так і соціальні передумови. Серед біологічних чинників особливу увагу привертає ген MAO-A, який кодує фермент моноаміноксидазу А, відповідальну за розщеплення нейромедіаторів, таких як серотонін, дофамін і норадреналін. Порушення в роботі цього ферменту можуть призводити до накопичення нейромедіаторів, що, зі свого боку, може спричиняти підвищену агресивність [23].

Дослідження показують, що певні варіанти гена MAO-A, зокрема ті, що асоціюються з низькою активністю ферменту, можуть бути пов'язані з

підвищеним ризиком агресивної поведінки. Ці варіанти отримали неофіційну назву «ген воїна».

Крім того, нейробіологічні дослідження вказують на роль таких структур мозку, як мигдалина, у регуляції агресивної поведінки. Зменшення рівня MAO-A в цих ділянках може впливати на імпульсивність та контроль емоцій. [23]

Усе це робить військових вразливими до наркотиків як способу втечі від реальності. Схильність до вживання наркотичних речовин має руйнівні наслідки для військовослужбовців. По-перше, це впливає на психічне здоров'я: тривожність і підозрілість посилюються, а здатність долати труднощі падає. По-друге, це призводить до соціальних проблем — погіршення стосунків із товаришами по службі та втрата довіри з боку суспільства [29].

На основі дослідження, проведеного серед військовослужбовців Національної гвардії України, виявлено, що схильність до вживання наркотичних речовин безпосередньо пов'язана як із внутрішніми психологічними особливостями, так і з впливом зовнішнього середовища [29].

Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, є значною проблемою для ветеранів та асоціюються з численними негативними наслідками, враховуючи медичні, психологічні та соціальні ускладнення. Фактори ризику розвитку схильності до вживання наркотичних речовин включають військові стресові чинники, такі як участь у бойових діях, розгортання та труднощі реінтеграції в цивільне життя. Психічні розлади, зокрема посттравматичний стресовий розлад і депресія, також підвищують імовірність до наркотичної схильності [13].

Статистичні дані свідчать про значний рівень психогенних втрат серед військовослужбовців, які часто пов'язані з вживанням наркотичних речовин. Під час Другої світової війни в армії США понад 17% особового складу було виведено зі строю через психічні розлади, а у В'єтнамі приблизно 50% тих, хто спробував героїн, згодом стали залежними. Подібні тенденції спостерігалися і

в інших конфліктах, наприклад під час війни на Балканах, в Афганістані та Іраку, де проблема наркоманії серед комбатантів лише поглиблювалася. У структурі психічних розладів серед учасників бойових дій домінують посттравматичний стресовий розлад (28,2%), розлади адаптації (38,1%) та неврастенія (20,3%), що часто супроводжуються соціальною дезадаптацією, враховуючи агресивну поведінку, розлучення та часте вживання алкоголю (54,7%). Ці розлади створюють сприятливе підґрунття для розвитку залежності, оскільки наркотики стають механізмом компенсації медіаторного дефіциту в центральній нервовій системі, що виникає під впливом хронічного стресу [13]. Згідно за DSM-5 розлад діагностується за наявності двох або більше симптомів протягом року, які спричиняють значний дистрес або порушення функціонування. Серед симптомів — надмірне вживання речовини, невдалі спроби зменшити кількість і частоту вживання наркотиків, сильна тяга, толерантність, синдром відміни тощо. DSM-5 запровадив континуальну модель тяжкості замість попередньої категоріальної (зловживання чи залежність), що дозволяє точніше оцінювати стан пацієнта [13]. Вона враховує такі категорії залежності:

- легка;
- помірنا;
- тяжка.

Зокрема, військовослужбовці, які вживають наркотичні речовини можуть демонструвати зниження розумових і фізичних здібностей, нестійкість психіки, втрату самоконтролю, що може призводити до неадекватної поведінки в умовах бойових дій. У цьому контексті наркоманія в армії є несумісною з вимогами до особового складу, оскільки військова служба передбачає постійне інтелектуальне й фізичне навантаження, високий рівень дисципліни та відповідальності (16). Схильність до вживання наркотичних речовин також значно підвищує рівень агресії та міжособистісного насильства серед військовослужбовців. Як наслідок, це призводить до погіршення міжособистісних стосунків та якості взаємин у родині. Військові з розладами

вживання психоактивних речовин повідомляють про нижчу якість взаємин і вищий рівень конфліктності у стосунках порівняно з тими, хто не має такої проблеми [13].

На індивідуальному рівні вживання наркотичних речовин погіршує психічне здоров'я, а адаптивні в бойових умовах риси, такі як підвищена настороженість чи контроль емоцій, після повернення додому стають симптомами, що ускладнюють соціальну інтеграцію. Лише 20% учасників бойових дій із таким діагнозом ефективно проходять терапію, що вказує на стійкість цієї проблеми. Таким чином, схильність до вживання наркотиків серед військовослужбовців не лише підриває їхнє здоров'я, а й створює довгострокові виклики для суспільства, вимагаючи розробки комплексних реабілітаційних програм [29].

До того ж вживання наркотичних речовин у військовому середовищі часто супроводжується порушенням військової дисципліни, зростанням правопорушень, зокрема крадіжок, хуліганства та навіть випадків вбивства через втрату самоконтролю. Особливо небезпечним є те, що наркотичні речовини потрапляють у зону бойових дій різними шляхами — через родичів, «поштові» канали або шляхом нелегального постачання всередині підрозділів. Це створює сприятливе середовище для організованої злочинності, що підриває як внутрішню безпеку військ, так і національну безпеку країни загалом [35].

Наркотизація військових призводить до зростання злочинності — як загальнокримінальної, так і специфічно «військової». На тлі наркотичного сп'яніння фіксуються випадки крадіжок, самогубств, порушення статутного порядку, що, зі свого боку, призводить до небойових втрат. Варто також підкреслити кримінологічний аспект — вживання наркотиків серед військовослужбовців не лише створює загрозу для безпеки військових частин, але й сприяє розвитку тіньової економіки, формуванню злочинних угруповань та корупційних зв'язків у лавах збройних сил [39].

Окремо слід зазначити, що навіть військовослужбовці, які до служби не мали жодного досвіду вживання наркотиків, можуть потрапити в коло ризику вже в умовах виконання службово-бойових завдань. Постійна напруга, відсутність підтримки, зміна соціального оточення, відчуження від рідних — усе це чинники, які призводять до втрати внутрішніх орієнтирів і формування адиктивної поведінки як форми психологічної компенсації [29].

Окреме дослідження, представлене у збірнику міжнародної наукової конференції *Innovative Development of Science, Technology and Education* (2024), підтверджує наявність глибоких негативних наслідків зловживання наркотичними речовинами серед військовослужбовців. Зокрема, ключовими наслідками зазначено порушення психічного стану, прояви депресії, підвищеної тривожності, емоційної нестабільності, що у крайніх випадках можуть набувати суїцидального характеру. Такі психічні зміни часто поєднуються з агресивною поведінкою, втратою здатності до адекватної соціальної взаємодії та зниженням рівня самоконтролю [69]. Іншим важливим наслідком є високий ризик безпритульності та соціальної дезадаптації. Військовослужбовці з коморбінними розладами (розлад вживання наркотичних речовин та ПТСР) частіше стикаються з проблемою бездомності [13]. Наслідки схильності до вживання наркотичних речовин серед військовослужбовців мають багатовимірний характер і суттєво впливають на їхнє фізичне та психічне здоров'я, соціальне функціонування, професійну ефективність та якість життя в цілому. Це підкреслює важливість своєчасної діагностики, профілактики та комплексного підходу до лікування розладів, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин у військовослужбовців [69].

Висновки до I розділу

У першому розділі дипломної роботи здійснено теоретичний аналіз психологічних особливостей військовослужбовців, які сприяють схильності до вживання наркотичних речовин, з акцентом на психологічні механізми, чинники формування адиктивної поведінки та вплив посттравматичного стресового розладу. Систематизація літературних джерел дала змогу розкрити багатогранність проблеми, виокремити психологічні, біологічні та соціальні детермінанти адикції, а також закласти теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження.

Специфіка військової служби, особливо в умовах бойових дій, формує унікальний комплекс стресогенних факторів, що впливають на психологічний стан військовослужбовців. Постійна загроза життю, фізичне та емоційне виснаження, ізоляція від соціального оточення та необхідність приймати швидкі рішення в екстремальних умовах створюють хронічний стрес. Цей стан перевантажує адаптаційні механізми, сприяючи емоційному вигоранню, порушенню сну, зниженню психологічної стійкості та появі дистресу. У таких умовах психологічні особливості, зокрема підвищена тривожність, імпульсивність, низька резильєнтність, нейротизм і слабка волюва регуляція, стають ключовими чинниками вразливості до адиктивної поведінки.

З психоаналітичної перспективи, витіснення болісного досвіду, як зазначав Зигмунд Фройд, є центральним механізмом, що пояснює схильність до вживання наркотичних речовин. Травматичні переживання, які не піддаються свідомій обробці, витісняються в несвідоме, що призводить до внутрішніх конфліктів і пошуку швидких способів полегшення психологічного дискомфорту. Наркотичні речовини в цьому контексті стають засобом тимчасового придушення тривоги та уникнення болісних спогадів. Теорія рис особистості доповнює цей підхід, вказуючи на те, що такі характеристики, як висока чутливість до стресу, схильність до уникнення проблем і низька емоційна стабільність, посилюють ризик розвитку

залежності. Так, психологічні особливості, поєднані з травматичним досвідом, формують основу для адиктивної поведінки.

Особливу роль у формуванні схильності до вживання наркотичних речовин відіграє ПТСР, який є поширеним серед військовослужбовців, котрі пережили активні бойові дії, поранення чи втрату побратимів і посестер. Нейробіологічні зміни, пов'язані з ПТСР, такі як зменшення об'єму гіпокампу, надмірна активність мигдалини та послаблення функцій префронтальної кори, погіршують здатність до самоконтролю та посилюють імпульсивність. Ці порушення сприяють пошуку миттєвих способів полегшення психологічного стану, зокрема через вживання психоактивних речовин, що створює замкнене коло залежності.

Наслідки адиктивної поведінки мають комплексний вплив на життя військовослужбовців. На індивідуальному рівні вживання наркотичних речовин призводить до погіршення психічного та фізичного здоров'я, зниження когнітивних і фізичних здібностей, а також втрати самоконтролю, що суперечить вимогам військової служби, яка потребує високої дисципліни та відповідальності. На соціальному рівні адикція спричиняє ізоляцію, стигматизацію та порушення міжособистісних стосунків, що ускладнює реінтеграцію в суспільство. Навіть військовослужбовці без попереднього досвіду вживання наркотиків стають уразливими до залежності в умовах хронічного стресу, відчуження та відсутності психологічної підтримки.

Отже, проведений теоретичний аналіз засвідчив, що схильність військовослужбовців до вживання наркотичних речовин зумовлена складною взаємодією психологічних особливостей (підвищена тривожність, імпульсивність, низька резильєнтність, нейротизм), нейробіологічних змін (зокрема, внаслідок ПТСР) і соціальних чинників (обмежений доступ до психологічної підтримки, ізоляція). ПТСР відіграє центральну роль, посилюючи вразливість до адикції через емоційні, когнітивні та нейрофізіологічні порушення. Ці висновки підкреслюють необхідність розробки комплексних програм профілактики та реабілітації, спрямованих на

ранню діагностику ПТСР, розвиток адаптивних копінг-стратегій і створення сприятливого соціального середовища у військових підрозділах. Теоретичні результати створюють міцну основу для емпіричного дослідження, яке дозволить перевірити роль психологічних особливостей у формуванні адиктивної поведінки та розробити практичні рекомендації для її подолання.

РОЗДІЛ II. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ТА ВПЛИВУ НА СХИЛЬНІСТЬ ДО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Підходи до дослідження

Для того, щоб дослідити психологічні особливості військовослужбовців, котрі схильні до вживання наркотичних речовин ми використовуємо емпіричне дослідження, яке є етапом дипломної роботи. Для забезпечення валідності, надійності й об'єктивності результатів пропонується використання стандартизованих психодіагностичних методик, які дозволяють комплексно оцінити психологічні особливості, прояви ПТСР, стресу та схильність до вживання наркотичних речовин. Вибір методик ґрунтується на дослідницьких питаннях та завданнях. Також дослідження базується на інтегративному підході, який поєднує кількісні та якісні методи з метою більш глибокого розуміння психологічних особливостей військовослужбовців. Такий підхід відповідає складності досліджуваної мети.

Для дослідження проявів посттравматичного стресового розладу було використано скринінг PCL-5. Тест був розроблений у 2013 році National Center for PTSD департаментом США у справах ветеранів, та з часом був активно залучений у використання в Україні. Це тест із 20 запитань, який оцінює наявність та вираженість симптомів посттравматичного стресового розладу. Пункти PCL-5 відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу за DSM-5. Опитувальник має кілька основних цілей, серед яких:

- кількісна оцінка симптомів та моніторинг їх змін з часом;
- скринінг для виявлення ПТСР;
- сприяння встановленню попереднього діагнозу ПТСР [8].

Тест PCL-5 — це самозвітний опитувальник, процес заповнення займає приблизно від 5 до 10 хвилин. PCL-5 оцінює симптоми за останній місяць, однак, залежно від конкретної мети оцінювання, цей інтервал може бути змінений. PCL-5 оцінюється за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта, де респонденти вказують, на скільки кожне з 20 тверджень турбувало їх протягом

останнього місяця. Відповіді оцінюються в діапазоні від 0 до 4, після чого всі бали підсумовуються для отримання загального результату, що коливається від 0 до 80.

Загальний бал за всі 20 пунктів (діапазон 0-80) і використання відсікаючого балу в межах 31-33 є рекомендованим, з огляду на сучасні психометричні дослідження. Однак вибір «порогового» балу залежить від мети оцінки та конкретної групи населення. Чим нижчий поріг, тим м'якші критерії, що збільшує ймовірність хибно позитивних результатів, а високий поріг робить критерії суворішими, що може призвести до хибно негативних відповідей [5].

Для інтерпретації результатів кожен симптом, оцінений на 2 бали чи більше (тобто «помірно» або вище), розглядається як підтверджений симптом, що відповідає діагностичним критеріям DSM-5. Згідно з цими критеріями, повинно бути щонайменше:

- 1 симптом за Критерієм В (пункти 1-5);
- 1 симптом за Критерієм С (пункти 6-7);
- 2 симптоми за Критерієм D (пункти 8-14);
- 2 симптоми за Критерієм Е (пункти 15-20).

