

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЧЕРНІГІВСЬКИЙ
КОЛЕГІУМ»
ІМЕНІ Т.Г.ШЕВЧЕНКА**

В.А. ДЯЧЕНКО

ПСИХОЛОГІЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Навчально-методичні рекомендації до курсу
«Психологія адиктивної поведінки»
для студентів IV курсу
спеціальності «Психологія»

Чернігів – 2026

УДК 159.9.019.4 (076)
Д99

Рецензенти:

Фера С.В. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної роботи Національного університету «Чернігівська політехніка».

Дроздова М.А. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної роботи та освітніх і педагогічних наук Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка.

Дяченко В.А.

Д99 Психологія адиктивної поведінки: Навчально-методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів: Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка, 2026. с.109

УДК 159.9.019.4 (076)

В курсі «Психологія адиктивної поведінки» розглядаються основні види хімічних та нехімічних залежностей, аналізуються причин та передумови формування адиктивних форм поведінки, методи діагностики і корекції адиктивної поведінки. Методичні рекомендації призначені для студентів IV курсу спеціальності «Психологія».

Видання рекомендовано до друку вченою радою
ННІ психології та соціальної роботи
Національного університету
«Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка
(протокол № 9 від 29.06.2026 р.)

© В.А. Дяченко, 2026

ЗМІСТ

Передмова	4
Частина I. Навчально-тематичний план	6
Частина II. Зміст дисципліни за темами	7
Модуль I. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки	
Тема 1. Теоретичні основи психології адиктивної поведінки	7
Тема 2. Адиктивна поведінка як форма девіантної поведінки	12
Тема 3. Фактори ризику формування та розвитку адиктивної поведінки	19
Питання для самоконтролю до I змістового модуля	23
Модуль II. Основні форми хімічних залежностей та їх профілактика	
Тема 4. Психологічні та нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності	24
Тема 5. Алкогольна залежність: психологічні та соціальні аспекти	28
Тема 6. Наркоманія як соціально-психологічне явище	36
Тема 7. Психологія співзалежної поведінки.....	41
Питання для самоконтролю до II змістового модуля	47
Модуль III. Нехімічні залежності	
Тема 8. Соціально-прийнятні форми нехімічних залежностей	48
Тема 9. Порушення харчової поведінки як різновид нехімічної залежності..	54
Тема 10. Патологічна схильність до азартних ігор	62
Питання для самоконтролю до III змістового модуля	68
Частина III. Теми та плани семінарських занять	69
Заняття 1. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки та фактори її формування.....	69
Заняття 2. Психологічні та нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності. Алкогольна залежність.....	71
Заняття 3. Наркоманія, токсикоманія та співзалежність	72
Заняття 4. Профілактика, психотерапія та діагностика хімічних залежностей.....	75
Заняття 5. Нехімічні залежності: види, психологічні особливості та профілактика.....	76
Частина IV. Методичні рекомендації з підготовки до семінарських занять	78
Підготовка доповідей до семінарських занять	79
Семінарське заняття у формі роботи в малих групах.....	80
Семінарське заняття у формі відповідей на питання.....	81
Частина V. Методичні вказівки до виконання самостійної роботи	82
Завдання до самостійної роботи	82
Питання для самостійного опрацювання	83
Завдання до індивідуальної творчої роботи студентів	84
Аналіз клінічних випадків.....	88
Завдання для поточного контролю знань	80
Питання до заліку	91
Список рекомендованої літератури	93

ПЕРЕДМОВА

Навчально-методичні рекомендації з вибіркової дисципліни «Психологія адиктивної поведінки» розроблено для здобувачів вищої освіти четвертого курсу спеціальності С 4 «Психологія». Вивчення дисципліни передбачено протягом одного семестру та спрямоване на формування у майбутніх фахівців системи знань про психологічні механізми виникнення, розвитку та профілактики різних форм адиктивної поведінки.

Актуальність навчально-методичних рекомендацій зумовлена зростанням поширеності хімічних і нехімічних залежностей, їхнім негативним впливом на психічне здоров'я особистості, сімейне благополуччя та соціальне функціонування людини. Сучасні соціальні трансформації, стресогенні фактори, цифровізація суспільства та зміни способу життя сприяють появі нових форм адикцій, що актуалізує необхідність підготовки висококваліфікованих психологів, здатних здійснювати психологічну діагностику, профілактику, консультування та психологічний супровід осіб з адиктивними розладами.

Навчально-методичні рекомендації містять тематичний план дисципліни, зміст лекційних і семінарських занять, короткий конспект лекції, ключові поняття, методичні рекомендації до підготовки, питання для самоконтролю, завдання для самостійної роботи, а також рекомендовану літературу. Їх зміст спрямований на забезпечення ефективної організації освітнього процесу, формування професійного мислення та розвиток практичних навичок майбутніх психологів.

Метою вивчення дисципліни «Психологія адиктивної поведінки» є формування у здобувачів вищої освіти системи теоретичних знань про психологічні закономірності виникнення та розвитку адиктивної поведінки, оволодіння методами психологічної діагностики, профілактики та психологічної допомоги особам із різними формами залежностей, а також розвиток професійних компетентностей, необхідних для здійснення психологічної практики.

завданнями дисципліни є:

- 1) ознайомлення студентів з основними теоретичними підходами до розуміння адиктивної поведінки;
- 2) вивчення психологічних механізмів формування хімічних та нехімічних залежностей;
- 3) засвоєння особливостей перебігу та психологічних характеристик різних видів адикцій;
- 4) оволодіння методами психологічної діагностики адиктивної поведінки;
- 5) формування навичок психологічної профілактики та психокорекційної роботи з особами, схильними до залежної поведінки;

6) формування професійної готовності до здійснення консультативної та просвітницької діяльності у сфері превенції залежностей.

У результаті вивчення дисципліни здобувачі вищої освіти повинні:

знати:

- основні поняття та теоретичні підходи до вивчення адиктивної поведінки;
- психологічні, біологічні та соціальні чинники формування залежностей;
- закономірності виникнення, розвитку та перебігу хімічних і нехімічних адикцій;
- психологічні особливості осіб із різними формами залежної поведінки;
- методи та методики психологічної діагностики адиктивної поведінки;
- основні напрями, принципи та технології профілактики адиктивної поведінки;

вміти:

- виявляти фактори ризику розвитку залежностей та визначати їх вплив на особистість;
- застосовувати психодіагностичні методики для оцінки схильності до адиктивної поведінки;
- здійснювати психологічний аналіз випадків адиктивної поведінки;
- розробляти та реалізовувати профілактичні програми щодо попередження залежностей;
- добирати та застосовувати методи психокорекційної роботи відповідно до виду залежності;
- здійснювати психологічну просвіту щодо профілактики хімічних і нехімічних адикцій;

ЧАСТИНА I. НАВЧАЛЬНО-ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛІНИ

№п/ п	Назва розділу, теми	Кількість годин				
		Всього	Аудиторна робота			
			ауд ито рна	лек.	сем.	сам. роб
	Модуль I. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки					
1.	Тема 1. Теоретичні основи психології адитивної поведінки	8	2	2	-	6
2.	Тема 2. Адиктивна поведінка як форма девіантної поведінки.	9	3	2	1	6
3	Тема 3. Фактори ризику формування та розвитку адиктивної поведінки	9	3	2	1	6
	Всього по 1-му модулю	26	8	6	2	18
Модуль II. Основні форми хімічних залежностей та їх профілактика						
4	Тема 4. Психологічні та нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності	8	2	2	0	6
5	Тема 5. Алкогольна залежність: психологічні та соціальні аспекти	10	4	2	2	6
6	Тема 6. Наркоманія як соціально-психологічне явище	8	2	2	0	6
7	Тема 7. Психологія спів залежної поведінки	10	4	2	2	6
	Всього по 2-му модулю	36	12	8	4	24
Модуль III. Нехімічні залежності						
8	Тема 8. Соціально-прийнятні форми нехімічних залежностей	8	2	2	0	6
9	Тема 9. Порушення харчової	10	4	2	2	6

	поведінки як різновид нехімічної залежності					
10	Тема 10. Патологічна схильність до азартних ігор	10	4	2	2	6
	Всього по 3-му модулю	28	10	6	4	18
	Всього:	90	30	20	10	60

ЧАСТИНА II. ЗМІСТ ДИСЦИПЛІНИ ЗА ТЕМАМИ

МОДУЛЬ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ



ТЕМА 1: Теоретичні основи психології адиктивної поведінки

1. Психологія адиктивної поведінки як міждисциплінарна галузь наукового знання.
2. Види адикцій та їх класифікація.
3. Основні моделі та підходи до вивчення залежної поведінки.



Ключові слова: адиктологія, адиктивна поведінка, адикція, адиктивна установка, девіантна поведінка, залежна поведінка, хімічні залежності, алкогольна залежність, токсикоманія, наркотична залежність, нехімічні залежності, харчові залежності, гемблінг, поведінкові залежності, соціально-прийнятні залежності, патологічна схильність до азартних ігор, релігійна залежність, спортивна залежність.

Навчально-методичний матеріал

Суспільство традиційно приділяє значну увагу проблемі поведінки, яка не відповідає загальноприйнятим соціальним нормам. У сучасних умовах зростає інтерес до вивчення різних форм девіантної поведінки, що зумовлює необхідність більш глибокого дослідження причин, механізмів виникнення та закономірностей розвитку поведінкових відхилень. Однією з актуальних проблем сучасної психології, психіатрії, соціальної роботи та медицини є адиктивна поведінка, яка перебуває в центрі уваги науковців і практиків різних галузей.

Структура психічних і поведінкових розладів постійно змінюється, а поширення нових форм залежної поведінки зумовлює необхідність їх комплексного вивчення. Поряд із хімічними залежностями дедалі більшого поширення набувають поведінкові адикції, зокрема залежність від Інтернету та соціальних мереж, комп'ютерних ігор, азартних ігор, порушення харчової поведінки, компульсивні покупки, сексуальна залежність та інші форми поведінки, що супроводжуються порушенням самоконтролю та можуть призводити до особистісної й соціальної дезадаптації.

У зв'язку зі змінами структури психічних і поведінкових розладів сформувалася окрема міждисциплінарна галузь знань – адиктологія. Предметом її вивчення є залежні (адиктивні) форми поведінки психологічного та психопатологічного рівнів.

 **Адиктологія** – це галузь знань, що вивчає хімічні та поведінкові залежності, механізми їх формування, закономірності розвитку, а також питання діагностики, профілактики, лікування та реабілітації.

 **Адиктивна поведінка** є однією з форм девіантної поведінки і характеризується прагненням людини змінити свій психічний стан шляхом вживання психоактивних речовин або залучення до певних видів діяльності, які супроводжуються порушенням контролю над власною поведінкою. До таких видів діяльності належать азартні та комп'ютерні ігри, надмірне використання Інтернету, окремі форми порушень харчової поведінки, компульсивний шопінг, сексуальна поведінка тощо.

Термін «адиктивна поведінка» частіше використовується для позначення порушень поведінки, які ще не досягли рівня клінічно сформованої залежності. Водночас поняття «адикція» у сучасній науковій літературі здебільшого розглядається як синонім залежності. Для неї характерними є зростання толерантності, надмірна зосередженість на об'єкті залежності, продовження адиктивної поведінки попри негативні наслідки та неодноразові безуспішні спроби її припинення.

Вагомий внесок у розвиток адиктології зробили як зарубіжні, так і вітчизняні дослідники. Сучасні дослідження проблеми адиктивної поведінки здійснюються в межах психології, психіатрії, медицини, нейронаук та соціальної роботи, що свідчить про міждисциплінарний характер адиктології.

Адиктологія вивчає різні форми та типи адиктивної (залежної) поведінки. Традиційно виділяють хімічні та нехімічні (поведінкові) залежності.

 **Хімічні залежності** – це група залежностей, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (ПАР), до яких належать алкоголь, наркотичні та токсичні речовини, деякі лікарські препарати, а також тютюн. До основних видів хімічних залежностей відносять:

- алкогольну залежність;
- наркотичну залежність;
- токсикоманію;
- тютюнову залежність.

📁 **Нехімічні (поведінкові) залежності** – це адикції, при яких об'єктом залежності виступає певна діяльність або модель поведінки, а не психоактивна речовина. У зарубіжній літературі для позначення таких розладів використовують терміни «поведінкові» або «нефармакологічні» адикції. Відповідно до класифікації А. Ю. Єгорова, найбільш поширеними формами поведінкових залежностей є:

- патологічна схильність до азартних ігор (гемблінг, лудоманія);
- технологічні залежності: інтернет-залежність, залежність від комп'ютерних ігор, мобільних телефонів, телебачення;
- еротичні залежності: залежність від закоханості та сексуальна залежність;
- соціально прийнятні залежності: працеголізм, залежність від фізичних вправ, залежність від стосунків і спілкування, компульсивний шопінг, релігійний фанатизм;
- харчові залежності: компульсивне переїдання та патологічне голодування.

Харчові адикції займають проміжне положення між хімічними та поведінковими залежностями, оскільки в їх формуванні беруть участь як поведінкові, так і біохімічні механізми.

У сучасних класифікаціях психічних і поведінкових розладів (МКХ-11) представлено не всі можливі форми залежної поведінки. Перелік об'єктів адикції не є вичерпним, оскільки зі змінами способу життя та розвитком цифрових технологій виникають нові форми поведінкових залежностей. Зокрема, останніми роками значного поширення набули проблемне використання Інтернету, залежність від соціальних мереж, онлайн-ігор, смартфонів і стримінгових платформ.

У клінічній психології та психіатрії поряд із традиційними формами адикцій описуються й інші варіанти поведінкових залежностей, зокрема спортивна адикція, різні форми фанатичної поведінки, ризикована поведінка, пов'язана з надмірним захопленням екстремальними видами діяльності, та інші форми, що можуть супроводжуватися психосоціальною дезадаптацією.

Таким чином, перелік залежних форм поведінки постійно розширюється. Окремі види поведінки, які раніше розглядалися як девіантні, можуть втрачати такий статус унаслідок зміни соціокультурних норм і суспільних уявлень.

Ступінь вираженості адиктивної поведінки може варіювати від окремих епізодів надмірного захоплення певною діяльністю до тяжких форм залежності, які супроводжуються вираженими психічними, соматичними та соціальними наслідками. У зв'язку з цим доцільно розрізняти адиктивну поведінку та шкідливі звички, які ще не досягли рівня клінічно значущої залежності.

Вибір людиною конкретного об'єкта залежності визначається його психологічною значущістю, індивідуальними особливостями особистості, а також специфікою впливу відповідної речовини чи діяльності. Люди

відрізняються за схильністю до тих чи інших форм адиктивної поведінки. При цьому різні види залежностей можуть поєднуватися або трансформуватися одна в одну, що свідчить про спільність механізмів їх розвитку.

Незважаючи на зовнішні відмінності, різні форми адиктивної поведінки мають низку спільних психологічних механізмів. Незалежно від виду адикції можна виділити такі загальні ознаки:

- стійке прагнення до зміни психоемоційного стану;
- поступовий розвиток і закріплення залежної поведінки;
- циклічність адиктивної поведінки;
- зниження здатності контролювати власну поведінку;
- формування специфічної адиктивної установки, що включає когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти;
- надмірну значущість об'єкта залежності;
- продовження адиктивної поведінки попри негативні наслідки;
- виникнення особистісної та соціальної дезадаптації;
- тенденцію до заперечення або мінімізації наявності проблеми.

Незважаючи на специфіку окремих видів залежності, етапи формування адиктивного процесу мають спільні закономірності. Початок адикції зазвичай пов'язаний із переживанням позитивних емоцій, відчуттям задоволення, підвищення настрою або тимчасового психологічного комфорту, що виникають унаслідок вживання психоактивних речовин чи виконання певних дій. Надалі формується стійка послідовність звернення до об'єкта залежності, а сама адиктивна поведінка поступово набуває стереотипного характеру та починає домінувати над іншими сферами життєдіяльності.

За концепцією Ц. П. Короленка, адиктивна поведінка може розглядатися як своєрідна форма «втечі від реальності», коли людина надмірно зосереджується на певній діяльності, нехтуючи іншими аспектами життя. Виокремлюють кілька основних варіантів такої «втечі»:

- *«Втеча в тіло»* – надмірна концентрація на фізичному здоров'ї, зовнішності, оздоровчих практиках, спортивних навантаженнях чи способах релаксації.
- *«Втеча в роботу»* – дисгармонійна фіксація на професійній діяльності, що супроводжується нехтуванням сімейним життям, відпочинком та іншими сферами особистісної самореалізації.
- *«Втеча у спілкування або соціальну ізоляцію»* – надмірна потреба в постійних контактах або, навпаки, прагнення до ізоляції та уникнення міжособистісної взаємодії.
- *«Втеча у фантазії»* – переважання світу уявлень, мрій та ілюзій над реальною активністю, схильність до надмірного занурення у віртуальний простір, фантазування або псевдофілософські пошуки.

Уявлення про природу адиктивної поведінки розвивалися паралельно з розвитком культури та науки і дотепер не можуть вважатися остаточними.

Історично першою сформувалася *моральна модель*, яка пояснює залежну поведінку як наслідок моральної недосконалості та духовної кризи особистості. Ця модель тісно пов'язана з релігійними уявленнями, відповідно до яких шкідливі звички розглядаються як один із проявів гріховності людини.

Наступною концептуальною парадигмою стала *модель хвороби*, яка набула широкого визнання серед фахівців і в суспільстві. Відповідно до неї залежність розглядається як хронічне захворювання, що потребує лікування та тривалого контролю. Дана модель покладена в основу діяльності багатьох реабілітаційних програм, зокрема програми «12 кроків» і спільнот Анонімних Алкоголіків (АА) та Анонімних Наркоманів (АН). При цьому людина несе відповідальність не за виникнення залежності, а за підтримання ремісії та дотримання рекомендацій щодо одужання.

Симптоматична (поведінкова) модель розглядає адиктивну поведінку як сукупність набутих поведінкових реакцій або звичок, що формуються за законами навічіння. Наприклад, паління може виникати і підтримуватися завдяки соціальному схваленню, прагненню до самоствердження або наслідуванню значущого оточення. Відповідно до цієї моделі корекція залежної поведінки передбачає виявлення факторів, які підтримують небажану поведінку, та формування нових, більш адаптивних способів реагування. Принципи поведінкової модифікації широко використовуються як самостійно, так і в межах комплексних реабілітаційних програм.

Психоаналітична модель розглядає адиктивну поведінку як один із проявів внутрішньоособистісних конфліктів і порушень особистісного розвитку. Згідно з психоаналітичною традицією, схильність до залежної поведінки може формуватися на ранніх етапах онтогенезу та підтримуватися несвідомими мотивами й особистісними особливостями.

Системно-особистісна модель найбільш повно реалізується в межах сімейної психотерапії та психосоціальної реабілітації. Вона розглядає залежну поведінку як наслідок порушення взаємодії особистості з найближчим соціальним оточенням. Метою психотерапевтичного впливу є відновлення соціальних зв'язків, розвиток відповідальності та формування здатності до конструктивної взаємодії з іншими людьми. На цих принципах ґрунтуються окремі реабілітаційні програми, зокрема «Daytop International».

Перераховані концептуальні моделі відображають складність і багатогранність феномену адиктивної поведінки. На сучасному етапі розвитку науки пріоритет надається *біопсихосоціальній моделі*, відповідно до якої залежність є результатом взаємодії біологічних, психологічних і соціальних чинників. Згідно з цією моделлю, адиктивна поведінка повинна розглядатися в культурологічному, соціальному, правовому, психологічному та медико-біологічному контекстах, що забезпечує комплексний підхід до її профілактики, діагностики, лікування та реабілітації.

У сучасній адиктології жодна з наведених моделей не розглядається як універсальна. Найбільшого поширення набула біопсихосоціальна модель, яка

інтегрує досягнення нейронаук, психології, медицини та соціальних наук і є теоретичною основою сучасних програм профілактики, психотерапії та реабілітації осіб із залежною поведінкою.

Література: основна – 6, 8, 10, 12; додаткова – 1, 4, 7.



ТЕМА 2: Адиктивна поведінка як форма девіантної поведінки.

1. Взаємодія індивіда з реальністю і типи девіантної поведінки.
2. Делінквентний тип девіантної поведінки.
3. Патохарактерологічний тип девіантної поведінки.
4. Психопатологічний тип девіантної поведінки.
5. Тип девіантної поведінки, заснований на гіперздібностях.
6. Адиктивний тип девіантної поведінки.



Ключові слова: адиктивна поведінка, девіантна поведінка, делінквентна поведінка, психопатологічна девіантна поведінка, патохарактерологічна девіантна поведінка, девіантна поведінка заснована на гіперздібностях, адитивна установка, протидія реальності, хворобливе протистояння реальності, уникнення реальності, ігнорування реальності, гармонійна взаємодія з реальністю, анозогнозія.

Навчально-методичний матеріал

 Девіантною поведінкою вважається поведінка, яка за ступенем вираженості, спрямованістю або мотивами відхиляється від критеріїв певної суспільної норми. Критерії оцінки такої поведінки визначаються правовими,

моральними, етичними, культурними та соціальними нормами. Частина цих норм має чітко визначений характер і закріплена у законодавстві, інші є відносними та передаються через традиції, звичаї, вірування, сімейні та професійні правила.

Основою оцінки девіантної поведінки є аналіз взаємодії особистості з реальністю, оскільки одним із провідних критеріїв психічної норми є адаптивність, тобто здатність людини пристосовуватися до навколишнього середовища та ефективно функціонувати в ньому.

Виділяють п'ять основних способів взаємодії людини з реальністю:

Протидія реальності. Людина активно намагається змінити або зруйнувати дійсність, яка не відповідає її переконанням та цінностям. Такий спосіб взаємодії характерний для осіб із делінквентною та кримінальною поведінкою.

Хворобливе протистояння реальності. Зумовлене психічними розладами або психопатологічними станами, за яких навколишній світ сприймається як ворожий через суб'єктивне викривлення його сприйняття та розуміння. Цей спосіб взаємодії властивий психопатологічному та патохарактерологічному типам девіантної поведінки.

Уникнення (відхід від) реальності. Особистість свідомо або несвідомо прагне дистанціюватися від дійсності, оцінюючи її негативно та відчуючи власну нездатність адаптуватися до неї. Такий спосіб взаємодії характерний для адиктивної поведінки.

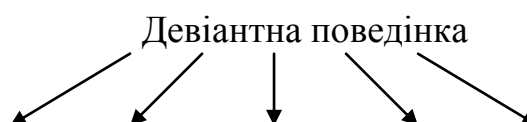
Ігнорування реальності. Людина існує у власному вузькому професійному або особистісному світі, не враховуючи вимоги та норми соціального середовища. Подібний спосіб взаємодії може спостерігатися у людей із вираженими здібностями та обдарованістю.

Гармонійна взаємодія з реальністю. Особистість здатна адекватно сприймати навколишній світ, адаптуватися до нього та конструктивно взаємодіяти із соціальним середовищем.

Залежно від способу взаємодії з реальністю та характеру порушення соціальних норм виділяють такі типи девіантної поведінки:

- делінквентний;
- адиктивний;
- патохарактерологічний;
- психопатологічний;
- поведінка, що формується на базі гіперздібностей.

Кожен із зазначених типів має власні механізми виникнення, особливості прояву та потребує відповідних підходів до психологічної діагностики, профілактики й корекції.



делінквентна	адиктивна	патохарактерологічна	психопатологічна	на базі гіперздібностей
--------------	-----------	----------------------	------------------	-------------------------

Типи девіантної поведінки

Делінквентний тип девіантної поведінки являє собою сукупність протиправних дій та вчинків, які суперечать офіційно встановленим правовим і соціальним нормам. У широкому значенні делінквентна поведінка охоплює злочинну (кримінальну) поведінку, адміністративні правопорушення, а також порушення загальноприйнятих правил і дисциплінарних вимог. У вузькому значенні під делінквентною поведінкою розуміють протиправні дії неповнолітніх, які не мають кримінального характеру.

Протиправний вчинок, що лежить в основі делінквентної поведінки, називається *деліктом*, а особа, якій притаманна така поведінка, – *делінквентом*.

Патохарактерологічний тип девіантної поведінки зумовлений патологічними змінами характеру, що сформувалися в процесі виховання та розвитку особистості. Найбільш характерними його проявами є:

- аутоагресивна поведінка;
- дисморфоманічна поведінка;
- гебоїдна поведінка.

Психопатологічний тип девіантної поведінки ґрунтується на психопатологічних симптомах і синдромах та є проявом психічних розладів і захворювань. Відхилення в поведінці у цьому випадку обумовлені порушеннями психічної діяльності людини.

Девіантна поведінка на базі гіперздібностей. Цей тип пов'язаний із надмірним розвитком окремих здібностей, таланту або геніальності, прояви яких виходять за межі звичайного сприйняття та соціальних стандартів. Людина може бути надмірно зосереджена на певній сфері діяльності, ігноруючи інші аспекти життя.

Адиктивний тип девіантної поведінки характеризується прагненням особистості до втечі від реальності шляхом штучної зміни психічного стану за допомогою психоактивних речовин або постійної фіксації на певних видах діяльності з метою отримання інтенсивних емоційних переживань.

У результаті такої поведінки людина поступово віддаляється від реальності, занурюється у своєрідний «віртуальний світ», що призводить до порушення особистісного розвитку, а в окремих випадках – до соціальної дезадаптації та деградації.

Слід зазначити, що окремі клінічні форми залежної поведінки можуть бути зумовлені різними типами девіантної поведінки або їх поєднанням. Наприклад, алкоголізація може бути пов'язана:

- з адиктивними тенденціями як способом втечі від реальності;
- з патологічними рисами характеру, коли вживання алкоголю виконує компенсаторну функцію;
- із психопатологічними проявами;
- зі свідомим прагненням досягти певного психічного стану для здійснення протиправних дій.

Адиктивна поведінка є однією з форм девіантної поведінки, для якої характерне формування стійкого прагнення до втечі від реальності шляхом штучної зміни психічного стану. Така зміна досягається за допомогою вживання психоактивних речовин або надмірної зосередженості на певних видах діяльності, що супроводжується переживанням інтенсивних емоцій.

