

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет міського господарства
імені О. М. Бекетова
Кафедра психології, педагогіки та професійної комунікації

Допускається до захисту
Завідувач кафедри



«13» червня 2026 р.

Кваліфікаційна робота
на тему: **«ПСИХОЛОГІЯ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ У МІСЬКОМУ СЕРЕДОВИЩІ**
ПРИФРОНТОВОГО МЕГАПОЛІСА: ЧИННИКИ ТА ШЛЯХИ ЇХ
ПРОФІЛАКТИКИ»

Спеціальність: 053 Психологія
Освітня програма «Психологія. Соціально–психологічний супровід у
мегаполісі»

Виконала:

студентка 4 курсу,

групи Псих–2022–1

Панченко Вікторія Сергіївна



Керівник:

к. псих. н., доц.

Нікітіна Оксана Петрівна



Харків 2026

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи: «Психологія залежностей у міському середовищі прифронтового мегаполіса: чинники та шляхи їх профілактики»

Автор: Панченко В. С.

Актуальність теми. Умови прифронтового мегаполіса через воєнний дистрес та звуження життєвого простору докорінно змінюють психічне здоров'я населення і збільшують ризики виникнення адикцій. Руйнація безпеки й традиційних копінгів зумовлює потребу вивчення спектра деструктивних проявів та розробки програм їх комплексної когнітивно-поведінкової профілактики.

Мета роботи – на основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження виявити психологічні детермінанти адиктивної поведінки в умовах воєнного дистресу та розробити програму психосоціальної реабілітації з елементами психоедукації для прифронтового мегаполіса.

Об'єкт дослідження – психологічні особливості залежної поведінки особистості.

Предмет дослідження – особистісні характеристики, стан ментального здоров'я та напрями психосоціальної реабілітації осіб із схильністю до адиктивної поведінки в умовах прифронтового мегаполіса.

Методи дослідження. Під час теоретичного дослідження було використано такі наукові методи, як аналіз, узагальнення та порівняння першоджерел і наукової літератури з обраної теми.

У емпіричному вивченні були використані: анкета «Дослідження особливостей способу життя та психологічного благополуччя мешканців великого міста» (В. С. Панченко, 2026); короткий опитувальник «Великої п'ятірки» BFI-10 (в адаптації О. О. Сердюка та Б. О. Базими, 2021); Методика діагностики схильності до різних видів залежності (Г. Лозова, 2007); Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (PMH-scale) в українській адаптації Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер (2022).

Математико-статистична обробка даних проведена із сумісним використанням програмного забезпечення Jamovi та MS Excel.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 41 найменування, з них іноземною мовою – 22. Робота містить 7 рисунків, 2 таблиці. Загальний обсяг роботи 53 сторінки, з них основний зміст – 45 сторінок.

Стислий зміст дослідження. Емпіричний зріз виконано у травні 2026 року на базі ГО «Живи» у місті Харків. Вибірку дослідження склав 31 реабілітант (14 чоловіків та 17 жінок) віком від 20 до 36 років. Процедура збору даних відбувалася в очному форматі із дотриманням принципів конфіденційності. На першому етапі за допомогою спеціалізованого анкетування визначено роль повсякденних рутинних дій та соціальних мереж як механізмів психологічного захисту від воєнного стресу. Другий етап передбачав діагностику індивідуальних патернів за п'ятьма базовими вимірами моделі «Великої п'ятірки» (BFI-10), оцінку схильності до хімічних і поведінкових адикцій, а також вимірювання актуального рівня позитивного ментального здоров'я. Для аналізу інтеркореляційних зв'язків між змінними застосовано коефіцієнт лінійної кореляції r-Пірсона.

Отримані результати та висновки. Аналіз виявив у респондентів специфічні адаптаційні зміни особистісного профілю, де провідним маркером пристосування до умов лікування є високі показники свідомості (6,567) на тлі обмеження імпульсивності, зниження нейротизму (5,333) та відкритості новому досвіду (6,400). Діагностика зафіксувала переважання низького рівня схильності до залежностей у 90% вибірки, що відображає дію анозогнозії та зовнішнього контролю, разом із високими показниками релігійної (9,77) та любовної (9,45) адикцій. Кореляційний аналіз підтвердив, що інтровертованість пацієнтів корелює із вибором прихованих способів емоційної розрядки, зокрема комп'ютерної ($r_{xy}=-0,624$ при $p<0,05$), харчової ($r_{xy}=-0,481$ при $p < 0,05$) та фармакологічної ($r_{xy}=-0,444$ при $p<0,05$) залежностей. Прямий зв'язок свідомості з наркотичною ($r_{xy}=0,517$ при $p<0,05$) та сексуальною ($r_{xy}=0,440$ при $p<0,05$)

адикціями засвідчив ефект психічного виснаження через утримання гіпервідповідальності в умовах війни. На основі цих даних розроблено тримодульну психоедукаційну програму, яка поєднує соматичний, когнітивний та поведінково-комунікативний (бібліотерапія) блоки.

Ключові слова: адиктивна поведінка, прифронтний мегаполіс, воєнний дистрес, позитивне ментальне здоров'я, психологічне благополуччя, реабілітація, психоедукація.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ СУЧАСНОГО УРБАНІСТИЧНОГО ТА КРИЗОВОГО СЕРЕДОВИЩА.....	11
1.1. Психологічні особливості адиктивної поведінки в умовах міського середовища.....	11
1.2. Вплив воєнних дій на ментальне здоров'я та ризики виникнення адиктивної поведінки в умовах прифронтового міста.....	17
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ЗАЛЕЖНОСТЕЙ ТА ПОВЕДІНКИ РЕАБІЛІТАНТІВ У ПРИФРОНТОВОМУ МІСТІ.....	23
2.1. Організація дослідження.....	23
2.2. Вибір та обґрунтування методик.....	24
2.3. Аналіз результатів дослідження.....	25
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	34
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ЕЛЕМЕНТАМИ ПСИХОЕДУКАЦІЇ ДЛЯ ПРИФРОНТОВОГО МЕГАПОЛІСА.....	37
3.1. Обґрунтування програми	37
3.2. Структура та зміст програми	42
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	44
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	49

ВСТУП

Актуальність теми. Ризики дезадаптивної поведінки максимізують та психічне здоров'я населення докорінно трансформують умови прифронтового мегаполіса, що стали деструктивним чинником. Базові механізми психологічної безпеки індивіда руйнуються через хронічний воєнний дистрес, територіальну близькість бойових дій та звуження життєвого простору особистості (Н. П. Вовк, О. І. Боровик). За умов тривалого кумулятивного стресу та виснаження внутрішніх ресурсів саморегуляції, традиційні копінг-стратегії втрачають ефективність, провокуючи стрімке зростання схильності до адиктивної поведінки (як хімічної, так і нехімічної) як специфічного інструменту втечі від нестерпної реальності (Л. Г. Туз, О. В. Куліш, С. М. Аврамченко; Я. Левін, Р. Форер). Постійний страх і руйнація нормального побуту провокують у містян гострі реакції на соціальну несправедливість, деперсоналізацію, втрату планування майбутнього та філософію існування «тут і зараз», що безпосередньо ламає звичну поведінку цивільних людей у прифронтовій зоні (О. Резван, В. Воронько).

Особливої гостроти в цих умовах набуває трансформація класичних адикцій та поява новітніх екранних (екзистенційних) залежностей серед містян (О. П. Нікітіна, О. О. Резван, В. М. Тихонович). Коли реальний соціопростір мегаполіса маркується як небезпечний, цифрова сфера перетворюється на безальтернативний майданчик компенсації психологічних дефіцитів і конструювання ілюзорного благополуччя, де емоційна стабільність жорстко прив'язується до зовнішніх онлайн-стимулів, свідчачи про деградацію навичок саморегуляції особистості (О. П. Нікітіна, О. О. Резван, В. М. Тихонович). Зважаючи на те, що спектр деструктивних проявів у прифронтовому місті є надзвичайно широким – від алкогольної та ігрової до комп'ютерної та харчової адикцій, які виступають індикатором глибинної психічної кризи суспільства, виникає нагальна потреба у визначенні їх чинників та впровадженні цільових програм комплексної когнітивно-поведінкової психокорекції та профілактики

(О. П. Нікітіна, О. О. Резван, В. М. Тихонович).

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять фундаментальні наукові положення про нейрокогнітивну природу, збої систем винагороди та дефіцити виконавчих функцій мозку при формуванні залежностей (Е. Крістенсен, Л. Альбертелла, М. Юсель; С. Кампанелла), теорії автоматизації звичок та цілеспрямованої діяльності (М. Е. Бутон; Е. К. Буаванг, Й. Боддез), концептуальні підходи щодо середовищного тиску, екологічних чинників урбанізації та маргіналізації в мегаполісах (К. Лін; С. Каччаторе), феномени «зонування стигми» у міському просторі (Дж. М. Езелл) та соціокультурні рамки пресингу культури споживання (Т. С. Ейрс, С. Тейлор; Ф. Перес, Л. Еспозіто). Вагоме значення для розкриття теми мають наукові розвідки, присвячені аналізу кумулятивного воєнного дистресу, тривоги й ментальних розладів у цивільного населення (О. Туриніна; О. Шабанова; Н. Савелюк; Д. Амсалем), гормональним механізмам виснаження когнітивної сфери (Л. М. Карамушка), психологічним особливостям девіацій у підлітків та сімейних взаємин у зоні воєнного конфлікту (А. М. Марюха, С. В. Харченко; І. В. Пиголенко, Ю. А. Пиголенко). Провідною теоретичною опорою дослідження стали концептуальні положення щодо ламання звичної психіки цивільних у прифронтівій зоні (О. Резван, В. Воронько), структури й механізмів розвитку новітніх екранних інтернет-адикцій містян як інструменту втечі від воєнної реальності, а також розробки цільових програм їх когнітивно-поведінкової психокорекції (О. П. Нікітіна, О. О. Резван, В. М. Тихонович).

Об'єкт дослідження – психологічні особливості залежної поведінки особистості.

Предмет дослідження – особистісні характеристики, стан ментального здоров'я та напрями психосоціальної реабілітації осіб із схильністю до адиктивної поведінки в умовах прифронтівого мегаполіса.

Мета роботи – на основі теоретичного аналізу та емпіричного дослідження виявити психологічні детермінанти адиктивної поведінки в умовах воєнного дистресу та розробити програму психосоціальної реабілітації з

елементами психоедукації для прифронтового мегаполіса.

Завдання дослідження:

1. Концептуалізація чинників й сутнісних характеристик адикцій в умовах прифронтового мегаполіса.
2. Дослідження впливу прифронтового дистресу на зміну повсякденних патернів поведінки реабілітантів та уточнення ролі рутинних дій як інструментів психологічного захисту від постійної небезпеки.
3. Діагностика профілю респондентів: оцінка особистісних рис, рівня ментального здоров'я та схильності до адикцій для встановлення їхнього адаптаційного ресурсу.
4. Визначення взаємозв'язків між особистісними рисами, рівнем позитивного ментального здоров'я та специфікою адиктивних патернів у реабілітантів.
5. Розробка програми психосоціальної реабілітації з елементами психоедукації для прифронтового мегаполіса.

Методи дослідження:

Теоретичний розділ базується на опрацюванні фахових публікацій. В роботі систематизовано та порівняно концепції адиктивної поведінки. Емпіричну частину виконано за допомогою анкети «Дослідження особливостей способу життя та психологічного благополуччя мешканців великого міста» (В. С. Панченко, 2026) та короткого опитувальника «Великої п'ятірки» BFI-10 (в адаптації О. О. Сердюка та Б. О. Базими, 2021); Методики діагностики схильності до різних видів залежності (Г. Лозова, 2007); Методики «Шкала позитивного ментального здоров'я» (PMH-scale) в українській адаптації Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер (2022).

Для аналізу зв'язків між змінними застосовано коефіцієнт кореляції Пірсона. Статистична обробка даних проведена засобами MS Excel. Також використовувалася програма Jamovi.

База дослідження: ГО «Живи» (м. Харків).

Характеристика вибірки: 31 реабілітант, з яких: 14 чоловіків і 17 жінок.

Вік від 20 до 36 років.

Термін проведення дослідження: травень 2026 року.

Дослідження було проведено очно й конфіденційно. Після збору емпіричного зрізу було здійснено математико-статистичні процедури та інтерпретацію отриманих даних.

Наукова новизна результатів дослідження:

Вперше встановлено характер деструктивного впливу високої свідомості та гіпервідповідальності на ризики психічного виснаження у осіб, що перебувають на етапі психосоціальної реабілітації в умовах тривалого прифронтового дистресу.

Уточнено систему інтеркореляційних зв'язків між базовими особистісними рисами (за моделлю «Великої п'ятірки») та специфікою адикцій. Зокрема, виявлено, що низька екстраверсія та доброзичливість часто супроводжують автономні види адикцій, тоді як релігійна чи любовна залежність у таких випадках виступають механізмами компенсації.

Дістало подальшого розвитку розуміння обмеженості суто інформаційних (друкованих) методів профілактики рецидивів та обґрунтовано необхідність переходу до комплексної програми психосоціальної реабілітації з елементами психоедукації для прифронтового мегаполіса.

Практична значущість роботи визначається розробкою рекомендацій для фахівців, що працюють із наслідками адикцій у воєнний період. Структура комплексної програми для клієнтів реабілітаційних центрів (на прикладі ГО «Живи») базується на переході від методів тотальних заборон до механізмів екологічної саморегуляції. Зокрема, впроваджуються соматичні вправи для тілесного заземлення в умовах загрози. Також застосовуються когнітивні техніки, спрямовані на подолання перфекціонізму. Додатково, задля мінімізації ризиків цифрового ескапізму, використовуються методи бібліотерапії та наративні практики.

