



**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ОДЕСЬКА
ЮРИДИЧНА АКАДЕМІЯ»**

Кафедра психології

**КОНЦЕПТУАЛЬНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ НАУКИ І
ПРАКТИКИ У КОНТЕКСТІ ЛЮДИНОЦЕНТРИСТСЬКОГО
ВИМІРУ В ЦИФРОВУ ЕРУ**

Колективна монографія

За загальною редакцією
Цільмак О. М.

Одеса
Видавець Букаєв Вадим Вікторович
2026

УДК 159.9:004:316.6

K64

DOI: <https://doi.org/10.32837/11300.32832>

Затверджено до друку Вченою радою
Національного університету «Одеська юридична академія»
Протокол №8 від 23 квітня 2026 року

Авторський колектив:

Афонін Д. С., Бернадіна Г. П., Будяченко О. М., Гурін Р. С.,
Джежик О. В., Дубрянська Н. О., Корнута Л. М., Лісовенко А. Ф.,
Рєпнова Т. П., Самара О. Є., Мотов А. Ю., Татяничков А. О.,
Ташматов В. А., Цільмак О. М., Шмаленко Ю. І.

Рецензенти:

Лефтеров В. О. – доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри педагогіки та психології Міжнародного
гуманітарного університету;

Шрагіна Л. І. – доктор психологічних наук, доцент, доцент
кафедри мовної та психолого-педагогічної підготовки факультету
економіки та управління підприємництвом Одеського національного
економічного університету

Пасько О. М. – доктор юридичних наук, доцент, професор
кафедри психології та педагогіки Одеського державного університету
внутрішніх справ.

Концептуальні засади психологічної науки і практики у
K64 контексті людиноцентристського виміру в цифрову еру : колективна
моногр. / Афонін Д. С., Бернадіна Г. П., Будяченко О. М. та ін.; за
заг. ред. Цільмак О. М. Одеса : Видавець Букаєв Вадим Вікторович,
2026. 399 с. URL: <https://hdl.handle.net/11300/32832> ;
<https://doi.org/10.32837/11300.32832>

ISBN 978-617-7790-73-9

Колективну монографію присвячено сучасним теоретико-методологічним і
прикладним підходам до розвитку психологічної науки та практики в умовах
цифрової трансформації суспільства. У виданні розглянуто актуальні проблеми
розвитку особистості, формування ідентичності, ціннісно-смыслові сфери,
психологічної безпеки та психічного здоров'я крізь призму людиноцентристського
підходу.

Монографія адресована науковцям, викладачам, здобувачам вищої освіти,
практичним психологам, фахівцям освітньої та соціальної сфер, а також усім, хто
зацікавлений у розвитку сучасної психології в умовах цифрової ери.

© НУ «Одеська юридична академія», 2026

ЗМІСТ

Вступне слово (<i>Ківалов С. В.</i>).....	5
РОЗДІЛ І. ПСИХОЛОГІЧНЕ РЕГУЛЮВАННЯ, МЕДІАЦІЯ ТА ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНТНОСТІ В ЦИФРОВУ ЕРУ	7
1.1.Зміст складових цифрової компетентності психолога (<i>Цільмак О. М., Шмаленко Ю. І.</i>).....	7
1.2. Медіація на публічній службі: сучасний стан та перспективи запровадження (<i>Корнута Л. М., Шмаленко Ю. І.</i>).....	41
РОЗДІЛ ІІ. РОЗВИТОК ОСОБИСТОСТІ, ІДЕНТИЧНІСТЬ І ПСИХОЛОГІЧНІ РЕСУРСИ В ЦИФРОВУ ЕРУ	76
2.1. Розвиток самооцінки жінок як психологічна передумова професійного зростання в умовах цифрової трансформації (<i>Бернадіна Г. П., Дзежжик О. В.</i>).....	76
2.2. Розвиток емоційної зрілості майбутніх фахівців у цифрову епоху (<i>Гурін Р. С.</i>).....	108
2.3. Ідентичність особистості в цифрову еру: когнітивно-поведінкова терапія осіб, котрі мають психологічні проблеми в сфері цифрової ідентичності (<i>Лісовенко А. Ф.</i>).....	137
РОЗДІЛ ІІІ. ЦІННІСНО-СМИСЛОВІ ОРІЄНТАЦІЇ ТА СОЦІАЛІЗАЦІЯ В УМОВАХ ЦИФРОВОГО СУСПІЛЬСТВА.....	170
3.1. Індивідуальні і соціальні цінності як джерело сенсів та їх дослідження в умовах цифрового суспільства (<i>Рєпнова Т. П.</i>)	170
3.2. Ціннісні орієнтації здобувачів вищої освіти в умовах кіберсоціалізації (<i>Татьянчиков А. О.</i>).....	201
РОЗДІЛ ІV. МЕТОДОЛОГІЯ, ЛЮДИНОЦЕНТРИЗМ І ПСИХОЛОГІЧНА БЕЗПЕКА В ЦИФРОВОМУ СЕРЕДОВИЩІ.....	240

4.1. OSINT у системі STEM-освіти: психолого-педагогічні аспекти формування критичного мислення та наукової компетентності (<i>Афонін Д. С.</i>).....	240
4.2. Людиноцентристський підхід при дослідженні психологічних особливостей підлітків, схильних до протиправної поведінки в умовах цифрової ери (<i>Будяченко О. М.</i>).....	271
РОЗДІЛ V. ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА В ЦИФРОВОМУ ПРОСТОРІ.....	302
5.1. Психологічна реабілітація осіб із залежністю від кіберпростору: феноменологія, мішені терапії та протоколи втручання (<i>Самара О. Є., Мотов А. Ю.</i>)	302
5.2. Психологічні чинники та напрями профілактики алкогольної залежності у молоді в цифровому інформаційному просторі (<i>Дубрянська Н. О., Джежик О. В.</i>).....	335
5.3. Особливості застосування логотерапії у вирішенні сімейних конфліктів у цифрову еру (<i>Ташматов В. А.</i>).....	367

РОЗДІЛ V. ПСИХОЛОГІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДОПОМОГА В ЦИФРОВОМУ ПРОСТОРІ

DOI: <https://doi.org/10.32837/11300.32852>

Самара О. Є.

*кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології*

НУ «Одеська юридична академія»

<https://orcid.org/0000-0003-2522-8127>

Мотов А. Ю.

Практичний психолог

Психологічна студія «Совунья», м. Одеса

<https://orcid.org/0009-0004-5345-0504>

5.1. Психологічна реабілітація осіб із залежністю від кіберпростору: феноменологія, мішені терапії та протоколи втручання

У розділі висвітлено проблему комплексної психологічної реабілітації осіб із кіберадикцією, яка в умовах тривалої війни трансформувалася з ізольованого розладу у провідну дезадаптивну стратегію подолання стресу. На основі емпіричного дослідження (N=350), проведеного за участю комбатантів та цивільного населення, науково обґрунтовано феноменологічну типологію кіберзалежності воєнного часу: «Адреналіновий» (коморбідність із ПТСР та гемблінгом), «Ескапістський» (уникнення травматичних спогадів) та «Інформаційний» (тривожний думскролінг). Визначено специфічні терапевтичні мішені для кожного фенотипу. Представлено авторську мультимодальну систему реабілітації, яка інтегрує обґрунтовану психофармакологічну підтримку, методи клінічної психотерапії та екзистенційного аналізу. Такий підхід спрямований на купірування симптоматики, формування навичок цифрової стійкості та відновлення смисложиттєвих орієнтирів особистості.

Ключові слова: кіберзалежність, лудоманія, думскролінг, ПТСР, бойова психічна травма, цифрова стійкість, психофармакологія, психологічна реабілітація, екзистенційна терапія, логотерапія, мультимодальний підхід, протокол втручання.

У сучасному світі кіберпростір став невід’ємною частиною повсякденного життя. Водночас зростає й кількість осіб, які стикаються з проблемами надмірного або неконтрольованого користування цифровими ресурсами. Події 2022–2025 років в Україні стали каталізатором зміни парадигми взаємодії людини з цифровим

середовищем. Варто зазначити, що подібні тенденції до зростання віртуальної залежності спостерігалися ще під час пандемії COVID-19, однак, як вказують Samara O. et al. (2022), саме повномасштабна війна перетворила цю проблему з соціальної на питання національної безпеки [26].

Інтернет-простір, який спочатку виконував функцію життєво необхідного джерела інформації, для значної частини населення та військовослужбовців перетворився на інструмент дезадаптивного ескейпізму. Проблема ускладнюється тим, що кіберзалежність формується на тлі хронічного дистресу, вітальної загрози та травматичного досвіду.

Як зазначають Самара О. Є. та Лефтеров В. О., застосування спеціальних психологічних технологій в умовах бойових дій вимагає врахування специфіки стресових чинників, які докорінно змінюють структуру особистості комбатанта [10]. У цьому контексті Tsilimak O. акцентує увагу на необхідності нормативно-правового врегулювання питань психологічної реабілітації, вказуючи на прогалини в існуючій системі супроводу осіб з девіантною поведінкою [28].

Метою цього розділу є аналіз теоретичних засад формування кіберадикції в умовах війни та обґрунтування мультимодальної системи реабілітації на основі емпіричних даних.

1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ КІБЕРЗАЛЕЖНОСТІ В УМОВАХ ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ

1.1. Трансформація структури адиктивних розладів в умовах тривалої війни (2014–2025)

Період воєнного протистояння в Україні, що триває понад десятиліття (2014–2025 рр.), став каталізатором глибинних змін у структурі психічної захворюваності населення. Як зазначають Haydabrus et al. (2022), досвід останніх років демонструє, що війна не просто збільшує кількісні показники розладів, а змінює їхню якісну природу [17; 22]. Якщо на початкових етапах конфлікту (АТО/ООС) домінуючими формами адиктивної поведінки були традиційні хімічні залежності (алкоголізація, вживання психоактивних речовин), то з початком повномасштабного вторгнення у 2022 році на перше місце вийшли поведінкові (нехімічні) залежності, опосередковані цифровими технологіями.

Ця трансформація зумовлена специфікою сучасної війни, яка стерла чіткий кордон між фронтом і тилом в інформаційному сенсі. Смартфон перетворився на безальтернативний інструмент екзистенційної безпеки: для військовослужбовця це елемент тактичного екіпування, а для цивільної особи - єдиний засіб моніторингу загроз («Повітряна тривога») та зв'язку з рідними. В умовах тотального стресу, коли фізична безпека є ілюзорною для всіх

категорій громадян, кіберпростір пропонує найдоступнішу форму дисоціації від травматичної реальності.

