

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ЕКОНОМІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра мовної та психолого-педагогічної підготовки

Допущено до захисту

Завідувач кафедри
д. психол. н., доцент Ю.О.Асєєва

(підпис)

«____» _____ 2024 р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня бакалавр

Зі спеціальності _____ 053 Психологія _____
(шифр та найменування спеціальності)

За освітньою програмою _____ «Психологія» _____
(назва освітньої програми)

На тему: **«СХИЛЬНІСТЬ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ ДО АЛКОГОЛЬНОЇ
ЗАЛЕЖНОСТІ»**

Виконавець:

студентка 4 курсу 12 групи
факультету ЦЗВФН
_____ Кузнецова Оксана Петрівна
/підпис/

Науковий керівник

Ст.викладач кафедри МППП,
кандидат психологічних наук
_____ Пундєв В. В.
/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ.....	8
1.1. Алкоголізм як світове деструктивне явище	8
1.2. Алкоголізм у відомих класифікаціях: історичний аспект та симптоматика.....	13
1.3. Концептуальні підходи щодо установок молоді на вживання алкоголю.....	24
1.4. Актуальні підходи до лікування алкогольної залежності.....	31
1.5. Психореабілітація, профілактика та прогноз алкогольної залежності..	39
Висновки за першим розділом.....	47
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ.....	52
2.1. Методологія експериментального дослідження схильності молоді до алкогольної залежності.....	52
2.2. Результати науково-практичної роботи.....	57
2.3. Обговорення отриманих даних.....	62
Висновки до другого розділу.....	67
ВИСНОВКИ.....	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Вживання алкоголю актуальна проблема у сучасному суспільстві. Теоретичний аналіз зарубіжних та вітчизняних психологічних теорій показав, що факторами ризику вживання та зловживання алкоголем у молоді є слабкість і порушення вольового самоконтролю поведінки, схильність до ризику та домінування, а також порушення розвитку «Я» і «Зверх-Я» у дитячому та підлітковому віці. Характерними особливостями молодшої особистості, що підвищують ризик алкоголізації, є емоційна нестійкість, неврівноваженість та тривожність, у тому числі внаслідок навчання.

Офіційні дані свідчать про підвищення рівня споживання алкоголю у молодіжному середовищі. Зараз за статистикою більше половини проб пива й вина та близько третини проб міцних алкогольних напоїв відбулося у віці до тринадцяти років. Алкоголізація, особливо у юнацькому віці згубно впливає на здоров'я та психіку особистості і порушує соціальну адаптацію.

Дуже важливо вивчати психологічні механізми формування схильності до різних форм вживання алкоголю саме в цей період, коли деякі риси особистості, що схильні до вживання, ще можна скоригувати. У молоді необхідно формувати негативну установку на вживання алкоголю.

Відповідно до загальноприйнятого в медицині наркологічного підходу, фактором ризику зловживання алкоголем є наявність ранніх проб алкоголю та/або систематична алкоголізація та обтяжена наркологічними захворюваннями спадковість. Проте низка дослідників відзначає недостатність зазначених критеріїв та потребує обліку особистісних характеристик.

Згідно із розповсюдженими психологічними підходами, фактором ризику є позитивна установка на вживання алкоголю, обумовлена деякими особистісними рисами. Під установкою на вживання алкоголю, розуміється, система поглядів на алкоголь, емоційне ставлення до нього, ступінь готовності до його вживання. Позитивна установка на вживання алкоголю є ознакою

психологічної готовності до алкоголізації. Її складовими є: поведінкова готовність до вживання (проби, що відбулися, і передбачуване вживання алкоголю); установка зміни емоцій за допомогою алкоголю; настановлення на позитивні емоції від споживання алкоголю. Установка на алкоголізацію може відноситися до різних ситуацій: первинного залучення, групового вживання та одиночного систематичного вживання алкоголю.

Вже у дитячому віці може сформуватися особливе ставлення до алкоголю як до засобу отримання емоцій, способу формування бажаного стану, очікування власних позитивних емоцій від вживання психоактивних речовин, також розвитку залежності сприяє властивість психоактивних речовин «знімати напругу, або викликати ейфорію». Однак установка на вживання алкоголю аналізується лише в невеликій кількості досліджень. Не вивчено зв'язок між рисами особистості та різними компонентами установки на вживання алкоголю; не враховуються різні ситуації алкоголізації (первинне залучення, групове та одиночне систематичне вживання алкоголю). Зазначається дефіцит методик діагностики установки на алкоголізацію.

На практиці важливо виділяти основні психологічні чинники ризику алкоголізації для формулювання рекомендацій щодо здійснення диференціального особистісно-орієнтованого підходу до профілактики різних форм вживання алкоголю серед молоді.

З метою профілактики алкоголізації у молоді бажано формувати позитивну систему цінностей, розвивати волевий самоконтроль, навички цілепокладання та цілебудування. Також необхідно формувати емоційну стійкість, розвивати навички подолання в умовах проблемних життєвих ситуацій.

Мета дослідження: вивчення сучасних особливостей алкоголізації у молоді.

Відповідно до мети визначено завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз зарубіжних та вітчизняних психологічних теорій, присвячених особистості та установці з метою визначення факторів ризику вживання алкоголю молоддю.

2. Знайти методики для дослідження вживання алкоголю, які дозволять визначити особливості сучасної молоді яка схильна до вживання алкоголю.

3. Провести експериментальне дослідження особливостей алкоголізації молоді у різних ситуаціях вживання алкоголю.

4. Проаналізувати вікові та гендерні відмінності особливостей вживання алкоголю.

5. Виділити основні ризики для алкоголізації у молоді.

6. Встановити особливості вживання алкоголю та запропонувати психологічну інтерпретацію отриманих результатів.

Об'єкт дослідження: психологічні чинники ризику вживання алкоголю.

Предмет дослідження: особливості схильності сучасної молоді до алкогольної залежності.

Методи дослідження: оглядово-аналітичні і теоретичні (міждисциплінарний теоретичний аналіз літератури); психодіагностичні та математико-статистичні методи.

Для дослідження різних аспектів вживання алкоголю застосовувався комплекс психодіагностичних методик: Тест на алкоголізм Мічиганського університету (Michigan Alcohol Screening Test, MAST); Методика діагностики схильності до 13 видів залежностей Лозова Г.В.; тест «Оцінка самоконтролю в спілкуванні» за М. Снайдером.

Достовірність та надійність отриманих даних забезпечені застосуванням комплексу методів, адекватних завданням дослідження; поєднанням кількісного та якісного аналізу матеріалу; використанням методів математичної статистики; внутрішньою несуперечливістю результатів дослідження та їх відповідністю теоретичним положенням загальної психології, психології особистості та вікової психології.

Вибірка дослідження, складалась із студентського контингенту віком від 18 до 24 років жіночої та чоловічої статі. До групи ОГ1 включено 54 юнака та до групи ОГ2 включено 69 дівчат. Всі респонденти дали згоду на участь у дослідженні.

Аналіз досліджень та публікацій. Аналіз факторів ризику вживання алкоголю базувався на психологічних теоріях, що пояснюють причини вживання алкоголю з позиції особливостей особистості. У теоретичну основу роботи покладено підхід до особистості як сукупності рис, що змінюються в процесі розвитку і дозволяють передбачити дії людини (Лічко А.Є., Кеттелл Р., Айзенк Р. та ін.), а також Его-підхід, згідно з яким «Я» є суб'єктом активності людини, а порушення розвитку «Я» і «Зверх-Я» в дитячому та підлітковому віці ведуть до передбачуваних відхилень поведінки (Курек Н.С., Еріксон Е., Тайсон Ф., Хартманн Х.). Аналіз психологічних особливостей та закономірностей розвитку особистості заснований на поглядах на особистість Виготського Л.С., Цукермана Г.А. та ін. Вивчення алкоголізації базувалося на сучасних теоріях загальної та соціальної психології, а також працях вітчизняних та зарубіжних учених, які досліджували особливості установки на вживання алкоголю, у тому числі у молоді (Максимова Н.Ю., Курек Н.С., Cooper M., Frone M.).

Проаналізовано та систематизовано психологічні фактори ризику вживання та зловживання алкоголем.

Практичне значення дослідження Отримані в дослідженні дані про взаємозв'язок особистості та установки на вживання алкоголю дозволяють вирішувати практичні завдання виділення групи ризику алкоголізації та відкривають можливість для здійснення диференційованого особистісно-орієнтованого підходу у профілактиці різних форм вживання алкоголю.