Структура роботи: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 41 найменування, з них іноземною

мовою – 22. Робота містить 7 рисунків, 2 таблиці. Загальний обсяг роботи 53 сторінки, з них основний зміст – 45 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В УМОВАХ СУЧАСНОГО УРБАНІСТИЧНОГО ТА КРИЗОВОГО СЕРЕДОВИЩА

1.1. Психологічні особливості адиктивної поведінки в умовах міського середовища

Коли ми говоримо про залежність, то маємо справу з хронічною хворобою психіки. Вона нікуди не зникає остаточно – людина то виходить у ремісію, то знову зривається. Головне тут те, що дії стають компульсивними: людина шукає речовини чи той самий гемблінг нав'язливо, ігноруючи будь-яку небезпеку та руйнацію життя. Група дослідників, а саме Е. Крістенсен, М. Брідеволл, Л. Альбертелла, С. К. Самарачікрама, М. Юсель та Р. С. К. Лі, детально розібрали цей процес [26]. Вони вказують на конкретний нейрокогнітивний збій. Мозок починає працювати інакше: система винагороди повністю розбалансовується, а здатність до когнітивного контролю та стримування імпульсів просто падає. Водночас автори підкреслюють, що механізми, які запускають цю пастку ще до появи повної залежності й потім заважають лікуванню, дуже заплутані. Якщо ми розберемося в цих тригерах, то зможемо точно прогнозувати ризики й створювати під кожную людину індивідуальну терапію, яка реально працюватиме.

Ба більше, попри велику кількість теоретичних моделей, у науковому середовищі існує чіткий консенсус щодо самого каркаса адикції. Будь-яка залежність завжди тримається на дисбалансі: гіперактивній системі внутрішнього драйву та винагороди, яка працює в парі з різким пригніченням виконавчих функцій мозку. При цьому Е. Крістенсен, М. Брідеволл, Л. Альбертелла та їхні співавтори окремо виділяють поведінкову розльорбаність і схильність приймати рішення виключно заради миттєвого задоволення як ключові маркери вразливості [26]. Тобто ці нейрокогнітивні дефіцити є базовим підґрунтям, яке закладає фундамент для розвитку розладів ще до появи перших стійких симптомів.

Ф. Перес та Л. Еспозіто акцентують на тому, що ми сьогодні живемо в умовах постійної конкуренції, стресу та масового споживання. Люди все частіше обирають стратегію поведінки, націлену на миттєве задоволення особистих чи матеріальних запитів. У цьому контексті О. Е. Сантанджело, С. Провенцано та А. Фіренце додають: хоча періодичні спалахи «надмірного споживання» трапляються майже в кожного, далеко не всі переходять межу, за якою ця активність перетворюється на справжню деструкцію [37].

Водночас, автори наголошують: не кожна людина, яка схильна до надмірного споживання, стає залежною. Грань між звичайною поведінкою та адикцією проходить там, де дія втрачає керуваність. Саме стійка неможливість зупинитися, навіть коли людина чітко бачить шкоду для себе чи близьких і прагне покінчити зі звичкою, стає головним сигналом того, що ситуація переросла у неконтрольований патологічний процес.

С. Кампанелла зазначає: попри десятиліття досліджень, ми досі шукаємо відповідь, як саме запускається адиктивний механізм [25]. Чому, здавалося б, звичайні справи – покупки, їжа чи ігри – раптом заповнюють весь простір життя людини, витісняючи решту справ? Дослідник проводить паралель: якщо класичні залежності від речовин «працюють» через чіткий дофаміновий відгук у мозку, то з поведінковими адикціями все складніше. В основі обох випадків лежить звичка, закріплена мозком як надважливий стимул. Але саме перехід до компульсій, на думку Кампанелли, сигналізує про «збій» у роботі префронтальної кори. Коли цей відділ мозку перестає стримувати імпульси заради довгострокових цілей, адиктивна поведінка стає автоматизмом, який людина вже не може контролювати, навіть усвідомлюючи всю шкоду.

Наукові дискусії навколо механізмів формування звичок не вщухають і досі. Головний прецедент для суперечок – це питання про те, які саме процеси змушують людину довготривало підтримувати дезадаптивні форми поведінки. Так, у своїх працях М. Е. Бутон наголошує на вагомій ролі контексту та фокусування уваги в моменти, коли свідомо обрана мета поступається місцем автоматизму [22]. Водночас Е. К. Буабанг, Й. Боддез, Дж. Де Гаувер та А. Моорс

доводять, що за певних ускладнених умов навчання цілеспрямована діяльність може лише здаватися звичною [23]. Через це значення автоматизованих реакцій у науці часто переоцінюють, а роль контекстуальних, орієнтованих на конкретну мету процесів, навпаки, недооцінюють.

З хімічними залежностями все набагато простіше, тут є чітка логіка. П. Сінгх та П. Верма [38] прямо говорять: психоактивні речовини – це нейротоксини. Вони б'ють по центральній нервовій системі, просто нищать клітини мозку. Через це «вимикаються» фронтальні зони, які мають відповідати за наш самоконтроль. Оце і є біологічна руйнація.

А от із нехімічними адикціями – суцільний туман. Тут виникає потужний науковий контраст, адже за поведінкових розладів жодного токсичного чи імунного ураження клітин немає. Тоді як так виходить, що звичайні відеоігри, азартний геймінг, телевізор чи нескінченний скролінг соцмереж раптом переростають у жорстку залежність? Для сучасної людини це реальна загроза здоров'ю, і К. Відал та Д. Меші це чітко констатують [39]. Усі ці цифрові розваги мають шалений «винагороджувальний» ефект.

Вони буквально підсаджують мезолімбічну систему на дофамін. Яскраві стимули миттєво захоплюють увагу, і людина починає діяти на автоматі, компульсивно. Але якщо у випадку з кокаїном М. Пуаро, Т. Мільп'є, А. Майяр виділяють чіткі фізіологічні маркери зриву, то при поведінкових адикціях перехід до компульсії має зовсім іншу, суто функціональну природу [34]. І головна загадка залишається в іншому: де точка цього перелому, якщо мозок не зазнає жодного фізичного чи імунологічного руйнування?

Така невизначеність у фундаментальних механізмах змушує науковців шукати нові точки опори в терапії, через що останні десятиліття ознаменувалися появою різноманітних допоміжних інструментів. Фахівці почали активно тестувати альтернативні виміри психологічного втручання. Зокрема, значний інтерес викликає практика усвідомленості: як демонструють у своєму системному огляді стандартизованих програм Дж. Р. Корецькі, Ф. Дж. Швებель, В. Р. Вотау та К. Віткієвіц, використання майндфулнес-стратегій показує реальну

ефективність у подоланні розладів, пов'язаних із залежностями [31].

Паралельно з цим у практику впроваджують десенсибілізацію та переробку рухом очей (EMDR), модифікацію когнітивних упереджень, а також класичну когнітивно-поведінкову терапію (КПТ). При цьому, аналізуючи лікування дорослих із хімічними адикціями, Л. А. Рей, Л. Р. Мередіт, Б. Д. Кілук, Дж. Волтерс, К. М. Керролл та М. Мегілл доводять, що максимальний результат дає саме комбінований підхід, де психофармакотерапія підсилюється сесіями КПТ [35]. Зрештою, сучасний технологічний бум додав до цього арсеналу дистанційні та автоматизовані інтервенції – від веб-платформ до спеціальних мобільних додатків, які дозволяють надавати психологічну підтримку в режимі «24/7».

Масштабний історичний аналіз, який презентувала Н. Д. Волкофф, наочно показує, як за останні 50 років робота Національного інституту з питань зловживання наркотиками (NIDA) кардинально змінила науковий погляд на природу залежностей [40]. Якщо раніше епідеміологи лише здогадувалися, що соціальні чинники й дитячі травми штовхають людину до адикції, то тепер наука зазирнула глибше. Ми нарешті бачимо, як саме цей негативний життєвий досвід фізично перепрошиває структуру та функції людського мозку. Те саме стосується й спадковості. Теза про те, що залежність – це «сімейна історія», отримала чітке молекулярне підтвердження. Дослідники А. С. Хатум, С. М. К. Колберт та Е. К. Джонсон пішли шляхом масштабного збору генетичних даних: вони провели метааналіз ДНК понад мільйона людей [30]. Це дозволило їм виокремити конкретні генні варіанти й локуси, які не просто підштовхують людину до вживання різних речовин, а й прямо керують тим, чи спрацює терапія у конкретного пацієнта.

Таке занурення в біологічну основу хвороби повністю перевертає підходи до лікування. Зараз у фокусі медиків – нейромодуляція. Її сенс у тому, щоб діяти прицільно на ті нейронні мережі, де стався функціональний надлом. Як підкреслюють Дж. А. Гордон, Н. Д. Волкофф та Г. Ф. Куб, такий крок відкриває реальну можливість лікувати не хворобу загалом, а конкретний дефіцит

конкретного мозку [29]. Причому цю стимуляцію контурів можна запускати як окремий метод, так і додавати її до стандартних ліків чи психотерапевтичних сесій, що робить персоналізовану допомогу дійсно гнучкою.

Реальною ілюстрацією цього прориву став масштабний експеримент, який очолив А. Занген разом із величезною командою колег [41]. Доведено: повторна транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) островця та префронтальної кори достовірно знижує нікотинову тягу. FDA схвалило цей протокол як офіційний метод лікування тютюнової залежності через високу результативність у порівнянні з плацебо-процедурами. Універсальність ТМС дозволяє нівелювати межі між різними типами адикцій. Проведений А. Гей разом із колегами масштабний метааналіз довів: повторна магнітна стимуляція є надзвичайно перспективною не лише для подолання потягу до потужних психостимуляторів типу кокаїну чи нікотину, але й при суто поведінкових адикціях, як-от азартні ігри чи розлади харчової поведінки [28].

Науковці встановили кореляцію: терапевтичний успіх та послаблення тяги визначає кількість проведених сеансів. Ідентичний відгук на терапію при хімічних та поведінкових адикціях підтверджує спільні функціональні дефекти нейронних мереж. Проте ізольоване вивчення церебральних збоїв мало що дає — корінь проблеми лежить у реальних умовах, де перебуває людина. Саме міцні соціальні зв'язки та підтримка оточення стають тим захисним буфером, який реально рятує від зриву вживання. Проте в умовах сучасних мегаполісів цей захист часто руйнується. Системний огляд, який провели К. Лін, Ц. Цзя, С. Чжу, Б. Чжан, Ч. Чжу, Л. Лі та Ц. Сунь, наочно демонструє, як саме процеси урбанізації та висока щільність населення б'ють по найбільш вразливих верствах суспільства. У таких умовах низький соціоекономічний статус неминує веде до ізоляції спільнот. Як наслідок, різко збільшується кількість психічних патологій та випадків наркоманії [33]. Поєднання фінансової скрути, низького рівня освіти та недоступності медицини є тим пусковим механізмом, який провокує сплеск передозувань, хронічних розладів і летальних випадків. Міська інфраструктура безпосередньо детермінує психологічні установки залежних осіб.

До того ж, інфраструктурні особливості міст безпосередньо впливають на внутрішні психологічні установки людей, які мають залежність. У своєму дослідженні Дж. М. Езелл, Д. К. Омпад та С. Волтерс вводять термін «зонування стигми» [27]. Цим поняттям автори описують жорстке соціально-просторове витіснення та поліцейський контроль за поведінкою, яку суспільство вважає девіантною. Позбавлення волі пересуватися та відсутність стабільного даху над головою паралізують особистісний ресурс. За таких умов самостійна дія стає неможливою. Міський простір починає працювати як деструктивний інструмент: він закріплює нерівність на рівні психіки та блокує пацієнтам доступ до елементарної медичної допомоги.

Глибинні соціокультурні причини такого тиску детально розкривають Т. С. Ейрс та С. Тейлор, пропонуючи трикомпонентну концептуальну рамку: «невдача, бенкет і фенікс» [21]. Вони підсвічують парадоксальне і відверто лицемірне ставлення сучасного світу до адикцій. Капіталістична система агресивно культивує жагу до споживання, роблячи людину із залежністю ледь не «ідеальним покупцем».

Результат такої стратегії плачевний: штучно роздмуханий суспільний осуд не «лікує», а навпаки – ламає психіку, заганяє людей у глуху ізоляцію та створює непрохідні бар'єри для отримання будь-якої медичної допомоги. З огляду на це, деструктивні залежності не є автономною проблемою — це симптом системного неблагополуччя самого міського середовища. Урбаністичний простір, особливо під впливом кризи, стає тригером, який за відсутності підтримки лише примножує ризики для громадського здоров'я.

Зрештою, проблему міського середовища варто розглядати набагато ширше, адже деструктивні звички – це лише частина глобальної кризи здоров'я в мегаполісах. Масштабне дослідження, яке підготували С. Каччаторе, С. Мао, М. В. Нуньєс та їхні колеги, чітко доводить: стрімка й часто хаотична урбанізація буквально перекроює людську біологію. Сучасне місто створює специфічний «коктейль» із хронічного шуму, забитого смогом повітря, постійного недосипу та малорухливого способу життя. Весь цей пресинг у поєднанні із соціальним

відчуженням і тотальною відсутністю нормальної психологічної допомоги веде до катастрофічних наслідків – аномально раннього старту хронічних хвороб та стрімкого згасання психічного ресурсу [24]. Науковці наголошують: якщо ми хочемо витягнути людей із цієї пастки, містам потрібна тотальне переавантаження. Простір має передбачати як розвиток екологічної інфраструктури, так і — що значно важливіше — знищення тих системних перешкод, які відрізають найбільш незахищених містян від своєчасної психологічної та медичної підтримки.