Аналіз наукових джерел [6; 20; 22] дозволяє виділити три ключові вектори цієї трансформації:

1. Смартфон як інструмент «цифрової анестезії». Традиційна наркологічна метафора «голки» у контексті сучасної війни набула нового змісту. Смартфон забезпечує миттєвий доступ до нейрохімічної регуляції (дофамінових сплесків через гемблінг або серотонін-окситоцинових сурогатів через соціальні мережі) без необхідності фізичного пошуку речовини. Дослідження Попова та Чуйка (2023) підтверджують, що кіберзалежність часто стає провідним способом саморегуляції емоційного стану, порушеного внаслідок дистресу [6; 14; 15]. Парадокс ситуації полягає в дуалістичній природі гаджета: на відміну від алкоголю, який є соціально осуджуваним або забороненим (на позиціях), використання смартфона є легітимним і часто необхідним. Це створює ситуацію, коли засіб порятунку (зв'язок) одночасно стає інструментом руйнування психіки (казино, думскролінг).

2. Коморбідність ПТСР та адикції. Згідно з даними Pavlova et al. (2022) [22] та звітами Global Initiative (2025) [20], спостерігається висока кореляція між симптомами посттравматичного стресового розладу (вторгнення, уникнення, гіперактивність) та розвитком ігрової залежності. Механізм цієї коморбідності описується через модель «хибного кола», де адиктивна поведінка виступає вторинною реакцією на непереносимі симптоми гіперактивації нервової системи або хронічної тривоги:

Фаза 1: Гіперактивація. На цьому етапі клінічна картина характеризується домінуванням фізіологічної дисрегуляції, ініційованої бойовим стресом. Спостерігається стійке підвищення тону симпатичної нервової системи та стабільно високий рівень гормонів стресу - кортизолу та адреналіну. Нейробіологічно цей стан супроводжується перманентною гіперактивністю амігдали, яка продовжує сканувати середовище на наявність загроз навіть у об'єктивно безпечних умовах. На психологічному рівні це трансформується у симптоматику «вторгнення»: нав'язливі флешбеки, нічні жахи та виснажливу фонову тривогу. Внаслідок критичного порушення механізмів гальмування в ЦНС, традиційні способи відновлення гомеостазу (сон, релаксація) стають недоступними, що неминуче провокує у суб'єкта гостру потребу в пошуку інтенсивного зовнішнього регулятора для екстреного зниження внутрішньої напруги.

Фаза 2: Пошук розрядки та дисоціація. На етапі пошуку розрядки особистість (зокрема, військовослужбовець, що перебуває в стані екстремального напруження) вдається до онлайн-гемблінгу як

до інструменту дезадаптивного копіngu. Високоінтенсивна аудіовізуальна стимуляція цифрового інтерфейсу виступає конкурентним подразником по відношенню до травматичних інтрузій. Занурення у ігровий процес дозволяє суб'єкту увійти в трансоподібний стан, відомий як «зона машини», що забезпечує ефект емоційного оніміння та тимчасової дисоціації від реальності. Така поведінка є не стільки гедоністичним пошуком задоволення, скільки формою патологічного уникнення болісної симптоматики ПТСР через зміщення фокусу уваги з внутрішніх переживань на зовнішній динамічний процес.

Фаза 3: Тимчасове полегшення та підкріплення. Фаза тимчасового полегшення характеризується короткостроковою стабілізацією емоційного стану, зумовленою активацією дофамінергічної системи винагороди у відповідь на очікування або отримання виграшу. Це формує у суб'єкта ілюзорне відчуття відновленого контролю та компетентності. Зниження рівня тривоги та купірування нав'язливих думок під час ігрової сесії діє як потужне негативне підкріплення, нейробіологічно закріплюючи патологічний умовний рефлекс, у якому азартна гра сприймається мозком як єдиний ефективний засіб регуляції дисфорійних станів.

Фаза 4: Негативні наслідки та ретравматизація. Замикання циклу відбувається на етапі негативних наслідків, коли неминучі фінансові втрати та соціальна дезадаптація формують нові реальні загрози безпеці, провокуючи ретравматизацію. У контексті бойової психічної травми програш актуалізує специфічні патерни «токсичного сорому» та «провини вцілілого», трансформуючи їх в аутоагресію та вторинну депресію. Цей стан призводить до того, що рівень психоемоційного напруження перевищує вихідні показники першої фази, безальтернативно спонукаючи суб'єкта до повторного звернення до гемблінгу як до єдиного доступного методу «психологічної анестезії».

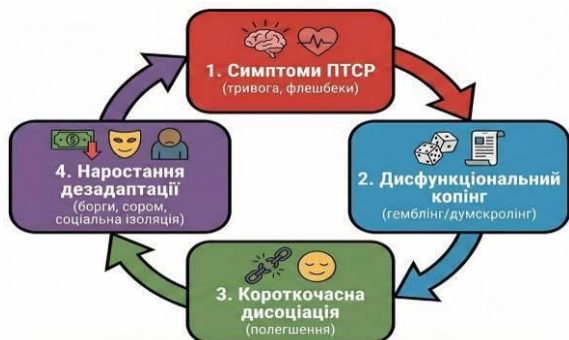
3. Дисфункціональний копінг та моральна травма. Окремим, критично важливим вектором трансформації є вплив моральної травми. Згідно з дослідженнями Griffin et al. (2022), цей феномен виникає, коли особа стає свідком або учасником подій, що руйнують її глибинні ціннісні орієнтири, і є потужним предиктором важких форм адикції [21].

У цьому контексті цифрова залежність виконує функцію екзистенційної втечі - спроби «вимкнути» совість та пам'ять через занурення у віртуальну реальність. Як зазначають Hitch et al. (2023), для багатьох комбатантів та травмованих цивільних онлайн-простір стає єдиним місцем, де вони не відчувають тягаря відповідальності за минуле [23].

Фінансовий аспект війни (високі «бойові виплати» на тлі ризику загибелі) додатково каталізує цей процес, створюючи умови для розвитку лудоманії, де гра стає сурогатом життєвої активності.

Рис. 1

Концептуальна модель коморбідності ПТСР та ігрової залежності.



1.2. Феноменологія та класифікація кіберадикцій: зміна парадигми

У сучасному науковому дискурсі кіберзалежність традиційно розглядається як розлад контролю над імпульсами. Згідно з МКХ-11 (Gaming Disorder) та DSM-5 (Internet Gaming Disorder), ключовим діагностичним критерієм є пріоритетність віртуальної діяльності над іншими інтересами та продовження поведінки попри негативні наслідки. Однак в умовах хронічного бойового стресу та вітальної загрози ці критерії, розроблені для мирного часу, вимагають суттєвого переосмислення. Дослідження останніх років [6; 18; 22] переконливо свідчать, що традиційні моделі не здатні повною мірою пояснити феномени, які спостерігаються в Україні.

Феноменологічний аналіз показує, що для української популяції періоду 2022–2025 років кіберадикція трансформувалася зі способу отримання задоволення (гедоністична мотивація) у засіб виживання психіки (адаптаційна мотивація). Ми пропонуємо розглядати цей феномен через призму «цифрової анестезії» - використання гаджетів для блокування травматичних переживань.

Хоча сам об'єкт залежності (смартфон/Інтернет) залишається спільним для всіх верств населення, мотиваційні драйвери суттєво відрізняються залежно від ступеня залученості особи у бойові дії. Спираючись на дані Dvornyk and Sliusarevskyi (2025) та Global Initiative (2025), ми виділяємо два основні феноменологічні кластери реагування на стрес [9; 20].

1. Цивільний контекст: феномен тривоги та ілюзії контролю.
 Для цивільного населення, яке перебуває в умовах постійної ракетної загрози, домінуючим вектором є інформаційна залежність. Психологічний механізм базується на прагненні відновити відчуття безпеки: постійний моніторинг новин («думскролінг») створює ілюзію контролю за принципом «якщо я знаю, де летить ракета, я можу на це вплинути». Клінічні прояви цього стану McLean et al. (2024) описують як синдром «хронічної пильності», що супроводжується порушеннями сну та «вікарною травмою» внаслідок споглядання трагічного контенту [24].

2. Військовий контекст: дисоціація та адреналінова стимуляція. Для комбатантів кіберпростір виконує функцію емоційної регуляції в умовах екстремального стресу. Тут спостерігається біполярність мотивів: пошук гіперстимуляції або прагнення до повної дисоціації. Механізм зумовлений зміною порогу чутливості: високий рівень бойового стресу робить звичайні подразники «прісними» (Euromaidan Press, 2025) [17]. У цьому контексті онлайн-гемблінг стає сурогатом бойового адреналіну. На поведінковому рівні це проявляється через ризиковану гру на позиціях та використання геймінгу як засобу боротьби з флешбеками.

Таблиця 1

Порівняльна характеристика патернів кіберзалежності у
 військових та цивільних осіб

Критерій порівняння	Цивільні (Тил / Прифронтна зона)	Військові (Зона БД / Ротація / Шпиталь)
Провідна мотивація	Пошук безпеки та контроль невизначеності • Намагання впоратися зі страхом шляхом постійного моніторингу загроз • Формування «ілюзії контролю» («якщо я знаю новини, я захищений»)	Емоційна регуляція та розрядка • Потреба у швидкій зміні нейрохімічного стану або отримання сильного дофамінового імпульсу (щоб перекрити стрес), або повна дисоціація («відключення голови»)

Домінуючий контент	Інформаційний потік (Думскролінг) Новинні Telegram-канали, додатки моніторингу тривоги, соціальні мережі (свідчення руйнувань), емоційно забарвлений контент	Гемблінг та Геймінг Онлайн-казино (слоти, ставки на спорт), мобільні ігри (MMORPG, шутери), розважальні відео (TikTok/YouTube) як засіб «вбивства часу» під час очікування
Емоційний фон	Хронічна тривога та астенія Панічні атаки, безсоння, почуття безпорадності, «провина вцілілого», вікарна травма (травма спостерігача)	Імпульсивність або Апатія Високий рівень агресії та збудження (гіперактивність) у гемблерів; емоційне оніміння та відчуження у тих, хто використовує ескапізм

Авторська типологія кіберзалежності воєнного часу. Базуючись на результатах емпіричного дослідження (N=350) та аналізі специфіки психотравматизації, нами запропоновано авторську типологію кіберзалежності воєнного часу. Ця класифікація виходить за межі традиційних нозологічних рамок (зокрема, рубрик МКХ-11 щодо ігрового розладу), оскільки зміщує фокус уваги з описової симптоматики на психологічну функцію адикції в умовах екстремального стресу. Враховуючи гетерогенність механізмів формування залежності, доцільно виділити три ключові феноменологічні кластери, що мають різну етіологію та вимагають диференційованих терапевтичних стратегій:

1. Онлайн-гемблінг (феномен «адреналінової компенсації»)

Цільова група: переважно діючі військовослужбовці та ветерани, які мають досвід бойових дій

У загальній структурі кіберзалежності воєнного часу онлайн-гемблінг займає особливе місце, трансформувавшись із розважальної практики у специфічний інструмент швидкої емоційної саморегуляції. Для широкого кола осіб, які перебувають в умовах хронічного дистресу, азартні ігри (слоти, беттінг, онлайн-казино) стають доступним засобом «дофамінової компенсації». Феноменологічно цей процес характеризується використанням гри не стільки заради фінансового збагачення, скільки заради зміни

психофізіологічного стану: інтенсивна ігрова стимуляція дозволяє штучно модулювати рівень збудження, перекриваючи фонову тривогу, апатію або симптоми гіперактивації, характерні для травматичного стресу.

