

ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І. МЕЧНИКОВА

(повне найменування вищого навчального закладу)

Факультет психології та соціальної роботи

(повне найменування інституту/факультету)

Кафедра соціальної психології

(повна назва кафедри)

## Кваліфікаційна робота

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему: «**Вплив соціального оточення на формування адиктивної поведінки особистості**»

« **The influence of the social environment on the formation of addictive behavior of the individual** »

Виконала: студентка заочної форми навчання спеціальності 053 Психологія  
Освітня програма «магістр»  
Токарева Ольга Олександрівна  
Керівник к. психол.н., доц. Амплєєва О.М.  
Рецензент к. психол. н., доц. Щербак Т.С.

Рекомендовано до захисту:  
Протокол засідання кафедри  
№ 3 від 24 жовтня 2024 р.

Завідувачка кафедри

\_\_\_\_\_  
(підпис)

О.І. Кононенко  
(ПІБ)

Захищено на засіданні ЕК № \_\_\_\_  
протокол № \_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 2024 р.  
Оцінка \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(за національною шкалою, шкалою ECTS, бали)  
Голова ЕК

\_\_\_\_\_  
(підпис)

Н.В. Родіна  
(ПІБ)

## ЗМІСТ

ВСТУП .....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	8
1.1 Характеристика адиктивної поведінки особистості.....	8
1.2 Функціональна роль наркотиків та алкоголю на різних етапах залежності.....	30
1.3 Соціальне оточення та його вплив на формування адитивної поведінки.....	46
Висновки до першого розділу.....	54
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ.....	56
2.1.Методичне забезпечення проблеми виявлення адиктивної поведінки у осіб, що вживають алкоголь.....	56
2.2.Опис і проведення методик на виявлення адиктивної поведінки.....	70
2.3.Рекомендації щодо профілактики та корекції адиктивної поведінки.....	86
Висновки до другого розділу.....	96
ВИСНОВКИ.....	97
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	105

## ВСТУП

**Актуальність теми** обумовлена зростанням рівня адикцій серед молоді, а саме алкоголізму як найбільш доступне та поширене явище, що викликано не тільки внутрішніми особистісними факторами, але й впливом соціального середовища, в якому вони живуть. Дослідження взаємозв'язку між оточенням і формуванням залежностей може стати основою для розробки ефективних профілактичних і корекційних програм. Тому у нашій кваліфікаційній роботі питання формування адиктивної особистості ми розглядатимемо через дану призму.

Алкоголізм – серйозне захворювання, яке псує життя не тільки алкоголіку, але і його близьким. На жаль, за рівнем поширення цієї залежності, ми є однією з передових країн не тільки в Європі, але і в світі. Сприяють цьому захворюванню безліч причин – від історичних, релігійних особливостей і до соціально-економічного становища в країні. Багато хто намагається вирішити свої проблеми, запиваючи їх спиртними напоями.

Звичайно ж, проблеми таким чином ніяк не вирішуються, а людина отримує величезний удар по своєму фізичному і психічному здоров'ю. При систематичному вживанні алкоголю (алкоголізм) дуже швидко розвивається в залежність – спочатку фізичну, а потім вже і на психічному рівні. У алкоголіків формується абстинентний синдром, а в запущених випадках – соматоневрологічне порушення і психічна деградація.

Алкогольний розлад – це вид наркотичної залежності, що проявляється як зловживання алкоголем або залежність від нього. Перебіг таких розладів дуже різноманітний і часто супроводжується чергуванням ремісій та рецидивів. Основні довгострокові цілі лікування алкогольної залежності включають повне утримання (або зменшення вживання та його наслідків), запобігання рецидивам та реабілітацію. Тривають дискусії щодо того, наскільки корисним є скорочення споживання алкоголю в довгостроковій перспективі, тому відмова від алкоголю залишається оптимальним

результатом терапії алкогольної залежності. У своїй роботі я спробую довести це або спростувати.

В даній роботі ми розглянемо гіпотезу про залежність як стиль мислення. Сприйняття світу має глибокий психологічний підтекст і перегукується з сучасними концепціями, що вивчають природу адикції. Дійсно, багато сучасних досліджень підкреслюють, що залежність є не просто поведінковим патерном, а результатом складної взаємодії між особистісними, сімейними та соціальними факторами, які формують специфічний «залежний» стиль мислення.

Також у нашій роботі ми роздивимося декілька основних факторів, які формують особистість та мають вплив на подальше життя індивіда таке як середовище і виховання. Багато психологів і психотерапевтів підкреслюють, що в дитинстві закладаються певні схильності до залежності, особливо коли йдеться про емоційне оточення і стиль виховання. Наприклад, діти, які виростили в сім'ях із жорстким контролем або надмірною опікою, часто схильні до розвитку тривожності, низької самооцінки або надмірної потреби в «зовнішніх підкріпленнях» (як-от увага, схвалення). У подальшому житті це може призвести до пошуку способів зняття стресу та уникнення дискомфорту через зовнішні засоби – алкоголь, наркотики, азартні ігри тощо.

Залежність, як стиль мислення, може характеризуватися особливими моделями сприйняття – наприклад, уникненням проблем, зосередженням на миттєвому задоволенні, униканням відповідальності. Це також пов'язано із специфічними когнітивними викривленнями, коли людина починає сприймати світ через призму своїх «потреб» у залежності. Наприклад, думки на кшталт «я не зможу справитися без...» стають частиною автоматизованого мислення.

Роль мікро- та макрофакторів є значною при цьому. Так, макрофактори (економічна ситуація, культурні та соціальні норми, рівень доступності заборонених речовин) і мікрофактори (сім'я, оточення) можуть не лише підтримувати залежність, а й формувати схильність до неї. Суспільство, яке

не надає достатньої психологічної підтримки, нормалізує вживання алкоголю чи інших речовин, закладає в дитині схильність до залежного мислення ще задовго до того, як вона стикнеться із самою залежністю.

Залежність також проявляється як автоматизм. Коли «залежне» мислення формується в дитинстві або підлітковому віці, воно поступово стає автоматичним. Це стосується і реакцій на стресові ситуації, де людина схильна діяти за звичною моделлю, тобто вибирає те, що допомагає їй на короткий час "відключитися" чи отримати певний дофаміновий підйом.

Ця гіпотеза має відображення в концепції когнітивно-поведінкової терапії залежностей, а також у теоріях, які підкреслюють роль емоційного інтелекту та саморегуляції у формуванні залежностей. Також можна згадати теорію прив'язаності, яка пояснює, як відсутність безпечної прив'язаності у дитинстві сприяє розвитку тривожного, унікального або ж залежного стилю взаємодії з навколишнім світом.

Розуміння залежності як стилю мислення дає можливість звертати увагу на профілактику в дитинстві та підлітковому віці, працюючи з формуванням стійкості, емоційної саморегуляції, здатності до вирішення проблем і критичного мислення. Це вимагає не лише роботи з дітьми, а й з їхнім оточенням, щоб уникнути факторів, що «закріплюють» цей стиль мислення.

Ця ідея заслуговує на глибше дослідження, і сучасні українські психологи можуть знайти нові підходи до вивчення й лікування залежностей, враховуючи особистісні та соціальні фактори, розкриті в даній роботі.

Зловживання алкоголем є стилем життя, що спричиняє одне або більше з наступних наслідків як нездатність виконувати обов'язки на роботі, в навчанні або вдома; вживання алкоголю в ризикованих ситуаціях; часті проблеми із законом, пов'язані з алкоголем; продовження пиття, попри наявні труднощі у стосунках, які погіршуються через це.

Алкогольна залежність характеризується наявністю щонайменше трьох з таких ознак: фізична толерантність; симптоми абстиненції; багаторазові

невдалі спроби зменшити вживання; вживання більшої кількості алкоголю, ніж планувалося; надмірна витрата часу на придбання, пиття чи відновлення після вживання; зниження соціальної, професійної чи дозвільної активності; продовження вживання, попри відомі негативні фізичні й психологічні наслідки. Тому обрана тема роботи не втрачає своєї актуальності особливо сьогодні.

**Метою дослідження** є теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження впливу оточення на формування адиктивної поведінки особистості.

Для досягнення поставленої мети були поставлені такі завдання:

1. Охарактеризувати адиктивну поведінку особистості.
2. Розкрити функціональну роль наркотиків та алкоголю на різних етапах залежності.
3. Розглянути особливості впливу соціального оточення на формування адиктивної поведінки.
4. Провести діагностику на виявлення адиктивної поведінки.
5. Надати рекомендації щодо профілактики та корекції адиктивної поведінки.

**Об'єкт дослідження** – адиктивна поведінка.

**Предметом дослідження** є вплив соціального оточення на формування адиктивної поведінки особистості.

**Методи дослідження:** поставлені завдання вирішувалися за допомогою загальнонаукових та психолого-педагогічних методів. Зокрема, були використані методи аналізу і синтезу, індукції та дедукції, порівняння, спостереження. Психодіагностичний комплекс методик становили: тест адиктивних установок (Мак-Маллана - Гейлхара (MGAA); AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), для вивчення алкогольної залежності та розладів, пов'язаних з алкоголем (BOOЗ); Тест «Експрес-діагностика хімічної залежності у підлітків» (опитувальник RAFFT); тест на інтернет-залежність (Internet Addiction Test, IAT).

**Організація і база проведення емпіричної роботи.** Дослідження проводилося на базі РЦ «Сходи», спеціалізований центр для лікування всіх видів залежностей, м. Одеси. При дослідженні ми використали вибірку в 31 особу: пацієнти, які перебували у реабілітаційному центрі «Сходи», віком 13-19 років, серед яких 18 хлопців і 13 дівчат.

**Практичне значення одержаних результатів.** Результати отримані в нашому дослідженні можуть стати основою для розробки профілактичних програм, спрямованих на попередження ускладнень алкоголізму, інформування підлітків та їхнього оточення щодо цієї проблеми та запобігання розвитку залежності серед молоді.

**Структура роботи** складається зі вступу, двох розділів, шести підрозділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків та списку використаних джерел. Загальний обсяг роботи складає 113 сторінок, з яких 104 сторінки присвячені основному змісту. Робота містить 5 таблиць, 3 рисунки, список використаних джерел налічує 95 праць вітчизняних та зарубіжних авторів.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

### 1.1. Характеристика адиктивної поведінки особистості

Сучасне суспільство стикається з серйозними проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, що негативно позначається на психічному здоров'ї особистості. Алкоголізм, як форма адиктивної поведінки, є не лише медичною, але й соціальною проблемою, яка потребує комплексного підходу до вирішення. Психічний стан особистості під впливом алкоголю може зазнавати значних змін, що призводить до розладів поведінки, руйнування міжособистісних стосунків та соціальної дезадаптації.

Формування адиктивних схильностей серед підлітків є серйозною проблемою сучасного суспільства, оскільки цей життєвий етап супроводжується значними психологічними, соціальними та емоційними змінами. У пошуках самовираження підлітки стають вразливими до впливу однолітків і соціального середовища. Характерними рисами залежної особистості є схильність до адиктивної поведінки, що може проявлятися як психологічна або хімічна залежність. Важливим аспектом дослідження є вивчення зовнішніх чинників, які можуть як сприяти, так і стримувати розвиток залежностей. У цьому контексті особливої уваги потребують соціальні, культурні й економічні умови, а також особистісні особливості, які можуть підвищувати вразливість до адиктивної поведінки.

Вразливість до зовнішніх впливів наявна у них, адже підлітковий вік є періодом активного формування цінностей та світогляду. Вплив однолітків, соціальних мереж і культурних норм може сприяти ризиковій поведінці, зокрема вживанню алкоголю та наркотиків. За умов, коли оточення

підтримує або заохочує такі звички, підлітки легко можуть стати схильними до адиктивної поведінки [3, с. 10].

Психологічні потреби з якими підлітки часто зіштовхуються, це і численні стресові ситуації, такі як труднощі у навчанні, проблеми у стосунках з батьками та однолітками, що може підштовхнути їх до пошуку розради в наркотиках або алкоголі. Вживання психоактивних речовин може здаватися способом втечі від реальності чи способом подолання внутрішніх конфліктів.

Відсутність позитивної системи підтримки, такої як сім'я, друзі або консультанти, може сприяти розвитку залежностей. Підлітки, які не отримують достатньої емоційної підтримки або відчувають ізоляцію, частіше шукають способи впоратися з труднощами через адиктивні звички.

Також соціально-економічні умови можуть впливати на формування адиктивних передумов. Молоді люди з низьким соціально-економічним статусом частіше вдаються до вживання наркотиків або алкоголю, оскільки їм бракує можливостей для позитивного саморозвитку та подолання стресу.

Розглянувши положення молоді в Україні, слід перейти до сутності адиктивної поведінки. Перш ніж аналізувати адиктивну поведінку, важливо визначити термін "адикція".

Походження терміну "адикція" пов'язане з рабською залежністю. Хоча людина, залежна від наркотиків, може відчувати себе підвладною таким речовинам, як тютюн, алкоголь, їжа, наркотики, психотропні препарати або навіть інші люди, ці об'єкти не є "паразитами" для неї. Навпаки, об'єкт наркотичної звички сприймається як "добрий" по своїй суті, іноді стаючи єдиним заняттям, яке, здавалося б, надає сенс життю особи. Психічна економія, яка лежить в основі наркотичної поведінки, має на меті знижувати відчуття тривоги, гніву, провини, пригніченості, депресії або будь-якого іншого емоційного стану, який викликає нестерпне психічне напруження. Як тільки джерело наркотичного стану або дії було знайдено, воно повинно бути завжди під рукою, щоб полегшити ці емоційні переживання, хоч би на

короткий час, коли це буде необхідно. Отже, одна з цілей наркотичної поведінки — це позбавлення від емоційних переживань [63, с. 14].

Перевага терміну "адиктивна поведінка" полягає в його міжнародній транскрипції, а також у можливості ідентифікувати особу з подібними звичками як "адикт" або "адиктивна особистість".

У цьому контексті варто зосередитись на визначенні поняття "звичка". В українській мові слово "звик" має два різних значення, які, проте, збігаються в сенсі "прийняв". Перше значення, яке можна назвати "привичкою терпіння", веде до зниження емоційності. Це може бути: "пристосувався", "примирився", "приноровився" — загалом, "звик". У цьому контексті звичка є способом адаптації до обставин, в результаті чого емоційна реакція на певні події знижується.

Друге значення — "звичка - прив'язаність" або "звичка - пристрасть" — спричиняє зростання емоційності: "звик", "прив'язався", "відчуваю потребу", "тягу", "потяг", "не можу без...". Тут звикання стає цінністю, яка може перетворитися на надцінність. Коли звичка переходить в залежність, людина починає відчувати дискомфорт при її відсутності, виникає бажання повернутися до неї, повторити або замінити чимось еквівалентним.

Важливо зазначити, що предмет звички перетворюється на цінність, а пізніше – на надцінність. Переходячи від звички до залежності, відбувається поступове заміщення і витіснення інших, природних для людини потреб, таких як їжа, рух, сон, любов. Цей процес є небезпечним, оскільки залежність починає домінувати над основними життєвими звичками і потребами.

Трактування поняття "адиктивність" можна розглядати в двох аспектах: хімічна залежність — в цьому випадку адиктивна поведінка є аутодеструктивною, пов'язаною з залежністю від вживання певних речовин або специфічної діяльності, що змінює психічний стан. Це переживається суб'єктивно як неможливість існування без об'єкта адикції, як нездоланне прагнення до нього. Така поведінка веде до вираженого аутодеструктивного

ефекту, оскільки руйнує не тільки фізичне здоров'я, а й особистість людини [60, с. 87].

Девіантне поведіння - у цьому контексті адиктивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки особистості, пов'язаною зі зловживанням чимось або кимось для саморегуляції чи адаптації. Адиктивна поведінка має багато підвидів, диференційованих, переважно, за об'єктом адикції. Це можуть бути як хімічні речовини, так і інші об'єкти або форми активності - гроші, робота, ігри, фізичні вправи або секс. Серед найбільш відомих біологічних концепцій девіантної поведінки - теорії Ч. Ломброзо, Ф. Гальтона, Е. Кречмера, К. Лоренца.

Детермінація девіантної поведінки полягає у вивченні причин, що впливають на появу відхилень у поведінці. Науковці виділяють три основні групи чинників, які можуть пояснити девіантну поведінку: соціальні, біологічні та психологічні. Залежно від підходу, який використовують дослідники, кожна з цих груп чинників може відігравати вирішальну роль.

Соціологічні концепції пояснюють девіантну поведінку через умови, у яких живе суспільство. Наприклад, згідно з Емілем Дюркгеймом, Робертом Мертоном та іншими соціологами, девіантна поведінка часто виникає як відповідь на соціальні проблеми чи кризові ситуації в суспільстві.

Біологічні підходи виводять девіантну поведінку на основі фізіологічних або генетичних чинників. Зокрема, теорії Чезаре Ломброзо, Френсіса Гальтона та Ернста Кречмера вказують на можливість вродженої або набутої схильності до девіацій через фізіологічні фактори. А. Адлер пояснює виникнення девіацій через комплекс неповноцінності та неправильний стиль життя, сформований в дитинстві. Наприклад, низький рівень соціального інтересу та активності особистості може призводити до злочинності, агресивності і патологічної тяги до влади. Водночас, високий рівень соціального інтересу та розвинене творче "Я" сприяють самореалізації особистості, дозволяючи їй успішно вирішувати три основні завдання: робота, дружба і любов [18, с. 19].

У концепціях неофрейдизму особистість розглядається як продукт впливу соціального та культурного оточення. Вважається, що основи девіантної поведінки часто закладаються через недостатній емоційний зв'язок і брак почуття захищеності та довіри в дитинстві. Психологи, такі як Карен Хорні та Ерік Еріксон, підкреслюють, що саме ці фактори є ключовими у формуванні здорової особистості. [19, с. 116].

Зокрема, Карен Хорні вводить поняття "базальної тривоги" та "базальної ворожості". Це несвідомі почуття, які можуть виникати у дитини, якщо в перші роки життя вона не отримує необхідної уваги та турботи від батьків. У дорослому віці такі переживання, хоча й залишаються на рівні підсвідомості, часто проявляються у вигляді невротичних тенденцій: це може бути або сильна залежність у стосунках, або, навпаки, схильність до конфліктності, агресії, складності у взаємодії з оточуючими людьми. [69, с. 91].

Особливий інтерес для психології становлять психологічні концепції, оскільки саме вони намагаються зрозуміти внутрішні механізми, що впливають на поведінку людини. Психологічні підходи розглядають девіантну поведінку з точки зору особистісних процесів та взаємодії людини з її внутрішнім світом.

Існує кілька основних напрямків у психології, які пропонують різні теорії девіантної поведінки:

Психоаналітичні теорії - наприклад, Зигмунд Фрейд пояснює девіантну поведінку як результат внутрішнього конфлікту між інстинктами і суспільними нормами. На його думку, чим краще людина усвідомлює свої внутрішні потреби і чим сильніше її Ego, тим менше вона схильна до поведінкових розладів.

Поведінкові теорії (біхевіоризм) — зосереджені на зовнішніх стимулах, що формують певні звички та моделі поведінки.

Когнітивні теорії — досліджують роль мислення, переконань та когнітивних процесів у формуванні поведінкових відхилень.

Гуманістичні теорії — припускають, що девіантна поведінка може виникати через недостатню реалізацію особистісного потенціалу.

Екзистенційні теорії — акцентують увагу на кризах і пошуках сенсу життя.

Диспозиційні теорії — розглядають девіантну поведінку як результат взаємодії особистісних рис і ситуацій.

Кожен з цих напрямків має свій підхід до визначення чинників, що детермінують девіантну поведінку, і вивчає її через призму власного розуміння сутності особистості та її мотивів. [91, с. 10].

У сучасній літературі, коли йдеться про залежну поведінку, все частіше застосовується термін «адиктивна поведінка». Вперше це поняття обґрунтував і надав йому наукового статусу В. Міллер у 1984 році, визначивши його як процес зловживання речовинами, що змінюють психічний стан, такими як алкоголь, наркотики та тютюн, ще до появи фізичної залежності.

Слово «залежність» має багато інтерпретацій. Відповідно до різних підходів у науках - лінгвістиці, психіатрії, психології, девіантології та наркології - надається акцент різним аспектам цього поняття. З етимологічної точки зору, слово «залежність» походить від дієслова «висіти», що відображає стан підпорядкованості.

Терміни «залежність» і «адикція» часто використовуються як синоніми, оскільки слово «адикція» походить від англійського *addiction*, яке означає пристрасть, схильність або згубну звичку. Перевага терміну «адиктивна поведінка» полягає у його інтернаціональності та можливості описати особу з такими схильностями як «адикта» або «адиктивну особистість».

Варто зазначити, що в наркології, психіатрії та медичній психології термін «залежність» має чітке значення як хвороба з певними діагностичними ознаками. Натомість поняття «адикція» в медичних науках досі не має однозначного трактування, часто розглядаючись або як хвороба,

або як форма девіантної поведінки, тобто поведінки, що відхиляється від загальноприйнятих соціальних, дисциплінарних та моральних норм. [60 с. 10].

Залежність умовно поділяють на нормальну та надмірну. Всі люди від природи схильні формувати залежність від життєво необхідних об'єктів, таких як повітря, вода, їжа. Протягом життя більшість із нас також розвиває здорову прихильність до близьких людей — батьків, друзів, партнера. Однак іноді виникають відхилення, коли прихильність стає надмірною або, навпаки, недостатньою. Такі порушення часто проявляються у вигляді різних розладів особистості, наприклад, аутичного, шизоїдного чи антисоціального.

Багато дослідників вважають, що проблеми з формуванням прихильності у ранньому дитинстві, особливо до року, є одними з основних факторів, що підвищують ризик розвитку залежної поведінки у дорослому віці.

Схильність до надмірної залежності породжує залежну поведінку, яка часто виявляється як у зловживанні відносинами з людьми чи речовинами, так і в спотвореному задоволенні власних потреб. [90, с. 153].

Слово «залежність» має багатозначне трактування. Наприклад, у лінгвістиці, психіатрії, психології, девіантології та наркології це поняття набуває різних значень. Етимологічно ж слово «залежність» походить від слова «висіти», що цікаво нагадує про стан, коли людина «зависає» на певних об'єктах або відносинах, що й визначає природу залежної поведінки.

В онтогенезі відбувається як фізичний, так і психічний розвиток особистості, який охоплює різні етапи життя - від дитинства до старості. Кожен період супроводжується певними потребами та конфліктами між біологічними й соціальними чинниками, які формують досвід людини. За більшістю концепцій, розвиток організму та особистості активується потребами, що викликають різноманітні дії, на початкових етапах винятково емоційні, але вже спонукальні. Коли ці дії «зустрічаються» з об'єктами

навколишнього світу, виникає не тільки пізнання, а й задоволення, пов'язане з певними потребами.

Важливу роль у формуванні адиктивної (залежної) поведінки відіграє механізм позитивного підкріплення. Позитивний емоційний стимул, повторюючись, закріплюється у свідомості, створюючи стійкий поведінковий патерн. Позитивні емоції, які виникають унаслідок цього, активують так звану «зону нагороди» в головному мозку. Вона контролюється системою нейронів і є тією самою для всіх видів діяльності, що приносять задоволення.

Періоди вікових криз є особливо вразливими для людини, оскільки в цей час вона може зіштовхуватися з труднощами, які не здатна вирішити, опираючись лише на попередній досвід. Це пов'язано з тим, що в процесі психологічного розвитку змінюються потреби, і звична соціальна ситуація вже не завжди відповідає новим запитам особистості. Саме тому в кризові моменти підвищується ризик розвитку адиктивної поведінки, оскільки людина шукає способи втекти від стресу або знайти тимчасове задоволення.

Залежність розвивається під впливом різних факторів стресу, які часто виникають через неможливість задовольнити потреби, що відповідають новим життєвим цінностям. Важливу роль відіграє індивідуальна чутливість до цих цінностей. Коли поєднуються ці фактори, ймовірність розвитку залежності суттєво зростає.

Люди з адиктивною поведінкою переживають внутрішній конфлікт: з одного боку, вони розуміють безглуздість своїх вчинків і відчують безнадійність ситуації, з іншого — на підсвідомому рівні можуть не мати реального бажання припинити свою залежність. Залежність може бути свідомим вибором, але з часом це рішення може перетворитися на втрату контролю, коли людина повністю підпорядковується своєму залежному стану.

Мотивація до залежності часто виникає з гедоністичного прагнення до задоволення. Це може бути бажанням пережити моменти ейфорії, уникнути тривоги або відчути свободу від зовнішніх обмежень і обов'язків.

Є два основних механізми формування залежної поведінки:

Перший - це оперантне навчання, коли позитивне підкріплення, навіть якщо воно незначне, з часом закріплюється, що може призвести до стійкої залежності. Такий механізм характерний для ігрових залежностей, залежності від Інтернету або комп'ютерних ігор.