Отримані в дослідженні дані про психологічні фактори ризику алкоголізації можуть бути використані при розробці та читанні лекційних курсів, спецкурсів та проведенні практичних занять з патопсихології, психології девіантної поведінки, психології адиктивної поведінки, клінічної

та медичної психології. Результати дослідження можуть знайти застосування у вирішенні завдань психологічного просвітництва батьків, педагогів, психологів, медичних працівників і можуть бути включені до програм підвищення кваліфікації фахівців, які реалізують профілактичні програми в закладах освіти, центрах психологічної допомоги.

Запропонований комплекс психодіагностичних методик для вивчення особливостей вживання алкоголю, крім вирішення практичного завдання виділення групи ризику, також може використовуватися для проведення подальших досліджень щодо проблеми визначення схильності до алкоголізації серед молоді.

Апробація результатів роботи. Результати дослідження доповідалися та обговорювалися на засіданні кафедри психології.

Кузнецова О.П., Пундєв В.В. Соціокультурні чинники, що впливають на схильність молоді до алкогольної залежності. *Підсумкова науково-практична студентська конференція ОНЕУ «Сучасні виклики економіки»*, (Одеса, 17 квітня 2024 року). Одеса. 2024.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Загальний об'єм роботи – 88 сторінки, проілюстрована 3 таблицями та 2 рисунками. Список використаної літератури містить 89 джерел.

РОЗДІЛ 1

НАУКОВО-ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

1.1. Алкоголізм як світове деструктивне явище

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) статистичні дані щодо алкогольної залежності викликають справжнє занепокоєння в усьому світі, оскільки щороку гине понад три мільйони людей. Це був сьомий провідний фактор ризику смерті та став глобальним тягарем [41, 42, 44, 51, 89].

За даними уряду Великої Британії, споживання алкоголю під час пандемії зросло, що призвело до збільшення смертності. Більшість людей повідомили, що вживають алкоголь, щоб впоратися з психічними та поведінковими розладами, пандемією. Лікування алкоголізму включає медикаменти та консультування, а іноді й детоксикацію, щоб допомогти людині безпечно кинути пити [66, 75, 89].

У 2020 році смертність від алкоголю зросла на 20%. Це було збільшення з 5819 до 6983. Середнє річне споживання алкоголю в усьому світі становить 6,4 літра на кожну людину старше п'ятнадцяти років. Всесвітня організація охорони здоров'я вже забила тривогу з цього приводу та застерегла більшість країн бути пильними щодо вживання алкоголю [41, 42, 44, 51, 74, 89].

ВООЗ звертає увагу і на етнічні відмінності щодо вживання спиртних напоїв. Згідно з дослідженням, середнє вживання алкоголю на душу населення у світі значно відрізняється. Існує величезна географічна невідповідність: споживання алкоголю на Близькому Сході та в Північній Африці відносно низьке; в різних країнах він майже дорівнює нулю. З іншого боку, споживання алкоголю в Європі вище – приблизно 15 літрів на кожну людину на рік у Литві, Чехії та Молдові. Це еквівалентно приблизно двом пляшкам вина на кожну людину щотижня, що зазвичай вважається надмірним споживанням алкоголю, і може поставити людину під загрозу шкоди, пов'язаної з алкоголем [41, 42, 44, 51, 66, 75, 77, 89].

Відразу після країн Східної Європи йдуть країни Західної Європи, до яких належать Бельгія, Ірландія, Португалія, Франція, а також Німеччина з приблизно 12-14 літрами. Нігерія є єдиною країною за межами Європи з високим рівнем споживання алкоголю та розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Знову ж таки, рівень споживання алкоголю на Близькому Сході та в Північній Африці помітно нижчий порівняно з іншими регіонами. Зазвичай 5-10% дорослих людей у цих регіонах вживали алкоголь минулого року, а в багатьох країнах це було 5%. Частка дорослих людей, які вживають алкогольні напої, найбільша в Австралії та Західній Європі. Це найвищий показник у Франції, а зареєстроване споживання алкоголю у 2010 році становило близько 95% дорослих людей у Франції. Слід відзначити, що в країнах із високим рівнем вживання алкоголю, також зафіксовано найвищий рівень розладів, що пов'язані із вживанням алкоголю, такі як розлади психічного здоров'я, фетальний алкогольний синдром, цироз печінки, передчасна смерть та передача інфекційних захворювань [41, 42, 44, 50, 51, 66, 74, 75, 89].

Якщо розглянути гендерні відмінності, то можна побачити, що в усіх регіонах чоловіки вживають алкоголь більше, ніж жінки. Гендерна різниця виявляється найменшою в регіонах, де загальна поширеність споживання алкоголю висока. У той час як споживання алкоголю було середнім, частота вживання алкоголю серед жінок, ймовірно, значно нижча, або часто становить менше половини відсотка чоловіків [2, 15, 21, 58, 65, 68, 71].

Вживання алкоголю є тягарем для здоров'я кожного, хто є залежним, і може призвести до передчасної смерті, яка є частиною смертності, пов'язаної з алкоголем, захворювань печінки та передачі інфекційних захворювань. Людина, яка сильно п'є або епізодичне вживання спиртних напоїв, відноситься до відсотка дорослих людей, які споживали 60 грамів або більше 100 % чистого алкоголю на душу населення один раз за останні 30 днів. Вживання 60 грамів чистого спирту еквівалентно шести стандартним алкогольним напоям. Звіт про глобальний стан споживання алкоголю на душу населення показав, що люди, які сильно вживають алкоголь – люди, які мали

випадки алкогольного сп'яніння протягом 30 днів і, ймовірно, завдали шкоди, пов'язаної з алкоголем, можуть вважатися частиною глобального тягаря хвороб [41, 42, 44, 50, 51, 66, 75, 89].

Оцінка цього звіту про глобальний стан ясно показує, що шкода, пов'язана з алкоголем, є основною причиною глобальної смертності внаслідок зловживання.

Також існує проблема вживання алкоголю неповнолітніми, коли вікова категорія населення, яка вживає алкоголь, є меншою за встановлений. Це те, що сприяє високому пияцтву дорослих, коли вони починали змалку. Наприклад, на Мадагаскарі 65% дорослих людей, які п'ють, протягом більшої частини свого життя вживали алкоголь. В Парагваї, Литві, Монголії, Австрії, Фінляндії, а також Беніні споживання чистого алкоголю на душу населення становило понад 50% тих, хто п'є, коли вони були в молодій віковій групі [9, 19, 48, 50, 51, 59, 63, 74, 75, 89].

Навпаки, у багатьох країнах Південної Азії та Африки це стосується не більше 5% тих, хто п'є. Навіть у європейських країнах є великі диспропорції між регіонами. Наприклад, в Італії лише 6% дорослих людей, які п'ють, мали важкий сеанс споживання алкоголю, на відміну від майже половини в Ірландії. В Іспанії – 20%, у Бельгії – 42%, у Франції та Великій Британії – третина. Кількість споживання алкоголю в світі сьогодні становить близько 6,4 літра на людину старше 15 років. Це річна тенденція, яка, як очікується, збережеться до 2031 року, коли в Європі більше не буде максимальних показників споживання алкоголю [9-12, 16, 19, 48, 50, 51, 59, 63, 75, 89].

Вживання алкоголю продовжує відігравати життєво важливу роль у соціальних зв'язках і взаємодії для багатьох. Помірне вживання алкоголю або пияцтво в суспільстві приносить задоволення, хоча це помірне вживання алкоголю також має тягар хвороби. Вживання алкоголю в усьому світі є причиною майже 2,8 мільйонів передчасних смертей на рік. Ця статистика стосується саме дорослої вікової групи, і фактор ризику людей, які вживали

алкоголь у неповнолітньому віці, залишається високим [41, 42, 44, 50, 51, 66, 75, 89].

Білорусь – невеликий регіон Європи, що не має виходу до моря, де споживається один із найвищим відсотком літрів алкоголю на рік. Загалом жителі Білорусі вживали 14,6 літра алкоголю на рік. Це еквівалентно 46 чаркам горілки на кожну людину. Очевидно, що цей систематичний аналіз занадто великий. Це країна, валовий внутрішній продукт якої надзвичайно високий. Ймовірно, однією з проблем Білорусі та інших країн є фізична доступність алкоголю та структура споживання чистого алкоголю на людину, включаючи вживання алкоголю неповнолітніми для людей вікової групи до 18 років. Згідно з проведеним дослідженням захворювань, смертність від алкоголю також була високою в цій країні. Її населення в цілому споживало 14,4 літра на рік, що більш ніж у 1,5 рази більше, ніж у США [9-12, 16, 19, 48, 50, 51, 59, 63, 75, 89].