Застосування відсікаючого балу, як правило, забезпечує точніші результати, ніж діагностичні правила DSM-5. PCL-5 є психометрично обґрунтованим показником ПТСР за DSM-5, є валідним і надійним, корисним для кількісної оцінки тяжкості симптомів ПТСР [30]. Ключ до опитувальника можна побачити в Додатку Г.

Для дослідження схильності до вживання наркотичних речовин ми використали тест для визначення зловживання наркотиками (DUDIT). Це скринінговий інструмент, розроблений для виявлення проблем, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, а також для оцінки рівня їх вживання та наявності критеріїв зловживання і залежності. Опитувальник складається з 11 запитань.

DUDIT не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє на ранніх етапах виявити потенційні проблеми, пов'язані з вживанням наркотичних речовин, і оцінити ризик розвитку залежності.

Інструмент був розроблений на основі даних, отриманих від дорослих осіб у Швеції, що перебували в системі кримінального правосуддя, лікувальних закладах для наркозалежних та в різних громадських вибірках. Розробником є доцентка кафедри клінічної психології Каролінського інституту, професорка клінічної психології на факультеті психології Уппсальського університету, а також наукова радниця з питань вживання алкоголю та наркотиків у Національній раді з охорони здоров'я та соціального забезпечення Анна Берман. Співрозробниками стали Ганс Берман (Каролінський інститут), Том Пальмстерна (старший психіатр) та Франц Шлютер (юрист, фахівець з досліджень у Шведській службі в'язниць і пробації) [1].

DUDIT визнано надійним і валідним інструментом для клінічного використання, з високою внутрішньою узгодженістю, чутливістю та специфічністю. Це підтверджується численними дослідженнями, проведеними за допомогою баз даних Medline, Psycinfo та PubMed з 2005 по 2014 роки. Наприклад, у дослідженні Martin Hildebrand (2015) було проаналізовано 18 публікацій, що підтвердили надійність і психометричні характеристики інструменту.

Результати показують, що DUDIT має високі показники надійності (α Кронбаха понад 0,90) і чутливості (від 0,85 до 1,00), а також хорошу специфічність (від 0,75 до 0,92) в різних популяціях. Крім того, інше дослідження, проведене Andrew C. Voluse, підтвердило, що DUDIT має високий рівень конвергентної валідності ($r = 0,85$) та альфа Кронбаха 0,94. Інструмент показав хорошу дискримінантну валідність, чітко відокремлюючи осіб із наркотичною залежністю від тих, хто зловживає алкоголем.

Ці результати доводять, що DUDIT є надійним та валідним інструментом для скринінгу зловживання наркотиками, ефективно вимірюючи одновимірну структуру залежності.

Діапазон балів, який може отримати респондент, варіюється від 0 до 44. За результатами розробників опитувальника, бали, що перевищують 6 у чоловіків і 2 у жінок, можуть свідчити про наявність проблем, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин. Оцінка 25 балів і більше, незалежно від статі, однозначно вказує на наявність залежності [2].

Для дослідження сприйняття стресу був використаний тест — Шкала сприйняття стресу (PSS), який розробили в 1983 році. Шкала сприйняття стресу є одним із найбільш популярних інструментів для вимірювання психологічного стресу. Це простий, ефективний і широко визнаний у світі опитувальник, який дозволяє оцінити, наскільки людина сприймає своє життя як стресове і які можуть бути потенційні наслідки цього стресу. PSS визначає, наскільки непередбачуваним, неконтрольованим і перевантаженим респондент вважає своє життя [6].

Пункти опитувальника мають загальний характер, не фокусуючись на конкретних подіях або переживаннях, що робить шкалу універсальною і придатною для різних груп населення. Тест PSS може бути використаний для визначення, чи є стрес етіологічним фактором або фактором ризику розвитку певних поведінкових розладів або захворювань. Також цей інструмент допомагає виміряти рівень стресу, зважаючи на об'єктивні стресові події, ресурси подолання стресу та індивідуальні особливості респондента.

Розробником PSS є Шелдон Коен, професор психології в Університеті Карнегі-Меллона (Піттсбург, США), лауреат премії Американської психологічної асоціації за науковий внесок у психологію та член Національної академії медицини США. Шкала сприйняття стресу на сьогодні перекладена на 25 мов [32].

Цей опитувальник може бути заповнений респондентом онлайн або зачитаний йому особисто або за допомогою телефону. Процес заповнення

займає приблизно 3-5 хвилин, і важливо, щоб респондент самостійно відповідав на питання. Оцінка рівня стресу здійснюється за допомогою п'яти варіантів відповідей: «Ніколи», «Майже ніколи», «Іноді», «Досить часто» та «Дуже часто». Опитувальник складається з 10 питань, а для відстеження динаміки стресу можна проводити його кілька разів: на початку, в середині і наприкінці терапії.

Бали респондента можуть варіюватися від 0 до 40, і чим вищий бал, тим вищий рівень стресу. Для більш глибокого аналізу можна звернути увагу на окремі пункти з високими балами [33, 73].

Дослідження Джона Тейлора у 2015 році виявило двофакторну модель PSS, що дозволяє додатково аналізувати два підрозділи шкали:

1. **Сприйняття безпорадності** (питання 1, 2, 3, 6, 9, 10) — оцінює відчуття втрати контролю над обставинами, власними емоціями і реакціями.
2. **Брак самомотивованості** (питання 4, 5, 7, 8) — вимірює відчуття нездатності впоратися з проблемами.

Ці фактори варто аналізувати окремо, оскільки вони можуть допомогти зрозуміти, як сприймається стрес, а також виявити більш глибокі психологічні аспекти, пов'язані з стресовими ситуаціями.

Високий рівень стресу, виміряний за допомогою PSS, асоціюється з низкою фізіологічних і психологічних наслідків, таких як підвищення рівня кортизолу, порушення імунної системи, вищий рівень прозапальних цитокінів, зниження здатності організму до загоєння ран, а також погіршення практик здоров'я (наприклад, порушення сну та надмірне вживання алкоголю). Оцінка стресу за допомогою шкали PSS є важливим інструментом для вивчення того, як люди сприймають події свого життя. Це дає можливість відстежити динаміку стресу та допомагає розробити більш персоналізовані інтервенції для зниження стресу та його негативних наслідків [32]. Ключі до тесту можна побачити в додатку Г.

У сучасній психології модель п'яти факторів особистості, відома як «велика п'ятірка», є одним із найпоширеніших інструментів для оцінки особистісних рис. Ця модель, базована на роботах таких вчених, як Ганс Айзенк та Раймонд Кеттелл, описує п'ять ключових факторів: екстраверсію, доброзичливість, свідомість, нейротизм та відкритість до досвіду. Однак такі опитувальники, як NEO-PI-R із 240 запитаннями, є громіздкими для використання у масових дослідженнях, особливо за умов вебопитувань, де респонденти можуть втрачати концентрацію через велику кількість запитань. У зв'язку з цим актуальним є створення та адаптація скорочених скринінгових методик, які зберігають діагностичну точність, але є більш економними за часом.

Метою нашого дослідження є використання українськомовного варіанту скринінгового опитувальника BFI-10, який складається з 10 запитань. Особлива увага приділяється застосуванню цього інструменту для диференціації осіб, які вживають наркотики, та тих, хто їх не вживає. Ключі до опитувальника можна побачити у додатку Е.

Для адаптації BFI-10 науковці використали процедуру паралельного заповнення трьох опитувальників: BFI-10, 5PFQ (75 запитань) та LBP (25 запитань, адаптація Леоніда Бурлачука та Дмитра Корольова). Переклад запитань BFI-10 здійснювався з урахуванням досвіду роботи з класичними психодіагностичними інструментами, такими як EPQ Айзенка та 16PF Кеттелла, із застосуванням прямого та зворотного перекладу для забезпечення змістової точності. Зокрема, запитання 5 було переформульовано з негативного на позитивне, щоб уникнути реверсивного кодування.

Дослідження проводилося в межах моніторингу «Молодь і наркотики» (2017–2020 роки) за багатоступеневою кластерною вибіркою серед молоді віком 17–25 років у місті Харкові.

Адаптований українськомовний варіант BFI-10 продемонстрував високу надійність і валідність, що підтверджується значущими кореляціями з іншими опитувальниками та достатніми значеннями альфа Кронбаха [62].

Опитувальник BFI-10 дає змогу швидко та ефективно оцінити п'ять базових особистісних рис, відомих як «Велика п'ятірка», які відіграють важливу роль у формуванні поведінкових патернів:

- екстраверсія (E) — характеристика, що відображає рівень соціальної активності, енергійності, товарищескості та здатності до міжособистісної взаємодії;
- доброзичливість (A) — схильність до співпереживання, доброзичливості, кооперативності та позитивного ставлення до інших людей;
- свідомість (C) — риса, пов'язана з дисциплінованістю, відповідальністю, організованістю та високою саморегуляцією;
- нейротизм (N) — емоційна вразливість, схильність до тривожності, дратівливості, нестабільного настрою та переживання стресу;
- відкритість до досвіду (O) — здатність до креативного мислення, гнучкість у сприйнятті нової інформації, допитливість і широта інтересів [21].

Запропоновані методики мають високу практичну цінність, оскільки дозволяють не лише діагностувати психологічні особливості та адиктивну поведінку, а й визначити ключові напрями для психологічної реабілітації. Результати дослідження можуть бути використані для розробки профілактичних програм, спрямованих на підвищення резильєнтності, зниження стресового навантаження та раннє виявлення ПТСР. Крім того, дані напівструктурованого інтерв'ю допоможуть врахувати індивідуальні потреби військовослужбовців, що сприятиме створенню ефективних реабілітаційних стратегій.

Таким чином, запропонований набір психодіагностичних методик забезпечує комплексний підхід до емпіричного дослідження, відповідає завданням дипломної роботи та дослідницьким питанням, а також створює

надійну основу для отримання науково обґрунтованих результатів і практичних рекомендацій.

2.2 Характеристика вибірки

Для реалізації емпіричного дослідження психологічних особливостей військовослужбовців, які схильні до вживання наркотичних речовин, було сформовано вибірку загальною кількістю 86 осіб. Для збору даних у межах дослідження ми створили опитування завдяки онлайн-інструменту Google Forms (див. Додаток А), що забезпечило зручність, доступність і ефективність у залученні учасників.

Залучення учасників здійснювалося через інтернет-простір, зокрема соцмережу Instagram, яка є однією з найпопулярніших платформ для комунікації. Для підвищення охоплення та забезпечення репрезентативності вибірки було налагоджено співпрацю з аудиторією бойової медицині, чия ідентичність, відповідно до етичних принципів дослідження, залишається конфіденційною. Ця співпраця дозволила залучити учасників, які мають прямий зв'язок із військовою службою, що відповідало меті дослідження.

Інформація про опитування поширювалася через публікації, stories та прямі заклики до участі в Instagram, що забезпечило швидке охоплення цільової аудиторії. Учасники отримували доступ до Google Forms за допомогою посилання, яке супроводжувалося коротким описом мети дослідження, гарантіями конфіденційності та добровільності участі. Особливу увагу приділили захисту даних, пов'язаних із вживанням наркотичних речовин, щоб уникнути стигматизації чи будь-якої шкоди для учасників.

У процесі виконання емпіричної частини дослідження виникли певні виклики, пов'язані зі специфікою цільової вибірки. Збір даних серед цієї категорії респондентів ускладнений через обмежений доступ до учасників, їхню зайнятість у виконанні службових обов'язків, а також особливості психоемоційного стану, зумовлені умовами служби. Ці фактори вплинули на формування вибірки та організацію процесу збору даних.

Емпіричне дослідження проводилося у два етапи. На першому етапі для збору даних використовувалися три методики та анкетування: опитувальник для оцінки посттравматичного стресового розладу (PCL-5), шкала сприйняття стресу (PSS) та опитувальник для оцінки вживання наркотичних речовин (DUDIT). Ці інструменти були застосовані для отримання первинних даних щодо психологічного стану та особливостей функціонування військовослужбовців.

На другому етапі дослідження до вибірки ми додали опитувальник «Велика п'ятірка особистості» (BFI-10), який використовувався для оцінки основних рис особистості респондентів. Через складність умов збору даних, зокрема обмежену доступність учасників, опитувальник BFI-10 був заповнений лише частиною вибірки (N=29). Незважаючи на обмежений обсяг субвибірки, вважаємо, що отримана кількість респондентів є достатньою для проведення розвідувального аналізу психологічного профілю військовослужбовців. Ця субвибірка дозволяє виявити попередні закономірності та сформулювати гіпотези для подальших досліджень.

Висновки до II розділу

У другому розділі було обґрунтовано та представлено методологічну основу емпіричного дослідження, спрямованого на вивчення психологічних чинників, що впливають на схильність до вживання наркотичних речовин серед військовослужбовців. Основною перевагою дизайну дослідження є його комплексність та інтегративний підхід, що поєднує кількісні та якісні методи аналізу, дозволяючи глибше зрозуміти внутрішні психологічні процеси, пов'язані з адиктивною поведінкою.

Для досягнення цілей дослідження було використано низку валідних та надійних психодіагностичних методик: PCL-5 — для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу; DUDIT — для оцінки рівня вживання наркотичних речовин та потенційної залежності; PSS — для вимірювання

рівня сприйняття стресу; BFI-10 — для швидкої діагностики основних особистісних рис за моделлю «Великої п'ятірки».

Кожен з інструментів було обрано з урахуванням його відповідності до специфіки цільової вибірки, що складається з військовослужбовців, а також із врахуванням сучасних психометричних вимог.

Запропонований інструментарій дозволяє дослідити зв'язки між психотравматичним досвідом, стресовими реакціями, особистісними характеристиками та схильністю до вживання наркотиків. Такий підхід забезпечує емпіричне підґрунтя для розробки психопрофілактичних та реабілітаційних програм, адаптованих до потреб військовослужбовців.

РОЗДІЛ III. ШЛЯХИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ СХИЛЬНИХ ДО ВЖИВАННЯ НАРКОТИЧНИХ РЕЧОВИН

3.1. Описові статистики

У дослідженні психологічних особливостей військовослужбовців, які схильні до вживання наркотичних речовин, взяли участь 86 респондентів. Вибірка складається із військовослужбовців різної статі, віку, з безпосередньо бойовим досвідом і без. Відтак, можемо стверджувати, що вибірка достатня і репрезентативна.

Нижче наведені деталізовані характеристики за кожним із зазначених параметрів.