Другий механізм - реактивний імпринтинг, коли стресова ситуація викликає емоційне запам'ятовування події, що супроводжується сильним емоційним відгуком. Це може бути основою для сексуальної залежності або екстремальних форм поведінки.

Що стосується розвитку залежності з самого дитинства, то немовля вже з моменту народження починає адаптуватися до життя за допомогою базових рефлексів, таких як захисні, харчові й орієнтовні. Ці рефлексивні процеси активно включаються відразу після народження. Одним із основних є смоктальний рефлекс, який підтримує процес харчування після пологів. Дитина з самого початку має базові потреби: у їжі, сні, захисті та спілкуванні. Якщо ці потреби задовольняються, дитина відчуває задоволення; якщо ж вони ігноруються — відчуває занепокоєння і плаче. Це дає зрозуміти, наскільки важливо задоволення базових потреб для нормального емоційного розвитку дитини.

Протягом першого року свідомість дитини розвивається, закладаючи основи взаємодії з навколишнім світом. При дефіциті уваги або належного догляду у дитини може виникати недовіра до оточення, яка проявляється тривожністю та дратівливістю. У цьому віці дитина розвивається через емоційне спілкування, тому його нестача може сповільнити розвиток (наприклад, може проявитися так званий «госпітальний синдром»).

Сагінозалежність (лат. *sagina* – годування) – це рання форма залежності, яка виражається у сильній потребі дитини в материнському

молоді навіть після двох років, що свідчить про можливі психоемоційні проблеми. Смоктання є способом заспокоїтися, а залежність від смоктання соски або пальців (феласмозалежність) виконує схожу функцію.

Залежність від смоктання може зберігатися протягом кількох років, що вказує на індивідуальні особливості дитини. Якщо ця потреба є надмірною, це може бути ознакою тривоги і внутрішніх конфліктів. Самозаспокоєння, особливо за допомогою смоктання, призводить до зниження інтересу до навколишнього світу, що, своєю чергою, може спричинити труднощі в соціалізації.

Деякі звички, як кусання нігтів (оніхофагія) чи волосся (трихофагія), або такі залежності, як тютюнопаління та алкоголізм, також можуть мати корені у незадоволеній потребі смоктання.

Парентозалежність (лат. *parentes* – батьки) – це залежність дитини від присутності батьків, зокрема страх розставання, що часто проявляється у віці 1–3 роки і пов'язана з потребою в захисті. У дошкільному віці, коли формується особистість і значущою стає гра, важливим стає визнання однолітків. Якщо перехід від гри до навчання проходить із труднощами, це може свідчити про пезозалежність (грецьк. *pezo* – грати).

У молодшому шкільному віці діти проходять адаптацію до нового соціального середовища. Залежність від сім'ї та неготовність до зміни звичного кола спілкування (ікогенозалежність) може гальмувати соціалізацію дитини.

Підлітковий період супроводжується біологічним дозріванням і появою нової самооцінки. Підлітки можуть схилитися до ідеалізації почуттів і стосунків, переживати через зовнішність, ставлення однолітків та соціальне визнання. На тлі гормональних змін прагнення до самоствердження посилюється, що в умовах недостатньої підтримки дорослих або конфліктів може призвести до формування як хімічних (алкоголь, наркотики), так і нехімічних залежностей (ігрова, комп'ютерна, соціальна).

Використання психоактивних речовин, що викликають змінену психічну діяльність, є однією з найпоширеніших форм адиктивної поведінки серед підлітків. До таких речовин МКХ-10 відносить алкоголь, наркотики, галюциногени, стимулятори, тютюн, седативні засоби та летючі розчинники.

Загалом, розвиток залежної поведінки може бути тісно пов'язаним із різними етапами онтогенезу та викликатися як біологічними, так і соціально-психологічними факторами. Різні кризи та періоди соціальної адаптації підвищують уразливість до стресу, що, при недостатній підтримці, може привести до формування залежностей. [77, с. 18].

Формування адиктивної поведінки є актуальною, особливо серед підлітків і молоді. Важливо зрозуміти, як оточення і соціальні умови можуть впливати на розвиток звичок та залежностей. Розробка програм профілактики адиктивної поведінки, спрямованих на усунення ризикових факторів, є необхідною для зменшення негативних наслідків, пов'язаних із залежностями, та підтримки психічного здоров'я молодого покоління.

Патогенність залежності, у процесі розвитку залежність стає патогенною домінуючою потребою, яка формує орієнтацію особистості. Вона перетворюється на основний мотив поведінки людини, часто витісняючи інші важливі життєві цінності та цілі.

Негативна соціально-нормативна оцінка: залежності, незалежно від їх виду, мають антинормативний характер і сприймаються суспільством як негативне відхилення. Алкоголіки, наркомани, азартні гравці часто вважаються маргіналами, які не можуть вести повноцінне життя. Таке соціальне таврування може посилити ізоляцію та погіршити психоемоційний стан осіб з адиктивною поведінкою.

Деструктивний вплив на здоров'я та життєдіяльність: виявляється не лише в фізичному здоров'ї, але й у загальному стані життєдіяльності. Вона може призводити до значних втрат часу, енергії, фінансових ресурсів, а також негативно впливати на здоров'я близьких людей.

Базові критерії адиктивності: довільність і ситуативність вибору агента залежності: залежність може виникнути від будь-якого джерела, яке викликає тимчасову ейфорію та відволікає від життєвих проблем, таких як невдачі, конфлікти або самотність.

Соціально-психологічна обумовленість: адиктивна поведінка виникає не через спадкову схильність, а як результат ухилення від вирішення складних соціальних проблем, стресових ситуацій або життєвих труднощів.

Обмеження свідомості: залежність фокусується на одному джерелі, що призводить до звуження свідомості та втрати об'єктивної оцінки ситуації.

Деформація особистісного сенсу: залежність може призвести до зниження потенціалу професійної та особистісної самореалізації через дисонанс у мотиваційній сфері.

Ослаблення волі: втрата самостійності в оцінці та вирішенні особистісних та професійних проблем, що може призвести до інфантилізму.

Нормативність-ненормативність адикції: соціально-етнічні цінності і традиції визначають, які адикції вважаються прийнятними, а які — відхиленням.

Амбівалентність адиктивної поведінки: люди, які прагнуть до позитивних емоцій та успіху, часто зазнають психосоматичних деформацій, психотравм та погіршення здоров'я.

Стійкі стереотипи: адиктивність проявляється у формі стійких, важко коригованих звичок, які потребують психотерапевтичного втручання.

Висока соціально-психологічна вартість: адиктивна поведінка супроводжується непродуктивними витратами особистого часу, енергії та ресурсів.

Втрата емпатії: орієнтація на задоволення емоційно-соматичних потреб призводить до втрати емпатії та близькості з іншими людьми.

Психічна напруга: формування залежності часто відбувається на фоні емоційної болі, самотності та почуття безпорадності.

Витіснення природних потреб: адиктивність призводить до подавлення базових життєвих потреб, таких як їжа, сон, любов.

Непереборний потяг: суб'єктивне переживання адикту часто виражається у формі непереборного бажання до об'єкта залежності.

Циклічність залежності: залежна поведінка має циклічний характер, що проявляється в повторних епізодах вживання адиктивного агента.

Зміни особистості: хоча залежність не завжди призводить до захворювання або смерті, вона може викликати зміни в особистості та соціальну дезадаптацію.

Різні ступені тяжкості: ступінь адиктивності може варіюватися від нормального поводження до важких форм залежності, які супроводжуються значними соматичними та психічними проблемами. Вибір конкретного об'єкта залежності індивідом частково визначається його специфічною дією на організм. Люди мають різну індивідуальну схильність до певних форм аддиктивної поведінки. Різні види залежностей часто взаємодіють або перетворюються один в одного, що свідчить про спільні механізми їх функціонування. У суб'єктивному сприйнятті залежність від об'єкта проявляється як неможливість жити без нього, що викликає сильний потяг.

Можемо виділити такі основні види залежностей:

- хімічна залежність: куріння, токсикоманія, наркозалежність, алкоголізм.
- Порушення харчової поведінки: переїдання, голодування, відмова від їжі.
- Гемблінг: ігрова залежність, включаючи комп'ютерну залежність і азартні ігри.
- Сексуальні адикції — зоофілія, фетишизм, садомазохізм та інші.
- Релігійна деструктивна поведінка — фанатизм, залучення до секти.

У підлітковому та юнацькому віці особливо актуальними є форми адиктивної поведінки, коли ще не існує повноцінної залежності, але спостерігається зловживання алкоголем, наркотиками та іншими

психоактивними речовинами (ПАВ). Це явище характеризується як "адиктивна" поведінка, що передує розвитку залежності. Підлітки часто експериментують із різними ПАВ, що підкреслює їхню схильність до "первинного" полінаркотизму.

Між нормою і серйозним захворюванням є широкий спектр перехідних станів, що включає:

- Розлади поведінки
- Адиктивна поведінка
- Наркоманія

Отже, адиктивна поведінка є проміжною стадією на шляху до наркоманії. Це стан, коли людина втрачає контроль над вживанням алкоголю, наркотиків або інших психоактивних речовин. В результаті, виникають серйозні наслідки, зокрема порушення роботи мозку, функцій організму, психічних процесів і здатності адаптуватися в соціумі. Все зазвичай починається з експериментів з психоактивними речовинами, що використовуються для зняття стресу або задоволення прагнення до нових відчуттів. З часом, після кількох вживань, формується залежність.

Синдроми, що стосуються адиктивної поведінки, також відомі як компульсивне поведінка. Це виявляється у труднощах контролю над діями, які призводять до дискомфорту. Компульсивне поведінка може бути внутрішнім (думки, образи, почуття) або зовнішнім (робота, гра). Це забезпечує тимчасове полегшення, але не вирішує внутрішні проблеми. До компульсивного поведінки належать:

- Компульсивне переїдання
- Компульсивне бажання знизити вагу
- Компульсивна потреба у ризику
- Трудоголізм
- Компульсивна потреба в покупках

Згідно з Б.Г. Херсонським, базовою характеристикою адиктивної особистості є залежність. [91,с.115.].

Для визначення адиктивного типу особистості можна виділити низку ознак. П'ять із них достатні для діагностики:

- Нездатність приймати рішення без консультацій з іншими.
- Готовність дозволяти іншим приймати важливі для нього рішення.
- Труднощі в самостійному початку справ.
- Готовність виконувати принизливі роботи для отримання підтримки.
- Погана переносимість самотності та страх бути відкинутим.

Ці характеристики допомагають виявити адиктивні риси особистості та можуть бути використані для подальшої діагностики та лікування залежності.

Адиктивна особистість, як правило, відрізняється слабким "Я" і сильним "Воно", що характерно для підлітків у період статевого дозрівання, як зазначає З. Фрейд. Конфлікт між цими двома аспектами особистості розвивається за одним із двох сценаріїв. Якщо "Воно" домінує, інстинкти й імпульси (зокрема, сексуальні та агресивні) вивільняються, що веде до руйнування попереднього характеру. Протилежний сценарій полягає в тому, що "Я" здобуває перемогу, формуючи стійкий характер, який залишається на все життя. Для гармонійного розвитку особистості важливий баланс між психологічною, соціальною та біологічною складовими. Соціальний аспект, або суперего, формується під впливом виховання й контролює поведінку людини через почуття провини, яке виникає при розбіжності між діями людини і внутрішнім ідеалом "Я". Відповідно до підходу З. Фрейд, у ранньому підлітковому віці спротив спокусам слабкий, що підвищує ризик залучення до наркотиків як способу отримання задоволення. Водночас у старшому підлітковому віці за недостатнього розвитку "Я" також зростає схильність до адиктивної поведінки, що включає вживання ПАВ. [91, с. 111].

Адиктивна особистість демонструє схильність до надмірних емоційних переживань та неспроможність до відповідальної поведінки. Її поведінка характеризується спробами втекти від реальності, оскільки вона боїться рутини, наповненої зобов'язаннями та обмеженнями. У таких особистостей

формується своєрідне "подвійне життя": звичайна "нормальна" і адиктивна реальності. Багато хто розуміє адиктивну реалізацію лише як прийом певної речовини або іншу звичну поведінку. Проте вона також включає думки й фантазії про відхід від реальності та способи його досягнення, що вимагає значних часових і енергетичних ресурсів.

Прагнення до подвійного життя підлітки намагаються приховувати, що зумовлює схильність до брехні та обману, а також до звинувачень інших у власних помилках. Це пов'язано з тим, що адиктивна особистість намагається приховати комплекс неповноцінності, викликаний неспроможністю дотримуватися прийнятих норм і стандартів. Постійні труднощі в адаптації до буденного життя й нерідкі закиди у відсутності життєрадісності посилюють прихований комплекс неповноцінності. Нездатність до адекватної самооцінки, внаслідок зовнішньої критики, призводить до надмірної самооцінки, яка формується, минаючи адекватну. Це породжує почуття переваги над оточуючими, що, в свою чергу, виконує захисну функцію для збереження самоповаги.

Вивчаючи адиктивну поведінку, варто виділити чинники, що сприяють її формуванню. Сучасна наука розглядає ці передумови в межах системного підходу, зокрема за допомогою Біо-Психо-Соціо-Духовної моделі хімічної залежності. [82, с. 49].

Соціальні передумови: хімічну залежність часто асоціюють із самою людиною, що має цю хворобу. Проте все частіше фахівці розглядають сім'ю як цілісну систему, де залежність стає не лише індивідуальною проблемою, але й «сімейною хворобою». Дослідження виявляють, що майже в усіх випадках підліткової наркоманії існують ознаки проблемних типів сімей: неповних, ригідних, деструктивних, псевдосолідарних, або таких, де відсутні емоційні зв'язки чи взаємна підтримка. У таких сім'ях спостерігаються явища гіперопіки, де вся відповідальність зосереджується на матері, або ж гіпоопіки, з недбалістю батьків, їхнім надмірним навантаженням. Сім'ї, які виявляють риси гіперпротекції чи емоційного відторгнення, також сприяють

формуванню схильності до адикції. Нерідко сімейні системи намагаються зберегти звичні стереотипи поведінки й взаємодії попри зміну зовнішніх умов, що призводить до блокування актуальних потреб уразливого члена родини — зазвичай дитини, яка й стає «носієм» симптомів адикції для стабілізації сімейних відносин.

Таким чином, дисфункціональна атмосфера в сім'ї значно впливає на розвиток адиктивної поведінки підлітка. Більше того, сама система внутрішньосімейних відносин зазнає змін під впливом залежності хоча б одного з її членів. Виховання дітей у сім'ях із хімічною залежністю зумовлює підвищений ризик розвитку алкоголізму чи наркоманії. Ці діти входять до генетичної групи ризику, але ще більш загрозливими є психологічні проблеми, що формуються у них. Діти переймають особливі ролі та установки сім'ї, що обумовлюють їх схильність до аддикції. У суспільстві загалом існує негативна ситуація: багато сімей мають проблеми з алкоголем, а діти з таких родин часто відтворюють той самий патерн поведінки, обираючи шлюб із залежними партнерами та не вміючи будувати здорові емоційні стосунки.

Вплив груп однолітків: серед інших соціальних чинників можна виділити вплив середовища однолітків, який багато дослідників вважають провідним соціо-психологічним фактором. У більшості випадків вживання наркотиків чи алкоголю підлітками починається саме в колі друзів. Тут роль відіграє й така психологічна якість, як навіюваність.

Додатковий вплив мають також модні тенденції щодо наркотиків і їхнє висвітлення в медіа. Дослідження за допомогою семантичного диференціалу показало, що поняття «наркотики» асоціюється з характеристиками «сучасний», «модний», «стильний», створюючи семантичний простір, що заохочує до вживання. [97.с.186.].

Розглядаючи адиктивну поведінку через призму суспільних, біологічних та психологічних факторів, низка авторів бачить вживання наркотиків результатом дисфункцій соціуму.

Звичайно, розгляньмо, що таке соціальне оточення та як воно впливає на формування адиктивної поведінки.

Соціальне оточення - це система людей, груп і соціальних інститутів, з якими людина взаємодіє. Воно включає родину, друзів, колег, різні суспільні групи, організації, а також загальні соціальні умови, що охоплюють культурні, економічні та політичні фактори. Це оточення має суттєвий вплив на процес соціалізації, оскільки воно формує основні цінності, установки, норми та модель поведінки людини.

Соціальне оточення можна поділити на декілька рівнів, які впливають на особистість по-різному:

Первинне оточення - найближчі люди, з якими особистість має емоційно значущі та постійні відносини, як-от сім'я та друзі. Це основне середовище формування особистих цінностей та норм поведінки.

Вторинне оточення - групи та організації, до яких особистість належить, такі як робочий колектив, навчальний заклад. Взаємодія тут менш емоційно насичена, але все ж таки має вагомий вплив на соціальну поведінку та професійний розвиток.

Ширше соціальне середовище - соціально-економічні умови, культурні цінності та норми, які впливають на особистість через масову культуру, ЗМІ, інтернет тощо.

Соціальне оточення може значно вплинути на формування адиктивної (залежної) поведінки, яка характеризується прагненням особистості до уникнення реальності шляхом звернення до різного роду стимуляторів, як-от алкоголь, наркотики, азартні ігри або залежність від гаджетів, їжі.

Сім'я. Негативна атмосфера в сім'ї, часті конфлікти або відсутність емоційної підтримки можуть підштовхнути особистість до пошуку емоційного заспокоєння в деструктивних формах поведінки, включаючи адиктивну. Також залежність може передаватися «навчанням» - коли батьки демонструють залежну поведінку, діти схильні наслідувати її.

Друзі та однолітки. Соціальне коло серед однолітків також формує установку до поведінкових норм. Підлітки, наприклад, можуть підпадати під вплив друзів, які вживають алкоголь або інші речовини, бажаючи «вписатися» в компанію, що може призвести до звички.

Соціокультурні фактори. Норми суспільства та загальний рівень терпимості до певних форм адиктивної поведінки також мають значення. У суспільствах, де алкоголь, наприклад, прийнятий як частина культурного відпочинку, ймовірність розвитку залежності може бути вищою, ніж у культурах, де до цього ставляться суворіше.

Соціально-економічні умови. Важкі життєві обставини, безробіття, низький соціальний статус або відчуття безвиході сприяють підвищенню ризику адиктивної поведінки. Люди можуть звертатися до залежностей як до засобу уникнення проблем або покращення настрою. [53, с. 10].

Вплив медіа та інтернету. Соціальні мережі, кіноіндустрія та реклама, зокрема ті, що пропагують легке ставлення до алкоголю чи азартних ігор, також можуть впливати на людей, підвищуючи толерантність до таких видів поведінки та стимулюючи розвиток залежності.

Таким чином, соціальне оточення створює умови, які можуть як захищати особистість від шкідливих впливів, так і сприяти формуванню залежностей. Розуміння цього впливу допомагає в розробці профілактичних програм та підтримки, орієнтованих на соціальні аспекти, що дозволяє зменшити ризики розвитку адиктивної поведінки.

Деякі автори розглядають наркотизацію як спосіб уникнення суспільного тиску або протесту проти його норм. У такій інтерпретації наркозалежні стають «цапами - відбувайлами» для тих, хто адаптувався до суспільних реалій. Згідно з соціальною теорією, лікування не може вплинути на головну причину наркоманії - дисфункціональне суспільство, тому спроби лікування лише навішують ярлики на осіб, які не є ані хворими, ані ненормальними.

Ф. Дольто звертає увагу на обмеженість варіантів дозвілля, схвалених суспільством. Вона зазначає, що людям часто не вистачає способів для вільного проведення часу, окрім змагань у спорті, навчанні чи грі, що позбавляє молодь можливості для розваг і стимулює обрання пасивних радощів, таких як алкоголь та наркотики. Молодь таким чином відкидає нав'язані форми дозвілля і обирає пасивні види відпочинку, де не потрібно перемагати чи конкурувати. [89, с. 17].

Біологічні передумови також не останні в цьому списку - біологічні чинники, що підвищують ризик адиктивної поведінки, включають попередні психічні розлади та резидуальне-органічні ураження центральної нервової системи (ЦНС), зокрема синдром дефіциту уваги, енурез, порушення мови і дислексію. Високий ризик також спостерігається у людей з акцентуаціями характеру, серед яких особливо виділяють нестабільний, епілептоїдний, гіпертимний та істероїдний типи, особливо якщо ці акцентуації є змішаними.

Генетична схильність та порушення біохімічного балансу мозку - є одними з основних біологічних чинників аддикції. Наприклад, підвищена активність опіоїдних рецепторів під впливом стресу може провокувати занепокоєння, яке легко пригнічується за допомогою алкоголю чи наркотиків, що підвищує ризик зловживання.

Психологічні передумови: дослідження показали три основні мотиви вживання наркотиків: [97, с.86.].

Зняття стресу (32% опитаних).

Навіюваність, тобто вплив авторитетних для людини осіб (28%).

Цікавість (39%).

З психоаналітичної точки зору, залежність пояснюється як регрес до попереднього етапу психосексуального розвитку, що призводить до оральної незадоволеності. Така фрустрація згодом провокує ворожість або саморуйнування, де наркотики стають способом уникнення фрустрації через емоційний підйом.

Згідно з поглядами С.В. Дворяк, хімічна залежність є формою патологічного самовираження. Нездатність розкрити себе у світі, дотримуючись прийнятих стандартів, призводить до протесту та потреби в альтернативному способі прояву своєї особистості. Саме цей протест та неможливість вийти за рамки стандартів часто призводять до девіантної поведінки, наркоманії або алкоголізму. [91, с. 107].

Окреслимо риси, властиві особистостям, схильним до адиктивної поведінки:

Егоцентризм - для наркозалежної людини характерна повна зосередженість на собі, що призводить до труднощів у соціальній взаємодії.

Страх перед успіхом. Багато наркозалежних підсвідомо уникають успіху, оскільки вважають, що він недовговічний або знищить їхню ілюзію незалежності від відповідальності.

Сильне відчуття агресії і схильність до садизму - особливо це спостерігається у тих, хто в дитинстві стикався з фізичним або емоційним насильством. Героїн може бути засобом уникнення гніву та асоційованої з ним дисфорії.

Занижене самовідчуття (самооцінка) - вживання наркотиків компенсує низьку самооцінку та убогий самообраз, виконуючи роль замітника соціально прийнятних способів самореалізації.

Схильність до маніпуляцій - наркозалежна особа часто експлуатує близьке оточення для отримання підтримки або ресурсів.

Ці риси, особливо у молоді, яка стикалась з жорстокістю або відчувала нестачу емоційного тепла, часто посилюються під впливом опіатів, які пом'якшують агресивні імпульси та полегшують емоційне напруження.

Аналізуючи залежність від наркотиків, варто зазначити, що наркоманія часто стає формою аутодеструктивною поведінки, спрямованої на саморуйнування. Деякі дослідники вважають, що для багатьох людей наркотики виступають не лише засобом для досягнення тимчасового задоволення або психологічного захисту, але й стають шляхом до

псевдонезалежності та псевдоіндивідуальності, заповнюючи прогалини, що виникають через проблеми в сімейних стосунках.

Тут важливо звернути увагу на вплив світоуявлення та передумови адиктивної поведінки. Світоуявлення, або система поглядів та цінностей, також значною мірою впливають на розвиток залежної поведінки. Світоуявлення передумови адиктивної поведінки відображають ставлення людини до навколишньої дійсності, особистісні цінності та життєві орієнтації. Значний внесок у дослідження адиктивної поведінки зробили як зарубіжні, так і українські вчені. Серед іноземних дослідників, які активно працювали в цій галузі, можна виділити Р. Брауна, Х. Мілмана, С. Сандервірта та Д. Пайнза.

Сьогодні в Україні проблемами адиктивної поведінки займаються такі дослідники, як Н. Максимова, С. Толстоухова, Н. Пихтіна та Г. Золотова. Їхні праці зосереджені на розумінні зв'язку між адиктивною поведінкою та психологічною та фізичною залежністю особистості. Цей зв'язок є важливим, оскільки адиктивна поведінка включає не лише фізичну потребу у речовині чи дії, але й глибоку психологічну залежність, що формує основи для таких відхилень [44, с. 62].

Дослідження показали, що для підлітків-наркоманів характерна відсутність емоційного контакту з матір'ю. Часто у таких сім'ях спостерігається дратівливість та авторитарне придушення агресивності дитини з боку матері, що призводить до автономного та паралельного співіснування, замість гармонійних взаємин.

Конфліктні, ворожі міжособистісні відносини, що супроводжуються зниженням цінності життя, також є світоглядними факторами, які підвищують ризик адиктивної поведінки. Відповідно до досліджень Г. Золотової, наркоманія суттєво псує взаємини з оточенням, посилюючи конфлікти із батьками, вчителями, правоохоронними органами, що сприяє подальшій ізоляції та посиленню девіантних моделей поведінки.

Тут слід звернути увагу на функціональну роль наркотиків на різних етапах залежності.