Звіт про стан алкоголю показав, що США для порівняння повідомили про 8,7 літрів алкоголю, що вживається на рік, що еквівалентно 29 чаркам горілки на кожну людину [41, 42, 44, 51, 70, 72, 89]. У той час як уряд Білорусі поспішив спростувати і заперечити звіти, опубліковані Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), національні антиалкогольні заходи були реалізовані з розрахунком на зниження рівня вживання чистого алкоголю на людину в цій країні.

Країни, які споживають менше, це Словаччина, Люксембург та Ірландія, усі споживають у середньому 11,4 літра на рік. Сполучені Штати Америки посіли двадцять п'яте місце, випиваючи 8,7 літра алкоголю на душу населення на рік. Споживання алкоголю значно зросло як у країнах із середнім рівнем доходу, так і в таких країнах, як Індія, В'єтнам і Китай [41, 42, 44, 50, 51, 66, 69, 72, 75, 89].

Багато десятиліть тому в деяких регіонах споживання алкоголю було вищим. Наприклад, у Франції в 1920 році середній відсоток алкоголю на кожну людину становив 22,1 літра на рік. Це еквівалентно 184 літровим

пляшкам вина на кожну людину на рік. На відміну від сьогоднішніх даних, які показують вживання алкоголю кожною людиною старше п'ятнадцяти років, тут також враховуються діти. Нормальне споживання для кожного дорослого було ще вищим. Шотландці п'ють більше спиртних напоїв, ніж будь-коли [41, 42, 44, 50, 51, 66, 75, 89].

Алкоголізм є серйозною проблемою в усьому світі, оскільки він має багато негативних наслідків для організму, таких як залежність, захворювання печінки, серцеві проблеми, нездатність функціонувати та смерті, пов'язані з алкоголем. Це серйозна глобальна пандемія, з якою потрібно боротися.

Незалежно від того, чи це вживання міцних алкогольних напоїв, пива чи вина, коли все стає настільки серйозним, що вживання алкоголю вважається розладом зловживання психоактивними речовинами, справа не в насолоді від нього, а в чомусь іншому.

Для більшості людей причиною запою є психічні розлади. Боротися з проблемами психічного здоров'я нелегко, що також пояснює, чому алкоголізм неповнолітніх також є проблемою. Підлітки, які мають великий тягар психічного здоров'я, як правило, вживають алкогольні напої, не замислюючись про фактор ризику. Навіть «середнє споживання алкоголю» може поставити неповнолітніх і людей загалом у групу ризику розвитку розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, негативних наслідків для здоров'я, серцево-судинних захворювань, захворювань печінки, пов'язаних з алкоголем, поведінкових розладів, а також може становити загрозу для їх загального благополуччя, включаючи смертельний алкогольний синдром [9-12, 16, 19, 29, 33, 40, 47, 50, 51, 53, 59, 63].

Люди, які борються з алкогольною залежністю, можуть бути настільки заклопотані вживанням алкоголю, що призводять до неправильного харчування, психічних розладів і, згідно зі звітом про дослідження захворювань, у них навіть може розвинутися захворювання печінки в молодому віці, наприклад цироз печінки. Неважливо, чи вони пиячили все життя. Існує багато попереджувальних ознак, коли мова заходить про

алкоголізм, одним із яких є споживання алкоголю, що перевищує рекомендовану добову норму, яка становить максимум два напої на день для чоловіків і один напій на день для жінок. Алкоголь – це психоактивна речовина, яка також пригнічує центральну нервову систему, тому вони піддають себе ризику глобальної смерті або хвороби через алкоголь. Коли людина звикає до певної кількості загального споживання алкоголю, дуже важко зупинитися.

Роки життя з поправкою на непрацездатність (DALY) – це міра глобального тягара хвороб, особливо інфекційних захворювань, виражена як кількість років, втрачених через погане здоров'я, інвалідність, відсутність фізичної активності або ранню смерть. Він був розроблений у 1990-х роках як спосіб порівняння загального стану здоров'я та очікуваної тривалості життя в різних країнах. Надмірне споживання алкоголю призводить до високих показників DALY у більшості країн, що також означає, що смертність, пов'язана з алкоголем, також висока [10, 47, 50, 53, 59, 63, 64, 67, 69, 70, 86-89].

1.2. Алкоголізм у відомих класифікаціях: історичний аспект та симптоматика

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), опублікована в 1992 році, є остаточною міжнародною системою діагностики, класифікації та кодування хвороб і пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям. Таким чином, вона використовується в усьому світі для класифікації та реєстрації діагнозів у клінічній практиці, а також для фіксації випадків захворювання для статистичного моніторингу. Її ширша мета полягає в тому, щоб допомогти зменшити тягар захворювань та інвалідності шляхом забезпечення узгодженої на міжнародному рівні системи полегшення спілкування [38, 82].

Різноманітні ролі та довга історія системи ICD призвели до певної складності, що ускладнює навігацію в певних місцях. Серед завдань є

дослідження багатьох місць, в яких залучення алкоголю та інших психоактивних речовин (і пов'язаних з ними розладів) фіксується та з'ясовується, як це можна оптимізувати для клінічних та епідеміологічних цілей.

Шкідливе вживання алкоголю – це повторне вживання алкоголю, яке фактично спричинило певну форму фізичного чи психічного пошкодження. Алкогольна залежність – це психобіологічний синдром, при якому існує постійна рушійна сила до споживання алкоголю, що стає центральною рисою життя цієї людини. Певною мірою воно відповідає попереднім розумінням «алкоголізму», але конкретно не охоплює фізичні, психічні та соціальні наслідки. У попередніх версіях МКХ-10 був додатковий розлад «небезпечне вживання алкоголю». Небезпечне вживання означає рівень або модель споживання алкоголю, що створює ризик шкідливих наслідків. Його було виключено з МКХ-10, оскільки вважалося, що він не є розладом як таким, а скоріше фактором ризику [3, 18, 28, 33, 38, 82].

Невідкладні прояви, пов'язані з алкоголем, включаючи травми, зазвичай класифікуються за основним кодом конкретного захворювання чи травми. За винятком передозування або отруєння алкоголем, основні коди травм в МКХ-10 (коди S і T для характеру травми та коди VY для зовнішніх причин) не включають стандартні коди, що вказують на причетність до алкоголю. Фізичні розлади, які спостерігаються в інших сферах практики (наприклад, у лікарняних палатах), зазвичай використовують інші розділи системи ICD-10 [3, 18, 28, 31, 32, 33, 38, 45].

Суть пропозиції Туке і Харріса полягає в тому, щоб відмовитися від клінічної оцінки сп'яніння (яка не застосовується до інших психоактивних речовин і може бути врахована в інших розділах МКХ-10) із засобом класифікації тривалого вживання алкоголю. Вони стверджують, що при визначенні впливу тривалого вживання алкоголю людиною на хворобу чи травму буде отримано точнішу оцінку пов'язаного з цим ризиком (фактично), а рівень вживання алкоголю ініціюватиме відповідне клінічне втручання. Як

вони пропонують, людину класифікуватимуть в ієрархії від того, хто утримується протягом усього життя, до поточної алкогольної залежності [28, 33, 38, 45, 71, 86, 88].

В принципі, це могло б працювати добре, якби воно регулярно застосовувалося до випадків травм і якби діагностичні коди записувалися до четвертого символу. Сучасні дані свідчать про те, що людина, яка зловживає алкоголем, швидше за все, відреагує на коротке поведінкове втручання. Люди з алкогольною залежністю, як правило, потребуватимуть вищого рівня лікування, включаючи детоксикацію, поведінкові втручання та/або ліки, такі як налтрексон. Слід підкреслити, що діагнози МКБ-10 F10.X базуються не на типовому рівні (або характері) споживання алкоголю, як це може припускати ця пропозиція, а скоріше на наявності визначеної шкоди (шкідливе вживання, F10.1) або когнітивні, поведінкові та/або фізіологічні особливості алкогольної залежності (F10.2) [32, 38, 82].

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин (F10). Цей блок містить широкий спектр розладів, які відрізняються за ступенем тяжкості та клінічною формою, але всі вони пов'язані з вживанням однієї чи кількох психоактивних речовин, які можуть або не можуть бути призначені лікарем. Третій символ коду ідентифікує залучену речовину, а четвертий символ визначає клінічний стан. Коди слід використовувати відповідно до вимог для кожної зазначеної речовини, але слід зазначити, що не всі коди четвертого символу застосовні до всіх речовин [21, 38, 82].