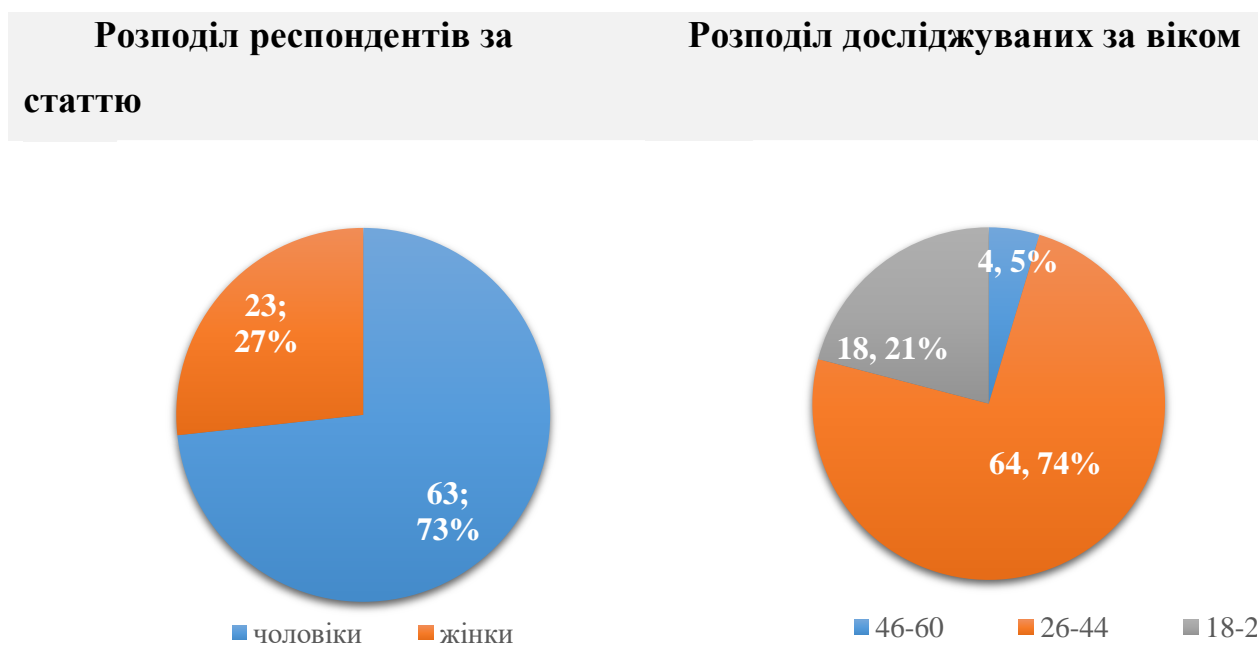


Рис. 3. 1. Кількісний розподіл досліджуваних за статевим і віковим показником

Як видно з рисунку 3.1 у дослідженні взяли участь 63 чоловіки (73%) та 23 жінки (27%). Варто зауважити, що такий статевий розподіл є типовим для вибірок військовослужбовців в Україні. Проте наявність у вибірці понад чверті жінок водночас засвідчує зростаючу участь жінок у військовій службі, що

створює можливості для проведення порівняння психологічних особливостей військовослужбовців за статевою ознакою.

У віковому аспекті найбільшу частку становлять респонденти віком 26-44 років (64 особи, 74%). Група 18-25 років представлена 18 опитаними (21%), а старша вікова група 46-60 років — 4 людьми (5 %). Отже, як бачимо, ядро вибірки складають люди молодого і середнього віку, що відповідає завданням нашого дослідження.

Більшість учасників дослідження є чинними військовослужбовцями — це 80 осіб (93%). Частка колишніх військовослужбовців становить лише 6 осіб (7%).

Таблиця 3.1.

Кількісний розподіл досліджуваних за статусом військової служби

<i>Поточний статус військовослужбовця</i>	Counts	% of Total	Cumulative %
Чинний військовослужбовець	80	93.0%	93.0%
Колишній військовослужбовець	6	7.0%	100.0%
<i>Перебування в зоні активних бойових дій</i>	Counts	% of Total	Cumulative %
Так	71	82.6%	82.6%
Ні	15	17.4%	100.0%

71 респондент (82,6 %) вказав, що мав досвід перебування в зоні активних бойових дій, тоді як 15 осіб (17,4%) такого досвіду не мали. Високий показник представників із досвідом бойових дій свідчить про наявність у вибірці осіб з потенційно високим ризиком розвитку посттравматичного стресового розладу, що є ключовим для вивчення досліджуваної проблематики.

Таблиця 3.2.

Описові статистики за показником орієнтовної тривалості перебування в зоні активних бойових дій

Descriptives

Орієнтовна тривалість перебування в зоні активних бойових дій

Mean	271
Median	105
Standard deviation	318
Minimum	0
Maximum	1095
<hr/>	
Maximum	1095
<hr/>	

Орієнтовна тривалість перебування опитаних військових у зоні активних бойових виявилася досить варіативною (див. табл. 3.2.). Середній показник ($M=272$) вказує на загалом тривалий час перебування в бойових умовах, проте зі значною варіативністю, на що вказує показник стандартного відхилення ($SD=318$). Водночас медіана ($Me=105$) свідчить про те, що половина респондентів перебувала в зоні бойових дій близько 3,5 місяців (105 днів), тоді як інша частина значно довше — до трьох років (найвищий показник — 1095 днів). Така неоднорідність вибірки може бути важливою з огляду на потенційний вплив тривалості перебування в бойових умовах на психологічний стан військовослужбовців.

Таким чином, вибірка військових є релевантною щодо цілей і завдань дослідження. Переважна частина респондентів — це чоловіки віком 26-44 років, чинні військовослужбовці з досвідом участі в бойових діях. Такі характеристики дозволяють достовірно оцінити психологічний стан військовослужбовців у аспекті ризику схильності до вживання наркотичних речовин, а також, згідно мети дослідження, окреслити можливі напрями реабілітаційної роботи.

У контексті нашого дослідження надзвичайно важливою є оцінка схильності досліджуваних до вживання наркотичних речовин. Аналіз результатів за показником оцінки зловживання наркотичними речовинами (шкала DUDIT) показав досить неоднозначну картину.

З таблиці видно, що середній бал у вибірці за шкалою DUDIT становить $M=8,66$ при $SD=12,3$, що, за ключем методики відповідає ймовірній наркотичній залежності. Різниця у значеннях середнього значення і медіани ($M=8,66$,

Me=1,5), значне стандартне відхилення (SD=12,3) і розмах (R=42) вказують на високу неоднорідність вибірки за критерієм схильності до зловживання.

Таблиця 3.3.

Описові статистики за показником Тесту для визначення зловживання наркотиками (DUDIT)

	Mean	Median	SD	Minimum	Maximum
DUDIT	8.66	1.50	12.3	0	42

Аналіз результатів з урахуванням диференціації за статтю (оскільки в методиках передбачені різні референтні значення для чоловіків і жінок) вказують на суттєву різницю в результатах між чоловіками і жінками. Середні показники в групі чоловіків і жінок мають чіткі відмінності (M=10,7 та M=3,13 відповідно). Показник стандартного відхилення у чоловіків є суттєво вищим, ніж у жінок (SD=13,3 та SD=6,19 відповідно). Це казує на те, що серед чоловіків ризик залежності значно вищий, однак сама вибірка за цією ознакою не є однорідною.

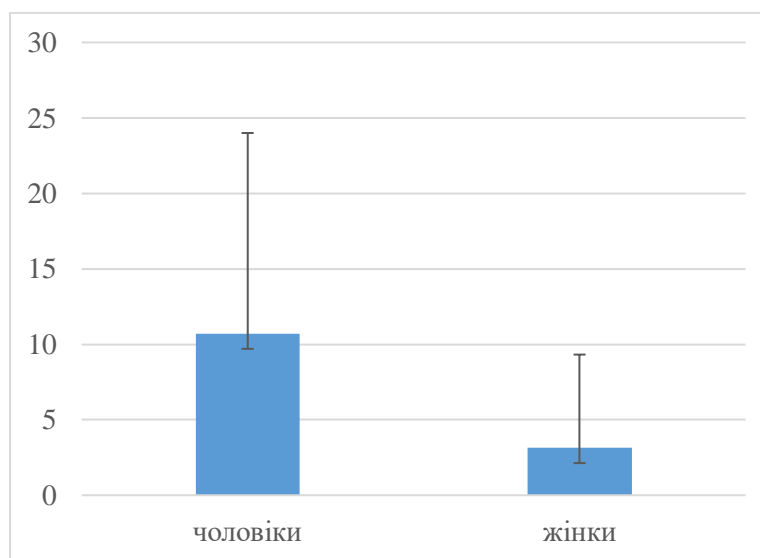


Рис. 3.3. Рівень схильності до зловживання наркотичними речовинами серед чоловіків та жінок-військовослужбовців

Така варіативність результатів підкреслює потребу в індивідуалізованій оцінці схильності до залежності та розробці цілеспрямованих реабілітаційних заходів.

Наступним аспектом математико-статистичного аналізу є рівень сприйнятого стресу як потенційний наслідок перебування у зоні воєнних дій.

Таблиця 3.4.

**Описові статистики за показниками опитувальника рівня
сприйманого стресу (PSS)**

	Сприятий стрес	Сприяття безпорадності	Брак самоефективності
Mean	21.3	11.8	9.57
Median	21.0	12.0	10.0
Standard deviation	5.01	4.96	2.08
Minimum	12	1	4
Maximum	33	22	14

Середній бал за загальним показником сприйнятого стресу становить $M=21,3$; $SD=5,01$, що відповідає помірному рівню сприйнятого стресу.

Підшкала сприйяття безпорадності має середнє значення $M=11,8$; $SD=4,96$, що свідчить про наявне відчуття втрати контролю життєвими обставинами, а часом — і власними реакціями на них.

Відсутність самоефективності має середній показник $M=9,57$; $SD=2,08$) що вказує на недостатній рівень впевненості у власних силах та здатності впоратись із труднощами.

Підсумовуючи, зазначимо, що загальний показник опитувальника сприйнятого стресу, як і його парціальні шкали, свідчать про наявність помірного стресу, психоемоційну вразливість, безпорадність та знижену адаптаційну здатність досліджуваних військовослужбовців.

Наступним кроком є аналіз описових статистик за показниками Шкали самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (PCL-5) та її показників: загального рівня ризику ПТСР, симптомів інтрузій, симптомів уникнення, негативних думок та емоцій, симптомів надмірної реактивності. Згідно з наведеними даними (див. табл. 3.5.), загальний бал за шкалою ПТСР,

що оцінює рівень проявів посттравматичного стресового розладу, становить у середньому $M=33,7$; $SD=17,8$, при мінімальному зафіксованому балі — 0, а максимальному — 75, що є граничним значенням за шкалою.

Таблиця 3. 5.

**Описові статистики за показниками Шкали самооцінки проявів
посттравматичного стресового розладу (PCL-5)**

	Симптоми інтрузії	Симптоми уникнення	Негативні думки та емоцій	Симптоми надмірної реактивності	ПТСР
Mean	7.72	3.08	11.8	11.1	33.7
Median	7.00	3.00	12.0	10.5	30.5
Standard deviation	4.78	2.18	6.99	5.98	17.8
Minimum	0	0	0	0	0
Maximum	19	8	26	22	75

Середня кількість балів за критерієм наявності симптомів інтрузій $M=7,72$; $SD=4,78$, що порівняно з максимально можливим значенням, є свідченням наявності нав'язливих думок, спогадів чи сновидінь, пов'язаних із травматичною подією. Показник уникнення має $M=3,08$; $SD=2,18$, що свідчить про незначне прагнення уникати травмуючих спогадів чи асоціацій. Шкала негативних думок та емоцій ($M=11,8$; $SD=6,99$), демонструє виражені показники, що вказує на когнітивно-афективну дестабілізацію (наприклад, почуття провини, ворожості, втрати сенсу). З цим може бути пов'язана і виражена надмірна реактивність ($M=11,1$; $SD=5,98$), що вказує на збудливість, дратівливість, можливі труднощі зі сном.

Таким чином, бачимо, що загалом вибірка демонструє симптоми, які можуть відповідати клінічному діагнозу ПТСР, особливо у сфері емоційної нестабільності та надмірної збудливості.

3.2. Аналіз даних емпіричного дослідження

Наступним етапом нашого дослідження є кореляційний аналіз, з метою виявлення значущих зв'язків між тенденцією до зловживання наркотиками і рештою досліджуваних аспектів: ПТСР, рівнем сприйманого стресу то його субшкал. Оскільки попередня перевірка нормальності розподілу (Див. Додаток Б) показала асиметричний розподіл за більшістю шкал, нами був застосований непараметричний коефіцієнт кореляції Спірмена. Зупинимось на результатах. Спершу розглянемо можливу обумовленість схильності до зловживання наркотичними речовинами залежно від тривалості перебування у зоні активних бойових дій.

Таблиця 3.6.

Результати кореляційного аналізу схильності до зловживання наркотичними речовинами і тривалості перебування у зоні активних бойових дій

		Перебування в зоні активних бойових дій (дні)	DUDIT
Перебування в зоні активних бойових дій (дні)	Spearman's rho	—	
	df	—	
	p-value	—	
DUDIT	Spearman's rho	-0.025	—
	df	84	—
	p-value	0.819	—

Кореляційний аналіз показників схильності до зловживання наркотичними речовинами і тривалості перебування у зоні активних бойових дій (див. табл. 3.6.) засвідчив відсутність статистично значущого зв'язку між кількістю днів перебування в зоні активних бойових дій та рівнем схильності до вживання наркотичних речовин за шкалою DUDIT ($r=-0,025$; $p=0,819$). Відтак бачимо, що факт тривалого перебування в бойових умовах сам собою не є чинником для розвитку схильності до зловживання наркотичними речовинами. Тож звернемо увагу на інші аспекти, з яких важливими, на нашу думку, є ризик проявів посттравматичного стресового розладу і безпосередньо рівень сприйнятого стресу.

Таблиця 3.7.