У залежній поведінці можна виділити кілька функцій, які домінують на різних стадіях:

Пізнавальна функція: на ранніх стадіях це може бути прагнення до нового досвіду, бажання змінити сприйняття або "розширити свідомість". Задовольняючи цікавість, людина отримує можливість випробувати нові, незвичні відчуття.

Гедоністична функція: наркотики використовуються для досягнення приємних відчуттів, особливо коли задоволення від інших життєвих сфер обмежене або недоступне.

Психотерапевтична функція: наркотики виконують роль релаксанта, допомагаючи впоратися зі стресом чи емоційним напруженням.

Ці функції змінюються у процесі розвитку залежності: від задоволення допитливості та прагнення до новизни на початку – до нарцисичного захисту та порятунку від страждань на більш пізніх стадіях.

Наркотизація серед підлітків значно впливає на міжособистісні відносини, призводячи до наростання внутрішніх конфліктів та деформації "Я-концепції", яка відображає комунікативні процеси, самооцінку, а також рівень соціальної адаптації.

## **1.2 Функціональна роль наркотиків та алкоголю на різних етапах залежності**

Функції наркотиків та алкоголю у контексті залежності відповідають різним аспектам психологічного комфорту, які вони забезпечують:

- Підвищення комфортності: наркотики допомагають знизити тривожність і зняти психологічні бар'єри.

- Компенсаційна функція: стають заміною недоліків у сферах спілкування, сексуального життя, відпочинку, де у підлітків є труднощі або розчарування.
- Стимулююча функція: інколи використовується для підвищення продуктивності.
- Адаптаційна функція: сприяють інтеграції в групи однолітків, де наркотизація є нормою, даючи підліткам почуття приналежності.
- Анестезуюча функція: використовуються як спосіб уникнути психологічного або фізичного болю.

Вплив наркотизації на самооцінку та міжособистісні відносини - залежність формує деформації в самооцінці. Підлітки, які вживають психоактивні речовини, проявляють меншу впевненість у собі, більше піддаються впливу оточення та демонструють знижене прагнення до незалежності. Структура їхньої самооцінки, зокрема ідеальний та прогностичний образ "Я", містить розбіжності, які відображають відставання в когнітивному розвитку та негативний досвід спілкування й соціалізації, пов'язаних з наркотизацією.

Зростання соціально-психологічної дезадаптації погіршує сприйняття підлітками свого місця в суспільстві, формуючи високу залежність від зовнішньої підтримки і призводячи до поверхневого контакту з більшістю людей, зокрема близькими родичами.

Вивчення адиктивної поведінки дозволяє розглядати її як форму девіантної поведінки з деструктивними наслідками для особистості та суспільства. Адикція формується під впливом багаточасових факторів: біологічних, психологічних, соціальних та світоглядних, і є серйозною проблемою для багатьох верств населення, особливо молоді.

Молодь як соціальна група є особливо вразливою до розвитку залежностей, що зумовлено впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, таких як потреба у самовираженні, бажання досягти визнання, а також тиск оточення та брак здорових альтернатив для відпочинку й дозвілля. Саме тому

проблема аддикції серед молоді вимагає розробки ефективної державної політики, спрямованої на покращення якості життя, формування умов для психологічного комфорту, доступу до ресурсів для особистісного розвитку та запобігання залежностям.

Таким чином, боротьба з адикцією вимагає комплексного підходу, де профілактика є ключовим інструментом для попередження залежності, особливо серед молоді. Вона має включати освітні програми, психологічну підтримку, створення умов для здорового розвитку, а також роботу з формування навичок критичного мислення та стійкості до соціального тиску.

Так, молодь опиняється у групі ризику, і уникнути проходження цього етапу неможливо, так само, як неможливо уникнути переживання юності, зрілості чи старості.

Молодь є важливою соціальною групою, що має свої унікальні риси, потреби та особливі проблеми. Ця соціально-демографічна група формується за сукупністю таких характеристик, як вік, соціальне становище, психологічні особливості та рівень культурного розвитку, які зумовлені як історичними, так і соціально-економічними умовами конкретного суспільства. У вітчизняній науці молодь довгий час не вважалася окремою соціальною групою через домінування класових підходів у суспільствознавстві та загальну ідеологічну доктрину соціально-політичної єдності.

Для повного аналізу адиктивної поведінки необхідно розглядати її за певним планом, який включає визначення конкретного виду залежної поведінки, психологічні характеристики цієї залежності, а також причини й мотиви її виникнення. Важливо досліджувати особливості розвитку адикції, прояви залежної поведінки в різних вікових групах, психологічні риси особистості, схильної до залежності (адикта), і розглядати основні підходи до профілактики та корекції цієї поведінки. [38, с. 52].

У процесі онтогенезу, тобто індивідуального розвитку особистості, кожна людина проходить ряд вікових етапів: дитинство, раннє дитинство,

дошкільний період, молодший шкільний вік, підлітковий вік, юність, дорослість і старість. Цей розвиток базується на єдності біологічних та соціальних факторів, які сприяють формуванню потреб і мотивів, що спонукають особистість до дії. На ранніх етапах ці дії здебільшого афективні, проте вже мають мотиваційну силу, а їхня взаємодія з об'єктами викликає не лише пізнавальний інтерес, а й задоволення.

Формування адиктивної поведінки відбувається через механізм позитивного підкріплення. Коли певна дія чи речовина викликає позитивні емоції, вони активують зону нагороди в головному мозку, яка функціонує завдяки спеціалізованим нейронам. Якщо такий стимул повторюється і викликає приємні відчуття, поведінка закріплюється, утворюючи стійкий поведінковий патерн, або ж звичку.

Зазначимо, що всі діяльності, які приносять задоволення, активують цю саму зону нагороди, тому особистість схильна повторювати ці дії для отримання позитивного досвіду. Особливу роль у цьому відіграють вікові кризи, оскільки в такі періоди особистість стає більш вразливою до стресів. Вікові зміни потреб та зростання нових потреб можуть не збігатися з наявними соціальними умовами, що збільшує ймовірність розвитку адиктивної поведінки в процесі спроб знайти розв'язання нових життєвих викликів. [36, с. 87].

Алкоголізм — це хронічне захворювання, яке характеризується стійким бажанням вживати алкоголь, незважаючи на його руйнівний вплив на організм і соціальне оточення. Це не лише медична, але й соціальна та економічна проблема, оскільки залежність від алкоголю призводить до зниження працездатності, соціальної ізоляції, фінансових труднощів, а також серйозних психічних та фізичних розладів.

Основні наслідки алкоголізму:

Соціальні та особистісні зміни: алкогольна залежність веде до змін у мотивації та поведінці. Люди з алкогольною залежністю часто демонструють зміни в ціннісних орієнтаціях, стають агресивними або замкнутими, що

погіршує їх взаємодію з оточенням і призводить до соціальної дезадаптації. Це може проявлятися в розлученнях, втраті роботи, порушенні міжособистісних стосунків.

Вплив на мозок та когнітивні функції: етанол, основний компонент алкоголю, має серйозний патогенетичний вплив на головний мозок, зокрема на його структури, що відповідають за когнітивні функції, такі як пам'ять, увага, орієнтація в просторі та часі.

Зменшення об'єму мозку: алкоголь спричиняє атрофію (зменшення об'єму) кори головного мозку, що призводить до втрати нейронів і функцій. Це впливає на здатність людини до концентрації, запам'ятовування та вирішення завдань.

Порушення когнітивних функцій: вживання алкоголю призводить до порушення пам'яті, уваги, координації, що може проявлятися як труднощі з читанням, письмом і навіть із сприйняттям часу та простору.

Алкогольна енцефалопатія: це тяжкий неврологічний стан, який виникає при хронічному вживанні алкоголю і проявляється пошкодженням мозкових структур, зокрема втратою здатності до адекватного сприйняття оточення, порушенням рухової координації, галюцинаціями та деменцією.

Вплив на судинну систему та органи: етанол має негативний вплив на судини та серце, викликаючи їхні структурні та функціональні порушення.

Інсульт та серцево-судинні захворювання: алкоголь може спричинити підвищення тиску, а також спазм судин, що збільшує ризик інсульту, тромбозу та інших серцево-судинних захворювань. У серці у алкоголіків часто спостерігається міогенні зміни, де кардіоміоцити (серцеві клітини) заміщуються жировою тканиною, що знижує здатність серця до нормальних скорочень.

Кардіоміопатія - пошкодження серцевого м'яза, що виникає внаслідок тривалого зловживання алкоголем, що призводить до серцевої недостатності та інших ускладнень.

Тромбоз - утворення тромбів (кров'яних згустків), що може призвести до блокування судин і порушення кровообігу, зокрема в мозку, серці та інших органах.

Інсульт - раптове порушення кровообігу в головному мозку, що може виникнути через тромбоз чи розрив судини, часто як наслідок алкоголізму.

Таким чином, алкоголь має глибокий та незворотній вплив на організм, що призводить до серйозних фізичних, психічних і соціальних наслідків. Однак, своєчасне лікування та відмова від алкоголю можуть сприяти поліпшенню якості життя.

Вплив на клітинні мембрани :алкоголь, як полярний розчинник, здатен розчиняти жири, що спричиняє руйнування клітинних мембран, особливо оболонки еритроцитів. Це викликає їх злипання та руйнування, що знижує здатність крові транспортувати кисень. Такі зміни можуть порушити нормальне кровообіг і призвести до розвитку різних патологій.

Вплив на судини та артеріальний тиск: коли етанол потрапляє в кровоносну систему, він викликає розширення судин, що спостерігається в перші моменти вживання, а пізніше змінюється їхнім звуженням. Це може призводити до підвищення артеріального тиску (гіпертензії), а також до порушень кровообігу. Гіпертензія при ослаблених судинах може стати фактором ризику серйозних захворювань, таких як інфаркт міокарда або інсульт.

Пошкодження печінки: печінка є основним органом для метаболізму алкоголю та нейтралізації токсичних продуктів його розпаду. Однак, постійне споживання алкоголю призводить до перенавантаження гепатоцитів (клітин печінки), викликаючи їхню дистрофію та некроз. Це веде до розвитку таких захворювань, як: жировий гепатоз (жирове переродження печінки); хронічний токсичний гепатит (запалення печінки через токсичний вплив алкоголю); цироз печінки (структурні зміни тканини печінки, що призводять до втрати її функції). Цироз може ускладнитися розвитком раку печінки через постійне запалення та руйнування клітин печінки.

Вплив на нирки: метаболіти етанолу мають токсичний вплив на нирки, де вони пошкоджують ендотелій судин, що спричиняє розвиток дистрофічних і некротичних змін. Це може призвести до розвитку алкогольного токсичного некронефрозу, при якому руйнуються клітини ниркових каналців, що ускладнює процес фільтрації та виведення токсичних речовин з організму. Унаслідок цього можуть з'являтися кров'яні домішки в сечі та накопичення гемоглобуліну в каналцях нирок, що шкодить їхній нормальній роботі.

Вплив на підшлункову залозу: алкоголь є основною причиною розвитку гострого панкреатиту та панкреонекрозу (руйнування тканин підшлункової залози) в 60% випадків. Токсичний вплив етанолу на паренхіму залози та порушення її іннервації призводять до набряку та застою панкреатичного соку, що, в свою чергу, сприяє утворенню кальцифікатів (кристалів) та блокуванню проток. Закриття проток може спричинити некроз та утворення псевдокіст. Крім того, пошкодження острівців Лангерганса (клітин, що відповідають за синтез інсуліну) порушує метаболізм глюкози, що може призвести до діабету.

Вплив на статеву систему: у жінок алкоголь може призвести до порушення менструального циклу, овуляції, прискореного настання клімаксу та розвитку гінекологічних проблем через зміни кровообігу органів малого таза.

У чоловіків алкоголь сприяє розвитку еректильної дисфункції, порушень гормонального фону та безпліддя через негативний вплив на сперматогенез. Пошкодження паренхіми яєчок призводить до фіброзу, набряків та застійних явищ у венах, що посилює проблему з репродуктивною функцією.

Алкоголізм як хронічне захворювання: алкоголізм — це не просто залежність від алкоголю, а хронічне захворювання, яке прогресує з часом. Воно характеризується переходом через кілька стадій:

Перша стадія - початкове споживання алкоголю, яке може бути рідким, але з часом з'являється толерантність і бажання пити більше.

Друга стадія - збільшення кількості та частоти вживання, з появою залежності, коли людина вже не може контролювати свої дії, і алкоголь стає важливою частиною її життя.

Третя стадія - важка алкоголічна залежність, де вживання алкоголю супроводжується серйозними фізіологічними та психологічними порушеннями, такими як порушення роботи органів і систем, психічні розлади.

На цьому етапі важливо своєчасно звертатися за медичною допомогою, оскільки раннє втручання здатне значно покращити стан пацієнта.

Проте, при відмові від алкоголю і правильному лікуванні багато функцій організму можуть бути частково або повністю відновлені. Важливо розпізнавати перші ознаки алкоголізму та звертатися за професійною допомогою, щоб уникнути тяжких наслідків.

Алкоголізм є прогресуючим захворюванням, від першої стадії залежності до критичної форми захворювання організм зазнає значних змін. Ці зміни не лише порушують фізичні функції, але й ведуть до психічних розладів, зокрема алкогольних психозів. Розуміння основних стадій розвитку алкоголізму та їх симптомів є важливим для своєчасної діагностики та лікування цього небезпечного захворювання.

Перша стадія алкоголізму: є початковою, часто характеризується помірним вживанням алкоголю, що може виглядати як звичайне соціальне пиття. Однак вже на цьому етапі можна помітити ознаки, які вказують на початок розвитку залежності. Вони включають: очікування приводу для випивки: алкоголь починає ставати центральною частиною соціальних ситуацій або просто способом відпочинку, підвищення настрою при думці про алкоголь: людина починає отримувати психологічне задоволення від уявлення про майбутнє вживання алкоголю. Перехід до міцніших напоїв: спостерігається зростання толерантності до алкоголю, що потребує більшої

кількості для досягнення бажаного ефекту. Втрата відчуття міри: з часом людина починає важко контролювати кількість випитого. Зміни в організмі: алкоголь, який спочатку викликає блювотний рефлекс, більше не викликає такої реакції.

На цьому етапі важливо не ігнорувати проблему і звернутися за допомогою до психолога, що може допомогти впоратися з залежністю до алкоголю на ранній стадії, не допускаючи розвитку серйозних порушень.

Друга стадія алкоголізму: перехід на цю стадію характеризується розвитком психічної та фізичної залежності. Цей етап потребує термінового лікування. Ознаки другої стадії включають: часті псевдозапої: періоди вживання алкоголю тривають від кількох днів до кількох тижнів. Синдром відміни: відсутність алкоголю викликає фізичний і психічний дискомфорт. Погіршення сну та постійний дискомфорт без випивки. Щоденне бажання вжити: це прагнення стає більш стійким і майже не піддається контролю. Зниження лібідо та сексуальних функцій: порушення фізіологічних функцій тіла, в тому числі сексуальної сфери. Зниження фізичної активності: загальна слабкість і апатія до нормальної діяльності. Погіршення апетиту та нехтування здоровим харчуванням. Приховування грошей для алкоголю (людина може активно маскувати свої звички, щоб продовжувати вживати спиртне, ігноруючи потреби родини та соціальні зобов'язання).

Цей етап вимагає невідкладного медичного втручання. Психологічна підтримка і медикаментозне лікування є ключовими для подолання залежності на цьому етапі.

Третя стадія алкоголізму: це найважча форма, яка характеризується запійною поведінкою та особистісною деградацією. На цьому етапі організм практично отруєний алкогольними токсинами, що призводить до серйозних порушень в роботі органів і систем. Основні ознаки цієї стадії: тривалі запої: від декількох днів до півтора тижня або більше. Різкі перепади настрою, напади агресії та люті. Порушення пам'яті та концентрації уваги. Непереборне бажання пити алкоголю вже зранку, навіть відразу після

пробудження. Аморальна, антисоціальна поведінка. Загальмованість, значне зниження інтелектуальних здібностей. Втрата почуття відповідальності: байдужість до важливих обов'язків, як у професійній сфері, так і в сім'ї.

Без лікування цей етап може призвести до повної деградації особистості. Медична допомога на цьому етапі є критично важливою для стабілізації стану пацієнта.

Вище я описала фізичні наслідки розвитку алкоголізму, тепер перейду до психичних: на другій і третій стадії алкоголізму часто розвиваються алкогольні психози, які є серйозними порушеннями психічної діяльності, що супроводжуються змінами особистості та функціонуванням внутрішніх органів.

Алкогольні психози не виникають під час максимального сп'яніння, але розвиваються через кілька годин або днів після припинення вживання алкоголю. Ці психози пов'язані з метаболічними розладами та пошкодженням центральної нервової системи, викликаними хронічним споживанням алкоголю. Під час психозів можуть виникати: тривожність, марення, галюцинації, розлад сприйняття реальності та інші психічні порушення. Частота алкогольних психозів серед осіб, що страждають алкоголізмом, становить близько 10%. Особливо високий ризик розвитку психозів у чоловіків у віці 40–45 років і у жінок 45–50 років.

Алкоголізм є захворюванням, яке прогресує через кілька стадій. Алкогольний галюциноз є ще однією важливою формою алкогольних психозів, що зазвичай розвивається внаслідок тривалого і систематичного зловживання алкоголем. Його основною ознакою є виникнення стійких слухових, зорових чи інших галюцинацій, які можуть супроводжуватися тривожними розладами, депресією та розладами сприйняття реальності. На відміну від алкогольного делірію, алкогольний галюциноз не супроводжується значними порушеннями свідомості та сну, однак галюцинації можуть бути дуже реалістичними, що створює у хворого відчуття реальної загрози або переслідування. Хворі можуть почати вірити в

існування вигаданих обставин або осіб, що спричиняють у них страх чи агресію.

Алкогільні енцефалопатії є серйозним ураженням центральної нервової системи, яке виникає в результаті хронічного вживання алкоголю. Вони характеризуються численними когнітивними порушеннями, включаючи погіршення пам'яті, порушення координації рухів, а також інші розлади, що впливають на здатність до нормальної діяльності. Одним із найбільш поширених проявів є Vernicke-Korsakoff синдром, який поєднує у собі симптоми енцефалопатії та амнезії, втрата пам'яті на події, що сталися протягом останніх кількох годин або днів, а також порушення здатності до навчання нової інформації. Цей стан вимагає негайної медичної допомоги, оскільки може мати постійні наслідки без належного лікування.

Алкогільна депресія може бути пов'язана з втратою здатності до задоволення від звичних активностей, а алкогільний параноїд характеризується стійким відчуттям переслідування, що може призвести до агресивних вчинків або ізоляції хворого від суспільства.

Таким чином, алкогільні психози є складними і багатогранними порушеннями, що виникають у результаті тривалого зловживання алкоголем і мають серйозні соціальні та медичні наслідки. Важливість своєчасного виявлення та лікування цих порушень не можна переоцінити, оскільки вони можуть призвести до тяжких психічних розладів і повної деградації особистості.

Алкогільний делірій та інші алкогільні психози супроводжуються серйозними фізичними та психічними симптомами, що потребують термінової медичної допомоги. Спостерігається підвищення температури, гіпергідроз, гіперемія шкіри та склер, тахікардія, підвищений артеріальний тиск, тремор, поживлення сухожильних рефлексів, епілептичні припадки. Ці ознаки свідчать про серйозні порушення в організмі, викликані інтоксикацією.

Психічні симптоми: у хворого спостерігається зниження критичності мислення, що робить їх вразливими до маніпуляцій. Делірій зазвичай триває 2–5 днів, супроводжуючись глибоким сном та амнезією щодо психотичних переживань. Після цього часто розвивається астенія — фізична та психічна слабкість. Без належного лікування делірій може призвести до серйозних ускладнень та смерті через серцево-судинну або дихальну недостатність.

Алкогольний параноїд: цей психоз проявляється у вигляді марення переслідування, часто супроводжуваного ілюзорними сприйняттями та слуховими і зоровими галюцинаціями. Пацієнти можуть відчувати сильний страх або паніку, а також демонструвати рухові порушення (агресія, ховання). Часто виникає алкогольне марення ревнощів - це хронічна форма алкогольного психозу, при якій переважає параноїальне марення, зокрема марення ревнощів. Це частіше трапляється в чоловіків з вираженими психопатичними рисами (егоцентризм, недовірливість, вимогливість). Психоз зазвичай триває кілька днів, але іноді може стати хронічним. У разі тривалого перебігу марення стає більш структурованим, що може зменшити інтенсивність страху, але зберігається недовірливість до оточуючих.

Ці психози є результатом тривалого зловживання алкоголем та можуть мати серйозні фізичні та психічні наслідки, вимагаючи медичного втручання для стабілізації стану пацієнтів.

Підгостра фаза: сплутаність свідомості: Залишається дезорієнтація, особливо вночі, рухові порушення, апатія та загальмованість, зорові галюцинації (частіше з'являються ввечері або вночі), афект страху, довготривалі періоди тривоги. Порушення пам'яті: характерні грубі амнезії, що стосуються як подій, так і загальних моментів життя.

Цей етап характеризується оглушенням та пригніченістю після зменшення гострих проявів енцефалопатії.

Хронічні алкогольні енцефалопатії (Корсаковський психоз, алкогольний параліч, поліневричний психоз) звичайно розвиваються після

важких деліріїв і гострої енцефалопатії й проявляються психічними, неврологічними й соматичними порушеннями.

Серед психічних порушень переважають мнестичні розлади з повним або частковим порушенням пам'яті на поточні події (фіксаційна амнезія) і ретроградна амнезія (порушення пам'яті на події, що передують захворюванню). Поряд із цим відзначаються конфабуляції (помилкові спогади), коли хворі під час розпитувань розповідають про нібито події, що відбувалися з ними. Чим більше виражені розлади пам'яті, тим бідніше й одноманітніше зміст конфабуляції, при незначному мнестичному зниженні конфабуляції множинні, можуть бути фантастичними [10, с. 305].

Неврологічні розлади проявляються невритами в області кінцівок, атрофією м'язів, порушенням чутливості, ослабленням або навіть відсутністю сухожильних рефлексів. Паралелізму між вагою психічних і неврологічних розладів немає.

Серед всіх екскульпованих хворих на частку осіб з алкогольними психозами доводиться більше 12%. Внаслідок тенденції, що спостерігаються останні роки, до росту числа алкогольних психозів судово-психіатричне значення даної форми психічної патології стає ще більш актуальним.

Найчастіше хворі алкогольними психозами роблять суспільно небезпечні діяння проти життя й здоров'я, навмисне заподіяння тяжких й середньої тяжкості ушкоджень, а також правопорушення проти суспільної безпеки (хуліганські дії). Часто вони залучаються до кримінальної відповідальності за здійснення крадіжок [15, с. 33].

Криміногенна небезпека хворих алкогольними психозами, характер чинених ними суспільно небезпечних діянь пов'язаний з типом плинного захворювання, особливостями його психопатологічної структури. Найбільшу соціальну небезпеку мають хворі з маревними формами алкогольних психозів і особливо з маренням ревнощів. Якщо хворі алкогольним параноїдом роблять протиправні дії, то практично у 100% випадків ці суспільно небезпечні дії спрямовані проти життя й здоров'я особистості. При

цьому чим менше виражені афективні розлади в цих осіб, тим більше ймовірність здійснення ними особливо тяжких правопорушень. Хворі алкогольним галюцинозом частіше роблять хуліганські дії й крадіжки. У цих випадках провідне місце за криміногенністю займають слухові галюцинації еротичного змісту й тісно пов'язані з ними за змістом маячні ідеї ревнощів і лише потім – афективно насичені слухові обмани сприйняття імперативного характеру. Соціальна небезпека хворих у стані алкогольного делірію незначна, оскільки ці особи дуже рідко роблять протиправні діяння.

Є певна залежність характеру зробленого суспільно небезпечного діяння від типу плинну алкогольного психозу. Хворі в стані гострого алкогольного психозу частіше роблять правопорушення проти особистості й хуліганські дії. Хворі із хронічними алкогольними психозами приблизно однаково часто роблять протиправні дії проти особистості, суспільної безпеки й власності.

Механізми здійснення суспільно небезпечних діянь хворими в стані алкогольного психозу бувають різними. У більшості випадків, особливо при гострому розвитку психозу, виявляється прямий або непрямий зв'язок суспільно небезпечного поведження з наявними психотичними розладами. У цих випадках суспільно небезпечні дії обумовлені маячними ідеями переслідування й отруєння, що розвилися як у структурі гострого параноїда, так і в структурі синдрому вербального галюциноза (продуктивно-психотичний механізм здійснення суспільно небезпечних діянь). При цьому правопорушення відбуваються за механізмом маревного захисту або маревної помсти й направляються на особу з найближчого оточення, набагато рідше – на випадкових осіб. В інших випадках суспільно небезпечні діяння, наприклад хуліганські дії, обумовлені станом безладного психомоторного порушення й дезорганізацією поведження у результаті потьмарення свідомості [24, с. 125].