До основних *мотивів адиктивної поведінки* належать:

- прагнення змінити незадовільний психічний стан;
- відчуття нудьги, монотонності та одноманітності життя;
- потреба в самовираженні;
- пошук нових вражень та гострих відчуттів;
- прагнення уникнути психологічного дискомфорту;
- бажання отримати позитивні емоції.

Особи з адиктивною спрямованістю поведінки нерідко сприймають повсякденне життя як одноманітне, нецікаве та позбавлене емоційної насиченості. Вони відчують труднощі у знаходженні видів діяльності, які б викликали тривалий інтерес і позитивні переживання.

Провідною ознакою залежної поведінки є стійкий потяг до зміни власного психофізичного стану. Це прагнення переживається людиною як сильне, важкоконтрольоване бажання, що може супроводжуватися боротьбою із собою або поступовою втратою самоконтролю.

Адиктивна поведінка не виникає раптово або спонтанно, а є безперервним процесом формування та розвитку залежності. Адикція має початок, індивідуальні особливості перебігу, що супроводжуються посиленням залежності, а також певні наслідки. На різних стадіях розвитку залежності мотивація поведінки може змінюватися.

Однією з характерних особливостей адиктивної поведінки є її циклічний характер. У структурі одного циклу виділяють такі фази:

- 1) наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки;
- 2) посилення потягу та внутрішньої напруги;
- 3) очікування та активний пошук об'єкта залежності;
- 4) отримання об'єкта залежності та досягнення специфічних переживань;

- 5) розслаблення;
- 6) фаза ремісії (відносного спокою).

Після завершення циклу він повторюється з різною частотою та інтенсивністю. Для одних осіб цикл може тривати декілька місяців, для інших – лише кілька годин або днів.

Психологічні особливості осіб з адиктивною поведінкою

Для осіб, схильних до адиктивних форм поведінки, характерними є:

- низька толерантність до труднощів повсякденного життя при достатній стійкості в кризових ситуаціях;
- прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із зовнішньою демонстрацією переваги;
- схильність до неправдивості;
- тенденція перекладати відповідальність на інших;
- уникнення прийняття рішень і відповідальності за власні вчинки;
- стереотипність і повторюваність поведінки;
- виражена залежність від об'єкта адикції;
- підвищена тривожність.

Однією з найважливіших особливостей адиктивної особистості є дисгармонія психологічної стійкості. У психічно здорових людей зазвичай спостерігається легка адаптація до повсякденних умов життя та значні труднощі у кризових ситуаціях. На відміну від них, особи з адиктивною поведінкою важко переносять одноманітність, передбачуваність і рутинність повсякденного життя, але відчують себе більш упевнено в умовах ризику, невизначеності та емоційного напруження.

Для них характерна так звана «жага гострих відчуттів», прагнення до сильних емоційних переживань і постійного пошуку нових стимулів.

На думку Е. Берна, людина має шість основних видів психологічного «голоду»:

- 1) голод сенсорної стимуляції;
- 2) голод визнання;
- 3) голод контакту та фізичного погладжування;
- 4) сексуальний голод;
- 5) структурний голод (потреба в організації часу);
- 6) голод подій та інцидентів.

В умовах адиктивної поведінки зазначені потреби набувають загостреного характеру. Людина не знаходить можливості їх задоволення в реальному житті й намагається компенсувати це за допомогою психоактивних речовин або певних видів діяльності. Вона прагне до підвищеної сенсорної стимуляції, сильних емоцій, гострих відчуттів, незвичайних подій та постійного емоційного збудження.

Залежна поведінка не завжди призводить до тяжких захворювань або смерті, однак неминуче супроводжується особистісними змінами та соціальною дезадаптацією.

Ц. П. Короленко та Т. Д. Донських підкреслюють, що у процесі формування залежності виникає *адиктивна установка* – сукупність когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, які визначають специфічне ставлення людини до життя.

Адиктивна установка проявляється:

- формуванням надціннісного емоційного ставлення до об'єкта залежності;
- перетворенням об'єкта адикції на головну життєву цінність;
- звуженням життєвого простору до ситуацій, пов'язаних із отриманням об'єкта залежності;
- втратою значущості попередніх моральних цінностей, інтересів і соціальних відносин;
- зниженням критичності до власної поведінки;
- посиленням захисно-агресивних реакцій;
- наростанням соціальної дезадаптації;
- недовірою до оточення та спеціалістів, які намагаються надати психологічну або медико-соціальну допомогу.

Таким чином, адиктивна поведінка є складним багаторівневим процесом, що супроводжується глибокими змінами особистості, порушенням системи цінностей та поступовою соціальною дезадаптацією людини.

Одним із найбільш негативних проявів адиктивної установки є *анозогнозія* – невизнання людиною наявності захворювання та його тяжкості. Небажання залежної особи визнавати власну проблему («Я не алкоголік, у будь-який момент можу припинити вживання») ускладнює її взаємини з оточенням, перешкоджає своєчасному наданню психологічної та медичної допомоги, а в окремих випадках робить залежність практично непереборною.

Таким чином, адиктивна поведінка є формою аутодеструктивної поведінки, пов'язаної із залежністю від психоактивних речовин або певних видів діяльності з метою зміни психічного стану. Суб'єктивно вона переживається як неможливість існування без об'єкта залежності та супроводжується непереборним потягом до нього. Залежна поведінка має виражений саморуйнівний характер, оскільки поступово призводить до руйнування фізичного здоров'я, психіки та особистості людини.

Незважаючи на різноманітність форм адиктивної поведінки, процес формування залежності має спільні закономірності.

Перший етап пов'язаний із переживанням гострої зміни психічного стану. Вживання психоактивної речовини або здійснення певної діяльності супроводжується підвищенням настрою, відчуттям радості, ейфорії, екстазу або емоційного піднесення.

Другий етап характеризується формуванням певної послідовності звернення до засобів адикції. Поступово закріплюється стереотипна модель поведінки, а використання об'єкта залежності стає звичним способом реагування на життєві труднощі.

Третій етап пов'язаний із домінуванням адиктивної поведінки над іншими сферами життя. Залежність набуває стійкого характеру, витісняє попередні інтереси, цінності та соціальні контакти.

Мотиви вживання психоактивних речовин у структурі різних типів девіантної поведінки

Залежність від психоактивних речовин може формуватися в межах різних типів девіантної поведінки.

У межах *делінквентного типу* основними мотивами вживання наркотичних речовин є:

- протест проти соціальних норм і правил;
- прагнення до епатажу;
- бажання протистояти вимогам оточення;
- демонстративна поведінка;
- негативізм щодо батьків, учителів та інших авторитетних осіб.

При *адиктивному типі* провідним мотивом є прагнення втекти від реальності та зануритися у суб'єктивно комфортний світ. Домінує гедоністична мотивація, а вживання психоактивних речовин спрямоване на усунення почуття нудьги, апатії, внутрішнього дискомфорту та отримання яскравих емоційних переживань.

У межах *психопатологічного та патохарактерологічного типів* наркотичні речовини виконують компенсаторну функцію. Їх вживання спрямоване на зменшення психічного дискомфорту, послаблення негативних емоційних переживань та полегшення міжособистісної взаємодії. У таких випадках наркотик сприймається як своєрідний засіб саморегуляції.

Девіантна поведінка на базі гіперздібностей. Для осіб із вираженими здібностями або обдарованістю мотивами наркотизації можуть виступати:

- прагнення до престижу;
- наслідування модних тенденцій;
- бажання належати до «обраного кола»;
- потреба у визнанні та самоствердженні.

Кожна клінічна форма залежної поведінки може бути зумовлена одним або кількома типами девіантної поведінки одночасно. Наприклад, алкоголізація може бути пов'язана:

- з прагненням уникнути реальності (адиктивний тип);
- з патологічними рисами характеру, коли алкоголь використовується як засіб психологічної компенсації;
- з психопатологічними проявами (наприклад, при маніакальному синдромі);
- зі свідомим прагненням досягти певного психічного стану для здійснення делінквентних дій.

Таким чином, адиктивна поведінка є складним багатофакторним явищем, яке формується під впливом різних психологічних, особистісних і соціальних чинників та потребує комплексного підходу до профілактики, діагностики й психологічної корекції.

Література: основна – 1,4,6; додаткова –1,6,7.



ТЕМА 3: Фактори ризику формування та розвитку адитивної поведінки

1. Соціальні фактори в походженні адитивної поведінки.
2. Біологічні фактори адитивної поведінки.
3. Психологічні фактори адитивної поведінки.



Ключові слова: *об'єктивні фактори, суб'єктивні фактори,*

мікропричини, макропричини, стилі сімейного виховання, дезадаптивні сім'ї, гіперопіка, гіпоопіка, біологічна схильність, особистісні риси, соціальне середовище, сімейне виховання, дисфункціональна (дезадаптивна) сім'я, гіперопіка, гіпоопіка, девіантне оточення, груповий тиск, соціальна дезадаптація, спадковість, біологічна схильність, генетичні фактори, нейрофізіологічні особливості, особистісні риси, акцентуації характеру, низька самооцінка, тривожність, імпульсивність, фрустрація, стрес, фрустраційна толерантність, копінг-стратегії, емоційна нестійкість, психологічна дезадаптація, фрустрація потреб, ризикована поведінка, резильєнтність.

Навчально-методичний матеріал

Адиктивна поведінка є багатофакторним явищем, виникнення і розвиток якого зумовлюється взаємодією соціальних, біологічних та психологічних чинників. Жоден із цих факторів окремо не є визначальним, однак їх поєднання може значно підвищувати ризик формування різних видів залежностей.

Виділяють три основні групи факторів ризику розвитку адиктивної поведінки:

- соціальні;
- індивідуально-біологічні;
- індивідуально-психологічні.

Соціальні фактори є об'єктивно існуючими умовами, які практично не залежать від окремої людини та визначаються особливостями соціального, економічного й політичного розвитку суспільства.

Серед соціальних факторів розрізняють *макропричини* та *мікропричини*.

Макропричини характеризують умови існування суспільства в цілому.

До них належать:

- 1) економічне та соціальне неблагополуччя;
- 2) політична нестабільність;
- 3) суперечності та недосконалість законодавства;
- 4) несприятливе соціальне середовище;
- 5) доступність психоактивних речовин;
- 6) вплив реклами;
- 7) поширення девіантних моделей поведінки;
- 8) стан аномії суспільства, що супроводжується послабленням моральних норм і цінностей.

Мікропричини пов'язані з безпосереднім соціальним оточенням людини. До них відносять:

- 1) несприятливий психологічний клімат у сім'ї;
- 2) неефективні стилі сімейного виховання;
- 3) сімейні традиції, пов'язані зі зловживанням психоактивними речовинами;

- 4) гіперопіку та гіпоопіку;
- 5) непослідовність виховних впливів;
- 6) конфліктні взаємини між членами сім'ї;
- 7) труднощі навчання та низьку навчальну мотивацію;
- 8) часту зміну місця проживання;
- 9) негативний вплив референтної групи;
- 10) спілкування з однолітками, які вживають психоактивні речовини.

До *індивідуально-біологічних* факторів належать:

- 1) спадкова схильність до психічних захворювань, алкоголізму та наркоманії;
- 2) органічні ураження центральної нервової системи;
- 3) тяжкі соматичні захворювання та нейроінфекції, перенесені в ранньому дитинстві;
- 4) особливості функціонування нервової системи;
- 5) знижені адаптаційні можливості організму.

Органічні ураження головного мозку можуть негативно впливати на психоемоційний стан людини, знижувати її стресостійкість та здатність адаптуватися до несприятливих умов середовища, що підвищує ризик формування залежностей.

До біологічних факторів також належать:

- 1) Початкова толерантність до психоактивних речовин

Існує зворотний зв'язок між індивідуальною переносимістю психоактивних речовин і ризиком розвитку залежності. Чим більш вираженими є негативні відчуття навіть після невеликих доз алкоголю або наркотичних речовин, тим меншою є ймовірність розвитку адикції.

- 2) Детоксикаційна функція організму

Важливу роль у метаболізмі психоактивних речовин відіграє печінка. Чим ефективніше організм нейтралізує токсичні речовини, тим менше виражені негативні фізіологічні наслідки їх уживання, що, своєю чергою, може сприяти формуванню залежності.

- 3) Властивості психоактивної речовини

Швидкість розвитку залежності значною мірою залежить від хімічних властивостей речовини. Наркотичні засоби, як правило, викликають залежність швидше, ніж алкоголь або тютюн.

До *індивідуально-психологічних* факторів ризику належать:

- 1) низька стресостійкість;
- 2) труднощі адаптації до нових умов;
- 3) схильність до депресивних переживань;
- 4) підвищена тривожність;
- 5) невпевненість у собі;
- 6) занижена самооцінка;
- 7) імпульсивність;
- 8) гедоністична спрямованість особистості;
- 9) психічна незрілість та інфантилізм;

- 10) схильність до наслідування;
- 11) недостатній розвиток самоконтролю;
- 12) емоційна нестійкість;
- 13) не вміння конструктивно долати життєві труднощі;
- 14) труднощі регуляції поведінки та емоційних станів;
- 15) акцентуації характеру (нестійкий, конформний, гіпертимний, циклоїдний та ін.).

Формування адиктивної поведінки є результатом взаємодії внутрішніх і зовнішніх чинників. До основних факторів ризику належать:

- особливості когнітивної, емоційно-вольової та мотиваційної сфер особистості;
- несприятливі умови виховання та проживання;
- вплив мікросоціального та макросоціального середовища;
- спадкова схильність;
- індивідуально-біологічні особливості організму.

Вікові особливості підліткового періоду як чинники формування адиктивної поведінки

Підлітковий вік є критичним періодом у формуванні адиктивної поведінки. Незрілість особистості, психофізичний інфантилізм та характерні для цього віку поведінкові реакції можуть як сприяти наркотизації, так і виступати факторами захисту.

Хронічна інтоксикація психоактивними речовинами (ПАР) негативно впливає на фізичний та психічний розвиток підлітка. Особливо небезпечним є початок вживання ПАР до 16 років, коли порушується гармонійне становлення організму. Навіть допінги, зокрема анаболічні стероїди, сприяючи розвитку мускулатури, можуть пригнічувати статеве дозрівання аж до атрофії статевих органів. У підлітковому віці, в період статевого дозрівання, поведінка значною мірою визначається характерними для цього періоду життя реакціями емансипації, групування з однолітками, захоплення (хоббі) і формуванням сексуального потягу. Ці фактори можуть як сприяти наркотизації, так і перешкоджати адиктивній поведінці - утримувати від спокуси.

Реакція емансипації проявляється прагненням підлітка звільнитися від опіки та контролю з боку батьків, учителів та інших дорослих. Відбувається переоцінка норм, правил і цінностей старшого покоління. У поєднанні з реакцією групування з однолітками це може призводити до антисоціальної поведінки та так званого «молодіжного бунту».

Особливою формою цієї реакції є *«отруєння свободою»*, яке виникає при раптовому переході від жорстко регламентованого способу життя до повної свободи. Відсутність попередніх обмежень і гіперпротекції створює умови для пошукової наркотизації та прагнення спробувати «заборонені плоди».

Найбільш виражено реакція емансипації проявляється у підлітків із гіпертимними, істероїдними та шизоїдними рисами особистості, тоді як у сенситивних і психастенічних осіб вона виражена значно слабше.

Реакція захоплення (хобі). Захоплення, особливо інтелектуально-естетичного характеру, здебільшого виступають потужним захисним фактором, що перешкоджає розвитку адиктивної поведінки.

Проте окремі види захоплень можуть сприяти вживанню психоактивних речовин:

- при істероїдній акцентуації паління гашишу іноді помилково розглядається як засіб стимуляції творчих здібностей;
- у підлітків, захоплених східною філософією чи релігією, гашиш може використовуватися з метою досягнення особливих психічних станів;
- тілесно-мануальні хобі (культуризм, фітнес) інколи спонукають до вживання анаболічних стероїдів або інших допінгів.

Особливе значення має *інформативно-комунікативний тип захоплень*, коли основним змістом діяльності стає постійне спілкування з однолітками та обмін поверхневою інформацією. Такі підлітки легко потрапляють під вплив асоціальних груп, у яких відбувається знайомство з психоактивними речовинами та формується позитивне ставлення до їх вживання.

Реакції, пов'язані з формуванням сексуального потягу. У деяких випадках становлення сексуальної сфери може сприяти експериментуванню з психоактивними речовинами. Окремі інгалянти, що містять ефір, здатні викликати яскраві образи та фантазії сексуального змісту, які супроводжуються сильним емоційним і фізіологічним збудженням. Подібні мотиви вживання, як правило, приховуються підлітками та частіше зустрічаються у молодшому і середньому підлітковому віці.

Реакція групування з однолітками. Реакція групування з однолітками є одним із найважливіших соціально-психологічних факторів формування адиктивної поведінки. Потреба у приналежності до групи та прагнення бути прийнятим однолітками можуть зумовлювати засвоєння девіантних форм поведінки. Саме в неформальних та асоціальних групах найчастіше відбувається перше знайомство з психоактивними речовинами, а групові норми та цінності сприяють закріпленню адиктивної поведінки.

Таким чином, адиктивна поведінка має поліфакторну природу і формується під впливом комплексу соціальних, біологічних та психологічних чинників, взаємодія яких визначає індивідуальний ризик виникнення та розвитку різних видів залежностей.

Література: основна – 6, 9,11; додаткова – 1, 4,7.

Питання для самоконтролю до I модуля

1. Дайте визначення поняттям «адиктивна поведінка» та «залежність». У чому полягають їх схожість і відмінність?
2. Проаналізуйте основні гіпотези походження адиктивної поведінки.
3. Поясніть соціально-психологічні механізми формування адиктивної поведінки в молодіжних і підліткових субкультурах.
4. Порівняйте особливості розвитку адиктивної поведінки у підлітків та осіб зрілого віку.
5. Охарактеризуйте вплив акцентуацій характеру на формування адиктивної поведінки у підлітковому віці.
6. Розкрийте роль соціальних факторів у становленні адиктивної поведінки.
7. Поясніть вплив сімейного виховання на розвиток адиктивної поведінки.
8. Дайте характеристику психологічним і біологічним факторам формування адиктивної поведінки.
9. Охарактеризуйте соціальні фактори, що сприяють переходу адиктивної поведінки в хворобу.
10. Розкрийте зміст понять «девіація», «відхилення поведінки», «соціальне відхилення», «асоціальна поведінка», «аутодеструктивна поведінка», «адиктивна поведінка», «дезадаптація», «десоціалізація».
11. Які поведінкові реакції підліткового віку сприяють розвитку адиктивної поведінки?
12. Назвіть характерні риси особистості, притаманні особам з адиктивною поведінкою.
13. Які типи акцентуації характеру найчастіше поєднуються із залежними формами поведінки?
14. Опишіть типи акцентуації характеру, при яких адиктивна поведінка зустрічається рідко. Чим це зумовлено?
15. Охарактеризуйте основні види взаємодії особистості з реальністю.
16. Дайте визначення поняттям «делінквентна поведінка» та «кримінальна поведінка». У чому полягають їх схожість і відмінність?
17. Дайте характеристику основним формам і видам девіантної поведінки.
18. Опишіть девіантні прояви при патохарактерологічному типі поведінки.

МОДУЛЬ II. ОСНОВНІ ФОРМИ ХІМІЧНИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА



ТЕМА 4 . Психологічні та нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності

1. Поняття, загальна характеристика та класифікація хімічних залежностей.
2. Нейрофізіологічні механізми розвитку залежності від психоактивних речовин.
3. Етапи формування хімічної залежності.



Ключові слова: *етапи розвитку хімічної залежності, нейромедіатори, дофамін, психоактивні речовини, дофамін, кетохоламіни, система підкріплення, психічна залежність, фізична залежність, абстинентний синдром, біологічна схильність.*

Навчально-методичний матеріал

 *Хімічні залежності* – це група адикцій, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин (ПАР), до яких належать алкоголь, наркотичні, токсикоманічні речовини та деякі лікарські препарати. Вживання цих речовин може призводити до формування стану залежності.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я *залежність* – це стан періодичної або хронічної інтоксикації, викликаний повторним вживанням природної чи синтетичної речовини.

Розрізняють два основні види залежності:

 *Психічна залежність* характеризується нав'язливим бажанням або непереборним потягом до вживання психоактивної речовини. Для неї характерними є:

- прагнення повторно пережити позитивні емоції, пов'язані з вживанням речовини;
- поступове збільшення дози для досягнення бажаного ефекту;
- виникнення психічного дискомфорту, тривоги та напруження при припиненні вживання.

 *Фізична залежність* – це стан, за якого психоактивна речовина стає необхідною умовою нормального функціонування організму та включається в систему його життєзабезпечення.

При припиненні вживання або різкому зниженні дози виникає синдром відміни (абстинентний синдром), який супроводжується соматичними, неврологічними та психічними порушеннями.

📁 *Абстинентний синдром* – це комплекс психічних, неврологічних і соматичних розладів, які виникають при припиненні або різкому обмеженні вживання психоактивної речовини. При алкогольній залежності симптоми абстиненції можуть тимчасово послаблюватися після повторного вживання алкоголю.

Найбільш поширеними об'єктами хімічних залежностей є алкоголь і наркотики, проте перелік психоактивних речовин значно ширший. Вони викликають зміни емоційного стану людини шляхом впливу на центральну нервову систему та нейрохімічні процеси мозку.

Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), виділяють такі основні групи психоактивних речовин:

- 1) Алкоголь (усі види алкогольних напоїв).
- 2) Опіоїди (опій, морфін, героїн, метадон та інші синтетичні аналоги).
- 3) Канабіноїди (марихуана, гашиш).
- 4) Седативні та снодійні препарати (барбітурати, діазепам, метаквалон).
- 5) Кокаїн.
- 6) Інші стимулятори, включаючи амфетаміни та кофеїн.
- 7) Галюциногени (ЛСД, мескалін, псилоцибін).
- 8) Нікотин.
- 9) Леткі органічні розчинники (ацетон, бензин, клей, ефір, закис азоту).
- 10) Інші психоактивні речовини, у тому числі рослинного походження.

Згідно з теорією П. К. Анохіна, формування психічної залежності пов'язане з впливом психоактивних речовин на систему підкріплення головного мозку, яка бере участь у регуляції емоцій, мотивації та поведінки.

Функціонування системи підкріплення забезпечується діяльністю нейромедіаторів, насамперед катехоламінів, серед яких провідну роль відіграє *дофамін*.

Алкоголь і наркотичні речовини активують систему підкріплення хімічним шляхом. У результаті відбувається надмірний викид нейромедіаторів, що викликає значно сильніше збудження центрів задоволення, ніж те, яке людина здатна отримати в природних умовах.

Саме це зумовлює виникнення:

- почуття ейфорії;
- емоційного піднесення;
- відчуття задоволення;
- прагнення повторити пережитий стан.

Поступово природні джерела позитивних емоцій втрачають свою значущість, а психоактивна речовина стає провідним засобом отримання задоволення. Це призводить до формування психічної, а згодом і фізичної залежності.

Таким чином, хімічні залежності є складним біопсихосоціальним явищем, в основі якого лежать нейробіологічні механізми, психологічні особливості особистості та вплив соціального середовища.

Тривале вживання психоактивних речовин (ПАР) супроводжується надмірним вивільненням нейромедіаторів, оскільки алкоголь і наркотики стимулюють їх посилений викид. Унаслідок цього за відсутності психоактивної речовини виникає дефіцит нейромедіаторів, що призводить до недостатньої активації системи підкріплення головного мозку.

Даний стан проявляється:

- зниженням настрою;
- відчуттям занепаду сил;
- апатією;
- психоемоційним дискомфортом;
- нездатністю отримувати задоволення від звичайної діяльності.

На початкових стадіях залежності прийом психоактивних речовин дійсно сприяє тимчасовому покращенню самопочуття, причому позитивні зміни мають не лише суб'єктивний, а й об'єктивний характер. Однак поступово формується «порочне коло»: після кожного прийому психоактивної речовини відбувається надмірне вивільнення нейромедіаторів, а їх подальше швидке руйнування призводить до ще більшого погіршення психоемоційного стану.

Згідно з теорією П. К. Анохіна, формування фізичної залежності пов'язане з посиленням синтезом катехоламінів – біологічно активних речовин, які виконують функції нейромедіаторів і нейрогормонів.

При систематичному вживанні психоактивних речовин організм реагує на дефіцит нейромедіаторів підвищенням їх синтезу. Водночас кожне нове вживання алкоголю чи наркотиків супроводжується надмірним вивільненням дофаміну та його швидким руйнуванням, що призводить до прискореного колообігу цього нейромедіатора.

Після припинення вживання психоактивної речовини посилений синтез нейромедіаторів зберігається, тоді як їх надмірне вивільнення більше не відбувається. У результаті дофамін накопичується в крові та структурах головного мозку.

Підвищення концентрації дофаміну обумовлює виникнення основних симптомів абстинентного синдрому:

- тривоги;
- психомоторного збудження;
- безсоння;
- вегетативних порушень;
- підвищення артеріального тиску;
- загального погіршення самопочуття.

Таким чином, синдром фізичної залежності пов'язаний із нейрохімічними змінами в центральній нервовій системі, а рівень дофаміну значною мірою визначає вираженість абстинентного синдрому.

Кожна психоактивна речовина взаємодіє з певними нейромедіаторними системами. Вибірковість дії пояснюється подібністю хімічної будови окремих психоактивних речовин до природних медіаторів організму.

Наприклад: опіоїди за своєю дією подібні до ендорфінів; галюциногени взаємодіють переважно із серотоніною системою; стимулятори впливають на катехоламінові механізми.

Незважаючи на відмінності у хімічній структурі та механізмах дії, усі психоактивні речовини здатні підсилювати вивільнення дофаміну, що лежить в основі формування залежності.

Поняття зловживання алкоголем або наркотичними речовинами охоплює різні аспекти життєдіяльності людини. Психоактивні речовини здатні швидко змінювати стан свідомості та викликати ейфорію, унаслідок чого людина починає використовувати їх як засіб подолання труднощів і негативних переживань.