Психологічний механізм формування цієї адикції базується на ефекті «цифрової анестезії». Високочастотна аудіовізуальна динаміка ігрового процесу дозволяє суб'єкту увійти в трансopodobний стан, відомий як «зона машини», що забезпечує тимчасову дисоціацію від травматичної реальності. Як показують емпіричні дані, цей механізм є універсальним: для частини вибірки (зокрема цивільних) він слугує способом заглушити страх і невизначеність, а для осіб з бойовим досвідом або підвищеною потребою у ризику - виступає сурогатом адреналінової активності.

Специфічним когнітивним викривленням, що підтримує залежність, є «ілюзія компетентності». В умовах війни, коли базові параметри безпеки є неконтрольованими, гра створює хибне відчуття контролю над ситуацією та результатом.

Окрему увагу слід приділити зв'язку з патологією. Спостерігається висока коморбідність цього фенотипу з симптомами гіперактивності при ПТСР та імпульсивною поведінкою. Згідно з дослідженнями Hitch et al., цей тип залежності є найбільш резистентним до психотерапії. Ключовим фактором резистентності виступає фінансова складова: наявність значних боргів блокує когнітивні ресурси пацієнта, утримуючи його в стані хронічного стресу та спонукаючи до продовження гри в марній надії «відігратися» [23].

Це замикає «хибне коло» залежності: фінансовий крах актуалізує почуття провини та сорому, що провокує розвиток вторинної депресії та змушує особистість знову звертатися до гри як до єдиного доступного антидепресанту, незважаючи на руйнівні наслідки.

2. Адиктивний геймінг та ескапізм (стратегія «цифрової анестезії»)

Цільова група: Поранені військовослужбовці (зокрема з ампутаціями), що перебувають на тривалому лікуванні, а також внутрішньо переміщені особи (ВПО), які втратили житло.

Другий кластер, який ми визначаємо як «Ескапістський фенотип», охоплює широкий спектр поведінкових реакцій, пов'язаних із патологічним зануренням у віртуальні світи (MMORPG, шутери) або компульсивним споживанням медіаконтенту. На відміну від пошуку гострих відчуттів, провідним мотивом тут виступає потреба в ескапізмі - втечі від травматичної реальності задля досягнення стану емоційного оніміння. Для осіб, які зазнали фізичних або психологічних втрат внаслідок війни, віртуальний

простір стає «безпечним прихистком», де відсутні біль, руйнування та екзистенційна загроза.

Психологічний механізм утримання цієї залежності базується на можливості реставрації «Я-концепції». В умовах, коли реальне життя характеризується втратою контролю, дому чи здоров'я, ігровий аватар дозволяє компенсувати цей дефіцит. Суб'єкт відновлює відчуття власної компетентності, фізичної цілісності та соціальної значущості у штучно створеному середовищі. Особливо гостро це проявляється у вразливих груп (наприклад, поранених на етапі реабілітації або внутрішньо переміщених осіб), для яких гра стає альтернативою реальності, що, однак, блокує процеси адаптації та соціальної реінтеграції.

Важливо підкреслити зв'язок з патологією. Цей фенотип демонструє стійку кореляцію з клінічною депресією, симптомами уникнення при ПТСР та моральною травмою [21]. Стан характеризується прогресуючою соціальною ізоляцією та втратою часових орієнтирів. Пацієнт поступово втрачає контакт із реальним оточенням, заміщуючи живі емоційні зв'язки віртуальними симулякрами, що блокує процеси природного проживання травми та соціальної реадaptaції.

3. Інформаційний думскролінг (ілюзія контролю в умовах невизначеності)

Цільова група: Цивільне населення (переважно жінки), волонтери та родичі військовослужбовців, які перебувають у стані хронічного очікування.

Третій кластер, «Інформаційний фенотип», є найбільш масовою формою кіберадикції серед населення в умовах воєнного стану. Феноменологічно він проявляється як думскролінг – нав'язливий, безперервний моніторинг новинних стрічок та месенджерів, навіть коли інформаційний потік є токсичним або повторюваним. В основі цього розладу лежить непереносимість невизначеності та намагання психіки встановити контроль над неконтрольованою небезпекою. Формується хибне когнітивне переконання: «поінформованість дорівнює безпеці», що змушує людину постійно перевіряти гаджет у пошуках сигналів тривоги або відбою.

Наслідком такої стратегії стає хронічне виснаження когнітивних ресурсів та порушення циркадних ритмів (сну). Постійне споглядання контенту, насиченого сценами насильства та руйнувань, призводить до ефекту «вікарної травми» (травми свідка), коли спостерігач переживає симптоми стресу, аналогічні тим, що виникають у безпосередніх учасників подій. Замість заспокоєння, інформаційний серфінг парадоксальним чином підвищує рівень фонові тривоги, створюючи ефект «снігової кулі».

Клінічно цей стан демонструє чіткий зв'язок з патологією: він виступає предиктором генералізованого тривожного розладу, стійких розладів сну та вторинної травматизації. У сучасних дослідженнях, зокрема Alsubaie et al. (2024), цей синдром визначають як «цифрова інтоксикація», терапія якої вимагає застосування специфічних стратегій детоксу [16].

Рис. 2.

Структурна модель цифрових фенотипів воєнного часу.



Запропонована класифікація не є жорсткою. Один індивід може мігрувати між фенотипами (наприклад, перехід від «адреналінового» типу на передовій до «ескапістського» у шпиталі). Однак визначення домінуючого фенотипу є критично важливим для вибору стратегії реабілітації, що буде детально розкрито далі у розділі.

Узагальнення проаналізованих даних дозволяє нам відійти від застарілого суб'єкт-об'єктного розуміння залежності та сформулювати нову теоретичну модель: **«Кіберпростір як тотальне адиктивне середовище»**.

Суть концепції полягає в тому, що в умовах сучасної гібридної війни особистість не має фізичної можливості покинути кіберпростір, оскільки він став операційним середовищем виживання. Ми виділяємо три рівні залучення особистості у це середовище:

1. **Рівень виживання (інструментальний рівень)**. На базовому рівні взаємодії цифрова екосистема інтегрується в структуру повсякденності як безальтернативний інструмент забезпечення вітальних потреб.

Для військовослужбовця електронний пристрій виконує функцію «цифрового екзоскелета»: він розширює сенсорні можливості (нічне

бачення, керування дронами), забезпечує тактичну навігацію та координацію підрозділів.

Для цивільної особи смартфон трансформується у своєрідну «цифрову пуповину», що підтримує зв'язок із зовнішнім світом та системою сповіщення про загрози.

Психологічний парадокс цього рівня полягає в тому, що гаджет суб'єктивно сприймається як гарант фізичного виживання. Відмова від нього або втрата доступу до мережі викликає гостру реакцію дезадаптації, паніку та втрату відчуття безпеки, що робить класичні стратегії повної абстиненції («цифровий детокс») неможливими та навіть ретравматизуючими.

2. Рівень регуляції (психофізіологічний рівень). На цьому рівні відбувається патологічна екстерналізація функцій емоційної саморегуляції. Внаслідок хронічного дистресу та виснаження адаптаційних резервів ЦНС, мозок втрачає здатність самостійно відновлювати гомеостаз і починає потребувати зовнішнього «психофізіологічного протеза». Цифровий контент виступає як зовнішній модулятор нейрохімічних процесів.

Для осіб з «адреналіновим» типом реагування (переважно комбатантів) алгоритми азартних ігор забезпечують необхідну дофамінову стимуляцію, імітуючи бойовий стрес у безпечних умовах. Кокун О.М. підкреслює, що в умовах хронічного бойового стресу відбувається виснаження психофізіологічних ресурсів, що робить військовослужбовця вразливим до швидкого формування адиктивних патернів як способу зовнішньої регуляції станів [3].

Для осіб з тривожним типом реагування (цивільних) нескінченний скролінг новин виконує функцію зниження тривоги через ілюзорний контроль. Таким чином, залежність формується не як потяг до задоволення, а як єдиний доступний механізм стабілізації афективного стану.

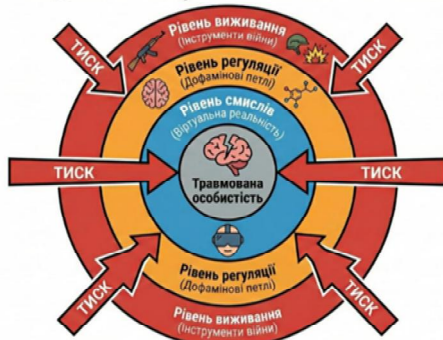
2. Рівень смислів (екзистенційний рівень). Найглибший рівень адикції, пов'язаний із руйнуванням ціннісно-смислової сфери особистості під впливом травматичного досвіду (моральної травми). В умовах війни, що характеризується хаосом, жорстокістю та непередбачуваністю, реальний світ втрачає ознаки впорядкованості та справедливості. Віртуальна реальність (особливо ігрові світи MMORPG) пропонує сурогатну онтологічну безпеку: тут діють чіткі правила, існує пряма кореляція між зусиллями та винагородою, а головне - можливий «рестарт» після фатальної помилки. Для особистості, що переживає екзистенційний вакуум або провину вцілілого, занурення у кіберпростір стає способом втечі в альтернативну реальність, де вона може відновити відчуття власної значущості та компетентності, втрачені у фізичному світі.

Графічно цю модель можна представити як тришарову структуру, яка поглинає особистість (Рисунок 3).