Ідентифікація психоактивної речовини повинна ґрунтуватися на якомога більшій кількості джерел інформації. До них належать дані самооцінки, аналіз крові та інших рідин організму, характерні фізичні та психологічні симптоми, клінічні ознаки та поведінка, а також інші докази, такі як наявність у пацієнта наркотиків або звіти поінформованих третіх сторін. Багато споживачів наркотиків приймають більше одного типу психоактивних речовин. Основний діагноз слід класифікувати, коли це можливо, відповідно до речовини або

класу речовин, які спричинили або найбільше сприяли наявному клінічному синдрому.

Для категорій F10-F19 використовуються наступні підрозділи четвертого символу [38, 82]:

0 «Гостра інтоксикація. Стан, що виникає після прийому психоактивної речовини, що призводить до порушення рівня свідомості, пізнання, сприйняття, афекту чи поведінки або інших психофізіологічних функцій і реакцій. Розлади безпосередньо пов'язані з гострою фармакологічною дією речовини та зникають з часом, з повним одужанням, за винятком випадків пошкодження тканин або інших ускладнень. Ускладнення можуть включати травму, вдихання блювотних мас, марення, кому, судоми та інші медичні ускладнення» [32, 38].

Виключено інтоксикацію, тобто отруєння:

1 «Шкідливе використання. Схема вживання психоактивних речовин, що завдає шкоди здоров'ю. Шкода може бути фізичною (як у випадках гепатиту від самостійного введення ін'єкційних психоактивних речовин) або психічною (наприклад, епізоди депресивного розладу, що є вторинним у зв'язку з великим споживанням алкоголю)» [32, 38].

2 «Синдром залежності. Кластер поведінкових, когнітивних і фізіологічних явищ, які розвиваються після повторного вживання наркотиків і які зазвичай включають сильне бажання прийняти наркотик, труднощі в контролі його вживання, наполегливість у його вживанні, незважаючи на шкідливі наслідки, вищий пріоритет вживання наркотиків, ніж до інших видів діяльності та зобов'язань, підвищена толерантність, а іноді й стан фізичної відстороненості» [32, 38].

Синдром залежності може бути присутнім для конкретної психоактивної речовини (наприклад, тютюну, алкоголю або діазепаму), для класу речовин (наприклад, опіюйдних наркотиків) або для більш широкого діапазону фармакологічно різних психоактивних речовин [28, 32, 38].

3 «Стан відміни. Група симптомів різної кластеризації та тяжкості, що виникають при абсолютній або відносній відміні психоактивної речовини після тривалого вживання цієї речовини. Початок і перебіг стану абстиненції обмежені в часі та залежать від типу психоактивної речовини та дози, яка використовується безпосередньо перед припиненням або скороченням вживання. Абстинентний стан може ускладнюватися судомою» [28, 31, 32, 38].

4 «Абстинентний стан з маренням. Стан, при якому абстинентний стан, як визначено у загальному четвертому символі, ускладнюється маренням. Також можуть виникати судоми» [38].

5 «Психотичний розлад. Кластер психотичних явищ, які виникають під час або після вживання психоактивних речовин, але які не пояснюються лише гострою інтоксикацією та не є частиною стану відміни. Розлад характеризується галюцинаціями (зазвичай слуховими, але часто в більш ніж одній сенсорній модальності), спотвореннями сприйняття, маренням (часто параноїдального або переслідувального характеру), психомоторними розладами (збудженням або ступором) і аномальним афектом, який може варіюватися від сильного страху до екстазу» [38].

6 «Амнестичний синдром. Синдром, пов'язаний з хронічним вираженим порушенням пам'яті на недавнє та віддалене. Миттєве пригадування зазвичай зберігається, а недавня пам'ять, як правило, більш порушена, ніж віддалена пам'ять. Зазвичай виявляються порушення відчуття часу та порядку подій, а також труднощі у вивченні нового матеріалу. Конфабуляції можуть бути помітними, але не завжди присутні. Інші когнітивні функції зазвичай відносно добре збережені, а амнезійні дефекти не пропорційні іншим порушенням» [38].

7 «Резидуальний і пізній психотичний розлад. Розлад, при якому спричинені алкоголем або психоактивними речовинами зміни пізнання, афекту, особистості чи поведінки зберігаються після періоду, протягом якого можна обґрунтовано припустити, що діє прямий ефект, пов'язаний із

психоактивними речовинами. Виникнення розладу має бути безпосередньо пов'язане із вживанням психоактивної речовини. Випадки, коли початковий стан виникає пізніше, ніж епізод(и) вживання такої речовини, слід кодувати тут, лише якщо є чіткі та переконливі докази того, що цей стан пояснюється залишковою дією психоактивної речовини. Флешбеки можна відрізнити від психотичного стану частково за їх епізодичним характером, часто дуже короткочасним, і за дублюванням попереднього досвіду, пов'язаного з алкоголем або іншими психоактивними речовинами» [38].

8 «Інші психічні та поведінкові розлади» [38].

9 «Неуточнений психічний та поведінковий розлад» [38].

Зловживання алкоголем може початися в будь-якому віці. Для деяких моделі поведінки починаються в дитинстві (до 18 років). Для інших вони можуть початися в ранньому дорослому віці (21-30) або пізніше в житті через можливий досвід або ситуації, з якими вони могли стикнутися. Не існує точної формули, яка б могла передбачити, розвиток алкогольної залежності. Однак є поведінка підвищеного ризику, яка може свідчити про розвиток алкогольної залежності.

Алкоголь є депресантом, який впливає на концентрацію та координацію, уповільнює час реакції та впливає на реакцію на ситуації, отже, небезпечно під час таких видів діяльності, як водіння, робота чи спорт.

Вживання алкоголю по-різному впливає на різних людей залежно від їх ваги, статі та метаболізму, і на нього може впливати низка факторів ризику, таких як кількість спожитого, історія хвороби людини, толерантність до алкоголю, а також до інших наркотиків – легальних чи нелегальний – змішаний з алкоголем.

Вміст алкоголю в крові людини (ВАК) визначає вплив алкоголю на центральну нервову систему. Ті, у кого склалася толерантність до алкоголю, можуть пити більше, ніж ті, у кого рівень толерантності нижчий [38, 67]. Залежно від ВАК, можна відчути низку побічних ефектів, які варіюються від незначних ускладнень до більш серйозних. Наприклад, нижчий відсоток ВАК,

як правило, супроводжується тимчасовими побічними ефектами, які зникають протягом кількох годин. Однак із збільшенням відсотка ВАК симптоми стають набагато серйознішими та можуть становити загрозу для життя [28, 31, 32, 38, 67]. Розгляне деякі наслідки у медичних та психо-поведінкових змінах які відбуваються у особистості.

«ВАК – 0,033-0,12%: поліпшення настрою; вища впевненість у собі; менше хвилювання; почервоніння обличчя; короткий проміжок уваги; відсутність тонкої рухової координації; порушення судження» [28, 31, 32, 38, 67].

«ВАК – 0,09-0,25%: седація; втрата пам'яті та відсутність розуміння; уповільнені рухові реакції; проблеми з рівновагою та атаксія; розмитість зору і порушення чутливості» [28, 31, 32, 38, 67].

«ВАК – 0,25-0,40%: притомність і поза свідомістю або повна втрата свідомості; амнезія під час подій у нетверезому стані; хитається хода; блювота з аспірацією; пригнічення дихання; нетримання сечі; уповільнений пульс» [28, 31, 32, 38, 67].

«ВАК – 0,35-0,80%: коматозний стан; відсутність реакції зіниці на світло; пригнічення дихання, що загрожує життю; різке зниження ЧСС; смерть» [28, 31, 32, 38, 67].

Відповідно до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-V-TR), є кілька факторів, які можуть сприяти розвитку у людини з алкогольною залежністю. Вони можуть включати, але не обмежуються, наступне: безпосередній сімейний анамнез розладу вживання алкоголю; проживання в оточенні частого вживання алкоголю, особливо в дитинстві; нещодавно пережита травматична подія; вживання алкоголю неповнолітніми, переважно в ранньому віці (до 12 років) [28, 31, 32, 38, 67].