1) Перший етап – позитивне емоційне підкріплення.

Початок формування хімічної залежності пов'язаний із позитивними емоціями, що виникають після вживання психоактивної речовини. Людина переживає відчуття легкості, спокою, покращення настрою та психологічного комфорту.

Імовірність переходу адиктивної поведінки у хімічну залежність залежить від:

- індивідуальної чутливості організму до психоактивної речовини;
- інтенсивності позитивних емоційних переживань.

2) Другий етап – формування емоційної прив'язаності.

Поступово виникає емоційна залежність від психоактивної речовини. Людина починає планувати своє життя з урахуванням періодичного досягнення стану зміненої свідомості.

3) Третій етап – залежність від зміненого психічного стану.

На цьому етапі особа все частіше шукає приводи для вживання психоактивних речовин. Джерелом позитивних переживань стає виключно стан, викликаний алкоголем або наркотиками.

4) Четвертий етап – одержимість психоактивною речовиною.

Для даної стадії характерне домінування потреби у вживанні психоактивної речовини. Відбувається збільшення доз з метою досягнення ейфорії, однак очікуваний ефект уже не виникає.

Зростання дозування призводить до:

тяжких форм інтоксикації;

- розвитку абстинентного синдрому;
- необхідності повторного вживання психоактивної речовини для тимчасового полегшення стану.

У результаті формується замкнене коло залежності, а психоактивна речовина включається в обмінні процеси організму, стаючи необхідною умовою його функціонування.

Отже, формування хімічної залежності є поетапним процесом, що супроводжується глибокими нейробіологічними змінами, порушенням механізмів емоційної регуляції та поступовою перебудовою систем життєзабезпечення організму.

Література: основна – 3, 12, 13.



Тема 5. Алкогольна залежність: психологічні та соціальні аспекти

1. Алкоголізм як наркологічне захворювання.
2. Мотивація вживання алкогольних напоїв.
3. Основні клінічні та психологічні ознаки алкоголізму.
4. Стадії алкогольної залежності та їх характеристика.



Ключові слова: побутове пияцтво, зловживання спиртними напоями, алкоголізм, абстинентний синдром, психічна залежність, фізична залежність, гедоністична мотивація, аттарактична мотивація, субмісивна мотивація, псевдокультурна мотивація, традиційна мотивація, мотивація з гіперактивацією поведінки, алкогольне сп'яніння.

Навчально-методичний матеріал

Зловживання спиртними напоями є однією з найбільш поширених форм хімічної (фармакологічної) залежності.

✎ *Алкоголізм* – це прогресивне (прогресуюче) захворювання, яке розвивається внаслідок тривалого зловживання спиртними напоями та характеризується патологічним потягом до алкоголю, зміною реактивності організму, формуванням психічної та фізичної залежності, а також розвитком специфічних психічних, неврологічних і соматичних порушень. На початкових стадіях ці зміни мають зворотний характер, а в подальшому стають незворотними та можуть призводити до психічної деградації особистості і значних соціальних наслідків.

Слід розрізняти помірне вживання алкоголю, побутове пияцтво та алкоголізм.

Помірним вважається епізодичне вживання алкогольних напоїв (1–2 рази на місяць), переважно з нагоди традиційних свят, у невеликих кількостях. При цьому:

- перевага надається слабоалкогольним напоям або невеликим дозам міцних напоїв;
- відсутні ознаки вираженого алкогольного сп'яніння;
- поведінка людини не виходить за межі соціально прийнятних норм.

Побутове пияцтво характеризується надмірним уживанням алкоголю, яке має ситуаційний або традиційний характер. У цьому випадку:

- алкоголь може вживатися систематично у невеликих дозах або епізодично у значній кількості;

- відсутній патологічний потяг до спиртного;
- не спостерігаються клінічні ознаки алкоголізму;
- зберігається контроль над кількістю випитого та власною поведінкою.

Кількість уживаного алкоголю не є абсолютним критерієм розвитку алкоголізму, оскільки індивідуальна переносимість спиртних напоїв у різних людей суттєво відрізняється.

Як і будь-яка хімічна залежність, алкогольна залежність включає два взаємопов'язані компоненти:

Психічна залежність проявляється:

- нав'язливим потягом до вживання алкоголю;
- прагненням збільшувати дози для досягнення бажаного ефекту;
- виникненням психічного дискомфорту та тривоги за відсутності алкоголю.

Фізична залежність характеризується включенням алкоголю в обмінні процеси організму. При припиненні його вживання виникає абстинентний синдром, який супроводжується соматичними, неврологічними та психічними порушеннями.

Абстинентний синдром являє собою комплекс психічних, неврологічних та соматичних розладів, які виникають після припинення або різкого обмеження вживання алкоголю і тимчасово послаблюються після повторного прийому спиртних напоїв.

Клінічні та психологічні ознаки алкоголізму

1. Патологічний потяг до алкоголю

Першою і найранішою ознакою алкоголізму є патологічний потяг до спиртного. Він має нав'язливий характер і часто не усвідомлюється самою людиною. Вживання алкоголю виправдовується традиціями, життєвими обставинами або необхідністю зняття напруження.

Про наявність патологічного потягу свідчать такі непрямі ознаки:

- постійний пошук приводів для вживання спиртного;
- зміна поведінки в очікуванні майбутнього застілля;
- позитивне ставлення до всього, що пов'язане з алкоголем;
- позитивна оцінка стану сп'яніння;
- поява психічного дискомфорту при неможливості вживання спиртного;
- формування системи виправдань власного пияцтва;
- негативне ставлення до осіб або обставин, які перешкоджають уживанню алкоголю;
- зміна системи цінностей і життєвих пріоритетів;
- відсутність критичного ставлення до власного стану та невизнання хвороби (анозогнозія).

2. Втрата кількісного контролю

Другою важливою ознакою алкоголізму є втрата кількісного контролю, тобто нездатність людини свідомо обмежити кількість випитого після початку вживання алкоголю.

Втрата контролю зумовлена кількома чинниками:

- 1) Суб'єктивною незадоволеністю ступенем сп'яніння та прагненням посилити його.
- 2) Бажанням якомога довше підтримувати стан алкогольного сп'яніння, оскільки його вираженість поступово зменшується.
- 3) Виникненням вторинного (компульсивного) потягу до алкоголю, або так званої алкогольної спраги, яка формується після досягнення індивідуальної критичної дози.

Компульсивний потяг характеризується непереборним бажанням продовжувати вживання спиртного. Його інтенсивність значно перевищує первинний потяг і практично не піддається вольовому контролю.

У різних людей критична доза алкоголю є індивідуальною. В одних осіб вона може становити 100–150 мл міцних напоїв, тоді як в інших – 400–500 мл. Після перевищення цієї межі ризик розвитку тяжкого алкогольного сп'яніння різко зростає.

Таким чином, ранніми клініко-психологічними ознаками алкоголізму є патологічний потяг до алкоголю та втрата кількісного контролю, які свідчать про формування психічної залежності та прогресування захворювання.

3.Третьою важливою ознакою формування алкоголізму є *втрата захисного блювотного рефлексу*. Цей симптом вважається одним із найбільш об'єктивних, оскільки патологічний потяг до алкоголю та втрата кількісного контролю мають суб'єктивний характер і не завжди можуть бути своєчасно виявлені.

У здорових осіб та при побутовому пияцтві блювотна реакція виконує захисну функцію організму й залежить від багатьох чинників:

- ступеня наповнення шлунка;
- загального стану здоров'я;
- фізичного перевтомлення;
- швидкості всмоктування алкоголю;
- характеру їжі (жирна їжа уповільнює всмоктування алкоголю).

Діагностичне значення має не відсутність блювання як така, а *втрата раніше наявного блювотного рефлексу* після вживання значних доз алкоголю. Саме з цього моменту можна говорити про формування алкогольної залежності.

4.Четвертою ознакою алкоголізму є *підвищення толерантності до алкоголю у 3–5 разів порівняно з початковою*.

☞ *Толерантність* – це здатність організму переносити певні дози спиртних напоїв.

У здорових людей фізіологічна толерантність є індивідуальною і залежить від: віку, статі, маси тіла, особливостей обміну речовин, стану центральної нервової системи, загального стану здоров'я.

У середньому фізіологічна толерантність відповідає 100–150 г міцних алкогольних напоїв.

У процесі систематичного вживання алкоголю толерантність проходить декілька етапів:

1) Зростання толерантності

Початкові дози алкоголю вже не викликають бажаного ступеня сп'яніння, тому людина поступово збільшує кількість випитого.

2) Стадія «плато толерантності»

Толерантність досягає максимального рівня та протягом тривалого часу залишається стабільною. Для досягнення бажаного стану сп'яніння людина вживає найбільші за весь період зловживання дози алкоголю, переважно міцних напоїв.

3) Зниження толерантності

Подальше прогресування захворювання супроводжується зниженням переносимості алкоголю. Ознаки сп'яніння виникають уже після вживання невеликих доз, а згодом зменшуються як разові, так і добові дози алкоголю. Часто спостерігається перехід від міцних алкогольних напоїв до слабших.

На етапі побутового пияцтва набута толерантність може перевищувати початкову у 2–2,5 рази, однак її подальше зростання є ознакою розвитку алкоголізму.

5. П'ятою ознакою алкоголізму є *зміна форми вживання алкоголю та перехід до систематичного його прийому.*

Якщо при побутовому пияцтві частота вживання залежить переважно від зовнішніх обставин, то при алкоголізмі формується певна система регулярного вживання спиртних напоїв.

Систематичне вживання не обов'язково означає щоденне вживання алкоголю. Воно проявляється стійкою потребою в регулярному повторенні епізодів алкогольного сп'яніння.

Стадії алкоголізму.

1. Неврастенічна стадія

Характеризується формуванням психічної залежності від алкоголю та початковими змінами особистості. Основні симптоми:

- психічна залежність від алкоголю у вигляді обсесивного (нав'язливого потягу;
- відсутність фізичного потягу;
- зміна реактивності до алкоголю, що виражається зростанням толерантності;
- зниження або втрата кількісного контролю при вживанні спиртних напоїв;
- перехід від епізодичного вживання до систематичного;
- дратівливість, емоційна нестійкість;

- порушення сну;
- тривожність, зниження працездатності;
- часткові палімпсести (провали в пам'яті після сп'яніння);
- відсутність критичного ставлення до власного стану.

2. Розгорнута або наркотична стадія

Відзначається формуванням не лише психічної, а й фізичної залежності. Основні симптоми:

- поява фізичної залежності у вигляді компульсивного потягу до алкоголю та вираженого абстинентного синдрому, що зумовлює потребу в «опохмеленні» та сприяє систематичному вживанню алкоголю;
- досягнення максимальної толерантності до спиртних напоїв;
- зміна картини алкогольного сп'яніння, поява алкогольних амнезій (палімпсестів);
- псевдозапійний характер алкогольних ексцесів;
- поступове формування психопатоподібного синдрому, загострення або виникнення нових форм психопатичної поведінки (астенічної, істеричної, експлозивної, апатичної);
- соматичні порушення: гастрит, гепатит, ураження серцево-судинної, дихальної, сечостатевої та інших систем організму;
- неврологічні розлади: порушення вегетативних функцій, поліневрити, мозочковий синдром та інші органічні ураження головного мозку;
- можливий розвиток алкогольних психозів.

3. Енцефалопатична стадія

Характеризується глибокими органічними змінами центральної нервової системи та деградацією особистості. Основні симптоми:

- психічний потяг до алкоголю визначається потребою досягнення психічного комфорту та набуває нестримного, компульсивного характеру;
- виражений фізичний потяг до алкоголю, особливо під час абстинентного синдрому;
- значне зниження толерантності до спиртних напоїв;
- перехід псевдозапоїв в істинні запої;
- повна втрата ситуаційного контролю, систематичний характер пияцтва;
- поява в структурі абстинентного синдрому психопатологічних симптомів (уривчастих маячних ідей, галюцинацій тощо);
- подальша деградація особистості з вираженими інтелектуально-мнестичними порушеннями (алкогольна деменція) та нівелюванням індивідуальних рис особистості;
- періодичні загострення алкогольних психозів;
- тяжкі незворотні ураження внутрішніх органів і систем (цироз печінки, серцево-судинна недостатність, енцефалопатія Гайє—Верніке та ін.);

- прогресування неврологічних порушень, розвиток поліневритів та інших органічних уражень нервової системи. зниження толерантності до алкоголю;

Таким чином, алкоголізм є прогресивним захворюванням, яке проходить три стадії розвитку та супроводжується поступовим формуванням психічної й фізичної залежності, соматоневрологічними порушеннями, змінами особистості та соціальною дезадаптацією.

Мотивація вживання психоактивних речовин є складним багатокомпонентним явищем і може змінюватися на різних етапах формування залежності. Виділяють три основні групи мотивів вживання психоактивних речовин.

1. До соціально-психологічних мотивів належать:

- традиції та звичаї, пов'язані з уживанням алкоголю чи інших психоактивних речовин;
- особливості культури та соціального середовища;
- особистісна нестійкість та підвищена сугестивність.

За характером вживання алкоголю та особливостями перебігу захворювання виділяють такі форми алкогольної залежності:

- запійний алкоголізм;
- систематичний алкоголізм;
- переміжний (змішаний) алкоголізм.

Запійний алкоголізм характеризується періодичним виникненням епізодів інтенсивного вживання алкоголю (запоїв), між якими спостерігаються періоди утримання від спиртних напоїв. На початкових етапах запої тривають один-два дні та виникають відносно рідко, однак із прогресуванням захворювання їхня тривалість збільшується, а проміжки між ними скорочуються.

У міжзапійний період у хворих може бути відсутнім потяг до алкоголю, що нерідко стає підставою для заперечення наявності захворювання. Пацієнти вважають себе здатними контролювати вживання спиртного та відмовляються від лікування. Однак зміни метаболічних процесів і механізмів формування залежності зумовлюють неминуче повторення запоїв.

Для *систематичної форми* характерне майже щоденне вживання алкогольних напоїв, часто у відносно невеликих дозах. Якщо професійна діяльність не дозволяє вживати алкоголь протягом дня, то потреба у його прийомі реалізується у вечірній час. Такий стан інколи визначають як «відстрочене похмілля».

Особи із систематичною формою залежності часто заперечують хворобу, мотивуючи це тим, що вони «знають міру» і не вживають алкоголь запійно. Проте постійне вживання спиртного призводить до поступового прогресування захворювання, зниження соціального та професійного функціонування.

Переміжна форма поєднує ознаки систематичного та запійного алкоголізму. Протягом тривалого часу людина може регулярно вживати алкоголь у невеликих кількостях, однак періодично після надмірного вживання переходить у стан запою.

Для цієї форми характерне швидше формування психічної та соціальної дезадаптації, а ознаки особистісних змін можуть проявлятися вже на ранніх етапах захворювання.

2. Мотиви, пов'язані з прагненням змінити психічний стан

До цієї групи належать:

- гедоністичні мотиви – прагнення отримати задоволення, відчуття ейфорію та позитивні емоції;
- атарактичні мотиви – бажання зменшити внутрішню напругу, тривогу, страх або емоційний дискомфорт;
- гіперактиваційні мотиви – прагнення підвищити працездатність, активність, витривалість та покращити самопочуття.

3. Патологічна мотивація формується в процесі розвитку залежності та включає:

- фіксацію патологічного потягу до психоактивної речовини у свідомості;
- прагнення уникнути проявів абстинентного синдрому;
- цілеспрямовану саморуйнівну поведінку.

Мотивація початку наркотизації та подальшого зловживання психоактивними речовинами може бути різною. У зарубіжній літературі одним із провідних мотивів адиктивної поведінки в молодіжному середовищі вважають конфронтацію поколінь, тобто протест проти духовних цінностей батьків і суспільства в цілому.

Представники неопрейдистського напрямку розглядають адиктивну поведінку як наслідок поширеного в сучасному суспільстві культу споживання та прагнення «споживати щастя» як певний товар.

Важливу роль у поширенні залежностей відіграють соціальні міфи щодо дії психоактивних речовин. Зокрема, частина підлітків переконана, що наркотичні речовини сприяють розвитку творчих здібностей, а невеликі дози алкоголю мають лікувальні властивості. Подібні хибні уявлення підвищують ризик формування адиктивної поведінки.

Мотивація адиктивної поведінки певною мірою залежить від особистісних особливостей та типу акцентуації характеру.

- Особи нестійкого типу прагнуть отримати нові враження та розваги.
- Гіпертимні та істероїдні особистості орієнтовані на престиж, визнання та прагнення привернути увагу оточення.
- Шизоїдні особистості використовують психоактивні речовини як засіб зниження внутрішньої напруги, полегшення міжособистісних контактів та стимуляції фантазій.

- Емоційно-лабільні особистості прагнуть досягти стану психологічного комфорту, зменшити емоційне напруження та уникнути психотравмуючих переживань.

На початкових етапах вживання психоактивних речовин провідними є мотиви отримання задоволення, самоствердження або уникнення психологічного дискомфорту.

Із формуванням психічної залежності основним мотивом стає патологічний потяг до психоактивної речовини та прагнення змінити власний психічний стан.

У разі розвитку фізичної залежності домінуючим мотивом вживання стає прагнення уникнути проявів абстинентного синдрому, а страх перед фізичними та психічними стражданнями перетворюється на провідний чинник подальшого зловживання психоактивними речовинами.

Отже, мотивація вживання психоактивних речовин має складний і динамічний характер, змінюючись у процесі формування залежності від соціально зумовлених та гедоністичних мотивів до патологічного потягу та потреби уникнення абстинентних проявів

Література: основна – 3, 6, 7, 12, 13.



Тема 6. Наркоманія як соціально-психологічне явище

1. Загальне уявлення про наркоманію.
2. Формування психофізіологічної залежності від наркотичних речовин.
3. Класифікація наркотичних речовин.
4. Токсикоманії.



Ключові слова: *наркотична речовина, наркоманія, наркотизм, психічна залежність, фізична залежність, абстинентний синдром, толерантність, опіати, каннабіноїди, галюциногени, барбітурати, психостимулятори, великий наркома нічний синдром, компульсивний потяг, синдром зміненої реактивності, інтоксикація, мітридантизм, токсикоманія, інгалінти.*

Навчально-методичний матеріал

 *Наркоманія* (від грец. *narke* – заціпеніння, сон; *mania* – пристрасть, потяг) – це група захворювань, що виникають унаслідок систематичного вживання в зростаючих дозах речовин, офіційно віднесених до наркотичних. Основними проявами наркоманії є психічна та фізична залежність, а також розвиток абстинентного синдрому при припиненні вживання психоактивної речовини.

Наркоманія формується внаслідок зловживання наркотичними речовинами.

 *Наркотичні речовини* – це природні або синтетичні хімічні сполуки, які здатні змінювати психічний стан людини та чинити специфічний вплив на центральну нервову систему (ейфоризуючий, стимулюючий, седативний, галюциногенний тощо).

Термін «наркотична речовина» ґрунтується на трьох взаємопов'язаних критеріях:

1. *Медичному* – речовина повинна чинити специфічний вплив на центральну нервову систему.
2. *Соціальному* – немедичне вживання речовини повинно становити суспільну небезпеку.
3. *Юридичному* – речовина має бути законодавчо внесена до переліку наркотичних засобів.

Для наркотичної залежності характерним є *великий наркоманічний синдром*, який включає п'ять основних компонентів.

I. Синдром психічної залежності

Психічна залежність – це стан, за якого психоактивна речовина викликає непереборне бажання періодично або постійно її вживати для досягнення задоволення чи уникнення психічного дискомфорту.

Ознаками психічної залежності є:

- незадоволення при відсутності наркотика;
- поживлення при згадці про нього;
- позитивне ставлення до наркотизації;
- відсутність критичного ставлення до хвороби;
- домінування теми наркотиків у спілкуванні;
- переконання, що лише наркотик здатний забезпечити психічний комфорт;
- переживання стану інтоксикації як «нової норми».

II. Синдром фізичної залежності

Фізична залежність характеризується нездатністю організму нормально функціонувати без психоактивної речовини.

Основні компоненти фізичної залежності:

а) Компульсивний потяг

Компульсивний потяг – непереборне прагнення до вживання наркотика, що за своєю силою наближається до вітальних потреб (голоду, спраги). Його супроводжують:

- розширення зіниць;
- підвищена пітливість;
- сухість у роті;
- тремор;
- психомоторне збудження.

б) Абстинентний синдром

Абстиненція – це комплекс соматичних, вегетативних і психічних розладів, що виникають після припинення вживання наркотичної речовини. Основні прояви:

- тривога;
- дратівливість;
- безсоння;
- біль у м'язах і суглобах;
- пітливість;
- тремор;
- вегетативні порушення;
- депресивні стани.

в) Досягнення фізичного комфорту лише в стані інтоксикації

Хворий відчуває задовільне самопочуття тільки після прийому психоактивної речовини. Доза, яка забезпечує такий стан, отримала назву « дози задоволення потреб ».

III. Синдром зміненої реактивності

До нього належать:

а) Зміна форми вживання

Вживання психоактивної речовини стає систематичним і регулярним.

б) Зміна форми сп'яніння

У міру розвитку залежності змінюється характер дії наркотика:

- ейфоричний ефект слабшає;
- переважає стимулюючий або тонізуючий вплив;
- можуть виникати амнестичні форми сп'яніння.

в) Зміна толерантності

Для досягнення бажаного ефекту виникає необхідність у постійному збільшенні дози психоактивної речовини.

г) Мітридатизм

Мітридатизм – це зникнення захисних реакцій організму на передозування.

Наприклад: блювання при алкоголізмі; свербіж при вживанні опіатів; нудота, блювання та гіпергідроз при вживанні барбітуратів або препаратів канабісу.

Відсутність захисних реакцій свідчить про глибоку перебудову організму.

IV. Психотоксична дія психоактивних речовин проявляється:

- прогресуючим зниженням енергетичного потенціалу;
- згасанням інтересів і потреб;

- емоційним збідненням;
- порушенням пам'яті та мислення;
- деградацією особистості;
- соціальною дезадаптацією;
- виснаженням психічної діяльності.

V. Соматотоксична дія психоактивних речовин

Соматотоксична дія охоплює різноманітні порушення з боку внутрішніх органів і нервової системи. Основними проявами є:

- кахексія;
- зниження тургору шкіри;
- випадіння волосся;
- ламкість нігтів;
- поліневропатії;
- токсичні ураження печінки, серця та нирок;
- зниження імунітету;
- хронічні інфекційні захворювання;
- органічні ураження центральної нервової системи.

Таким чином, великий наркоманічний синдром відображає комплекс психічних, фізичних, поведінкових та соматоневрологічних змін, що виникають унаслідок тривалого вживання психоактивних речовин та визначають клінічну картину наркотичної залежності.

Основні групи наркотичних речовин

- 1) Опіати: опій, морфін, кодеїн, героїн, метадон.
- 2) Барбітурати (снодійні): барбаміл, нембутал, ноксирон.
- 3) Транквілізатори: діазепам, седуксен, реланіум.
- 4) Стимулятори: амфетаміни, екстазі, ефедрин, кофеїн.
- 5) Кокаїн та його похідні.
- 6) Канабіноїди: марихуана, гашиш.
- 7) Галюциногени: ЛСД, мескалін, псилоцибін.

Зловживання токсикоманічними речовинами це епізодичне немедичне вживання психоактивних або одурманюючих речовин з метою зміни психічного стану за відсутності ознак сформованої залежності.

Токсикоманія це захворювання, що характеризується психічною, а іноді й фізичною залежністю від речовин, які не включені до офіційного списку наркотиків.

Відмінність від наркоманії лише юридична. Токсикоманічні речовини не внесені до офіційного переліку наркотиків.

Інгалянти – це леткі органічні рідини та гази, які вдихають для отримання стану ейфорії. До інгалянтів належать ефір, бензин, розчинники, лаки, клеї, аерозолі, очисні рідини. Основні компоненти токсикоманічних речовин – це ацетон, толуол, бутан, перхлоретилен, чотирихлористий вуглець.

Причини популярності інгаляторів серед підлітків:

- низька ціна;
- доступність;
- відсутність суворого контролю;
- швидкий розвиток сп'яніння;
- короточасний ефект;
- швидке відновлення після вживання.

Мотиви вживання токсичних речовин):

- цікавість;
- самоствердження серед однолітків;
- групова приналежність;
- бажання розслабитися;
- прагнення отримати нові відчуття;
- втеча від життєвих труднощів;
- зняття психологічних бар'єрів перед асоціальною поведінкою.

Ознаки токсикоманії у підлітків

Фізичні ознаки:

- хімічний запах від одягу та дихання;
- почервоніння або висип навколо рота і носа;
- постійний кашель;
- порушення координації рухів;
- нерозбірлива мова;
- зниження апетиту;
- втрата маси тіла;
- підвищена втомлюваність;
- порушення сну.

Поведінкові ознаки:

- часті зміни настрою;
- дратівливість;
- агресивність;
- потайливість і брехливість;
- неохайний зовнішній вигляд;
- сліди клею на одязі або руках;
- пропуски занять;
- втрата інтересу до навчання;
- байдужість до батьків і вчителів;
- прагнення до усамітнення або спілкування з певною компанією.

Інгалянти є чужорідними для організму. Вони не мають природних механізмів нейтралізації, тому поступово накопичуються та викликають:

- незворотні структурні зміни нервових клітин;
- ураження головного мозку;
- порушення функцій внутрішніх органів;
- інтелектуальне зниження;
- тяжкі психічні та соматичні розлади.

Література: основна –3,6,12,13.



Тема 7. Психологія співзалежної поведінки

1. Феномен співзалежності.
2. Фази протікання співзалежності.
3. Основні типи співзалежних.
4. Корекція ситуації розвитку дитини у сім'ї, узалежненій від алкоголю.

5. Психотерапевтичні методи лікування залежності від психоактивних речовин.