У той же час нерідко не виявляється очевидного непрямого або прямого зв'язку протиправного вчинку з наявними продуктивними

розладами. У цих випадках правопорушення відбуваються з реально-побутових мотивів, на формування яких впливає комплекс негативно-особистісних факторів: якості особистості, наявний соціальний досвід, особливості мікросоціуму в сполученні з ідеаторними й емоційно-вольовими порушеннями, обумовленими алкогольним психозом.

Таким чином, у стані алкогольних психозів хворі частіше вчиняють суспільно небезпечні діяння, спрямовані проти особистості, і хуліганські дії. Найбільшу суспільну небезпеку в цьому плані представляють хворі з алкогольними параноїдами, а також особи з гострим типом динаміки психозу. Механізми здійснення суспільно небезпечного поведіння найчастіше пов'язані із продуктивними розладами або, значно рідше, – з негативно-особистісними змінами. При цьому продуктивно-психотичні механізми здійснення суспільно небезпечних діянь більше властиві хворим з гострими формами психозів, а також хворим алкогольним параноїдом; негативно-особистісні механізми частіше зустрічаються при хронічних формах алкогольних психозів і при вербальних галюцинозах. Всі особи, які вчинили суспільно-небезпечні діяння в стані алкогольного психозу, повинні визнаватися недієздатними [16, с. 108].

При виборі лікування потрібно оцінювати рівень загрози для суспільства, яку може становити пацієнт. Це визначається як його психічним станом, так і характером скоєних ним суспільно небезпечних дій. Пацієнти з алкогольними психозами часто становлять серйозну загрозу через високу емоційну насиченість їхніх маревних ідей, їх стійкість і націленість на конкретних людей, а також через ризик повторного рецидиву при поновленні вживання алкоголю.

Багато з таких пацієнтів не мають чіткої мотивації відмовитися від алкоголю, що підвищує ризик нового зловживання і, як наслідок, рецидивів. Соціальна незахищеність цих людей також посилюється через тривалість і важкість залежності та через розвиток алкогольної енцефалопатії.

Усі ці чинники не лише підвищують рівень небезпеки таких пацієнтів для суспільства, але й обґрунтовують необхідність їх примусового лікування в спеціалізованих психіатричних установах під посиленним наглядом.

Важливо дотримуватись обережності при припиненні примусового лікування пацієнтів, що перенесли алкогольний психоз. Необхідно пам'ятати, що зовнішня упорядкованість, бажання продемонструвати полегшення або навіть здатність до самокритики не завжди означають повне одужання. Багато пацієнтів чітко розуміють, які аспекти їхніх переконань вважаються маревними, і можуть приховувати свої слабкі місця. Це особливо стосується пацієнтів із маренням ревнощів, які навіть після лікування можуть становити загрозу, особливо для своїх близьких.

При підготовці дипломної роботи я звернула увагу на важливість урахування соціального оточення, в яке повертається пацієнт після лікування. Негативний мікроклімат у сім'ї або серед близьких може сприяти рецидиву хвороби, тому важливо створити сприятливі умови, що підтримують процес одужання. У таких випадках доцільним є поетапний підхід: спочатку — стаціонарне лікування під інтенсивним наглядом, а потім додаткове примусове лікування в спеціалізованому психіатричному закладі. Також може бути необхідним проведення підтримувальних курсів антиалкогольної терапії, а також трудова терапія для закріплення результатів.

Зазначу також, що у багатьох пацієнтів є стійкі антисоціальні тенденції, відсутність мотивації для проходження підтримувальної терапії, а ефективність лікування може бути недостатньою. Враховуючи ймовірність повторних випадків алкоголізму та рецидиву психозу, такі пацієнти мають бути поставлені на спеціальний облік у диспансері, адже вони можуть становити потенційну загрозу для оточуючих.

### **1.3. Соціальне оточення та його вплив на формування адиктивної поведінки**

Сьогодні молодь визначається як соціально-демографічна група з характерними соціальними положеннями та психологічними особливостями, що зумовлені рівнем соціально-економічного розвитку та процесом соціалізації у певному суспільстві. Психологи розглядають молодість як період становлення самосвідомості, системи цінностей, що формує майбутній соціальний статус особистості. Молодь перебуває у пошуку свого шляху та прагне самовизначення, для неї характерна критичність мислення, прагнення до аргументованості, сприйняття та обробки великого потоку інформації.

Водночас цей віковий період характеризується суперечливістю: з одного боку, молодь прагне до належності й соціальної ідентифікації, а з іншого — до відокремлення та індивідуалізації. Ця суперечність створює основи для виникнення ризикованих ситуацій, що є підґрунтям для девіантної поведінки, а отже, молодь потрапляє в групу ризику щодо розвитку адикційних форм поведінки, таких як вживання наркотиків, алкоголю, ігрова залежність тощо.

Зокрема, нестабільність соціального статусу, складності працевлаштування, соціально-економічні проблеми та вплив негативного середовища суттєво впливають на соціально-психологічний стан молодої людини.

Розглядаючи молодь як групу ризику, важливо розуміти, що ці проблеми потребують уваги держави та суспільства, оскільки для запобігання розвитку адиктивних форм поведінки необхідні профілактичні заходи, розвиток системи підтримки та створення умов для гармонійного особистісного розвитку та соціальної інтеграції. які стикаються з особливими труднощами в процесі соціалізації або перебувають у складних соціально-

економічних умовах, що збільшує ймовірність розвитку девіантної або адиктивної поведінки.

Розглянемо докладніше умови соціалізації та основні критерії соціальної зрілості людини. Реалії сьогодення ускладнили та значно подовжили процес соціалізації, що відповідно вплинуло на визначення соціальної зрілості. Сьогодні він характеризується не лише виходом на ринок праці, а й проходженням навчання, набуттям професійних навичок, отриманням громадянських і політичних прав, фінансової незалежності. Ці ознаки зрілості проявляються по-різному в залежності від соціальної групи, до якої належить молода людина, і можуть призводити до певних протиріч. Наприклад, молода людина може проявляти відповідальність і серйозність в одній сфері, а в іншій залишатися на рівні юнацьких інтересів.

Стосовно факторів, що впливають на формування соціальної зрілості, слід зазначити, що молодь розвивається під впливом багатьох важливих соціальних інститутів: сім'ї, школи, роботи, засобів масової інформації, молодіжних організацій і стихійних груп. Ці інститути та механізми соціалізації не утворюють суворої ієрархії, оскільки кожен виконує свою унікальну функцію в процесі формування особистості.

Підлітковий вік – це особливий час самовизначення: це час, коли людина повинна обрати свій шлях у житті, визначитися з цінностями, які приведуть її до успіху, і максимально використати свої таланти. Це час самопізнання, становлення власної особистості, визначення особистих здібностей і соціального статусу. Крім того, цей період вимагає від молодої людини формування цілісного розуміння навколишнього світу, системи цінностей, а також власних політичних, моральних та естетичних поглядів.

Молодь як соціально-демографічна група: Молодь – окрема соціально-демографічна категорія, яка перебуває у фазі соціальної зрілості і становище якої в суспільстві значною мірою залежить від соціально-економічної ситуації в країні. Нижня вікова межа зазвичай починається з 14 років, коли молода людина досягає фізичної зрілості та працездатності і приймається

рішення між подальшим навчанням або переходом до трудового життя. Верхня межа молодого віку часто визначається моментом, коли люди досягають економічної незалежності, професійної та особистої стабільності, створюють власну сім'ю та народжують дітей.

Вікові межі підлітків: Сучасні дослідники підкреслюють, що ці межі можуть змінюватися в залежності від загального соціально-економічного розвитку країни, добробуту, культурного середовища та умов життя. Підлітковий вік частково охоплює період від 12-14 до 29-30 років. Однак підлітковий вік можна розглядати не тільки як життєвий період, а й як соціальний статус, часто пов'язаний з основними сферами діяльності молодої людини, такими як навчання, військова служба або робота.

Зміни демографічної структури: В Україні молодь віком від 15 до 29 років становить близько 22-25% від загальної кількості населення. Зміни в народжуваності призвели до так званого «старіння» молодіжної групи, тобто збільшилася частка 25-29-річних. У молодих сім'ях спостерігається низький рівень відтворення, що часто супроводжується нестабільними умовами життя, невизначеністю майбутніх перспектив і соціальними ризиками. Частка матерів, які не виходять заміж, також зростає, багатьом із них уже за двадцять, що свідчить про зниження статевого життя та збільшення кількості дошлюбних вагітностей.

Існує думка, що в зону ризику потрапляє будь-який молодий громадянин, характеристики якого істотно відрізняються від загальноприйнятих норм. Також існує думка, що багато молодих людей можуть зіткнутися з соціальними проблемами без належної освіти. Інша точка зору припускає, що підлітки з труднощами соціалізації або ті, хто перебуває у складному соціально-економічному становищі, яке може сприяти девіантній або залежній поведінці, знаходяться в групі підвищеного ризику.

Молодь як соціальна група зіштовхується з численними ризиками, включаючи економічну нестабільність, недосконалість соціальних інститутів

і культурні зміни, що провокують розвиток негативних явищ. Молоді люди без стабільної підтримки від родини або суспільства часто більш вразливі до таких проблем, як наркоманія, алкоголізм чи кримінальна діяльність, що значно ускладнює їхню соціальну інтеграцію.

Основні ризики, які впливають на молодь, включають наступні фактори:

**Фінансова нестабільність:** нестача постійного доходу, безробіття та низький рівень фінансових можливостей можуть спонукати молодь до пошуку альтернатив, які не завжди є законними або безпечними.

**Проблеми у сім'ї:** недостатня підтримка з боку сім'ї чи внутрішні конфлікти, такі як надмірно жорстке виховання або відсутність емоційної близькості, можуть гальмувати особистісний розвиток.

**Втрата моральних орієнтирів:** в умовах швидких соціальних змін і перегляду суспільних цінностей молодь часто втрачає чіткі орієнтири, що може провокувати небажану поведінку.

Додатковий ризик представляють молодіжні угруповання, які можуть пропагувати небезпечну поведінку, включно з вживанням психоактивних речовин. Їхній вплив особливо відчутний серед молоді, яка знаходиться в нестабільній соціальній ситуації.

Сьогодні соціальна зрілість молоді вимірюється не тільки професійними досягненнями або матеріальною незалежністю, а й особистісним самовизначенням і готовністю нести відповідальність за свої вчинки. У сучасному світі молодь часто стикається з вибором між виконанням соціально нав'язаних ролей і власними амбіціями, що має вагомий вплив на формування її життєвих цінностей.

Таким чином, молодь є групою ризику через поєднання соціально-економічних та культурних чинників, а також через зміни у сфері соціалізації, що робить її вразливою перед негативними впливами оточення. [63, с. 118].

Сучасне покоління молоді зростає в умовах економічної та культурної кризи, яка має значний вплив на їхній розвиток і світосприйняття. Однією з основних проблем є те, що молодь не може перейняти від старшого покоління чіткі моральні цінності, які були б актуальними в плюралістичному суспільстві. Багато представників старшого покоління, які виросли в умовах радянської влади, звикли до брехні та жити в жахливих умовах, при цьому вважаючи себе щасливими громадянами прогресивної країни. Таке напруження часто знімалося за допомогою алкоголю, а наркоманія серед молоді стала новою формою втечі від реальності.

За інформацією Інституту соціологічних досліджень України, наркоманія серед молоді поширюється в загрозованих масштабах, витісняючи багатьох здібних молодих людей із активного соціального життя. Це ставить під загрозу майбутнє країни.

Основна частина споживачів наркотиків в Україні, як і в багатьох інших країнах - це молодь до 30 років, і саме серед цієї вікової групи спостерігається найшвидше зростання рівня залежності. Перший контакт із наркотиками відбувається в дедалі молодшому віці, зараз у середньому - це 13 років, і є навіть випадки наркозалежності у дітей 9–10 років. За даними опитувань, 44% юнаків та 25% дівчат хоча б раз пробували наркотичні або психоактивні речовини.

На сьогоднішній день на обліку перебуває понад 14 тисяч осіб, які вживають наркотики, з них майже 6 тисяч - це неповнолітні, у тому числі й студенти. Крім того, близько 7 тисяч молодих людей зареєстровані як споживачі алкоголю, зокрема більше 1,6 тисячі з них - студенти. Окремо варто відзначити, що кількість молодих людей, які вперше звернулися за медичною допомогою через наркозалежність, зросла на 25%. Це вказує на критичну ситуацію та нагальну потребу в реагуванні суспільства.

Дослідження також показують, що наркоторговці використовують так звану "мережеву" стратегію, пропонуючи наркотики за низькими цінами в школах, біля житлових будинків та в інших місцях, де збирається молодь. На

початку наркотики часто розповсюджуються майже безкоштовно, щоб викликати залежність, а потім ціни значно зростають. Така тактика втягування стала звичним способом заманювання молоді у наркотичне середовище, з якого важко вибратися. Наркотики все частіше стають елементом молодіжних заходів, таких як вечірки та концерти.

Різке збільшення наркоманії серед школярів і студентів, яке за останні роки зросло у 6–8 разів, викликає серйозне занепокоєння. Це вказує на нагальну потребу у вжитті рішучих заходів як з боку держави, так і з боку суспільства для захисту майбутніх поколінь.

Демографічні наслідки: якщо не будуть вжиті екстрені заходи, демографічний спад протягом наступних 15-20 років поставить країну на грань фізичного виживання. Важливо відзначити, що наркомани в середньому живуть лише 5-10 років після початку вживання наркотиків, і більшість з них не доживають до 30 років. Таким чином, ця вікова група не лише не зможе продовжити рід, але й не братиме участі у відтворювальному процесі. Один наркоман здатний залучити в свою середу десятки людей, що ставить під загрозу майбутнє сучасного покоління 13-17-річних.

Зупинимося на факторах ризику. Багато досліджень, що стосуються підлітків у групі ризику наркоманії, фокусуються на їхньому характері та емоційних станах, що призводять до вживання психоактивних речовин. Важливо зауважити, що ці характеристики часто притаманні не лише підліткам, які зловживають наркотиками, а й соціально дезадаптованим особам. Тому спокуса підлітка до наркотиків може бути показником більш глибоких особистісних проблем.

У сучасному українському суспільстві особливо складне соціально-економічне становище спостерігається у неповних молодих сім'ях і родинах з дітьми. Одним з ключових факторів, що визначають стиль і образ життя молоді, є криміналізація та комерціалізація їхнього дозвілля. Ці процеси формують негативні соціальні моделі поведінки, які впливають на формування залежної особистості.

Проблема особистої безпеки молоді стає все більш серйозною. За даними досліджень, близько половини молодих людей переживали фізичне насильство від інших – чи то від однолітків, чи від дорослих, і близько 40% - навіть від батьків. Насильство стало звичним явищем у житті молоді, а серед певних груп воно навіть набуває організованих форм. Статистика показує, що понад половину злочинів в Україні скоюють люди віком від 14 до 29 років. Це сигнал про необхідність державної молодіжної політики, яка б запобігала таким проблемам і створювала безпечні умови для молоді.

Також важливо звернути увагу на причини виникнення залежної (адиктивної) поведінки серед молодих людей. Вона залежить від кількох основних факторів:

**Сімейні фактори:** Якщо в родині є алкоголізм, наркозалежність або психічні розлади у близьких, таких як батьки чи бабусі й дідусі, це суттєво підвищує ризик розвитку залежностей у молодих людей. Також негативно впливають кризові сім'ї, які не можуть дати емоційної підтримки чи стабільності.

**Особисті фактори:** Серед основних ризиків – початок статевого життя до 15 років, знайомство з алкоголем до 14 років і з курінням до 12 років. Це часто поєднується з низькою стійкістю до вживання речовин, тобто коли друга спроба слідує одразу за першою. Сюди ж відносяться препарати, які викликають швидке звикання, а також певні психологічні проблеми та затримка в розвитку.

**Соціальні фактори:** Легкий доступ до наркотичних речовин, низька успішність у школі, постійні конфлікти з вчителями чи однокласниками, а також знайомство з людьми, які ведуть антисоціальний спосіб життя, помітно збільшують ризик адиктивної поведінки.

**Соціальне середовище:** Не завжди адиктивна поведінка пов'язана з психічними порушеннями. Часто вона формується під впливом різних ризиків: сім'ї, школи, друзів та індивідуальних особливостей особистості.

У своїй дипломній роботі я розглядаю ключові фактори, які сприяють розвитку адиктивної поведінки.

Перш за все, це моральна незрілість. Люди з цією рисою часто не мають позитивного ставлення до навчання, не беруть участі в соціально схвалюваній діяльності, не мають чітких цілей у житті. Їхні інтереси переважно нестійкі й поверхневі, без глибоких пристрастей чи духовних цінностей. Вони, як правило, невпевнені у своєму виборі професії, уникають ситуацій, які вимагають відповідальності, і часто проявляють толерантність до алкоголю та наркотиків.

Другий важливий фактор - несприятливе соціальне середовище. Неповні сім'ї, зайнятість або відсутність контролю з боку батьків, надмірна опіка або конфліктні стосунки в сім'ї значно ускладнюють формування здорових соціальних установок. Крім того, негативно впливають патологічні методи виховання, вільний доступ до фінансів, проблеми з алкоголізмом або наркоманією в сім'ї.

Наступний фактор - біологічні особливості. Спадкова схильність до психічних захворювань, алкоголізм, нейроінфекції, перенесені в молодому віці, ураження головного мозку або слабкий розумовий розвиток значно підвищують ризик розвитку адиктивної поведінки.

Нарешті, психологічні характеристики та нейропсихологічні відхилення також мають великий вплив. Це низька емоційна стійкість, підвищена тривожність, схильність до імпульсивних і ризикованих дій, труднощі соціальної адаптації. Крім того, високий рівень демонстративності, конформності та циклотимії є іншими факторами ризику розвитку адиктивної поведінки.

Зупинимось на основних рисах, притаманних залежної особистості:

- Інфантильність та сугестивність (схильність до впливу ззовні).
- Некритичність до своїх рішень і прогностична некомпетентність (нездатність передбачати наслідки).
- Ригідність та впертість у поведінці, наївність і прямолінійність.

- Цікавість до всього нового, максималізм та егоцентризм.
- Яскраво виражена уява та схильність до фантазування.
- Нетерплячість, схильність до ризикованих дій, любов до небезпеки.
- Страх перед самотністю, що може виявлятися у страху відчуження.
- Низька здатність до подолання щоденних труднощів, але разом з тим хороша стійкість у кризових ситуаціях.
- Прихований комплекс неповноцінності, який проявляється через зовнішню демонстрацію своєї переваги.
  - Соціабельність, що поєднується зі страхом глибоких емоційних контактів.
  - Схильність до брехні, звинувачення інших без підстав, уникнення відповідальності, стереотипність у діях та поведінці, висока тривожність та виражена залежність [61, с. 54].

Такі характеристики особистості і фактори соціального оточення створюють передумови для формування залежної поведінки, що стає шляхом уникнення труднощів та відповідальності.

### **Висновки до першого розділу**

У першому розділі даної роботи ми проаналізували вплив середовища на розвиток адиктивної поведінки та підкреслили необхідність детального дослідження цього багатогранного процесу. Так, алкоголь, будучи легкодоступним і соціально прийнятним у багатьох культурах, може викликати залежність навіть у тих, хто вважає себе контрольованим у вживанні. Розуміння хімічних та психологічних властивостей алкоголю є необхідним для аналізу його впливу на формування залежності. Алкогольна залежність, як і інші форми адикції - це не просто особиста проблема, не лише питання вибору кожної окремої людини. Це хвороба, яка нещадно знищує особистість і підточує суспільство зсередини. Алкоголь змінює людей, відбирає їхні цінності, впливає на стосунки, руйнує здатність мислити

і діяти свідомо. І, на жаль, ці зміни починаються набагато раніше, ніж здається. Ще на етапі, коли здається, що «нічого страшного», коли контролю, як здається, вистачає - залежність уже залишає свої сліди в мозку, руйнує тіло й душу.

Небезпека алкоголізму в тому, що він поступово затягує людину все глибше, з однієї стадії у другу, й найстрашніше - що це може здаватися непомітним навіть для неї самої. Коли перші ознаки ще піддаються корекції, вони часто залишаються без уваги. А тим часом, поки сім'я сподівається, що «все минеться», хвороба продовжує руйнувати людину.

Тяжкі психічні розлади, як от алкогольні психози, посилюють суспільну небезпеку: людина, вражена психозом, здатна на непередбачувані вчинки, які шкодять не лише їй, а й іншим. Від агресивних дій у стані марення до небезпечних і саморуйнівних поведінкових патернів, залежність веде до трагедій, яким могли б запобігти, якби ми діяли рішуче. Стадії алкоголізму відображають поступовий розвиток захворювання, що потребує ретельного вивчення для своєчасного виявлення та корекції адиктивної поведінки. Психологічні аспекти, що супроводжують кожну стадію алкоголізму, мають критичне значення для розуміння потреб пацієнтів і вибору ефективних методів допомоги.

Саме тому ми не можемо дозволити собі бездіяльність. Дбати про здоров'я молодого покоління, вкладатися в превентивні заходи, говорити про цю проблему відкрито - це наш шлях до того, щоб запобігти трагедіям, щоб наші діти, брати й сестри могли жити повноцінно, зберегти своє майбутнє й не втратити себе через туманну привабливість залежності.

Для діагностики та профілактики адиктивної поведінки у осіб, що вживають алкоголь, важливо застосовувати спеціалізовані методики. Вони дозволяють виявити потенційно небезпечні фактори, які сприяють розвитку залежності, та розробити рекомендації для запобігання. В наступному розділі ми представимо дані методики, зробимо інтерпретацію та надамо рекомендації.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ СОЦІАЛЬНОГО ОТОЧЕННЯ НА ФОРМУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

#### 2.1 Методичне забезпечення проблеми виявлення адиктивної поведінки у осіб, що вживають алкоголь

В даному розділі нашої магістерської роботи ми проведемо емпіричне дослідження проблеми адитивної поведінки. Для вирішення даної проблеми ми обрали такий психодіагностичний комплекс: тест адиктивних установок (Мак-Маллана - Гейлхара (MGAA); AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), для вивчення алкогольної залежності та розладів, пов'язаних з алкоголем (ВООЗ); Тест «Експрес-діагностика хімічної залежності у підлітків» (опитувальник RAFFT); тест на інтернет-залежність (Internet Addiction Test, IAT).

Дослідження проводилося на базі РЦ «Сходи», спеціалізований центр для лікування всіх видів залежностей, м. Одеси. При дослідженні ми використали вибірку в 31 особу, пацієнти, які перебували у реабілітаційному центрі «Сходи», віком 13-19 років, серед яких 18 хлопців і 13 дівчат.

В межах досліджуваної теми доцільно розглянути методики виявлення адиктивної поведінки у осіб, що вживають алкоголь. Також далі ми розглянемо тест на інтернет адикцію.

Тест адиктивних установок (Мак-Маллана - Гейлхара (MGAA)) призначений для діагностики виразності адиктивних установок у залежних особистостей.

Заздалегідь підготовлений бланк роздається опитувальним особам. Та пропонується наступне: оберіть варіант відповіді, що найбільше відповідає вашим переконанням.

1. Я не несу відповідальності за вживання наркотиків і алкоголю.

2. Я можу зупинитися за допомогою лише сили волі.
3. Кілька чарок або доза приносять мені лише користь.
4. Якщо я не можу зупинитися, навіщо турбуватися?
5. Трохи не зашкодить.
6. Алкоголь чи наркотики потрібні мені для розваг.
7. Нормально вживати стільки, скільки я приймав у минулому.
8. До зловживання мене призвели негативні емоції (гнів, страх, смуток тощо).
9. Найкращий спосіб не почуватися погано - випити алкоголь чи прийняти наркотик.
10. Відчувати сп'яніння - приємно.
11. Я краще справляюся з алкоголем або наркотиками, ніж інші.
12. Наркотики або алкоголь потрібні мені, щоб почуватися впевненіше.
13. Спиртне - хороший спосіб розвіяти нудьгу.
14. Трохи самодисципліни - і я зможу позбутися проблем із наркотиками чи алкоголем.
15. Якщо я достатньо постараюся, я зможу контролювати себе.
16. Це моя провина, що я залежний.
17. Щось усередині мене бере гору й змушує мене вживати наркотики або алкоголь.
18. Залежність - це просто погана звичка.
19. Зовнішні катастрофи (втрата роботи, розлучення, госпіталізація) змушують людей надмірно пити.
20. Я краще справляюся з життям за допомогою алкоголю або наркотиків.
21. Вживання наркотиків - хороший спосіб когось покарати.
22. Я повинен задовольняти свої бажання.
23. Від залежності можна вилікуватися.
24. Найкращий спосіб позбутися похмілля - випити ще спиртного.
25. Мої проблеми з наркотиками чи алкоголем не настільки серйозні.