1.2. Вплив воєнних дій на ментальне здоров'я та ризики виникнення адиктивної поведінки в умовах прифронтового міста

Війна створює умови, де цивільні живуть під постійним тиском. Н. П. Вовк та О. І. Боровик виділяють кілька критичних факторів: загроза фізичного знищення через вибухи, відсутність води, ліків та світла, повна руйнація інфраструктури [1]. До цього додається бідність, втрата роботи та розрив контактів із рідними. Таке поєднання зовнішньої небезпеки та внутрішньої ізоляції створює хронічний стрес, який виснажує психіку.

Війна створює типові ментальні проблеми для цивільних. О. Туриніна серед наслідків виділяє порушення сну та емоційну нестабільність [16]. Також фіксують депресивні стани, тривожність, психосоматичні прояви [18]. Зміна середовища та вимушена адаптація провокують втрату внутрішніх опор. Хронічний тиск знижує самоконтроль, стимулюючи компульсії для стресової розрядки. Епіцентр воєнних подій миттєво нівелює попередні уявлення про психічну стабільність містян. Коли бойові дії відбуваються поруч, загроза життю стає буденністю, що автоматично виводить ризики ПТСР, депресивних розладів та генералізованої тривоги на критичний рівень. Цей зв'язок між територіальною близькістю до терапевтичних або військових загроз та деструкцією психіки детально аналізують К. Рігутто, А. О. Сапара та В. І. О. Аджалонг [36]. Водночас бойові дії б'ють по людині не лише через пряму фізичну небезпеку, а й через

тотальне ламання соціальних зв'язків.

Тривале перебування в епіцентрі війни перетворює стрес із короткочасного сплеску на фоновий стан, що виснажує ресурси психіки. Н. Савелюк підкреслює, що такий «хронічний пресинг» неминуче веде до накопичення негативних змін: розвивається ПТСР, депресивні стани та фонові тривожність. Вплив воєнних факторів має кумулятивний характер: втрата дому, фінансова криза, постійна загроза життю та смерть рідних не просто травмують окрему людину, а цілеспрямовано знижують життєстійкість цілих спільнот [13]. На відміну від ситуативної реакції на конкретну загрозу, цей стан триває місяцями, роблячи населення критично вразливим до повноцінних психічних розладів.

Постійна дія воєнних стресорів провокує перевантаження ГГНС-системи, що викликає стабільний надлишок кортизолу. Така гормональна перебудова разом із виснаженням нервової системи блокує нормальну роботу префронтальної кори та гіпокампу [2]. Для цивільних це означає деградацію когнітивних функцій і пам'яті, що критично знижує здатність адаптуватися до реалій війни.

Дослідники Д. Амсалем, С. Хаїм-Нахум, А. Лазаров, Й. Леві, Ю. Охана, Р. Гросс та Ю. Нарія підкреслюють, що війна запускає цілий каскад раптових неконтрольованих втрат [20]. Загибель рідних, миттєва втрата житла через обстріли та вимушений виїзд у невідомість провокують гострий стрес і глибоке горе. Людина повністю втрачає відчуття стабільності. Коли до цього додається фінансовий крах через закриття підприємств та втрату заробітку, виникає тотальна безпорадність. Весь цей тривалий пресинг не просто посилює старі психопатології, а й закладає основу для нових ментальних розладів.

Помилково вважати воєнну травму короткочасним епізодом, який мине без втрати працездатності. І. В. Пиголенко, Ю. А. Пиголенко та К. М. Кукса зазначають, що зростання кількості ментальних розладів під час бойових дій блокує нормальний розвиток усього суспільства [9]. Через вимушене переміщення мільйони ВПО та біженців втрачають колишню стабільність. Цей

деструктивний фактор деформує структуру сімейних взаємин, що згодом позначається і на нащадках. Материнський стан прямо впливає на емоції дитини.

Підлітки в умовах війни опиняються в критичній зоні. А. М. Марюха та С. В. Харченко пояснюють: коли зникає безпека, діти втрачають доступ до школи та друзів [6]. Тоді девіантна поведінка – це спроба хоч якось самоствердитися. Зростання агресії чи залежностей від речовин – це лише наслідок того, що в дитини вибили з-під ніг опору.

Окрему групу ризику тут становлять жінки та діти. І. В. Пиголенко, Ю. А. Пиголенко та К. М. Кукса зафіксували пряму залежність між психологічним станом матері та емоційними реакціями дитини в зоні конфлікту [9]. Незріла дитяча нервова система гостро реагує на шоківі події, через що збиваються етапи розвитку особистості. Жіноча психіка так само сильно вразлива до тривалого воєнного стресу.

Л. Г. Туз, О. В. Куліш та С. М. Аврамченко вказують, що війна стає тригером для залежностей, які людина обирає як спосіб втечі від реальності [15]. Автори підкреслюють: бойові дії виснажують психіку та штовхають різні групи людей до формування адикцій – від психологічних до хімічних. Така поведінка стає наслідком хронічного стресу і прямо руйнує ментальне здоров'я.

Специфіка воєнної травми та її глибина безпосередньо визначають, як саме людина буде тікати від реальності. Оцінюючи ці ризики, науковці Я. Левін, Р. Лев Бар-Ор, Р. Форер, М. Вазерман, А. Кор та Ш. Лев-Ран [32] доводять, що будь-який пережитий жах залишає стійкий слід і суттєво підвищує шанси на розвиток алкогольної, речовинної або поведінкової залежності. Тут виникає цікавий феномен. Мешканцям міст зовсім не обов'язково потрапляти під прямі обстріли, щоб отримати серйозне психічне перевантаження. Звичайна цивільна людина щодня стикається з непрямим або вторинним травматичним досвідом: гортає стрічку новин, бачить руйнування сусідніх кварталів або постійно тривожиться за рідних. Цей невидимий тиск діє як прихований запальник для майбутніх адикцій. Ба більше, у згаданому дослідженні автори зафіксували, що у випадку комбатантських та воєнних загроз ризику виникнення алкоголізму чи екранних

і компульсивних адикцій серед людей із вторинною травмою іноді є навіть вищими, ніж у тих, хто зазнав прямого фізичного впливу.

Спираючись на роботу О. Резван та В. Воронька[12], можна стверджувати, що війна буквально ламає звичну психіку та поведінку цивільних людей у прифронтовій зоні. Постійний страх і руйнація нормального побуту провокують у містян гостру реакцію на соціальну несправедливість. Особливо коли вони порівнюють свій щоденний жах із відносно спокійним життям у тилкових регіонах. Звідси й виникають серйозні деструктивні прояви. Це може бути як відверта зневага чи злість до тих, хто вирішив виїхати, так і спроби знайти «цапа-відбувайла» серед свого оточення чи навіть закидати провину військовим.

Коли такий пресинг триває місяцями, психічні ресурси просто вичерпуються – настає важкий дистрес. Тоді вмикаються захисні механізми на зразок деперсоналізації чи дисоціації. Людина починає бачити все довкола ніби у тумані, втрачає зв'язок із реальністю, а події сприймаються як «змазані» кадри з чужого кіно. Як наслідок, будь-яке планування майбутнього зникає. Його замінює специфічна філософія існування «тут і зараз». Усе це тягне за собою соматичні хвороби (тіло буквально затискається від стресу) та серйозні ризики того, що людина почне відверто ігнорувати суспільні норми й правила поведінки.

Конкретизуючи специфіку деструктивних проявів у сучасному інформаційному суспільстві, О. П. Нікітіна, О. О. Резван та В. М. Тихонович доводять, що хронічний воєнний дистрес та звуження життєвого простору містянина провокують швидкий розвиток екранних (екзистенційних) адикцій нового типу – Інтернет- та селфі-залежностей [7]. Небезпека міського середовища та неможливість довгострокового планування роблять цифрову сферу основним майданчиком для компенсації особистісних дефіцитів. Постійне перебування онлайн виступає формою дезадаптивного копінгу, що дозволяє штучно коригувати емоційний стан.

Дослідження авторів унаочнює глибинну структуру цих новітніх адикцій серед містян. Створення неконтрольованої кількості «селфі» та прагнення

транслявати у мережу штучні «універсальні шаблони успіху» найчастіше маркують спробу викривлення або заміщення травматичної реальності. Людина використовує цей інструмент задля конструювання ілюзії благополуччя, намагаючись заповнити внутрішню порожнечу чи нудьгу через вимушену соціальну ізоляцію. Більше того, у прифронтових умовах емоційна стабільність жорстко прив'язується до зовнішніх онлайн-стимулів – лайків та віртуального визнання. Це безпосередньо свідчить про руйнацію автентичного самоствавлення та деградацію навичок саморегуляції особистості. Отже, подібні технологічні залежності під час тривалого воєнного конфлікту є глибинним індикатором психічної кризи суспільства, що потребує впровадження цільових програм комплексної когнітивно-поведінкової психокорекції.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

1. Теоретичний аналіз свідчить, що адиктивна поведінка є хронічною патологією з рецидивним перебігом і компульсивним характером (Е. Крістенсен, М. Брідеволл, Л. Альбертелла). В основі адикцій лежить нейрокогнітивний збій – розбалансування системи винагороди та пригнічення виконавчих функцій мозку (С. Кампанелла). Доведено, що хімічні залежності діють через пряме нейротоксичне ураження центральної нервової системи (П. Сінгх, П. Верма). На противагу, нехімічні (цифрові) адикції мають суто функціональну природу, підсаджуючи мезолімбічну систему на дофамін через яскраві стимулюючі тригери (К. Відал, Д. Меші). Генетичне підтвердження спадкової схильності до розладів та терапевтичного відгуку забезпечується виявленням конкретних локусів ДНК (А. С. Хатум, С. М. К. Колберт, Е. К. Джонсон). Ефективним інструментом лікування дефіцитів конкретних нейронних мереж виступає прицільна нейромодуляція та повторна транскраніальна магнітна стимуляція префронтальної кори (А. Занген; А. Гей).

2. Роль екологічного та соціокультурного середовища радикально зростає під час аналізу ризиків урбанізації мегаполісів. Процеси хаотичного розвитку міст, низький соціоекономічний статус та економічна нерівність формують пастку, що максимізує

психічні патології та смертність (К. Лін, Ц. Цзя, С. Чжу). На психологічному рівні інфраструктура міст закріплює нерівність через «зонування стигми» та поліцейський пресинг девіацій (Дж. М. Езелл, Д. К. Омпад, С. Волтерс). Сучасна капіталістична система демонструє лицемірне ставлення до залежних, культивує споживання й одночасно таврує адиктів як маргінальних невдач (Т. С. Ейрс, С. Тейлор). За таких умов якісна соціальна підтримка виступає рятівним чинником для зниження вживання небезпечних речовин.

3. Найбільш руйнівним чинником трансформації психіки цивільного населення виступає хронічний воєнний дистрес у прифронтовій зоні (Н. П. Вовк, О. І. Боровик). Кумулятивний пресинг війни викликає перевантаження ГГНС-системи, стабільний надлишок кортизолу та блокування роботи префронтальної кори (Л. М. Карамушка). Ми дійшли висновку, що тривалі бойові дії та раптові неконтрольовані втрати повністю обнуляють психологічну стабільність, провокуючи ПТСР, депресію та тривожність (О. Туриніна; О. Шабанова; Н. Савелюк; Д. Амсалем). Воєнний травматизм деформує структуру сімейних взаємин, де емоції дитини є заручником материнського стану (І. В. Пиголенко, Ю. А. Пиголенко, К. М. Кукса), а підлітки через руйнацію безпеки схильні до девіацій (А. М. Марюха, С. В. Харченко). Вторинний травматичний досвід від перегляду новин діє як прихований запальник адикцій, іноді перевищуючи ризики прямого фізичного впливу (Я. Левін, Р. Форер).

4. У критичних умовах прифронтового міста воєнний пресинг ламає звичну психіку містян, запускаючи деперсоналізацію, дисоціацію та філософію існування «тут і зараз» (О. Резван, В. Воронько). Хронічний дистрес та звуження життєвого простору провокують швидкий розвиток новітніх екранних (екзистенційних) інтернет- та селфі-адикцій серед містян (О. П. Нікітіна, О. О. Резван, В. М. Тихонович). Віртуальний простір перетворюється на основний майданчик компенсації психологічних дефіцитів і конструювання ілюзорного благополуччя через трансляцію штучних шаблонів успіху. Жорстка прив'язка емоційної стабільності до онлайн-стимулів свідчить про руйнацію автентичного самоствалення, що потребує негайного впровадження цільових програм комплексної когнітивно-поведінкової психокорекції.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ ДО ЗАЛЕЖНОСТЕЙ ТА ПОВЕДІНКИ РЕАБІЛІТАНТІВ У ПРИФРОНТОВОМУ МІСТІ

2.1. Організація дослідження

Через постійну загрозу життю у прифронтовій зоні пацієнти перебувають у стані психоемоційного виснаження. Воно руйнує звичні механізми самоконтролю. Через те, що внутрішні ресурси залишаються єдиною опорою, ми прагнули проаналізувати, як базові риси «Великої п'ятірки» та рівень ментального здоров'я пацієнтів визначають їхню вразливість до залежностей в умовах війни.

Завдання дослідження:

- Оцінити зміни у рівні щоденного навантаження та побутових звичках реабілітантів під впливом воєнного стану.
- Скласти особистісний профіль реабілітантів за методикою BFI-10 та порівняти його з нормативними даними моніторингу «Молодь і наркотики».
- Визначити структуру та рівні схильності пацієнтів до 13 видів хімічних і поведінкових адикцій.
- Оцінити рівень позитивного ментального здоров'я у вибірці як внутрішнього ресурсу стабілізації психіки.

Провести кореляційний аналіз для встановлення взаємозв'язків між особистісними рисами, ментальним здоров'ям та адиктивними патернами поведінки.

База дослідження: ГО «Живи» (м. Харків).