Рис. 3

Теоретична модель «Кіберпростір як тотальне адиктивне середовище»

Модель впливу війни на особистість



Запропонована трирівнева модель демонструє, що в умовах гібридної війни кіберзалежність являє собою системну інтеграцію цифрового середовища у структуру особистості. Спроба механічного вилучення гаджета неминуче призводить до руйнування рівня виживання, що унеможливує подальшу терапевтичну роботу. Це фундаментально змінює стратегію реабілітації: метою стає не повна абстиненція, а формування навички когнітивної диференціації – здатності розділяти інструментальне та адиктивне використання технологій, що ми визначаємо як «цифрова стійкість».

2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ФЕНОМЕНОЛОГІЇ КІБЕРЗАЛЕЖНОСТІ ТА ОБГРУНТУВАННЯ МІШЕНОЇ ТЕРАПІЇ

Дослідження проводилося протягом 2022–2025 років із застосуванням стратегії змішаних методів, яка поєднувала кількісний збір даних (скринінг, тестування) з якісним аналізом (клінічні інтерв'ю, спостереження).

Характеристика вибірки дослідження. Формування вибірки відбувалося методом суцільного цільового відбору на базі реабілітаційних центрів, військових шпиталів та ветеранських хабів. Загальний обсяг вибірки склав $N = 350$ осіб. Критеріями включення були: наявність суб'єктивних скарг на неконтрольоване використання цифрових ресурсів, ознаки соціальної дезадаптації та підтверджений факт перебування в умовах воєнного стресу (для цивільних) або участі у бойових діях (для військових).

Структура вибірки була стратифікована за статусом (військові/цивільні) для забезпечення можливості порівняльного аналізу. Детальний розподіл представлено у Таблиці 2.

Таблиця 2

Соціально-демографічна та клінічна характеристика вибірки (N=350)

Характеристика	Категорії	Абс. (n)	%
Статус	Група 1: Військовослужбовці та ветерани	147	42,0
	- Діючі військові (ротація/відпустка)	66	18,9
	- Поранені (на лікуванні/реабілітації)	53	15,1
	- Ветерани (звільнені у запас)	28	8,0
	Група 2: Цивільні особи	203	58,0
Стать	Чоловіки	238	68,0
	Жінки	112	32,0
Вік (років)	19–25	84	24,0
	26–35	136	38,9
	36–45	95	27,1
	46+	35	10,0
Бойовий досвід	Є (учасники бойових дій)	147	42,0
	Немає (але є досвід війни як свідка/постраждалого)	203	58,0

Як видно з Таблиці 2, гендерний дисбаланс (переважання чоловіків - 68%) зумовлений специфікою досліджуваної проблеми: ігрова залежність (гемблінг) статистично частіше зустрічається у чоловічому військовому середовищі. Медіана віку склала 34 роки, що відповідає найбільш соціально активному та працездатному прошарку населення, втрата якого через адикцію несе значні економічні та оборонні ризики для держави.

Експериментальна вибірка. З метою емпіричної верифікації ефективності розробленої моделі реабілітації, із загального масиву вибірки (N=350) було сформовано цільову клінічну когорту респондентів (n=70). Критеріями включення слугували критично високі показники соціально-психологічної дезадаптації (CIAS > 65, SOGS > 5) та добровільна інформована згода на участь у лонгітудному формувальному експерименті.

За процедурою простої рандомізації учасники були розподілені на дві еквівалентні групи порівняння:

1. Експериментальна група (ЕГ, n=35). Учасники проходили повний курс комплексної психотерапії та реабілітації за авторським інтегративним протоколом «Cyber-Resilience», що включав етапи детоксикації, когнітивної реструктуризації та екзистенційної роботи.

2. Контрольна група (КГ, n=35). Респонденти отримували стандартну психологічну допомогу, яка обмежувалася базовим психологічним консультуванням та психоедукацією, без застосування спеціалізованих інтервенцій цифрової детоксикації, технік модифікації поведінки чи елементів АСТ.

Статистична перевірка вхідних даних підтвердила гомогенність сформованих груп: значущих відмінностей за соціально-демографічними характеристиками (вік, стать, бойовий досвід) та вихідним рівнем клінічних показників не виявлено ($p > 0,05$). Це забезпечує внутрішню валідність експерименту та дозволяє інтерпретувати розбіжності у фінальних результатах як безпосередній наслідок застосованого психокорекційного впливу.

Для визначення мішеней терапії було застосовано комплекс стандартизованих методик:

1. Шкала інтернет-залежності Чена (CIAS)
2. Шкала оцінки патологічного гемблінгу (SOGS)
3. Шкала PCL-5 (PTSD Checklist)
4. Авторська анкета «Цифрові фенотипи воєнного часу» (DPWQ). Анкета дозволила розподілити респондентів за трьома емпіричними кластерами («Адреналіновий», «Ескапістський», «Інформаційний»), що стало основою для подальшого аналізу.

Результати дослідження: феноменологічна структура та психологічні механізми кіберзалежності. Емпірична верифікація отриманих даних дозволила виявити стійкі патопсихологічні закономірності у формуванні та перебігу кіберзалежності в умовах стресу. Первинний статистичний скринінг розподілу показників за шкалами CIAS (Інтернет-залежність) та SOGS (Гемблінг) у загальній вибірці (N=350) засвідчив критичний рівень поширеності дезадаптивних поведінкових патернів.

Зокрема, 68,4% респондентів продемонстрували інтегральні показники за шкалою CIAS вище 65 балів, що відповідає клінічно

вираженій стадії залежності та вимагає терапевтичного втручання. Такий високий відсоток підтверджує теоретичну гіпотезу про тотальний характер цифровізації копінг-стратегій в умовах війни.

Однак глибинний якісний аналіз структури цієї залежності виявив фундаментальні розбіжності між когортами. Попри гомогенність об'єкта залежності (гаджет), спостерігається чітка феноменологічна гетерогенність між групами військовослужбовців та цивільних осіб, що проявляється у різних механізмах емоційної регуляції.

Порівняльний аналіз характеристик військовослужбовців і цивільних осіб. Для емпіричного підтвердження специфічності «військового» та «цивільного» типів адикції нами було проведено порівняльний аналіз середніх значень за основним психодіагностичним комплексом. У порівнянні взяли участь дві незалежні вибірки: Група 1 (Військовослужбовці/Ветерани, $n=147$) та Група 2 (Цивільні особи, $n=203$). Статистична обробка даних здійснювалася за допомогою непараметричного U-критерію Манна-Вітні, оскільки розподіл ознак у клінічних вибірках відрізнявся від нормального. Результати представлено у Таблиці 3.

Таблиця 3

Порівняльний аналіз показників адикції та психопатології у досліджуваних групах ($M \pm SD$)

Методика / Шкала	Група 1: Військові ($n=147$)	Група 2: Цивільні ($n=203$)	U-критерій Манна-Вітні (p-level)
CIAS (Загальний бал)	72,4 $\pm$ 12,1	74,1 $\pm$ 10,8	$p > 0,05$ (н.з.)
SOGS (Гемблінг)	9,8 $\pm$ 3,4	1,2 $\pm$ 1,5	$p < 0,001$
PCL-5 (ПТСР)	48,6 $\pm$ 11,2	29,4 $\pm$ 9,8	$p < 0,001$
HADS (Тривога)	9,2 $\pm$ 3,1	14,5 $\pm$ 4,2	$p < 0,01$
HADS (Депресія)	11,3 $\pm$ 3,8	10,8 $\pm$ 3,5	$p > 0,05$ (н.з.)

Примітка. Журним шрифтом виділено статистично значущі вищі показники.

Аналіз даних Таблиці 3 дозволяє зробити низку критично важливих висновків щодо структури коморбідності:

1. **Універсальність кіберзалежності.** Відсутність статистично значущих відмінностей за загальним показником CIAS (72,4 проти

74,1; $p > 0,05$) вказує на те, що кіберпростір став тотальним середовищем існування для всіх категорій населення. Обидві групи демонструють показники, що перевищують поріг клінічної залежності (> 65 балів), що свідчить про масовий характер використання цифрових стратегій копіngu.

2. *Феномен «військового гемблінгу»*. Найбільш драматична дисоціація виявлена за шкалою SOGS. Середній бал у військових (9,8) майже в 8 разів перевищує показники цивільних (1,2) і вдвічі перевищує поріг патологічного гравця (≥ 5). Статистична значущість відмінностей на рівні $p < 0,001$ емпірично доводить існування специфічного «Адреналінового фенотипу» саме серед комбатантів, що узгоджується з даними про поширеність лудоманії на фронті.

3. *Диференціація психотравмуючих наслідків*. Військові демонструють достовірно вищий рівень симптомів ПТСР (PCL-5: 48,6 балів), що пояснює їхню потребу в інтенсивній (адреналіновій) стимуляції для перекриття симптомів гіперактивації. Натомість цивільні особи демонструють достовірно вищий рівень тривоги (HADS-A: 14,5 проти 9,2; $p < 0,01$). Це підтверджує, що драйвером залежності у цивільних є намагання впоратися з невизначеністю та страхом («Інформаційний фенотип»).

4. *Спільний депресивний фон*. Показники депресії (HADS-D) в обох групах знаходяться на субклінічному рівні (11,3 та 10,8) і не мають значущих відмінностей. Це вказує на те, що депресія є універсальним наслідком виснаження адаптаційних ресурсів в умовах тривалої війни, незалежно від статусу особи.

Емпірична верифікація цифрових фенотипів: результати кластерного аналізу. З метою об'єктивізації запропонованої типології та перевірки існування стійких патернів коморбідності «ПТСР - Адикція», нами було застосовано процедуру багатовимірною статистичного аналізу. Для розподілу вибірки ($N=350$) на гомогенні групи використовувався кластерний аналіз методом k-середніх.

У якості змінних кластеризації було обрано стандартизовані показники трьох діагностичних векторів:

1. Поведінковий вектор: субшкали авторської анкети DPWQ (Думскролінг / Геймінг / Гемблінг) та шкала SOGS.

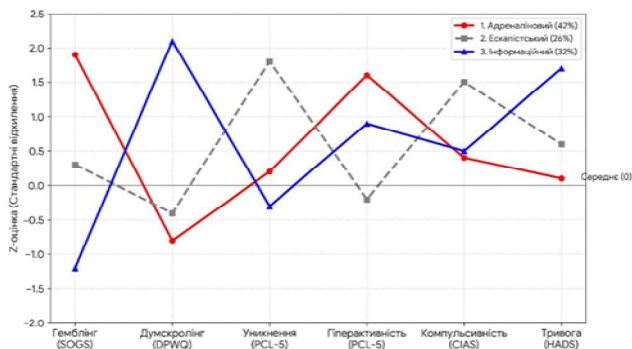
2. Травматичний вектор: кластери симптомів ПТСР за шкалою PCL-5 (Вторгнення, Уникнення, Гіперактивність).