**Результати кореляційного аналізу схильності до зловживання
наркотичними речовинами і самооцінки проявів посттравматичного
стресового розладу (PCL-5)**

		DUDIT	ПТСР	Симптоми інтрузії	Симптоми уникнення	Негативні думки та емоцій	Симптоми надмірної реактивності
DUDIT	Spearman's rho	—					
	df	—					
	p-value	—					
ПТСР	Spearman's rho	0.628	—				
	df	84	—				
	p-value	<.001	—				
Симптоми інтрузії	Spearman's rho	0.570	0.830	—			
	df	84	84	—			
	p-value	<.001	<.001	—			
Симптоми уникнення	Spearman's rho	0.585	0.780	0.661	—		
	df	84	84	84	—		
	p-value	<.001	<.001	<.001	—		
Негативні думки та емоцій	Spearman's rho	0.574	0.931	0.685	0.697	—	
	df	84	84	84	84	—	
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	—	
Симптоми надмірної реактивності	Spearman's rho	0.524	0.921	0.685	0.640	0.801	—
	df	84	84	84	84	84	—
	p-value	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	—

Згідно з табл. 3.7 ми встановили наявність прямих кореляційних зв'язків між шкалою DUDIT та всіма шкалами ПТСР, що виділяються у рамках тесту PCL-5. Ці результати свідчать про те, що вищі показники до схильності зловживання наркотичними речовинами пов'язані з інтенсивністю всіх основних груп проявів симптомів ПТСР. Усі зв'язки є помірними і середніми за силою. Зокрема: із загальним рівнем ПТСР ($r=0,628$; $p<0,001$), симптомами інтрузії ($r=0,570$; $p<0,001$), симптомами уникнення ($r=0,585$; $p<0,001$),

негативними думками та емоціями ($r=0,574$; $p<0,001$), симптомами надмірної реактивності ($r=0,524$; $p<0,001$). Зважаючи на зазначене, можемо припустити, що вживання наркотичних речовин може виступати у якості форми емоційної розрядки чи уникнення переживань, пов'язаних із травмуючими подіями

Таблиця 3.8.

Результати кореляційного аналізу схильності до зловживання наркотичними речовинами і рівнем сприйнятого стресу

		DUDIT	Сприйнятий стрес	Сприйняття безпорадності	Брак само-ефективності
DUDIT	Spearman's rho	—			
	df	—			
	p-value	—			
Сприйнятий стрес	Spearman's rho	0.366	—		
	df	84	—		
	p-value	<.001	—		
Сприйняття безпорадності	Spearman's rho	0.436	0.926	—	
	df	84	84	—	
	p-value	<.001	<.001	—	
Брак само-ефективності	Spearman's rho	-0.126	0.097	-0.235	—
	df	84	84	84	—
	p-value	0.246	0.374	0.029	—

Кореляційний аналіз схильності до зловживання наркотичними речовинами і рівня сприйнятого стресу показав статистично значущий зв'язок між шкалою DUDIT і сприйнятим стресом ($r=0,366$; $p<0,001$), а також субшкалою сприйняття безпорадності ($r=0,436$; $p<0,001$). Вказані зв'язки є помірними, прямими.

Таким чином, вживання наркотичних речовин вірогідно пов'язане із загальним сприйнятим стресом та переживанням безсилля і безпорадності перед життєвими обставинами. Ці результати підкреслюють важливість раннього виявлення проявів симптомів ПТСР та стресового навантаження як потенційних маркерів формування схильності до вживання наркотичних речовин. Цей аспект потребує особливої уваги з боку психологів і прицільного психологічного супроводу.

Наступним етапом математико-статистичної обробки даних є побудова регресійної моделі на основі виявлених статистично значущих зв'язків між показником схильності до вживання наркотичних речовин та низкою психологічних характеристик у кореляційному аналізі.

На основі результатів кореляційного аналізу та наших теоретичних припущень, як залежну змінну в моделі ми обрали шкалу рівня зловживання наркотичними речовинами (DUDIT), а як незалежну — рівень ПТСР.

Таблиця 3.9.

Регресійна модель для прогнозування рівня схильності до зловживання наркотичними речовинами на основі ПТСР

Model Fit Measures

Model	R	R ²
1	0.607	0.369

Model Coefficients - DUDIT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	-5.396	2.2690	-2.38	0.020
ПТСР	0.417	0.0596	7.00	<.001

У таблиці вище наведено результати лінійної регресії, яка моделює рівень схильності до вживання наркотичних речовин (DUDIT) на основі показників посттравматичного стресового розладу. Коефіцієнт детермінації $R^2=0,369$, тобто 36.9% варіації у показниках наркотичної схильності пояснюється ПТСР. Відтак, можемо підсумувати, що показник ПТСР виступає статистично значущим предиктором ($\beta = 0.417$; $t = 7.00$; $p < 0.001$), що свідчить про те, що зі зростанням рівня симптомів ПТСР зростає і схильність до вживання наркотиків.

Отримані результати підкреслюють важливість своєчасного виявлення та психологічної підтримки осіб із симптомами ПТСР у контексті профілактики наркозалежної поведінки.

Таблиця 3.10.

**Регресійна модель для прогнозування рівня схильності до зловживання
наркотичними речовинами на основі сприйнятого стресу**

Model Fit Measures

Model	R	R²
1	0.363	0.132

Model Coefficients - DUDIT

Predictor	Estimate	SE	t	p
Intercept	-10.310	5.452	-1.89	0.062
Сприйнятий стрес	0.889	0.249	3.57	<.001

На цьому етапі як залежну змінну в моделі обрали шкалу рівня зловживання наркотичними речовинами (DUDIT), а як незалежну — рівень сприйнятого стресу. Субшкали цієї методики не додавалися до процедури регресійного аналізу через високу мультиколінеарність. Відтак така регресійна модель має на меті з'ясування того, чи може рівень сприйнятого стресу слугувати предиктором схильності до вживання наркотичних речовин серед військовослужбовців.

Як можна побачити з результатів, модель описує невелику частку варіації — 13% ($R^2=0,132$), проте є статистично значущою. 13,2% варіації показників за шкалою DUDIT (оцінка наркотичної схильності) пояснюється рівнем сприйнятого стресу. Отже, можемо стверджувати, що з підвищенням рівня сприйнятого стресу зростає ймовірність вживання наркотичних речовин.

Окремим етапом нашого дослідження став аналіз особистісних детермінант схильності до вживання наркотичних речовин. З огляду на складність умов збору даних серед військовослужбовців, опитувальник «Велика п'ятірка особистості» (BFI-10) був заповнений частиною вибірки (N=29). На нашу думку, отримана субвбірка є достатньою за обсягом для проведення розвідувального аналізу психологічного профілю військових.

Таблиця 3.11.

Описові статистики за шкалами опитувальника BFI-10

	Нейротизм	Екстраверсія	Відкритість досвіду	Згода	Свідомість
N	29	29	29	29	29
Mean	5.93	5.72	6.07	5.59	4.93
Median	6	6	6	6	5
Standard deviation	2.27	2.12	1.25	2.08	1.85
Minimum	2	2	4	2	2
Maximum	9	9	9	9	8

Як бачимо з таблиці 11, в середньому, досліджувані продемонстрували високий рівень відкритості до досвіду (M=6,07; SD=1,25), а також показники нейротизму (M=5,93; SD=2,27), екстраверсії (M=5,72; SD=2,12), згоди (M=5,59; SD=2,08). Найменший середній бал було зафіксовано за шкалою свідомості (M=4,93; SD=1,85), що потенційно може асоціюватися з нижчою регуляцією поведінки. Графічний профіль вибірки за цими параметрами наведено нижче.

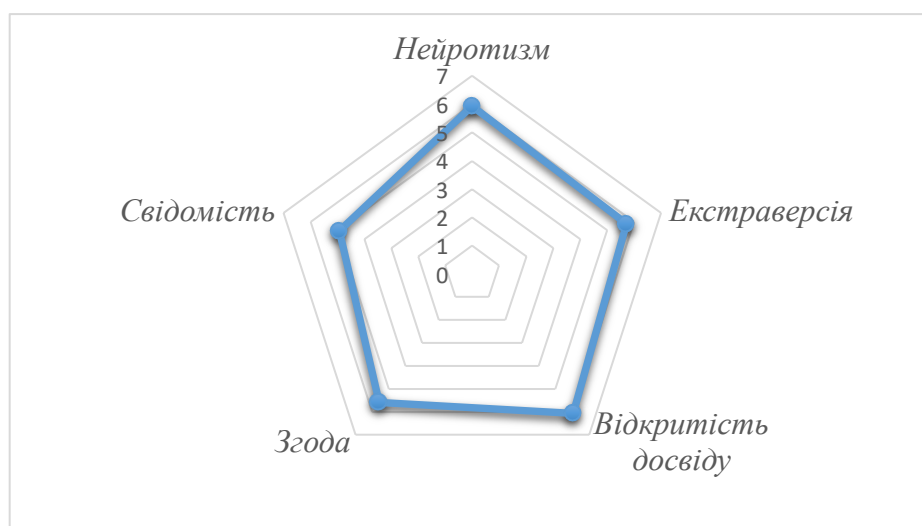


Рис. 3.4. Особистісний профіль досліджуваних за методикою «Велика п'ятірка»

З метою виявлення можливих зв'язків, нами був здійснений кореляційний аналіз між рівнем схильності до зловживання наркотичними речовинами (за DUDIT) та основними особистісними рисами. Результати кореляційного аналізу наведені у табл. 3. 12. Як бачимо, жоден із показників не досяг статистичної значущості.

Таблиця 3.12.

Результати кореляційного аналізу рівня схильності до зловживання наркотичними речовинами та основних особистісних рис

		DUDIT	Нейротизм	Екстраверсія	Відкритість досвіду	Згода	Свідомість
DUDIT	Spearman's rho	—					
	df	—					
	p-value	—					
Нейротизм	Spearman's rho	0.113	—				
	df	27	—				
	p-value	0.560	—				
Екстраверсія	Spearman's rho	0.279	0.648	—			
	df	27	27	—			
	p-value	0.143	<.001	—			
Відкритість досвіду	Spearman's rho	-0.171	0.192	-0.078	—		
	df	27	27	27	—		
	p-value	0.376	0.319	0.687	—		
Згода	Spearman's rho	0.102	0.479	0.424	0.027	—	

	df	27	27	27	27	—	
	p-value	0.597	0.009	0.022	0.889	—	
Свідомість	Spearman's rho	-0.107	0.203	0.064	-0.137	0.206	—
	df	27	27	27	27	27	—
	p-value	0.581	0.291	0.740	0.478	0.284	—

На підставі результатів кореляційного аналізу можна зробити висновок, що особистісні риси за моделлю «Велика п'ятірка» (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, згода, свідомість) статистично достовірно не пов'язані із рівнем схильності до зловживання наркотичними речовинами у військовослужбовців ($p > 0,05$ у всіх випадках). Це свідчить про відсутність суттєвого впливу стабільних особистісних якостей на варіативність досліджуваного показника в межах цієї вибірки. Тож можемо припустити, що в умовах військової служби ключовими чинниками розвитку схильності до вживання наркотичних речовин можуть виступати ситуативні, а не особистісні аспекти.

Враховуючи, що особистісні характеристики не виявили статистично значущого зв'язку із рівнем схильності до вживання наркотичних речовин, наступним етапом математико-статистичного аналізу стало порівняння показників за шкалою DUDIT у групах, виділених за низкою контекстуальних і соціально-демографічних характеристик: стать, статус військовослужбовця, досвід перебування у зоні бойових дій, тривалість перебування у зоні бойових дій. Такий підхід дозволяє з'ясувати вплив зовнішніх чинників на вираженість схильності до зловживання психоактивними речовинами.

Таблиця 3.13.

Результати порівняльного аналізу вибірок за статевим показником

<i>Independent Samples T-Test</i>			
		Statistic	p
DUDIT	Mann-Whitney U	506	0.025

Результати непараметричного критерію Манна-Вінті ($U=506$; $p=0,025$) свідчать про статистично значущу різницю між чоловіками та жінками за показником DUDIT. Це означає, що рівень схильності до вживання

наркотичних речовин достовірно відрізняється у представників різних статей. Як засвідчили результати описових статистик, чоловіки-військовослужбовці мають вищу вираженість схильності вживання наркотиків.

Таблиця 3.14.

**Результати порівняльного аналізу вибірок за статусом
військовослужбовця**

<i>Independent Samples T-Test</i>		
	Statistic	p
Mann-Whitney U	35.5	<.001

Результати аналізу відмінностей між чинними та колишніми військовослужбовцями продемонстрували високий рівень статистичної значущості ($U=35,5$; $p < 0,001$), що вказує на виражену різницю між цими групами. А саме, з описових статистик, наведених у додатку В можемо побачити, що колишні військовослужбовці мають значно вищі показники зловживання за DUDIT, що може бути зумовлено посттравматичним досвідом, втратою звичного середовища та слабшою підтримкою після звільнення зі служби.

Таблиця 3. 15.

**Результати порівняльного аналізу вибірок за досвідом перебування
в зоні активних бойових дій.**

<i>Independent Samples T-Test</i>		
	Statistic	p
Mann-Whitney U	518	0.862

Як бачимо з таблиці вище, результати аналізу за критерієм Манна-Вітні ($U=518$; $p=0,862$) не виявили статистично значущої різниці між військовослужбовцями, які мали досвід перебування в зоні активних бойових дій, і тими, хто такого досвіду не мав, за показником DUDIT. Так, можемо стверджувати, що факт перебування в зоні бойових дій сам собою не є

визначальним чинником у формуванні схильності до вживання наркотичних речовин у вибірці досліджуваних. Доцільно припустити, що більш значущу роль у розвитку ризику до зловживання наркотичними речовинами можуть відігравати інші контекстуальні чинники — інтенсивність бойового досвіду, спілкування з товаришами по службі тощо.

3.2. Основні підходи до реабілітації у роботі з військовослужбовцями

Правова база психологічної реабілітації в Україні регулюється низкою нормативних актів. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (№ 2011-ХІІ від 20.12.1991) гарантує право на психологічну допомогу. Постанова Кабінету Міністрів України №645 від 18.10.2017 визначає порядок надання реабілітаційних послуг, враховуючи психологічну підтримку для осіб із ПТСР. Крім того, наказ Міністерства соціальної політики України №677 від 01.10.2020 встановлює [58]. Ці норми забезпечують доступність і якість послуг для військовослужбовців.

У контексті національної безпеки психологічна реабілітація є інвестицією в людський капітал армії. Адаптація міжнародних практик, таких як КПТ, до українського контексту, з урахуванням культурних особливостей і бойового досвіду, сприяє ефективному відновленню [34].

Психологічна реабілітація в Україні часто ґрунтується на інтегративних підходах, які враховують когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) і групову психотерапію. КПТ допомагає військовослужбовцям опрацьовувати травматичні спогади та знизити тривожність [34], що зменшує потребу у вживанні наркотиків як механізмі самозаспокоєння. Групова терапія, зі свого боку, створює простір для обміну досвідом, сприяючи зниженню стигми та формуванню соціальної підтримки. Ці методи спрямовані на відновлення емоційної стабільності та профілактику рецидивів залежності. Забезпечуючи правову та методологічну основу для психологічної реабілітації, Україна також акцентує на комплексному підході до відновлення військових. Це передбачає не лише застосування психотерапевтичних методів, але й цілісний процес реінтеграції, що набуває особливої актуальності в умовах тривалого збройного конфлікту [34]. У сучасних умовах збройного конфлікту в Україні особливої актуальності набуває питання ефективної реабілітації учасників бойових дій. Як зазначає Аліна Дуля (2024), реабілітація таких військових має розглядатися не як одноразова допомога, а як цілісний, багаторівневий процес відновлення — як фізичного, так і психосоціального. Ідеться не лише про

лікування травм, але й про відновлення здатності до повноцінної участі в соціальному, професійному та громадському житті.