Окрім факторів ризику, DSM-5 включає ранню поведінку та симптоми, які можуть проявлятися у людини на ранніх стадіях алкогольної залежності. До них належать, але не обмежуються [67]:

1. Частий пошук причин для вживання алкоголю, особливо в умовах, де це може бути недоречним.
2. Часте вживання нездорових моделей алкоголю, як-от запій.
3. Часте вживання алкоголю з людьми або без них, особливо якщо вони п'ють більше, перебуваючи наодинці.
4. Переживання конфліктів у стосунках з друзями, родиною або партнерами через вживання алкоголю.
5. Зменшення або припинення інших приємних занять або хобі, щоб замість цього вживати алкоголь.
6. Проблеми з виконанням шкільних або робочих обов'язків через вживання алкоголю [67]:

З прогресуванням алкоголізму він стає серйознішим і впливає на інші аспекти життя. Це можуть бути близькі сімейні стосунки, юридичні проблеми та серйозні захворювання, такі як захворювання печінки чи інсульт. Деякі запущені ознаки важкої алкогольної залежності можуть включати наступне [38, 67]:

1. Наслідки, пов'язані з алкоголем, наприклад, затримання за водіння в нетверезому стані або втрата роботи через часті виклики з роботи після вживання алкоголю.
2. Часте вживання алкоголю з метою сильного сп'яніння, часто через стресові ситуації.
3. Вживання алкоголю протягом періодів часу, які зазвичай не асоціюються з вживанням алкоголю для людини (наприклад, вживання протягом дня).
4. Применшення або спроби приховати від інших кількість алкоголю, який вони споживають.
5. Небажання або нездатність припинити або зменшити вживання алкоголю, коли це вимагається.
6. Помітне зниження рівня самообслуговування, гігієни та інших видів повсякденної діяльності.

7. Участь у поведінці високого ризику в стані алкогольного сп'яніння, як-от фізичне насильство, керування автомобілем у стані алкогольного сп'яніння або потрапляння в небезпечне середовище.

8. Бути нечесним щодо вживання алкоголю, щоб не здаватися, що він п'є.

9. Зміни поведінки або особистості, такі як дратівливість, імпульсивність або депресія, які коливаються під впливом алкоголю або без нього.

10. Продовження вживання алкоголю незалежно від наслідків.

Хоча ці попереджувальні ознаки можуть вказувати на те, що розвивається алкогольна залежність, всім, хто бореться з алкоголізмом, все одно важливо звернутися до кваліфікованого фахівця. До числа таких спеціалістів можуть входити психіатри, наркологи чи психологи, які пройшли навчання щодо лікування розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин [21].

Зловживання алкоголем може негативно вплинути на організм як зовні, так і зсередини. Незважаючи на те, що ми не в змозі побачити шкоду, яку вживання алкоголю завдає внутрішнім органам, важливо не ігнорувати тривожні ознаки алкоголізму. Іноді шкідливі наслідки виявляються лише пізніше в житті, що ускладнює усунення багатьох ускладнень зі здоров'ям [20].

Хоча короткострокові наслідки, такі як відсутність координації, зміни настрою та нудота, добре відомі, довгострокові наслідки тривалого та/або надмірного вживання алкоголю можуть включати: втрата відчуття в руках і ногах; пошкодження головного мозку; втрата пам'яті; галюцинації; спантеличеність; гіпертонія; збільшене серце; нерегулярний пульс [20, 21, 38, 67].

Підвищений ризик інфекцій, включаючи туберкульоз, цироз печінки, гепатит, підвищений ризик раку, кровотечі, виразки та слабкість м'язів. Для чоловіків: імпотенція; зменшення яєчок; пошкодження сперми та зниження

кількості сперми. Для жінки: збільшення гінекологічних проблем; пошкодження плода при вагітності; підвищений ризик раку грудей [21, 38, 67, 71, 78].

Хоча кожен орган у тілі може відчувати наслідки вживання алкоголю, деякі з них більш схильні до значного пошкодження:

1. Мозок. Вплив алкоголю на мозок можна швидко відчувати. Вживання алкоголю не тільки може спричинити тимчасові ускладнення, такі як втрата пам'яті та координації, але також може призвести до довгострокових побічних ефектів, які іноді є незворотними. Тривале та надмірне вживання алкоголю впливає на роботу мозку, а також на його структуру. Пошкодження різних ділянок мозку, особливо мозочка, лімбічної системи та кори головного мозку, значно впливає на комунікаційні шляхи організму. Наприклад, мозочок відповідає за моторику тіла. Коли алкоголь впливає на цю область мозку, швидше за все, людина відчує втрату рівноваги, а також проблеми з пам'яттю та емоційною реакцією [20, 21, 34, 37, 38, 67, 79, 81, 83, 88].

2. Серце. Серце надзвичайно вразливе до негативного впливу вживання алкоголю. З часом часте вживання алкоголю послабляє серце, впливаючи на те, як кисень і поживні речовини доставляються до інших життєво важливих органів. Надмірне вживання алкоголю підвищує рівень тригліцеридів у крові. Високий рівень тригліцеридів сприяє ризику розвитку небезпечних захворювань, таких як хвороби серця та діабет. Деякі ранні серцево-судинні наслідки, такі як високий кров'яний тиск і нерегулярне серцебиття, можуть призвести до багатьох проблем у майбутньому. Довгострокові наслідки надмірного вживання алкоголю включають кардіоміопатію, інсульт і раптову серцеву смерть [2, 18, 21, 38, 67, 69, 76, 79, 81, 83, 88].

3. Печінка. Люди, які сильно п'ють, ризикують отримати шкідливі, потенційно небезпечні для життя проблеми з печінкою. Коли людина вживає алкоголь, печінка розщеплює алкоголь і виводить його з крові. Однак надмірна кількість алкоголю за короткий проміжок часу може пригнічувати процес

обміну речовин і призвести до ожиріння печінки. Ожиріння печінки – це хронічний стан, який включає накопичення шкідливих жирів у печінці. Ожиріння є одним з найбільших факторів жирової печінки. Це також може спричинити печінкову недостатність і діабет 2 типу. Іншими серйозними ускладненнями печінки, пов'язаними з тривалим і надмірним вживанням алкоголю, є алкогольний гепатит, фіброз і цироз печінки. Хоча кожне з цих станів піддається лікуванню, вони вимагають правильного медичного діагнозу та плану інтенсивного лікування [21, 38, 46, 52, 58, 60].

4. Підшлункова залоза. Підшлункова залоза є частиною процесу травлення та допомагає регулювати рівень цукру в крові. Вживання алкоголю протягом багатьох років може почати негативно впливати на підшлункову залозу та викликати тривалі ускладнення зі здоров'ям. На жаль, ранні стадії багатьох захворювань підшлункової залози часто не відчуються, і тому їх не лікують. Тривале зловживання алкоголем призводить також до набряку кровоносних судин навколо підшлункової залози, що призведе до панкреатиту. Це значно підвищує ризик розвитку раку підшлункової залози – типу раку, який швидко поширюється та є дуже небезпечним. Симптоми гострого нападу підшлункової залози можуть включати біль у животі, діарею, нудоту, прискорене серцебиття та лихоманку. Хоча ліки та інші методи лікування можуть допомогти впоратися з наслідками панкреатиту, дуже важко повернути назад стан [21, 38, 43, 46, 52, 58, 60, 73].

Алкогольне отруєння. Занадто багато алкоголю, спожитого за короткий проміжок часу, може уповільнити дихання та серцевий ритм, знизити температуру тіла та викликати сплутаність свідомості, блювоту, судоми, втрату свідомості та навіть смерть. Алкогольне отруєння також може пригнічувати блювотний рефлекс, підвищуючи ризик того, що людина може захлинутися блювотою, якщо втратите свідомість.

Якщо людина вживала алкоголь і перебуває без свідомості або в напівпритомному стані, її дихання уповільнене, шкіра липка, відчувається сильний запах алкоголю, можливо, у неї алкогольне отруєння.

1.3. Концептуальні підходи щодо установок молоді на вживання алкоголю

Актуальність дослідження щодо формування установки на вживання алкоголю серед молоді має кілька важливих аспектів: соціальні та соціокультурні, психологічні та медичні.

Розглядаючи соціальні та соціокультурні аспекти формування установки на вживання алкоголю, слід відзначити, культуральні особливості етнічної групи до якої належить молода особистість. У деяких державах та культурах вживання алкоголю може бути прийнятим або не дуже суворо регламентується державними заборонами. Так наприклад, французи вважають вино частиною свого культурного спадку. Вживання вина, навіть у молодому віці, може бути частиною навчання та культурної інтеграції. Італійці також приділяють велику увагу виноробству та культурі вживання вина. Вони вважають його частиною соціальних подій та сімейних зборів. В іспанській культурі вино та інші алкогольні напої можуть бути сприйняті як невід'ємна частина традицій та святкування. У Нідерландах вживання алкоголю, зокрема пива, може бути сприйняте як нормальне та соціально прийнятне явище, навіть в молодому віці. А в Новій Зеландії, хоча існують закони, що обмежують продаж та споживання алкоголю молодим особам, культурна норма дозволяє вживання алкоголю у помірних кількостях у родинному оточенні та на певних суспільних подіях [1, 9, 15, 38, 59, 65].