Характеристика вибірки: 31 реабілітант (14 чоловіків, 17 жінок) віком від 20 до 36 років.

Термін та процедура: Травень 2026 року (період переддипломної практики). Збір даних проходив очно, конфіденційно та на добровільній основі. Первинні дані оброблено методами математичної статистики (описова

статистика та кореляційний аналіз за К. Пірсоном).

2.2. Вибір та обґрунтування методик

1. Для збору даних ми розробили анкету «Дослідження особливостей способу життя та психологічного благополуччя мешканців великого міста», передбачаючи що за умов прифронтового мегаполіса повсякденні звички (від режиму харчування до часу в соцмережах) стають маркерами психоемоційного стану. Інструментарій інтегрує чотири змінні: демографічні показники, динаміку робочого навантаження, інтенсивність побутових звичок та стратегії «перемикання» уваги як ресурси саморегуляції. Це дозволяє оцінити компенсаторну роль повсякденної діяльності у подоланні тривоги та емоційного виснаження. Результати показують, якими змінами в житті респонденти намагаються нейтралізувати хронічний стрес.

2. Для оцінки особистісних особливостей респондентів ми використали короткий опитувальник «Великої п'ятірки» BFI-10 (в адаптації О. О. Сердюка та Б. О. Базими, 2021) [14]. Високу надійність цього інструменту підтвердили автори під час перевірки його конструктивної валідності. Розраховані ними показники альфа Кронбаха коливаються в межах 0,64–0,88. Порівнювали методику з оприлюдненими раніше тестами 5PFQ та LBP за допомогою коефіцієнтів кореляції r Пірсона. Цінність цього інструментарію полягає в його чітких діагностичних властивостях. Емпірично апробовано методику на масиві даних моніторингу «Молодь і наркотики». Статистично достовірні відмінності за t -критерієм виявлено за чотирма з п'яти факторів особистості. Фіксуються ці розбіжності між групами осіб, які мають і не мають досвіду вживання наркотиків. Здатність україномовного варіанта BFI-10 диференціювати респондентів із деструктивними формами поведінки доведено експериментально. Це робить його валідним інструментом для швидкого скринінгу.

3. Методика діагностики схильності до різних видів залежності (Г. Лозова,

2007) застосована у психодіагностиці для кількісної оцінки схильності до 13 видів адикцій (хімічних та поведінкових) [4]. В умовах прифронтового мегаполіса такий інструментарій забезпечує розуміння специфіки трансформації стресу в адиктивні форми. Методика дозволяє відстежувати ризики виникнення замісних залежностей (перехід від хімічної адикції до ігрової чи трудової) під час реабілітаційного циклу.

4. Методика «Шкала позитивного ментального здоров'я» (PMH-scale) в українській адаптації Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер (2022) використана в комплексі для оцінки внутрішніх ресурсів особистості [3].

У прифронтовому мегаполісі життєво важливо визначати фактори, що підтримують психіку. Позитивне ментальне здоров'я діє як бар'єр – запобігає переростанню стресу у важкі адикції. Вимірювання цих ресурсів є основою для побудови ефективних реабілітаційних програм.

2.3. Аналіз результатів дослідження

Річний зріз суб'єктивної деструкції життєдіяльності серед пацієнтів продемонстрував критичні показники: 68% осіб із групи реабілітації заявили, що їхні щоденні навантаження «значно зросли». Натомість адаптаційний плато-ефект (відсутність будь-яких змін) зафіксовано у 29% опитаних, а мінімальний сегмент вибірки (3%) склали особи, чий рівень напруження знизився (Рис. 2.1).

Подібний дисбаланс корелює з деструктивним впливом чинників прифронтової зони. Хронічна безпекова загроза змушує клієнтів тривалий час функціонувати в режимі гіпермобілізації. Наслідок – системне психофізіологічне виснаження.

Це заважає відновленню та лише поглиблює втому. Про загострення старих звичок (збільшення часу в соцмережах, надмірне споживання кави, збої в дієті) заявила абсолютна більшість реабілітантів – 74%. Серед них 35% помітили ці зміни дуже чітко, а 39% відповіли «скоріше так» (Рис. 2.2). Стабільність колишнього ритму життя констатували 23% опитаних, і лише 3% не змогли

оцінити свій стан. Така динаміка свідчить про те, що в умовах прифронтового стресу пацієнтам значно важче утримувати самоконтроль.

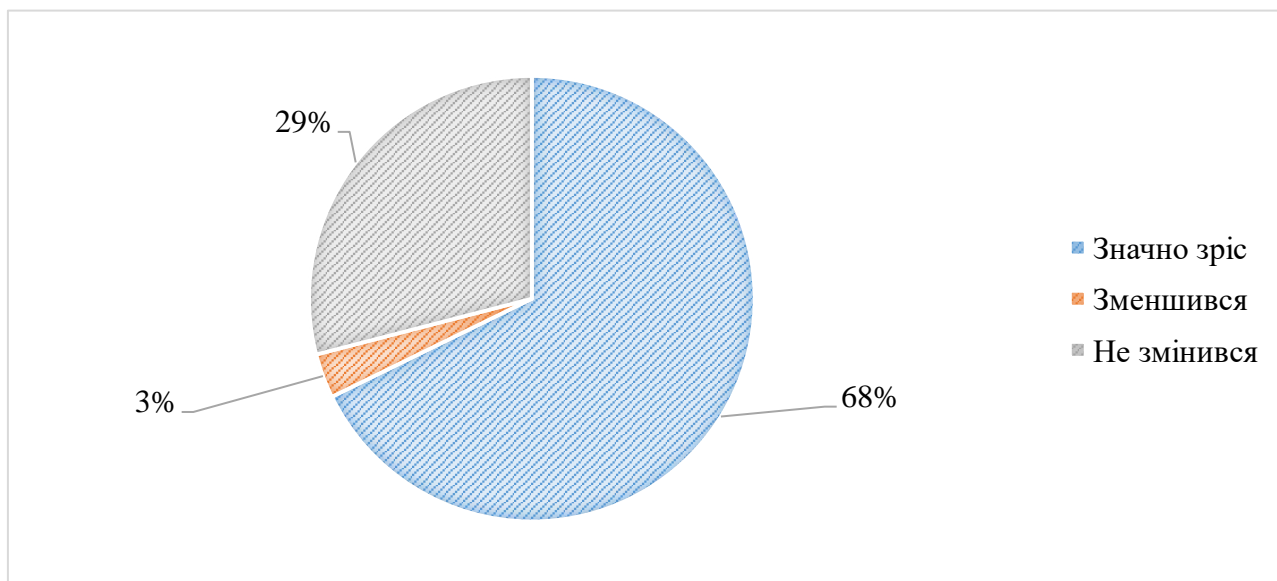


Рис. 2.1. Розподіл відповідей реабілітантів на питання анкети: «Як змінився ваш рівень щоденного навантаження за останній рік?» (в %).

Насправді це прояв психологічного захисту, де рутинна виступає копінг-механізмом. Вона допомагає пацієнтам дистанціюватися від зовнішньої загрози й тимчасово знизити рівень напруги.

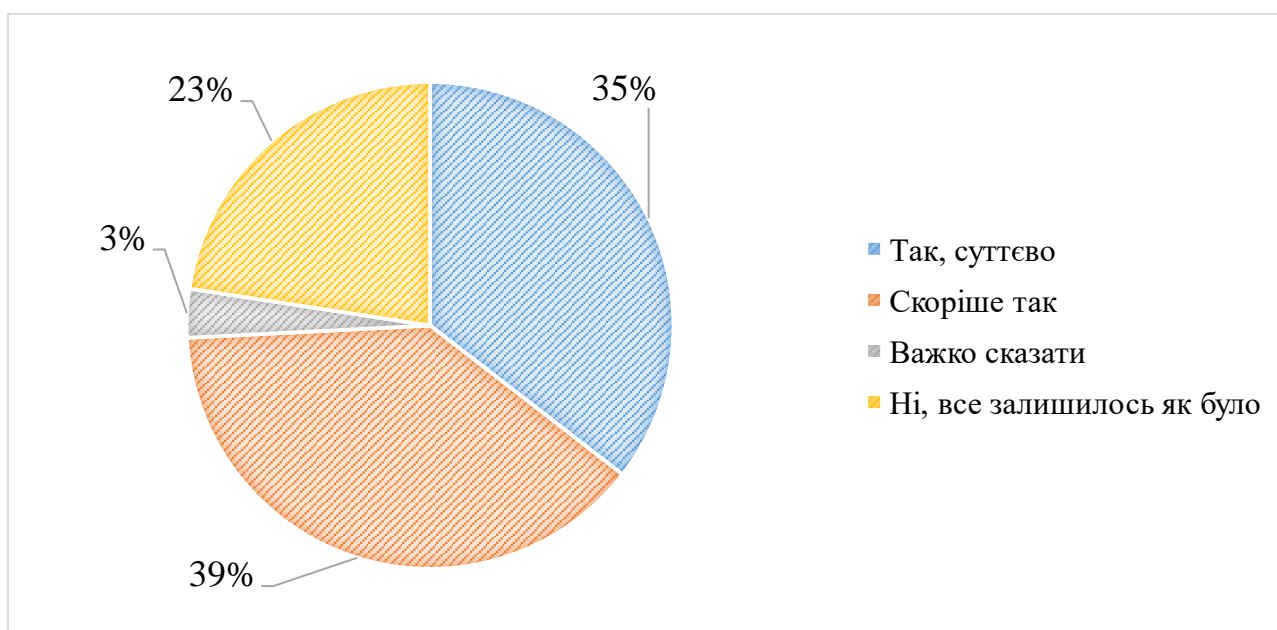


Рис. 2.2. Розподіл відповідей реабілітантів на питання анкети: «Чи

помітили ви, що деякі ваші звички (наприклад, перебування в соцмережах, режим харчування, споживання кави/чаю) стали більш інтенсивними останнім часом?» (в %).

Більшість пацієнтів (58%) проводять в інтернеті понад дві години на день: 48% сидять онлайн до 5 годин, а 10% – ще довше, бо у прифронтовому місті мережа потрібна людям, щоб стежити за безпекою й водночас хоч трохи відволіктися від важкої реальності.

Поза інтернетом пацієнти найчастіше рятуються живим спілкуванням, роботою та побутовими справами. Така активність допомагає їм перемикнути і зняти напругу.

Натомість пасивний відпочинок – ігри чи перегляд відео – респонденти обирають значно рідше. Цей розподіл демонструє запит реабілітантів на діяльнісне відновлення, де ініціатива особистості стає головним фактором регенерації.

Спираючись на результати тестування за шкалами BFI-10, відображені на Рис. 2.1, ми провели зіставлення профілю осіб, що перебувають у реабілітації, із загальнодоступними показниками дослідження «Молодь та наркотики» [14] (Табл. 2.1).

Аналіз Табл. 2.1 дозволяє зробити висновок, що за шкалами «екстраверсія» (7,133) та «доброзичливість» (5,433) соціально-психологічний портрет реабілітантів практично ідентичний групі людей без досвіду адикції.

Ключовим маркером відмінності стала шкала «свідомість» (6,567). Дані вибірки свідчать про вищу концентрацію, організованість та самодисципліну: вище, ніж в активних споживачів (5,6932) та здорових респондентів (6,5038). Високий фактор «С» – наслідок адаптації до режиму реабілітації та терапевтичних вимог.

Щодо показників «відкритості до нового досвіду» та «нейротизму», то в реабілітантів вони нижчі за контрольні дані моніторингу (Рис. 2.3).

Таблиця 2.1

Особливості особистісних рис (Big Five) молоді залежно від досвіду вживання наркотичних речовин

Фактор	Дані 2019–2020 рр. [14]		Наші емпіричні результати
	Уживали наркотики	Не вживали наркотики	
Е – екстраверсія	7,144	7,241	7,133
А – доброзичливість	5,178	5,435	5,433
С – свідомість	5,693	6,503	6,567
Н – нейротизм	5,879	5,600	5,333
О – відкритість досвіду	7,364	7,114	6,400

Нижчі показники відкритості до досвіду (6,400) свідчать про звуження кола інтересів пацієнтів заради уникнення тригерів. Водночас нейротизм пацієнтів теж упав до 5,333 (проти 5,879 у групі порівняння), тобто емоційна напруга зменшилась. Режим і безпека в центрі просто гасять спалахи емоцій, тому люди швидше звикають до спокійного життя.