Ключові слова: *первинна профілактика, вторинна профілактика, третинна профілактика, програми інформаційного типу, програми тренування навиків здорового способу життя, програми актуалізації внутрішніх ресурсів, навчальна модель профілактики, медична модель профілактики, психосоціальна модель профілактики, групова та індивідуальна психотерапія, програма «12 кроків», детоксикація, кодування.*

Навчально-методичний матеріал

Співзалежність – це особистісне новоутворення, яке розвивається у членів сімей алкоголіків та наркозалежних унаслідок тривалого перебування в умовах хронічного стресу і постійної зосередженості на проблемах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин. Співзалежна людина настільки занурюється у проблеми залежного, що починає нехтувати власними потребами, інтересами та обов'язками щодо інших членів родини.

Співзалежність підтримує існування залежності, утворюючи замкнене коло сімейних психологічних проблем. Усі сім'ї, в яких має місце зловживання алкоголем або наркотиками, є дисфункційними. Незважаючи на відмінності в матеріальному становищі, соціальному статусі чи рівні освіти членів сім'ї, сутність проблеми залишається однаковою - алкоголь або наркотики стають центром сімейного життя, навколо якого концентруються думки, почуття та поведінка всіх членів родини.

Хоча залежність має лише одна людина, хворіє вся сім'я. Поведінка адикта деформує сімейні взаємини, негативно впливає на емоційний клімат і поступово призводить до психологічних порушень у близьких людей.

Найпоширенішою є сім'я, у якій алкогольну залежність має чоловік, а дружина постійно намагається його врятувати, контролювати та повернути до нормального життя. У такому випадку дружина стає співзалежною, а співзалежність також розглядається як специфічний патологічний стан.

У подібних сім'ях постійно присутні тривога, напруження, відчуття хаосу та непередбачуваності. Особливо страждають діти, емоційні потреби яких залишаються незадоволеними, оскільки батьки стають емоційно недоступними.

Співзалежні особи мають розмиті межі власного «Я». Вони настільки поглинені відповідальністю за життя іншого, що поступово втрачають власну індивідуальність, пригнічують свої потреби й почуття, що лише посилює внутрішній емоційний біль.

Характеристика співзалежних

Співзалежні люди:

- вважають себе відповідальними за почуття, поведінку і навіть долю інших людей;
- відчують провину і тривогу, коли близькі мають проблеми;
- відчують роздратування та гнів, якщо їхня допомога не дає бажаного результату;
- намагаються догодити іншим, забуваючи про власні потреби;
- почуваються потрібними лише тоді, коли піклуються про інших;
- переживають почуття порожнечі та безглуздості життя за відсутності кризових ситуацій;
- відкладають власні справи заради вирішення проблем інших;
- часто не відчують себе щасливими;
- у дитинстві нерідко не отримували достатньо любові та підтримки від батьків;
- підтримують деструктивні стосунки, які не приносять їм задоволення.

У розвитку співзалежності виділяють чотири основні фази.

Фаза стурбованості характеризується виникненням тривоги за залежного. Періодично виникають почуття сорому, провини, образи, ненависті. Співзалежна особа не визнає існування проблеми та поступово звикає до руйнівної поведінки залежного.

Фаза самозахисту. На цій стадії формується тотальний контроль над залежним. Людина намагається опікуватися ним, використовує почуття провини, образи та ненависті як засоби впливу. Вона бере на себе всю відповідальність за сім'ю, водночас втрачаючи контроль над власним життям.

Фаза адаптації. Співзалежний пристосовується до існуючої ситуації, концентрує всю свою увагу на залежному, прагне ізолювати його від негативних впливів та самовіддано опікується ним. Водночас зростає почуття провини, сорому, образи та власної неспроможності. Самооцінка різко знижується, що часто спонукає людину звернутися по психологічну або медичну допомогу.

Фаза виснаження. Для цієї фази характерні агресивність, відчай, зростання тривоги, поява страхів, тремору, психічних та психосоматичних розладів. Людина втрачає терпимість до залежного і відчуття власної гідності.

Для співзалежних сімей характерні:

- страх перед сторонніми людьми та ізоляція від них;
- надмірна згуртованість членів сім'ї;
- орієнтація переважно на матеріальні цінності;
- залежність від думки оточуючих;
- переважання почуттів обов'язку, провини та образи над любов'ю;
- страх перед змінами і тривожне ставлення до майбутнього;
- домінування тривоги та хвилювання над радістю життя.

У сім'ях, де є особа з хімічною залежністю, виділяють чотири типи співзалежних взаємин.

«Взаємний договір». Між залежним і членами сім'ї формується своєрідна негласна угода. Залежному дозволяється вживати психоактивні речовини, а натомість він обіцяє в періоди тверезості бути слухняним, виконувати вимоги дружини чи батьків. Така модель сприяє підтриманню залежної поведінки.

«Паралельне існування». Члени сім'ї роблять вигляд, що живуть окремими життями, не втручаючись у проблеми один одного. Родина функціонує за принципом «не виносити сміття з хати» та приховувати сімейні проблеми від оточуючих.

Співзалежні «жертви». Такі люди переконані, що присвячують усе своє життя залежному члену сім'ї. Вони готові жертвувати власними інтересами заради дитини або чоловіка. Іноді на несвідомому рівні можуть навіть сприяти рецидивам залежності, оскільки звична роль жертви надає їхньому життю сенсу.

Співзалежні «рятівники». Родичі постійно намагаються лікувати залежного, вирішують його проблеми, захищають від наслідків вживання психоактивних речовин, виправдовують його поведінку перед оточенням. При цьому вони не можуть визнати факт існування тяжкої залежності та фактично підтримують її подальший розвиток.

Незалежно від типу співзалежних відносин, у членів такої родини поступово погіршується психічне та фізичне самопочуття. Співзалежність призводить до значних особистісних змін і порушення нормального функціонування сім'ї.

У членів співзалежної родини спостерігаються такі зміни:

- втрачається власне «Я», відбувається надмірна фіксація на проблемі вживання психоактивних речовин залежним членом сім'ї;
- поведінка адикта майже повністю визначає емоційний стан інших членів родини;
- переважають почуття злоби, провини, образи та відчаю;
- різко знижується самооцінка і самоповага, формується відчуття власної неспроможності та переконання: «Ми погані», «Ми винні в усьому»;
- посилюються патологічні ролі жертви («За що мені такі страждання?») та рятівника («Я врятую його, чого б мені це не коштувало»);
- виникають емоційне спустошення, апатія та прагнення до соціальної ізоляції;
- на тлі хронічного стресу погіршується фізичне здоров'я, загострюються соматичні захворювання, розвиваються депресивні стани.

Депресія становить серйозну небезпеку, оскільки не лише знижує працездатність і погіршує самопочуття людини, а й може супроводжуватися суїцидальними думками та поведінкою.

Таким чином, проблема залежної поведінки виходить за межі особистості адикта і поширюється на всю сімейну систему, спричиняючи виникнення сімейних, психологічних та соціальних розладів.

У сім'ї, узалежненій від алкоголю, неможливо забезпечити гармонійний розвиток дитини, якщо один із батьків продовжує зловживати алкоголем.

Тому психокорекційна робота повинна бути спрямована не лише на окрему особу, а й на сім'ю як цілісну систему.

Зазвичай психологічна допомога розпочинається з подолання співзалежності дружини та інших близьких родичів.

Етапи подолання співзалежності

1) Усвідомлення проблеми

Першим і необхідним кроком є усвідомлення того, що чоловік страждає на алкоголізм, а дружина перебуває у стані співзалежності (коалкоголізму). Для більшості жінок цей етап є надзвичайно складним, тому важливе значення має психоосвіта та ознайомлення з основними ознаками співзалежності.

2) Групова психотерапія

Другим кроком є залучення жінки до групової психотерапії. У безпечній атмосфері довіри відбувається емоційне розвантаження, знижується рівень тривоги, формується відчуття підтримки та усвідомлення того, що подібні проблеми переживають й інші люди.

3) Аналіз власної поведінки

Поступово співзалежна особа починає критично оцінювати власні дії, аналізувати свою поведінку та намагатися подивитися на себе збоку.

4) Позбавлення почуття провини

Важливим етапом є подолання почуття провини. Оскільки для алкоголізму характерна анозогнозія (заперечення хвороби), залежний часто перекладає відповідальність за своє пияцтво на дружину, дітей або зовнішні обставини. Усвідомлення того, що алкоголізм є захворюванням, допомагає дружині звільнитися від надмірної відповідальності.

5) Відмова від тотального контролю

Жінка поступово починає розуміти безрезультатність спроб контролювати поведінку чоловіка. Приховування грошей, постійні перевірки або спроби обмежити доступ до алкоголю не усувають проблему. Відмова від контролю дозволяє зняти із себе відповідальність за наслідки поведінки залежного.

Не слід приховувати проблему від родичів, дітей, друзів, колег чи керівництва. Не потрібно виправдовувати залежного, приховувати факти його поведінки або брати на себе відповідальність за його вчинки.

Криза як передумова одужання

У розвитку алкоголізму важливе значення має так зване «досягнення дна» — момент, коли людина усвідомлює глибину власного падіння. Для кожного алкоголіка це поняття є індивідуальним. Саме переживання кризи може стати першим кроком до одужання.

У зв'язку з цим необхідно пам'ятати:

- кризу не слід стримувати або згладжувати;
- кризу можна наблизити та прискорити;
- не варто боятися погіршення стосунків із залежною людиною, адже вони вже порушені внаслідок хвороби.

Одним із методів допомоги є *кризова інтервенція* — спеціально організована сімейна розмова, метою якої є показати залежній людині реальні наслідки її поведінки та мотивувати до лікування.

Основні умови проведення кризової інтервенції:

1. У розмові беруть участь лише ті люди, які розуміють, що алкоголізм є хворобою, а не моральною вадою.
2. Не допускаються особи, які переповнені гнівом, образою або прагнуть висловити лише претензії.
3. Участь беруть лише люди, думка яких є значущою для залежного.
4. До розмови можуть бути залучені діти старші 8–9 років, оскільки їхні слова нерідко справляють сильний емоційний вплив.
5. Оптимальна кількість учасників становить від двох до п'яти осіб.
6. Кожен говорить лише про ті події, свідком яких був особисто.
7. Розмова повинна проходити в спокійній, доброзичливій атмосфері, що демонструє турботу та співчуття.

Підготовка до кризової інтервенції бажано здійснюється за участю психолога. Учасники заздалегідь складають перелік конкретних фактів, які демонструють негативні наслідки алкоголізації. Усі факти повинні бути чіткими, конкретними і стосуватися реальних подій, а не загальних звинувачень.

Результатом кризової інтервенції має стати усвідомлення залежною людиною факту наявності у неї алкогольної залежності та необхідності професійного лікування. Важливим етапом є попереднє визначення місця лікування. Необхідно заздалегідь з'ясувати, який лікувально-реабілітаційний центр має позитивну репутацію, чи передбачає він психологічну реабілітацію, психотерапевтичну допомогу, а також участь у групах підтримки, подібних до програм «Анонімних Алкоголіків». Це має велике значення, оскільки ефективність лікування значною мірою залежить від якості медичної та психологічної допомоги.

Таким чином, кризова інтервенція спрямована не на покарання залежної людини, а на створення умов, за яких вона зможе усвідомити серйозність свого стану, взяти відповідальність за власне життя та розпочати шлях до одужання.

Психотерапія — це комплексний лікувальний вплив за допомогою психологічних засобів на психіку хворого, а через неї — на весь організм, спрямований на усунення патологічних симптомів, зміну ставлення особистості до себе, свого захворювання та навколишнього середовища. У практиці традиційно виділяють загальну і спеціальну, а також індивідуальну та групову психотерапію.

Психотерапевтичний супровід має здійснюватися протягом усього періоду лікування осіб із залежністю від психоактивних речовин (ПАР). Індивідуальна психотерапія ґрунтується на аргументованому поясненні, переконанні та формуванні мотивації до одужання, тому вона повинна бути особистісно орієнтованою. Залежно від теоретичних підходів до розуміння

природи залежності можуть застосовуватися різні психотерапевтичні методи, серед яких: раціональна психотерапія, емоційно-стресова психотерапія, гештальт-терапія, поведінкова (біхевіоральна) психотерапія, гіпнотерапія; аутогенне тренування, психоаналітична терапія та інші.

У процесі психотерапевтичної роботи необхідно вирішити три основні завдання:

1. Формування усвідомлення хворим наявності залежності як захворювання.
2. Формування переконання щодо необхідності лікування.
3. Формування стійкої установки на повну та довічну відмову від вживання психоактивних речовин.

Перше завдання полягає у подоланні анозогнозії — заперечення хвороби. Цей етап іноді називають етапом ідентифікації, оскільки пацієнт починає співвідносити власну поведінку з поведінкою осіб, яких він визнає залежними. Унаслідок цього поступово долаються психологічні захисні механізми, що підтримують залежну поведінку та виправдовують спосіб життя хворого.

Розрізняють *парціальну* та *тотальну анозогнозію*.

- *Парціальна анозогнозія* характеризується тим, що хворий визнає проявами залежності лише найбільш тяжкі симптоми (зниження толерантності, психози, виражені соматичні ускладнення тощо), які на даному етапі в нього ще відсутні.
- *Тотальна анозогнозія* проявляється повним запереченням наявності захворювання без будь-яких аргументів, що нерідко свідчить про глибокі особистісні зміни. У таких випадках лікування сприймається пацієнтом як примус або покарання з боку родичів і медичних працівників.

Тому важливим завданням психотерапевта є аргументоване переконання пацієнта у наявності ознак залежності як під час збору анамнезу, так і в процесі індивідуальної чи групової психотерапевтичної роботи.

Друге завдання психотерапії ускладнюється тим, що багато пацієнтів переконані у власній здатності самостійно припинити вживання психоактивних речовин у будь-який момент. Однак у більшості випадків подолання залежності без спеціалізованої медичної та психологічної допомоги є малоімовірним. Тому важливим напрямом психотерапевтичного впливу є формування внутрішньої мотивації до лікування та підтримання ремісії.

Третє завдання є найважливішим і водночас найскладнішим. Воно спрямоване на формування стійкої установки на тривале утримання від вживання психоактивних речовин і повернення до здорового способу життя. Цей етап часто називають етапом реалізації. Його сутність полягає у формуванні нової системи цінностей, встановленні соціальних зв'язків з людьми, які не вживають психоактивних речовин, та усвідомленні того, що

повноцінне, соціально адаптоване й благополучне життя можливе за умови збереження тверезості.

Література: основна – 5, 7, 11; додаткова – 6.

Питання для самоконтролю до II модуля.

1. Охарактеризуйте нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності від психоактивних речовин.
2. Дайте характеристику основним симптомам алкогольної залежності.
3. Охарактеризуйте стадії розвитку алкогольної залежності.
4. Які основні форми зловживання алкоголем виділяють у сучасній науці?
5. Які ступені алкогольного сп'яніння виділяють у сучасній наркології? Охарактеризуйте кожен із них.
6. Які зміни особистості відбуваються внаслідок алкогольної залежності?
7. Дайте загальну характеристику токсикоманії. Розмежуйте поняття «зловживання токсикоманічними речовинами» та «токсикоманія».
8. Охарактеризуйте ознаки початкової стадії зловживання токсикоманічними речовинами.
9. До яких негативних наслідків у психічній та фізичній сферах призводить токсикоманія?
10. Охарактеризуйте основні етапи формування наркотичної залежності.
11. Дайте характеристику основним реабілітаційним програмам подолання наркотичної залежності.
12. Охарактеризуйте опіїдну наркоманію. За якими ознаками можна визначити, що людина вживає опіїди?
13. Охарактеризуйте особливості зловживання препаратами групи канабіноїдів. Чи можна вважати цей вид наркотиків безпечним? Обґрунтуйте свою відповідь.
14. Що таке барбітуратна наркоманія? Які її наслідки для людини?
15. Охарактеризуйте поняття співзалежності. Які особистісні зміни відбуваються у співзалежних осіб?
16. Дайте характеристику основним освітнім моделям профілактики хімічних залежностей.
17. Охарактеризуйте методи, що застосовуються у профілактиці хімічних залежностей.

МОДУЛЬ III. НЕХІМІЧНІ ЗАЛЕЖНОСТІ



ТЕМА 8. Соціально-прийнятні форми нехімічних залежностей

1. Загальна характеристика та ознаки соціально-прийнятних форм нехімічних залежностей.
2. Цифрові залежності (інтернет-залежність, залежність від соціальних мереж, номофобія).
3. Працеголізм як форма поведінкової залежності.
4. Релігійна залежність та релігійний фанатизм.
5. Спортивна залежність та спортивний фанатизм



Ключові слова: *нехімічна залежність, поведінкова залежність, адиктивна поведінка, соціально-прийнятні залежності, працеголізм, релігійна залежність, релігійний фанатизм, спортивна залежність, спортивний фанатизм, музичний фанатизм, параноя здоров'я, надцінні захоплення, толерантність, психологічна залежність, компульсивна поведінка, профілактика залежностей.*

Навчально-методичний матеріал

Нехімічна (поведінкова) залежність – це форма адиктивної поведінки, при якій об'єктом залежності виступає певний вид діяльності або поведінковий патерн. Поведінкова адикція формується тоді, коли певне захоплення або діяльність набувають надмірної значущості, починають домінувати в житті людини та витісняють інші сфери її активності.

До *соціально прийнятних форм поведінкових залежностей* відносять працеголізм, компульсивний шопінг, залежність від фізичних вправ, залежність від стосунків, колекціонування, окремі форми релігійного фанатизму та інші надцінні захоплення.

Ознаками надцинних захоплень психологічного рівня є:

- глибока і тривала зосередженість на об'єкті захоплення;
- емоційно насичене ставлення до нього;
- втрата контролю над часом, присвяченим діяльності;
- нехтування іншими інтересами та обов'язками;

- виникнення психологічного дискомфорту при неможливості реалізувати відповідну діяльність.

Цифрові залежності - це різновид поведінкових (нехімічних) залежностей, що характеризуються надмірним і неконтрольованим використанням цифрових технологій, електронних пристроїв та онлайн-сервісів, унаслідок чого порушується повсякденне функціонування особистості, її соціальна взаємодія, навчальна або професійна діяльність.

Поняття «цифрова залежність» сформувалося на початку ХХІ століття в межах досліджень технологічних залежностей. Значний внесок у його розвиток зробили М. Гріффітс, К. Янг, Л. Розен та Д. Кусс, які вивчали психологічні особливості надмірного використання Інтернету, соціальних мереж, мобільних пристроїв і цифрових технологій загалом.

До основних видів цифрових залежностей належать:

- інтернет-залежність;
- залежність від соціальних мереж;
- ігрова залежність (геймінг);
- смартфон-залежність;
- номофобія;
- залежність від онлайн-комунікації;
- залежність від перегляду відеоконтенту та стримінгових сервісів.

Стрімкий розвиток цифрових технологій суттєво змінив спосіб життя сучасної людини. Інтернет став невід'ємною складовою навчальної, професійної та міжособистісної взаємодії. Поряд із численними перевагами цифрового середовища виникла проблема формування нових видів поведінкових залежностей, пов'язаних із надмірним використанням мережі Інтернет, соціальних мереж та мобільних пристроїв.

Інтернет-залежність є однією з найбільш поширених форм сучасних нехімічних адикцій. Вона характеризується надмірним захопленням перебуванням у мережі, втратою контролю над часом, проведенням онлайн, а також нездатністю самостійно обмежувати використання цифрових ресурсів. Особи з ознаками інтернет-залежності часто нехтують навчанням, професійними обов'язками, сімейними стосунками та реальним соціальним спілкуванням.

Проблема інтернет-залежності активно досліджується з кінця ХХ століття. Одними з перших її вивчали І. Голдберг та К. Янг, які розглядали надмірне використання Інтернету як різновид поведінкової залежності. Значний внесок у дослідження цього феномену зробили також М. Гріффітс, Дж. Сулер, С. Кінг та інші науковці. В Україні питання інтернет-адикції досліджували Т. Больбот, Л. Юр'єва, В. Посохова, Т. Карабін та інші вчені. Ознаками надмірного користування мережею можуть бути порушення сну, зниження навчальної та професійної продуктивності, труднощі міжособистісного спілкування, підвищення рівня тривожності, депресивні

прояви та соціальна ізоляція. Особливо вразливою групою щодо розвитку інтернет-залежності є підлітки та молодь.

У поясненні *механізмів* формування інтернет-залежності посідає модель ACE, запропонована Кімберлі Янг. Відповідно до цієї концепції, ризик розвитку залежної поведінки зумовлюється трьома основними чинниками: доступністю (Accessibility), контролем (Control) та емоційним збудженням (Excitement). Постійний доступ до інформації та розваг, можливість самостійно контролювати комунікацію і сильні позитивні емоції від онлайн-активності створюють умови для формування стійкої психологічної прихильності до цифрового середовища.

Найпоширенішою *формою цифрової адикції є залежність від соціальних мереж*. Вона проявляється у нав'язливому прагненні постійно перевіряти новини, повідомлення, коментарі та реакції інших користувачів. Людина поступово починає проводити значну частину часу в соціальних мережах, а її емоційний стан дедалі більше залежить від кількості лайків, підписників та схвальних відгуків.

Психологічними чинниками формування залежності від соціальних мереж виступають потреба у соціальному схваленні, прагнення до самопрезентації, бажання уникнути самотності та отримання швидкого емоційного підкріплення. Важливу роль у підтриманні такої залежності відіграє феномен FOMO (Fear of Missing Out) - страх пропустити важливу інформацію, події або спілкування. Саме цей страх змушує користувачів постійно перевіряти стрічки новин та залишатися онлайн.

Ще однією сучасною *формою цифрової залежності є номофобія* (від англ. No Mobile Phone Phobia) - страх залишитися без мобільного телефону або можливості ним користуватися. Номофобія характеризується психологічним дискомфортом, тривогою або навіть панічними реакціями у випадках втрати смартфона, відсутності доступу до Інтернету, розрядженої батареї чи перебування поза зоною мобільного зв'язку.

Основними *проявами номофобії* є постійне носіння смартфона поруч, нав'язливе перевіряння повідомлень, занепокоєння при низькому рівні заряду батареї, труднощі концентрації уваги без телефону та відчуття тривоги при неможливості скористатися мобільним пристроєм.

Причини розвитку нозофобії: підвищена тривожність, потреба в постійному контролі ситуації, страх соціальної ізоляції, залежність від онлайн-комунікації та недостатньо сформовані навички саморегуляції.

Дослідженнями номофобії займалися А. Кінг, А. Валенса, А. Нарді, К. Йилдирим, А.-П. Коррея, Л. Розен та інші науковці. Особливий внесок у вивчення цього явища зробили К. Йилдирим та А.-П. Коррея, які розробили опитувальник Nomophobia Questionnaire (NMP-Q), що використовується для діагностики рівня вираженості номофобії.

Таким чином, інтернет-залежність, залежність від соціальних мереж та номофобія є взаємопов'язаними формами сучасних поведінкових адикцій. Їх поширення зумовлене активною цифровізацією суспільства, доступністю

інформаційних технологій та зростанням ролі віртуальної комунікації у житті людини. Своєчасна профілактика, розвиток навичок саморегуляції та формування культури відповідального використання цифрових технологій є важливими умовами попередження цих форм залежної поведінки.

Працеголізм являє собою одну з форм поведінкової залежності, за якої робота або інша продуктивна діяльність стають основним способом досягнення психологічного комфорту та зміни емоційного стану. На відміну від професійної відданості чи високої мотивації до праці, при працеголізмі робота перетворюється із засобу самореалізації на самоціль, витісняючи сімейне життя, відпочинок, міжособистісні стосунки та інші сфери активності.

Працеголік отримує задоволення не лише від результату, а й від самого процесу діяльності. Думки про роботу займають центральне місце в його житті, а нездатність працювати нерідко супроводжується тривогою, напруженням або почуттям провини.

Для осіб із працегольною поведінкою характерні:

- постійна потреба досягати успіху та отримувати схвалення оточення;
- страх помилок і невдач;
- труднощі у встановленні та підтриманні близьких міжособистісних стосунків;
- поступове емоційне виснаження;
- зниження здатності до емпатії;
- нехтування відпочинком, сімейними та соціальними потребами.

Унаслідок надмірної зосередженості на роботі можуть погіршуватися сімейні стосунки, зростати ризик професійного вигорання, тривожних і депресивних розладів. Водночас важливо розрізняти працеголізм та високу професійну мотивацію, оскільки не кожна інтенсивна трудова діяльність є проявом адиктивної поведінки.

Формуванню працеголізму можуть сприяти особистісні особливості, сімейні установки, соціокультурні чинники, а також організаційна культура, що орієнтована на надмірну конкуренцію, постійний контроль та високі вимоги до продуктивності.

Однією з характерних особливостей працеголізму є компульсивна потреба у професійних досягненнях і постійному схваленні з боку оточення. Людина відчуває виражений страх невдачі, критики, втрати авторитету або визнання власної некомпетентності. Поступово зростає емоційне відчуження від родини та друзів, а професійна діяльність стає центральною сферою життя.

Особи з працегольною поведінкою нерідко пояснюють свою надмірну зайнятість матеріальними потребами, професійним обов'язком або прагненням забезпечити добробут сім'ї. Оскільки висока працездатність соціально схвалюється, такі механізми психологічного захисту часто залишаються непоміченими як самою людиною, так і її оточенням. Водночас

надмірна залученість у роботу може обмежувати можливості особистісної самореалізації та підтримання гармонійних міжособистісних стосунків.

Працеголізм, як і інші форми адиктивної поведінки, супроводжується певними особистісними змінами, які насамперед стосуються емоційної сфери. У людини можуть спостерігатися емоційне виснаження, зниження здатності до емпатії, труднощі у побудові близьких стосунків, звуження кола інтересів. Міжособистісна взаємодія може сприйматися як така, що потребує значних емоційних ресурсів, унаслідок чого людина уникає активної участі в сімейному житті та вирішенні важливих побутових питань.

Серед чинників, що можуть сприяти формуванню працеголізму, виділяють особистісні особливості (перфекціонізм, підвищену потребу в досягненнях, страх невдачі), особливості сімейного виховання, а також соціальні й організаційні умови. Надмірний контроль, постійне оцінювання ефективності та орієнтація виключно на результат можуть сприяти формуванню дисфункціональних установок щодо праці та знижувати можливості для повноцінної самореалізації особистості.