Тобто саме соціальне середовище із малолітнього віку особистості демонструє приклад (традиції, стереотипи) та культурні норми вживання алкогольних напоїв. Дитина зростає і у сензитивний період становлення особистості поступово формується установка на наслідування поведінки дорослих і як один із варіантів дорослої поведінки є супровід свят, важливих подій, чи зустрічей у супроводі із вживанням алкогольних напоїв. Для розуміння мотивації вживання алкоголю необхідно враховувати ці аспекти.

Розглядаючи психологічні та медичні аспекти формування установки на вживання алкоголю, необхідно відзначити негативний вплив на фізичне та

психічне здоров'я молоді. Молодь може бути більш схильною до ризикованої поведінки, такої як керування автомобілем у нетверезому стані, що може призвести до серйозних наслідків. Вживання алкоголю в ранньому віці призводить до більш швидкого звикання як на фізіологічному так і на психологічному рівнях [5, 9, 13, 29, 73]. Установка щодо вживання алкоголю в ранньому віці може мати тривалий вплив на подальше життя. Дослідження цього питання може допомогти при розробці стратегії для зменшення негативного впливу. Взагалі розуміння факторів, які впливають на установку молоді щодо вживання алкоголю, у більшості цивілізованих держав покладено в основу розробок ефективних програм профілактики та освіти, формування установок на здоровий спосіб життя серед молодого покоління. Часто такі заходи включають інформаційні кампанії, навчання навичкам прийняття рішень та інші.

Взагалі, дослідження установки на вживання алкоголю серед молоді є важливим для розуміння та покращення психофізіологічного та соціального становища молодого покоління. Установки молоді на вживання алкоголю вивчається різними науковцями та теоретиками, існують різні концепції щодо цього явища.

Так наприклад в рамках теорії соціального впливу, Альберт Бандура (1977), розглядає вплив соціальних моделей та оточуючого середовища на установку та поведінку особистості. За його думкою, спостереження за іншими особами може впливати на установку щодо вживання алкоголю.

Ісіш Фішбейн та Мартін Ейджен (1975) пропонують модель ризикованої поведінки за збором даних, яка враховує особисті уявлення та установки щодо певної поведінки, включаючи вживання алкоголю.

В теорії ризикованої поведінки, представленої Річардом Джессором (1991) та його колегами, вивчені фактори, які сприяють ризикованій поведінці, включаючи вживання алкоголю серед молоді. Вони розглядають контекстуальні, соціальні та особисті фактори, що впливають на цю установку.

Роберт Чалдіні (1990) в рамках своєї теорії соціального нормування досліджував вплив соціальних норм та очікувань на установку в тому числі в його роботах зустрічається і розгляд установок на девіантну поведінку, серед яких і вживання алкоголю. Ой факт що Ведучим положенням його теорії є той факт, що соціальний тиск впливає на прийняття рішень, а підлітковий вік має одну із провідних задач, це становлення в соціальній групі однолітків і у разі неблагосприятливого середовища, вживання алкоголю може початись під тиском групи [1, 9, 15, 38, 40, 45, 59, 65].

Це лише декілька прикладів того, які концепції та автори досліджують установку молоді на вживання алкоголю. Кожна з цих теорій пропонує свій власний погляд на механізми, що лежать в основі цього явища.

Можна узагальнити існуючі концепції щодо формування установки на вживання алкоголю, в залежності від того який із факторів обирають автори за основу формування відокремлюються три основних спрямування, це біологічний, психологічний та соціальний. Останніми роками все більше науковців розглядають алкогольну залежність із позиції біопсихосоціального підходу, який включає розгляд та вплив кожного із факторів на формування алкогольної залежності.

Історично першим підходом до аналізу відхилень у поведінці був біологічний. Італійський вчений Чезаре Ломброзо, який протягом тривалого часу працював у якості тюремного лікаря, отримав унікальну можливість узагальнити значний фактичний матеріал. Він вважав, що основні причини схильності до злочинності лежать в спадково-біологічних факторах, таких як особливості будови черепа. Однак, відзначав, що вплив навколишнього середовища також має значення.

Найчастіше в рамках біологічного підходу до вживання алкоголю спираються на розуміння впливу алкоголю на біологічні системи організму. Першим етапом обробки алкоголю в організмі є його метаболізм у печінці. Головний фермент, що відповідає за цей процес, – алкогольдегідрогеназа (АДГ). Цей процес перетворює етиловий спирт (алкоголь) на ацетальдегід,

який є токсичним. Ацетальдегід, утворений під час метаболізму алкоголю, подальше метаболізується до ацетату, який є менш токсичним. Ацетат може бути використаний як джерело енергії для клітин. Однак, нагромадження ацетальдегіду в організмі може призвести до різних негативних наслідків, включаючи головний біль, погане самопочуття та інші симптоми алкогольного отруєння. Ацетальдегід та інші метаболіти алкоголю впливають на нейротрансмітери в мозку, зокрема гамма-амінобутиричну кислоту (ГАБА) та глутамат. Це може призвести до різних ефектів, включаючи зниження інгібіції та збільшення збудження нейронів. Враховуючи біологічні аспекти вживання алкоголю, важливо розуміти, що кожна людина може реагувати на алкоголь по-різному в залежності від її генетичних особливостей та фізіологічного стану [1, 38, 45, 51, 59, 61, 65, 76, 77].

При цьому все частіше зустрічаються дослідження в яких доводяться та розглядаються генетичні складові схильності до алкоголізму. Генетичні варіанти, що кодують ферменти, відповідальні за метаболізм алкоголю, можуть впливати на терпимість та чутливість до алкоголю. Наприклад, деякі люди можуть бути більш схильні до швидкого розкладання ацетальдегіду, тоді як інші можуть бути менш терпкими до його дії. Постійне вживання алкоголю призводить до розвитку фізіологічної толерантності, коли для досягнення того ж самого ефекту потрібно більше алкоголю. Крім того, алкоголь викликає окрім фізіологічної залежності і психологічну, розвиваються проблеми з нервовою системою, порушення сну, поведінки, емоційної сфери та інші проблеми.

Серед психологічних теорій девіантної поведінки варто відзначити теорію Зигмунда Фрейда. Згідно з цією теорією, свідомість людини (представлена «Я») намагається уникнути конфлікту та часто вдається до сублімації агресивних та сексуальних імпульсів. Сублімація - це механізм, за яким енергія інстинктів перенаправляється у соціально прийнятні форми. Наприклад, особа, яка схильна до агресії, може використовувати важку фізичну працю або займатися спортом як спосіб виразити ці почуття. Але,

незріле та нерозвинене «Я» може бути неспроможним до сублімації, що може призвести до виникнення девіантної поведінки [5, 9, 13, 29, 73].

Згідно з теорією ієрархії потреб, Абрахама Маслоу, люди мають різні рівні потреб, включаючи потребу в самореалізації та впевненості в собі. У деяких випадках, вживання алкоголю може бути пов'язане з спробою задовольнити ці потреби. В рамках концепції самореалізації та самовдосконалення К. Роджерса – в якій він вбачає, що основна мета кожної людини – розвивати свій потенціал і стати кращою версією себе. У разі, коли людина відчуває стрес, низьку самооцінку чи незадоволеність собою, вона може шукати способи впоратися з цим, включаючи вживання алкоголю. Так наприклад деякі особистості ілюзорно вважають себе більш комунікабельними і їм легше вибудовувати міжособистісні взаємини якщо вони вжили алкоголь. Тобто для задоволення потреби у повазі та прийнятті вони використовують додаткові стимулятори у тому числі й алкоголь для формування прихильності до себе.

Айзенк Джозеф в теорії особистісних рис, розглядаючи тривожність та екстраверсію, вказав на те, що люди з певними рисами особистості можуть бути більш схильними до вживання алкоголю в стресових ситуаціях а ніж інші.

Для розуміння причин виникнення девіації надзвичайно важливою є концепція Еміль Дюркгейм – аномії та твердження, що саме у сучасному суспільстві ховається найбільша небезпека. Аномія описує ситуацію, коли традиційна система норм та цінностей розпадається, а нова ще не сформувалася. У цьому стані суспільство стає полем боротьби індивідуальних амбіцій його членів, і контролюється силою. Саме в такому суспільному контексті розповсюджуються девіантні форми поведінки продовженням якої є теорія соціальної напруги Роберта Мертон, основна ідея якої полягає в тому, що головною причиною злочинності як вияву девіантної поведінки є протиріччя між цінностями, які суспільство прагне втілити у людей, і можливостями їх досягнення згідно встановленим правилам. Якщо особа не в змозі здобути певні цінності відповідно до прийнятих у суспільстві правил, то

вона може реагувати на це шляхом прояву девіантної поведінки, включаючи агресію та насильство.