3. Афективний вектор: рівень тривоги та депресії за HADS.

Аналіз дозволив виділити три чітко окреслені кластери, профіль яких повністю узгоджується з теоретичною моделлю, описаною у Розділі 1. Графічне відображення профілів центроїдів кластерів представлено на Рисунку 4.

Рис. 4

Профіль кластерів за стандартизованими показниками



Кластер 1: «Адреналіновий фенотип» (n=118; 33,7%)

Ця група характеризується вираженою гомогенністю складу: 89% респондентів кластера є діючими військовослужбовцями або ветеранами. Психометричний профіль вирізняється піковими значеннями за шкалою SOGS ($Z > 1.5$), що об'єктивізує наявність клінічно значущого патологічного потягу до азартних ігор. У структурі посттравматичної симптоматики (за методикою PCL-5) домінуючими є показники кластера Е (Гіперактивність/Збудливість), що вказує на стійку фізіологічну дисрегуляцію.

Інтерпретація емпіричних даних дозволяє розглядати гемблінг у представників цього фенотипу як специфічний механізм утилізації надлишкового психофізіологічного збудження. Згідно з сучасними клінічними настановами, така поведінка кваліфікується як ігровий розлад, ключовим діагностичним критерієм якого є пріоритет гри над іншими життєвими інтересами та продовження ескалації ставок попри негативні наслідки [2]. Виявлений сильний кореляційний зв'язок між інтенсивністю ігрової поведінки та рівнем гіперактивності ($r = 0,74$) свідчить про несвідому спробу суб'єкта «легалізувати» та відтворити звичний бойовий стан в умовах цивільного життя, використовуючи ризик як засіб нейрохімічної стабілізації.

Кластер 2: «Ескапістський фенотип» (n=91; 26,0%)

Дана група є соціально гетерогенною та включає переважно поранених військовослужбовців, що перебувають на етапі стаціонарного лікування, осіб з ампутаціями, а також внутрішньо переміщених осіб (ВПО). У психометричному профілі кластера зафіксовано високі показники за субшкалою CIAS «Толерантність» у поєднанні зі специфічною орієнтацією на геймінг (MMORPG). Це вказує на сформовану потребу у пролонгації часу перебування у

віртуальній реальності для досягнення необхідного психотропного ефекту відсторонення. Клінічним ядром травматизації у цій групі виступає симптом Уникнення (Критерій С за шкалою PCL-5; $Z = 1.8$), рівень якого значно перевищує середні показники по вибірці.

Інтерпретація отриманих даних дозволяє визначити поведінкову стратегію представників цього фенотипу як «радикальне відсторонення». Занурення у віртуальні світи використовується тут як механізм глибокої дисоціації не лише від травматичних спогадів, але й від фантомного або фізичного болю. Характерною особливістю кластера є найвищі у вибірці показники за шкалою депресії (HADS-D), що свідчить про критичне виснаження адаптаційних ресурсів та формування механізму «емоційного оніміння» як дезадаптивної захисної реакції на незворотні та трагічні зміни життєвої ситуації.

Кластер 3: «Інформаційний фенотип» (n=141; 40,3%)

Даний кластер становить найбільш чисельну та демографічно специфічну групу вибірки, представлену переважно цивільним населенням (жінки, волонтери, члени родин військовослужбовців). Психометричний профіль респондентів характеризується піковими значеннями за шкалою думскролінгу (авторська анкета DPWQ) у поєднанні з вираженою компульсивністю використання гаджетів (за шкалою CIAS).

У клінічній картині травматизації виявлено сильну пряму кореляцію між адиктивною поведінкою та симптомами «Вторгнення» (Критерій В за PCL-5), що супроводжується клінічно значущим рівнем ситуативної тривоги (HADS-A > 11). Інтерпретація цих даних вказує на те, що механізмом формування залежності виступає прагнення до гіперконтролю на тлі «вікарної травми». Суб'єкти намагаються компенсувати непереносимість невизначеності шляхом безперервного моніторингу інформаційного простору, що, однак, призводить до парадоксального ефекту: замість зниження тривоги відбувається вторинна ретравматизація та хронічне виснаження когнітивної сфери. У дослідженнях Самари О.Є. та Коваленко О.І. показано, що інформаційне перенасичення в умовах війни призводить до вторинної травматизації цивільного населення, формуючи стійкі тривожно-фобічні розлади [9].

Кореляційний аналіз: механізми коморбідності ПТСР та гемблінгу. Для деталізації патофизиологічних механізмів, що лежать в основі «Адреналінового фенотипу», нами було проведено кореляційний аналіз у виокремленій групі військовослужбовців (Кластер 1, n=118). Метою цього етапу стала емпірична верифікація концепції «self-medication» - використання гри для регуляції конкретних симптомів бойової травми. Результати розрахунку коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена представлено у Таблиці 4.

Таблиця 4

Кореляційна матриця зв'язку симптомів ПТСР (PCL-5) та показників гемблінгу (SOGS) у групі військових

Субшкали PCL-5	SOGS (Загальний бал)	SOGS (Фінансові втрати)
В. Вторгнення	0,42**	0,38*
С. Уникнення	0,21	0,15
Д. Негативні зміни	0,35*	0,41**
Е. Гіперактивність/Збудження	0,74**	0,69**

Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Як видно з Таблиці 4, найсильніший зв'язок ($r = 0,74$) виявлено між симптомами гіперактивності/збудження (постійна настороженість, вибухи гніву, порушення сну) та лудоманією. Це підтверджує висновки Hitch et al. [23]: гемблінг для ветерана є відчайдушною спробою впоратися з дисрегуляцією нервової системи, способом каналізації надлишкового психофізіологічного напруження.

Показник «Фінансові втрати» демонструє специфічний зв'язок із симптомами кластера D («Негативні зміни настрою та мислення») ($r = 0,41$). Це вказує на те, що програш грошей актуалізує почуття провини та безнадії, посилюючи депресивний компонент ПТСР. Також фінансові втрати тісно корелюють із Гіперактивністю ($r = 0,69$), що свідчить про імпульсивний характер ставок: чим вище рівень фізіологічного збудження, тим менше суб'єкт контролює свої витрати.

Помірний зв'язок виявлено між гемблінгом та симптомами «Вторгнення» ($r = 0,42$). Це дозволяє припустити, що ігрова сесія використовується також як засіб боротьби з флешбеками, перемикаючи увагу на динамічні стимули гри. Водночас симптоми «Уникнення» (кластер С) не мають значущого зв'язку з гемблінгом ($r = 0,21$), що підкреслює активний, а не пасивний характер цієї форми залежності у військових.

Аналіз психологічних механізмів у цивільної вибірки. Для верифікації психологічних механізмів формування залежності у цивільних осіб ($n=203$) було проведено кореляційний аналіз між показниками психоемоційного стану (шкала HADS) та структурними компонентами інтернет-залежності (шкала CIAS). Результати аналізу (див. Таблицю 5) дозволяють виділити специфічні патерни коморбідності, відмінні від військової вибірки.

Таблиця 5

**Кореляційна матриця зв'язку тривожності та показників
інтернет-залежності у цивільних осіб (n=203)**

Субшкали CIAS (Інтернет-залежність)	HADS-A (Тривога)	HADS-D (Депресія)
Компульсивність	0,62**	0,31*
Абстиненція/Синдром відміни	0,58**	0,22
Толерантність	0,41**	0,28*
Проблеми з управлінням часом	0,71**	0,35*
Внутрішньоособистісні та проблеми зі здоров'ям)	0,51**	0,45**

Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$.

Аналіз кореляційної матриці засвідчив домінування тривожної симптоматики у формуванні залежної поведінки. Найтісніший прямий кореляційний зв'язок на рівні значущості $p < 0,01$ зафіксовано між рівнем тривоги (HADS-A) та шкалою «Проблеми з управлінням часом» ($r = 0,71$). Також виявлено сильний зв'язок із «Компульсивністю» ($r = 0,62$).

Це емпірично підтверджує гіпотезу Dvornyk and Sliusarevskyi (2025) про те, що для цивільних українців смартфон виконує функцію «інструменту зниження невизначеності». Висока кореляція з часовою дисрегуляцією свідчить, що чим вища тривога, тим частіше респондент оновлює стрічку новин, втрачаючи контроль над часом у спробі знайти інформацію, яка б гарантувала безпеку.

Зв'язок депресивної симптоматики (HADS-D) з ядром залежності виявився помірним ($r = 0,22-0,35$), проте було виявлено специфічну кореляцію зі шкалою «Внутрішньоособистісні проблеми та здоров'я» ($r = 0,45$).

Це вказує на те, що депресивна симптоматика у цивільних осіб сприяє соціальній ізоляції та соматизації стресу через надмірне використання гаджетів. Однак, з огляду на негативний характер контенту, це призводить до зворотного ефекту - посилення тривоги та формування «хибного кола».

Узагальнюючи результати кореляційного аналізу в обох групах, ми констатуємо фундаментальну відмінність у пускових механізмах адикції: Для військового середовища (див. Таблицю 4) характерний механізм гіперактивації (пошук розрядки через ризик). Для цивільного населення (Таблиця 5) - механізм тривожного гальмування (пошук безпеки через контроль). Це емпіричне розмежування є ключовим для побудови диференційованої моделі терапії.

3. ПРОГРАМА КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ «CYBER-RESILIENCE»: МЕТОДОЛОГІЯ ТА ЕТАПИ ВПРОВАДЖЕННЯ

3.1. Концептуальні засади інтегративного протоколу. Емпірична верифікація даних, здійснена у попередньому розділі, об'єктивізує низьку валідність унітарних терапевтичних моделей при роботі з кіберадикціями воєнного генезу. Встановлена дихотомія етіологічних драйверів - феномен психофізіологічної гіперактивації у комбатантів (див. Таблицю 4) на противагу механізму тривожного гальмування у цивільного контингенту (див. Таблицю 5) актуалізує необхідність відмови від стандартизованих протоколів. Побудова ефективного реабілітаційного маршруту вимагає імплементації диференційованого підходу з визначенням специфічних терапевтичних мішеней для кожного клінічного фенотипу.