Зазначимо, що ефективність реабілітації значною мірою залежить від міждисциплінарного підходу. Йдеться про взаємодію медичних, соціальних, педагогічних та професійних інституцій, які спільно формують індивідуальний шлях допомоги для кожного ветерана. Таке об'єднання зусиль дає змогу гнучко реагувати на реальні потреби військовослужбовців та сприяє кращій інтеграції у цивільне середовище [29].

Міждисциплінарний підхід, який лежить в основі ефективної реабілітації, знаходить своє практичне втілення в діяльності спеціалізованих організацій і центрів.

Важливим прикладом сучасної підтримки ветеранів в Україні є діяльність платформи Veteran Hub [25]. Цей проєкт об'єднує різні форми допомоги: психологічну, правову, освітню — створюючи цілісну модель підтримки, орієнтовану не лише на подолання наслідків військової травми, а й на повернення особистості до активного соціального життя.

Особливістю підходу Veteran Hub є фокус на індивідуальні потреби ветеранів: тут поєднуються консультації з психологом, допомога у працевлаштуванні, юридичний супровід, тренінги та простір для неформального спілкування. Такий інтегративний формат сприяє не лише подоланню кризових станів, але й розвитку нових життєвих стратегій.

Розглянемо Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» [70] — він є прикладом інноваційного підходу до відновлення осіб, які зазнали психотравм унаслідок бойових дій. Цей державний заклад, підпорядкований Міністерству охорони здоров'я України, спеціалізується на лікуванні посттравматичних розладів, наслідків черепно-мозкових травм та наданні допомоги особам, які пережили полон або тортури.

Характерною рисою «Лісової поляни» є інтегративний підхід до лікування, що поєднує доказову медичну практику з креативними та гуманістичними методами. Центр активно впроваджує інноваційні технології,

такі як віртуальна реальність, арттерапія та інші альтернативні практики, спрямовані на відновлення цілісності особистості. Особливу увагу приділяють створенню терапевтичної атмосфери, де пацієнти відчують підтримку та розуміння.

З 2014 року команда центру накопичила значний досвід у роботі з травмами війни, що дозволяє ефективно адаптувати програми реабілітації до індивідуальних потреб кожного пацієнта.

Діяльність центру ґрунтується на цінностях, які враховують плекання гідності бути українцем, формування культури відповідальності за власне здоров'я та віру в посттравматичне зростання. Ці принципи сприяють не лише фізичному та психологічному відновленню ветеранів, але й їхній успішній інтеграції в суспільство. Громадська організація «Психологічна підтримка та реабілітація “Вільний Вибір”» [40], заснована у 2015 році волонтерами-психологами, відіграє важливу роль у наданні психологічної допомоги ветеранам АТО/ООС, військовослужбовцям, їхнім сім'ям та внутрішньо переміщеним особам. Її діяльність спрямована на подолання психоемоційних наслідків війни, що є ключовим для профілактики адиктивної поведінки, пов'язаної з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Основним напрямом роботи організації є індивідуальне психологічне консультування, яке з 2015 року охопило понад 2000 годин безкоштовних сесій у когнітивно-поведінковому підході. Цей метод допомагає ветеранам розвивати навички саморегуляції, знижуючи тривожність і потребу в психоактивних речовинах, як способі полегшення стресу.

Плавно переходячи до іншого аспекту, варто відзначити психоосвітню діяльність організації «Вільний Вибір» активно працює над дестигматизацією психологічної допомоги через лекції, статті та освітні матеріали, підвищуючи поінформованість ветеранів про важливість психічного здоров'я. Це сприяє ранньому зверненню за підтримкою, що є важливим для профілактики адиктивної поведінки. Мобільний застосунок «База» додатково підтримує ветеранів, надаючи інструменти для самодопомоги.

Таким чином, діяльність «Вільний Вибір» створює сприятливі умови для психологічного відновлення ветеранів. Їхній акцент на доказових методах і психоосвіті допомагає не лише долати наслідки ПТСР, але й запобігати розвитку залежностей, сприяючи соціальній адаптації та довгостроковому благополуччю.

Також, одним із провідних центрів, що надає безкоштовну психологічну допомогу військовим та їхнім родинам, є благодійний проєкт TMS Rehabilitation [31]. Цей центр впроваджує передові ізраїльські методики, адаптовані до українських реалій, спрямовані на подолання посттравматичного стресового розладу та інших психологічних труднощів, пов'язаних із військовою службою.

Особливістю підходу TMS Rehabilitation є використання моделі BASIC Ph, розробленої ізраїльським професором Мулі Лахадом. Ця модель передбачає роботу із шістьма каналами подолання стресу: віра, афект, соціальні зв'язки, уява, пізнання та фізіологія. Такий комплексний підхід дозволяє фахівцям центру ефективно відновлювати порушені аспекти життя військовослужбовців, сприяючи їхній адаптації до мирного життя

Крім індивідуальної та групової психотерапії, TMS Rehabilitation активно впроваджує інноваційні методи, зокрема використання технологій віртуальної реальності через програму TMS View. Важливим складником реабілітаційного процесу є також фізична активність. У спортивному просторі TMS HUB військовослужбовці та ветерани з пораненнями, ампутованими кінцівками й інвалідністю мають можливість безкоштовно займатися бразильським джиу-джитсу. Це сприяє фізичному відновленню, покращенню психоемоційного стану та соціалізації.

Діяльність TMS Rehabilitation є прикладом ефективного поєднання сучасних психотерапевтичних методик, інноваційних технологій та фізичної активності у процесі реабілітації військовослужбовців. Центр надає необхідну допомогу захисникам України та сприяє формуванню стійкої системи підтримки та відновлення.

Реабілітація військовослужбовців, схильних до вживання наркотичних речовин є комплексним процесом та має поєднувати медичну, психологічну, соціальну та професійну підтримку для відновлення психічного й фізичного здоров'я та реінтеграції в суспільство. Схильність до вживання наркотичних речовин серед військових часто виникає через бойовий стрес, посттравматичний стресовий розлад, контузії, втрату соціальних зв'язків чи сенсу життя після служби [68].

Іван Клименко зазначає, що особливої актуальності набуває питання психосоціальної реабілітації військових, які зазнали впливу війни, зокрема військовополонених. Не усі методи психосоціальної підтримки є ефективними в умовах сучасних викликів, тому виникає потреба в розробці нових стратегій, які б враховували специфіку травматичного досвіду, пережитого цими особами. Одним із ключових аспектів є створення індивідуалізованих програм реабілітації, які враховують особливості кожного пацієнта. Потрібне проведення комплексної оцінки психоемоційного стану, фізичного здоров'я та соціального функціонування. На основі отриманих даних формуються персоналізований шлях роботи, що враховують психотерапевтичні сесії, медичне лікування та соціальну адаптацію [44].

Інтегративні підходи, такі як травмофокусовані терапії та мотиваційне інтерв'ю, ефективно допомагають долати ці виклики, сприяючи комплексному відновленню.

Травмофокусовані методи, зокрема тривала експозиційна терапія (Prolonged Exposure, PE) і когнітивно-поведінкова терапія (Cognitive Processing Therapy, CPT), спрямовані на опрацювання травматичних переживань. PE допомагає зменшити страх через поступову взаємодію з травматичними спогадами, наприклад, коли ветеран вчиться безпечно реагувати на тригери, пов'язані з бойовими діями. CPT фокусується на зміні дисфункційних переконань, таких як почуття провини, що часто провокують вживання наркотичних речовин. Ці методи адаптуються для осіб із залежністю, застосовуючись після стабілізації стану, щоб уникнути

загострення тяги до наркотичних речовин, забезпечуючи безпечний шлях до психологічного відновлення [3].

Доповнює ці методи мотиваційне інтерв'ю (Motivational Interviewing, MI), яке підвищує готовність військовослужбовців припинити вживання наркотиків і брати активну участь у терапії. Через емпатійний діалог MI допомагає усвідомити зв'язок між залежністю та погіршенням психічного стану, долаючи стигму чи недовіру до психологічної допомоги. Наприклад, ветеран може погодитися на реабілітацію, зрозумівши, як наркотичні речовини посилюють його тривожність [24].

Одним з ефективних методів профілактики адиктивної поведінки серед військовослужбовців є впровадження програм розвитку стресостійкості. Результати дослідження, проведеного серед курсантів Швейцарських збройних сил, свідчать про позитивний вплив тренінгів зі стресостійкості на здатність ефективно функціонувати в умовах хронічного стресу [14].

Встановлено, що систематичне навчання навичкам психологічної саморегуляції, управління емоціями, критичного мислення та формування адаптивних копінг-стратегій сприяє підвищенню рівня психологічної резильєнтності військовослужбовців. Учасники тренінгів демонстрували значно кращі результати за показниками стресостійкості, менш виражені ознаки емоційного виснаження та нижчий рівень тривожності порівняно з контрольними групами.

Таким чином, розвиток психологічної стійкості шляхом спеціалізованих тренінгів може розглядатися як ефективний інструмент попередження формування адиктивної поведінки серед військових, оскільки стресостійкість знижує потребу у використанні психоактивних речовин як засобу емоційної регуляції [14].

Близько 60% військовослужбовців, які мали симптоми психічних розладів, уникали звернення до фахівців через страх осуду, можливого впливу на кар'єрне зростання та побоювання втрати довіри з боку командування і товаришів по службі [14]. Наявність стигми знижує ймовірність ранньої

діагностики та корекції психологічних проблем, що, зі свого боку, збільшує ризик розвитку адиктивної поведінки як форми дезадаптивної саморегуляції. Зауважимо, ефективна профілактика адиктивної поведінки серед військовослужбовців має враховувати активну психопросвітницьку діяльність, спрямовану на формування позитивного ставлення до питань психічного здоров'я, подолання упереджень та нормалізацію практики звернення за професійною допомогою.

Однією з найвідоміших програм такого типу є Comprehensive Soldier Fitness (CSF), розроблена для підвищення резильєнтності особового складу Збройних сил США.

Програма CSF [16] спрямована на розвиток психологічної витривалості через тренінги саморегуляції, позитивного мислення, навичок вирішення проблем та міжособистісної ефективності. Вона охоплює такі основні компоненти: емоційна, соціальна, сімейна та духовна стійкість. Окрему увагу в процесі профілактики приділяють роботі з родинами військовослужбовців. Програма в США FOCUS (Families OverComing Under Stress) яка розроблена для підтримки сімей військовослужбовців у період адаптації до стресових ситуацій, пов'язаних зі службою. Ця програма навчає членів родини навичкам комунікації, вирішення конфліктів, емоційного самоконтролю та підтримує розвиток здорових копінг-стратегій [22].

Окремим напрямом реабілітації адиктивної поведінки серед військовослужбовців є раннє виявлення психологічних і фізичних факторів ризику, що виникають унаслідок бойових дій і службових навантажень. Згідно із сучасними дослідженнями, серед військових часто спостерігаються хронічні больові синдроми, які мають як фізіологічне, так і психосоматичне походження.

Біль може стати потужним тригером розвитку психологічних розладів. У разі недостатньої уваги до своєчасної діагностики больових розладів зростає ризик самостійного неконтрольованого застосування знеболювальних препаратів або наркотичних речовин із метою полегшення стану [14]. З метою

запобігання таким наслідкам важливо впроваджувати програми ранньої оцінки больових синдромів серед військовослужбовців, комплексного лікування болю та супутніх психічних станів. Систематичний підхід до моніторингу фізичного та психічного здоров'я військових дозволяє не лише зменшити рівень хронічної болі, але й запобігти розвитку вживання наркотичних речовин через самостійні спроби полегшення болю.

3.3. Рекомендації щодо профілактики адиктивної поведінки серед військовослужбовців

Як показало емпіричне дослідження у військовослужбовців є потреба у профілактиці адиктивної поведінки. У межах дипломної роботи пропонується розглянути низку психологічних методів, які можуть бути ефективними для підтримки. У зв'язку з тим, що адиктивна поведінка може бути наслідком стресу, проявів посттравматичного стресового розладу ми розглянемо ще методи з урахуванням цих проявів. Усі рекомендації сформульовано з урахуванням психологічних особливостей військовослужбовців і спрямовані на створення безпечного простору для самовираження, емоційної регуляції та профілактики рецидивів.

Перейдемо до первинної психологічної реабілітації військовослужбовців, які повертаються із зон бойових дій або зазнають значних стресових навантажень під час служби. Декомпресія, цей метод спрямований на зниження психоемоційної напруги, полегшення адаптації до цивільного життя та запобігання розвитку посттравматичних стресових розладів.

Декомпресія передбачає організацію безпечного простору, де військовослужбовець може поступово зняти психологічне напруження, відновити емоційну стабільність і підготуватися до повернення до повсякденного життя. На відміну від тривалої психотерапії, декомпресія є короткостроковим і практичним інструментом, який можна застосовувати

безпосередньо після виконання бойових завдань або у періоди відпочинку між ними.

Основна мета цього процесу – сприяти усвідомленню власних емоцій, відновленню зв'язків із собою та соціумом, а також зменшенню впливу травматичних переживань. Це досягається через структуровані заняття, що поєднують психологічну підтримку, фізичну активність і соціальну взаємодію.

Основні етапи декомпресії:

1. **Фізичне відновлення.** Військовослужбовці часто перебувають у стані хронічного фізичного та психічного напруження. Техніки релаксації, дихальні практики, а також легкі фізичні вправи, такі як йога чи прогулянки на природі, сприяють зниженню рівня стресових гормонів і відновленню фізіологічного балансу.
2. **Емоційна регуляція.** Індивідуальні або групові заняття з психологом дозволяють військовослужбовцям висловити свої почуття у безпечному середовищі. Такі бесіди зосереджені не на аналізі травм, а на відновленні відчуття безпеки та контролю над власними емоціями.
3. **Соціальна адаптація.** Декомпресія допомагає військовим поступово повернутися до їхніх соціальних ролей – як членів сім'ї, друзів чи громади. Спільні активності, творчі заняття чи командні ігри сприяють відновленню міжособистісних зв'язків і відчуття приналежності до спільноти.
4. **Рефлексія досвіду:** На цьому етапі створюються умови для осмислення пережитого у нейтральному контексті. Це допомагає структурувати спогади та зменшити їхній травматичний вплив на психіку.