Соціальний когнітивний психолог, Альберт Бандура, який розробив теорію соціального навчання, вважав, що люди навчаються через спостереження і моделювання інших людей. Якщо людина спостерігає позитивні наслідки вживання алкоголю у своєї оточуючої групи, це може вплинути на її установку та поведінку щодо алкоголю.

Розглядаючи представлені концепції в рамках аспекту формування установки на вживання алкоголю, можна відзначити, що подібно до інших форм девіантної поведінки, споживання алкоголю може бути реакцією на протиріччя між соціальними очікуваннями та реальними можливостями особистості. У суспільстві, де великий акцент робиться на соціальному статусі та успіху, відчуття невдоволення своєю позицією може спонукати людей до вживання алкоголю як способу втечі від цього протиріччя та відчуття аномії.

Психосоціальна концепція формування установки на вживання алкоголю враховує вплив соціальних та психологічних чинників на рішення особистості щодо вживання алкоголю. Основні аспекти цієї концепції включають: соціальні, сімейні, економічні та психологічні фактори. В ній підкреслюється, що соціальні норми, цінності та стереотипи впливають на установку молоді щодо вживання алкоголю. Наприклад, у культурах, де алкоголь сприймається як частина соціальних подій та традицій, молодь більш схильною до його вживання. Сімейна атмосфера, ставлення батьків до алкоголю та їхні власні звички суттєво впливають на формування установки щодо вживання алкоголю у дітей та підлітків. Вплив ЗМІ і реклама алкоголю та його зображення у медіа негативно впливають на сприйняття молоді алкогольних напоїв формуючи у них установку на його вживання. Фактор доступності та не високої вартості алкоголю спонукає впливає на рішення молоді щодо його вживання. Установка щодо вживання алкоголю може бути пов'язана з тим, як особистість сприймає себе та своє місце у суспільстві, щоб

не бути «білою вороною» у середовищі однолітків, молода людина може прийняти рішення щодо його вживання.

Загалом, психосоціальна концепція розглядає важливість соціального та психологічного контексту у формуванні установки на вживання алкоголю. Представники психосоціального підходу: А. Ліндесміт, Л. Пірсон, Г. В. Ледбеттер та інші розглядали взаємовплив психологічних та соціальних факторів на формування установки щодо вживання алкоголю. Психосоціальний підхід почав набувати популярності у 20-30-х роках ХХ-го століття. В цей період, на фоні соціальних та культурних змін, вчені все більше спрямовували свою увагу на вивчення впливу оточуючого середовища та психологічних чинників на установки та поведінку людей у відношенні до алкоголю.

Узагальнюючи наукові концепції та підходи, щодо формування установки на вживання алкоголю, можна зазначити, що це складний процес, який включає в себе вплив багатьох факторів, як біологічних, психологічних, соціальних та культурних. Вивчення цього явища привертає увагу вчених різних галузей науки, включаючи психологів, соціологів, генетиків, біологів та медиків.

Біологічний підхід до розуміння установки на вживання алкоголю зосереджується на фізіологічних та генетичних аспектах. Генетичні фактори впливають на схильність до алкоголю, зумовлюючи різні реакції на його вживання. Наприклад, деякі особи можуть мати вищий рівень толерантності до алкоголю, що може сприяти розвитку установки на його вживання.

Психологічний підхід розглядає внутрішні механізми, що впливають на установку щодо алкоголю. Сюди входять аспекти особистісного розвитку, механізми самовизначення та усвідомлення, а також способи подолання стресу та негативних емоцій. Наприклад, особи з низьким рівнем самовизначення можуть бути більш схильними до вживання алкоголю як способу втечі від проблем і невдач.

Соціальний підхід враховує вплив соціального середовища, культурних норм та значень на установку щодо алкоголю. Суспільні норми щодо вживання алкоголю можуть бути різними в різних культурах і грати значущу роль у формуванні установки. Наприклад, у культурах, де алкоголь сприймається як частина соціальних подій та традицій, молодь може бути більш схильною до його вживання.

Біологічний, психологічний та соціальний підхід не є взаємовиключними, але доповнюють один одного в розумінні формування установки на вживання алкоголю. Генетичні передумови можуть впливати на реакції на алкоголь, психологічні особливості можуть визначати мотивації та механізми пристосування, а соціокультурні фактори визначають соціальну прийнятність та очікування.

Загалом, формування установки на вживання алкоголю є складним і мультифакторним явищем, яке вивчається з різних дисциплін. Розуміння цього процесу дозволяє розробляти ефективні стратегії профілактики та втручання для зменшення шкідливих наслідків вживання алкоголю.

1.4. Актуальні підходи до лікування алкогольної залежності.

Відповідно до Управління з питань зловживання психоактивними речовинами та психічного здоров'я, особам, у яких є ризик серйозних, небезпечних для життя симптомів абстиненції, включаючи судоми та гарячку, слід пройти детоксикацію в стаціонарному закладі, наприклад у лікарні чи іншому закладі невідкладної допомоги. Якщо людина розглядає можливість професійного лікування залежності від проблемного вживання алкоголю, у неї є різноманітні варіанти лікування своєї залежності, починаючи від детоксикації до стаціонарної та амбулаторної реабілітації, поведінкової терапії, ліків і груп взаємодопомоги.

Детокс – це ідеальний перший крок до одужання від алкоголізму, але лише детоксикації рідко буває достатньо, щоб допомогти людині досягти тривалого утримання. Детоксикація – це набір втручань, розроблених для того,

щоб допомогти людині безпечно та комфортно відмовитися від алкоголю, що потім дає їй змогу перейти до офіційної, потенційно більш тривалої програми лікування [21, 68, 71].

Перед тим, як потрапити в центр детоксикації, лікар повинен буде провести ретельну оцінку досвіду пацієнта щодо зловживання алкоголем, попередній досвід абстиненції (якщо такий був), а також його медичну та психіатричну історію, щоб визначити ризик відміни. Задля цієї оцінки пацієнти також можуть пройти аналізи крові та перевірку на наявність будь-яких супутніх проблем психічного чи фізичного здоров'я.

Під час процесу детоксикації пацієнти можуть отримати ліки, які допоможуть їм безпечно відмовитися від алкоголю. Деякі з цих ліків можуть включати [6, 21, 68, 71, 79, 81, 87-89]:

1. Бензодіазепіни, такі як діазепам, хлордіазепоксид, оксазепам або лоразепам. Призначення бензодіазепінів на ранніх стадіях відміни алкоголю може допомогти зменшити тяжкість симптомів відміни, запобігаючи прогресуванню до потенційно серйозних і летальних наслідків.

2. Протисудомні засоби, такі як карбамазепін, габапентин або топірамат. Ці ліки допомагають зменшити споживання алкоголю та лікувати симптоми відміни від легкого до помірного.

3. Антипсихотики, такі як галоперидол, які можуть зменшити сильне збудження, галюцинації та марення під час відміни алкоголю [6, 21, 68, 71, 79, 81, 87-89].

Після завершення детоксикації пацієнт може перейти до відповідної програми лікування вживання психоактивних речовин. Залежно від тяжкості залежності пацієнта, його рівня соціальної підтримки вдома та інших факторів, вони можуть пройти стаціонарне або амбулаторне лікування після детоксикації та лікування відміни [7, 60, 62].

Стаціонарне лікування передбачає проживання та перебування пацієнтів у реабілітаційному центрі 24/7. Стаціонарна реабілітація від алкоголю може бути різною за тривалістю, іноді складається з короткого перебування на 3-6

тижнів, яке може супроводжуватися або не супроводжуватися відвідуванням амбулаторної реабілітації. Деякі люди потребують більш тривалого перебування на 6-12 місяців у закладах, відомих як терапевтичні спільноти, які пропонують структуроване програмування та пропонують допомогу з реінтеграцією в їхню спільноту [7, 21, 22, 60, 62].

Перебування в стаціонарі та на реабілітації є корисними, оскільки вони позбавляють людину відволікаючих чинників і середовища, де вона може бути оточена людьми, місцями чи подіями, які можуть спровокувати рецидив, дозволяючи їй зосередитися виключно на своєму одужанні та формуванні необхідних навичок подолання, щоб жити тверезе життя. Тут пацієнти також отримують цілодобовий догляд і моніторинг, що допомагає усунути будь-які постгострі симптоми відміни та пропонує необхідну підтримку.