Працеголізм впливає не лише на саму людину, а й на її найближче оточення. Дефіцит емоційної підтримки та недостатня включеність у сімейне життя можуть негативно позначатися на подружніх і дитячо-батьківських стосунках. Водночас не існує однозначних доказів того, що члени родини працеголіків обов'язково формують інші види залежної поведінки.

У процесі реабілітації осіб із хімічними залежностями важливо враховувати ризик заміщення однієї форми адиктивної поведінки іншою. Надмірне занурення у професійну діяльність іноді може виступати способом уникнення психологічних проблем, що потребує своєчасного виявлення та психотерапевтичного супроводу.

Фанатизм являє собою надмірне захоплення певною ідеєю, діяльністю, особою або групою, що супроводжується їхньою ідеалізацією, беззастережним прийняттям відповідних переконань і підпорядкуванням їм власних інтересів. За таких умов об'єкт захоплення набуває надцінного значення і починає домінувати в системі цінностей особистості.

Загальною характеристикою фанатизму є стійка орієнтація на підтримку певної групи, лідера або ідеології, схильність до некритичного сприйняття їхніх поглядів, а також підпорядкування особистих потреб і життєвих цілей груповим цінностям. У крайніх випадках це може супроводжуватися звуженням кола інтересів, віддаленням від сім'ї, професійної діяльності та інших соціальних зв'язків.

У літературі описують різні форми фанатизму, зокрема *релігійний, політичний, ідеологічний, спортивний, мистецький, науковий та фанатизм*, пов'язаний із надмірною фіксацією на здоровому способі життя. Найбільш поширеними є релігійний, спортивний та мистецький фанатизм, коли об'єктами надцінного ставлення стають релігійні переконання, спортивні команди або публічні особи.

Особливу увагу дослідників привертає феномен *психологічної залежності від деструктивних культових або псевдорелігійних організацій*. Ризик надмірної залученості може зростати в періоди особистісної кризи, емоційного виснаження, переживання втрати або невизначеності. У таких умовах людина може шукати підтримки, відчуття належності, зрозумілих життєвих орієнтирів і відповідей на складні екзистенційні питання.

Деякі організації можуть використовувати психологічні механізми групового впливу, спрямовані на посилення залежності від авторитетного лідера, обмеження критичного мислення та підвищення конформності членів групи. За таких умов поступово зростає схильність перекладати відповідальність за важливі життєві рішення на зовнішній авторитет, що може обмежувати особистісну автономію та самостійність.

На думку Ц. П. Короленка та Т. В. Дмитрієвої, окремі форми релігійної залежності можуть супроводжуватися вираженими особистісними змінами та порушеннями соціальної адаптації. Водночас сучасна психологія та психіатрія розглядають подібні явища з позицій біопсихосоціальної моделі, підкреслюючи, що ризик дезадаптації пов'язаний не з релігійними переконаннями як такими, а з надмірною, некритичною та деструктивною залученістю, яка обмежує свободу вибору та порушує соціальне функціонування особистості.

Психологічні особливості осіб, залучених до деструктивних культових груп.

Особи, які потрапляють під вплив деструктивних культових або псевдорелігійних організацій, не становлять однорідної групи. Дослідження свідчать, що підвищену вразливість до подібного впливу можуть мати люди, які переживають життєві кризи, втрати, самотність, емоційне виснаження, невизначеність або потребують соціальної підтримки та відчуття приналежності до групи. Водночас залучення до подібних організацій не є ознакою особистісної слабкості чи психічної патології.

Важливу роль у формуванні психологічної залежності від групи може відігравати харизматичний лідер, який пропонує прості відповіді на складні життєві питання, чітку систему цінностей і відчуття захищеності. Поступово ідентифікація з групою та її ідеологією може набувати надмірного характеру, а індивідуальні інтереси й переконання відходять на другий план.

Американський психіатр Роберт Дж. Ліфтон описав основні механізми психологічного впливу, характерні для тоталітарних груп:

1. *Контроль середовища* – обмеження доступу до альтернативних джерел інформації та жорстка регламентація міжособистісних контактів.
2. *Містичне маніпулювання* – інтерпретація випадкових подій як особливих знаків або проявів надзвичайних сил з метою зміцнення групових переконань.

3. *Вимога абсолютної чистоти* – встановлення надмірно високих моральних стандартів, що сприяє формуванню почуття провини та залежності від групового схвалення.
4. *Культ сповіді* – заохочення до постійного саморозкриття та повідомлення інтимної інформації, яка може використовуватися для посилення психологічного контролю.
5. *Абсолютизація доктрини* – переконання у винятковій істинності групових поглядів та неприйняття альтернативних точок зору.
6. *Специфічна внутрішньогрупова мова* – використання особливих понять і мовних конструкцій, які спрощують складні явища та можуть обмежувати критичне мислення.
7. *Переважає доктрина над особистим досвідом* – підпорядкування індивідуальних переживань, цінностей і потреб груповим установкам.
8. *Поділ світу на «своїх» і «чужих»* – формування переконання у винятковості членів групи та негативне ставлення до осіб, які не поділяють її ідеології.

Тривале перебування в умовах жорсткого групового контролю може супроводжуватися змінами у системі цінностей, звуженням кола інтересів, ослабленням соціальних зв'язків, зміною способу життя та підвищенням залежності від групових норм і лідера. У деяких випадках спостерігається дистанціювання від родини та друзів, обмеження колишніх захоплень, зниження критичності щодо діяльності групи та прагнення активно залучати інших до її ідеології.

Спортивна залежність (залежність від фізичних вправ).

Однією з форм соціально прийнятних поведінкових залежностей є залежність від фізичних вправ (exercise addiction), або спортивна залежність. Вона характеризується надмірною залученістю людини до тренувального процесу, коли фізична активність поступово набуває домінуючого значення, витісняючи інші сфери життя та стаючи основним способом регуляції емоційного стану.

Слід розрізняти оздоровчу фізичну активність, професійний спорт та патологічну залежність від фізичних вправ. Регулярні заняття спортом позитивно впливають на фізичне й психічне здоров'я, однак у деяких випадках надмірне захоплення тренуваннями може набувати ознак поведінкової адикції. Найбільший ризик розвитку залежності спостерігається серед професійних спортсменів, осіб, які займаються екстремальними видами спорту, а також людей, для яких фізичні вправи стають провідним способом подолання стресу та негативних емоцій.

Термін «залежність від фізичних вправ» був запропонований П. Бекеландом, який досліджував психологічний стан спортсменів під час вимушеного припинення тренувань. Було встановлено, що тривала відмова від фізичних навантажень супроводжується погіршенням самопочуття, підвищенням тривожності та емоційної напруги.

У подальших дослідженнях було описано симптоми відміни, які можуть виникати при неможливості продовжувати тренування. До них належать:

- підвищена тривожність;
- дратівливість;
- почуття провини;
- внутрішнє напруження;
- апатія;
- порушення сну;
- зниження апетиту;
- труднощі концентрації уваги;
- нав'язливі думки про необхідність тренувань.

Сучасні дослідники виділяють два основні критерії спортивної залежності:

1. *Симптоми відміни*, які виникають при вимушеному припиненні або обмеженні фізичних навантажень.
2. *Порушення функціонування*, що проявляється у таких сферах:
 - *психічний* – постійна зайнятість думками про тренування, труднощі концентрації уваги на інших видах діяльності;
 - *соціальній та професійній* – погіршення взаємин із близькими, конфлікти, нехтування професійними обов'язками;
 - *фізичний* – продовження тренувань попри травми, виснаження або медичні протипоказання;
 - *поведінковій* – жорстка стереотипність тренувального режиму, нездатність скоротити обсяг фізичних навантажень.

У людей із залежністю від фізичних вправ відбувається поступове звуження кола інтересів. Усе життя підпорядковується тренувальному процесу, що може призводити до соціальної ізоляції, емоційного виснаження та порушення міжособистісних відносин.

Пояснення механізмів формування спортивної залежності пов'язують із дією нейромедіаторних систем мозку. Фізичні навантаження сприяють вивільненню ендорфінів, дофаміну, адреналіну та інших біологічно активних речовин, які викликають відчуття задоволення, підвищення настрою та зменшення тривоги. Саме прагнення повторно пережити ці позитивні емоційні стани може сприяти формуванню залежної поведінки.

Література: основна – 5, 7, 11; додаткова – 2.

ТЕМА 9. Харчові адикції та розлади харчової поведінки

1. Місце харчових адикцій у структурі поведінкових залежностей.
2. Харчові адикції: переїдання та голодування як форма адитивної поведінки.
3. Розлади харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія).
4. Психологічні та соціальні чинники виникнення порушень харчової поведінки.

 **Ключові слова:** харчові адикції, нехімічні залежності, порушення харчової поведінки, розлади харчової поведінки, переїдання, компульсивне переїдання, обмежувальна харчова поведінка, нервова анорексія, нервова булімія, образ тіла, харчова депривація, емоційне переїдання, соціокультурні чинники.

Навчально-методичний матеріал

Харчові адикції належать до поведінкових (нехімічних) залежностей, при яких об'єктом залежності виступає не психоактивна речовина, а певний стереотип поведінки. У зарубіжній літературі для позначення цих форм залежної поведінки використовують терміни поведінкові або нефармакологічні адикції.

Серед поведінкових залежностей, за класифікацією А. Ю. Єгорова, виділяють:

- патологічну схильність до азартних ігор (гемблінг, лудоманію);

- технологічні залежності (інтернет-залежність, залежність від комп'ютерних ігор, мобільних телефонів, телебачення);
- еротичні залежності (залежність від закоханості, сексуальна залежність);
- соціально прийнятні адикції (працеголізм, залежність від фізичних вправ, залежність від стосунків, шопоголізм, релігійний фанатизм);
- харчові адикції.

Харчові адикції займають проміжне положення між хімічними та поведінковими залежностями, оскільки в їх формуванні беруть участь як психологічні, так і біологічні механізми. До харчових адикцій найчастіше відносять компульсивне переїдання та патологічну обмежувальну харчову поведінку (голодування).

У літературі зустрічається розширене трактування харчових адикцій, до яких іноді зараховують нервову анорексію та нервову булімію. Проте Ц. П. Короленко та А. Ю. Єгоров підкреслюють, що ці стани не слід ототожнювати. Нервова анорексія і нервова булімія є самостійними розладами харчової поведінки та мають інші психопатологічні механізми розвитку.

Нервова анорексія зазвичай пов'язана з порушенням сприйняття власного тіла, незадоволеністю зовнішністю та надмірною стурбованістю масою тіла. Для осіб із цим розладом характерні дисморфофобічні переживання, коли незначні або уявні недоліки зовнішності сприймаються як надзвичайно значущі.

Булімічні симптоми можуть спостерігатися як у структурі нервової булімії, так і при інших психічних розладах, органічних ураженнях головного мозку та деяких неврологічних захворюваннях.

На відміну від розладів харчової поведінки, в основі формування *харчової адикції* лежить прагнення до отримання позитивних емоцій та психологічного комфорту через прийом їжі або навмисне обмеження харчування.

Про харчову залежність можна говорити тоді, коли їжа перестає виконувати виключно фізіологічну функцію задоволення голоду і починає використовуватися як засіб регуляції емоційного стану, подолання стресу, тривоги, самотності чи внутрішнього дискомфорту. У такому випадку процес прийому їжі набуває самостійної цінності та стає способом уникнення негативних переживань.

Факторами ризику розвитку харчової залежності є:

- хронічний стрес;
- тривожні та депресивні стани;
- самотність і дефіцит емоційної підтримки;
- низька стресостійкість;
- вільний доступ до висококалорійної їжі;
- професійна діяльність, пов'язана з постійним контактом із продуктами харчування;

- соціокультурний культ їжі та задоволення.

✎ *Харчова залежність* — це форма психологічно зумовленої адиктивної поведінки, яка проявляється нездатністю контролювати потребу в їжі, коли споживання їжі визначається переважно емоційними, а не фізіологічними чинниками. Ознаки харчової залежності:

- нав'язлива потреба в певних продуктах;
- поступове збільшення обсягу споживаної їжі;
- відчуття тривоги, дратівливості або дискомфорту при неможливості поїсти;
- безуспішні спроби контролювати харчову поведінку;
- виникнення почуття провини та сорому після епізодів переїдання;
- використання їжі як основного способу отримання задоволення та емоційного полегшення.

Для людей із харчовою залежністю їжа виконує не лише біологічну, а й психологічну функцію. Вона стає способом зниження емоційної напруги, подолання тривоги, компенсації негативних переживань і джерелом позитивних емоцій. За своїми психологічними механізмами така поведінка має багато спільного з іншими формами адиктивної поведінки.

До основних причин формування харчової залежності належать:

- потреба у «заїданні» стресу як способі емоційної саморегуляції, що нерідко формується ще в дитячому віці;
- біологічні чинники (гормональні зміни, особливості обміну речовин, нейромедіаторні механізми), які можуть впливати на харчові вподобання;
- вікові та життєві кризи, психотравмувальні події;
- особливості сімейного виховання, зокрема використання їжі як засобу винагороди, заохочення чи прояву любові, ігнорування природних потреб дитини;
- відчуття внутрішньої порожнечі, емоційної незадоволеності, дефіциту позитивних переживань;
- наявність психічних розладів (тривожних, депресивних, obsесивно-компульсивних тощо);
- вплив продуктів із високим вмістом цукру, солі, жирів та харчових добавок, які стимулюють систему винагороди мозку та сприяють формуванню компульсивного потягу до їжі.

До харчових адикцій відносять переїдання та голодування.

За визначенням Ц. П. Короленка та Н. В. Дмитрієвої, харчова адикція виникає тоді, коли їжа використовується як своєрідний адиктивний агент, за допомогою якого людина уникає неприємних переживань і тимчасово відходить від суб'єктивно складної реальності.

У ситуаціях фрустрації, стресу або емоційного дискомфорту виникає прагнення «заїсти» проблему. Концентрація на смакових відчуттях сприяє тимчасовому послабленню негативних емоцій та відволіканню від

переживань. При цьому людина може навмисно подовжувати процес прийому їжі, збільшуючи її кількість.

Таким чином, адикція до їжі поєднує психологічну залежність і задоволення базової фізіологічної потреби. У міру посилення адиктивного потенціалу їжі відбувається поступове порушення природних механізмів регуляції голоду та насичення. Людина починає вживати їжу частіше й у більших обсягах, втрачаючи контроль над харчовою поведінкою.

На певному етапі з'являються сором і почуття провини, тому людина прагне приховати свою поведінку, часто їсть наодинці або між основними прийомами їжі. Наслідками переїдання можуть бути:

- збільшення маси тіла;
- порушення обміну речовин;
- розвиток ожиріння;
- підвищений ризик серцево-судинних і ендокринних захворювань;
- психологічний дистрес і погіршення якості життя.

Ц. П. Короленко та Н. В. Дмитрієва виділяють два механізми формування адикції до голодування: медичний і немедичний.

Медичний варіант. У цьому випадку голодування спочатку застосовується з лікувальною метою. На початковому етапі людина переживає труднощі, пов'язані з необхідністю подолання відчуття голоду. Згодом апетит зменшується, підвищується настрій, з'являється відчуття легкості, зростає рухова активність. У деяких осіб ці переживання набувають надцінного значення, що спонукає їх продовжувати або повторювати голодування вже самостійно.

Стан підвищеного настрою та суб'єктивного благополуччя може призводити до втрати критичного ставлення до власного стану. Унаслідок цього людина продовжує голодувати навіть тоді, коли це починає становити загрозу для здоров'я.

Немедичний варіант. У немедичному варіанті людина свідомо обмежує харчування з метою зниження маси тіла, прагнучи відповідати сучасним стандартам зовнішньої привабливості або використовуючи різноманітні дієтичні практики.

Одним із психологічних механізмів голодування є прагнення змінити власну зовнішність та досягти бажаного образу тіла. Іншим важливим механізмом виступає переживання задоволення від самоконтролю та досягнення поставленої мети.

У процесі тривалого обмеження харчування поступово з'являються ознаки фізичного виснаження. При цьому критичне ставлення до власного стану знижується, а спроби близьких вплинути на ситуацію часто не дають результату. У крайніх випадках формується виражене відразливе ставлення до їжі, а уявлення про потребу в харчуванні стають спотвореними.

Слід підкреслити, що патологічне голодування може бути одним із механізмів формування розладів харчової поведінки та потребує своєчасної психологічної й медичної допомоги.

📁 *Нервова анорексія* — це розлад харчової поведінки, що характеризується свідомим обмеженням споживання їжі, значним зниженням маси тіла, вираженим страхом набрати вагу та порушеним сприйняттям власного тіла. Відмова від їжі зазвичай пов'язана з незадоволеністю зовнішністю та переконанням у наявності надмірної маси тіла, навіть за умов її дефіциту.

Відповідно до сучасних класифікацій (DSM-5, МКХ-11) виділяють два клінічні варіанти нервової анорексії:

- *обмежувальний тип* — зниження маси тіла досягається переважно шляхом суворих харчових обмежень, голодування або надмірних фізичних навантажень, без регулярних епізодів переїдання та очищувальної поведінки;
- *тип із переїданням та очищенням* — поряд з обмеженням харчування спостерігаються повторювані епізоди переїдання, після яких людина застосовує компенсаторні способи запобігання збільшенню маси тіла (самовикликана блювота, зловживання проносними чи сечогінними засобами).

Стадії розвитку нервової анорексії

1. Дисморфофобічна стадія

На початковому етапі формуються надцінні переживання щодо уявної надмірної повноти та страх негативних оцінок з боку оточення. Людина часто контролює масу тіла, уникає висококалорійної їжі, може тривалий час маніпулювати їжею (розділяти її на дрібні шматочки, повільно їсти). Апетит зазвичай збережений, а після періодів обмеження харчування може навіть посилюватися.

2. Дисморфоманічна стадія

Виникає стійке хибне переконання щодо «надмірної повноти» всього тіла або окремих його частин. Людина приховує від оточення справжні мотиви обмеження харчування, уникає спільних прийомів їжі, може зловживати рідиною, викликати блювоту, використовувати клізми, проносні або сечогінні препарати. Часто спостерігаються надмірні фізичні навантаження, порушення сну, зловживання кофеїном та препаратами для зниження маси тіла.

3. Кахектична стадія

Розвивається виражене виснаження організму. Втрата маси тіла може досягати 40–50 % від початкової. Незважаючи на це, зберігається спотворене сприйняття власного тіла та страх збільшення ваги.

На цій стадії виникають численні соматичні порушення:

- зникнення підшкірно-жирової клітковини;
- атрофія м'язів;
- сухість та лущення шкіри;
- ламкість нігтів і випадіння волосся;
- карієс і руйнування зубів;
- зниження артеріального тиску та температури тіла;

- брадикардія;
- анемія;
- порушення функції шлунково-кишкового тракту;
- гормональні порушення;
- аменорея у жінок, зниження лібідо у чоловіків;
- дистрофічні зміни міокарда.

Соматичні симптоми, що виникають унаслідок тривалого голодування, спричиняють дискомфорт під час прийому їжі, що, своєю чергою, підтримує подальше обмеження харчування та формує своєрідне «замкнене коло».

Діагностичні критерії. Згідно з DSM-5 та МКХ-11, нервова анорексія характеризується:

- 1) Значно зниженою масою тіла порівняно з віком, статтю та фізіологічними особливостями людини.
- 2) Інтенсивним страхом збільшення маси тіла або поведінкою, спрямованою на запобігання її підвищенню.
- 3) Порушенням сприйняття власного тіла та надмірною залежністю самооцінки від маси тіла і зовнішності.
- 4) Недостатнім усвідомленням тяжкості власного стану.
- 5) Аменорея більше не належить до обов'язкових діагностичних критеріїв, оскільки може бути відсутньою.

Сучасний біопсихосоціальний підхід розглядає нервову анорексію як результат взаємодії кількох груп чинників:

- *біологічних* (генетична схильність, нейромедіаторні та гормональні особливості);
- *психологічних* (перфекціонізм, низька самооцінка, труднощі емоційної регуляції, підвищена тривожність);
- *сімейних* (гіперопіка, високі вимоги, конфліктні стосунки);
- *соціокультурних* (культ худорлявості, вплив соціальних мереж, стандарти зовнішньої привабливості).

☞ *Нервова булімія* — це розлад харчової поведінки, який характеризується повторюваними епізодами переїдання, відчуттям втрати контролю над кількістю спожитої їжі та застосуванням компенсаторних дій, спрямованих на попередження збільшення маси тіла.

Виділяють два варіанти перебігу:

- *тип з очищенням*, при якому людина регулярно викликає блювоту або зловживає проносними, сечогінними засобами;
- *тип без очищення*, коли контроль маси тіла здійснюється за допомогою голодування або надмірних фізичних навантажень.

Епізоди переїдання часто супроводжуються відчуттям внутрішнього напруження, тривоги або дратівливості. Під час нападу людина відчуває втрату контролю над процесом споживання їжі. Після цього зазвичай виникають почуття провини, сорому, незадоволення собою, страх збільшення маси тіла.

Для нервової булімії характерні:

- повторювані напади переїдання;
- компенсаторна поведінка;
- надмірна стурбованість масою тіла та зовнішністю;
- емоційна нестабільність;
- знижена самооцінка;
- приховування симптомів від оточення.

Унаслідок частого викликання блювоти можуть виникати:

- збільшення привушних слинних залоз;
- ерозія зубної емалі;
- порушення електролітного балансу;
- гастроєзофагеальний рефлюкс;
- запальні зміни слизової оболонки стравоходу;
- серцево-судинні ускладнення.

Розвиток нервової булімії нерідко пов'язаний із психоемоційним стресом, труднощами міжособистісної взаємодії, переживанням втрати, конфліктами в сімейній, інтимній, навчальній чи професійній сферах, а також із необхідністю адаптації до нових соціальних умов. Серед подій, які можуть виступати тригерами захворювання, виділяють втрату близької людини, розрив значущих стосунків, відокремлення від батьківської сім'ї, труднощі навчання, професійні невдачі та інші стресові життєві ситуації.

На цьому тлі можуть виникати переживання самотності, покинутості, внутрішньої порожнечі, пригніченості та розчарування. Для деяких осіб їжа стає способом емоційної саморегуляції та психологічного комфорту. Переїдання тимчасово знижує рівень внутрішнього напруження, однак надалі виникають почуття провини, сорому та страх збільшення маси тіла, що спонукає до застосування компенсаторних форм поведінки.

У частини пацієнтів формуються цикли переїдання та обмеження харчування, які супроводжуються постійною внутрішньою боротьбою між прагненням контролювати масу тіла та неможливістю стримувати харчові імпульси. Надмірна зосередженість на їжі, калорійності продуктів, масі тіла та зовнішності поступово починає займати провідне місце у системі цінностей, що призводить до звуження кола інтересів та погіршення якості життя.

Нервова булімія характеризується переважно тривалим, хвилеподібним перебігом із періодами загострень і ремісій. Захворювання часто приховується від оточення, а критичне ставлення до власного стану може бути знижене.

Соматичні ускладнення нервової булімії

Наслідком тривалого перебігу нервової булімії можуть бути різноманітні соматичні ускладнення:

- ерозія зубної емалі та карієс внаслідок частого контакту зубів із шлунковим вмістом;
- збільшення привушних слинних залоз;
- порушення електролітного балансу, особливо дефіцит калію;

- м'язова слабкість;
- порушення серцевого ритму та серцево-судинні ускладнення;
- гастроєзофагеальний рефлюкс, езофагіт, гастрит;
- порушення функції кишечника;
- зневоднення;
- у тяжких випадках — розширення або розрив шлунка.

Діагностичні критерії нервової булімії

Відповідно до сучасних класифікацій (DSM-5, МКХ-11), для нервової булімії характерні:

- 1) Повторювані епізоди переїдання, що супроводжуються відчуттям втрати контролю над кількістю спожитої їжі.
- 2) Регулярне використання компенсаторних форм поведінки, спрямованих на попередження збільшення маси тіла (самовикликана блювота, голодування, надмірні фізичні навантаження, зловживання проносними чи сечогінними засобами).
- 3) Надмірна залежність самооцінки від маси тіла та зовнішності.
- 4) Повторення епізодів переїдання та компенсаторної поведінки щонайменше один раз на тиждень протягом трьох місяців.
- 5) Відсутність критеріїв нервової анорексії.

Порушення харчової поведінки є результатом складної взаємодії психологічних, сімейних, соціальних та біологічних чинників.

Психологічні чинники:

- 1) *Низька самооцінка та неприйняття власного тіла.* Незадоволеність зовнішністю та надмірна зосередженість на масі тіла можуть сприяти формуванню викривленого образу тіла та розвитку дисморфофобічних переживань.
- 2) *Труднощі емоційної регуляції.* Їжа може використовуватися як спосіб подолання тривоги, стресу, самотності, почуття провини чи інших негативних переживань.
- 3) *Перфекціонізм та підвищені вимоги до себе.* Прагнення до недосяжних стандартів, страх помилок і надмірний самоконтроль є характерними рисами осіб із нервовою анорексією.
- 4) *Внутрішнє відчуття порожнечі та дефіцит емоційної підтримки.* Харчова поведінка може виконувати компенсаторну функцію та слугувати джерелом тимчасового психологічного комфорту.
- 5) *Психотравмуючі події та життєві кризи.* Втрати, насильство, конфлікти, труднощі адаптації та інші стресові ситуації можуть підвищувати ризик розвитку розладів харчової поведінки.

Сімейні чинники:

- 1) Особливості дитячо-батьківських взаємин (гіперопіка, надмірний контроль, емоційна дистанція, конфліктність).
- 2) Використання їжі як засобу заохочення або покарання, що сприяє формуванню неадаптивних харчових установок.

- 3) Засвоєння моделей поведінки, пов'язаних із надмірною увагою до зовнішності, дієт або переїдання.