Мультимодальна система реабілітації. Варто окремо наголосити, що при роботі з бойовою психічною травмою та вираженою адиктивною поведінкою виключно психотерапевтичних методів часто недостатньо через порушення нейрохімічного балансу мозку. Тому першим етапом у запропонованій комплексній моделі є оцінка потреби у психофармакологічній підтримці. Вона не є методом лікування власне кіберадикції, проте створює необхідне «біологічне вікно» для ефективної психотерапії.

Фармакотерапія призначається лікарем-психіатром і спрямована на три ключові мішені:

1. Стабілізація циркадних ритмів, а саме корекція інсомнії, яка часто провокує нічний думскролінг або гемблінг. Фармакологічна інтервенція передбачає призначення сучасних гіпнотиків або антидепресантів із седативним профілем дії для нормалізації сну.

2. Редукція тривожної симптоматики та контроль імпульсивності. Спрямована на зниження афективної лабільності та психомоторного збудження, які є патогенетичними драйверами «Адреналінового» фенотипу. Фармакологічна корекція передбачає призначення анксиолітиків (короткими курсами) або нормотиміків для стабілізації емоційного фону.

3. Терапія афективних розладів депресивного спектру. Нівелювання коморбідної депресивної симптоматики, яка детермінує вибір ескапістської стратегії поведінки. Препаратами першої лінії виступають селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СИЗС), що сприяють відновленню нейромедіаторного балансу.

Лише на тлі медикаментозної стабілізації когнітивні та екзистенційні інтервенції набувають стійкого ефекту, оскільки відновлюється здатність клієнта до критичного мислення та вольової регуляції.

Конструктивним вирішенням окресленої проблематики визначено розробку та імплементацію **авторського інтегративного протоколу «Cyber-Resilience»**. Теоретико-методологічний базис інтервенції ґрунтується на синергії когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), орієнтованої на деконструкцію дисфункціональних патернів, та екзистенційного аналізу (логотерапії), що забезпечує реставрацію смислоттєвих орієнтирів в умовах «межової ситуації» війни. При цьому методологічним фундаментом програми виступає концепція резильєнтності С. Саутвіка, що постулює розуміння стійкості не як статичної особистісної риси, а як динамічного процесу адаптації, доступного для тренування через специфічні когнітивно-поведінкові практики [11].

Концептуальною домінантою протоколу є відмова від традиційної наркологічної парадигми повної абстиненції на користь стратегії «контрольованої взаємодії». З огляду на вітальну значущість цифрових комунікацій в умовах воєнного стану, телеологічним вектором терапії визначено формування компетенції функціональної сегрегації: чіткої когнітивної диференціації інструментальної функції гаджета (безпека, навігація, зв'язок) та його адиктивної складової (як засобу втечі від екзистенційного вакууму).

Протокол реалізується у три послідовні етапи, змістовне наповнення яких диференціюється залежно від клінічного фенотипу пацієнта (Таблиця 6).

Таблиця 6
Матриця терапевтичних мішеней протоколу «Cyber-Resilience»

Етап реабілітації	«Адреналіновий» фенотип (Гемблінг/Військові)	«Ескапістський» фенотип (Геймінг/Поранені)	«Інформаційний» фенотип (Думскролінг/Цивільні)
1. Стабілізація (Тижні 1–2)	Техніка «Цифровий джгут» • блокування гемблінг-платформ • нормалізація сну • фізична розрядка адреналіну (спорт)	Поведінкова активація • структурування дня, повернення у реальність «тут і тепер» • відновлення вітальних функцій	Інформаційна гігієна • протокол лімітованого споживання новин • техніки «заземлення» для купірування гострої тривоги

2. Терапія та опрацювання (Тижні 3–6)	Робота з потягом • навички толерування імпульсу • когнітивна корекція «помилки гравця»	Травмофокусова робота • поступова конфронтація з травматичним досвідом (противага уникненню)	Когнітивна реструктуризація • робота з катастрофізацією • техніка «парадоксальної інтенції» для подолання страху
3. Соціально-екзистенційна інтеграція (Тижні 7–12)	Пошук нових смислів • трансформація «волі до ризику» у «волю до сенсу» (інструкторство, волонтерство) • групи GA (Анонімні Гравці)	«Трагічний оптимізм» • прийняття незворотності втрат та пошук цінностей у стражданні	Відповідальність у співвідношенні з Долею • перехід від пасивного споглядання новин до активної дії (офлайн-волонтерство) • техніка «Дерефлексія»

3.2. Структурно-змістове наповнення етапів реабілітації. Реалізація протоколу передбачає послідовне проходження трьох фаз, кожна з яких має специфічні завдання, методи та критерії ефективності.

Етап 1. Стабілізація та відновлення психофізіологічного ресурсу (Тижні 1–2). Мета: купірування гострої адиктивної симптоматики, зниження рівня психофізіологічного напруження та відновлення базових вітальних функцій (сон, фізична активність). На цьому етапі терапевтична стратегія носить переважно директивний характер. Враховуючи знижену здатність травмованої особистості до самоконтролю, застосовуються методи зовнішнього стимульного обмеження.

- Для «Адреналінового фенотипу» (Військові) застосовується техніка «Цифровий джгут». За аналогією з медичним джгутом, що зупиняє критичну кровотечу, цей метод передбачає повне, але тимчасове блокування можливості здійснювати фінансові транзакції та доступ до гемблінг-платформ (встановлення блокуючого ПЗ, передача фінансового контролю довірений особі). Паралельно впроваджуються протоколи фізичної розрядки для каналізації надлишкового адреналіну.

- Для «Інформаційного фенотипу» (Цивільні) впроваджується протокол «Інформаційної гігієни». Мета: розірвати цикл підкріплення тривоги. Замість хаотичного моніторингу новин встановлюються фіксовані часові слоти (наприклад, тричі на день по

15 хвилин). У періоди між слотами застосовуються техніки «заземлення» для толерування дискомфорту невизначеності.

Інтегрований модуль безпеки: Протокол превенції суїцидального ризику. Враховуючи високу коморбідність ігрової адикції та суїцидальної поведінки серед військовослужбовців, що детермінується феноменом «фінансового суїциду» на тлі бойової психічної травми, імперативним компонентом програми «Cyber-Resilience» визначено Протокол кризового втручання. Реалізація протоколу інтегрована в структуру Етапу 1 (Стабілізація) та базується на трьох взаємопов'язаних клінічних стратегіях:

1. *Скринінг вітальної загрози.* Діагностичним стандартом входу в терапію для пацієнтів із клінічно вираженою ігровою залежністю ($SOGS > 5$) або депресивною симптоматикою ($HADS-D > 11$) є обов'язкова оцінка суїцидального ризику за Колумбійською шкалою серйозності суїцидальних намірів (C-SSRS).

Емпірично верифіковано, що фінансовий колапс у комбатантів із гемблінг-залежністю виступає критичним тригером, який каталізує трансформацію пасивної аутоагресії (синдром «провини вцілілого») в активні суїцидальні тенденції.

2. *Інтервенція планування безпеки.* Замість формалізованих «антисуїцидальних контрактів», застосовується розробка персоналізованого Плану безпеки - когнітивно-поведінкового інструменту управління кризою. Структура плану включає:

- Ідентифікацію індивідуальних тригерів суїцидального імпульсу
- Формування репертуару адаптивних копінг-стратегій (алгоритмів заміщувальної поведінки).
- Визначення «соціальних якорів» - довірених осіб (побратимів, командирів, членів родини), залучення яких забезпечує зовнішній ресурс підтримки у кризовий момент.

3. *Когнітивний рефреймінг пресуїцидального «тунельного бачення».* У межах логотерапевтичного підходу здійснюється корекція феномену патологічного «звуження свідомості», що є ключовим клінічним маркером пресуїцидального стану. Терапевтична мішень полягає у когнітивній диференціації понять: деконструкції сприйняття «Боргу» як незворотної екзистенційної катастрофи («Кінець») та його рекваліфікації у статус ситуативної проблеми. Інтервенція спрямована на інсталяцію адаптивної смислової установки, що чітко розмежовує категорії фінансової та вітальної цінності: «Фінансові зобов'язання інтерпретуються суб'єктом як вартість набутого життєвого досвіду, а не як еквівалент вартості самого життя». Реалізується принцип Франкла «Сказати життю Так!»: допомога пацієнту у знаходженні сенсу навіть у

найтрагічніших обставинах болю та провини, що стає найпотужнішим запобіжником суїциду [13].

Рис.6

Алгоритм Плану безпеки для військовослужбовця з ігровою залежністю



Етап 2. Терапія та когнітивне опрацювання (Тижні 3–6).

Мета: деконструкція патологічних когнітивних схем, що підтримують залежність, та опрацювання первинного травматичного досвіду. На цьому етапі відбувається перехід від поведінкових обмежень до глибинної роботи з мисленням та емоціями (КІПТ/Травмофокусована терапія).

Для відновлення контакту з тілесністю та емоційною сферою, які часто блокуються при ПТСР, у структуру втручання інтегровано авторську методику «Жити життя вчасно» [8]. Вона дозволяє опрацювати первинний травматичний досвід через відновлення чутливості до соматичних маркерів емоцій, ресинхронізацію часового сприйняття (розмежування травматичного минулого і безпечного теперішнього) та інтеграцію дисоційованих переживань у цілісний життєвий наратив».

А). Корекція адиктивних когніцій:

- У роботі з гемблерами фокус робиться на деміфологізації «помилки гравця» та ілюзії контролю над випадковими подіями. Навичка «стрес-серфінгу» навчає пацієнта сприймати імпульс до гри як тимчасову хвилю, яку можна «перечекати», не вдаючись до реалізації дії.

- У роботі з думскролерами проводиться когнітивна реструктуризація катастрофічних передбачень.

Б). Травмофокусована робота (для «Ескапістського типу».

Ключовим завданням є подолання механізму уникнення. Замість втечі у віртуальні світи, пацієнт під супроводом терапевта поступово наближається до опрацювання травматичних спогадів. Це дозволяє

знизити інтенсивність флешбеків і зменшити потребу в «цифровій анестезії».

Етап 3. Соціально-екзистенційна інтеграція (Тиждні 7–12).

Мета: відновлення смисложиттєвих орієнтирів, формування посттравматичного зростання та реінтеграція у соціум. Це найбільш важливий етап, що базується на методології логотерапії В. Франкла. Згідно з його вченням, саме втрата сенсу є першопричиною «екзистенційного вакууму», який пацієнти намагаються заповнити сурогатами гри, тому завданням терапії є усвідомлення того, що життя очікує від людини відповіді на виклики долі [12].

Дослідження Е. Маршалл підтверджують, що застосування логотерапевтичних технік значно підвищує ефективність реабілітації при ноогенних неврозах, дозволяючи пацієнту вийти за межі егоцентричної фіксації на власних стражданнях [4].