26. Я завжди можу передбачити, що не втрачу контроль, випивши алкоголь або прийнявши наркотики.
27. Я кращий у ролі коханця, коли перебуваю в стані сп'яніння.
28. Соціальний тиск змушує мене вживати забагато алкоголю.
29. Мені потрібні наркотики чи спиртне, щоб емоції не заволоділи мною.
30. Я зможу одужати без сторонньої допомоги, якщо сильно постараюся.
31. Мені потрібно випити, щоб почуватися краще.
32. Той, хто багато працює, заслуговує трохи вина.
33. Вживання наркотиків або алкоголю - хороший спосіб уникнути життєвих стресів.
34. Я повинен завжди бути щасливим.
35. Я не є наркозалежним або алкоголіком.
36. Ви не зможете сказати мені про мою залежність нічого такого, чого я не знав.
37. Ми повинні отримувати від життя все, що хочемо.
38. Сп'яніння відкриває справжню сутність людини.
39. Залежність спричинена психологічними проблемами.
40. Найкращий спосіб справитися з проблемами - не думати про них.
41. Коли я п'яний, я більш креативний.
42. У житті є важливіші речі, ніж моя залежність.

Варіанти відповідей:

- Повністю згоден
- Згоден
- Нейтрально
- Не згоден
- Повністю не згоден

Проведення тесту: тест можна проводити як у групах, так і індивідуально. Учасникам зачитуються питання та надаються пояснення до кожного пункту. Кожен учасник отримує бланк відповідей, де вибирає один з п'яти варіантів відповіді для кожного пункту.

Підрахунок балів: п'ять балів нараховується за відповідь «повністю згоден», один бал — за відповідь «повністю не згоден». Не позначені питання оцінюються як «нейтрально» (три бали).

Інтерпретація: тест базується на групі яку ми досліджуємо (мала вибірка з 31 особи). Загальна кількість у 110 балів ставить учасника в 50-й процентиль, де знаходяться люди з хронічною наркотичною та алкогольною залежністю. Ця група, серед усіх залежних респондентів, вважається найбільш важкою. У середньому такі особи мають тривалу історію вживання наркотиків, яскраво виражені симптоми абстиненції, численні проблеми із законом та кілька невдалих спроб лікування. Чим вищий результат, тим руйнівніші переконання учасника та тим далі він знаходиться від одужання. Терапевт може використовувати цей тест для оцінки прогресу клієнта, порівнюючи індивідуальні результати з середньостатистичними на різних етапах лікування. Далі розглядаємо результати тесту з учасником і пояснюємо ключові фактори, що спонукають його до зловживання спиртним і наркотиками.

Адиктивна поведінка являє собою одну з форм девіантної поведінки, яка полягає у прагненні особистості уникнути реальності шляхом штучного впливу на психічний стан. Це досягається як через споживання певних речовин, так і через нав'язливе фокусування на діяльності, здатній викликати інтенсивні емоції.

Рівень вираженості адиктивної поведінки може коливатися від майже непомітних проявів до тяжкої залежності, що супроводжується серйозними соматичними та психічними порушеннями. Психологічні характеристики осіб з адиктивною поведінкою включають знижену здатність витримувати повсякденні труднощі, але при цьому кращу адаптацію до кризових ситуацій. Важливо також зазначити наявність прихованого комплексу неповноцінності, що, як правило, супроводжується демонстрацією зовнішньої впевненості. Типовою є соціальна поведінка, що поєднує видиму комунікабельність з одночасним страхом перед встановленням глибоких

емоційних зв'язків. Додатково, часто зустрічаються схильність до маніпуляцій, заперечення особистої відповідальності за свої дії, схильність до перекладання провини на інших та високий рівень тривожності.

У таких осіб формується так звана «адиктивна установка», яка проявляється в надмірному емоційному ставленні до об'єкта адикції, наприклад, постійна потреба забезпечити доступ до алкоголю або інших речовин. Внаслідок цього особисті думки та розмови переважно зосереджуються навколо об'єкта залежності, а для виправдання поведінки активізується механізм раціоналізації: адикти використовують такі аргументи, як «всі так роблять» або «це допомагає зняти стрес».

Спостерігається також так зване «мислення за бажанням», коли критичність до негативних наслідків адикції суттєво знижується. Залежні особи часто стверджують, що можуть контролювати свою поведінку («я можу зупинитися в будь-який момент») та демонструють ідеалізацію адиктивного оточення («алкоголіки - нормальні люди»). Одночасно у них виникає недовіра до «інших», особливо до фахівців, які намагаються надати підтримку («вони мене не розуміють, оскільки самі цього не пережили»).

Далі ми використовували AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), українську версію UKR-AUDIT, для вивчення алкогольної залежності та розладів, пов'язаних з алкоголем. Цей тест був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я для виявлення проблем, пов'язаних з алкоголем. Він широко використовується в багатьох країнах для виявлення небезпечного або шкідливого вживання алкоголю та потенційної алкогольної залежності, особливо в закладах первинної медичної допомоги.

Анкета складалася з 12 запитань, на які респонденти повинні були відповісти, відзначивши відповідні варіанти. Після проходження тесту модератор збирав бланки та підраховував результати.

1. Як часто ви вживаєте алкоголь?

0 балів - ніколи

1 бал - 1 раз на місяць або рідше

- 2 бали - 2-4 рази на місяць
- 3 бали - 2-3 рази на тиждень
- 4 бали - 4 і більше разів на тиждень
2. Якщо ви відповіли "ніколи" на питання 1 або набрали 0 балів у питаннях 2 і 3, перейдіть до питань 9 і 10.
3. Скільки стандартних порцій напоїв, що містять алкоголь, Ви зазвичай випиваєте в день, коли п'єте?
- 0 балів - 1 або 2 порції
- 1 бал - 3-4 порції
- 2 бали - 5 або 6 порцій
- 3 бали - 7, 8 або 9 порцій
- 4 бали - 10 і більше порцій
4. Як часто Ви за один випадок випиваєте шість або більше порцій?
- 0 балів - ніколи
- 1 бал - менше 1 разу на місяць
- 2 бали - щомісяця
- 3 бали - щотижня
- 4 бали - щодня або майже щодня
5. Загальна сума балів за питання 1-3 (AUDIT-C): 12 (заповніть увесь тест, якщо Ваша сума балів становить 1 або більше).
6. За останній рік наскільки часто у Вас бувало, що Ви не могли зупинитися, коли починали пити?
- 0 балів - ніколи
- 1 бал - менше 1 разу на місяць
- 2 бали - щомісяця
- 3 бали - щотижня
- 4 бали - щодня або майже щодня
7. Як часто за останній рік через випивку Ви не виконували того, що від Вас зазвичай очікували?
- 0 балів - ніколи

- 1 бал - менше 1 разу на місяць  
2 бали - щомісяця  
3 бали - щотижня  
4 бали - щодня або майже щодня
8. Як часто за останній рік Вам було необхідно випити зранку, щоб прийти до тями після попереднього пиття?
- 0 балів - ніколи  
1 бал - менше 1 разу на місяць  
2 бали - щомісяця  
3 бали - щотижня  
4 бали - щодня або майже щодня
9. Чи бувало таке за останній рік, що Ви відчували провину або докори сумління після випивки?
- 0 балів - ніколи  
1 бал - менше 1 разу на місяць  
2 бали - щомісяця  
3 бали - щотижня  
4 бали - щодня або майже щодня
10. Як часто за останній рік Ви не могли пригадати, що було ввечері, через те, що Ви випивали?
- 0 балів - ніколи  
1 бал - менше 1 разу на місяць  
2 бали - щомісяця  
3 бали - щотижня  
4 бали - щодня або майже щодня
11. Чи траплялося, що Ви або хтось інший отримували травму внаслідок Вашого вживання алкоголю?
- 0 балів - ні, ніколи  
2 бали - так, але не в минулому році  
4 бали - так, протягом минулого року

12. Чи висловлювали Ваші рідні, сім'я, друзі, колеги, лікар чи інший медичний працівник занепокоєння з приводу Вашого вживання алкоголю або пропонували пити менше?

0 балів - ні, ніколи

2 бали - так, але не в минулому році

4 бали - так, протягом минулого року

Загальна кількість балів за тестом AUDIT: 40

Примітка: Сума балів 8 або більше вважається показником небезпечного або шкідливого вживання алкоголю.

Сума балів 7 або менше у чоловіків (6 балів у жінок) свідчить про знижений ризик виникнення проблем, зумовлених вживанням алкоголю. Однак слід знати, що, згідно з наявними даними, вживання алкоголю навіть у невеликих кількостях пов'язане з підвищеним ризиком розвитку раку. Вживання великої кількості алкоголю за один раз, яке визначається як споживання 60 г. або більше чистого спирту за один прийом, є особливо шкідливим для здоров'я. Крім того, не можна вживати жодного алкоголю під час вагітності чи планування вагітності, а також під час керування транспортним засобом або машинним обладнанням, якщо у вас є медичні протипоказання до вживання алкоголю або якщо ви приймаєте певні види лікарських засобів, такі як заспокійливі, знеболювальні чи деякі антигіпертензивні препарати.

Кількість балів 8 або більше у чоловіків (7 балів у жінок) свідчить про те, що ви вживаєте алкоголь у небезпечний і(або) шкідливий спосіб. Будь ласка, проконсультуйтеся з лікарем або консультантом з питань вживання алкоголю, щоб дізнатися, як ви могли б зменшити небезпечне і(або) шкідливе споживання алкоголю. Регулярне надмірне вживання алкоголю є причиною багатьох хвороб і травм та може призводити до соціальних, правових, трудових і фінансових проблем.

Якщо ви набрали загалом 20 балів і більше або якщо у вас більше 0 балів у відповідях на питання 4-6, у вас може бути алкогольна залежність або

ризик її розвитку. Будь ласка, якомога швидше проконсультуйтеся з лікарем або іншим медичним працівником; також перед тим, як зменшити споживання алкоголю, отримайте медичну консультацію, оскільки припинення або різке скорочення споживання алкоголю може спричинити алкогольний абстинентний синдром - важкий медичний стан.

Ризики, пов'язані з вживанням алкоголю в небезпечних кількостях, включають:

- похмілля, агресивну і буйну поведінку, нещасні випадки та травми, нудоту і блювоту;
- зниження потенції та передчасне старіння;
- проблеми з травленням, виразки, запалення підшлункової залози і підвищений артеріальний тиск;
- тривожність і депресію, труднощі у взаєминах, фінансові проблеми і проблеми на роботі;
- ослаблення пам'яті і труднощі з вирішенням завдань;
- вроджені дефекти і пошкодження головного мозку у дітей вагітних жінок;
- необоротне пошкодження головного мозку, що призводить до втрати пам'яті, порушення когнітивних здібностей та дезорієнтації;
- інсульт, пошкодження м'язової тканини та нервових волокон;
- захворювання печінки і підшлункової залози;
- онкологічні захворювання, зокрема рак носоглотки, гортані, печінки, товстої/прямої кишки та молочної залози у жінок;
- суїцид.

Кожне з питань було адаптоване за допомогою шкали Лайкерта, яка варіюється від «повністю згоден» до «повністю не згоден». Твердження були запропоновані двом різним групам респондентів, які мають залежність. Перша група включала осіб, що все ще вживають алкоголь, а друга - людей, які перебувають на різних етапах відновлення, починаючи з недавно отриманого лікування і закінчуючи десятимісячною ремісією [12, с. 200].

Цей тест призначений тільки для осіб, що страждають від залежності. Він не підходить для тих, хто просто зловживає алкоголем, оскільки їхні відповіді будуть відрізнятися.

Тест може бути проведений як індивідуально, так і в груповому форматі. Під час проходження тесту питання зачитуються респондентам, кожен пункт пояснюється, і надаються відповіді на всі запитання. Учасники отримують спеціальні бланки, на яких обирають одну з п'яти варіантів відповідей для кожного з питань.

Далі нами був використаний тест на виявлення інтернет адикції Кімберлі Янг. Тест на інтернет-залежність (Internet Addiction Test, IAT) був розроблений доктором Кімберлі Янг у 1994 році. Він є інструментом для самодіагностики проблеми надмірного захоплення інтернетом, незалежно від того, яка саме активність в інтернеті викликає залежність. Важливо зазначити, що концепція інтернет-залежності ще не отримала остаточного визначення у науковому світі.

Обраний він був нами з розуміння, що теоретично інтернет-залежність є типом поведінкової залежності, схожою на інші форми адикцій, де людина емоційно прив'язана до певної активності. Частіше адиктивна поведінка може проявлятися на різні види залежності. Тому враховуючи вік нашої вибірки та інтереси сучасної молоді ми вирішили перевірити їх і на інтернет залежність.

Так, залежність від інтернету має три основні ознаки:

1. Нарощування дози - з часом людина проводить більше часу в інтернеті.
2. Зміна поведінки - інтернет-активність починає заміщувати реальне життя.
3. Синдром відміни - емоційне погіршення, коли людина не може бути в інтернеті.

Кімберлі Янг вважає, що інтернет-залежність виникає через три основні фактори:

1. Доступність — легкий доступ до інформації, соціальних мереж та порнографії.
2. Анонімність — можливість бути анонімним і контролювати передану інформацію.
3. Емоційний комфорт — почуття більшої довіри до спілкування онлайн, ніж у реальному житті.

Незважаючи на те, що багато науковців погоджуються з основними рисами інтернет-залежності, немає єдиної думки щодо її точного визначення, і ця проблема не має чітких діагностичних критеріїв у міжнародних класифікаціях (МКХ-10 чи DSM-5).

Створюючи цей тест, Кімберлі Янг спиралася на методи діагностики інших залежностей, зокрема алкоголізму та патологічної схильності до азартних ігор, щоб визначити поведінкові патерни, характерні для інтернет-залежних.

Тест К. Янг для визначення інтернет-залежності складається з 20 питань і доступний у двох варіантах: основний — Internet Addiction Test (IAT) та для родин — Internet Addiction Test for Families (IAT-F). Респондент на кожне питання відповідає за допомогою 5-бальної шкали Лайкерта, де бали сумуються для визначення підсумкового результату.

Процедура проведення тесту: тест передбачає самостійне заповнення, і його можна пройти в електронному форматі. Однак результати можна уточнити та інтерпретувати фахівцем під час напівструктурованого інтерв'ю, оскільки питання можуть бути сприйняті як соціально бажані, що потребує додаткового аналізу відповідей.

Інтерпретація результатів:

- 40-99 балів - звичайний користувач інтернету.
- 100-159 балів - виникають певні проблеми, пов'язані з надмірним використанням інтернету.
- 160-200 балів - інтернет-залежність.

Клінічна значимість: цей тест не був валідизований для популяції інтернет-залежних, і тому не може бути використаний як єдиний інструмент для встановлення діагнозу. Проте він може бути корисним для скринінгу осіб, які можуть мати проблеми із залежністю, і використовуватися як перший крок для направлення на консультацію до фахівця. Також тестування може проводитись у динаміці для оцінки покращення стану людини в процесі лікування.

Методика тесту:

1. Чи помічаєте, що витрачаєте більше часу в Інтернеті, ніж планували?
2. Чи відмовляєтесь від виконання домашніх справ, щоб провести більше часу в мережі?
3. Чи надаєте перевагу часу, проведеному в Інтернеті, порівняно з особистими зустрічами з партнером?
4. Чи заводите нові знайомства в інтернеті, перебуваючи онлайн?
5. Чи дратуєтесь, коли інші цікавляться, скільки часу ви проводите в інтернеті?
6. Чи помічаєте, що через захоплення Інтернетом ваші досягнення в навчанні чи роботі погіршилися?
7. Чи перевіряєте електронну пошту перед тим, як зробити більш важливі справи?
8. Чи знижується ваша працездатність через надмірне використання інтернету?
9. Чи намагаєтесь уникнути відповіді, коли вас питають, чим ви займаєтесь в інтернеті?
10. Чи блокуєте неприємні думки про реальне життя, заміщуючи їх роздумами про інтернет?
11. Чи з нетерпінням чекаєте можливості знову підключитися до інтернету?
12. Чи відчуваєте, що життя без інтернету виглядає нудним і порожнім?
13. Чи реагуєте агресивно або сильно роздратовано, коли хтось намагається відволікти вас від інтернету?

14. Чи нехтуєте сном, щоб залишатися в інтернеті довше?
15. Чи часто думаєте, чим будете займатися в інтернеті, коли не в мережі?
16. Чи часто говорите собі: «ще трохи», залишаючись в інтернеті?
17. Чи були у вас невдалі спроби скоротити час, що ви проводите в інтернеті?
18. Чи намагаєтеся приховати, скільки часу ви проводите онлайн?
19. Чи замість зустрічей із друзями обираєте час в інтернеті?
20. Чи відчуваєте занепокоєння, коли ви не можете підключитися до інтернету, але відразу відчуваєте полегшення, коли знову в мережі?
21. Чи відчуваєте ви збудження або ейфорію, коли перебуваєте в інтернеті?
22. Чи потрібно вам більше часу в інтернеті, щоб відчути ті ж емоції?
23. Чи відчуваєте порожнечу, коли не використовуєте інтернет?
24. Чи траплялося вам ігнорувати важливі справи через захоплення інтернетом?
25. Чи проводите ви більше 3-х годин на день в інтернеті?
26. Якщо ви використовуєте комп'ютер для роботи, чи часто заходите в інтернет для особистих потреб під час робочого часу?
27. Чи завантажуєте ви матеріали з порнографічним змістом?
28. Чи відчуваєте, що легше спілкуватися з людьми через інтернет, ніж в реальному житті?
29. Чи чули ви від друзів або рідних зауваження, що ви проводите забагато часу онлайн?
30. Чи заважає інтернет-активність вашій професійній діяльності?
31. Чи були випадки, коли ви намагалися обмежити час, проведений в інтернеті, але безуспішно?
32. Чи відчуваєте втому в пальцях від тривалого використання клавіатури чи миші?
33. Чи траплялося вам брехати про кількість часу, який ви проводите в інтернеті?
34. Чи відчували ви болі чи оніміння в руках від тривалого використання комп'ютера?

35. Чи страждаєте від болів у спині більше одного разу на тиждень через тривале сидіння?
36. Чи відчуваєте сухість в очах після довгого перебування перед екраном?
37. Чи збільшився час, що ви проводите в інтернеті за останній час?
38. Чи їли ви пропускати їжу або їли прямо за комп'ютером, щоб не переривати своє перебування в інтернеті?
39. Чи траплялося вам нехтувати особистою гігієною, щоб більше часу проводити в інтернеті?
40. Чи помітили ви зміни в режимі сну з того часу, як почали часто користуватися комп'ютером?

Тест на інтернет-залежність, подібно до інших методик, має на меті виявити поведінкові патерни, що можуть вказувати на наявність залежності. Важливо, щоб результати тесту поєднувались із розвитком навичок самоконтролю та адекватної реакції в стресових ситуаціях чи інших випробуваннях. Оскільки надмірне використання інтернету може серйозно впливати на особисте життя, необхідно навчати здатності до самооцінки та критичного підходу до власної поведінки, зокрема визначення ризиків.

Основним елементом у боротьбі з інтернет-залежністю є формування здорової мотивації у користувачів та розуміння ними важливості відповідальності за свій спосіб життя. Програми, що сприяють подоланню цієї проблеми, повинні не лише пропонувати варіанти рішень, але й забезпечувати можливості для вибору здорового способу життя, підкреслюючи важливість правильних моделей поведінки.

Так, як і в разі інших залежностей, для успішної профілактики інтернет-залежності потрібно зосередитись на розвитку фізичної активності, підтримці фізкультурної грамотності та інтеграції здорових звичок у повсякденне життя. Необхідно створити умови для формування стійкої потреби в самовдосконаленні і веденні здорового способу життя, що включає розвиток навичок, які дозволяють включити фізичну активність у повсякденну практику. Цей процес повинен стосуватися не лише

мотиваційного аспекту, а й конкретних дій, зокрема регулярних занять фізичною культурою.

## **2.2 Опис і проведення методик на виявлення адиктивної поведінки**

Тест на адиктивні установки (Мак-Маллан – Гейлхар) оцінює ставлення до алкоголю та визначає рівень алкогольної залежності. Підрахунок балів проводиться наступним чином: 5 балів ставиться за відповідь «цілком згоден», а 1 бал – за «цілком не згоден». Якщо питання залишено без відповіді, воно оцінюється як нейтральне, тобто 3 бали.

Для респондентів з алкогольними проблемами, які не проходять лікування, середнє значення балів становить 110,5. У осіб, які проходять реабілітацію, результати можуть варіюватися в залежності від тривалості їхнього лікування.

Важливо розуміти, що ця методика орієнтована на клінічну групу. Якщо результат тесту становить 110 балів, це означає, що респондент знаходиться в середній групі з хронічною алкогольною залежністю. Такі респонденти часто мають найбільші проблеми з алкоголем, проявляють сильні симптоми абстиненції, мають юридичні проблеми і неодноразово пробували пройти лікування. Чим вищий бал, тим більше руйнівних переконань у клієнта і тим далі він від повного одужання.

Терапевт може використовувати цей тест для відстеження прогресу пацієнта, порівнюючи його результати з середніми показниками на різних етапах лікування. У психотерапевтичній практиці рекомендується разом з клієнтом обговорювати результати тесту, з'ясувати, які переконання сприяють його зловживанню алкоголем.

Результати тесту також допомагають оцінити тривалість тверезості пацієнтів з хронічною алкогольною залежністю на різних етапах реабілітації: безпосередньо після початку лікування (Pre), на проміжному етапі (Mid) та

безпосередньо після завершення лікування (Post). Важливою є також інформація про період тверезості — від 1 року до 10+ років без алкоголю.

Найнижчий можливий бал за цією методикою – 42 бали. Тест допомагає виділити п'ять основних факторів, які впливають на залежність:

Фактор 1. «Я можу контролювати прийом алкоголю у будь-який час, коли забажаю. У мене для цього є сила волі. Я можу зробити це сам, без чийсь допомоги».

Фактор 2. «Я не несу відповідальність за зловживання алкоголем. Диявол мене поплутав. Винні інші. Це все погане виховання».

Фактор 3. «Мені все ж таки досі подобається використовувати алкоголь. Я стаю більш креативним».

Фактор 4. «Алкоголь – не така велика проблема для мене. Це не приносить мені реальної шкоди. Турбуватися нема про що».

Фактор 5. «Мені потрібен алкоголь, щоб почуватися краще. Я не можу без нього впоратися з цим життям».

Щодо тесту виявлення залежностей. Опитувальник складається із 42 питань. Орієнтовний час тестування 10–15 хвилин.

Інтерпретація: Цілком згоден:

«Парочка рюмок мені тільки на користь».

«Трохи мені не зашкодить».

«Алкоголь мені необхідний для того, щоб повеселитися».

«До зловживання мене призвели негативні почуття (гнів, страх, сум і т.д.)».

«Щоб не почуватися погано, найкращий спосіб – прийняти алкоголь».

«Зазнавати сп'яніння приємно».

«Зовнішні катастрофи (втрата роботи, догляд подружжя, госпіталізація) – змушують людей пити надто багато».

«Я можу краще впоратися з життям за допомогою спиртного».

«Прийняття алкоголю – хороший спосіб врятуватися від життєвих стресів».

«Залежність викликана психологічними проблемами».

Згоден:

«Цілком нормально вживати стільки, скільки я приймав у минулому».

«Алкоголь потрібен мені, щоб відчувати себе впевненіше».

«Спиртне – добрий спосіб розвіяти нудьгу».

«Моя вина в тому, що я залежний».

«Найкращий спосіб позбутися похмільного синдрому – прийняти ще спиртного».

«Я краще як коханець, коли перебуваю в сп'яніння».

«Соціальний тиск змушує мене надто багато пити».

«Мені потрібне спиртне, щоб емоції не опановували мною».

«Мені потрібно випити, щоб почуватися краще».

Нейтральний:

«Щось усередині мене бере наді мною верх і змушує мене вдатися до вживання алкоголю».

«Я маю задовольняти свої бажання».

«Той, хто багато працює, заслуговує на трохи вина».

«Я маю бути весь час щасливим».

«Ми маємо отримувати від життя все, що нам хочеться».

«Коли я п'яний, я більш креативний».

Не згоден:

«Я не несу відповідальність за вживання алкоголю».

«Я можу зупинитися за допомогою однієї лише сили волі».

«Якщо я не можу зупинитися, навіщо тоді турбуватися?».

«Трохи самодисципліни – і я зможу позбутися проблем з алкоголем».

«Якщо я досить добре постараюся, я зможу себе контролювати».

«Від залежності можна вилікуватися».

«Проблеми з випивкою у мене не настільки серйозні».

«Я зможу одужати без сторонньої допомоги, якщо буду дуже намагатися».

«Я не алкоголік».

«Сп'яніння відкриває справжню сутність людини».

«Найкращий спосіб впоратися з проблемами – це не думати про них».

Зовсім не згоден:

«Я можу впоратися з алкоголем краще, ніж інші».

«Залежність – це просто погана звичка».

«Вживання алкоголю – добрий спосіб когось покарати».

«Я завжди можу передбачити, що не втрачу над собою контроль, прийнявши алкоголь».

«Ви не можете мені сказати про мою залежність нічого такого, чого б я не знав».