Соціальні чинник:

- 1) Культ стрункості та стандарти фізичної привабливості.
- 2) Вплив засобів масової інформації та соціальних мереж, які формують нереалістичні уявлення про «ідеальне» тіло.
- 3) Хронічний соціальний стрес, високі навчальні та професійні навантаження.
- 4) Професійна діяльність, що передбачає підвищені вимоги до маси тіла та зовнішності (балет, модельний бізнес, художня гімнастика, танці, спорт високих досягнень).
- 5) Вплив референтної групи, особливо у підлітковому та юнацькому віці.

Біологічні чинник:

- 1) Генетична схильність до розвитку розладів харчової поведінки.
- 2) Особливості функціонування нейромедіаторних систем (серотонінової, дофамінергічної).
- 3) Гормональні та метаболічні порушення.
- 4) Наявність супутніх психічних розладів (тривожних, депресивних, obsесивно-компульсивних).

Біопсихосоціальний підхід дозволяє розглядати розлади харчової поведінки як результат взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів, що визначає необхідність комплексної профілактики та міждисциплінарного підходу до їх корекції та лікування.

Література: основна – 5, 7, 11; додаткова – 2, 9,10,11,12,13,14.



ТЕМА 10. Патологічна схильність до азартних ігор

1. Загальна характеристика патологічної схильності до азартних ігор.
2. Психологічні особливості та ознаки осіб з ігровою залежністю.
3. Стадії та цикли розвитку ігрової залежності.



Ключові слова: гемблінг, лудоманія, ігрова залежність, патологічний гемблінг, азартні ігри, нехімічні залежності, компульсивна поведінка, азарт, ігровий потяг, ігровий цикл, стадії ігрової залежності, синдром виграшу, синдром програшу, абстинентний синдром, психологічна залежність, толерантність, нав'язливий потяг, імпульсивність, фрустрація, соціальна дезадаптація, фінансова залежність, сімейна дезорганізація, депресія, суїцидальна поведінка, профілактика ігрової залежності.

Навчально-методичний матеріал

📁 *Захоплення азартними іграми* (гемблінг, лудоманія) належить до поведінкових адикцій. Термін «гемблінг» походить від англійського *gamble* — ризикувати, грати в азартні ігри, а термін «лудоманія» — від латинського *ludus* («гра»).

Відповідно до МКХ-11, розлад, пов'язаний з азартними іграми (Gambling disorder), характеризується стійкою або повторюваною поведінкою, пов'язаною з участю в азартних іграх, внаслідок якої людина втрачає контроль над грою, а сама гра починає домінувати над іншими сферами життя, незважаючи на негативні особистісні, сімейні, професійні, соціальні та фінансові наслідки.

До найбільш поширених форм азартних ігор належать:

- картярські ігри;
- рулетка;
- спортивні ставки та тоталізатори;
- гральні автомати;
- лотереї;
- казино;
- онлайн-гемблінг;
- кіберставки та інші цифрові форми азартних ігор.

Формування патологічної схильності до азартних ігор обумовлене взаємодією біологічних, психологічних і соціальних факторів.

Сімейні та соціальні фактори:

- наявність гемблінгу серед батьків або близького оточення;
- недостатній батьківський контроль;
- фінансові труднощі або надмірна орієнтація на матеріальні цінності;
- переконання, що гроші є універсальним засобом вирішення життєвих проблем;
- вплив однолітків і соціального середовища.

Особистісно-психологічні фактор:

- імпульсивність;
- схильність до ризику та пошуку гострих відчуттів;
- низька стресостійкість;
- труднощі емоційної регуляції;
- потреба у визнанні та схваленні;
- низька самооцінка;
- депресивні та тривожні прояви.

Біологічні фактори

Сучасні нейропсихологічні дослідження свідчать про порушення функціонування систем винагороди мозку та механізмів когнітивного контролю. Особливу роль відіграють зміни у роботі префронтальної кори, що

пов'язані з процесами прийняття рішень, контролю імпульсів та прогнозування наслідків поведінки.

У результаті людина може прагнути до негайного отримання задоволення, ігноруючи довгострокові негативні наслідки.

Основними клінічними проявами є:

- постійна зайнятість думками про гру;
- зростання часу та коштів, витрачених на азартні ігри;
- невдалі спроби обмежити або припинити гру;
- дратівливість, тривога або пригнічений настрій при неможливості грати;
- використання гри як способу уникнення негативних переживань;
- прагнення «відігратися» після програшів;
- приховування масштабів захоплення грою;
- погіршення сімейних, професійних і соціальних відносин;
- фінансові труднощі та накопичення боргів.

Формування залежності

На початковому етапі повторювані епізоди гри формують позитивне емоційне підкріплення та специфічний стиль мислення, який характеризується переоцінкою ймовірності виграшу та вірою у можливість контролю випадкових подій.

Поступово участь у грі починає виконувати компенсаторну функцію, забезпечуючи тимчасове зниження тривоги, напруження або негативних емоцій. Унаслідок цього формується психічна залежність, коли людина відчуває психологічний комфорт під час гри та дискомфорт поза нею.

На більш пізніх етапах залежність набуває компульсивного характеру. Гра починає домінувати у системі цінностей, звужується коло інтересів, погіршується соціальне функціонування.

Тривалий перебіг розладу може супроводжуватися:

- фінансовою неспроможністю;
- професійною дезадаптацією;
- конфліктами у сім'ї та руйнуванням стосунків;
- соціальною ізоляцією;
- депресивними розладами;
- тривожними станами;
- суїцидальними думками та поведінкою;
- зловживанням психоактивними речовинами;
- протиправними діями, пов'язаними з пошуком коштів для гри.

Особистісні особливості осіб із гемблінг-залежністю

Не існує єдиного психологічного портрета людини з гемблінг-залежністю. Проте дослідження свідчать, що серед осіб із цим розладом частіше зустрічаються:

- імпульсивність;
- схильність до ризику;
- пошук нових вражень;

- труднощі самоконтролю;
- емоційна нестійкість;
- підвищена чутливість до винагороди;
- схильність до когнітивних викривлень щодо виграшу та випадковості.

Гендерні особливості

Раніше патологічна схильність до азартних ігор частіше виявлялася серед чоловіків, однак останні дослідження свідчать про поступове зменшення гендерних відмінностей, особливо у зв'язку з поширенням онлайн-гемблінгу.

У жінок і чоловіків можуть відрізнятися мотиви участі в азартних іграх та переважні види ігор, однак загальні механізми формування залежності залишаються подібними.

Особливості гемблінгу у підлітковому віці

Підлітки належать до групи підвищеного ризику розвитку гемблінг-залежності. Серед чинників ризику виділяють:

- 1) Наявність азартних ігор у найближчому оточенні.
- 2) Імпульсивність та недостатньо сформовані механізми самоконтролю.
- 3) Поведінкові порушення.
- 4) Вживання алкоголю та психоактивних речовин.
- 5) Емоційні та депресивні розлади.
- 6) Суїцидальні думки та аутоагресивну поведінку.
- 7) Легкий доступ до онлайн-казино, букмекерських платформ та цифрових ігор із елементами азарту.

Діагностичні критерії

Відповідно до МКХ-11, про гемблінг-розлад свідчать:

1. Порушення контролю над участю в азартних іграх.
2. Зростання пріоритетності гри порівняно з іншими життєвими інтересами та обов'язками.
3. Продовження або посилення ігрової поведінки, незважаючи на негативні наслідки.
4. Стійкість симптомів протягом тривалого часу (зазвичай не менше 12 місяців).

Стадії розвитку гемблінг-залежності

У розвитку патологічної схильності до азартних ігор умовно виділяють:

1. *Стадію виграшів* — домінують позитивні емоції та віра у власний контроль над грою.
2. *Стадію програшів* — збільшуються витрати часу і грошей, виникають борги, погіршуються соціальні відносини.
3. *Стадію відчаю* — формується виражена психосоціальна дезадаптація, депресивні переживання, високий ризик суїцидальної поведінки та коморбідних залежностей.

У розвитку патологічної схильності до азартних ігор умовно виділяють кілька послідовних стадій.

1. Стадія вигравів

Початковий етап характеризується епізодичною участю в азартних іграх, частими виграшами та позитивним емоційним підкріпленням. Формується переконання у можливості контролювати гру та отримувати стабільний прибуток. Для цієї стадії характерні:

- зростання інтересу до азартних ігор;
- збільшення частоти гри та розміру ставок;
- фантазії про майбутні виграші;
- оптимістична переоцінка власних можливостей;
- поступове формування психологічної залежності.

2. Стадія програвів

У міру розвитку розладу азартні ігри займають дедалі більше місце в житті людини. Спостерігаються:

- постійна зайнятість думками про гру;
- тривалі ігрові сесії;
- позичання грошей для продовження гри;
- нездатність припинити гру після виграшу або програшу;
- приховування проблеми від оточення;
- зниження інтересу до сімейних, професійних та соціальних обов'язків;
- наростання фінансових труднощів;
- повторювані, але безуспішні спроби самостійно припинити гру.

У періоди вимушеного утримання можуть спостерігатися дратівливість, тривожність, пригнічений настрій, неспокій, порушення сну та труднощі концентрації уваги. Ці симптоми нагадують прояви абстиненції, хоча не супроводжуються фізичною залежністю у класичному розумінні.

3. Стадія відчаю

На цій стадії відбувається виражена психосоціальна дезадаптація. Характерними є:

- значне збільшення часу, присвяченого грі;
- зростання розміру ставок;
- погіршення сімейних і міжособистісних стосунків;
- професійні труднощі та фінансова неспроможність;
- використання неетичних або протиправних способів отримання коштів;
- почуття провини, сорому та безпорадності;
- депресивні переживання;
- зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами;
- суїцидальні думки та спроби.

4. Стадія безнадії та соціальної ізоляції

У частини осіб формується виражене звуження кола інтересів, втрачаються значущі соціальні зв'язки, наростають афективні розлади, відчуття безперспективності та соціальна ізоляція. На цьому етапі значно

підвищується ризик саморуйнівної поведінки та коморбідних психічних розладів.

В. В. Зайцев і А. Ф. Шайдуліна описали циклічний характер гемблінг-залежності, виділивши кілька взаємопов'язаних фаз.

Фаза утримання

Настає після програшу, відсутності фінансових ресурсів або під впливом негативних наслідків гри. У цей період людина може приймати рішення припинити грати.

Фаза автоматичних фантазій

Виникають спонтанні спогади та фантазії, пов'язані з попередніми виграшами та емоційним піднесенням під час гри. Негативний досвід програшів при цьому частково витісняється.

Фаза наростання емоційного напруження

Спостерігаються тривога, дратівливість, пригнічений настрій, внутрішнє напруження. У частини осіб посилюються фантазії про гру, які поступово починають домінувати у свідомості.

Фаза прийняття рішення грати

Рішення про гру може формуватися двома шляхами:

- поступово, під впливом фантазій та планування майбутньої гри;
- імпульсивно, після програшу, на основі ірраціонального прагнення «відігратися».

Останній механізм частіше характерний для більш пізніх стадій залежності.

Фаза уявного контролю

Інтенсивність потягу тимчасово знижується, що створює в людини ілюзію здатності контролювати свою поведінку. Саме в цей період виникає найбільший ризик зриву, особливо за наявності провокуючих факторів:

- отримання значної суми грошей;
- вживання алкоголю;
- стресові ситуації;
- контакти з гральним середовищем;
- прагнення «просто відпочити» або «зіграти один раз».

Фаза реалізації рішення

Перед початком гри виникає сильне емоційне збудження, посилюються фантазії щодо можливого виграшу. Незважаючи на усвідомлення ризиків, у людини домінують когнітивні викривлення та ілюзія контролю над ситуацією.

Гра, як правило, триває доти, доки не будуть вичерпані доступні фінансові ресурси. Після цього знову настає фаза утримання, і цикл повторюється.

Важливу роль у підтриманні залежності відіграють когнітивні помилки:

- ілюзія контролю над випадковими подіями;
- переоцінка ймовірності виграшу;

- вибіркове запам'ятовування виграшів і недооцінка програшів;
- переконання в необхідності «відігратися»;
- магічне мислення та забобони.

Саме ці когнітивні викривлення розглядаються сучасною адиктологією як один із провідних механізмів підтримання гемблінг-розладу.

Література: основна – 2, 6, 11; додаткова – 6.

Питання для самоконтролю до III змістовного модуля

1. Які види нехімічних залежностей існують?
2. У чому полягають особливості соціально прийнятних форм нехімічних залежностей?
3. Які причини виникнення порушень харчової поведінки?
4. Які основні форми розладів харчової поведінки?
5. Що таке лудоманія та які фактори сприяють її розвитку?
6. Які ознаки характерні для осіб із патологічною схильністю до азартних ігор?
7. Які стадії та цикли розвитку ігрової залежності?
8. Які психологічні та соціальні наслідки нехімічних залежностей?
9. Які напрями профілактики та корекції нехімічних залежностей?
10. Охарактеризуйте основні види нехімічних адикцій.
11. У чому полягають відмінності між розладами харчової поведінки та харчовими адикціями?
12. Охарактеризуйте основні концепції виникнення спортивної адикції.
13. Охарактеризуйте стадії перебігу ігрового циклу.
14. Опишіть ознаки, характерні для осіб із патологічною схильністю до азартних ігор.
15. Охарактеризуйте працеголізм: його ознаки, причини та наслідки.
16. Що таке цифрові залежності та які їх основні ознаки?
17. Які види цифрових залежностей ви знаєте?
18. У чому полягає сутність інтернет-залежності?
19. Хто започаткував наукове вивчення інтернет-залежності?
20. Які психологічні та соціальні чинники сприяють розвитку інтернет-залежності?
21. У чому полягає зміст моделі ACE К. Янг?
22. Які негативні наслідки інтернет-залежності для особистості?
23. Що таке залежність від соціальних мереж?
24. Які психологічні механізми лежать в основі залежності від соціальних мереж?
25. Що означає поняття FOMO та яку роль воно відіграє у формуванні цифрових залежностей?
26. Які ознаки свідчать про формування залежності від соціальних мереж?
27. Що таке номофобія?
28. Які основні симптоми та прояви номофобії?
29. Хто з науковців досліджував феномен номофобії?

30. Які психологічні чинники сприяють розвитку номофобії?

31. У чому полягають відмінності між інтернет-залежністю, залежністю від соціальних мереж і номофобією?

ЧАСТИНА III. ТЕМИ ТА ПЛАНИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ.

МОДУЛЬ I.

Модуль I. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки

Заняття 1. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки та фактори її формування

 **Ключові слова:** адикція, адиктивна поведінка, залежність, девіантна поведінка, адиктивна установка, хімічні та нехімічні залежності, фактори ризику, акцентуації характеру, гедоністична мотивація, атарактична мотивація, реакції підліткового віку, особистісні риси.

Семінар проходить по типу семінару- відповіді на питання.

Питання для обговорення:

1. Адиктивна поведінка як форма девіантної поведінки.
2. Основні підходи до вивчення адиктивної поведінки.
3. Класифікація адиктивної поведінки.
4. Соціальні, психологічні та біологічні фактори ризику формування адиктивної поведінки.
5. Вплив сімейного виховання на розвиток адиктивної поведінки.
6. Особистісні особливості осіб, схильних до залежної поведінки.
7. Акцентуації характеру та їх роль у формуванні адиктивної поведінки.
8. Вікові особливості формування адиктивної поведінки.

Методичні рекомендації до підготовки

Під час підготовки до заняття необхідно ознайомитися з основними поняттями психології адиктивної поведінки, розкрити співвідношення понять «адикція», «залежність», «девіантна поведінка». Особливу увагу слід приділити класифікації адиктивної поведінки та факторам ризику її

формування. Важливо проаналізувати вплив сімейного виховання, особистісних особливостей та акцентуацій характеру на розвиток залежних форм поведінки. Доцільно розглянути вікові особливості формування адиктивної поведінки у підлітковому віці.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення поняттям «адиктивна поведінка» та «залежність». У чому полягають їх схожість і відмінність?
2. Яке місце адиктивна поведінка займає у структурі девіантної поведінки?
3. Які основні види адиктивної поведінки виділяють у сучасній психології?
4. Охарактеризуйте соціальні, психологічні та біологічні фактори ризику формування адиктивної поведінки.
5. Яку роль відіграє сім'я у розвитку залежних форм поведінки?
6. Які особистісні риси характерні для осіб, схильних до адиктивної поведінки?
7. Які типи акцентуацій характеру найчастіше поєднуються із залежними формами поведінки?
8. Які вікові особливості підліткового віку сприяють формуванню адиктивної поведінки?

Питання для самостійного опрацювання

1. Історія становлення психології адиктивної поведінки.
2. Сучасні теорії виникнення адиктивної поведінки.
3. Біопсихосоціальна модель формування залежностей.
4. Роль стресу та психологічних травм у розвитку адикцій.
5. Захисні фактори та ресурси особистості у профілактиці адиктивної поведінки.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. Київ : Вид.-поліграф. центр «Київський університет», 2002. 308 с.
2. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навч. посіб. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 236 с.
3. Мостова Т. Д. Психологічні основи адиктивної поведінки у системі освіти : навч.-метод. посіб. Одеса : Астропринт, 2020. 101 с.
4. Пушкар В. А. Причини вживання підлітками психоактивних речовин. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету*. Серія: Психологічні науки. 2008. Вип. 59. Т. 2. С. 111–114.

5. Юр'єва Л. М. Адиктологія. 2-ге вид., перероб. і доп. Дніпро, 2018.

Додаткова:

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки : курс лекцій. Київ : МАУП, 2006. 88 с.
2. Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2014. 192 с.
3. Гошовський Я., Гошовська Д. Психологія девіантної особистості : навч.-метод. посіб. до практ. занять. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 106 с.

Модуль II. Основні форми хімічних залежностей та їх профілактика

Заняття 2. Психологічні та нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності. Алкогольна залежність

Ключові слова: *алкогольна залежність, психічна залежність, фізична залежність, абстинентний синдром, толерантність, патологічний потяг, алкогольні амнезії, запійні форми вживання алкоголю, алкогольне сп'яніння.*

Семінар проходить по типу семінару- відповіді на питання.

Питання для обговорення

1. Психологічні та нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності.
2. Психічна та фізична залежність, абстинентний синдром та його прояви.
3. Алкогольна залежність як медико-психологічна проблема.
4. Основні симптоми алкогольної залежності.
5. Стадії розвитку алкогольної залежності.
6. Форми зловживання алкоголем.
7. Особистісні зміни при алкогольній залежності.

Методичні рекомендації до підготовки

Під час підготовки до заняття слід звернути увагу на нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності, особливості психічної та фізичної залежності, розвиток абстинентного синдрому. Необхідно охарактеризувати алкогольну залежність як хронічне захворювання, проаналізувати її основні симптоми, стадії та клінічні прояви. Важливо визначити відмінності між побутовим вживанням алкоголю та алкогольною

залежністю, а також розглянути зміни особистості, що виникають у процесі розвитку захворювання.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності.
2. У чому полягає відмінність між психічною та фізичною залежністю?
3. Що таке абстинентний синдром і які його основні прояви?
4. Які основні ознаки алкогольної залежності?
5. Охарактеризуйте основні симптоми та синдроми алкоголізму.
6. Які стадії розвитку алкогольної залежності виділяють у сучасній наркології?
7. Які форми зловживання алкоголем існують?
8. Які особистісні зміни відбуваються при алкогольній залежності?

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Скрипніков А. М., Напреєнко О. К., Сонник Г. Т. Наркологія : навч. посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2007. 360 с.
2. Кожина Г. М., Марута Н. О., Юр'єва Л. М. та ін. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2023. 344 с.
3. Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А., Сонник Г. Т. Психіатрія та наркологія : навч.-метод. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2021. 224 с.
4. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії. Практ. психологія та соц. робота. 2004. № 10. С. 1–4.

Додаткова:

1. Москаленко В. Д. Залежність – сімейна хвороба. У родині залежність від алкоголю і наркотиків. Як вижити тим, хто поруч? Київ : Сучасна психологія, 2022. 416 с.
2. Дяченко В. А., Новик О. В. Особистісні особливості осіб, схильних до наркотичної залежності. Десяті Сіверянські соціально-психологічні читання : матеріали Міжнар. наук. конф. Чернігів, 2019. С. 126–129.

Заняття 3. Наркоманія, токсикоманія та співзалежність

 **Ключові слова:** наркоманія, психоактивні речовини, наркотична

залежність, токсикоманія, опіоїди, канабіноїди, галюциногени, барбітурати, психостимулятори, абстинентний синдром, співзалежність, співзалежна сім'я.

Семінар проходить по типу «Малих груп».

Питання для обговорення

1. Наркоманія як соціально-психологічне явище.
2. Класифікація психоактивних речовин та етапи формування наркотичної залежності.
3. Основні види наркотичних залежностей (опіоїдна залежність, залежність від психостимуляторів, залежність від каннабіноїдів, залежність від барбітуратів, залежність від галюциногенів).
4. Токсикоманія та її наслідки.
5. Співзалежність: причини, ознаки та наслідки.
6. Типи співзалежних сімей.

Методичні рекомендації до підготовки

Під час вивчення теми необхідно ознайомитися з класифікацією психоактивних речовин та механізмами формування наркотичної залежності. Слід розглянути особливості опіоїдної залежності, залежності від психостимуляторів, залежності від каннабіноїдів, залежності від барбітуратів, залежності від галюциногенів. Важливо проаналізувати негативні наслідки вживання психоактивних речовин для фізичного та психічного здоров'я людини. Особливу увагу необхідно приділити феномену співзалежності, типам співзалежних сімей та психологічним особливостям співзалежних осіб.

Студенти об'єднуються у 5 малих груп. Кожна група обирає один із видів наркотичної залежності та готує повідомлення за запропонованою схемою.

Група 1. Залежність від опіатів (морфін, героїн, кодеїн, метадон тощо).

Група 2. Залежність від канабіноїдів(марихуана, гашиш, канабіс).

Група 3. Залежність від галюциногенів (ЛСД, псилоцибін, мескалін тощо).

Група 4. Залежність від психостимуляторів ((кокаїн, амфетамін, метамфетамін).

Група 5. Залежність від барбітуратів(фенобарбітал та інші похідні барбітурової кислоти).

Розкрити питання за схемою:

1. Основні ознаки залежності.
2. Прояви психічної залежності.
3. Прояви фізичної залежності.
4. Наслідки вживання опіатів.

Питання для самоконтролю

1. Охарактеризуйте наркоманію як соціально-психологічне явище.
2. Які основні групи психоактивних речовин виділяють у сучасній класифікації?
3. Які етапи формування наркотичної залежності?
4. Які ознаки характерні для опіїдної залежності, залежності від канабіноїдів, психостимуляторів, барбітуратів, галюциногенів?
5. Дайте загальну характеристику токсикоманії та її наслідків.
6. До яких змін у психічній та фізичній сферах призводить токсикоманія?
7. Розкрийте зміст поняття «співзалежність».
8. Охарактеризуйте основні типи співзалежних сімей.

Питання для самостійного опрацювання

1. Вплив психоактивних речовин на центральну нервову систему.
2. Гендерні особливості формування хімічних залежностей.
3. Психологічні особливості осіб, які страждають на алкогольну залежність.
4. Соціальні наслідки наркоманії та алкоголізму.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Скрипніков А. М., Напрєєнко О. К., Сонник Г. Т. Наркологія : навч. посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2007. 360 с.
2. Кожина Г. М., Марута Н. О., Юр'єва Л. М. та ін. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2023. 344 с.
3. Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А., Сонник Г. Т. Психіатрія та наркологія : навч.-метод. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2021. 224 с.
4. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії. Практ. психологія та соц. робота. 2004. № 10. С. 1–4.

Додаткова:

1. Москаленко В. Д. Залежність – сімейна хвороба. У родині залежність від алкоголю і наркотиків. Як вижити тим, хто поруч? Київ : Сучасна психологія, 2022. 416 с.
2. Дяченко В. А., Новик О. В. Особистісні особливості осіб, схильних до наркотичної залежності. Десяті Сіверянські соціально-психологічні читання : матеріали Міжнар. наук. конф. Чернігів, 2019. С. 126–129.

Заняття 4. Профілактика, психотерапія та діагностика хімічних залежностей

Ключові слова: *профілактика, групова психотерапія, сімейна психотерапія, сугестивна психотерапія, емоційно-стресова терапія, гіпнотерапія, аутогенне тренування, програма «12 кроків», замісна терапія, психодіагностика.*

Питання для обговорення

1. Основні напрями профілактики хімічних залежностей.
2. Освітні моделі профілактики залежної поведінки.
3. Методи профілактики хімічних залежностей.
4. Групова психотерапія залежних станів.
5. Сугестивні методи психотерапії.
6. Сімейна психотерапія залежних станів.
7. Замісні програми в подоланні хімічної залежності.
8. Методи діагностики хімічних залежностей.

Методичні рекомендації до підготовки

Під час підготовки до заняття слід ознайомитися з основними моделями та методами профілактики хімічних залежностей. Необхідно проаналізувати можливості застосування групової, сімейної та сугестивної психотерапії в комплексній допомозі залежним особам. Важливо вивчити сучасні програми реабілітації та замісної терапії, а також ознайомитися з основними психодіагностичними методиками, які використовуються для виявлення хімічних залежностей та схильності до адиктивної поведінки.

Вивчаючи цю тему слід ознайомитися з методами та програмами (вільна дискусія, проєктивні малюнки, рольові ігри, психогімнастика, програма 12 кроків) групової психотерапії при хімічних залежностях та особливостями їх застосування у хворих на різних етапах залежності.

Описати основні методи сугестивної психотерапії, охарактеризувати механізм їх дії та ефективність.

Ознайомитись з програмами замісної терапії охарактеризувати механізм їхньої дії на пацієнтів в подоланні хімічної залежності.

Вивчити особливості застосування сімейної психотерапії в подоланні хімічної залежності та особливості застосування у хворих на алкоголізм.

Ознайомитись з методами діагностики хімічної залежності, процедурою дослідження та з особливостями їх застосування в роботі психолога.