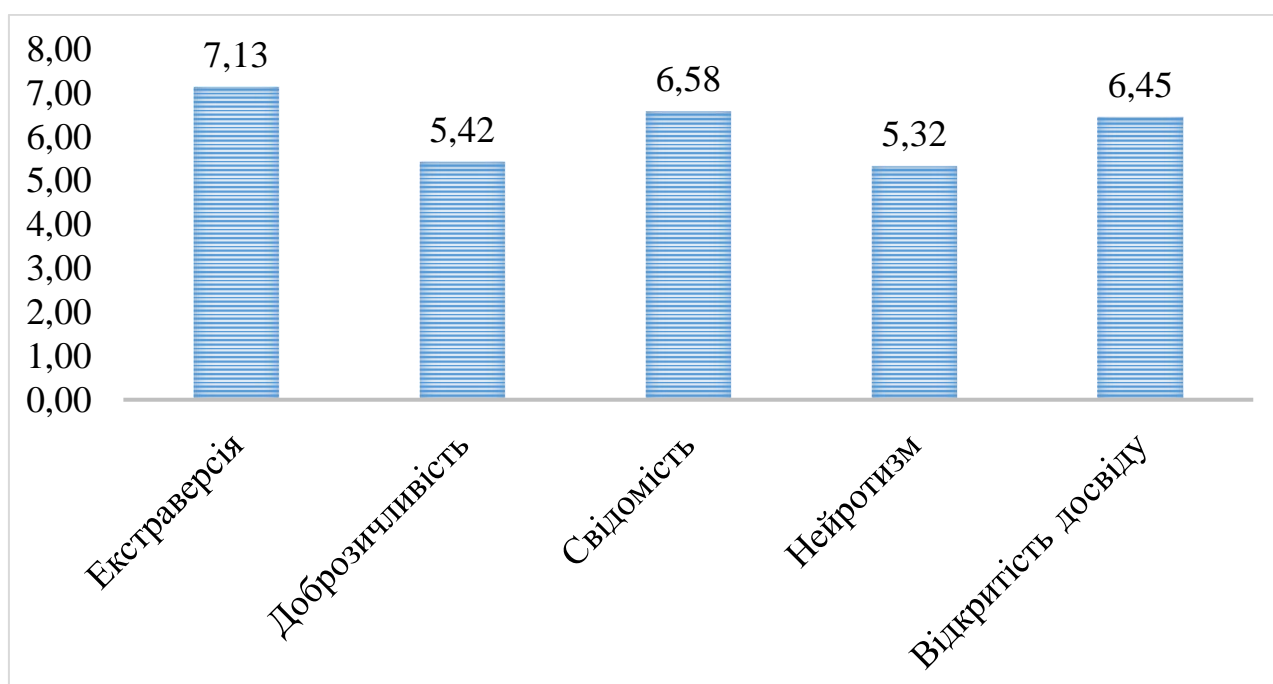


Рис. 2.3. Прояв показників «Великої п'ятірки» (Big Five) особистісних рис

за методикою BFI-10 (в адаптації О. О. Сердюка та Б. О. Базими, 2021) у вибірці (за середнім значенням прояву).

Дані першого блоку (Рис. 2.4) показують середні бали групи за сімома першими параметрами за методикою діагностики схильності до різних видів залежності (Г. Лозова, 2007) у вибірці (за середнім значенням прояву).

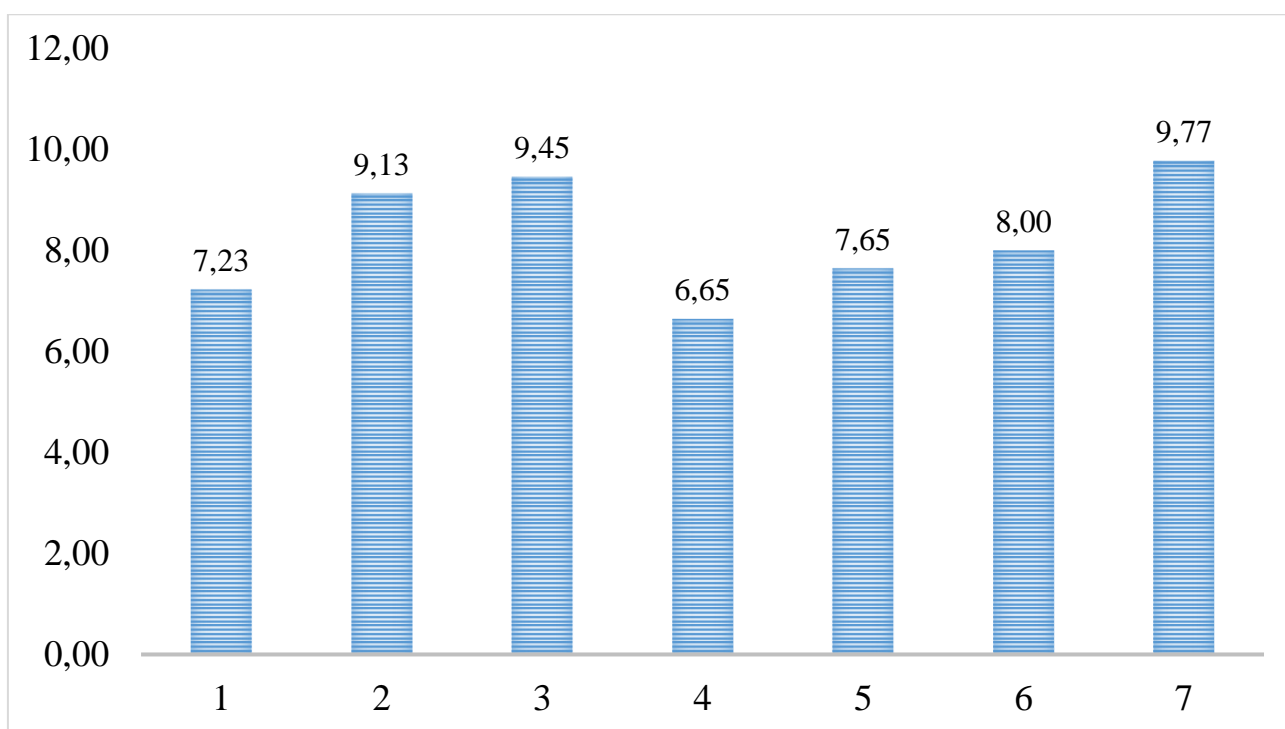


Рис. 2.4. Прояв різних типів залежності у реабілітантів за методикою діагностики схильності до різних видів залежності (Г. Лозова, 2007) у вибірці (за середнім значенням прояву).

Примітка. 1 – Алкогольна, 2 – Телевізійна, 3 – Любовна, 4 – Ігрова, 5 – Сексуальна, 6 – Харчова, 7 – Релігійна.

Від 6,65 до 9,77 бала набрали пацієнти за цією шкалою. За ключем методики це означає низьку схильність (норма для цього рівня становить 5–11 балів). Найбільше виділяються релігійна (9,77) та любовна (9,45) залежності, що й зрозуміло: на етапі реабілітації людям важливо знайти опору в комусь або в чомусь духовному.

Найменший бал отримала ігрова залежність (6,65). Інтерес до азартних ігор у цій вибірці зараз відсутній.

На Рис. 2.5 подано результати за шкалами 8–13. Тут результати теж є низькими – в межах 5,68–9,19 бала.

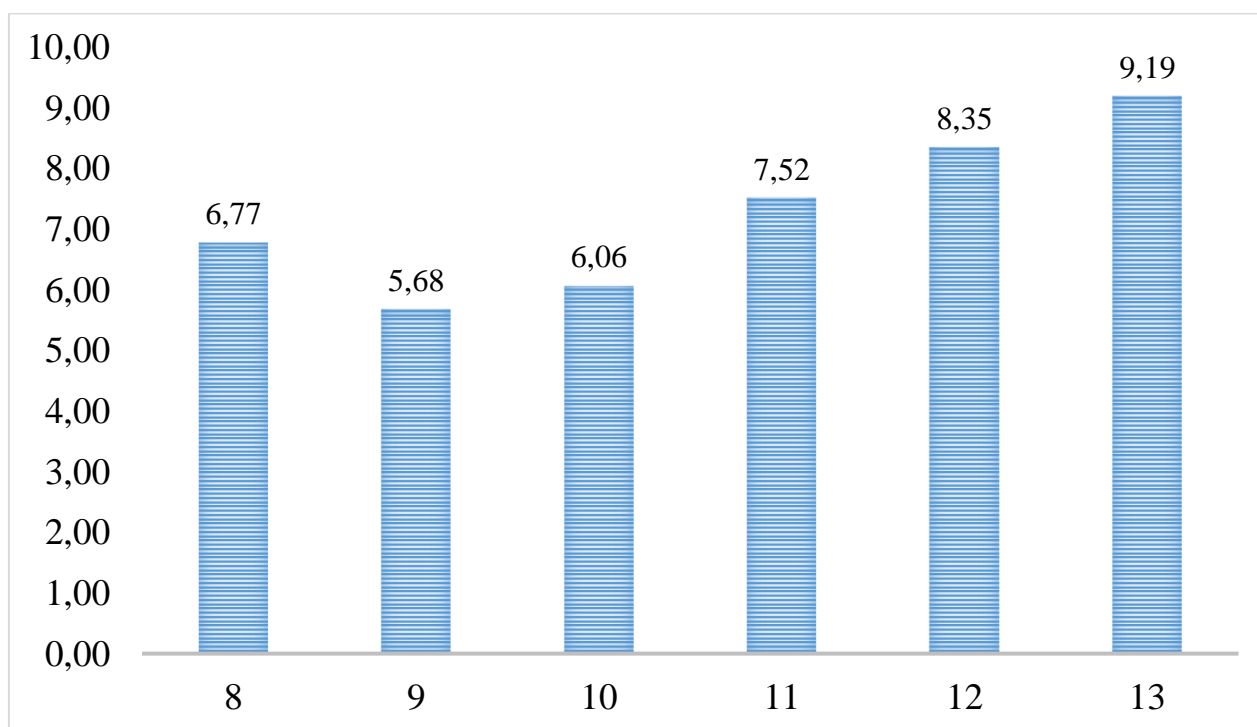


Рис. 2.5. Прояв різних типів залежності у реабілітантів за методикою діагностики схильності до різних видів залежності (Г. Лозова, 2007) у вибірці (за середнім значенням прояву).

Примітка. 8 – Трудова, 9 – Лікарська, 10 – Комп'ютерна, 11 – Тютюнова, 12 – Здоровий спосіб життя, 13 – Наркотична.

Найвищі оцінки очікувано належать наркотичній адикції (9,19), а також фокусуванню на здоровому способі життя (8,35).

Такий акцент на власному здоров'ї диктується самим форматом перебування в реабілітації та її суворими правилами. Найменш вираженими виявилися лікарська (5,68) та комп'ютерна (6,06) залежності.

Отже, опитані не намагаються компенсувати свій стан через медикаменти чи інтернет.

Розподіл загального рівня схильностей (Рис. 2.6) має такий вигляд: 90% групи мають низький показник, 10% – середній. Високого рівня немає взагалі. Той факт, що фактично залежні пацієнти показують мінімальну схильність до залежностей, має два пояснення.

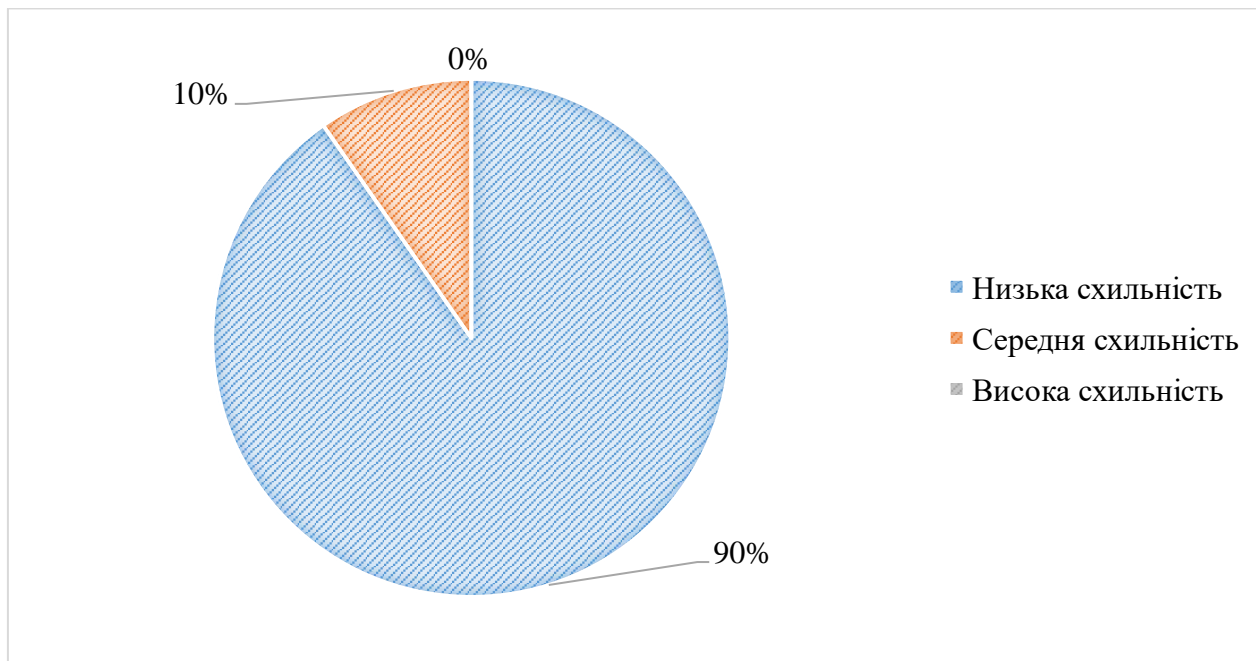


Рис. 2.6. Прояв рівня загальної схильності до залежності (за методикою Г. Лозової, 2007) у вибірці (в %).

Психологічний захист. Працює прагнення до соціальної бажаності та анонозогнозія. Респонденти заперечують проблему і відповідають так, щоб довести успішність свого лікування.

Вплив середовища. У центрі немає доступу до наркотиків, а розпорядок жорстко контролюється. Через це актуальне відчуття потягу падає. Учасникам здається, що вони вже повністю контролюють свою поведінку.

Завдяки цій методиці ми зафіксували суб'єктивну оцінку учасниками свого стану. Також ми оцінили силу їхнього психологічного захисту (ступінь заперечення хвороби) та перевірили ймовірність появи нових, замісних залежностей під час проходження реабілітаційної програми.

Результати діагностики за методикою «Шкала позитивного ментального

здоров'я» (Рис. 2.7) дають чіткий зріз стану наших реабілітантів.

81% вибірки – середні та високі показники. Мають внутрішні сили ці люди. Вміють адаптуватися, долати виклики реабілітації, тримати рівновагу. Це – їхня «подушка безпеки».

Інша ситуація з 19%. Показники тут – низькі. Виснаження психологічних опор, дефіцит саморегуляції, вразливість до зовнішнього тиску. Загальні заходи тут не спрацюють. Потрібен індивідуальний психокорекційний супровід. Відновлення внутрішнього ресурсу – пріоритет.