Переваги декомпресії:

- **практичність:** декомпресію можна проводити у різноманітних умовах – від польових баз до спеціалізованих реабілітаційних центрів;

- **профілактичний ефект:** раннє втручання знижує ймовірність розвитку хронічних психологічних проблем, зокрема ПТСР;
- **адаптивність:** програми декомпресії легко адаптуються до індивідуальних або групових потреб;
- **цілісний підхід:** поєднання фізичних, емоційних і соціальних компонентів забезпечує комплексне відновлення.

Перейдемо до вправ спрямованих на зниження стресу, розвиток самоконтролю та профілактику адиктивної поведінки. Вони прості, практичні, не потребують спеціального обладнання та використовуються в Україні в програмах психологічної підтримки військовослужбовців.

1. Дихальна вправа «4-7-8»

Опис: Сядьте зручно, тримаючи спину прямо, руки покладіть на коліна. Зробіть глибокий вдих через ніс, рахуючи до 4, затримайте дихання на 7 секунд, повільно видихайте через рот на рахунок 8. Повторіть 4–5 циклів. У момент, коли виникає тяга до адиктивної поведінки (наприклад, бажання закурити чи випити), зосередьтеся на диханні, уявляючи, як із кожним видихом напруга покидає ваше тіло.

Ефект: Заспокоює нервову систему, зменшує імпульсивні бажання, допомагає відновити емоційну рівновагу.

2. Когнітивний рефреймінг

Опис: У момент виникнення потягу до зловживання наркотичних речовин запишіть або подумайте про ситуацію, яка викликає це бажання. Задайте собі три питання:

- Яку короткострокову вигоду приносить ця поведінка?
- Які довгострокові негативні наслідки вона має?
- Яку здорову альтернативу я можу обрати? Завершіть вправу, промовивши вголос позитивне рішення, наприклад: «Я обираю здоров'я та відповідальність». Повторюйте за потреби.

Ефект: Підвищує усвідомлення наслідків поведінки, зміцнює навички прийняття рішень, сприяє вибору здорових стратегій.

Застосування в Україні: Когнітивний рефреймінг є частиною програм когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), які застосовуються в Україні для військовослужбовців.

3. Техніка «Якір»

Опис: Виберіть фізичний жест, який асоціюватимете зі станом спокою та контролю. Згадайте момент, коли ви почувалися сильними та впевненими. Виконайте жест, уявляючи цей момент, щоб закріпити асоціацію. У момент тяги до адиктивної поведінки повторіть жест 5–7 разів, глибоко дихаючи, щоб повернутися до стану контролю.

Ефект: Допомагає швидко перенаправити увагу від імпульсів до стану сили та самодисципліни.

4. Прогресивна м'язова релаксація (за Джекобсоном)

Опис: Сядьте або ляжте в зручному положенні. Починайте з ніг: напружте м'язи стоп на 5 секунд, потім різко розслабте. Повторіть для кожної групи м'язів (гомілки, стегна, живіт, руки, плечі, обличчя). Уявляйте, як із кожним розслабленням напруга, що штовхає до адиктивної поведінки, залишає тіло. Виконуйте 5–7 хвилин.

Ефект: Знімає фізичне та емоційне напруження, знижує тривожність, яка може провокувати залежність.

5. Групова вправа «Коло довіри»

Опис: У групі з 5–10 осіб сядьте в коло. Кожен учасник по черзі ділиться одним здоровим способом подолання стресу. Після цього група виконує синхронне дихання протягом двох хвилин: вдих на 4 секунди, видих на 6 секунд. Завершіть обговоренням, як ці способи можна застосовувати в умовах служби.

Ефект: Зміцнює соціальну підтримку, знижує відчуття ізоляції, мотивує до здорових стратегій.

Рекомендації щодо застосування:

- Виконувати вправи краще щодня, особливо в моменти стресу чи тяги до адиктивної поведінки. Групові заняття краще відвідувати 1–2 рази на тиждень.
- Вправи адаптовані до умов військової служби — вони не потребують спеціального обладнання та можуть виконуватися в польових умовах.

Саморегуляція для військовослужбовців є критично важливою навичкою, яка допомагає справлятися з бойовим стресом, контролювати емоції.

6. Техніка «Енергетичний виплеск»

Опис: Знайдіть безпечне місце, де можна рухатися. Встаньте, розставивши ноги на ширину плечей, руки вільно опущені. Уявіть джерело вашої злості (ситуацію або образ). Починайте ритмічно стискати й розтискати кулаки, поступово додаючи рухи плечима та ногами, ніби «струшуєте» напругу. Дихайте глибоко, на видиху промовляйте коротке слово, наприклад, «Випуск!» або «Геть!». Виконуйте вправу 1–2 хвилини, поступово сповільнюючи темп.

Ефект: Дозволяє безпечно виплеснути накопичену агресію, знижує м'язову напругу та допомагає повернути ясність думок.

7. Техніка «Тихий центр»

Опис: Сядьте на будь-яку поверхню. Закрийте очі, покладіть руки на коліна. Зосередьтеся на диханні: вдихайте через ніс на рахунок 4, затримайте дихання на 4 секунди, видихайте через рот на рахунок 6. Уявляйте, як із кожним видихом гнів залишає ваше тіло, ніби темна хмара розчиняється. Повторюйте 5–7 циклів.

Ефект: Заспокоює нервову систему, допомагає швидко повернути контроль над емоціями.

8. Техніка «Розслаблення щелеп»

Опис: Часто гнів накопичується в щелепах і шиї. Сядьте або станьте прямо, розслабте плечі. Повільно відкривайте та закривайте рот, ніби жуєте

щось м'яке. Потім м'яко помасажуйте пальцями область під вухами та вздовж нижньої щелепи. Уявляйте, як напруга «розпливається» під вашими пальцями. Виконуйте 2–3 хвилини.

Ефект: Знімає фізичне напруження, яке підсилює емоційний гнів, і сприяє розслабленню.

Самомотивація

1. Техніка «Крок до мети»

Опис: Виберіть одну конкретну мету (наприклад, успішне виконання завдання чи підтримка бойового духу). Заплющте очі та уявіть себе після досягнення цієї мети: що ви відчуваєте, що бачите навколо, які слова чуєте від товаришів. Промовте подумки: «Я досягаю цього, бо я сильний і підготовлений». Повторіть 3–4 рази, з кожним разом додаючи більше деталей до образу.

Ефект: Посилює впевненість у собі, формує позитивний настрій на досягнення цілей.

2. Техніка «Якорі сили»

Опис: Згадайте момент із минулого, коли ви почувалися сильними та успішними (наприклад, вдале виконання завдання чи підтримка команди). Виберіть жест, який асоціюватиметься з цим станом (наприклад, стискання кулака чи доторк до плеча). У момент сумніву виконайте цей жест і подумки поверніться до того відчуття успіху. Повторіть 2–3 рази.

Ефект: Швидко активізує внутрішні ресурси, підвищує мотивацію та бойовий дух.

3. Техніка «Список перемог»

Опис: Візьміть аркуш паперу або уявіть його. Запишіть (або подумайте) про 3–5 ваших досягнень, які викликають гордість (наприклад, подолання складного завдання, підтримка товариша). Поруч із кожним пунктом напишіть, чому це було важливо. Перечитуйте цей список перед початком складного дня.

Ефект: Нагадує про власну силу, зміцнює віру в себе.

Загальна саморегуляція

1. Техніка «Тілесний баланс»

Опис: Станьте прямо, ноги на ширині плечей. Починайте повільно переносити вагу тіла з однієї ноги на іншу, ніби гойдається. Руки при цьому вільно звисають. Дихайте глибоко, уявляючи, як із кожним гойданням напруга покидає тіло, а ви стаєте більш урівноваженим. Виконуйте 3–5 хвилин.

Ефект: Заспокоює розум, відновлює емоційну рівновагу, знімає фізичне напруження.

2. Техніка «Ментальний фільтр»

Опис: Уявіть перед собою прозорий екран, який відокремлює вас від негативних думок чи спогадів. Подумки розмістіть на цьому екрані образи чи слова, що викликають стрес. Потім уявіть, як екран повільно стає непрозорим, ховаючи ці образи. Завершіть вправу кількома глибокими вдихами.

Ефект: Допомагає відокремитися від нав'язливих думок, сприяє психологічному відновленню.

Для реабілітації військовослужбовців можна рекомендувати впровадження практики усвідомлення «тут і зараз», яка передбачає зосередження уваги на поточних відчуттях без їх оцінки чи уникнення. До програми реабілітації можна додати такі вправи:

- **фокус на диханні.** Учасникам пропонується спостерігати за вдихами та видихами, звертаючи увагу на ритм і глибину дихання. Це допомагає заспокоїти нервову систему та знизити рівень тривоги.
- **сканування тіла.** Учасники послідовно спрямовують увагу на різні частини тіла, помічаючи фізичні відчуття, такі як напруга чи тепло. Це сприяє кращому усвідомленню тілесних сигналів.
- **спостереження за думками.** Військовослужбовцям пропонується розглядати думки як тимчасові явища, не фіксуючись на них і не оцінюючи їх.

Для початківців можна рекомендувати розпочинати з коротких 5–10-хвилинних сесій медитації, поступово збільшуючи їх тривалість. Можна додати до тренінгу групові заняття під керівництвом кваліфікованого інструктора, що є особливо важливим для осіб із ПТСР, щоб уникнути ретравматизації. Програми, такі як Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) або Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), можуть бути адаптовані для роботи з військовослужбовцями, допомагаючи знизити рецидиви залежностей на 15–20% (за даними Brewer et al., 2011).

Арттерапія є ефективним методом для осіб, яким важко вербалізувати свої переживання, що часто спостерігається у військовослужбовців із травматичним досвідом. Цей підхід дозволяє виражати емоції через творчість, створюючи безпечний простір для обробки складних почуттів.

До реабілітаційних програм можна включити такі техніки:

- **малювання.** Військовослужбовцям пропонується створювати спонтанні малюнки або зображення на задану тему, наприклад, «безпечне місце». Це сприяє релаксації та зниженню тривожності.
- **робота з кольорами.** Вибір кольорів може відображати емоційний стан. Наприклад, використання яскравих кольорів може допомогти зменшити тривогу, тоді як темні відтінки часто вказують на депресивні настрої.
- **робота з глиною.** Тактильна взаємодія з глиною дозволяє вивільнити напругу та невербально виразити складні емоції, такі як гнів чи страх.

Можна рекомендувати проводити арттерапевтичні заняття в груповому чи індивідуальному форматі тривалістю 60–90 хвилин 1–2 рази на тиждень. Для осіб із ПТСР важливо гарантувати безпечне середовище та супровід кваліфікованого арттерапевта. Поєднання арттерапії з практиками майндфулнес може посилити ефект, оскільки творчий процес сприяє зосередженню на поточному моменті.

Проективні методи для дослідження підсвідомих процесів

Проективні методи, такі як тести «Дім-Дерево-Людина» (ДДЛ), «Неіснуюча тварина» та казкотерапія, дозволяють проникнути до підсвідомих переживань, обходячи захисні механізми. Ці методи особливо цінні для військовослужбовців, які часто стримують емоції.

1. Тест «Дім-Дерево-Людина» (ДДЛ)

Можна додати до тренінгу тест ДДЛ, у якому учасники малюють дім, дерево та людину. Аналіз малюнків за такими параметрами, як розмір, форма, кольори та деталізація, допомагає виявити емоційні конфлікти чи внутрішні ресурси. Наприклад, маленький дім без вікон може вказувати на відчуття ізоляції, тоді як міцне дерево символізує внутрішню силу.

2. Тест «Неіснуюча тварина»

Можна рекомендувати використання тесту «Неіснуюча тварина», де учасники створюють малюнок вигаданої тварини та описують її характеристики. Цей метод дозволяє виявити страхи, тривожність або захисні механізми, що є важливим для планування подальшої терапії.

3. Казкотерапія

Можна додати до програми казкотерапію, у якій військовослужбовці вигадують казки про героїв, які долають труднощі. Аналіз сюжету та персонажів допомагає зрозуміти психологічні стратегії та внутрішні ресурси клієнта. Цей метод є безпечним способом для роботи з травмами, оскільки метафори знижують тривогу, пов'язану з прямим обговоренням проблем.

Практичне застосування. Можна рекомендувати інтеграцію проективних методів із іншими техніками арттерапії. Наприклад, після створення малюнка в тесті ДДЛ учасник може вигадати казку про персонажа, що живе в намальованому домі. Такі заняття бажано проводити під керівництвом психолога, який враховує контекст життя клієнта.

4. Підхід «рівний-рівному» для підтримки та мотивації

Підхід «рівний-рівному» (peer-to-peer support) є перспективним для реабілітації військовослужбовців із залежністю, оскільки базується на

спільному досвіді та довірі. Ветерани, які успішно подолали залежність, можуть виступати наставниками, надаючи емоційну та практичну підтримку.

Можна додати до програми залучення ветеранів-наставників, які:

- надають емоційну підтримку через неформальне спілкування;
- діляться власними історіями подолання залежності, що мотивує учасників;
- допомагають у соціальній адаптації, наприклад, із працевлаштуванням чи навчанням;
- залучають до корисної діяльності, такої як волонтерство чи творчі проєкти.

Для реалізації підходу можна рекомендувати:

- формування бази наставників із випускників реабілітаційних програм;
- проведення тренінгів для наставників із основ психології та комунікативних навичок;
- організацію регулярних груп «відвертого діалогу» або індивідуальних зустрічей.

Такі ініціативи, як програми Veterans Peer Support у США, можуть слугувати прикладом для адаптації в Україні через ветеранські організації, такі як ГО «Побратими» чи «Рух ветеранів України».

Вправи самоспостереження допомагають військовослужбовцям розпізнавати емоції, автоматичні думки та поведінкові реакції, що є критично важливим для профілактики рецидивів залежності.

Можна додати до тренінгу вправу «Мое тіло говорить», спрямовану на розпізнавання емоцій через тілесні сигнали. Учасникам пропонується:

- згадати ситуацію, пов'язану з сильною емоцією;
- описати тілесні відчуття (наприклад, напруга в плечах, прискорене серцебиття);
- обговорити, яка емоція супроводжувала ці відчуття.

Ця вправа допомагає розвинути навички ідентифікації емоцій, що особливо важливо для осіб, які звикли придушувати почуття.