«У житті є важливіші речі, над якими треба працювати, чим моя залежність».

Інтегральний тестовий показник характерний для групи клієнтів з хронічною алкогольною залежністю, яка оцінюється фахівцями як найважча (гамма-категорія). Середній клієнт із цієї групи вживав алкоголь багато років, демонструє виражені симптоми абстиненції, у нього численні проблеми з законом, він пробував і кидав у минулому кілька лікувальних програм для осіб із залежністю.

Ключ до тестування. Опрацювання результатів тесту. Підсумовуємо бали з окремих видів схильностей до залежностей:

1. Залежність від алкоголю: 1, 15, 29, 43, 57.

2. Схильність до залежностей: 14, 28, 42, 56, 70.

Інтерпретація (розшифрування – умовні норми):

5–11 балів – низька;

12–18 середня;

19–25 – високий рівень схильності до залежностей.

Архіважливим етапом одужання, хворих на алкоголізм є робота з клінічним психологом. Робота клінічного психолога у даному випадку полягає у наступному:

1. Проводить індивідуальні заняття. Вони полягають, як правило, у тестуванні. Фахівець викликає до себе в кабінет хворого на конкретний час (важливо, щоб це не вплинуло на його загальний розпорядок дня). Попередньо він друкує тест на папері і починає опитування. Це навіть не діалог, а анкетування. Після отримання результатів він обробляє їх у спеціальній програмі або вносить їх у шаблон. Зазвичай таких розмов проводиться дві-три за весь період лікування (три тижні).

2. Працює з пацієнтом після виписки. Зазвичай це робиться за направленням нарколога, якщо він вважає це необхідним. Наприклад, його підопічний явно демонструє дива у поведінці, перебуває у зневірі, нічого не хоче робити, на нього скаржаться близькі люди. Також обов'язковим вважається відвідування психолога незадовго до зняття з обліку у диспансері. Остаточний висновок потрібний для лікарської комісії, яка приймає рішення про те, щоб остаточно виписати пацієнта, який продемонстрував свою адекватність і свою відразу до спиртних напоїв чи психоактивних речовин.

Тест "Експрес-діагностика хімічної залежності у підлітків" (опитувальник RAFFT) допомагає виявити, чи є у підлітка схильність до вживання алкоголю чи наркотиків, а також до хімічної залежності. Оцінка результатів тесту виглядає так: за позитивну відповідь на перше, друге та п'яте питання нараховується 1 бал, а на третє і четверте — 0,5 бала. Якщо підліток дає хоча б одну позитивну відповідь, це може свідчити про схильність до залежної поведінки. Якщо набирається 2 і більше балів, то є підозра на хімічну залежність. Рівні схильності до залежності можуть бути такими:

А) Низький ризик (не виявлено) — немає ознак залежної поведінки.

Б) Ймовірна схильність — є деякі ознаки ризику залежної поведінки.

В) Висока ймовірність — є серйозні ознаки схильності до залежної поведінки.

Г) Висока ймовірність, підозра на хімічну залежність — підліток знаходиться в групі ризику.

Тест "Схильність до залежної поведінки" допомагає виявити схильність до алкоголізму та наркозалежності. Оцінка результатів тесту проводиться за двома типами питань:

Прямі питання: оцінюються за стандартною шкалою (від 1 до 5).

Зворотні питання: оцінюються протилежним чином (від 5 до 1). Тільки відповіді на питання, враховуються в оцінці. Підсумкові бали з прямими та зворотними питаннями підсумовуються для оцінки схильності до залежної поведінки. В окреmostі оцінюється схильність до алкогольної та наркотичної залежності за відповідями на відповідні питання.

Рівень схильності до залежної поведінки:

А) Невисокі ознаки (не виявлені) — підліток не має ознак схильності до залежної поведінки і не входить у групу ризику.

Б) Ознаки тенденції — є помітні ознаки, які можуть свідчити про схильність до залежної поведінки, і це потребує уваги.

В) Ознаки підвищеної схильності — є виражені ознаки схильності, і підліток потребує особливої уваги.

Г) Ознаки високої ймовірності — підліток має високу ймовірність розвитку залежної поведінки і знаходиться в групі ризику.

Збір інформації проходив через прямі питання, і дані оброблялися вручну.

Перед проведенням дослідження учасників ознайомили з темою, що стосується адиктивної поведінки (залежностей), щоб вони краще розуміли суть запитань. Щоб створити більш комфортну атмосферу та зробити спілкування менш формальним, була проведена невелика розминка. Кожен учасник вибрав собі ігрове ім'я, яким їх будуть називати протягом заняття. Дехто обрав своє справжнє ім'я, інші вигадали прізвиська чи змінили прізвище.

Після цього ми розпочали сам процес дослідження групи на наявність схильності до адиктивної поведінки. Спілкування проходило в спокійній атмосфері, кожен учасник займав зручне для себе місце в приміщенні. Варто

зазначити, що більшість учасників відразу вступили в контакт і активно спілкувались, хоча декілька людей спочатку були менш відкриті через невелике незручність і відсутність повної довіри.

Під час знайомства з темою "адиктивна поведінка" більшість учасників виявила зацікавленість: вони ставили питання та висловлювали свої думки. Однак деякі спочатку намагалися привернути до себе увагу, що трохи відволікало від основної бесіди. Проте з часом увага знову зосередилася на темі, і інтерес до роботи був очевидним.

Групі був представлений план нашої подальшої роботи та основні етапи дослідження. Варто відзначити, що учасники слухали цю інформацію з великою увагою. Після цього ми пояснили основні принципи групової роботи, що є важливим для спільної діяльності.

Дослідження проводилося в два етапи. Спочатку респондентам були чітко пояснені мета і завдання опитування.

Перший етап — ми використовували методику "Експрес-діагностика хімічної залежності у підлітків", мета якої — виявити схильність до залежної поведінки та виявити хімічні залежності. Під час опитування ми ще раз роз'яснили, що таке "хімічна залежність" і які види адикцій до неї належать. Декілька учасників виправили свої первинні відповіді, оскільки спочатку вони віднесли куріння до хімічних залежностей і помилково визначили свою схильність до вживання психоактивних речовин (ПАР).

Другий етап — ми використовували методику "Схильність до залежної поведінки", яка орієнтована на виявлення схильності не лише до залежностей загалом, але й до алкогольної та наркотичної залежностей зокрема. Оскільки методика включала багато запитань, наприкінці респонденти відчували втому. Декілька питань потребували додаткових пояснень, наприклад, термін "потрапити в халепу". Водночас учасники проявили велику уважність до питань: навіть коли пролунав телефонний дзвінок, багато хто продовжував відповідати на запитання без відволікань.

Після завершення опитування ми розпочали аналіз і інтерпретацію отриманих даних. За результатами першої методики "Експрес-діагностика хімічної залежності" можна зробити висновок, що у більш ніж половини опитуваних (18 з 31) схильність до залежності виявилася низькою. Проте деякі показники наближалися до рівня, який свідчить про можливу схильність до залежної поведінки.

Менше ніж у половини респондентів виявлено ймовірність схильності до залежної поведінки. Зокрема, 8 учасників можна охарактеризувати як тих, що мають помірно виражений ризик до залежної поведінки. Ймовірність початку вживання психоактивних речовин (ПАР) у цих респондентів може бути пов'язана з бажанням спробувати нове, відсутністю впливу з боку найближчого оточення. Тому в роботі з цією групою важливо враховувати ці фактори та спрямовувати діяльність на їх інтереси.

Також варто зазначити двох респондентів, у яких виявлено високий рівень схильності до залежної поведінки. Це свідчить про велику ймовірність того, що вони можуть почати вживати ПАР, зокрема алкоголь або наркотики.

У одного з респондентів, який має високий ризик залежної поведінки, окрім цієї схильності, є підозра на наявність вже сформованої хімічної залежності. Це вказує на те, що цей учасник може вже перебувати в процесі залежності, що потребує особливої уваги і постановки на облік для подальшої роботи з ним. Все це ми бачимо в таблиці 2.1.

*Таблиця 2.1*

**Розподіл респондентів за показниками рівню схильності до  
алкогольної залежності**

<b>Рівень схильності до залежної поведінки (Алкогольна)</b>	<b>Кількість респондентів</b>
Не високий (не виявлено)	18
Ймовірність схильності	8
Висока ймовірність	4
Висока ймовірність, підозра на наявність хімічної залежності	1

Більшість респондентів (8 осіб) вказали, що вживали алкоголь або наркотики самі або в їхній родині є випадки залежності. Це вказує на те, що небезпека виникнення залежної поведінки може виходити від найближчого оточення.

Один з респондентів зазначив наявність проблем з алкоголем у родині, що збільшує ризик для нього почати вживати ПАР і підвищує схильність до залежностей.

Декілька респондентів повідомили, що вживали наркотики чи алкоголь на самоті, що вказує на необхідність роботи з навичками подолання такої поведінки.

Також двоє опитуваних змінили свої відповіді з позитивних на негативні, що може вказувати на початкову схильність до хімічної залежності.

Один з респондентів, у якого є підозра на хімічну залежність, сказав, що вживає ПАР для розслаблення або для того, щоб вписатися в компанію, що свідчить про наявність психологічної та фізичної залежності.

Аналізуючи ці результати, можна зробити висновок, що група респондентів має ознаки схильності до хімічної залежності. Для підтвердження цих даних проводиться подальший аналіз відповідей за методикою "Схильність до залежної поведінки", що допоможе уточнити ймовірність розвитку алкогольної та наркотичної залежності серед респондентів.

Отже, ми виявили наступне щодо схильності до алкогольної залежності:

У 18 респондентів не було виявлено ознак схильності до залежної поведінки. Показники деяких з них незначно відрізняються від наступної групи (різниця в балах – приблизно 4 особи). Ці результати вказують на відсутність ризиків щодо початку вживання ПАР, але для профілактики рекомендується проводити інформування та тренувати навички протистояння залежностям.

У 4-х респондентів виявлено ознаки тенденції до вживання ПАВ, що вказує на ймовірність розвитку залежної поведінки. Ці особи можуть періодично вживати алкоголь, що збільшує ризик виникнення залежності.

Ще 4 опитуваних продемонстрували ознаки підвищеної схильності до залежної поведінки. У цій групі респондентів ризик розвитку залежності від ПАВ є вищим. Вони можуть мати хибні уявлення про вплив ПАВ і бажання спробувати їх. З цією групою важливо проводити не тільки інформування, але й активну роботу з формування навичок протистояння залежностям.

У одного з опитувальних виявилася висока ймовірність, і підозра на наявність хімічної залежності. Відобразимо результати у табл.2.2.

*Таблиця 2.2*

**Розподіл респондентів за показниками рівню схильності до наркотичної залежності**

<b>Рівень схильності до залежної поведінки (Наркотична)</b>	<b>Кількість респондентів</b>
Невисокі ознаки (не виявлені)	18
Ознаки тенденції	4
Ознаки підвищеної схильності	4
Ознаки високої ймовірності	1

Характеризуючи схильність до наркотичної залежності, можна виділити такі результати:

1. Відсутність схильності. Більшість респондентів (18 осіб) не продемонстрували ознак схильності до наркотичної залежності. Це вказує на невеликий ризик виникнення залежності в цій групі порівняно з іншими. Робота з цією групою повинна бути спрямована на профілактику та закріплення інформації, формування стійкої позиції щодо ПАВ.
2. Ознаки тенденції. У 4 респондентів виявлені виражені ознаки схильності до залежної поведінки. Ще двоє осіб мали показники, які близькі до цієї групи, і раніше їх відносили до меншого ризику. Це свідчить про ймовірність періодичного вживання наркотичних засобів, що підвищує ризик розвитку

залежності. Профілактика для цієї групи має включати зміцнення навичок протистояння спокусам та ризику вживання ПАВ.

3. Ознаки підвищеної схильності. 4 респонденти виявили ознаки підвищеної схильності до наркотичної залежності. Вони потребують більш пильної уваги, оскільки ймовірність розвитку залежності у них є вищою. Для цієї групи важливо проводити профілактику, яка включатиме тренування навичок подолання залежної поведінки в ситуаціях ризику.

4. Ознаки високої ймовірності залежності. На відміну від алкогольної залежності, де не було виявлено респондентів з високим рівнем схильності, у випадку наркотичної залежності один респондент показав високу ймовірність розвитку залежності. Ця особа знаходиться в групі ризику, і для неї необхідно вжити заходи, спрямовані на виявлення та корекцію залежності. Рекомендується поставити цього респондента на облік у фахівців, щоб здійснити подальше спостереження та втручання.

Отже, за результатами дослідження можна зробити такі висновки щодо схильності до адиктивної поведінки та ймовірності розвитку наркотичної залежності:

1. Схильність до адиктивної поведінки. У 9 з 31 респондента виявлені ознаки схильності до залежної поведінки, що включає ймовірність розвитку залежності від ПАВ. Це підтверджують дані про наявність ознак тенденцій, підвищеної схильності та високої ймовірності залежності у цих респондентів.
2. Пограничні тенденції. 2 респонденти продемонстрували пограничні ознаки схильності, що знаходяться між невисокими та тенденціями до залежної поведінки. Це також ставить їх у групу ризику з високою ймовірністю розвитку залежностей.
3. Збігання рівнів схильності до різних залежностей. У 11 респондентів спостерігається повне збігання рівнів схильності як до алкогольної, так і наркотичної залежності. У 9 з них виявлена відсутність схильності до залежностей, а у 2 — підвищена схильність.

4. Невеликі коливання в рівнях схильності. У 2 респондентів спостерігається незначне розходження в рівнях схильності до різних залежностей, що свідчить про певну непевність у відповіді. Це також відзначено у 3 респондентів, де схильність до однієї залежності незначно відрізняється від схильності до іншої.
5. Невизначеність у відповідях. У 4 респондентів спостерігається коливання між низьким та підвищеним рівнем схильності до різних залежностей, що ставить під сумнів повну достовірність результатів у цих випадках.

В результаті, 9 респондентів з 31 мають виражену схильність до адиктивної поведінки, і ще одна група респондентів перебуває в пограничному стані, що вимагає додаткової уваги з урахуванням їхнього віку та потенційного ризику розвитку залежностей у майбутньому. Ці результати підтверджують досягнення мети дослідження — виявлення схильності до адиктивної поведінки серед молоді.

Також варто зазначити, що у більшості респондентів (9 осіб) спостерігається збіг рівнів схильності як до алкогольної, так і наркотичної залежностей. У цих респондентів виявлено однаковий рівень схильності (відсутність схильності) як до наркотичної, так і до алкогольної залежностей, що свідчить про відсутність ризику розвитку цих залежностей у зазначених респондентів.

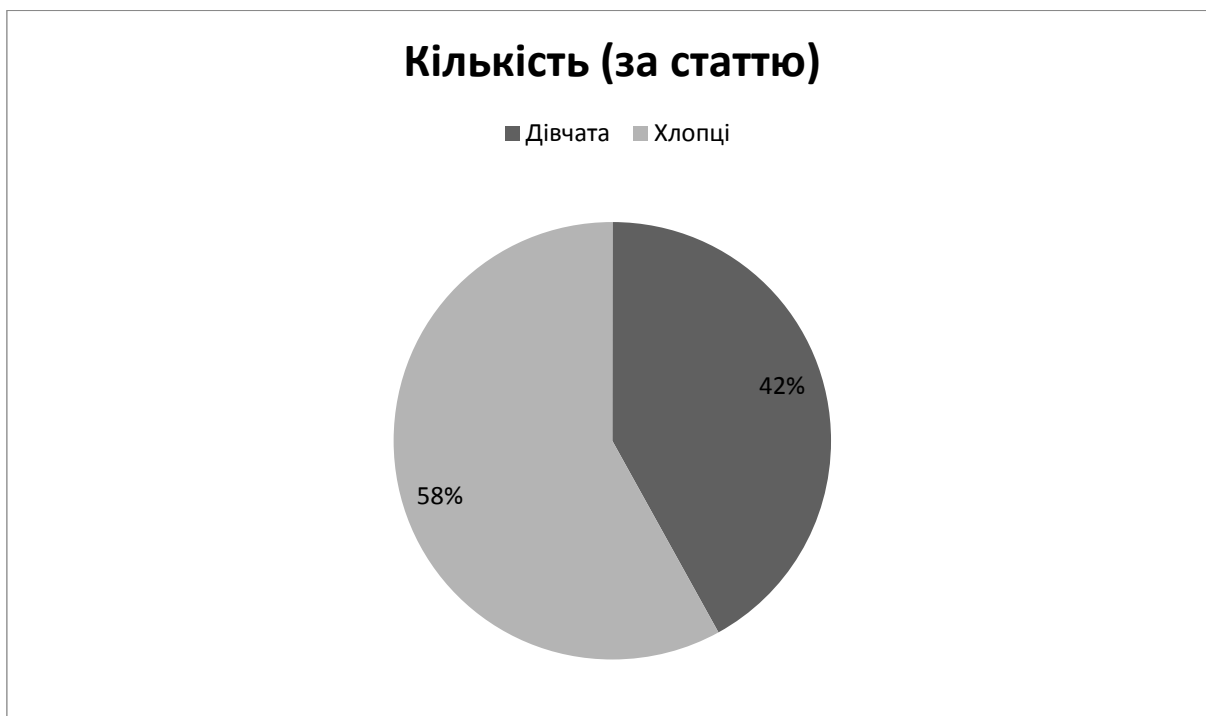
Далі ми провели тест Кімберлі Янг і він показав наступні результати у тих же опитувальних. Вони подані у табл. 2.3.

*Таблиця 2.3*

#### **Розподіл респондентів за статтю**

<b>Кількість респондентів за статтю</b>	
<b>Дівчата</b>	<b>Хлопці</b>
<b>13</b>	<b>18</b>

Задля кращого візуального представлення сформуємо діаграму за даними табл.2.3 та представимо їх на рисунку 2.1



**Рис. 2.1.** Співвідношення респондентів за статтю, залучених до опитування по тесту К. Янг

Після опрацювання даного тесту нами отримані наступні результати. Ми представили їх у вигляді табл. 2.4.

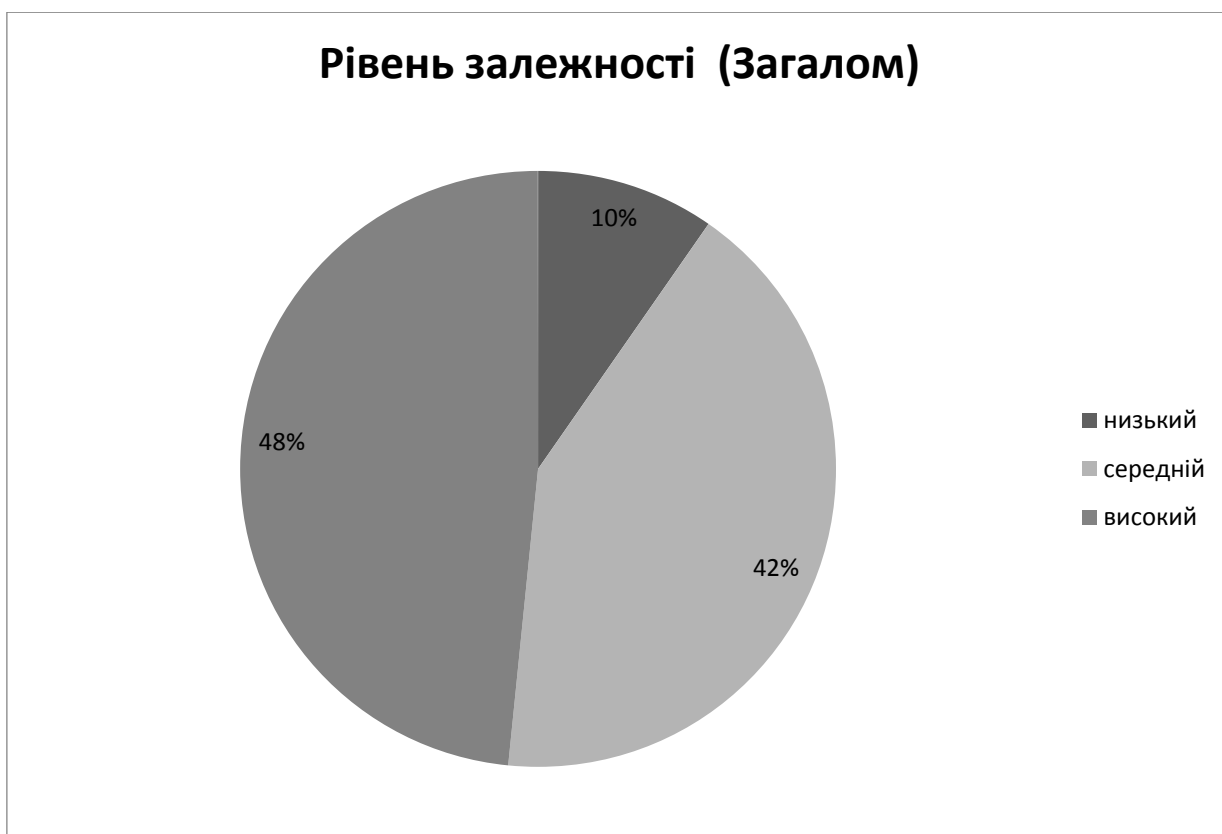
*Таблиця 2.4*

**Таблиця результатів тесту К. Янг на інтернет – залежність:**

Стать	Вік	Кількість балів	Рівень залежності
Хлопець	15	160	високий
Дівчина	14	115	середній
Хлопець	17	163	високий
Хлопець	15	170	високий
Дівчина	18	100	середній
Хлопець	19	92	низький
Дівчина	13	175	високий
Хлопець	16	172	високий

Дівчина	16	129	середній
Хлопець	14	78	низький
Хлопець	18	130	середній
Дівчина	19	133	середній
Дівчина	15	182	високий
Хлопець	13	170	високий
Хлопець	18	128	середній
Хлопець	16	159	високий
Хлопець	15	165	високий
Дівчина	17	150	середній
Хлопець	18	96	низький
Дівчина	17	121	середній
Хлопець	16	184	високий
Дівчина	14	190	високий
Хлопець	15	161	високий
Хлопець	16	176	високий
Хлопець	15	189	високий
Дівчина	19	140	середній
Дівчина	14	124	середній
Дівчина	15	119	середній
Хлопець	16	103	середній
Дівчина	17	161	високий
Хлопець	16	100	середній

Як бачимо з табл. 2.4 у 15 досліджуваних з 31 виявився високий рівень інтернет залежності. У 13 осіб вийшов середній рівень залежності і у 3 низький. Це говорить про те, що майже половина досліджуваних підлітків має високий рівень залежності. Для кращого візуального представлення сформуємо діаграму за даними табл. 2.4 та представимо їх на рисунку 2.2 у відсотковому співвідношенні отриманих даних.



**Рис. 2.2.** Співвідношення респондентів за рівнем залежності за результатами тесту К. Янг на виявлення інтернет – адикції

Як видно на рисунку 2.2. за результати діагностики у 48% виявився високий рівень інтернет залежності, у 42% ми отримали середній показник і у 10% рівень залежності є низьким.

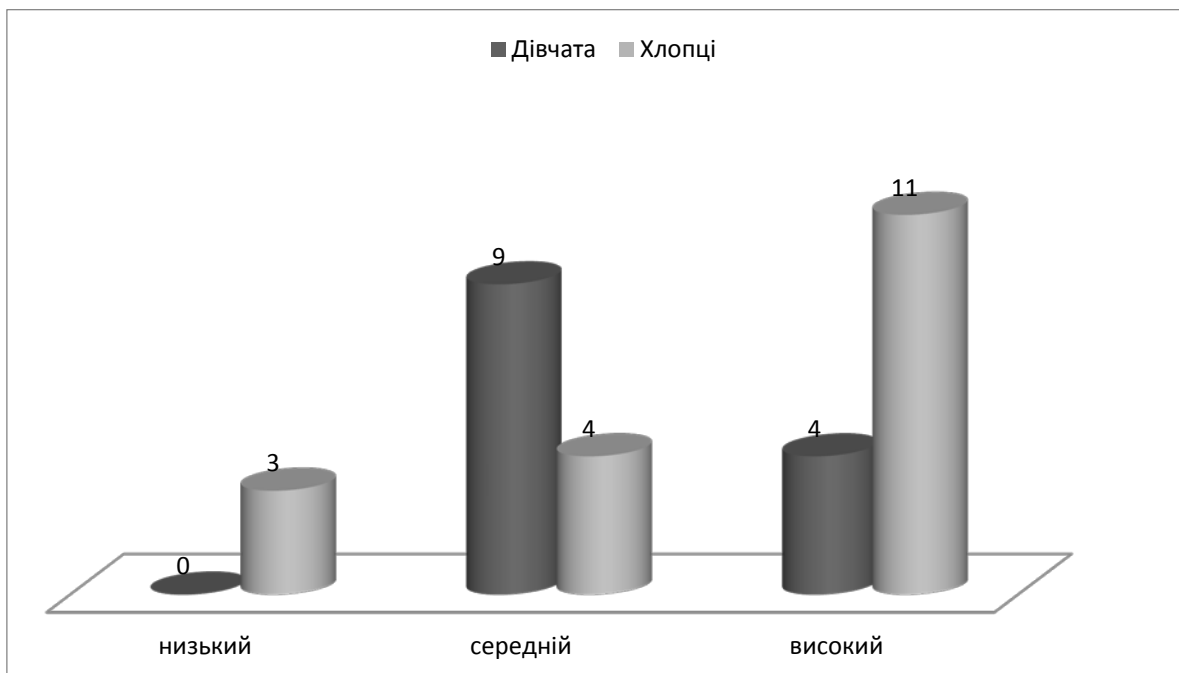
У таблиці 2.5 приведені дані отриманих результатів респондентів за рівнем залежності та статтю.