Методологічно ми спираємося на досвід Е. Егер, яка стверджує, що навіть у полоні обставин людина зберігає «останню свободу» – свободу обирати своє ставлення до страждань. Цей інсайт є ключовим для військових, які втратили фізичне здоров'я, але мають віднайти ментальну автономність [1].

- Трансформація волі (для військових). Терапія спрямована на сублімацію потреби в ризику («воля до влади/адреналіну») у конструктивну діяльність. Працює механізм переспрямування енергії на наставництво, інструкторську діяльність або волонтерство. Участь у групах взаємопідтримки (за принципом Анонімних груп) забезпечує відновлення почуття приналежності («братерства») у безпечному середовищі.

- «Трагічний оптимізм» (для поранених/ескапістів). Робота з прийняттям незворотності втрат (фізичних або матеріальних). Формування позиції «трагічного оптимізму» передбачає здатність бачити сенс життя попри біль і страждання. Використовується концепція «цінностей відношення»: якщо ми не можемо змінити обставини, ми можемо змінити своє ставлення до них, обираючи гідність замість втечі.

- Техніка «Дерефлексія» (для цивільних). Для подолання тривожної фіксації на власних страхах застосовується метод дерефлексії - переключення уваги з «Я» на «Світ». Пацієнт заохочується до активної дії в реальному світі (допомога іншим, офлайн-робота), що знижує рівень невротичної рефлексії та повертає відчуття суб'єктності.

Кінцевою метою реалізації протоколу «Cyber-Resilience» є не фрагментарне усунення симптомів, а формування цілісної Екосистеми цифрової стійкості особистості. Ми визначаємо цю екосистему як динамічну структуру, що забезпечує гомеостаз між

вітальними потребами людини, вимогами безпеки воєнного часу та цифровим середовищем.

Рис. 7

Структурно-функціональна модель екосистеми цифрової стійкості



3.3. Емпірична верифікація ефективності програми «Cyber-Resilience»: аналіз динаміки змін. Для підтвердження валідності запропонованого протоколу було проведено контрольний етап формувального експерименту. Оцінка ефективності здійснювалася шляхом порівняння динаміки показників в Експериментальній (ЕГ, $n=35$) та Контрольній (КГ, $n=35$) групах до та після реалізації 12-тижневої програми реабілітації. Статистична обробка результатів контрольного зрізу виявила значущі розбіжності у траєкторіях відновлення досліджуваних груп.

Таблиця 7

Динаміка показників кіберзалежності та психопатології в ЕГ та КГ ($M \pm SD$)

Показник (Методика)	Етап	ЕГ ($n=35$) (Протокол)	КГ ($n=35$) (Стандарт)	Δ (Дельта змін в ЕГ)	U-критерій (Різниця між групами після)
Інтернет-залежність (CIAS)	До	76,4 $\pm$ 8,1	75,9 $\pm$ 7,8	-	$p > 0,05$
	Після	48,2 $\pm$ 6,5	69,4 $\pm$ 7,2	-28,2	$p < 0,001$
Гемблінг (SOGS)	До	9,1 $\pm$ 3,2	8,9 $\pm$ 3,0	-	$p > 0,05$
	Після	3,8 $\pm$ 2,1	7,6 $\pm$ 2,8	-5,3	$p < 0,001$

ПТСР (PCL-5)	До	52,3 $\pm$ 10,4	51,8 $\pm$ 9,9	-	$p > 0,05$
	Після	38,5 $\pm$ 9,1	49,2 $\pm$ 9,5	-13,8	$p < 0,01$
Тривога (HADS-A)	До	13,8 $\pm$ 3,5	13,5 $\pm$ 3,2	-	$p > 0,05$
	Після	8,1 $\pm$ 2,4	12,4 $\pm$ 3,0	-5,7	$p < 0,001$
Суїцидальний ризик (SBQ-R)	До	12,4 $\pm$ 3,5	11,9 $\pm$ 3,2	-	$p > 0,05$
	Після	4,2 $\pm$ 1,8	10,5 $\pm$ 3,1	-8,2	$p < 0,001$

Примітка: Жирним шрифтом виділено статистично значущі зміни та відмінності.

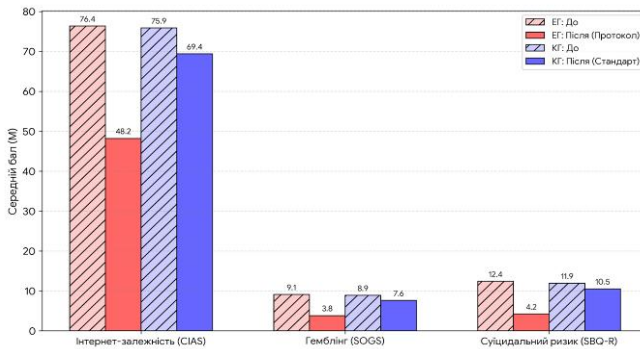
Аналіз динаміки змін (Інтерпретація результатів Таблиці 7).
Порівняльний аналіз фінальних показників засвідчив статистично значущу дивергенцію (розбіжність) траєкторій відновлення між групами:

- В Експериментальній групі (ЕГ) зафіксовано статично значущу редукцію рівня інтернет-залежності ($\Delta = -28,2$ бала), що відповідає переходу респондентів у зону нормативного користування. Натомість у Контрольній групі (КГ) показники залишилися в межах групи ризику (69,4 бала), що підтверджує недостатність стандартних методів для подолання цифрової адикції.

- Найбільш показовим є результат за шкалою SOGS. В учасників ЕГ середній бал знизився до 3,8 (зона соціальної гри без патології), тоді як у КГ він становить 7,6 (зона патологічного гемблінгу). Це доводить, що застосування технік «Цифрового джгута» та роботи з імпульсом дозволяє досягти стійкої ремісії, що клінічно інтерпретується як повна деактуалізація патологічного потягу та відновлення свідомого вольового контролю.

- Критично важливим результатом впровадження протоколу стало зниження індексу суїцидального ризику (SBQ-R) в Експериментальній групі майже втричі - з високого (12,4) до мінімального (4,2) рівня ($p < 0,001$). Це емпірично верифікує ефективність інтегрованого модуля безпеки та логотерапевтичного рефреймінгу смислів.

Порівняльна динаміка зниження показників адикції та суїцидального ризику в Експериментальній (ЕГ) та Контрольній (КГ) групах.



3.4. Практичні рекомендації щодо вдосконалення системи ментального здоров'я в умовах війни. На основі отриманих емпіричних даних та результатів апробації протоколу «Cyber-Resilience» розроблено низку рекомендацій для фахівців сфери психічного здоров'я, командирів підрозділів та організаторів системи медико-психологічної реабілітації.

1. Рівень організаційно-управлінського менеджменту (МОЗ, Міноборони, реабілітаційні центри)

- Інтеграція скринінгу адикцій у протоколи ПТСР. Враховуючи високу коморбідність ігрової залежності та бойової травми (кореляція $r = 0,74$ з гіперактивністю), рекомендується включити інструменти експрес-діагностики (шкали SOGS та CIAS) до уніфікованого клінічного протоколу первинної оцінки стану військовослужбовців.

- Впровадження диференційованих маршрутів пацієнта. Необхідна відмова від уніфікованих програм реабілітації на користь фенотипічного підходу. При розподілі пацієнтів слід враховувати провідний драйвер дезадаптації: групи «Адреналінового типу» (акцент на соматоформній утилізації збудження та роботі з ризиком) мають бути відокремлені від груп «Ескапістського типу» (акцент на поведінковій активації та роботі з депресією).

- Протокол фінансової безпеки. У військових шпиталях рекомендовано впровадження адміністративного механізму «добровільного фінансового кураторства» (за інформованою згодою пацієнта) на період стаціонарного лікування. Це дозволить

унеможливити рецидиви гемблінгу, спровоковані медикаментозною стимуляцією або госпітальним стресом.

2. Клініко-методичний рівень (для психологів та психотерапевтів)

- Зміна терапевтичної парадигми. У роботі з комбатантами доцільно змістити фокус з «боротьби із залежністю» (що викликає опір) на «відновлення боєздатності та самоконтролю». Рекомендовано використовувати концепцію «цифрової стійкості» замість стигматизуючої термінології («лудоманія»).

- Фокус на суїцидальній превенції. Для пацієнтів з ігровою залежністю імперативним є моніторинг ризику «фінансового суїциду». Терапевтична робота повинна включати когнітивне роз'єднання понять «борг» та «цінність життя» через логотерапевтичний рефреймінг.

- Психоедукація родин. Розробка програм для членів сімей, спрямованих на подолання співзалежності. Критично важливим є навчання родичів диференціювати «інформаційний думскролінг» (як адаптивний механізм боротьби з тривогою) від емоційної відчуженості, що дозволить знизити рівень інтерперсональних конфліктів.

3. Профілактичний рівень (для підрозділів морально-психологічного забезпечення)

- «Інформаційна гігієна» як елемент бойової підготовки. Імплементация до курсу тактичної підготовки модуля «Цифрова безпека мозку», який формує навички дозованого споживання інформації та профілактики вікарної травматизації.

- Забезпечення альтернативної дофамінергічної стимуляції. Критично важливим є облаштування у місцях відновлення особового складу зон доступу до спортивної інфраструктури. Інтенсивна фізична активність розглядається як безальтернативний інструмент соматоформної утилізації надлишкового психофізіологічного збудження та дієвий засіб профілактики мобільного гемблінгу.

Висновки. У розділі здійснено теоретичне узагальнення та запропоновано нове вирішення наукової проблеми психологічної реабілітації осіб із залежністю від кіберпростору в умовах тривалої війни. Результати дослідження дають підстави для наступних висновків:

1. Парадигмальна трансформація адиктивного ландшафту.

Доведено, що в умовах повномасштабного воєнного конфлікту (2022–2025 рр.) відбулася фундаментальна зміна нозологічної природи адиктивних розладів. Кіберзалежність трансформувалася з ізольованого розладу контролю над імпульсами у провідну трансдіагностичну стратегію дисфункціонального копінгу. Для комбатантів та цивільного населення цифровий простір набув статусу

«тотального адиктивного середовища», що виконує функцію «цифрової анестезії» - механізму швидкої дисоціації від травматичної реальності та екстернальної регуляції нейрохімічного гомеостазу.

2. Феноменологічна кластеризація та диференціація.