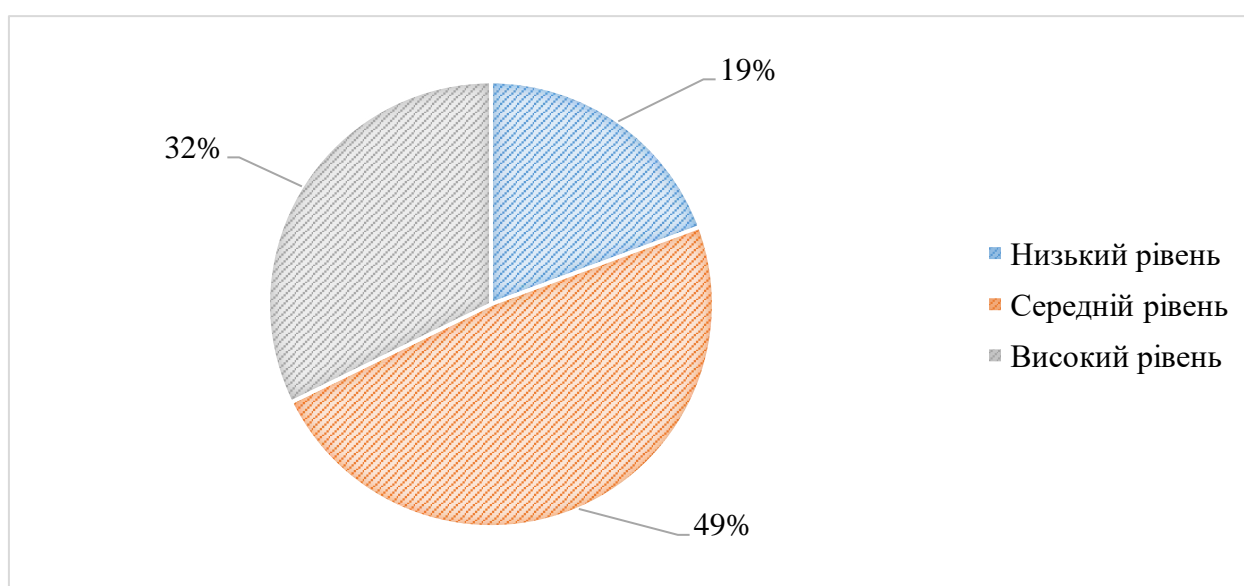


Рис. 2.7. Рівні прояву позитивного ментального здоров'я за «Шкалою позитивного ментального здоров'я» (PMH-scale) в українській адаптації Л. Карамушки, К. Терещенко, О. Креденцер (2022) (в %).

Висновок очевидний. Програми профілактики не можуть бути шаблонними. Для більшості (81%) – просвіта, розвиток критичного мислення, підтримка здорового стилю життя. Для групи ризику (19%) – зовсім інше. Терапевтичні інтервенції. Стресостійкість. Опрацювання конфліктів. Робота з емоційною напругою. Тільки такий диференційований підхід зробить реабілітацію результативною. Для виявлення латентних зв'язків між особистісними характеристиками пацієнтів та їхньою схильністю до адиктивної

поведінки ми застосували кореляційний аналіз Пірсона (Табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Кореляційна матриця зв'язків особистісних рис, ментального здоров'я та видів адикцій

Види залежності	Екстраверсія	Доброзичливість	Свідомість	Шкала позитивного ментального здоров'я
Телевізійна	-0,111	-0,356*	0,432*	0,301
Ігрова	-0,367*	-0,194	0,122	-0,084
Сексуальна	-0,153	-0,340	0,440*	0,391*
Харчова	-0,481*	-0,292	-0,240	-0,134
Релігійна	-0,360*	-0,319	-0,116	-0,072
Лікарська	-0,444*	-0,345	0,273	0,077
Комп'ютерна	-0,624*	-0,284	0,062	-0,059
Наркотична	0,115	-0,346	0,517*	0,456*

Примітка. * $p < 0,05$.

Як видно з Табл. 2.2, інтроверсія у прифронтівій зоні буквально штовхає пацієнтів до залежностей. Коефіцієнти екстраверсії йдуть у глибокий мінус майже за всіма показниками. Найвищі значення маємо по комп'ютерній ($r_{xy} = -0,624^*$) та харчовій ($r_{xy} = -0,481^*$) адикціях. Фармакологічна залежність ($r_{xy} = -0,444^*$), геймінг ($r_{xy} = -0,367^*$) та релігійний фанатизм ($r_{xy} = -0,360^*$) демонструють аналогічну динаміку. Висновок очевидний: замкненість провокує авторозрядку. Пацієнти-інтроверти свідомо уникають травмуючого чи виснажливого соціального простору. Вони йдуть у безпечну, повністю контрольовану ними приватну реальність – у монітор, їжу чи аптечні препарати. По-друге, ми виявили вкрай специфічний психологічний феномен при аналізі показників Свідомості (сумлінності) та Позитивного ментального здоров'я.

Обидва параметри дали високі прямі кореляції з наркотичною (0,517* та 0,456*) і сексуальною (0,440* та 0,391*) залежностями. Ці дані виглядають парадоксально лише на перший погляд. Суб'єктивне відчуття благополуччя («зі мною все гаразд») та високий самоконтроль у прифронтовій зоні потребують колосальних витрат психічної енергії. Щоб утримувати цей «фасад» нормальності під постійними обстрілами, респонденти використовують важкий допінг. Наркотизація чи сексуальні девіації в такій ситуації виступають не як прояв розпущеності, а як деструктивний механізм стабілізації психіки. Це плата за зовнішню стійкість. Намагання пацієнтів за будь-яку ціну відповідати жорстким вимогам реальності призводить до внутрішнього надлому, який вони змушені компенсувати через гострі хімічні чи фізіологічні стимулятори.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

1. На дестабілізацію повсякденної поведінки через воєнний стрес вказують результати анкетування. Про відчутне зростання щоденного навантаження повідомляють 68% реабілітантів, тоді як 74% опитаних констатують інтенсифікацію звичних дій – від часу в інтернеті до зміни харчування та споживання стимуляторів. Потребує уваги феномен цифрового копінгу: 58% пацієнтів проводять в інтернеті понад 2 години щодня (поза професійними завданнями). Ймовірно, через непередбачуваність ситуації мережа слугує буфером для дистанціювання від травми. Натомість активна діяльність (спілкування, робота) стає ресурсом для стабілізації психіки.

2. Осмислюючи особистісний профіль реабілітантів за методикою BFI-10, ми бачимо чітку специфіку, зумовлену процесом лікування та адаптації до вимог терапевтичного середовища. Порівняльний аналіз виявив, що за параметрами екстраверсії (7,133) та доброзичливості (5,433) досліджувані наближаються до групи осіб без досвіду адикцій. Водночас ключовим маркером адаптованості виступила шкала свідомості (6,567), показники якої перевищують дані як активних споживачів, так і умовно здорових респондентів. Натомість

показники відкритості досвіду (6,400) та нейротизму (5,333) є зниженими, що свідчить про свідоме звуження респондентами спектра імпульсивних реакцій та пошуку нових вражень на користь стабільного, суворо регламентованого і безпечного способу життя в межах реабілітаційної програми.

3. Аналіз результатів за методикою Г. Лозової виявив загальне переважання низького рівня схильності до залежностей (90% вибірки), що відображає високу дію механізмів психологічного захисту (анозогнозії) та жорсткого зовнішнього контролю в умовах центру. Домінування у групі релігійної (9,77 бала) та любовної (9,45 бала) адикцій відображає специфічний компенсаторний запит: на етапі подолання первинної залежності клієнти потребують інтенсивної духовної опори й емоційної афіліації. Паралельно зафіксовано неоднорідність ресурсного потенціалу за шкалою РМН. Більшість вибірки (81%) володіє достатніми реєстрами внутрішньої життєстійкості (середній та високий рівні). Натомість решта реабілітантів (19%) формують субпопуляцію високого деструктивного ризику через виражений дефіцит саморегуляції, що безпосередньо обґрунтовує впровадження диференційованого психокорекційного супроводу.

4. Математико-статистичний аналіз за критерієм Пірсона підтвердив низку системних зв'язків. Інтровертованість пацієнтів прямо передує вибору латентних, автономізованих варіантів психоемоційної розрядки. Зворотна спрямованість зв'язків підтверджується статистично достовірними ($p < 0,05$) індексами екстраверсії з комп'ютерною ($r_{xy} = -0,624$), аліментарною ($r_{xy} = -0,481$) та фармакологічною ($r_{xy} = -0,444$) залежностями. Прояви конфліктності й звуження емпатійного радіуса безпосередньо зумовлюють десоціалізацію індивіда. Означений факт ілюструє зафіксований негативний коефіцієнт між параметром доброзичливості та телевізійною адикцією ($r_{xy} = -0,356$). Нетиповий характер аналізу має виявлена колінеарність свідомості із деструктивними патернами – наркотичною ($r_{xy} = 0,517$) та сексуальною ($r_{xy} = 0,440$) залежностями.

5. Зазначена закономірність ілюструє виснаження адаптаційного ресурсу: спроби утримувати планку гіпервідповідальності в умовах

прифронтного дистресу призводять до системних збоїв, виходом з яких стає деструктивна поведінка. Виявлений прямий зв'язок ментального здоров'я з наркотичною адикцією ($r_{xy}=0,456$ при $p<0,05$) є індикатором терапевтичного пресингу. Високі бали фіксують не стабільність психіки пацієнта, а ефективність психокорекційного супроводу, який виконує компенсаторну функцію.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ З ЕЛЕМЕНТАМИ ПСИХОЕДУКАЦІЇ ДЛЯ ПРИФРОНТОВОГО МЕГАПОЛІСА

3.1. Обґрунтування програми

Переведення отриманих емпіричних даних у площину практичних психокорекційних кроків вимагає від нас ретельного аналізу виявлених закономірностей. Розробляючи запропоновану програму, ми прагнули комплексно врахувати чинники тривалого воєнного дистресу, особистісні властивості реабілітантів (n=31) та структуру їхнього внутрішнього ресурсного потенціалу. Статистично підтверджені у другому розділі тренди дозволяють нам відійти від шаблонних профілактичних моделей. Нам виявляється важливим підкреслити, що змістові блоки програми мають бути чітко диференційовані відповідно до актуальних потреб досліджуваної вибірки.

Першим чинником обґрунтування програми є виражений запит на трансформацію стихійних, неусвідомлених копінг-стратегій реабілітантів у конструктивні навички саморегуляції. Фіксація суттєвого річного зростання щоденного навантаження у 68% респондентів та загострення деструктивних побутових звичок у 74% опитаних вказують на стан хронічного психофізіологічного напруження. Тривале перебування в прифронтовому Харкові активує механізми адаптаційної гіпермобілізації. Зафіксований високий рівень неробочої інтернет-активності (понад 2 години у 58% вибірки) ілюструє феномен «цифрового ескапізму» – спроби штучного дистанціювання від деструктивних чинників зовнішнього середовища.

З огляду на це, розробляється спеціалізований інформаційно-практичний блок, спрямований на деавтоматизацію рутинних захисних механізмів. Замість неефективної та фруструючої практики тотальних заборон (щодо гаджетів чи інших проявів залежності), зміст занять фокусується на розвитку екологічного та усвідомленого копінгу. Реабілітанти навчаються розпізнавати тригери

безпекової тривоги, що запускають імпульсивну поведінку, та заміщувати пасивне уникнення активними діяльними інструментами – структурованою активністю, техніками заземлення, міжособистісною взаємодією.

Другою, найбільш критичною мішенню нашого психоедукаційного впливу виступає виявлений нами парадоксальний зв'язок між високим рівнем свідомості та схильністю до хімічних і поведінкових патологій (зокрема, наркотичної $r_{xy}=0,517$ та сексуальної $r_{xy}=0,440$ адикцій). В умовах прифронтового мегаполіса прагнення відповідати жорстким екзистенційним вимогам, утримувати планку гіпервідповідальності та демонструвати бездоганну самодисципліну діє як каталізатор системного психічного виснаження. Коли внутрішні адаптаційні ресурси повністю вичерпуються через перфекціоністський пресинг, деструктивним виходом із тривалого напруження стає зрив в адикцію.

Тому змістовий вектор програми обов'язково інтегрує техніки антиперфекціоністської терапії та когнітивної реструктуризації. Ми робимо акцент на легалізації психічного виснаження: руйнуванні установки «я маю бути повністю продуктивним і стабільним попри зовнішній хаос». Робота з гіпервідповідальністю передбачає деескалацію внутрішніх вимог до себе та навчання практикам самоспівчуття. Це дозволяє знизити психоемоційний пресинг через формування навичок екологічного відреагування втоми та легітимізацію періодів пасивного відпочинку.

Окремого обґрунтування вимагає диференціація занять залежно від індивідуально-типологічних характеристик вибірки. Статистично доведений факт кореляції інтровертованості пацієнтів із вибором автономізованих форм розрядки (комп'ютерна адикція $r_{xy}=-0,624$, аліментарна $r_{xy}=-0,481$) диктує потребу в розробці персоналізованих терапевтичних траєкторій. Психоедукаційний процес має бути збалансованим: для осіб із низьким рівнем екстраверсії та доброзичливості (акцентуація на ізоляції, телевізійна адикція $r_{xy}=-0,356$) групові інтеракції доповнюються індивідуальними інструментами самопомоги, які не створюють додаткового комунікативного стресу.

Наостанок, зміст програми враховує виявлений розподіл рівнів

позитивного ментального здоров'я (PMH-scale). Наявність 81% пацієнтів із високим та середнім ресурсним потенціалом дозволяє розгорнути розвивальний та профілактичний блоки. Водночас виділення умовної групи ризику (19% осіб із дефіцитарними механізмами саморегуляції) обумовлює включення до програми експрес-модулів кризової інтервенції.