*Таблиця 2.5*

**Таблиця рівнів залежності за статтю**

Рівень залежності	Дівчата	Хлопці	Загалом
низький	0	3	3
середній	9	4	13
високий	4	11	15

Далі зробимо порівняльну діаграму для кращого візуального уявлення за даними, відображеними у табл. 2.5 отриманих в результаті проведення тестів на виявлення рівнів схильності до адиктивної поведінки у проявах алкогольної, наркотичної та інтернет адикції, та представимо її на рисунку 2.3



**Рис. 2.3.** Рівень схильності до адиктивної поведінки за статтю

Таким чином, результати дослідження підтверджують наявність у молоді схильності до адиктивної поведінки, включаючи як алкогольну та наркотичну залежності, так і інтернет-адикцію. Виявлені тенденції, зокрема стійка схильність до різних форм залежності, вказують на необхідність розробки та впровадження профілактичних програм. Ці програми повинні орієнтуватися на формування здорового способу життя серед молоді, розвиток навичок протистояння зовнішньому тиску та підвищення обізнаності про небезпеки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, зокрема інтернет-залежності.

### **2.3. Рекомендації щодо профілактики та корекції адиктивної поведінки**

Надзвичайно важливо зосередитися на профілактичних заходах, здатних знизити ризики, пов'язані з адиктивною поведінкою серед молоді. Створення позитивного соціального середовища, підтримка молодих людей і доступ до необхідних ресурсів і послуг можуть сприяти розвитку здорової, самостійної особистості, здатної протистояти негативним впливам сучасного світу.

Так, групи ризику є серед дітей і підлітків із різними проявами непатологічної адиктивної поведінки, де ключову роль відіграють мікросоціальні й психологічні фактори. Перша група ризику включає тих, у кого взаємодія мікросоціальних і психологічних факторів спотворює позитивне ставлення до свого життя. Для цієї групи важливо діагностувати їхні стосунки з собою та близьким оточенням, адже саме це дозволяє визначити дітей, які потребують підтримки. Це також є основою для оцінки ефективності психопрофілактичних і антинаркотичних заходів. Основними характеристиками цієї групи є: схильність до стресів; чутливість до негативного впливу оточення; низький самоконтроль і самооцінка; проблеми з налагодженням і підтриманням соціальних зв'язків. Для дітей у цій групі особливо важливо проводити профілактичні програми, що допоможуть їм підвищити самооцінку й навчитися будувати здорові відносини.

Друга група ризику відрізняється стійкими асоціальними рисами у поєднанні з адиктивною поведінкою. Тут також присутні мікросоціальні та психологічні фактори, але вони призводять до деформації особистості в асоціальному напрямку. Характерні особливості цієї групи: відсутність інтересу до навчання при схильності до асоціальної поведінки; шукання миттєвих задовольень; бажання уникнути відчуття «порожнечі» шляхом вживання психоактивних речовин; перепади настрою з агресивними реакціями на конфлікти; егоцентричність і переконання в правомірності

власної поведінки; вплив з боку дорослих з кримінальним минулим або злочинних угруповань; ранній початок вживання алкоголю та наркотичних речовин. Ця група ризику потребує особливої уваги, адже в ній є схильність до делінквентної поведінки, що може загострюватися без наявності психічних розладів.

Третя група ризику включає тих, у кого спостерігається патологічна адиктивна поведінка, поєднана з психічними розладами та порушеннями в розвитку. У цій групі часто зустрічається наркозалежність у комбінації з тривожними, депресивними чи іншими розладами настрою.

Патологічні форми адиктивної поведінки, про які йде мова у моїй роботі, часто виникають як результат непростих соціальних, економічних і сімейних умов, у яких опиняються діти. Ці форми можна визначити за кількома ознаками:

- наявність психічних розладів, які потребують спеціалізованого медичного втручання;
- виражені емоційні та поведінкові порушення;
- схильність до ризикованої поведінки, що може призводити до самопошкоджень або проявів агресії до інших.

Розробка відповідних методів для роботи з дітьми та підлітками з груп ризику є важливим аспектом у створенні ефективних програм профілактики та терапії адиктивної поведінки. Важливо застосовувати індивідуальний підхід, оскільки патологічна адикція виступає частиною патогенезу аномальних психічних станів, що потребують особливої уваги у рамках психопрофілактичної діяльності.

Окремо варто виділити четверту групу ризику: вона об'єднує осіб з вираженими ознаками дисоціального розладу особистості, які часто виховуються в умовах гіпоопіки або відторгнення. Через брак стабільної емоційної підтримки і соціальних навичок такі діти та підлітки мають підвищену ймовірність розвитку адиктивної поведінки.

Фактори, що сприяють формуванню адиктивної поведінки у молоді, можна поділити на такі групи:

- генетичні фактори та вроджені вади, які впливають на психічний розвиток;
- соціальні умови, наприклад, бідність, дисфункціональні сім'ї, негативне оточення;
- особливості особистісного розвитку, що проявляються у поведінці підлітків із «соціальним ризиком», які можуть мати порушення психічного та особистісного розвитку.

Також значущу роль відіграють вікові фактори ризику, що пов'язані з особливостями підліткового періоду. Серед них можна виділити:

- підвищену потребу у спілкуванні, яка включає елементи групування;
- схильність до протистояння та протесту проти авторитетів;
- амбівалентність і парадоксальність у характерологічних реакціях;
- бажання до самостійності та відокремлення від сім'ї;
- схильність до ризикованої поведінки, що може проявлятися як девіантна і делінквентна поведінка;
- тенденцію перебільшувати складність проблем;
- кризу ідентичності, що супроводжується деперсоналізацією та дереалізацією;
- гедоністичні установки, які є типовими для психологічного розвитку підлітків.

Основна вікова група ризику - це неповнолітні, зокрема хлопці віком від 13 до 17 років. Водночас у групі токсикоманів, особливо тих, хто вживає леткі органічні розчинники, перший контакт з токсичними речовинами відбувається у віці 13 - 14 років; із наркотиками - у 13 - 16 років, а у тих, хто зловживає психоактивними речовинами, - у 15 - 17 років.

Щодо студентської молоді, ситуація є ще складнішою. Дослідження показують, що серед студентів університетів та інших закладів вищої освіти рівень поширеності наркоманії становить 30 - 45%, а в деяких регіонах та

конкретних навчальних закладах ця цифра ще вища. Це означає, що існує ризик деградації значної частини молодих людей, які мали б стати новою освіченою та кваліфікованою елітою нашої держави, у якій ця еліта надзвичайно потрібна.

Розв'язання проблем молоді можливе завдяки трьом основним підходам. Кожен з них базується на припущенні, що молодь потребує уваги та корекції. Перш за все, це впровадження комплексних програм, які охоплюють всі аспекти їхнього життя - від психологічного консультування до соціальної підтримки. Друге, необхідне просвітницьке виховання, яке сприятиме формуванню здорового способу життя та відповідального ставлення до вживання психоактивних речовин, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини, її соціальне оточення та психологічні потреби.

Ми виділяємо три основні напрямки державних програм підтримки та профілактики:

Невідкладна допомога - надання ефективної допомоги тим, хто її потребує.

Укріплення традиційних цінностей - щоб підтримати моральні орієнтири молоді.

Формування особистих взаємин та позитивного прикладу - шляхом залучення молоді до здорового оточення.

Аналізуючи проблему, слід звернути увагу на декілька важливих аспектів. По-перше, вживання психоактивних речовин серед молоді все більше охоплює молодші вікові групи, що значно ускладнює медико-соціальні наслідки. Ранній вік початку вживання психоактивних речовин призводить до загальної соціальної дезадаптації у підлітків. За статистикою, близько 65% дітей і підлітків із формуючою залежністю від ПАР не працюють і не навчаються.

Також майже 40% усіх госпіталізованих до дитячих психіатричних закладів із супутніми психічними розладами та затримками психічного

розвитку складають неповнолітні з асоціальною поведінкою, що поєднується з токсичною залежністю та ранньою наркотизацією.

Ці дані чітко показують, наскільки важливо швидко реагувати на проблему адиктивної поведінки серед молоді. Для ефективного подолання цього явища потрібно об'єднати зусилля суспільства, державних інституцій та фахівців.

Одним із чинників, що стимулює поширення вживання наркотиків, є їх сприйняття як атрибуту особливої субкультури серед молоді. Ба більше, популярність цієї наркотичної субкультури зростає завдяки її активному висвітленню в засобах масової інформації, серед яких як традиційні газети, журнали та телебачення, так і сучасні цифрові платформи, орієнтовані на молодіжну аудиторію, такі як інтернет, мобільні спільноти та локальні мережі.

Поєднання наркотичної залежності з ризикованою, зокрема сексуальною поведінкою, суттєво впливає на фізичне здоров'я молоді. Це призводить до збільшення кількості захворювань, що передаються статевим шляхом, та завдає значної шкоди репродуктивному здоров'ю.

Коли батьки стикаються з тим, що їхня дитина почала вживати алкоголь або інші психоактивні речовини, вони часто не мають готовності до вирішення цих проблем і зазвичай діють інтуїтивно. При цьому навіть численні організації, що надають допомогу у сфері наркології, не завжди можуть повною мірою розв'язати такі складні питання.

Попри масштаби негативних наслідків для здоров'я підлітків, пов'язаних із вживанням наркотиків, багато педіатрів, дитячих психіатрів та освітян залишаються відстороненими від цієї проблеми, не приділяючи належної уваги ранній алкоголізації та наркотизації серед молоді.

Це підкреслює потребу в системній профілактиці розвитку залежності серед дітей та підлітків, яка має охоплювати як тих, хто ще не мав досвіду з психоактивними речовинами, так і тих, хто вже їх спробував або має ознаки

залежності. Особливу увагу потрібно приділяти групам ризику, де ймовірність розвитку залежності вища.

Отже, молодь є особливою соціально - демографічною групою зі своїми віковими особливостями, соціальним статусом та специфічними цінностями й інтересами. Це категорія, до якої належать люди від 14 до 30 років, що перебувають у періоді активної соціалізації та розвитку, що робить їх більш вразливими до різноманітних форм девіантної поведінки.

Ми повинні усвідомити, що запобігання залежності серед молоді - це не лише питання медичних заходів. Це глибокий, комплексний підхід, який включає соціальну підтримку, психологічну допомогу та освітні програми. Лише об'єднані зусилля держави, громадських інституцій, сім'ї й освітніх установ здатні створити середовище, де молода людина має всі шанси на здоровий і гармонійний розвиток, де вона вчиться чинити опір спокусам і не потрапляє на небезпечний шлях залежності.

Таким чином, боротьба з адикцією вимагає комплексного підходу, де профілактика є ключовим інструментом для попередження залежності, особливо серед молоді. Вона має включати освітні програми, психологічну підтримку, створення умов для здорового розвитку, а також роботу з формування навичок критичного мислення та стійкості до соціального тиску.

Сучасні підходи до психологічної допомоги особам, що страждають від залежностей, довели свою ефективність. Особливо корисними є гештальт-терапія та тілесно-орієнтована терапія, які сприяють зціленню «внутрішнього розколу» між тілом і душею. Гештальт-терапія зосереджена на інтеграції всіх аспектів особистості, допомагаючи людині розпізнати і усвідомити свої почуття та потреби, а тілесно-орієнтована терапія зосереджена на відновленні зв'язку з тілесними відчуттями, що є важливим кроком до реабілітації.

Екзистенціальний підхід також займає важливе місце в лікуванні адиктивної поведінки. Він допомагає людині знайти новий сенс у житті,

подолати відчуття ізоляції і повернути надію на майбутнє, пропонуючи нові перспективи та можливості для особистісного розвитку.

У процесі терапії важливо звертати увагу на розвиток самооцінки та самосвідомості. Робота з імпульсами, стабілізація міжособистісних стосунків та адаптація до соціуму є ключовими етапами процесу відновлення. У випадку залежності, що розвивається у дітей, особливо важливо створювати умови для здорового задоволення їхніх базових потреб, що дасть змогу гармонійно розвиватися й уникнути потенційних проблем у майбутньому.

Іноді психокорекція залежностей повинна бути спрямована не тільки на повне усунення залежності, а й на її трансформацію — заміну соціально неприйнятної форми залежності на більш конструктивну. Це може бути, наприклад, заміна алкогольної або наркотичної залежності на захоплення спортом чи трудовою діяльністю.

Серед найбільш поширених методів психотерапії для роботи з залежностями варто відзначити поведінкові підходи, такі як поведінкова терапія включає в себе техніки, спрямовані на зміну деструктивних звичок, таких як терапія відрази, реконструкція досвіду вирішення проблем, тренінги з соціальних навичок, навчання навичкам запобігання зривам. Інтерактивна терапія та самодопомога: здійснюється через доступ до онлайн-ресурсів, інформаційних матеріалів, що поширюються в місцях з підвищеним ризиком залежностей, таких як ігрові заклади, клуби, тощо. Сугестивна терапія як методи навіювання, включаючи «кодування», за допомогою класичного чи Еріксонівського гіпнозу, а також технік нейролінгвістичного програмування (НЛП), які допомагають змінити свідомість і ставлення до залежностей. Ці підходи не тільки дозволяють людині подолати залежність, але й дають їй можливість знайти нові життєві орієнтири, що є важливою частиною процесу відновлення. Індивідуальне та групове консультування: включає телефонне консультування, Інтернет-консультації, які надають підтримку в реальному часі.

Фармакологічні та фізіотерапевтичні програми: застосовуються для зменшення симптомів залежності. Емоційно-стресова терапія та методи управління стресом допомагають подолати тривожність і напруження, що часто супроводжують залежності. Духовні, релігійні та медитативні практики як сакральна терапія та медитації допомагають створити внутрішній баланс і почуття спокою. Фізична активність і мануальна терапія, зокрема, організовані заняття з фізичної культури, гімнастичні й силові вправи сприяють формуванню позитивних звичок. Психодинамічні та психоаналітичні методи, ці терапевтичні підходи дозволяють глибше зрозуміти природу залежності, виявити її внутрішні психологічні корені.

Досвід профілактики та терапії залежностей показує, що одна форма адикції може безперешкодно переростати в іншу, що особливо актуально як серед хімічних залежностей, так і серед нехімічних. Наприклад, залежність від наркотиків може перейти в алкогольну, або спортивна залежність може бути замінена азартними іграми. Важливо розуміти, що хімічні адикції можуть поступово трансформуватися в нехімічні, і навпаки. Така трансформація залежностей є результатом складної поліадиктивної природи людської поведінки, що вимагає спеціалізованого підходу до лікування та профілактики.

Цей процес розвитку залежної поведінки проходить різні етапи, і кожен з них має свої особливості, що впливають на стратегії терапії та реабілітації. Розуміння цих етапів дає змогу більш глибоко підійти до профілактики, діагностики та психокорекції залежностей. Тільки комплексний підхід, що включає детальне вивчення індивідуальних рис особистості та специфіки залежної поведінки, може забезпечити ефективність терапевтичного процесу.

Психотерапія та психокорекція є невід'ємними складовими цієї стратегії, оскільки вони сприяють не лише зниженню залежної поведінки, а й розвитку здорових копінг-стратегій, покращенню самосвідомості та адаптації до соціуму. Більш того, робота з пацієнтами має бути орієнтована на

запобігання рецидивам, зокрема через допомогу в зміні способу мислення, емоційних патернів і звичок, що сприяють залежності.

Загалом, підхід до лікування та профілактики залежностей повинен бути багатогранним і індивідуалізованим, з акцентом на запобігання трансформації однієї залежності в іншу, а також на довгострокову стабільність результатів терапії.

Психологічна допомога хворим на алкоголізм включає різноманітні методи та напрями, що адаптуються в залежності від стадії захворювання та індивідуальних особливостей пацієнта. Ключову роль у реабілітації та профілактиці відіграє клінічний психолог, який надає підтримку та сприяє усвідомленню особистістю своїх проблем.

Програма профілактики адиктивної поведінки в освітньому середовищі повинна включати наступні складові:

- розвиток критичного мислення: проведення занять, що сприятимуть усвідомленню наслідків вживання ПАВ та формуванню навичок прийняття обґрунтованих рішень.
- методи групової роботи: використання рольових ігор, тренінгів, обговорень та семінарів для активного залучення учнів до навчального процесу.
- мотивація до здорового способу життя (ЗОЖ): формування позитивного ставлення до фізичної активності, здорового харчування, психологічного благополуччя та соціальної відповідальності серед учнів.

Впровадження такої програми дозволить знизити ризики розвитку адиктивної поведінки та сприятиме формуванню здорових соціальних норм у суспільстві.

Основні напрями антинаркотичної профілактики в освітньому середовищі:

- освітні програми для формування цінностей здорового способу життя;

- розробка програм, спрямованих на виховання ціннісного ставлення учнів до здоров'я.

Превентивні програми для запобігання вживанню ПАВ:

- створення авторських програм, орієнтованих на попередження вживання психоактивних речовин. Ці програми є частиною активної первинної профілактики через навчання в таких предметах, як історія, біологія, хімія, література та ОБЖ.
- Програмне навчання через тренінги для учнів: впровадження тренінгів для розвитку позитивної поведінки серед підлітків середнього та старшого шкільного віку.
- Програмне навчання для спеціалістів закладів освіти: розробка тренінгів для педагогічного складу з метою підвищення ефективності профілактичної роботи.

Ці напрямки спрямовані на розвиток особистісних ресурсів учнів і формування здорових стратегій поведінки за допомогою психологічних методів профілактики.

Вищезазначені елементи можуть бути впроваджені в освітні програми, використовуючи досвід передових європейських країн. Профілактична діяльність повинна охоплювати всіх дітей і підлітків, з особливим акцентом на групу ризику, а також передбачати активну взаємодію з батьками тих дітей, які схильні до вживання або вже вживають ПАВ.

Для профілактики можна використовувати різноманітні методи: групові заняття, тренінги, когнітивну модифікацію, особистісні тренінги, дискусії, мозкові штурми, бесіди, лекції, польові ігри, психогімнастику, психодраму, а також індивідуальну та групову психотерапію, круглі столи, наради та супервізії, включаючи методичні заняття для супервізорів.

Очікувані результати:

- Зменшення ризику вживання ПАВ серед молоді.
- Формування здорових звичок, розвиток ефективних стратегій поведінки та особистісних ресурсів у підлітків.

- Створення комплексного підходу до профілактики вживання ПАВ.

Таким чином, профілактична робота з молоддю в освітніх установах повинна ґрунтуватися на програмах, що сприяють формуванню рефлексивної позиції у молодих людей, допомагаючи їм знайти можливості для самореалізації як особистості через різноманітні форми діяльності. Такий підхід дозволить значно підвищити ефективність профілактики та сприятиме формуванню здорових соціальних норм у суспільстві.

### **Висновки до другого розділу**

Дослідження показало, що ступінь тяжкості адиктивної поведінки може коливатися від звичайної поведінки до важких форм залежності, які супроводжуються серйозними соматичними та психічними розладами. Основні психологічні характеристики осіб з адиктивною поведінкою включають: низьку здатність до подолання щоденних труднощів, але високу адаптивність до кризових ситуацій, прихований комплекс неповноцінності, зовнішню соціабельність, яка супроводжується страхом перед емоційними зв'язками, схильність до обману, ухилення від відповідальності, стереотипність поведінки, тривожність і залежність.

Адиктивна установка виявляється у виникненні надмірного емоційного залучення до об'єкта залежності, що веде до постійних думок про нього. Водночас, розвивається механізм раціоналізації, коли людина шукає виправдання своїй поведінці (наприклад, «всі п'ють», «алкоголь знімає стрес»). Формується «мислення за бажанням», що призводить до зниження критичності щодо негативних наслідків адиктивної поведінки та її оточення. Також виникає недовіра до тих, хто намагається допомогти, зокрема до медичних та соціальних працівників, яких адикт вважає неспроможними зрозуміти його ситуацію, вмикається анозогнозія.

## ВИСНОВКИ

У нашій кваліфікаційній магістерській роботі представлено теоретико-емпіричний аналіз впливу соціального оточення на формування адиктивної поведінки особистості. Відповідно до поставлених завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1. Охарактеризовано адиктивну поведінку особистості. Походження терміну «адикція» пов'язане з рабською залежністю. Хоча людина, залежна від наркотиків, може відчувати себе підвладною таким речовинам, як тютюн, алкоголь, їжа, наркотики, психотропні препарати або навіть інші люди, ці об'єкти не є «паразитами» для неї. Навпаки, об'єкт наркотичної звички сприймається як «добрий» по своїй суті, іноді стаючи єдиним заняттям, яке, здавалося б, надає сенс життю особи. Психічна економія, яка лежить в основі адиктивної поведінки, має на меті знижувати відчуття тривоги, гніву, провини, пригніченості, депресії або будь-якого іншого емоційного стану, який викликає нестерпне психічне напруження. Як тільки джерело цього стану або дії було знайдено, воно повинно бути завжди під рукою, щоб полегшити ці емоційні переживання, хоч би на короткий час, коли це буде необхідно. Отже, одна з цілей адиктивної поведінки – це позбавлення від емоційних переживань.

Перевага терміну «адиктивна поведінка» полягає в його міжнародній транскрипції, а також у можливості ідентифікувати особу з подібними звичками як «адикт» або «адиктивна особистість». У цьому контексті варто зосередитись на визначенні поняття «звичка». В українській мові слово «звик» має два різних значення, які, проте, збігаються в сенсі «прийняв». Перше значення, яке можна назвати «звичкою терпіння», веде до зниження емоційності. Це може бути: «пристосувався», «примирився», «приноровився» – загалом, «звик». У цьому контексті звичка є способом адаптації до обставин, в результаті чого емоційна реакція на певні події знижується.

Друге значення – «звичка - прив'язаність» або «звичка – пристрасть» – спричиняє зростання емоційності: «звик», «прив'язався», «відчуваю потребу», «тягу», «потяг», «не можу без...». Тут звикання стає цінністю, яка може перетворитися на надцінність. Коли звичка переходить в залежність, людина починає відчувати дискомфорт при її відсутності, виникає бажання повернутися до неї, повторити або замінити чимось еквівалентним. Переходячи від звички до залежності, відбувається поступове заміщення і витіснення інших, природних для людини потреб, таких як їжа, рух, сон, любов. Цей процес є небезпечним, оскільки залежність починає домінувати над основними життєвими звичками і потребами.

Трактування поняття «адитивність» можна розглядати в двох аспектах: хімічна залежність, в цьому випадку адиктивна поведінка є аутодеструктивною, пов'язаною з залежністю від вживання певних речовин або специфічної діяльності, що змінює психічний стан. Це переживається суб'єктивно як неможливість існування без об'єкта адикції, як нездоланне прагнення до нього. Така поведінка веде до вираженого аутодеструктивного ефекту, оскільки руйнує не тільки фізичне здоров'я, а й особистість людини.

Схильність до надмірної залежності породжує залежну поведінку, яка часто виявляється як у зловживанні відносинами з людьми чи речовинами, так і в спотвореному задоволенні власних потреб. Слово «залежність» має багатозначне трактування. Наприклад, у лінгвістиці, психіатрії, психології, девіантології та наркології це поняття набуває різних значень. Етимологічно ж слово «залежність» походить від слова «висіти», що цікаво нагадує про стан, коли людина «зависає» на певних об'єктах або відносинах, що й визначає природу залежної поведінки.

2. Розкрито функціональну роль наркотиків та алкоголю на різних етапах залежності. Функції наркотиків та алкоголю у контексті залежності відповідають різним аспектам психологічного комфорту, які вони забезпечують через підвищення комфортності та зниження тривожності, зняття психологічних бар'єрів. Компенсаційна функція проявляється в тому,

що вони стають заміною недоліків у сферах спілкування, сексуального життя, відпочинку, де у підлітків є труднощі або розчарування. Стимулююча функція розкривається в тому, що інколи використовується для підвищення продуктивності. Адаптаційна функція розглядає, що алкоголь та наркотики сприяють інтеграції в групи однолітків, де наркотизація є нормою, даючи підліткам почуття приналежності. Анестезуюча функція використовуються як спосіб уникнути психологічного або фізичного болю.