Вправа «Емоційна шкала»

Можна додати до програми вправу «Емоційна шкала», яка допомагає оцінювати емоційні стани за шкалою від 1 (спокій) до 7 (небезпека зриву). Учасники щодня записують свій стан, тригери та дії, що допомогли знизити напругу. Це сприяє ранньому втручанню та профілактиці рецидивів.

Практична реалізація: можна рекомендувати роздавати шаблони карток самоспостереження на тиждень і проводити щоденні 5-хвилинні рефлексії в кінці дня. Групові обговорення результатів вправ можуть посилити мотивацію та соціальну підтримку.

Отже, для зниження рівня стресу, розвитку самоконтролю та профілактики адиктивної поведінки доцільно застосовувати комплекс вправ, спрямованих на психоемоційне розвантаження та саморегуляцію.

Висновки до розділу III

Підсумовуючи аналіз результатів, отриманих у межах емпіричного дослідження, дозволяє дійти низки висновків.

Процедури кореляційного і регресійного аналізу підтвердили наявність прямого зв'язку між інтенсивністю симптомів ПТСР та рівнем схильності до вживання наркотичних речовин ($r=0,628$; $p<0,001$). Це вказує на те, що зловживання речовинами у досліджуваній вибірці може виступати як форма дезадаптивного копіngu.

Було встановлено статистично значущий зв'язок між схильністю до зловживання та підвищеним рівнем сприйнятого стресу, особливо в аспекті переживання безпорадності.

Результати дослідження показали, що в нашій вибірці особистісні характеристики (нейротизм, свідомість, екстраверсія тощо) не мали значущого зв'язку зі схильністю до зловживання наркотичними речовинами. Це дозволяє припустити, що ситуативні, а не стабільні індивідуальні особливості

відіграють провідну роль у розвитку ризикованої поведінки у військовому контексті.

Виявлено, що колишні військовослужбовці демонструють вищі показники за шкалою DUDIT порівняно з тими, хто зараз перебуває на службі ($p < 0,001$), а в чоловіків цей показник вищий, ніж у жінок ($p = 0,025$). Водночас сам факт перебування в зоні активних бойових дій не виявив статистичної значущості, що вказує на необхідність врахування комплексного контексту: індивідуальні втрати, соціальну підтримку, зміст і контекст бойового досвіду тощо.

Зважаючи на викладене вище та враховуючи результати емпіричних досліджень, ми дійшли висновку, що реабілітація військовослужбовців, схильних до вживання наркотичних речовин, вимагає комплексного підходу, котрий враховує їхні психологічні особливості, зокрема травматичний досвід і труднощі з вербалізацією емоцій.

Ці методи сприяють емоційній регуляції, самосвідомості та соціальній адаптації, знижуючи ризик рецидивів, можуть демонструвати високу ефективність, знижуючи симптоми ПТСР, частоту вживання наркотиків і покращуючи соціальне функціонування. Їх інтегративна природа дозволяє одночасно працювати з травмою та вживанням.

Для забезпечення ефективності важливо проводити заняття під керівництвом кваліфікованих фахівців і створювати безпечне середовище для учасників.

Шлях у відновленні військовослужбовця є складним і багатогранним процесом, що вимагає застосування сучасних психологічних і соціальних стратегій. Інноваційні підходи до реабілітації, які ґрунтуються на індивідуалізованих і комплексних методах, відкривають нові можливості для ефективного відновлення психічного здоров'я та соціальної адаптації військовослужбовців.

Також важливо пам'ятати, що ключем до успішної реабілітації є не лише структурна підтримка, а й уважне, людяне ставлення, яке враховує унікальний життєвий досвід кожного військовослужбовця.

ВИСНОВКИ

У процесі виконання дипломної роботи було здійснено дослідження психологічних особливостей військовослужбовців, схильних до вживання наркотичних речовин. Робота охопила як теоретичне вивчення, так і емпіричне дослідження особистісних характеристик та психоемоційних чинників, що впливають на розвиток адиктивної поведінки. Аналіз теоретичних підходів до вивчення впливу ПТСР на формування адиктивної поведінки — було реалізовано через огляд класичних і сучасних концепцій психоаналітичної теорії, теорії рис особистості, а також нейропсихологічних моделей. Встановлено, що посттравматичний стресовий розлад є одним із ключових чинників, які сприяють виникненню адиктивної поведінки серед військовослужбовців. Теоретичні моделі свідчать, що уникнення болісних спогадів і намагання зменшити психологічне напруження можуть зумовити звернення до наркотичних речовин як до швидкого, хоч і деструктивного, способу полегшення стану.

На шляху до вивчення впливу ПТСР на психологічні особливості військовослужбовців, з'ясовано, що тривалий стрес, травматичний досвід та повторювані бойові ситуації призводять до змін у функціонуванні мозку, зокрема у мигдалині, гіпокампі та префронтальній корі. Це сприяє посиленню емоційної нестабільності, зниженню здатності до саморегуляції, підвищеній імпульсивності та тривожності, що створює умови для розвитку схильності до вживання наркотичних речовин.

Було проаналізовано наслідки вживання наркотичних речовин на основі даних про зміни в психічному стані військовослужбовців, погіршення соціальної адаптації, зростання ризику самопошкоджень і суїцидальної поведінки, а також негативні наслідки для функціонування військових підрозділів. Залежність знижує когнітивні й фізичні здібності, підвищує агресивність, ускладнює міжособистісні стосунки та знижує ефективність виконання службових обов'язків.

Проведення емпіричного дослідження дозволило побачити що особистісні риси для моделі «Велика п'ятірка» (нейротизм, екстраверсія, відкритість до досвіду, доброзичливість, сумлінність) не мають статистично значущого зв'язку з іншими до зловживання наркотичними речовинами військовослужбовців. Це вказує на те, що стабільні особистісні характеристики не чинять суттєвого впливу на варіацію цього показника при досліджуваній вибірці. Отже, можна припустити, що в контексті військової служби схильність до вживання наркотичних речовин зумовлена переважно ситуативними факторами, а не індивідуальними особливостями особистості. Також було виявлено, що колишні військовослужбовці, на відміну від чинних, демонструють вищі показники адиктивної поведінки, що може бути пов'язано з втратою підтримки після повернення до цивільного життя.

Психологічні особливості, що впливають на розвиток адикції, враховують високий рівень тривожності, імпульсивність, низьку стресостійкість і нейротизм. Прояви ПТСР, особливо у формі уникання, гіперактивації та нав'язливих спогадів, змінюють емоційний та когнітивний профіль особистості військовослужбовця, підвищуючи ризик розвитку залежності. Вплив ПТСР на схильність до вживання наркотиків виявляється через посилення негативного афекту, погіршення самоконтролю та зниження соціальної інтеграції.

Розробка рекомендацій щодо реабілітації дала змогу сформулювати практичні підходи до зменшення ризику наркотичної залежності серед військовослужбовців. Доцільним є впровадження комплексних програм, що враховують психотерапію (зокрема когнітивно-поведінкову), групову підтримку, навчання навичкам подолання стресу, а також постійну психологічну підтримку під час служби та після повернення до цивільного життя.

Ефективна реабілітація можлива за умов ранньої діагностики, психосоціальної підтримки та мультидисциплінарного підходу до допомоги. Підбиваючи підсумки, слід зазначити, що військовослужбовці потребують не

лише фізичної, а й комплексної психологічної підтримки. Результати дипломної роботи мають як теоретичне, так і практичне значення, та можуть бути основою для розробки державних програм психореабілітації осіб, які захищають Батьківщину.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Andrew C. Voluse, Christopher J. Gioia, Linda Carter Sobell, Mariam Dum, Mark B. Sobell, Edward R. Simco. (2012). Psychometric properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) with substance abusers in outpatient and residential treatment. *Addictive Behaviors*. Vol. 37, issue 1. P. 36–41.
2. Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyter. DUDIT – Тест для визначення зловживання наркотиками Короткий довідник із користування (версія українською мовою для користування у вебінтерфейсі тестової платформи Start компанії ТОВ «ЮЕЙ-ТЕСТ»). URL: <https://start.ua-test.com/pub/files/dudit-manual.pdf>.
3. Brittany N. Hall-Clark, Edward C. Wright, Brooke A. Fina, Tabatha H. Blount. (2018). Military culture considerations in prolonged exposure therapy with active-duty military service members. *Cognitive and Behavioral Practice*. 26 (2). P. 335–350.
4. Cardenas V., Samuelson K., Lenoci M., Studholme C., Neylan T. (2011). Changes in brain anatomy during the course of posttraumatic stress disorder. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S09254927110004-12>.
5. Cernovsky Z. Z., Fattahi M., Litman L. C., Diamond D. M. (2021) Validation of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) on Patients Injured in Car Accidents. *European Journal of Medical and Health Sciences*. Vol. 3 (2). P. 154–159.
6. Eun-Hyun Lee (2012). Review of the psychometric evidence of the perceived stress scale. *Asian Nursing Research*. Vol. 6, issue 4. P. 120–127.
7. Families Overcoming Under Stress: Implementing Family-Centered Prevention for Military Families Facing Wartime Deployments and Combat Operational Stress. *Military Medicine*. Vol. 176, issue 1, 2011. P. 19–25.
8. Forkus S. R., Raudales A. M., Rafiuddin H. S., Weiss N. H., Messman, B. A., Contractor A. A. (2023). The Posttraumatic Stress Disorder

- (PTSD) Checklist for DSM–5: A systematic review of existing psychometric evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Vol. 30 (1). P. 110–121.
9. George E., Elman I., Becerra L., Sheri Berg, Borsook D (2016). Pain in an era of armed conflicts: Prevention and treatment for warfighters and civilian casualties. *Progress in Neurobiology*. Vol. 141. P. 25–44.
 10. Gregory J. Boyle, Lazar Stankov, Nicholas G. Martin, K. V. Petrides, Michael W. Eysenck, Generos Ortet. Hans J. Eysenck and Raymond B (2016). Cattell on intelligence and personality. *Personality and Individual Differences*. Vol. 130. P. 40–47.
 11. Harnett N. G., Goodman A. M., Knight D. C. (2020). PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S001448862030162X>.
 12. Ivakhnenko Oleksandr, Novykov Oleksandr, Glushchenko Andrii (2024). Legal regulation of rehabilitation assistance to military personnel during martial law. *Juridical Science*. №2 (28).
 13. Jenni B Teeters, Cynthia L Lancaster, Delisa G Brown, Sudie E Back (2017). Substance use disorders in military veterans: prevalence and treatment challenges. *Substance Abuse and Rehabilitation*. P. 69–77. (12, 19)
 14. Madlaina Niederhauser, Regula Zueger, Hubert Annen, Nejla Gültekin, Zeno Stanga, Serge Brand, Dena Sadeghi-Bahmani (2023). Effects of Resilience Training on Resilient Functioning in Chronic Stress Situations among Cadets of the Swiss Armed Forces. *Healthcare (Basel)*, Vol. 11 (9).
 15. Maercker A. (2021) Development of the new CPTSD diagnosis for ICD-11. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. Vol. 8, 7. URL: <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00148-8>.
 16. Marie-Louise Sharp, Nicola T Fear, Roberto J Rona, Simon Wessely, Neil Greenberg, Norman Jones, Laura Goodwin. (2015). Stigma as a barrier to

- seeking health care among military personnel with mental health problems. *Epidemiol Reviews*. Vol. 37, issue 1. P. 144–162.
17. Matthews G. (2016). Traits, cognitive processes and adaptation: An elegy for Hans Eysenck's personality theory. *Personality and Individual Differences*. Vol. 130. P. 61–67.
 18. Meshberg-Cohen S., Cook J., Bin-Mahfouz A., Petrakis I. Written exposure therapy for veterans with co-occurring substance use disorders and PTSD: Study design of a randomized clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*. Vol, 139. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107475>.
 19. Nathaniel G. Harnett, Adam M. Goodman, David C. Knight. (2020). PTSD-related neuroimaging abnormalities in brain function, structure, and biochemistry. *Experimental Neurology*. Vol. 330 URL: <https://doi.org/10.1016/j.ex-pneurol.2020.113331/>
 20. National Institute on Drugs Abuse. (2019). Substance Use and Military Life DrugFacts. URL: <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/substance-use-military-life>
 21. Renier Steyn, Takawira Munyaradzi Ndofirepi. (2022). Structural validity and measurement invariance of the short version of the Big Five Inventory (BFI-10) in selected countries. *Cogent Psychology*. Vol. 9, issue 1.
 22. Rhonda Cornum, Michael D. Matthews, Martin E. P. Seligman. *Comprehensive Soldier Fitness : Building Resilience in a Challenging Institutional Context*. URL: <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-66-1-4.pdf>
 23. Sacheta S. Kulkarni, Sam S. Shilpa, Kishor M. Rao, Abhijith Devaraju. (2023). Aggression and MAO-A Gene. *International journal of health and allied sciences*. Vol. 11. P. 217–272. (20)
 24. Shan Jiang, Lingli Wu, Xiaoli Gao. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addictive Behaviors*. Vol. 73. P. 216–235.

25. Veteran Hub. URL : <https://veteranhub.com.ua>
26. Yan X., Brown A., Lazar M., Cressman V., Henn-Haase C. (2013). Spontaneous brain activity in combat related PTSD. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304394013003911>
27. Адаменко Л. С. (2020). Актуальні підходи до проблеми дослідження психічної резильєнтності. *Вісник Національного університету оборони України*. № 58(5). С. 5–13.
28. Аршава І. Ф., Носенко Е. Л (2024). Психологія особистості : підручник для студентів закладів вищої освіти. Дніпро : ЛІРА. 500 с. (5)
29. Байда М. С. (2021). Визначення чинників схильності до адиктивної поведінки у військовослужбовців Національної гвардії України. *Честь і закон*. № 3 (78). С. 129–137. (13, 17)
30. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
31. Благодійний проєкт TMS Rehabilitation. URL: <https://vilnyystep.com.ua/expert/164>
32. Вельдбрехт О. О., Тавровецька Н. І. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10): адаптація та апробація в умовах війни. *Журнал сучасної психології*, (2). С. 16–27.
33. Вертель А. В. (2024) Виховні центри Августа Айхорна для делінквентних підлітків як приклад успішної екстраполяції психоаналітичної теорії в практику соціально-педагогічної роботи. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки*. №4 (363). С. 208–221. (3)
34. Висятицька Н. Д., Лиса М. О. (2024). Когнітивні та поведінкові методи як ефективний спосіб підтримки психологічної стійкості військовослужбовців під час бойового стресу. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. №2. С. 11–23.