Питання для самоконтролю

1. Які основні напрями профілактики хімічних залежностей?
2. Охарактеризуйте основні освітні моделі профілактики залежної поведінки.
3. Які методи застосовуються в профілактиці хімічних залежностей?
4. Охарактеризуйте основні методи групової психотерапії та специфіку їх застосування.
5. Дайте характеристику сугестивним методам психотерапії у подоланні хімічної залежності.
6. Обґрунтуйте ефективність сімейної психотерапії у роботі з особами, які мають хімічну залежність.
7. Охарактеризуйте основні замісні програми в подоланні хімічної залежності.
8. Які методики використовуються для діагностики хімічних залежностей та схильності до адиктивної поведінки?

Питання для самостійного опрацювання

1. Психологічна допомога членам сімей осіб із залежною поведінкою.
2. Первинна, вторинна та третинна профілактика хімічних залежностей.
3. Інтернет-залежність та її психологічні особливості.
4. Залежність від соціальних мереж як сучасна форма адиктивної поведінки.
5. Труоголізм і шопоголізм як соціально прийнятні форми нехімічних залежностей.
6. Психологічні особливості осіб із порушеннями харчової поведінки.
7. Профілактика та психологічна допомога при лудоманії.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Мостова Т. Д. Психологія адиктивної поведінки : метод. посіб. Одеса : Астропринт, 2022. 67 с.
2. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії. Практ. психологія та соц. робота. 2004. № 10. С. 1–4.
3. Кожина Г. М., Марута Н. О., Юр'єва Л. М. та ін. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2023. 344 с.

Додаткова:

1. Леонова Л. Г. Питання профілактики адиктивної поведінки у підлітковому віці : навч.-метод. посіб. Київ, 2012. 381 с.

2. Бончук Н. В. Схильність до адиктивної поведінки у підлітків залежно від особливостей системи ціннісних орієнтацій. Молодий вчений. 2016. № 7 (34). С. 362–368.
3. Бочаріна Н. О., Костюк О. Г. Особливості прояву адиктивної поведінки підлітків у юнацькому віці. Психологічні науки. 2017. № 5. С. 196–199.

Модуль III. Нехімічні залежності

Заняття 5. Нехімічні залежності: види, психологічні особливості та профілактика

 **Ключові слова:** нехімічні залежності, харчові адикції, нервова анорексія, нервова булімія, працеголізм, шопоголізм, спортивна адикція, технологічні залежності, інтернет-залежність, гаджет-залежність, лудоманія, ігровий цикл.

Питання для обговорення

1. Інтернет-залежність та її психологічні механізми.
2. Залежність від соціальних мереж: психологічні механізми та соціально-
3. психологічні наслідки.
4. Порушення харчової поведінки та харчові адикції.
5. Нервова анорексія та нервова булімія.
6. Працеголізм як форми адиктивної поведінки.
7. Спортивна адикція.
8. Патологічна схильність до азартних ігор.
9. Психологічна профілактика та корекція нехімічних залежностей.

Методичні рекомендації до підготовки

Під час підготовки до заняття необхідно ознайомитися з основними видами нехімічних залежностей та психологічними механізмами їх формування. Особливу увагу слід приділити цифровим залежностям, зокрема інтернет-залежності та номофобії, проаналізувати причини їх виникнення, основні прояви та наслідки для особистості. Важливо розмежовувати харчові адикції та розлади харчової поведінки, охарактеризувати нервову анорексію та нервову булімію. Необхідно розглянути особливості формування працеголізму та спортивної адикції, визначити їх вплив на психічне здоров'я та соціальне функціонування людини. Окрему увагу слід приділити патологічній схильності до азартних ігор, а також сучасним підходам до профілактики та психологічної корекції нехімічних залежностей.

Питання для самоконтролю

1. Які основні види нехімічних адикцій існують?
2. У чому полягає сутність інтернет-залежності та які психологічні механізми її формування?
3. Що таке номофобія та які чинники сприяють її розвитку?
4. Дайте визначення цифровим залежностям та охарактеризуйте їх основні види.
5. У чому полягають відмінності між харчовими адикціями та розладами харчової поведінки?
6. Охарактеризуйте нервову анорексію та нервову булімію.
7. Які причини, ознаки та наслідки працеголізму як форми адиктивної поведінки?
8. Які основні концепції виникнення спортивної адикції?
9. Які фактори сприяють розвитку патологічної схильності до азартних ігор?
10. Охарактеризуйте стадії та цикли розвитку ігрової залежності.
11. Які психологічні та соціальні наслідки нехімічних залежностей?

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Ігровий розлад : клінічний посібник з лікування / за ред. Дж. Е. Гранта, М. Н. Потенци ; наук. ред. укр. вид. Р. Ісаков. Київ : Медицина, 2024. 279 с.
2. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : курс лекцій. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 80 с.
3. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. Київ : Вид.-поліграф. центр «Київський університет», 2002. 308 с.

Додаткова:

1. Пилипенко А., Соловйова І. Залежні, співзалежні та інші важкі клієнти : психологічний тренінг. Москва : Психотерапія, 2011. 192 с.
2. Мостова Т. Д. Психологія адиктивної поведінки : метод. посіб. Одеса : Астропринт, 2022. 67 с.
3. Griffiths M. D. A Components Model of Addiction within a Biopsychosocial Framework // *Journal of Substance Use*. 2005. Vol. 10, № 4. P. 191–197.
4. King A. L. S., Valença A. M., Nardi A. E. Nomophobia: The Mobile Phone in Panic Disorder with Agoraphobia: Reducing Phobias or Worsening of Dependence? // *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2010. Vol. 23, № 1. P. 52–54.
5. Kuss D. J., Griffiths M. D. *Internet Addiction in Psychotherapy*. London : Palgrave Macmillan, 2015. 218 p.

6. Yildirim C., Correia A.-P. Exploring the Dimensions of Nomophobia: Development and Validation of a Self-Reported Questionnaire // *Computers in Human Behavior*. 2015. Vol. 49. P. 130–137.
7. Young K. S. *Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery*. New York : John Wiley & Sons, 1998. 248 p. Young K. S. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences // *American Behavioral Scientist*. 2004. Vol. 48, № 4. P. 402–415.

ЧАСТИНА IV. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПІДГОТОВКИ ДО СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ

У традиційній моделі навчання семінарське заняття орієнтоване переважно на засвоєння та відтворення інформації, отриманої під час лекцій або опрацьованої за навчальною літературою. У контексті трансформації вищої освіти семінар набуває статусу самостійної та провідної форми організації освітнього процесу. Це пов'язано не лише зі зменшенням обсягу лекційних занять, а й зі специфікою соціально-гуманітарного знання, яке потребує самостійного опрацювання інформації, її критичного осмислення та проблемного обговорення в аудиторії.

Студент повинен самостійно опрацювати навчальний матеріал, ознайомитися з науковими та аналітичними джерелами й бути готовим до їх обговорення. Характер, способи організації та форми проведення семінарського заняття визначаються викладачем залежно від змісту та специфіки освітнього компонента. Водночас основним критерієм ефективності семінару є залучення всіх студентів до активного та творчого обговорення проблемних питань.

Основними завданнями семінарських занять є розгляд найбільш важливих і складних питань курсу, перевірка засвоєння студентами лекційного матеріалу та навчальної літератури, а також формування навичок самостійної роботи. Семінарські заняття сприяють:

- закріпленню та поглибленню теоретичних знань;
- ознайомленню з навчальними та науковими джерелами;
- розвитку здатності аналізувати й осмислювати проблеми навчальної дисципліни;
- формуванню навичок самостійної роботи з першоджерелами та довідковою літературою;
- розвитку вмінь вести діалог, дискусію, аргументовано відстоювати власну позицію та толерантно ставитися до думок інших;
- формуванню навичок критичного мислення;
- розвитку вмінь застосовувати теоретичні знання для розв'язання практичних завдань і виконання тестових завдань.

Підготовку до семінарського заняття доцільно розпочинати з ознайомлення з планом семінару та програмою відповідної теми. Це дозволяє

структурувати навчальний матеріал, визначити основні питання для опрацювання та підготуватися до їх змістовного обговорення.

Пам'ятка студентам:

- розпочинати підготовку з повторення матеріалу за конспектом лекцій;
- опрацьовувати відповідні розділи навчальних посібників і підручників, бажано використовуючи декілька джерел, що сприяє глибшому засвоєнню матеріалу та формуванню власної позиції;
- для ґрунтовного вивчення теми звертатися до першоджерел, наукових публікацій та рекомендованої додаткової літератури;
- приділяти увагу роботі зі словниками та довідковими виданнями, опановувати основні поняття та термінологію дисципліни;
- складати короткі плани відповідей на питання семінарського заняття, виокремлюючи ключові положення;
- у разі виникнення труднощів звертатися за консультацією до викладача.

Підготовка доповідей до семінарських занять

До підготовки доповідей можуть залучатися кілька студентів, між якими розподіляються окремі питання відповідно до змісту теми.

Підготовка доповіді передбачає кілька послідовних етапів. На першому етапі необхідно визначити мету і завдання виступу, окреслити коло питань, які потребують висвітлення. На другому етапі здійснюється добір і опрацювання інформаційних джерел. Теоретичні положення доцільно обґрунтовувати матеріалами лекцій, навчальних посібників, наукових публікацій та інших рекомендованих джерел. При цьому важливо враховувати наукову достовірність, актуальність та практичну значущість інформації.

Опрацьований матеріал необхідно систематизувати, виокремити ключові положення та логічно структурувати зміст виступу. Особливу увагу слід приділяти визначенню основних понять, аналізу проблемних аспектів теми та формулюванню обґрунтованих висновків.

Для кращого засвоєння навчального матеріалу рекомендується складати конспекти відповідей на найбільш важливі та складні питання теми. Конспектування наукової та навчальної літератури сприяє систематизації знань, розвитку навичок самостійної роботи та підвищенню якості підготовки до семінарських занять.

Під час підготовки до семінарського заняття студенти повинні опрацювати всі питання відповідної теми, а також засвоїти основні категорії та поняття, визначені для обов'язкового вивчення.

Доповідь має відповідати таким вимогам:

- теоретична обґрунтованість;
- опора на фактичний матеріал;

- використання переконливих прикладів;
- наявність власних узагальнень та висновків;
- логічність і послідовність викладу.

Підготовка доповіді передбачає складання плану, який традиційно включає вступ, основну частину та висновки.

Вступ має відображати актуальність теми, мету виступу та окреслювати коло питань, що розглядатимуться. Важливим завданням доповідача є привернення уваги аудиторії та створення позитивної мотивації до сприйняття матеріалу. Виклад повинен бути чітким, логічним і лаконічним, а основні положення — інтонаційно та змістовно виокремленими.

Основна частина передбачає послідовне розкриття сутності проблеми, наведення аргументів, фактів, прикладів і пояснень. Доцільно використовувати результати наукових досліджень, статистичні дані, цитати з наукових джерел та практичні приклади. Водночас ілюстративний матеріал не повинен переважати над змістом доповіді. Особливу увагу слід приділяти логічним зв'язкам між окремими питаннями та збалансованості їх висвітлення.

Для підвищення ефективності сприйняття інформації рекомендується використовувати короткі приклади, що ілюструють основні положення доповіді та сприяють кращому розумінню матеріалу.

Висновки повинні узагальнювати основні положення доповіді, відповідати поставленій меті та логічно завершувати виступ. Вони мають узгоджуватися зі вступом і відображати цілісність викладу матеріалу.

Семінарське заняття у формі роботи в малих групах

Семінар у формі роботи в малих групах спрямований на активізацію пізнавальної діяльності студентів, розвиток критичного та творчого мислення, формування навичок аналізу, узагальнення та аргументованого відстоювання власної позиції. Такий формат сприяє виробленню колегіальних рішень, умінню працювати в команді та застосовувати теоретичні знання для аналізу практичних ситуацій.

Основними завданнями семінару є:

- розвиток теоретичного та критичного мислення;
- формування навичок аналізу й узагальнення навчального матеріалу;
- розвиток уміння застосовувати знання з різних галузей психології для пояснення психологічних явищ;
- активізація творчого пошуку шляхів розв'язання професійних завдань;
- формування навичок групової взаємодії та аргументованого обстоювання власної думки.

Для проведення заняття академічна група поділяється на малі групи по 4–5 осіб. Після обговорення теоретичного матеріалу викладач пропонує проблемне питання або ситуаційне завдання, що потребує самостійного

аналізу та не передбачає відтворення готових відповідей із підручників чи конспектів.

Після завершення обговорення кожна група представляє власний варіант відповіді. У процесі дискусії студенти можуть виконувати ролі основних доповідачів, опонентів, груп підтримки або експертів. Ролі груп змінюються, що забезпечує активне залучення всіх учасників до обговорення.

Підсумки роботи підводить викладач, оцінюючи рівень теоретичної підготовки студентів, аргументованість відповідей, активність у дискусії та вміння працювати в команді.

Семінарське заняття у формі відповідей на питання

Семінар у формі відповідей на питання передбачає активну взаємодію студентів у процесі обговорення навчального матеріалу та спрямований на розвиток навичок аргументованого викладу, критичного мислення та професійної комунікації.

На початку заняття викладач визначає порядок роботи та обирає студента-доповідача. Доповідач презентує питання відповідно до плану семінарського заняття, спираючись на опрацьовані джерела та результати самостійної підготовки. Інші студенти ставлять уточнювальні та проблемні запитання, пропонують для аналізу конкретні ситуації та беруть участь у дискусії.

Під час відповідей студент-доповідач може використовувати власні конспекти, посилаючись на наукові джерела, результати досліджень, приклади з професійної практики та життєвого досвіду, а також залучати знання з інших навчальних дисциплін. Після завершення виступу студенти доповнюють відповідь, обговорюють її зміст, аргументованість та відповідність поставленим питанням.

У процесі семінару студенти можуть виконувати функції доповідачів, опонентів або експертів, що забезпечує активне залучення всіх учасників до обговорення. Після розгляду кожного питання здійснюється його коротке підсумкове обговорення та оцінювання, після чого переходять до наступного питання плану заняття.

Критерії оцінювання відповідей студентів

Під час оцінювання враховуються:

- глибина та повнота розкриття питання;
- рівень підготовленості та оперативність відповідей;
- логічність і послідовність викладу матеріалу;
- уміння аргументувати власну позицію;
- вільне володіння навчальним матеріалом та орієнтування в наукових джерелах;
- здатність ілюструвати теоретичні положення прикладами;
- уміння узагальнювати інформацію та використовувати міждисциплінарні зв'язки;

- активність під час обговорення та участь у дискусії.

Обговорення та оцінювання відповідей доцільно здійснювати безпосередньо після виступу студента, що сприяє підвищенню ефективності зворотного зв'язку та активізації пізнавальної діяльності здобувачів вищої освіти.

ЧАСТИНА V. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ПО ВИКОНАННЮ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Самостійна робота з дисципліни «Психологія адиктивної поведінки» є важливою складовою освітнього процесу та спрямована на поглиблення і систематизацію теоретичних знань, розвиток навичок самостійного опрацювання навчальної та наукової літератури, а також формування професійних компетентностей майбутніх психологів.

Самостійна робота передбачає підготовку до лекційних і семінарських занять, виконання практичної роботи та самостійне опрацювання питань, винесених на самостійне вивчення за модулями дисципліни.

Практична робота передбачає розробку програми профілактики виникнення хімічної або нехімічної залежності для дітей і молоді різних вікових категорій. Виконання завдання спрямоване на формування вмінь застосовувати теоретичні знання у практичній діяльності, розробляти профілактичні заходи та здійснювати психологічний супровід осіб групи ризику.

Питання, винесені на самостійне опрацювання, поглиблюють зміст навчальної дисципліни та включаються до поточного і підсумкового контролю знань. Оцінювання самостійної роботи здійснюється відповідно до критеріїв, визначених робочою програмою.

Завдання до самостійної роботи

Практична робота № 1

Розробка програми профілактики виникнення хімічної та нехімічної залежності для дітей і молоді різних вікових категорій

Студент обирає одну із запропонованих тем та розробляє профілактичну програму з урахуванням вікових особливостей цільової аудиторії.

1. Програма профілактики тютюнопаління серед дітей молодшого шкільного віку.
2. Програма профілактики вживання алкоголю серед підлітків.
3. Програма профілактики наркотичної залежності серед учнів старших класів.
4. Програма профілактики вживання психоактивних речовин серед осіб юнацького віку.
5. Програма профілактики Інтернет-залежності у підлітків.
6. Програма профілактики залежності від комп'ютерних ігор у дітей підліткового віку.
7. Програма профілактики залежності від соціальних мереж серед старшокласників.
8. Програма профілактики патологічної схильності до азартних ігор серед молоді.
9. Програма профілактики співзалежної поведінки в сім'ї.
10. Програма формування навичок здорового способу життя як засобу профілактики адиктивної поведінки.
11. Програма розвитку стресостійкості та життєстійкості підлітків як чинника профілактики залежної поведінки.
12. Програма розвитку навичок конструктивного подолання стресу в осіб юнацького віку.
13. Програма формування асертивної поведінки як засобу профілактики адиктивної поведінки підлітків.
14. Програма розвитку комунікативних навичок та позитивної Я-концепції у підлітків.
15. Програма профілактики адиктивної поведінки дітей та підлітків шляхом організації змістовного дозвілля.

Структура практичної роботи:

- 1) назва програми;
- 2) мета та завдання;
- 3) цільова група;
- 4) основні принципи профілактичної роботи;
- 5) тематичний план занять (5–10 занять);
- 6) форми та методи роботи;
- 7) очікувані результати;
- 8) список використаних джерел.

Питання для самостійного опрацювання

1. Історія становлення психології адиктивної поведінки.
2. Сучасні теорії виникнення адиктивної поведінки.
3. Біопсихосоціальна модель формування залежностей.
4. Роль стресу та психологічних травм у розвитку адикцій.

5. Захисні фактори та ресурси особистості у профілактиці адиктивної поведінки
6. Вплив психоактивних речовин на центральну нервову систему.
7. Гендерні особливості формування хімічних залежностей.
8. Психологічні особливості осіб, які страждають на алкогольну залежність.
9. Соціальні наслідки наркоманії та алкоголізму.
10. Психологічна допомога членам сімей осіб із залежною поведінкою.
11. Первинна, вторинна та третинна профілактика хімічних залежностей.
12. Інтернет-залежність та її психологічні особливості.
13. Залежність від соціальних мереж як сучасна форма адиктивної поведінки.
14. Трудоголізм і шопоголізм як соціально прийнятні форми нехімічних залежностей.
15. Психологічні особливості осіб із порушеннями харчової поведінки.
16. Профілактика та психологічна допомога при лудоманії.
17. Зверхцінні захоплення: адикція до грошей, адикція до влади.
18. Алкоголізм жінок.
19. Алкоголізм подружніх пар.

Завдання до індивідуальних творчих робіт студентів

Варіант 1

1. Охарактеризуйте поняття хімічної залежності та її основні компоненти.
2. Проаналізуйте ситуацію, у якій підліток почав регулярно вживати алкоголь під впливом однолітків. Визначте можливі фактори ризику та запропонуйте профілактичні заходи.

Варіант 2

1. Порівняйте психічну та фізичну залежність.
2. Складіть пам'ятку для батьків «Перші ознаки формування залежності у підлітків».

Варіант 3

1. Охарактеризуйте механізм формування залежності згідно з теорією І. П. Анохіна.
2. Розробіть схему «Порочне коло формування хімічної залежності».

Варіант 4

1. Розкрийте поняття абстинентного синдрому та його прояви.
2. Проаналізуйте клінічний випадок пацієнта з ознаками абстиненції та визначте можливі психологічні труднощі.

Варіант 5

1. Охарактеризуйте основні мотиви вживання психоактивних речовин.
2. Розробіть рекомендації щодо профілактики вживання психоактивних речовин серед студентської молоді.

Варіант 6

1. Розкрийте психологічні та клінічні ознаки алкоголізму.
2. Складіть алгоритм раннього виявлення алкогольної залежності.

Варіант 7

1. Охарактеризуйте стадії алкоголізму за І. В. Стрельчуком.
2. Заповніть порівняльну таблицю «І, II та III стадії алкоголізму».

Варіант 8

1. Охарактеризуйте великий наркоманічний синдром.
2. Побудуйте структурно-логічну схему компонентів великого наркоманічного синдрому.

Варіант 9

1. Розкрийте поняття наркотичної залежності та її основні прояви.
2. Проаналізуйте клінічну ситуацію та визначте ознаки психічної й фізичної залежності.

Варіант 10

1. Охарактеризуйте зміни толерантності при алкоголізмі та наркоманіях.
2. Складіть порівняльну таблицю «Толерантність при I, II та III стадіях алкоголізму».

Варіант 11

1. Розкрийте поняття токсикоманії та її особливості.
2. Визначте ознаки можливого вживання інгалянтів у підлітків та підготуйте рекомендації для педагогів.

Варіант 12

1. Охарактеризуйте основні групи психоактивних речовин та їх вплив на організм.
2. Створіть інфографіку або таблицю «Класифікація психоактивних речовин».

Варіант 13

1. Розкрийте психотоксичну та соматотоксичну дію психоактивних речовин.
2. Проаналізуйте можливі наслідки тривалого вживання психоактивних речовин для психічного та фізичного здоров'я людини.

Варіант 14

1. Охарактеризуйте роль сім'ї та соціального оточення у формуванні залежної поведінки.
2. Розробіть програму профілактичної бесіди для батьків підлітків щодо попередження адиктивної поведінки.

Варіант 15

1. Розкрийте основні напрями профілактики хімічних залежностей.
2. Підготуйте соціальний проєкт або інформаційний буклет «Молодь без залежностей».

Аналіз клінічних випадків

Студентам пропонується опис ситуації, після чого необхідно:

- 1) визначити вид адиктивної поведінки;
- 2) виявити фактори ризику та захисні фактори;
- 3) описати психологічні механізми формування залежності;
- 4) запропонувати напрями психологічної допомоги.

Варіант 1.

Студент 19 років почав регулярно грати в онлайн-ігри, перестав відвідувати заняття, став дратівливим, уникає спілкування з друзями. Батьки скаржаться на постійні конфлікти.

Варіант 2.

Чоловік 42 років після втрати роботи почав регулярно вживати алкоголь. Спочатку випивав у вихідні, але згодом став уживати спиртні напої щодня. Відзначаються конфлікти в сім'ї, погіршення пам'яті та дратівливість. Чоловік не визнає наявності проблеми та вважає, що може припинити вживання в будь-який момент.

Варіант 3.

Студентка 20 років проводить у соціальних мережах та за переглядом відео понад 10 годин на добу. Вона стала менш активною в реальному спілкуванні, пропускає заняття, відчуває тривогу та роздратування, коли не має доступу до телефону.

Варіант 4.

Юнак 18 років захопився онлайн-іграми. Протягом останнього року він перестав цікавитися навчанням, майже не спілкується з друзями, більшість часу проводить за комп'ютером. Будь-які спроби батьків обмежити час гри викликають агресію.

Варіант 5.

Учениця 16 років почала використовувати електронні сигарети під впливом друзів. Згодом вона стала відчувати потребу у частішому курінні, приховує це від батьків і відчуває дискомфорт та дратівливість, якщо тривалий час не може скористатися вейпом.

Варіант 6.

Жінка 35 років після конфліктних ситуацій на роботі відчуває непереборне бажання вживати солодощі та висококалорійні продукти. Вона неодноразово намагалася контролювати харчування, але після періодів обмежень виникають епізоди переїдання, які супроводжуються почуттям провини.

Варіант 7 .

Чоловік 30 років почав робити ставки на спортивні події. Спочатку це було розвагою, однак поступово він став збільшувати суми ставок, позичати гроші у друзів і приховувати свої витрати від дружини. Після програвів виникають пригнічений настрій та прагнення відігратися.

Варіант 8.

Жінка 48 років після операції почала приймати заспокійливі препарати. Через декілька місяців вона стала самотійно збільшувати дозування, оскільки попередні дози перестали давати бажаний ефект. При спробі відмовитися від ліків з'являються тривожність, безсоння та дратівливість.

Варіант 9.

Дружина чоловіка, який зловживає алкоголем, постійно виправдовує його перед родичами та колегами, приховує наслідки його поведінки, бере на себе всі домашні обов'язки та вважає, що тільки вона може допомогти чоловікові. Власні потреби та інтереси жінка ігнорує.

Варіант 10.

Студентка 22 років часто купує речі, які їй не потрібні. Після здійснення покупок вона відчуває короточасне задоволення, але згодом з'являються почуття провини та тривоги. Незважаючи на фінансові труднощі, дівчина продовжує здійснювати імпульсивні покупки.

Варіант 11.

Хлопець 17 років останнім часом став замкнутим, змінив коло спілкування, почав пропускати заняття. Батьки помітили різкі перепади настрою, порушення сну та зникнення грошей з дому. На зауваження підліток реагує агресивно та уникає розмов про своє дозвілля.

Варіант 12

Студентка 21 року під час підготовки до сесії почала регулярно вживати енергетичні напої та міцну каву. З часом вона стала споживати по 5–6 чашок кави на день, відчуває втому та головний біль, якщо не вживає кофеїн. У неї з'явилися порушення сну, підвищена тривожність та дратівливість.

Варіант 13

Чоловік 28 років захопився заняттями у спортивному залі. Спочатку тренування були способом підтримувати фізичну форму, однак згодом він почав тренуватися двічі на день, відмовився від зустрічей з друзями та продовжує заняття навіть попри травми й рекомендації лікаря тимчасово припинити навантаження. У дні без тренувань відчуває пригніченість і тривогу.

Варіант 14

Дівчина 15 років постійно перевіряє повідомлення та публікації в соціальних мережах. Вона болісно реагує на відсутність нових вподобань і коментарів, часто порівнює себе з іншими користувачами, відчуває невдоволення власною зовнішністю. Через тривале користування смартфоном погіршилася успішність у школі та виникли конфлікти з батьками.