Таким чином, емпіричні результати дослідження дозволяють сформувати цілісну, гнучку та адаптовану програму психоедукації, спрямовану на мінімізацію ризиків рецидивів через зміцнення внутрішніх опор особистості в умовах прифронтового середовища.

Досвід В. Лефтерова та О. Самари показує, як саме будувати психореабілітацію в таких умовах [5]. Під час війни люди часто втрачають життєві орієнтири [8]. Хронічний стрес провокує безсоння та депресивні стани, а алкоголь у таких умовах стає ніби «перевіраним транквілізатором».

В. Лефтеров та О. Самара наголошують: постійна небезпека та інформаційна лавина просто заганяють людину в екзистенційний вакуум. Цю внутрішню порожнечу реабілітанти й намагаються чимось заповнити. Тому перше завдання нашої програми – допомогти реабілітантам розібратися з цим інформаційним навантаженням та дати їм прості, робочі інструменти для зниження щоденної реакції на стрес.

Окремий фокус роботи ми спрямуємо на подолання феномену «існування проти» (концепція Є. Лукас). За даними авторів, коли людина тривалий час живе у стані внутрішнього супротиву, її психічні сили виснажуються «гігантськими темпами». Вона бачить лише негатив, втрачає гнучкість, а звичні щоденні справи перетворюються на тягар. Для нашої вибірки реабілітантів, де зафіксовано виснаження через прагнення відповідати високим вимогам, цей маркер є ключовим. Психоедукація має допомогти їм вийти з цієї фіксації на загрозах прифронтового Харкова.

Для відновлення внутрішніх опор ми беремо з дослідження колег методи логотерапії В. Франкла та бібліотерапії. Підбір спеціальної літератури (наприклад, аналіз історій за Е. М. Ремарком чи Р. Бредбері) допомагає пацієнтам

зрозуміти, що вони не самотні у своїх переживаннях [5]. Такі письмові та читацькі практики стануть для учасників екологічною заміною колишнього «цифрового ескапізму», допоможуть безпечно висловити емоції та знайти нові життєві сенси без повернення до адиктивної поведінки.

Важливим компонентом нашої програми є опрацювання внутрішніх образів реабілітантів. О. Фільц та К. Седих (2019) доводять, що в основі будь-якого узалежнення лежить феномен «фіксованої уяви» (ФУ). Це емоційно насичений сплав («амальгама») емоції та образу, де фантазія гіпертрофує та добудовує реальність. Коли адикт стикається із тригером, фіксована уява автоматично запускає гонитву за задоволенням [17]. Тому в структурі нашої психоедукації ми передбачаємо вправи з цілеспрямованої візуалізації. Їхня мета – створити нові кататимно-імажинативні образи, наприклад «образ себе бажаного» або «образ-відразу» до минулої поведінки, які почнуть конкурувати з адиктивною ФУ на рівні нейрональних зв'язків.

Іншим важливим елементом, який ми запозичуємо з концепції О. Фільца та К. Седих (2019), є використання терапевтичного потенціалу «ритуалу зцілення» та введення пацієнтів у стан «лімінальності» (пороговості). Автори зазначають, що абстиненція та прийняття позиції «Я – безсилий перед залежністю» руйнують старий самонаратив унікальності («я крутий») [17]. Людина стає *tabula rasa*, що створює підґрунтя для інтенсивного навчання. У програмі ми використовуємо цей стан для інтеріоризації нових моральних суджень та групових норм тверезості через жорстку послідовність щоденних дій.

Окрему увагу в структурі занять ми приділяємо ефекту «Свої – Чужі» та виходу пацієнта у стан «Потоку», що детально описано дослідниками. Оскільки довіра є базовим фактором для прийняття норм тверезої субкультури, програма спирається на залучення осіб із тривалим терміном ремісії [17]. Емпатичне спілкування всередині групи знімає захисний егоїзм та дозволяє реабілітанту відчутти себе частиною більшої системи. Кінцевою мішенню нашої програми є вихід на рівень духовного піднесення та взаємодопомоги (аналог 12-го кроку), коли людина вкладає психічну енергію у просоціальну діяльність, розширює

власні кордони й стає психологічно складнішою.

Під час проектування програми ми спираємося на модель травмочутливого супроводу, яку описали Т. М. Титаренко та М. С. Дворник (2022). Цей підхід не є просто набором окремих технік чи інтервенцій. Автори наголошують, що супровід має бути тривалим, недирижуваним і зануреним у звичайне повсякдення людини. Тут адресна психологічна допомога обов'язково поєднується із включенням пацієнта у соціальні мережі. Якщо такої екологічної підтримки бракує, люди в умовах воєнного стресу (особливо комбатанти чи вимушені мігранти) часто обирають деструктивні копінги. Замість консультацій із фахівцями вони починають безконтрольно пити ліки або вживати алкоголь [19].

Чотириетапна вертикальна структура супроводу, представлена у посібнику, стала основою для логіки нашого практичного блоку [19]. Для нас ці етапи виступають чіткими орієнтирами: по-перше, це оцінка структури травми й готовності до діалогу; по-друге, безпосередні вправи, психоедукаційні блоки; по-третє, адаптація та залучення до груп взаємодопомоги; по-четверте, моніторинг змін і перебудова неефективних захистів.

Для розробки нашої програми ми адаптуємо підхід Л. В. Пляки та О. О. Герасимової (2025), які визначають ментальне здоров'я як спроможність особистості навчатися й адаптуватися до умов війни. Авторки пропонують чотирикомпонентну модель супроводу, яка структурує травмочутливі інтервенції через когнітивний вектор для розкриття внутрішніх ресурсів, емоційний блок для нівелювання дезадаптації та опанування страхів, поведінковий складник для вирішення конфліктів у вищій школі, а також ціннісно-мотиваційну сферу для переосмислення орієнтирів і проектування майбутнього. Без такої підтримки у студентів швидко наростають панічні атаки, апатія та розгубленість, тоді як запровадження системного супроводу через вебінари, індивідуальні бесіди та психопросвіту дозволяє сформувати резильєнтність і стресостійкість, створюючи безпечне освітнє середовище [10].

Важливим інструментальним доповненням розроблюваної нами моделі виступає інтеграція методів наративної екологічної підтримки та

соматосенсорного заземлення, детально зафіксовані у працях С. Кузікової та співавторів [11].

Зокрема, для м'якої, недирективної трансформації тривожних станів та деструктивних очікувань реабілітантів у кризових умовах використовуються метафоричні та соціально-терапевтичні розповіді, що апелюють до несвідомого пошуку когнітивних і емоційних опор без ризику виклику захисного опору. Цей нарративний контент поєднується з експрес-алгоритмами тілесної релаксації та заземлення, спрямованими на екстрене перемикання фокуса уваги з дистресових факторів воєнного середовища на безпосередні інтероцептивні та сенсорні відчуття пацієнтів, що зводить до мінімуму імпульсивні прояви адиктивного ескапізму.

3.2. Структура та зміст програми

Логіка побудови та змістове наповнення запропонованої програми безпосередньо впливають із результатів аналізу вибірки реабілітантів ($n=31$) та інтегрують розібрані концептуальні підходи. Враховуючи виявлені деструктивні тенденції – високу залученість до цифрового ескапізму, парадоксальну схильність осіб із високою свідомістю до зривів в адикції під пресингом гіпервідповідальності, а також прагнення інтровертованих пацієнтів до автономізованих форм розрядки, структура програми передбачає гнучкий, чотирикомпонентний розподіл. Кожен із модулів цілеспрямовано працює із конкретною мішенню психоемоційної дезадаптації в умовах прифронтового мегаполіса.

Перший складник програми представлений когнітивним модулем, який фокусується на процесах адаптації та деавтоматизації рутинних захистів. У межах занять, присвячених аналізу життєвого простору прифронтового міста та деконструкції цифрового ескапізму, ми здійснюємо оцінку індивідуальної травми реабілітантів і руйнування стереотипних моделей поведінки уникнення через структуровані інтерв'ю, індивідуальне консультування та методи

когнітивної реструктуризації.

Далі розгортається емоційний модуль, спрямований на впровадження антиперфекціоністських інтервенцій та розвиток навичок саморегуляції. Цей блок занять легалізує стан психічного виснаження, руйнує деструктивну установку щодо потреби залишатися бездоганно продуктивним під час хаосу, долає феномен «існування проти» та знижує пресинг гіпервідповідальності за допомогою технік арт-терапії та групових вебінарів-дискусій.

Поведінковий модуль орієнтований на заземлення та безпосереднє подолання адиктивних імпульсів пацієнтів. Через роботу з руйнування емоційно-образних амальгам залежності та деавтоматизацію імпульсивної тяги реабілітанти опановують експрес-алгоритми соматосенсорної стабілізації. Для цього ми застосовуємо вправи кататимно-імажинативної візуалізації образу себе бажаного, тренінги комунікативних навичок для нівелювання ізоляції та модифіковані техніки заземлення, включаючи кризові вправи з водою, льодом та метод п'яти чуттів.

Фінальним акордом нашої програми є ціннісно-мотиваційний блок, де ми через логотерапію В. Франкла та вдумливу бібліотерапію підштовхуємо пацієнта до пошуку нових екзистенційних смислів. Це не просто терапія, це шлях до того, щоб людина перестала бути пасивним споживачем допомоги й сама стала частиною системи взаємопідтримки. Коли реабілітант виходить із захисного егоїзму власної залежності, він відчуває себе причетним до чогось більшого, а через ефект «Свої – Чужі» та спілкування з людьми, що мають тривалу ремісію, нарешті інтегрується у здорові просоціальні мережі.

Усі ці чотири модулі – від когнітивного «розчищення» травми до фінального ціннісного зростання – працюють як єдиний механізм. Ми свідомо відмовилися від директивних вказівок на користь екологічного занурення в реальність, в якій живе людина. Така послідовність – від зниження гостроти емоційного стану до зміцнення психологічного фундаменту резильєнтності – і є тим підґрунтям, яке дозволяє утриматися від рецидивів навіть у напруженому середовищі прифронтового міста.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

Розроблена програма побудована на реальних результатах і потребах реабілітантів ГО «Живи» (віком 20–36 років). Головною мішенню для нас став парадоксальний зв'язок: що вища у людини свідомість та внутрішні вимоги до себе, то швидше вона виснажується від гіпервідповідальності й зривається в адикцію (наркотичну чи сексуальну). Програма направлена на те, щоб зняти цей перфекціоністський пресинг, деавтоматизувати «цифровий ескапізм» (на який страждають 58% вибірки) та трансформувати стихійні захисти у свідому копінг-поведінку.

Зміст програми є гнучким та розділеним на чотири взаємопов'язані модулі, які враховують характер пацієнтів. Когнітивний модуль допомагає розібратися з інформаційним навантаженням та оцінити структуру травми. Емоційний модуль легалізує втому, руйнує установку «я маю бути мегапродуктивним під час хаосу» та долає виснажливе «існування проти». Поведінковий модуль дає чіткі інструменти заземлення (вправи з водою, льодом, метод п'яти чуттів) для швидкого зняття тяги. Ціннісно-мотиваційний модуль через логотерапію Франкла та бібліотерапію повертає людині втрачені орієнтири. Для інтровертів, які схильні ховатися від стресу в комп'ютер або їжу, групова робота екологічно доповнюється індивідуальними завданнями, щоб не створювати зайвого стресу від спілкування.

В основу практичного блоку покладено модель травмочутливого супроводу Т. Титаренко та М. Дворник. Цей підхід є тривалим і недирективним; ми не використовуємо тотальних заборон, а м'яко занурюємося у повсякдення пацієнта через чотири логічні етапи: від первинної діагностики до моніторингу змін. Щоб обійти внутрішній опір реабілітантів, ми інтегрували нарративні практики (аналіз історій за Ремарком чи Бредбері) та техніки візуалізації. Нові «образи себе бажаного» створюють здоровий аналог колишній втечі в гаджети і на нейронному рівні конкурують із фіксованою уявою про залежність.

Програма не просто лікує, вона міняє статус пацієнта – з пасивного споживача допомоги на активного учасника тверезої спільноти. Через використання «ритуалів зцілення», стан лимінальності (коли людина визнає безсилля і готова вчитися заново) та залучення консультантів із тривалою ремісією, ми вмикаємо ефект «Свої – Чужі». Це допомагає розбити захисний егоїзм адикта, повернути йому гнучкість і вивести у стан «Потоку», де психічна енергія спрямовується на взаємодопомогу та просоціальну діяльність.

Головний практичний висновок розділу – тільки поєднання глибокого пошуку нових життєвих сенсів із простими, майже побутовими вправами на тілесне заземлення дає реабілітантам реальну опору залишатися тверезими попри щоденний тиск і хаос навколо.

ВИСНОВКИ

1. Аналіз теоретичних джерел дозволив з'ясувати, що адиктивна поведінка є хронічною патологією з рецидивним перебігом і компульсивним характером (Е. Крістенсен, М. Брідеволл, Л. Альбертелла). Її біологічною основою є нейрокогнітивний збій, який виявляється у розбалансуванні системи винагороди та пригніченні виконавчих функцій мозку (С. Кампанелла). При цьому хімічні залежності діють через пряме нейротоксичне ураження центральної нервової системи (П. Сінгх, П. Верма), тоді як нехімічні (зокрема, цифрові) мають функціональну природу і стимулюють мезолімбічну систему через зовнішні дофамінові тригери (К. Відал, Д. Меші). Урбаністичне середовище сучасного мегаполіса суттєво посилює ці ризики: хаотичний розвиток міст, економічна нерівність, штучне «зонування стигми» та пресинг девіацій створюють умови для зростання психічних патологій (Дж. М. Езелл, Д. К. Омпад, С. Волтерс). Водночас капіталістична культура споживання демонструє подвійні стандарти, спочатку культивуючи залежність, а потім тавруючи адиктів як маргіналів (Т. С. Ейрс, С. Тейлор).