Вперше на репрезентативній вибірці (N=350) емпірично верифіковано типологію цифрових фенотипів воєнного часу, що базується на відмінностях в етіологічних драйверах дезадаптації:

- «Адреналіновий» фенотип (військовослужбовці): характеризується патологічним гемблінгом як інструментом соматоформної утилізації надлишкового бойового збудження.

- «Ескапістський» фенотип (поранені, ВПО): проявляється через іммерсивне занурення у віртуальні світи як механізм радикального уникнення флешбеків та фантомного болю.

- «Інформаційний» фенотип (цивільне населення): базується на компульсивному думскролінгу, що виступає спробою когнітивного гіперконтролю на тлі вікарної травматизації.

3. Етіологія коморбідності з бойовою психічною травмою.

Статистично підтверджено гіпотезу про вторинний характер кіберадикції відносно симптомів ПТСР. Для військової вибірки встановлено сильний кореляційний зв'язок ($r = 0,74$) між симптомами гіперактивності та інтенсивністю гемблінгу, що доводить природу гри як форми «self-medication». Натомість у цивільній вибірці предиктором залежності виступає високий рівень ситуативної тривоги, що корелює з часовою дисрегуляцією перебування в мережі.

4. Ефективність інтегративного протоколу «Cyber-Resilience».

Апробація авторської програми реабілітації засвідчила високу терапевтичну ефективність поєднання когнітивно-поведінкових інтервенцій та логотерапії (екзистенційного аналізу). Порівняльний аналіз результатів формувального експерименту в Експериментальній групі виявив статистично значущу редукцію адиктивної симптоматики та відновлення соціального функціонування.

Найвагомішим клінічним результатом стало критичне зниження ризику «фінансового суїциду» серед військовослужбовців (з 12,4 до 4,2 балів за шкалою SBQ-R), що було досягнуто завдяки імплементації протоколів фінансової безпеки («Цифровий джгут») та когнітивному рефреймінгу екзистенційних смислів.

5. Теоретико-методологічна новизна.

Обґрунтовано необхідність відмови від традиційної наркологічної парадигми повної абстиненції («цифровий детокс»), яка є дезадаптивною в умовах мережецентричної війни. Натомість запропоновано концепцію «Цифрової стійкості», що визначається як здатність особистості до функціональної сегрегації використання технологій: чіткого когнітивного розмежування інструментальної

складової гаджета (безпека, зв'язок) та адиктивної компоненти (втеча від реальності).

6. Практична імплементація.

Розроблено практичні рекомендації для системи ментального здоров'я, що передбачають інституціоналізацію скринінгу адикцій у протоколах лікування ПТСР, створення диференційованих реабілітаційних маршрутів та забезпечення альтернативних джерел дофамінергічної стимуляції у місцях відновлення особового складу.

Література:

1. Егер Е. Є. Вибір. Прийняти можливе / пер. з англ. Христина Радченко. Київ : Книголав, 2022. 400 с.
2. Ігровий розлад: клінічний посібник з лікування / ред.: Джон Е. Грант, Марк Н. Потенца ; наук. ред. укр. вид. Рустам Ісаков. Київ : ВСВ «Медицина», 2024. 279 с.
3. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Діагностування поведінкових адикцій військовослужбовців : метод. посіб. Київ : ТОВ «7БЦ», 2024. 36 с.
4. Маршалл Е., Маршалл М. Логотерапія та екзистенційний аналіз в управленні моральною травмою. Дніпро : Середняк Т. К., 2024. 246 с.
5. Панок В. Г., Куліш Т. І. Захист і підтримка ментального здоров'я українців в умовах воєнного стану: виклики і відповіді. *Вісник Національної академії педагогічних наук України*. 2024. Т. 6, № 2. С. 1–7. <https://doi.org/10.37472/v.naes.2024.6221>
6. Попов О., Чуйко О. Вплив війни на цифрову поведінку ветеранів та кіберзалежність // Інформаційні технології і засоби навчання. 2023. URL: <https://journals.urau.ua/index.php/2079-2115/article/view/289012> (дата звернення: 22.11.2025).
7. Про затвердження Нового клінічного протоколу медичної допомоги «Ігрова залежність (лудоманія)» : Наказ МОЗ України від 10.07.2024 № 1201. URL: <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-10-07-2024-1201-pro-zatverdzhennya-novogo-klinichnogo-protokolu-medichnoyi-dopomogi-igrova-zalezhnist-ludomaniya> (дата звернення: 07.11.2025).
8. Самара О. Є. Жити життя вчасно як екзистенційна та психотерапевтична компетентність. *Сенс як ресурс у воєнний час: логотерапевтичний погляд* : матеріали Всеукр. форуму з міжнар. участю (м. Івано-Франківськ, 9 вер. 2025 р.). Івано-Франківськ : Ун-т Короля Данила, 2025. С. 58–62. <https://doi.org/10.33098/2025.1.09.09>
9. Самара О. Є., Коваленко О. І. Динаміка прагнення до сенсу серед українців під час повномасштабної війни. *Габітус*. 2024. Вип. 68. С. 200–203. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.68.33>
10. Самара О. Є., Лефтеров В. О. Особливості психологічної реабілітації осіб, які переживають травматичні події війни. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2022. URL: <http://dcpp.nuczu.edu.ua/uk/3-16.html> (дата звернення: 26.11.2025). <https://doi.org/10.52363/dcpp-2022.3.7>

11. Саутвік С. М., Чарні Д. С. Резилієнтність: Мистецтво долати найбільші виклики життя. Львів : Галицька видавнича спілка, 2022. 365 с.
12. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Харків : Книжковий Клуб «Клуб Сімейного Дозвілля», 2020. 156 с.
13. Франкл В. Сказати життю «Так». Психолог у концтаборі. Таллін : Abi Print Ltd, 2023. 112 с.
14. Чуйко О. Українська адаптація тесту інтернет-залежності // Інформаційні технології і засоби навчання. 2023. URL: <https://journals.uran.ua/index.php/2079-2115/article/view/289013> (дата звернення: 19.11.2025).
15. Яблонська Т., Верник О., Гайворонський Г. Українська адаптація опитувальника «Brief-COPE» // Insight: the psychological dimensions of society. 2023. № 10. С. 66–89. <https://doi.org/10.32999/2663-970X/2023-10-5> (дата звернення: 11.11.2025).
16. Alsubaie S. H. et al. Digital Detox Strategies and Mental Health: A Comprehensive Scoping Review of Why, Where, and How // Cureus. 2024. Vol. 16, № 12. Article e76341. <https://doi.org/10.7759/cureus.76341> (date of access: 02.11.2025).
17. Desperation, war, and slots: Inside the gambling spiral consuming Ukraine's soldiers // Euromaidan Press. 2025. October 23. URL: <https://euromaidanpress.com/2025/10/23/ukrainian-soldiers-gambling-crisis-petrychenko/> (date of access: 26.11.2025).
18. Dvornyk M., Sliusarevskiy M. Digital well-being of Ukrainians experiencing full-scale war: A cross-sectional study // Scientific Studies on Social and Political Psychology. 2025. Vol. 31, № 1. P. 16–24. <https://doi.org/10.61727/ssppj/1.2025.16> (date of access: 20.11.2025).
19. Esparza-Reig J. et al. A Reliability Generalization Meta-analysis of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) // Psicothema. 2021. Vol. 33, № 3. P. 490–499. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34297680/> (date of access: 28.11.2025).
20. Global Initiative Against Transnational Organized Crime. Collateral Damage: Assessing Substance Use in Ukraine's Military. Geneva, 2025. 52 p. URL: <https://globalinitiative.net/wp-content/uploads/2025/03/GI-TOC-Collateral-damage-Assessing-substance-use-in-Ukraines-military-March-2025.pdf> (date of access: 14.11.2025).
21. Griffin B. J. et al. Moral Injury and Recovery in Uniformed Professionals: A Scoping Review // Frontiers in Psychiatry. 2022. Vol. 13. Article 880442. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.880442> (date of access: 13.11.2025).
22. Haydabrus A., Santana-Santana M., Lazarenko Y., Giménez-Llort L. Current War in Ukraine: Lessons from the Impact of War on Combatants' Mental Health during the Last Decade // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, № 17. Article 10536. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710536> (date of access: 26.11.2025).
23. Hitch C. et al. Acceptance and commitment therapy for co-occurring gambling disorder and posttraumatic stress disorder in veterans: a narrative review // European Journal of Psychotraumatology. 2023. Vol. 14, № 1. Article 2063923. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9970237/> (date of access: 26.11.2025).

24. McLean L. et al. Doomscrolling and mental well-being // Journal of Anxiety Disorders. 2024. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38429976/> (date of access: 26.11.2025).

25. Pavlova I., Graf-Vlachy L., Petrytsa P., Wang S., Zhang S. X. Early evidence on the mental health of Ukrainian civilian and professional combatants during the Russian invasion // European Psychiatry. 2022. Vol. 65, № 1. Article e79. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2335> (date of access: 17.11.2025).

26. Samara O., Shkrabiuk V., Kompanovych M., Liebiedieva S., Mateiko N., Shelever O. Psychological Aid to Victims of War and the Covid Pandemic - 19 in Ukraine // BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience. 2022. Vol. 13, № 4. P. 227–241. <https://doi.org/10.18662/brain/13.4/385>

27. Shirk S. D. et al. Mindfulness-Based Relapse Prevention for the Treatment of Gambling Disorder among U.S. Military Veterans: Case Series and Feasibility // Clinical Case Studies. 2022. Vol. 21, № 1. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15346501211020122> (date of access: 26.11.2025).

28. Tsilmak O., Samara O., Bessarab A., Zoska Y., Sklianska O. The impact of internet dependence on human behaviour and well-being: a socio-psychological analysis // Multidisciplinary Science Journal. 2024. Vol. 6. Article 2024ss0717. <https://doi.org/10.31893/multiscience.2024ss0717>

DOI: <https://doi.org/10.32837/11300.32853>

Дубрянська Н. О.

магістрант ОП «Психологія»

Центру заочного та дистанційного навчання

НУ «Одеська юридична академія»

Джежжик О. В.

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри психології

НУ «Одеська юридична академія»

ORCID:<https://orcid.org/0000-0003-2570-2589>

5.2. Психологічні чинники та напрями профілактики алкогольної залежності у молоді в цифровому інформаційному просторі

У розділі представлені результати емпіричного дослідження схильності молоді до вживання алкоголю, а також розроблені авторами напрями профілактики алкогольної залежності у молоді.

Продемонстрований аналіз результатів анкетування, метою якого було виявлення проблемних моментів, що стосуються виникнення алкоголізації, та визначення напрямів її профілактики та психодіагностичне обстеження із застосуванням патохарактерологічного