Варіант 15

Жінка 26 років перебуває у стосунках із партнером, який часто її ігнорує та періодично припиняє спілкування. Незважаючи на постійні переживання, почуття ревності та емоційні страждання, вона не може припинити ці стосунки. Вона втратила інтерес до власних захоплень, обмежила спілкування з друзями та вважає, що її життя повністю залежить від ставлення партнера.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ ПОТОЧНОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Адиктивна поведінка – це:
 - а) форма девіантної поведінки, пов'язана з прагненням до зміни психічного стану;
 - б) психічний розлад шизофренічного спектра;
 - в) порушення інтелектуального розвитку;
 - г) психосоматичне захворювання.
2. До хімічних залежностей належить:
 - а) трудовоголізм;
 - б) лудоманія;
 - в) алкоголізм;
 - г) Інтернет-залежність.
3. До нехімічних залежностей належить:
 - а) токсикоманія;
 - б) нікотинова залежність;
 - в) наркоманія;
 - г) залежність від комп'ютерних ігор.
4. Засновником теорії аномії є:
 - а) З. Фрейд;
 - б) Е. Дюркгейм;

- в) А. Маслоу;
 - г) К. Роджерс.
5. До факторів ризику розвитку адиктивної поведінки належать:
- а) сприятливий психологічний клімат у сім'ї;
 - б) адекватна самооцінка;
 - в) сімейне неблагополуччя;
 - г) високий рівень самоконтролю.
6. Психічна залежність проявляється:
- а) абстинентним синдромом;
 - б) нав'язливим потягом до вживання психоактивної речовини;
 - в) порушенням зору;
 - г) соматичними захворюваннями.
7. Фізична залежність характеризується:
- а) порушенням пам'яті;
 - б) абстинентним синдромом;
 - в) підвищенням самооцінки;
 - г) розвитком творчих здібностей.
8. Абстинентний синдром – це:
- а) стан ейфорії;
 - б) сукупність розладів після припинення вживання психоактивної речовини;
 - в) порушення сну;
 - г) стан ремісії.
9. До опіатів належить:
- а) ЛСД;
 - б) героїн;
 - в) амфетамін;
 - г) гашиш.
10. До канабіноїдів належить:
- а) марихуана;
 - б) кокаїн;
 - в) кодеїн;
 - г) метадон.
11. До психостимуляторів належить:
- а) героїн;
 - б) барбаміл;
 - в) амфетамін;
 - г) морфін.
12. До галюциногенів належить:
- а) ЛСД;
 - б) кодеїн;
 - в) метадон;
 - г) фенобарбітал.

13. Токсикоманія пов'язана з вживанням:
- а) лише наркотичних речовин;
 - б) речовин, не включених до офіційного списку наркотиків;
 - в) тільки алкогольних напоїв;
 - г) лікарських препаратів.
14. Інгаланти – це:
- а) наркотичні анальгетики;
 - б) леткі органічні речовини, що вдихаються для досягнення стану сп'яніння;
 - в) психостимулятори;
 - г) транквілізатори.
15. Найпоширенішим видом нехімічної залежності є:
- а) залежність від соціальних мереж;
 - б) токсикоманія;
 - в) морфінізм;
 - г) опіоманія.
16. Яка стадія залежності характеризується формуванням психічної залежності?
- а) початкова;
 - б) стадія фізичної залежності;
 - в) термінальна;
 - г) ремісія.
17. До основних проявів Інтернет-залежності належить:
- а) зниження артеріального тиску;
 - б) втрата контролю над часом перебування в мережі;
 - в) порушення слуху;
 - г) зниження температури тіла.
18. До ознак токсикоманії у підлітків належить:
- а) хімічний запах від одягу;
 - б) підвищений апетит;
 - в) покращення успішності;
 - г) посилення соціальної активності.
19. Співзалежність найчастіше формується:
- а) у сім'ях, де є залежна особа;
 - б) у професійних спортсменів;
 - в) у творчих особистостей;
 - г) у людей похилого віку.
20. Провідною метою профілактики адиктивної поведінки є:
- а) покарання осіб із залежністю;
 - б) формування здорового способу життя;
 - в) ізоляція осіб групи ризику;
 - г) медикаментозне лікування.
21. Первинна профілактика спрямована на:
- а) лікування сформованої залежності;

- б) попередження виникнення адиктивної поведінки;
 - в) соціальну реабілітацію;
 - г) подолання рецидивів.
22. До особистісних факторів ризику адиктивної поведінки належить:
- а) емоційна нестійкість;
 - б) високий рівень самоконтролю;
 - в) розвинена відповідальність;
 - г) стійка позитивна самооцінка.
23. Який тип сімейного виховання може сприяти розвитку адиктивної поведінки?
- а) демократичний;
 - б) гармонійний;
 - в) гіпоопіка;
 - г) партнерський.
24. Який із наведених видів залежності належить до поведінкових?
- а) алкоголізм;
 - б) наркоманія;
 - в) тютюнопаління;
 - г) гемблінг.
25. Основною метою психологічної корекції адиктивної поведінки є:
- а) формування адаптивних способів поведінки;
 - б) ізоляція особистості;
 - в) призначення медикаментозного лікування;
 - г) зниження інтелектуального навантаження.

ПИТАННЯ ДО ЗАЛІКУ

1. Предмет, завдання та методи психології адиктивної поведінки.
2. Поняття адиктивної поведінки та її основні ознаки.
3. Історія становлення та розвитку уявлень про адиктивну поведінку.
4. Біологічні, психологічні та соціальні чинники формування залежностей.
5. Класифікація адикцій.
6. Хімічні та нехімічні залежності: спільні та відмінні риси.
7. Основні теоретичні підходи до пояснення адиктивної поведінки.
8. Механізми формування адиктивної поведінки.
9. Фактори ризику та фактори захисту у розвитку залежностей.
10. Особистісні особливості осіб з адиктивною поведінкою.
11. Поняття психічної та фізичної залежності.
12. Синдром залежності та його основні прояви.
13. Співзалежність: поняття, ознаки та психологічні особливості.

14. Алкоголізм як медико-психологічна проблема.
15. Стадії алкогольної залежності та їх характеристика.
16. Мотивація вживання алкогольних напоїв.
17. Психологічні та поведінкові наслідки алкогольної залежності.
18. Наркоманія як форма адиктивної поведінки.
19. Види психоактивних речовин та їх вплив на організм людини.
20. Основні причини та механізми формування наркотичної залежності.
21. Токсикоманія та її психологічні особливості.
22. Тютюнопаління та нікотинова залежність.
23. Види та наслідки вживання психостимуляторів.
24. Особливості залежності від канабіноїдів, опіоїдів та галюциногенів.
25. Психологічні особливості осіб із хімічними залежностями.
26. Ігрова залежність (лудоманія): причини, ознаки та стадії розвитку.
27. Інтернет-залежність та її основні прояви.
28. Комп'ютерна залежність та особливості її формування.
29. Залежність від соціальних мереж.
30. Харчові адикції: переїдання, булімія, анорексія.
31. Шопоголізм як форма поведінкової залежності.
32. Трудоголізм та його психологічні особливості.
33. Емоційна та любовна залежність.
34. Сексуальні адикції та їх психологічні прояви.
35. Роль сім'ї у виникненні та підтриманні адиктивної поведінки.
36. Вплив мікросоціального середовища на формування залежностей.
37. Особливості адиктивної поведінки у дітей та підлітків.
38. Психологічні особливості адиктивної поведінки молоді.
39. Гендерні аспекти адиктивної поведінки.
40. Психодіагностика адиктивної поведінки.
41. Методи психологічного дослідження осіб із залежностями.
42. Психологічне консультування осіб з адиктивною поведінкою.
43. Психокорекція та психотерапія адиктивної поведінки.
44. Когнітивно-поведінковий підхід у роботі із залежностями.
45. Мотиваційне консультування та його значення у подоланні залежностей.
46. Профілактика адиктивної поведінки: рівні, принципи та методи.
47. Первинна, вторинна та третинна профілактика залежностей.
48. Соціально-психологічна реабілітація осіб із залежностями.
49. Роль психолога у профілактиці та корекції адиктивної поведінки.
50. Сучасні тенденції та проблеми профілактики залежностей.
51. Психологічні аспекти рецидивів та профілактика зривів.
52. Міждисциплінарний підхід у роботі з особами з адиктивною поведінкою.
53. Соціальні наслідки адиктивної поведінки.
54. Якість життя та психологічне благополуччя осіб із залежностями.
55. Етичні принципи професійної діяльності психолога у роботі з

адиктивною поведінкою.

Список рекомендованої літератури

Основна:

1. Гошовський Я., Гошовська Д. Психологія девіантної особистості : навч.-метод. посіб. до практ. занять. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 106 с.
2. Ігровий розлад : клініч. посіб. з лікування / за ред. Дж. Е. Гранта, М. Н. Потенци ; наук. ред. укр. вид. Р. Ісаков. Київ : Медицина, 2024. 279 с.
3. Кожина Г. М., Марута Н. О., Юр'єва Л. М. та ін. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці : навч. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2023. 344 с.
4. Кошова І. В., Кресан О. Д. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посіб. Ніжин : Вид-во НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.

5. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії. *Практ. психологія та соц. робота*. 2004. № 10. С. 1–4.
6. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. Київ : Вид.-поліграф. центр «Київський університет», 2002. 308 с.
7. Москаленко В. Д. Залежність – сімейна хвороба. У родині залежність від алкоголю і наркотиків. Як вижити тим, хто поруч? Київ : Сучасна психологія, 2022. 416 с.
8. Мостова Т. Д. Виявлення особистісних особливостей наркозалежних, які детермінують динаміку процесу ресоціалізації. *Вісник Київського інституту бізнесу та технологій*. 2020. № 44 (2). С. 64–72.
9. Мостова Т. Д. Психологічні основи адиктивної поведінки у системі освіти : навч.-метод. посіб. Одеса : Астропринт, 2020. 101 с.
10. Мостова Т. Д. Психологія адиктивної поведінки : метод. посіб. для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». Одеса : Астропринт, 2022. 67 с.
11. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навч. посіб. Луцьк : ПП Іванюк В. П., 2022. 236 с.
12. Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А., Сонник Г. Т. Психіатрія та наркологія : навч.-метод. посіб. 2-ге вид. Київ : Медицина, 2021. 224 с.
13. Скрипніков А. М., Напресенко О. К., Сонник Г. Т. Наркологія : навч. посіб. Тернопіль : ТДМУ, 2007. 360 с.

Додаткова:

1. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки : курс лекцій. Київ : МАУП, 2006. 88 с.
2. Бончук Н. В. Схильність до адиктивної поведінки у підлітків залежно від особливостей системи ціннісних орієнтацій. *Молодий вчений*. 2016. № 7 (34). С. 362–368.
3. Дяченко В. А., Новик О. В. Особистісні особливості осіб, схильних до наркотичної залежності. Десяті Сіверянські соціально-психологічні читання : матеріали Міжнар. наук. конф. (11 листопада 2019 р., м. Чернігів) / за наук. ред. О. Ю. Дроздова, І. І. Шлімакової. Чернігів : НУ «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка, 2019. С. 126–129.
4. Золотова Г. Д. Сучасні соціально-педагогічні погляди на проблему адиктивної поведінки дітей. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2013. № 1. С. 61–70.
5. Леонова Л. Г. Питання профілактики адиктивної поведінки у підлітковому віці : навч.-метод. посіб. Київ, 2012. 381 с.
6. Психологічні механізми ресоціалізації осіб з девіантною поведінкою в умовах суспільних змін : монографія / Н. Ю. Максимова, А. М. Грись, І. Ф. Манілов, Л. М. Литвинчук, Т. А. Рябовол, Л. А. Філоненко, О. В. Максим, В. М. Щербина-Прилука ; за ред. Н. Ю. Максимової. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. 272 с.

7. Пушкар В. А. Причини вживання підлітками психоактивних речовин. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету. Серія: Психологічні науки*. 2008. Вип. 59. Т. 2. С. 111–114.
8. Христюк О. Л. Психологія девіантної поведінки : навч.-метод. посіб. Львів : ЛьвДУВС, 2014. 192 с.
9. Griffiths M. D. A Components Model of Addiction within a Biopsychosocial Framework // *Journal of Substance Use*. 2005. Vol. 10, № 4. P. 191–197.
10. King A. L. S., Valença A. M., Nardi A. E. Nomophobia: The Mobile Phone in Panic Disorder with Agoraphobia: Reducing Phobias or Worsening of Dependence? // *Cognitive and Behavioral Neurology*. 2010. Vol. 23, № 1. P. 52–54.
11. Kuss D. J., Griffiths M. D. *Internet Addiction in Psychotherapy*. London : Palgrave Macmillan, 2015. 218 p.
12. Yildirim C., Correia A.-P. Exploring the Dimensions of Nomophobia: Development and Validation of a Self-Reported Questionnaire // *Computers in Human Behavior*. 2015. Vol. 49. P. 130–137.
13. Young K. S. *Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction and a Winning Strategy for Recovery*. New York : John Wiley & Sons, 1998. 248 p.
14. Young K. S. Internet Addiction: A New Clinical Phenomenon and Its Consequences // *American Behavioral Scientist*. 2004. Vol. 48, № 4. P. 402–415.

Інформаційні ресурси

1. <https://moz.gov.ua/> сайт МОЗ України
2. <https://mvs.gov.ua> портал МВС України
3. <https://confy.cc/> Медичні події України, практичні курси
4. <https://osvita.diia.gov.ua/courses> освітні серіали для спеціалістів
5. <https://library.gov.ua/> Національна наукова медична бібліотека України (ННМБУ)

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 1.

Перелік психодіагностичних методик для дослідження залежних станів

1. Методики для виявлення алкогольної залежності

- Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).
- Опитувальник CAGE.
- Мічиганський тест на алкогольну залежність (MAST).
- Скринінговий тест ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test).

2. Методики для діагностики тютюнової залежності

- Тест Фагерстрема для визначення нікотинової залежності (FTND).
- Опитувальник мотивації до відмови від куріння.

3. Методики для виявлення наркотичної залежності

- Скринінговий тест ASSIST (BOO3).
- Опитувальник DAST (Drug Abuse Screening Test).
- Методика оцінки ступеня залежності від психоактивних речовин.

4. Методики для діагностики нехімічних залежностей (ігрової залежності, інтернет-залежності, працеголізму)

- South Oaks Gambling Screen (SOGS).
- Шкала тяжкості ігрової залежності PGSI (Problem Gambling Severity Index).
- Опитувальник «Індекс ігрової поведінки».
- Опитувальник виявлення схильності до працеголізму (Барбара Кіллінджер, 1992)
- Тест інтернет-залежності Кімберлі Янг (Internet Addiction Test, IAT).
- Шкала узагальненого проблемного використання Інтернету (GPIUS-2).
- Шкала залежності від соціальних мереж (BSMAS).

5. Методики для діагностики харчової залежності

- Єльська шкала харчової залежності (YFAS).
- Опитувальник EAT-26 (Eating Attitudes Test).

- Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ).

6. Методики для виявлення співзалежності

- Шкала співзалежності Фішера.
- Опитувальник Спанна–Фішера.
- Шкала оцінки співзалежних відносин.

7. Методики для дослідження особистісних особливостей осіб з адиктивною поведінкою

- Міннесотський багатофазний особистісний опитувальник (MMPI).
- 16-факторний особистісний опитувальник Р. Кеттела.
- Опитувальник акцентуацій характеру К. Леонгарда – Г. Шмішека.
- Методика діагностики рівня тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна.
- Шкала депресії Бека.
- Опитувальник копінг-стратегій (WCQ).
- Методика діагностики самооцінки Дембо – Рубінштейн.
- Тест самоактуалізації (САТ).

8. Методики для дослідження соціально-психологічної адаптації

- Методику діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса – Р. Даймонда.
- Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» О. Маклакова – С. Чермяніна.
- Шкала соціальної адаптації Холмса – Раге.
- Опитувальник копінг-стратегій Р. Лазаруса і С. Фолкман.
- Опитувальник соціальної фрустрованості Л. Вассермана.

ДОДАТОК 2.

Частота представленості форм девіантної поведінки при різних її типах.

	<i>Делінквентний</i>	<i>Адиктивний</i>	<i>Патохарактерологічний</i>	<i>Психопатологічний</i>	<i>На базі гиперздібностей</i>
<i>Агресія</i>	***	**	*****	**	
<i>Аутоагресія</i>			*****	**	
<i>Зловживання речовинами</i>		*****	****	**	*
<i>Порушення харчової поведінки</i>		*	****	**	
<i>Аномалії сексуальної поведінки</i>	*	*	*****	****	*
<i>Зверхцінні психологічні захоплення</i>		*	*		****
<i>Зверхцінні психопатологічні захоплення</i>			****	* * * * *	
<i>Характерологічні реакції</i>	*	*	*****	**	*
<i>Комунікативні девіації</i>	*	**	****	****	*
<i>Аморальна поведінка</i>	* * * * *	*	*	*	
<i>Неестетична поведінка</i>	*		****	*	**

ДОДАТОК 3.

Загальні етапи розвитку наркоманій

Назва	Загальна характеристика
<i>Етап</i> зловживання без розвитку залежності	Інтоксикації чергуються зі станами тверезості. Клінічна симптоматика наркоманій відсутня, неспостерігається тяжких соматичних розладів. Основні стадії: 1) ейфорія, як суб'єктивне відчуття насолоди; 2) формування надання переваги одній наркотичній речовині; 3) регулярність прийому; 4) нівелювання початкового ефекту наркотику.
Продром хвороби	Збільшується добова толерантність, можливість багаторазового на протязі доби введення наркотичної речовини, виникають явища дисинхронозу – постійно підвищений життєвий тонус, короткий неспокійний сон, невиразність добових коливань активності.
I ст. хвороби	Регулярний прийом психоактивної речовини. Зріст толерантності, слабшання захисних реакцій, зниження імовірності токсичних реакцій, зміна форми вживання (синдром зміненої реактивності). Спостерігається obsesivний (нав'язливий) потяг до інтоксикації, здатність досягнення психічного комфорту тільки у стані сп'яніння.
II ст. хвороби	Представлена трьома наркоманічними синдромами: 1) синдромом зміненої реактивності; 2) синдромом психічної залежності; 3) синдромом фізичної залежності.
III ст. хвороби	Представлена більш розвиненими ніж у II стадії вищеперерахованими синдромами залежності. Психоактивна речовина виконує тонізуючу роль, тільки за допомогою неї досягається підвищення активності організму.

ДОДАТОК 4.**Наслідки вживання летких органічних сполук**

Система організму	Гострі ефекти	Хронічні ефекти
ЦНС	Ейфорія, розгальмованість, дезорієнтація, запаморочення, непритомність, головний біль. При високих дозах: потьмарення свідомості, неадекватна оцінка оточуючого, порушення пам'яті, судороги, кома.	Атаксія, дизартрія, когнітивна дисфункція, гіперрефлексія, парестезії, периферична нейропатія, аномія, психози з галюцинаціями, паранояльне маячення, дифузна нейроатрофія (особливо I і VII пар черепно-мозкових нервів), енцефалопатія, депресія.
Серцево-судинна	Аритмії (включаючи шлуночкові тахікардію/фібриляцію), раптова смерть, викликана швидким підвищенням катехоламінів крові, гіпотензія/рефлекторна тахікардія (при низьких дозах), брадікардія/зменшення серцевого викиду (при високих дозах).	
Очі	Розширення кровоносних судин склери і кон'юнктиви, лакрімація, диплопія.	-
Дихання/ЛОР-органи	Подразнення носоглотки, утруднене шумне дихання, хрипи, пневмонії.	Виразки слизової оболонки, носові кровотечі, неприємний запах з роту, нежить, шум у вухах.
Шкіра	Опіки (термічні і хімічні), дегідратація.	Дерматити.
Кров	Тимчасова панцитопенія, прелекемічний лейкоцитоз.	Лейкемія (найчастіше - гостра мієлобластична), апластична анемія.
Шлунково-кишковий тракт	Слиноотеча, нудота і блювання, дифузний біль у животі, блювання кров'ю, підвищення рівня ферментів печінки, гепатит і некроз печінки.	Жирове переродження печінки, цироз.
Система виділення	Ацидоз дистальних каналців, токсична нефропатія	Гломерулопатії, нефролітіаз.
Метаболізм	Дефіцит калію, фосфатів, кальцію, метаболічний ацидоз.	
Скелетно-м'язова система	Рабдоміоліз.	Міопатія (симетрична, охоплює усі м'язові групи).

ДОДАТОК 5.

Фазність при інтоксикації стимуляторами ЦНС
(на прикладі внутрішньовенного введення ефедрону)

Фаза	Основні прояви
Перша фаза	Розвивається швидко, як розлад свідомості: суб'єкт відчуває «прозоріння», спостерігаються явища дереалізації, втрачається здатність до зовнішнього сприйняття. На фоні блаженства виникають зміни пропріочутливості: легкість в тілі, відчуття польоту, короткочасне оглушення.
Друга фаза	Розвивається при пероральному прийомі стимуляторів. Представлена звуженою свідомістю і чисельними соматичними відчуттями. Почуття легкості, здатності до польоту зберігається і деякі сп'янілі намагаються підстрибнувши, злетіти. Із поверхні шкіри, від м'язів, внутрішніх органів, сприймаються різноманітні приємні відчуття. У багатьох виникає відчуття хвиль тепла, які рухаються по тілу і соматичного блаженства в епігастральній ділянці, виникає відчуття росту волосся на голові і суб'єктивно приємного тремтіння. Увага концентрується на чуттєвих переживаннях, оточуюче не сприймається.
Третя фаза	Загострюється сприйняття оточуючого, але об'єм сприйняття звужений. Якість сприйняття характерна для симпатикотонії: воно яскраве, насичене, з фіксацією найдрібніших деталей, які набувають чіткості і контрастності. Фон настрою підвищений, благодушний з відчуттям любові до всього, всіх людей. Сп'янілі переживають прилив сил, потребу у діяльності, зокрема творчій. Вони починають малювати, складати вірші, грати на музичних інструментах, будувати «теорії» в різних галузях науки. Виникає не контрольоване бажання спілкуватись, метушливість і балакучість. У багатослівності помітна швидкість і поверхневність асоціацій, розірваність, персеверації. Часто виникають сінестезії. Різко зростають лібідо і потенція, сексуальна чуттєвість.
Четверта фаза	Фаза виходу. Починається з відновлення об'єму свідомості і його звичайного рівня ясності. Ейфорія, благодушність знижуються, іноді змінюючись пригніченістю, роздратованістю, бажанням залишитись наодинці. Поріг сприйняття залишається низьким, але враження не викликають задоволення, здаються надмірними. Спостерігається гіперестезія майже всіх органів чуття, особливо важко переноситься гіперакузія і світлобоязнь, більш виражена при денному світлі. Виникають сенестопатії у вигляді нечітких неприємних відчуттів у різних частинах тіла, «повзання мурашок», пропасниця, тремор, посмикування м'язів. Може настати поверхневий сон. Відмічаються спустошеність, млявість, сонливість без засинання.

ДОДАТОК 6.**Фазність інтоксикації снодійними речовинами**

Фаза	Основні прояви
Перша фаза	Виникає одразу після введення препарату. Проявляється у вигляді раушнаркозу: миттєве відчуття потемніння в очах, можливі акозми і фотопсії (яскраві плями, кола). Ці відчуття є суб'єктивно приємними. Виникає розширення зіниць, гіперемія верхньої частини тулуба і слизових оболонок, різка м'язова слабкість. Оточуюче не сприймається, про себе хворий в такий момент каже, що він «відключився». Триває ця фаза - декілька секунд.
Друга фаза	Характеризується відчуттям безпричинної ейфорії, бажанням рухатися, діяти. Хворий знаходиться у постійному хаотичному русі. Якість осмислення і суджень зменшується. Увага вкрай відволікаєма, предмет діяльності і тематика мови постійно змінюються, емоційний фон нестійкий. Сп'янілий легко дратується і веселість швидко переходить у гнів, сприйняття оточуючого перекручується, стає кататимним. У такому стані людина може чіплятись до оточуючих з обіймами або агресивними намірами. Психічні дисфункції супроводжуються грубими неврологічними порушеннями: латеральним ністагмом, диплопією, дизартрією, дисметрією, порушенням координації, узгодженості рухів, нестійкістю ходи, зниженням рефлексів. Рухи розмашисті, зіниці розширюються, реакції їх мляві, спостерігається гіперсалівація, склери і шкіра обличчя мають сальний відлив, на язиці - коричневий наліт. Частота пульсу, АТ і температура тіла знижуються. Тривалість даної фази - 2-3 години.
Третя фаза	Спостерігається глибокий тяжкий сон, під час якого сп'янілого важко розбудити. Зберігається збліднення шкіри, брадікардія і гіпотензія. Відзначається млявість м'язів, кінцівки важкі і розслаблені. Тривалість сну - 3-4 години.
Четверта фаза	Виникає після пробудження. Спостерігається млявість, почуття розбитості, неможливість зосередитися, горизонтальний ністагм у крайніх відведеннях, зниження сухожильних рефлексів. Також відзначається м'язова слабкість, іноді тремор, головний біль, часто нудота і блювання. Апетит відсутній, але буває і підвищена спрага. При вживанні води виникає відчуття сп'яніння: запаморочення, підвищення настрою, зростання активності.

ДОДАТОК 7.

Фазність абстинентного синдрому при вживанні канабіноїдів

Фази	Основні клінічні прояви
Перша фаза	Зіниці розширені, позіхання, пропасниця, млявість, м'язова слабкість, неспокій, дисфорія, порушення сну і апетиту. Розвивається через 4-5 годин після паління.
Друга фаза	Наростає загальне вегетативне збудження. М'язи напружені, з'являється тремор, гіперрефлексія, можливе посмикування окремих м'язових пучків. Підвищуються артеріальний тиск, спостерігається почастішання пульсу, дихання. З'являється наприкінці першої доби відмови від вживання наркотику.
Третя фаза	З'являються сенестопатичні скарги, прояви, характерні для гашишизму. Хворі відчують стиснення у грудях, утруднення дихання, стенокардію, відчуття стиснення в ділянці голови, особливо у скронях. На шкірі і під нею з'являється відчуття свербіння, поколювання, повзання. Хворий правильно оцінює причину обманів сприйняття. Компульсивний потяг може досягати найбільшої інтенсивності. При неускладненій абстиненції розвивається астенична депресія, при появі ознак тривожного неспокою можлива загроза розвитку абстинентного психозу на 3-5 добу утримання від наркотика.