2. Чинник хронічного воєнного дистресу в умовах прифронтової зони визначено як найбільш руйнівний для психіки цивільного населення (Н. П. Вовк, О. І. Боровик). Кумулятивний пресинг війни викликає тривале перевантаження гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи (ГГНС), стабільний надлишок кортизолу та блокування роботи префронтальної кори (Л. М. Карамушка). Постійна загроза та неконтрольовані втрати провокують розвиток ПТСР, депресивних та тривожних станів (О. Туриніна, О. Шабанова, Н. Савелюк). В умовах прифронтового міста цей тиск руйнує звичні захисні механізми містян, запускаючи процеси деперсоналізації, дисоціації та змушуючи жити за філософією «тут і зараз» (О. Резван, В. Воронько). На цьому тлі звуження життєвого простору провокує швидке поширення екранних (екзистенційних) інтернет- та селфі-адикцій, де віртуальний простір стає основним інструментом

компенсації психологічних дефіцитів (О. П. Нікітіна, О. О. Резван, В. М. Тихонович).

3. Емпіричне дослідження особистісного профілю реабілітантів за методикою VFI-10 дозволило виявити специфічні адаптаційні зміни. Показано, що за рівнями екстраверсії (7,133) та доброзичливості (5,433) опитані наближаються до групи норми. Проте головним маркером пристосування до умов лікування є шкала свідомості (6,567), показники якої виявилися вищими, ніж в активних споживачів чи умовно здорових людей. Водночас зафіксовано зниження відкритості новому досвіду (6,400) та нейротизму (5,333). Це вказує на те, що пацієнти свідомо обмежують свої імпульсивні реакції та уникають пошуку нових вражень, обираючи натомість суворо регламентований і безпечний спосіб життя у межах терапевтичної програми. Оцінка за методикою Г. Лозової показала переважання низького рівня схильності до залежностей (90% вибірки), що свідчить про увімкнення психологічного захисту та дію зовнішнього контролю. Високі бали за релігійною (9,77) та любовною (9,45) адикціями вказують на компенсаторний запит – потребу в духовній опорі та емоційній підтримці на етапі відмови від речовин.

4. За допомогою математико-статистичного аналізу (критерій Пірсона) було підтверджено систему зв'язків між особистісними рисами та видами залежностей. Встановлено, що інтровертованість пацієнтів спонукає їх обирати приховані, автономні варіанти емоційної розрядки. Про схильність інтровертованих людей до прихованих, автономних способів зняття напруги свідчить статистика. Це підтверджують від'ємні коефіцієнти кореляції між показником екстраверсії та розвитком комп'ютерної ($r_{xy}=-0,624$), харчової ($r_{xy}=-0,481$) та фармакологічної ($r_{xy}=-0,444$) адикцій (в усіх випадках $p < 0,05$). Тобто, товариські та відкриті до спілкування люди рідше тікають у віртуальний світ чи ліки. Крім того, брак емпатії та схильність до конфліктів поступово відштовхують людину від соціуму – цим ми пояснюємо зворотний зв'язок між доброзичливістю та телеманією ($r_{xy}=-0,356$). Особливістю вибірки став прямий зв'язок свідомості з деструктивними патернами – наркотичною ($r_{xy}=0,517$) та

сексуальною ($r_{xy}=0,440$) залежностями. Це підтверджує ефект виснаження: намагання утримувати планку гіпервідповідальності в умовах воєнного дистресу призводить до зриву психіки, виходом з якого стає деструктивна поведінка.

5. На основі отриманих даних ми розробили програму психосоціальної реабілітації з елементами психоедукації для прифронтового мегаполіса для клієнтів центру ГО «Живи» (молодь та люди середнього віку від 20 до 36 років). Оскільки наше дослідження показало, що прагнення до бездоганності та гіпервідповідальність у прифронтовому місті лише виснажують психіку і штовхають до зривів, ми відмовилися від жорстких повчальних методів. Натомість зміст програми поділено на три практичні напрями: робота з тілом (соматичний блок) – потрібна для швидкого зняття напруги через заземлення, адже тіло реагує на вибухи й небезпеку першим; когнітивна частина – допомагає людині розібратися з власним перфекціонізмом, навчитися вчасно помічати й екологічно визнавати свою втому; поведінковий та комунікативний рівень – через читання, обговорення (бібліотерапію) та залучення до допомоги іншим допомагає вийти із замкненого кола залежності.

6. Ми дійшли висновку, що в умовах щоденного тиску в Харкові звичайні друковані пам'ятки чи методички самі по собі не працюють. Вони можуть підтримати людину лише в момент сильного страху чи тривоги. Справжня ж профілактика рецидивів можлива лише через живий контакт, тривалу психотерапевтичну роботу (пошук нових сенсів життя) та реальну підтримку з боку оточення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Вовк Н. П., Боровик О. І. Особливості багатофакторного впливу війни на ментальне здоров'я цивільного населення України. *Міжнародна та національна безпека: теоретичні і прикладні аспекти : матеріали VIII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Дніпро, 15 берез. 2024 р.)*. Дніпро, 2024. Ч. II. С. 426–428.
2. Карамушка Л. П. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: основні вияви та ресурси. *Вчені записки Університету «КРОК»*. 2022. № 3 (67). С. 124–133.
3. Карамушка Л., Терещенко К., Креденцер О. Адаптація на українській вибірці методик «The modified BBC subjective well-being scale (BBC-SWB)» та «Positive mental health scale (PMH-scale)». *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2022. № 3–4 (27). С. 85–94.
4. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Діагностування поведінкових адикцій військовослужбовців : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2024. 36 с.
5. Лефтеров В., Самара О. Особливості психологічної реабілітації осіб, які переживають травматичні події війни. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. № 1 (3). С. 73–83.
6. Марюха А. М., Харченко С. В. Вплив умов воєнного стану на розвиток девіантної поведінки підлітків. *Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених, курсантів та студентів : матеріали конф. (м. Вінниця, 2025 р.)*. Вінниця, 2025. С. 384–386.
7. Нікітіна О. П., Резван О. О., Тихонович В. М. Когнітивний дискурс сучасних залежностей містянина: нова парадигма підготовки психолога. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2022. Вип. 66. С. 199–221.
8. Панкова Г., Абрамян Н. Вплив війни на психічне здоров'я населення України: виклики та стратегії адаптації. *Україна XXI століття: тенденції та перспективи розвитку : матеріали XXV Всеукр. наук.-практ. конф. студентів, аспірантів та молодих вчених (м. Київ, 2024 р.)*. Київ, 2024. URL:

https://www.researchgate.net/publication/394082780_VPLIV_VIJNI_NA_PSIHICNE_ZDOROVYA_ZDOROVA_NASELENNIA_UKR_AINI_VIKLIKI_TA_STRATEGII_ADAPTACII.

9. Піголенко І. В., Піголенко Ю. А., Кукса К. М. Вплив воєнного конфлікту на психічне здоров'я українців. *Габітус*. 2023. Вип. 45. С. 243–248.

10. Пляка Л. В., Герасимова О. О. Психологічний супровід здобувачів освіти в умовах війни: шлях до збереження ментального здоров'я. *Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія: Психологія*. 2025. Т. 36 (75), № 1. С. 127–132.

11. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навч. посіб. / С. Кузікова та ін. Київ ; Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2024. 260 с.

12. Резван О. О., Воронько В. Психологія мешканця прифронтового міста. Соціально-психологічний супровід у мегаполісі : кол. монографія / за заг. наук. ред. О. О. Резван. Харків : Вид-во Іванченка І. С., 2024. С. 198–212.

13. Савелюк Н. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. *Психологія: реальність і перспективи*. 2022. № 18. С. 141–152.

14. Сердюк О. О., Базима Б. О. Адаптація скринінгового опитувальника п'яти факторів особистості BFI-10 та перевірка його діагностичних властивостей на прикладі осіб, які вживають наркотики. *Право і безпека*. 2021. № 4 (83). С. 100–110. DOI: <https://doi.org/10.32631/pb.2021.4.11>.

15. Туз Л. Г., Куліш О. В., Аврамченко С. М. Вплив війни в Україні на залежну поведінку суб'єкта. *Психологічний журнал*. 2025. № 15. С. 78–85.

16. Туриніна О. Особливості психологічних травм війни та шляхи їх подолання у населення. *Вісімдесят другі економіко-правові дискусії. Серія: Соціальні та гуманітарні науки : матеріали міжнар. наук.-практ. інтернет-конф. (28 трав. 2024 р.)*. 2024. URL: <http://www.spilnota.net.ua/ua/article/id-4685/>.

17. Фільц О. О., Седих К. В. Ритуал зцілення як технологія психологічної реабілітації осіб із хімічним uzалежненням. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2019. Вип. 60. С. 231–247.

18. Шабанова Н. В., Трофімов А. Ю. Вплив війни на психічне здоров'я

вимушених переселенців у Польщі. *Габітус*. 2024. Вип. 61. С. 231–236.

19. Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціально-психологічний супровід : практ. посіб. / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

20. Amsalem D., Haim-Nachum S., Lazarov A. et al. The effects of war-related experiences on mental health symptoms of individuals living in conflict zones: a longitudinal study. *Scientific Reports*. 2025. Vol. 15, no. 1. Art. 889. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-024-84410-3>.

21. Ayres T. C., Taylor S. Drug Addiction: Failure, Feast and Phoenix. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2025. Vol. 22, no. 3. Art. 370. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph22030370>.

22. Bouton M. E. Context, attention, and the switch between habit and goal-direction in behavior. *Learning & Behavior*. 2021. Vol. 49. P. 349–362.

23. Buabang E. K., Boddez Y., De Houwer J., Moors A. Don't make a habit out of it: impaired learning conditions can make goal-directed behavior seem habitual. *Motivational Science*. 2021. Vol. 7. P. 252–263.

24. Cacciatore S., Mao S., Nuñez M. V. et al. Urban health inequities and healthy longevity: traditional and emerging risk factors across the cities and policy implications. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2025. Vol. 37. Art. 143. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40520-025-03052-1>.

25. Campanella S. Addictive behaviors: decades of research, but still so many questions! *Frontiers in Psychology*. 2024. Vol. 15. Art. 1485118. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1485118>.

26. Christensen E., Brydevall M., Albertella L. et al. Neurocognitive predictors of addiction-related outcomes: A systematic review of longitudinal studies. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2023. Vol. 152. Art. 105295. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105295>.

27. Ezell J. M., Ompad D. C., Walters S. How urban and rural built environments influence the health attitudes and behaviors of people who use drugs. *Health & Place*. 2021. Vol. 69. Art. 102578. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102578>.

28. Gay A., Cabe J., De Chazeron I. et al. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) as a Promising Treatment for Craving in Stimulant Drugs and Behavioral Addiction: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*. 2022. Vol. 11, no. 3. Art. 624. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm11030624>.

29. Gordon J. A., Volkow N. D., Koob G. F. No time to lose: the current state of research in rapid-acting psychotherapeutics. *Neuropsychopharmacology*. 2024. Vol. 49, no. 1. P. 10–14.

30. Hatoum A. S., Colbert S. M. C., Johnson E. C. et al. Multivariate genome-wide association meta-analysis of over 1 million subjects identifies loci underlying multiple substance use disorders. *Nature Mental Health*. 2023. Vol. 1. P. 210–223.

31. Korecki J. R., Schwebel F. J., Votaw V. R., Witkiewitz K. Mindfulness-based programs for substance use disorders: a systematic review of manualized treatments. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2020. Vol. 15. P. 1–37.

32. Levin Y., Lev Bar-Or R., Forer R. et al. The association between type of trauma, level of exposure and addiction. *Addictive Behaviors*. 2021. Vol. 118. Art. 106889. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106889>.

33. Lin K., Jia J., Zhu X. et al. Drug addiction and impact of urbanization: A systematic review. *Current Opinion in Psychiatry*. 2025. Vol. 38, no. 3. P. 235–251.

34. Poireau M., Milpied T., Maillard A. et al. Biomarkers of Relapse in Cocaine Use Disorder: A Narrative Review. *Brain Sciences*. 2022. Vol. 12, no. 8. Art. 1013. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci12081013>.

35. Ray L. A., Meredith L. R., Kiluk B. D. et al. Combined pharmacotherapy and cognitive behavioral therapy for adults with alcohol or substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2020. Vol. 3, no. 6. Art. e208279. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>.

36. Rigutto C., Sapara A. O., Agyapong V. I. O. Anxiety, Depression and Posttraumatic Stress Disorder after Terrorist Attacks: A General Review of the Literature. *Behavioral Sciences*. 2021. Vol. 11, no. 10. Art. 140. DOI:

<https://doi.org/10.3390/bs11100140>.

37. Santangelo O. E., Provenzano S., Firenze A. Risk factors for addictive behaviors: a general overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022. Vol. 19, no. 11. Art. 6583. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19116583>.

38. Singh P., Verma P. Neurotoxicity: a devastation to CNS. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*. 2020. Vol. 7. P. 4831–4840.

39. Vidal C., Meshi D. Behavioral addictive disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2023. Vol. 62. P. 512–514. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.07.819>.

40. Volkow N. D. Drugs and Addiction Science: NIDA Celebrates 50 Years of Research and Looks to the Future. *American Journal of Psychiatry*. 2024. Vol. 181, no. 5. P. 367–375.

41. Zangen A., Moshe H., Martinez D. et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for smoking cessation: a pivotal multicenter double-blind randomized controlled trial. *World Psychiatry*. 2021. Vol. 20, no. 3. P. 397–404. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20905>.