Формування адиктивної поведінки відбувається через механізм позитивного підкріплення. Коли певна дія чи речовина викликає позитивні емоції, вони активують зону нагороди в головному мозку, яка функціонує завдяки спеціалізованим нейронам. Якщо такий стимул повторюється і викликає приємні відчуття, поведінка закріплюється, утворюючи стійкий поведінковий патерн, або ж звичку. Зазначимо, що всі діяльності, які приносять задоволення, активують цю саму зону нагороди, тому особистість схильна повторювати ці дії для отримання позитивного досвіду. Особливу роль у цьому відіграють вікові кризи, оскільки в такі періоди особистість стає більш вразливою до стресів. Вікові зміни потреб та зростання нових потреб можуть не збігатися з наявними соціальними умовами, що збільшує ймовірність розвитку адиктивної поведінки в процесі спроб знайти розв'язання нових життєвих викликів.

3. Розглянуто особливості впливу соціального оточення на формування адитивної поведінки. Вивчення адиктивної поведінки дозволяє розглядати її як форму девіантної поведінки з деструктивними наслідками для особистості та суспільства. Адикція формується під впливом багаточисельних факторів: біологічних, психологічних, соціальних та світоглядних, і є серйозною проблемою для багатьох верств населення, особливо підлітків та молоді. Молодь загалом як соціальна група є особливо вразливою до розвитку залежностей, що зумовлено впливом внутрішніх і зовнішніх факторів, таких як потреба у самовираженні, бажання досягти визнання, а також тиск оточення та брак здорових альтернатив для відпочинку й дозвілля. Саме тому

проблема адикції серед молоді вимагає розробки ефективної державної політики, спрямованої на покращення якості життя, формування умов для психологічного комфорту, доступу до ресурсів для особистісного розвитку та запобігання залежностям.

Формування адиктивних схильностей є серйозною проблемою сучасного суспільства, оскільки підлітковий період супроводжується значними психологічними, соціальними та емоційними змінами. У пошуках самовираження підлітки стають вразливими до впливу однолітків і соціального середовища. Характерними рисами залежної особистості є схильність до адиктивної поведінки, що може проявлятися як психологічна або хімічна залежність. Важливим аспектом дослідження є вивчення зовнішніх чинників, які можуть як сприяти, так і стримувати розвиток залежностей. У цьому контексті особливої уваги потребують соціальні, культурні й економічні умови, а також особистісні особливості, які можуть підвищувати вразливість до адиктивної поведінки.

Вразливість до зовнішніх впливів наявна у них, адже підлітковий вік є періодом активного формування цінностей та світогляду. Вплив однолітків, соціальних мереж і культурних норм може сприяти ризиковій поведінці, зокрема вживанню алкоголю та наркотиків. За умов, коли оточення підтримує або заохочує такі звички, підлітки легко можуть стати схильними до адиктивної поведінки. Психологічні потреби з якими підлітки часто зіштовхуються, це і численні стресові ситуації, такі як труднощі у навчанні, проблеми у стосунках з батьками та однолітками, що може підштовхнути їх до пошуку розради в наркотиках або алкоголі. Вживання психоактивних речовин може здаватися способом втечі від реальності чи способом подолання внутрішніх конфліктів. Розглядаючи підлітковий вік як групу ризику, важливо розуміти, що ці проблеми потребують уваги держави та суспільства, оскільки для запобігання розвиткові адиктивних форм поведінки необхідні профілактичні заходи, розвиток системи підтримки та створення умов для гармонійного особистісного розвитку та соціальної інтеграції, які

стикаються з особливими труднощами в процесі соціалізації або перебувають у складних соціально-економічних умовах, що збільшує ймовірність розвитку девіантної або адиктивної поведінки.

4. Проведено діагностику на виявлення адиктивної поведінки. Так, нами використані наступні методики: тест адиктивних установок (Мак-Маллана - Гейлхара (MGAA); AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), для вивчення алкогольної залежності та розладів, пов'язаних з алкоголем (BOOZ); Тест «Експрес-діагностика хімічної залежності у підлітків» (опитувальник RAFFT); тест на інтернет-залежність (Internet Addiction Test, IAT). Дослідження проводилося на базі РЦ «Сходи», спеціалізований центр для лікування всіх видів залежностей, м. Одеси. При дослідженні ми використали вибірку в 31 особу, пацієнти, які перебували у реабілітаційному центрі «Сходи», віком 13-19 років, серед яких 18 хлопців і 13 дівчат. Інтерпретація результатів дослідження подана у другому розділі нашої кваліфікаційної роботи.

Таким чином, результати дослідження підтверджують наявність у підлітків та молодих людей схильності до адиктивної поведінки, включаючи як алкогольну та наркотичну залежності, так і інтернет-адикцію. Виявлені тенденції, зокрема стійка схильність до різних форм залежності, вказують на необхідність розробки та впровадження профілактичних програм. Ці програми повинні орієнтуватися на формування здорового способу життя серед молоді, розвиток навичок протистояння зовнішньому тиску та підвищення обізнаності про небезпеки, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, зокрема інтернет-залежності.

5. Надано рекомендації щодо профілактики та корекції адиктивної поведінки. Корекція з адитивної поведінки вимагає комплексного підходу, де профілактика є ключовим інструментом для попередження залежності, особливо серед молоді. Вона має включати освітні програми, психологічну підтримку, створення умов для здорового розвитку, а також роботу з формування навичок критичного мислення та стійкості до соціального тиску.

Сучасні підходи до психологічної допомоги особам, що страждають від залежностей, довели свою ефективність. Особливо корисними є гештальт-терапія та тілесно-орієнтована терапія, які сприяють зціленню «внутрішнього розколу» між тілом і душею. Гештальт-терапія зосереджена на інтеграції всіх аспектів особистості, допомагаючи людині розпізнати і усвідомити свої почуття та потреби, а тілесно-орієнтована терапія зосереджена на відновленні зв'язку з тілесними відчуттями, що є важливим кроком до реабілітації. Екзистенціальний підхід також займає важливе місце в лікуванні адиктивної поведінки. Він допомагає людині знайти новий сенс у житті, подолати відчуття ізоляції і повернути надію на майбутнє, пропонуючи нові перспективи та можливості для особистісного розвитку.

У процесі терапії важливо звертати увагу на розвиток самооцінки та самосвідомості. Робота з імпульсами, стабілізація міжособистісних стосунків та адаптація до соціуму є ключовими етапами процесу відновлення. У випадку залежності, що розвивається у дітей, особливо важливо створювати умови для здорового задоволення їхніх базових потреб, що дасть змогу гармонійно розвиватися й уникнути потенційних проблем у майбутньому.

Іноді психокорекція залежностей повинна бути спрямована не тільки на повне усунення залежності, а й на її трансформацію як заміну соціально неприйнятної форми залежності на більш конструктивну. Це може бути, наприклад, заміна алкогольної або наркотичної залежності на захоплення спортом чи трудовою діяльністю.

Серед найбільш поширених методів психотерапії для роботи з залежностями варто відзначити поведінкові підходи, такі як поведінкова терапія включає в себе техніки, спрямовані на зміну деструктивних звичок, таких як терапія відрази, реконструкція досвіду вирішення проблем, тренінги з соціальних навичок, навчання навичкам запобігання зривам. Інтерактивна терапія та самодопомога здійснюється через доступ до онлайн-ресурсів, інформаційних матеріалів, що поширюються в місцях з підвищеним ризиком залежностей, таких як ігрові заклади, клуби, тощо. Сугестивна терапія як

методи навчання, включаючи «кодування», за допомогою класичного чи Еріксонівського гіпнозу, а також технік нейролінгвістичного програмування (НЛП), які допомагають змінити свідомість і ставлення до залежностей. Ці підходи не тільки дозволяють людині подолати залежність, але й дають їй можливість знайти нові життєві орієнтири, що є важливою частиною процесу відновлення. Індивідуальне та групове консультування: включає телефонне консультування, Інтернет-консультації, які надають підтримку в реальному часі.

Фармакологічні та фізіотерапевтичні програми застосовуються для зменшення симптомів залежності. Емоційно-стресова терапія та методи управління стресом допомагають подолати тривожність і напруження, що часто супроводжують залежності. Духовні, релігійні та медитативні практики як сакральна терапія та медитації допомагають створити внутрішній баланс і почуття спокою. Фізична активність і мануальна терапія, зокрема, організовані заняття з фізичної культури, гімнастичні й силові вправи сприяють формуванню позитивних звичок. Психодинамічні та психоаналітичні методи, ці терапевтичні підходи дозволяють глибше зрозуміти природу залежності, виявити її внутрішні психологічні корені.

Досвід профілактики та терапії залежностей показує, що одна форма адикції може безперешкодно переростати в іншу, що особливо актуально як серед хімічних залежностей, так і серед нехімічних. Наприклад, залежність від наркотиків може перейти в алкогольну, або спортивна залежність може бути замінена азартними іграми. Важливо розуміти, що хімічні адикції можуть поступово трансформуватися в нехімічні, і навпаки. Така трансформація залежностей є результатом складної поліадиктивної природи людської поведінки, що вимагає спеціалізованого підходу до лікування та профілактики.

Таким чином, психотерапія та психокорекція є невід'ємними складовими цієї стратегії, оскільки вони сприяють не лише зниженню залежної поведінки, а й розвитку здорових копінг-стратегій, покращенню

самосвідомості та адаптації до соціуму. Більш того, робота з пацієнтами має бути орієнтована на запобігання рецидивам, зокрема через допомогу в зміні способу мислення, емоційних патернів і звичок, що сприяють залежності. Загалом, підхід до профілактики та корекції адитивної поведінки повинен бути багатогранним і індивідуалізованим, з акцентом на запобігання трансформації однієї залежності в іншу, а також на довгострокову стабільність результатів терапії.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу / К. В. Аймедов, А. Е. Волощук, Ю. О. Асеева, О. А. Толмачов // Архів психіатрії. - 2016. - Т. 22, № 2. - С. 128-129. - Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh\\_2016\\_22\\_2\\_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43).
2. Анонімні алкоголіки. Alkologics anonymous world services. INC. New York 1992/ [Дванадцять кроків і дванадцять традицій. Перекладено та роздруковано з дозволу AA World Services]. — [2-е видання]. — 167 стор
3. Божович Л. І. Вибрані психологічні праці: проблеми формування особистості / Міжнародна педагогічна академія. 2000. С.74-82.
4. Балл Г. До аналізу ціннісних складових особи / за ред. Т. Левовицького, І. Вільш, І. Зязюна, Н. Ничкало та ін. К., 2018. С. 233–249.
5. Бех І. Д. Виховання особистості: Підручник. К., 2016. 848 с.
6. Бех І. Д. Рефлексія у духовному «Я» особистості. Рідна школа. 2018. №8–9. С. 9–14.
7. Білоус О. В. Вікова психологія: Навчальний посібник. – Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2015. 108 с
8. Бойправ М. Д. Загальна психологія. Навчальний посібник. Т. 1; за ред. О. П. Щотки, О. П. Пісоцького, О. І. Нещерет. Ніжин, 2016. 298 с.
9. Болотова З. Н., Минко А. И., Тверетинов А. В., Беловол А. Н. Диагностика и лечение гемодинамических нарушений у больных хроническим алкоголизмом: Методические рекомендации. — Харьков, 1988. — 14 с.
10. Боришевський М. Й. Особистість у вимірах самосвідомості: монографія. Суми, 2017. 608 с.
11. Бугайова Н. М. //Актуальні проблеми психології: Психологічна теорія і технологія навчання / За ред. С. Д. Максименка, М. Л. Смульсон - К.: Міленіум, 2007 – Т.8, вип. 3.

12. Бугайова Н. М. Інтернет-адикція як форма залежної поведінки. / Н. М. Бугайова // Теорія та методика навчання математики, фізики, інформатики. – Кривий Ріг, «НМетАУ», 2006. – Т.3, вип. VI.
13. Бугайова Н. М. Психологічні проблеми інтернет адикції в умовах використання телекомунікаційних технологій. / Н.М. Бугайова // Методичний посібник. – К. : Узд-во АПН України, 2008.
14. Бугайова Н.М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі / Н. М. Бугайова // Проблеми загальної та педагогічної психології, т. XII, ч.4. С. 48 – 56.
15. Булах І. С. Витоки особистісного зростання людини. Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: збірник наукових праць. 2017. Вип. 6 (51). С. 53–64.
16. Булах І. С. Життєва криза як імпульс до самоціннісної траєкторії особистісного зростання людини. Проблеми сучасної психології. 2016. Вип. 33. С. 58–68.
17. Буняк Н. А. Загальна психологія: лекції (частина I). Тернопіль, 2017. С.102.
18. Васянович Г. Основи психології. К., 2017. 114 с.
19. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнетивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2014: С. 80 – 81, 116 – 130.
20. Галян І. М. Психодіагностика: навч. посіб. 2-ге вид., стереотип. К., 2017. 464 с.
21. Грищенко С. В. Стратегії самодопомоги в подоланні особистісної кризи. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія: Педагогічні науки. Чернігів, 2018. Вип. 96. С. 53–57.
22. Губа Н., Гладких Ж., Теоретичний аналіз психологічних чинників, які впливають на формування толерантності. Психологічні перспективи. 2018. Вип. 32. С. 97-108.
23. Данильчук Л. О. Самотність особистості у віртуальному світі. Київ, 2020// Збірник тез за матеріалами круглого столу он-лайн: Усамітнення та самотність в житті особистості: 24 квітня 2020. К., 2020. 100 с.

24. Довгий О. В., Петров В. Н., Водяницька М. Я. Анкетний метод виявлення осіб, які належать до групи ризику захворювання на алкоголізм і ймовірних хворих в умовах промислового підприємства // Питання наркології. К.— 1990. — № 1. — С. 44–48.
25. Дуткевич Т. Загальна психологія. Теоретичний курс. К.: Центр навчальної літератури, 2019. 388 с.
26. Енциклопедія українознавства: Словникова частина: [в 11 т.]/Наукове товариство імені Шевченка; гол. ред. проф., д-р Володимир Кубійович.- Париж - Нью-Йорк: Молоде життя, 1955 - 1995. - ISBN 5-7707-4049-3.
27. Залежність в цитатах знаменитих людей. Режим доступу:  
[http://centervasilenko.ua/articles/zalezhnist\\_v\\_citatah\\_znamenitih\\_lyudey](http://centervasilenko.ua/articles/zalezhnist_v_citatah_znamenitih_lyudey)
28. Залежність. Матеріал з Вікіпедії - вільної енциклопедії. - Режим доступу:  
<https://uk.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D0%B6%D0%BD%D1%96%D1%81%D1%82%D1%8C>
29. Іващенко А. І. Наукові підходи до вивчення проблеми саморозвитку як психологічного феномена. Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Переяслав-Хмельницький, 2015. Вип. 36. С. 217–223.
30. Інтерналізація / Універсальний словник-енциклопедія «Словопедія». — Режим доступу: <http://slovopedia.org.ua/29/53383/12026.html>
31. Кочетова Ю. А. Страх сучасних дошкільнят та їх зв'язок з особливостями дитячо-батьківських відносин / Психологічна наука та освіта. 2012. Т.17. №3. С.77-87.
32. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості: психологічний практикум / Л. М. Карамушка, О. І. 230 Бондарчук, Т. В. Грубі. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2018. – 64 с.
33. Клінічна психологія. Словник-довідник / С. В. Діденко.- К.: Академвидав, 2012.- 320 с.- ISBN 978-617-572-037-0

34. Когнітивно-поведінкова терапія депресії - Олег Романчук, Лікар психотерапевт, дитячий та підлітковий психіатр, КПТ терапевт\ супервізор\ викладач (с) УІКПТ, 2013, О. Романчук.
35. Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. 310 с.
36. Колісник О. П. Траєкторії духовного саморозвитку особистості. Наука практиці. 2017. №1 (8). С 29–37.
37. Короткий психологічний словник / За ред. проф. В. І. Войтка. - К.: Вища школа, 1976. - 191 с.
38. Кошова І. В., Кресан О. Д. Психологія девіантної поведінки: Навчально-метод. посібник. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М.Гоголя, 2021. 226 с.
39. Крейг Д. Маркер Елісон Ейлворд. Генералізований тривожний розлад. Львів: Свічадо, 2017. 123 с.
40. Леонова І. Психологічні чинники соціальної, сімейної та романтичної самотності жінок. // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2021. Випуск 8. С. 100–109
41. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії / С. Д. Максименко // Практ. психологія та соц. робота. – 2004. – № 10. – С. 1–4.
42. Максименко С. Д. Загальна психологія: підручник. К., 2019. 272 с.
43. Максименко С. Д. Психологія та педагогіка: підручн. К., 2016. 584 с.
44. Махній М. М. Історія психології: навчальний посібник.— Київ : Видавничий дім «Слово», 2016. - 472с. - ISBN 978-966-194-227-0.
45. Мозгова Г. П., Ханецька Т. І., Якимчук О. І. Психосоматика: психічне, тілесне, соціальне. Хрестоматія: 25 Навчальний посібник. Київ: НПУ імені М.П. Драгоманова, 2021. С. 45-172 с.
46. Москалець В. П. Загальна психологія: Підручник. К., 2020. 564 с.
47. Наркоманії у підлітків / [Битенський В.С., Херсонський Б.Г., Дворяк С.В., Глушков В.А.]. - К.: Здоров'я, 1989. — 216 с. - ISBN 5-311-00248-0.  
<http://www.mif-ua.com/archive/article/44556>

48. Наркоманія: Методичні рекомендації по подоланню наркозалежності / [Под ред. А.Н. Укр].
49. Нарцисизм / С. І. Болтівець // Енциклопедія Сучасної України / Редкол. : І. М. Дзюба, А. І. Жуковський, М. Г. Железняк [та ін.] ; НАН України, НТШ. – К. : Інститут енциклопедичних досліджень НАН України, 2020. Режим доступу: <https://esu.com.ua/article-71142>
50. Наукові бібліотеки України <http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-in/suak/corp.exe?C21COM=F&I21DBN=SUA&P21DBN=SUA>
51. Основи психології і педагогіки: підручник / М. Й. Варій, В. Л. Ортинський. – Львів: Львівська політехніка, 2017. – 548 с. – ISBN 617-607-983-5.
52. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого – 1 березня 2019 року, м. Суми) / Сумський державний педагогічний університет імені А.С. Макаренка. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2019. 476 с.
53. Панчук Н. П. Ціннісні орієнтації як основа вибору життєвих цілей. Проблеми сучасної психології. 2016. Вип. 18. С. 624–634.
54. Патопсихологія: понятійно-термінологічний словник: навч. посіб. [для студентів ВНЗ спец. «Психологія», «Соц. робота»] / Г. М. Закалик, Ю. М. Терлецька; М-во освіти і науки України, Нац. ун-т «Львів. політехніка».- Львів: Вид-во Львів. політехніки, 2016. - 156 с.: іл.- Бібліогр.: с.150-153 (41 назва).-ISBN 978-617-607-934-7
55. Пісоцький В. П. Психологія особистості: конспект лекцій: навчально-методичний посібник. Ніжин, 2017. 138 с.
56. Полтавець В. І. Анкетні методи скринінгу алкоголізму. Київ, 1985. - 21 с.
57. Помиткіна Л. В. Вибір стратегій досягнення життєвих цілей. Педагогічна освіта: теорія і практика. Психологія. Педагогіка. 2018. № 22. С. 89–94.
58. Прихожан А. М. Тривога та страх у молодших школярів. Керівництво практичного психолога: Психічне здоров'я дітей та підлітків у контексті психологічної служби. Київ, 2001. С. 84-93.

59. Програма ментального здоров'я. Ти як? <https://howareu.com/materials/yaki-buvaiut-zalezhnosti-ta-shcho-z-nymy-robyty>
60. Психіатрія та наркологія: навчально-методичний посібник / А.М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Л. А. Боднар, Г. Т.
61. Психологер <https://psychologer.com.ua/nartsysyzm>
62. Психологічна допомога дитині у психотравмуючій ситуації. Методичний посібник. / Уклад.: Г. Б. Растроста. Суми. НВВ КЗ СОІППО: 2018. 64 с.
63. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, І. М. Біла, Г. П. Лазос ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ, Київ 2015.
64. Психологічна енциклопедія: А-Я / авт.-упоряд. О. М. Степанов.- К.: Академвидав, 2006.- 424 с.- (Серія «Енциклопедія ерудита»).-ISBN 966-8226-30-5
65. Психологічний словник / ред.: В. І. Войтко.- К: Вища школа, 1982.- 216 с.
66. Психологічний словник-довідник: навчальний посібник /Приходько Ю. О., Юрченко В. І.- К.: Каравела, 2014.- ISBN 978-966-222-924-0
67. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник / Алла Богданівна Мудрик. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. – 236 с.
68. Психологія нарцисічної особистості. Внутрішня дитина та самооцінка. К. Аспер. 2022. 361с. 37
69. Психологія розвитку: словник-довідник / Крайніков Е. В.- К.: Арістей, 2004.- 257 с.
70. Психологія: терміни, поняття, визначення: слов.-довід. / Г.В.Ложкін, І. Я. Коцан, В. А. Бараннік, В. В. Подляшаник; за заг. ред. Г. В. Ложкіна — Луцьк: Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2011.- 188 с.
71. Психосоматичні розлади: Тринадцята доповідь Комітету експертів ВОЗ із психогігієни. Женева, 1965р. С. 119-132.
72. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу

- спеціальності «Психологія». – Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. – 84 с.
- 73.** Роберт Сапольські: «Великий депресивний розлад» - URL: <https://www.youtube.com/watch?v=5hfslzXbjJw>
- 74.** Робішо М., Кернер К., Дюга М. Ж. Когнітивно-поведінкова терапія генералізованого тривожного розладу. Від науки до практики. Київ: Діалектика, 2022. 352 с.
- 75.** Савенкова Л. О. Психологія спілкування: навч. посіб. К., 2015. 309 с.
- 76.** Савчин М. Здоров'я людини і духовний особистісний і тілесний виміри: монографія. Дрогобич, 2019. 232 с.
- 77.** Сергеєнкова О. П. Загальна психологія: навч. посіб. К., 2017. 296 с.
- 78.** Словник психологічних термінів (з глибинної психології) / За ред. С. І. Рясенко. - К., 2006. - 260 с.
- 79.** Словник-довідник психолога-консультанта / уклад.: Н. В. Гаркавенко, Я. В. Чаплак, С. К. Шандрук, І. І. Солійчук; Чернів. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, Галиц. ін-т ім. В. Чорновола.— Чернівці: Рута, 2010.— 200 с.
- 80.** Словник-довідник термінів з конфліктології / Чернівецький держ. ун-т ім. Ю. Федьковича.— Чернівці: Чернівецький державний університет, 1995.— 334 с.
- 81.** Столяренко О. Психологія особистості. К., 2019. 280 с.
- 82.** Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посіб. / за ред. Пінчук І. Я., Бабова К. Д., Гоженка А. І. К. : ТОВ Видавничий дім “Калита”, 2014. С. 92
- 83.** Сучасний тлумачний психологічний словник / В. Шапар.- Х.: Прапор, 2005.- 639 с.- ISBN 966-7880-85-5
- 84.** Титаренко Т. М. Нариси до соціально–психологічної теорії особистісного життєконструювання. Психологічні науки: проблеми і здобутки. 2016. Вип. 5. С. 172–186.

85. Токарева Н. М. Сучасний підліток у системі психолого педагогічного супроводу : монографія / Н. М. Токарева, А. В. Шамне, Н. М. Макаренко. Кривий Ріг, 2014. 312 с.
86. Українська психологічна термінологія: словник-довідник для студ. та викл. вищ. навч. закл. / Держ. програма розвитку і функціонування укр. мови на 2004-2010рр., Ін-т психології ім.- К.: Інформаційно-аналітичне агентство, 2010.- 302 с.
87. Уханова А. І. Роль батьківської участі в формуванні психологічного благополуччя старших школярів // Медична психологія. 2017. Том 12. С.31-34.
88. Хамітов Н. Психологія //Філософський енциклопедичний словник/В.І. Шинкарук (гол. редкол.) та ін.- Київ: Інститут філософії імені Григорія Сковороди НАН України: Абрис, 2002.-С.534.-742с.-1000 екз.-ББК87я2.- ISBN 966-531-128-X.
89. Чабан О.С., Хаустова О.О. Психосоматичні розлади: нові аспекти розуміння, діагностики та лікування // Нова медицина. 2004. № 5. С. 26-30
90. Чулков О. М. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів I та II медичного факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія / О. М. Чулков, А. З. Григорян, К. А. Сінча. - Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. - 131 с.
91. Щетинський В.В., Польшин С. Н. Тест Люшера як показник преабстинентного варіанту алкогольної особи // 8-й з'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів Української РСР: Тези доповідей. - Харків, 1990. - С. 230–231.
92. Anton R., Moak D. Further validation of a scale for alcohol craving: Abstr. Res. Society of Alcohol. Meet. (1992, June 13–18, San Diego, California) // Alcoholism, Clinical and Experimental Research. — 1992. — Vol. 16, № 2. — P. 418.