35. Ворошилова Д (2024)). Актуальні проблеми наркотичної злочинності в зоні бойових дій. Актуальні питання теорії та практики в галузі права, освіти, соціально-гуманітарних та поведінкових наук в умовах воєнного стану : матеріали II Міжнар. наук.-практ. конф. С. 69–74. (15)
36. Гальцова С. В., Ляска О. П., Карачинський О. А. (2024). ПТСР у військово-службовців: особливості клінічної картини та підходи до лікування. *Перспективи та інновації науки. Серія «Психологія»*. Том 2 (36). URL: [https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2\(36\)-624-638](https://doi.org/10.52058/2786-4952-2024-2(36)-624-638).
37. Гіга В., Єрмуракі П. (2025) Використання когнітивно-поведінкової терапії в комплексі психологічної підтримки військовослужбовців із ПТСР. *Матеріали конференцій МЦНД. Кривий Ріг*. С. 208–211.
38. Гладкий А. А. (2024). Актуальність діагностування ПТСР у військовослужбовців перебуваючих в умовах бойових дій // *Психологічні координати розвитку особистості: реалії і перспективи : зб. наук. матеріалів VI Міжнар. наук.-практ. конф. до 110-річчя Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка*. Полтава : Астроя. С. 31–34.
39. Градецький А., Повар О. (2021) Наркотизм військовослужбовців як соціально-правова проблема. *Юридичний вісник : Проблеми та судження*. №3. С. 111–118. (16)
40. Громадська організація «Психологічна підтримка та реабілітація “Вільний Вибір”». URL: <https://www.vvybir.org.ua>
41. Дуля А., Спіріна Т. До питання реабілітації учасників бойових дій в Україні. *Ввічливість. Humanitas*. Вип. 1. С. 38–43.
42. Загальна психологія: підручник / за загальною редакцією академіка С. Д. Максименка. 4-те вид., переробл. і доп. Том 1. *Київ : «Видавництво Людмила»*, 2025. 568 с. (7)
43. Кириченко В. В., Кротюк К. А. (2023) Динаміка ціннісно-сміслової сфери військовослужбовців в умовах бойових дій. *Дніпровський*

- науковий часопис публічного управління, психології, права. Вип. 1. С. 79–84.
- 44.Клименко І. С. (2024). Інноваційні підходи до реабілітації військовополонених та мешканців тимчасово окупованих територій. *Психіатрія неврологія та медична психологія*. Т. 11 №1 (23). С. 50–56.
- 45.Кобець І. (2025). Актуальні проблеми реабілітації та професійної інтеграції військовослужбовців. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія Психологія*. Вип. 1. С. 53–57.
- 46.Когут О. О. (2021). Психопрактика трансформації стресу. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. Вип. 1. С. 89–96.
- 47.Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. (2015). Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. Методичний посібник. *Київ : НДЦ ГП ЗСУ*. 170 с.
- 48.Котляренко Л. Т. (2017). Протидія наркоманії в Збройних Силах України. Основні напрями та проблеми протидії наркоманії. С. 50–53. URL: <http://elar.naiu.kiev.ua/jspui/handle/123456789/4285>.
- 49.Кротюк К. А. Психологічні характеристики сучасного військовослужбовця (2024). In: The VII International Scientific and Practical Conference "Information technologies in education, technology and industry ", 2024. Madrid, Spain. (1)
- 50.Крук І. М., Григус І. М. (2023) Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*, (15), 50–56. URL: <https://Doi.Org/10.32782/2522-1795.2023.15.6>.
- 51.Левицька Л. В. (2022). Теоретичний аналіз вивчення емоційної сфери військовослужбовців. *Збірник тез всеукраїнського міжвідомчого психологічного форуму*. Київ. С. 59–62.

52. Лісецький Р. Б., Березняк К. М. (2024). Психологічні особливості резильєнтності військовослужбовців. *Наукові записки ЛДУБЖД. Педагогіка і психологія*. № 1 (3). С. 59–66. (9, 11)
53. Осуховська О. С., Табачников С. І., Харченко Є. М., Орловська Я. В. та інші. (2015). Аналіз розповсюдженості вживання наркотичних речовин серед учасників бойових дій внаслідок посттравматичних психіатричних порушень. Психологічна та психіатрична допомога військовослужбовцям громадському населенню в умовах війни. С. 15–19. (4)
54. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник (2014) / ред. проф. Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. *Харів : ХМАПО*. 223 с.
55. Приходько І. І., Байда М. С. (2021). Чинники професійної діяльності військовослужбовців із забезпечення державної безпеки, що впливають на виникнення і поширення адиктивної поведінки. *Честь і закон*. №1 (76). С. 58–65. URL: <http://chiz.nangu.edu.ua/article/view/229514/22-8516>.
56. Приходько І. І., Байда М. С. (2018). Теоретичні аспекти адиктивної поведінки військовослужбовців. *Честь і закон*. №3. С. 67–74. URL: <https://doi.org/10.33405/2078-7480/2018/3/66/155099>.
57. Приб Г. А., Раєвська Я. М., Бегеза Л. Є. (2022). Соціально-психологічні особливості адаптації особистості в умовах бойових дій. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія*. Том 33 (72) №2. С. 104–109.
58. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей : Закон України від 1992 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text>
59. Пузирьов Є. В., Ізвєков В. В. (2023). Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців. *Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*. С. 203–209.

- 60.Пушкар В. А. (2010). Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів ІV курсу спеціальності «Психологія». *Чернігів : Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка*. 84 с.
- 61.Раєвська Я., Твердохліб Н. Психологія стресостійкості військовослужбовців: теоретичний дискурс. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, 3 (59), С. 19–23.
- 62.Сердюк О. О., Базима Б. О. (2021). Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики. *Право і безпека, №4 (83)*. С. 100–110.
- 63.Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / за ред. Т. М. Титаренко. Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. *Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019*. 220 с. (22)
- 64.Теорія і практика управління страхом в умовах бойових дій : метод. посібник / О. М. Кокун, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. *Київ-Одеса : Фенікс, 2022*. 88 с.
- 65.Титаренко Т. М. (2019). Посттравматичне життєтворення особистості: методи діагностики і відновлення. *Психологія особистості, №1 (10)*. С. 186–192. (8)
- 66.Титаренко Т. М. (2018). Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації. *Кропивницький : Імекс-ЛТД*. 160 с.
- 67.Трач Р. С. (2021). Психоаналіз Зигмунда Фрейда як основа людинознавства. *Психологія і суспільство, №1 (83)*. 2021. С. 150–159. (2)
- 68.Фітькало О. С. (2024). Особливості надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ за наявності ПТСР з ознаками адиктивної поведінки (власний досвід). *Health & Education*. Вип. 1.

- С. 77–83. URL: <https://journals.medacad.rivne.ua/index.php/healtheducation/article/view/115/107>.
69. Фіялко О. В. (2024). Розлади психіки у військовослужбовців. Алкоголізм, наркоманія у військових. Innovative development of science, technology and education. Proceedings of the 5th International scientific and practical conference. *Perfect Publishing. Vancouver, Canada*. С. 428–441. (18)
70. Центр психічного здоров'я та реабілітації «Лісова поляна». URL: <https://www.lisovapoliana.com.ua>
71. Чабан О. С., Безшейко В. Г. (2017). Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції. *Український вісник психоневрології*. Т. 25, вип. 2. С. 80–84. URL: http://Nbu.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_2_22
72. Чабан О. С., Хаустова О. О., Омелянович В. Ю. (2023). Психічні розлади воєнного часу. *Видавничий дім «Медкнига»* / за ред. Пілягіна Г. Я., Осуховська О. С., Маркова М. В. Київ. 232 с. (14)
73. Чистовська Ю. Психофізіологічні детермінанти рис особистості. Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. *Психологічні науки*. Вип. 1 (17), 2017. С. 198–202. (4)
74. Чорна Н. Роль психоаналітичного підходу у розумінні поведінкових розладів. *Наукові праці Міжнародної Академії управління персоналом*. *Психологія*, №3 (64), 2024. С. 37–42. (21)
75. Чорна В., Серебреннікова О., Коломієць В., Гозак К. та інші. Посттравматичний стресовий розлад під час повномасштабної війни у військовослужбовців. *Молодий вчений*, 12 (124), 2023. С. 28–39.
76. Чубіна Т. Д. (2020). Залежна поведінка основні положення. *Theoretical foundations of modern science and practice. Abstracts of XI International Scientific and Practical Conference. Melbourne, Australia*. 518 p. URL: <https://isg-konf.com/wp-content/uploads/2020/04/XI-Conference-06-07-Melbourne-Australia.pdf>.

- 77.Шеленкова Н. (2024). Діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців/ветеранів. *Психологічний журнал*, (13). С. 140–147.
- 78.Шпортун О. М., Савчук З. С. (2024). Психологічні особливості військовослужбовців з проявами ПТСР. *Наукові перспективи*, № 1(43). С. 951–970. (10)

ДОДАТКИ

Додаток А

Результати частотного розподілу за описом вибірки

Frequencies of Стать

Стать	Counts	% of Total	Cumulative %
чоловіки	63	73.3%	73.3%
жінки	23	26.7%	100.0%

Frequencies of Вік

Вік	Counts	% of Total	Cumulative %
46-60	4	4.7%	4.7%
26-44	64	74.4%	79.1%
18-25	18	20.9%	100.0%

Frequencies of Статус військовослужбовця

Статус військовослужбовця	Counts	% of Total	Cumulative %
Чинний військовослужбовець	80	93.0%	93.0%
Колишній військовослужбовець	6	7.0%	100.0%

Frequencies of Перебування в зоні активних бойових дій

Перебування в зоні активних бойових дій	Counts	% of Total	Cumulative %
Так	71	82.6%	82.6%
Ні	15	17.4%	100.0%

Додаток Б

Результати перевірки нормальності розподілу

Descriptives	Mean	Median	SD	Shapiro-Wilk	
				W	p
Критерій В, симптоми інтрузії	7.72	7.00	4.78	0.970	0.043
Критерій С, симптоми уникнення	3.08	3.00	2.18	0.943	<.001
Критерій D, негативні думки та емоцій	11.80	12.00	6.99	0.965	0.021
Критерій E, симптоми надмірної реактивності	11.10	10.50	5.98	0.961	0.011
ПТРС	33.71	30.50	17.84	0.972	0.063
DUDIT	8.66	1.50	12.26	0.733	<.001
Сприйнятий стрес	21.35	21.00	5.01	0.979	0.165
Сприйняття безпорадності	11.78	12.00	4.96	0.972	0.054
Брак самоефективності	9.57	10.00	2.08	0.974	0.078

Додаток В

Описові статистики за шкалою DUDIT у групах досліджуваних

Descriptives				
	Стать	Mean	Median	SD
DUDIT	чоловіки	10.68	3	13.30
	жінки	3.13	0	6.19

Descriptives				
	Статус військовослужбовця	Mean	Median	SD
DUDIT	Чинний військовослужбовець	7.11	0.500	11.22
	Колишній військовослужбовець	29.33	31.000	3.61

Descriptives				
	Перебування в зоні активних бойових дій	Mean	Median	SD
DUDIT	Так	8.35	2	11.9
	Ні	10.13	1	14.0

Додаток Г

PCL-5 – шкала самооцінки наявності ПТСР

№	Протягом останнього місяця, як сильно вас турбували	Зовсім ні 0	Трохи 1	Помірно 2	Відчутно 3	Дуже 4
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду?	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
3	Раптове почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється?	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресовий досвід?	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?	0	1	2	3	4
6	Уникання спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом?	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід?	0	1	2	3	4

8	Проблеми згадування важливих моментів стресового досвіду?	0	1	2	3	4
9	Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога у відчутті радості або любові по відношенні до близької людини)	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?	0	1	2	3	4

16	Те, що ви дуже ризикуєте або робите речі, які можуть зашкодити?	0	1	2	3	4
17	Бути «на взводі» або «на сторожі»?	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги?	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю?	0	1	2	3	4
20	Проблеми із засинанням або нічні прокидання?	0	1	2	3	4

Додаток Г

Шкала сприйняття стресу (PSS)

0 = ніколи, 1 = майже ніколи, 2 = іноді, 3 = досить часто, 4 = дуже часто

№	Запитання	0 ніколи	1 майже ніколи	2 іноді	3 досить часто	4 дуже часто
1	Як часто за останній місяць ви були засмучені через щось, що трапилося несподівано?	0	1	2	3	4
2	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете контролювати важливі речі у вашому житті?	0	1	2	3	4
3	Як часто за останній місяць ви відчували знервованість та стрес?	0	1	2	3	4
4	Як часто за останній місяць ви були впевнені, що зможете вирішити свої особисті проблеми?	0	1	2	3	4
5	Як часто за останній місяць ви відчували, що все відбувається по-вашому (відповідно до ваших бажань,	0	1	2	3	4

	планів та поглядів)?					
6	Як часто за останній місяць ви відчували, що не можете впоратися з тим, що маєте зробити?	0	1	2	3	4
7	Як часто за останній місяць ви були здатні контролювати роздратованість з приводу того, що відбувається у вашому житті?	0	1	2	3	4
8	Як часто за останній місяць ви почувалися «господарем становища»?	0	1	2	3	4
9	Як часто за останній місяць ви були розсерджені через події, на які не могли впливати?	0	1	2	3	4
10	Як часто за останній місяць ви відчували, ніби труднощів накопичилося так багато, що ви не можете їх подолати?	0	1	2	3	4

Додаток Д

Дудит тест для визначення вживання наркотиків

Отримані бали	Ризик залежності
0 — 6 для чоловіків	Низький ризик залежності
0 — 2 для жінок	
7 — 24 для чоловіків	Імовірна наркотична залежність
3 — 24 для жінок	
25 і вище	Тяжка наркотична залежність

Додаток Е

Опитувальник ВFI-10 (шкали та їх оцінка у балах)

№	Про мене можна сказати, що я ...	Шкала ВFI-10	Повністю не згоден (5)	Скоріше не згоден (4)	Важко відповісти (3)	Скоріше згоден (2)	Повністю згоден (1)
1	... замкнутий	Е	5	4	3	2	1
2	... зазвичай довіряю іншим	А	1	2	3	4	5
3	... дещо ледачий	С	5	4	3	2	1
4	... добре справляюся з напруженими ситуаціями	Н	5	4	3	2	1
5	... схильний до занять творчістю	О	1	2	3	4	5
6	... без особливих зусиль знайомлююсь і встановлюю контакти з людьми	Е	1	2	3	4	5

7	... легко помічаю недоліки інших людей	A	5	4	3	2	1
8	... роблю свою роботу ретельно й до кінця	C	1	2	3	4	5
9	... швидко починаю нервуватись	N	1	2	3	4	5
10	... можу придумати щось нове	O	1	2	3	4	5