Типи амбулаторного лікування пропонують різні рівні підтримки. У деяких випадках люди переходять зі стаціонарного лікування на амбулаторне. Ці рівні можуть включати:

1. Програми часткової госпіталізації (ПЧГ), найбільш інтенсивна форма амбулаторної допомоги, є рівнем допомоги, який передбачає проживання пацієнтів вдома або в тверезому середовищі, відвідуючи лікування протягом до 10 годин щодня, більшість днів тижня. Це дуже підтримуюча та структурована форма амбулаторного лікування. Це може бути корисним для тих, хто не може залишитися в стаціонарі, але все одно потребує високоінтенсивного рівня догляду.

2. Інтенсивні амбулаторні програми (ІАП) – це рівень амбулаторного лікування, коли пацієнти живуть вдома або в тверезому середовищі, але відвідують лікування 3 години на день, 5 днів на тиждень, щоб почати, потім зменшити інтенсивність. Люди можуть перейти до ІАП з ПЧГ або стаціонарної реабілітації.

3. Стандартне амбулаторне лікування (САЛ), яке може змінюватися за інтенсивністю та тривалістю залежно від потреб пацієнтів та інших факторів. Стандартне амбулаторне лікування може призвести до відвідування

сеансів лікування кілька разів на тиждень або лише раз на тиждень [6, 7, 21, 22, 60, 62].

Як стаціонарне, так і амбулаторне лікування забезпечують різні типи поведінкової терапії, яка зазвичай використовується для лікування алкоголізму. Ця терапія може включати індивідуальні та групові сесії терапії, включаючи [6, 14, 22, 23, 27, 39, 57, 60, 62, 68, 72, 84]:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – це форма терапії, заснована на доказах, яка спрямована на те, щоб допомогти людям визначити та змінити марні, негативні думки та поведінку, які призвели або сприяли їхній залежності. У КПТ люди навчаються більш здоровим способам справлятися зі стресом і розвивають навички, необхідні для запобігання рецидиву.

2. Мотиваційна терапія, яка є короткостроковою терапією, розробленою для того, щоб спонукати пацієнтів зменшити чи припинити вживання алкоголю та спонукати їх до позитивних змін. Це допомагає пацієнтам визначити плюси та мінуси лікування, скласти план змін, підвищити їхню впевненість і розвинути навички, необхідні для досягнення цілей, пов'язаних із одужанням.

3. Подружнє та сімейне консультування, яке є формою бесідної терапії, яка залучає близьких пацієнта до їхніх терапевтичних сесій, якщо це підходить для пацієнта. Ті, хто страждає від розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, часто прямо чи опосередковано впливають на їхні найближчі стосунки, тому ця форма лікування може допомогти відновити стосунки з близькими пацієнтів, а також вирішити проблеми, які могли виникнути внаслідок вживання алкоголю.

4. Короткі втручання щодо алкоголю, які можуть включати короткі індивідуальні консультації, які надають людям персональний відгук про їхній прогрес у досягненні конкретних цілей.

Завдяки рокам досліджень лікарі та медичні працівники тепер мають повний вибір варіантів лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. Спираючись на цей прогрес, вчені продовжують працювати над новими

ліками та відкривають нові способи покращення ефективності, доступності, якості та рентабельності лікування людей, які мають розлади, пов'язані з вживанням алкоголю.

Згідно з дослідженнями, ліки є позитивною частиною найефективнішої комбінації для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю. І він недостатньо використовується як метод лікування алкоголізму.

Оскільки менше одного відсотка тих, хто шукає допомоги від алкогольної залежності, отримують рецепт, ліки використовуються недостатньо. Ліки від алкоголізму можуть дати пацієнтам перевагу для їх одужання, особливо в реальних умовах.

Масштабне дослідження, опубліковане в 2006 році, спостерігало за більш ніж 1300 учасниками дослідження в 11 академічних місцях протягом трьох років, щоб визначити, яка комбінація лікування, ліків і консультування є найбільш ефективною для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю [69, 71, 81]

Дослідження Combining Medications and Behavioral Interventions for Alcohol Dependence (COMBINE) дало деякі дивовижні результати, коли виявило, що один із новіших ліків, який використовується для лікування алкоголізму, сам по собі не покращив результати лікування. Як показано в COMBINE, жоден препарат чи стратегія лікування не є ефективними в кожному випадку чи з кожною людиною. Через 16 тижнів дослідження COMBINE показало загальні позитивні результати для учасників дослідження.

Усі досліджувані групи значно скоротили споживання алкоголю під час лікування. Загальний відсоток днів відсутності збільшився втричі, з 25 до 73%, а споживання алкоголю на тиждень зменшилося з 66 до 13%, тобто на 80% [68, 69].

Пацієнти, які отримували медикаментозне лікування разом з Revia або Vivitrol (налтрексон) або спеціалізоване консультування, показали аналогічні покращення результатів утримання від алкоголю (80%) порівняно з пацієнтами, які отримували медикаментозне лікування та плацебо (75%).

Пацієнти, які отримували Revia або Vivitrol, повідомили про меншу тягу до алкоголю. Додавання Revia або Vivitrol або спеціалізованого консультування з алкоголю до медичного лікування майже подвоїло шанси на успіх [68, 69].

Антабус (дисульфірам) був першим лікарським засобом, схваленим для лікування зловживання алкоголем і алкогольної залежності. Він діє, викликаючи серйозну побічну реакцію, коли хтось, хто приймає ліки, вживає алкоголь. Більшість людей, які приймають його, блюють після вживання алкоголю. Вважається, що це, у свою чергу, заважає вживати алкоголь [21, 68, 69].

Дисульфірам вперше був розроблений у 1920-х роках для використання у виробничих процесах. Вплив Антабусу на алкогольну аверсію вперше був зареєстрований у 1930-х роках. Працівники вулканізованої гумової промисловості, які зазнали впливу тетраетилтіурамдисульфїду, захворіли після вживання алкоголю [68, 71, 78, 87].

У 1948 році датські дослідники, намагаючись знайти лікування паразитарних інфекцій шлунка, виявили пов'язану з алкоголем дію дисульфіраму, коли вони також захворіли після вживання алкоголю. Дослідники розпочали новий набір досліджень щодо використання дисульфіраму для лікування алкогольної залежності [68, 71, 78, 87].

Незабаром після цього FDA схвалила дисульфірам для лікування алкоголізму. Вперше він був виготовлений Wyeth-Ayerst Laboratories під торговою маркою Antabuse. Спочатку дисульфірам давали у більших дозах, щоб викликати відразу до алкоголю, викликаючи у пацієнтів сильну нудоту, якщо вони випивали. Пізніше, після багатьох повідомлень про серйозні реакції (включно з деякими смертельними випадками), Antabuse вводили в менших дозах для підтримки алкогольної абстиненції [68, 69, 71, 78, 87].

Налтрексон продається під торговими марками Revia і Depade. Щомісячна ін'єкційна форма налтрексону з пролонгованим вивільненням продається під торговою назвою Vivitrol. Він працює в мозку, блокуючи кайф,

який відчують люди, коли вживають алкоголь або опіоїди, такі як героїн і кокаїн [68, 69, 71, 78, 87].

Налтрексон вперше був розроблений у 1963 році для лікування залежності від опіоїдів. У 1984 році FDA схвалила його для лікування вживання таких наркотиків, як героїн, морфін і оксикодон. У той час він продавався DuPont під торговою маркою Trexan [68, 69, 71, 78, 87].

У 1980-х роках дослідження на тваринах виявили, що налтрексон також зменшує споживання алкоголю. Наприкінці 80-х і на початку 90-х відбулися клінічні випробування на людях. Вони показали, що в поєднанні з психосоціальною терапією налтрексон може зменшити тягу до алкоголю та зменшити частоту рецидивів у алкоголіків.

FDA схвалив використання налтрексону для лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, у 1994 році. Потім компанія DuPont перейменувала препарат у Revia [68, 69, 71, 78, 87].

Дослідження COMBINE виявило, що в поєднанні зі структурованим амбулаторним медичним втручанням, яке складається з дев'яти коротких сеансів, проведених медичним працівником, ліки від алкоголю Revia та Vivitrol (налтрексон) і до 20 сеансів консультування щодо алкоголю були однаково ефективними для лікування алкоголізму. [68, 69, 71, 78, 87].

Кампрал (акампрозат) – це найновіший препарат, схвалений для лікування алкогольної залежності або алкоголізму в США. Він нормалізує зміни в мозку, пов'язані з алкоголем, зменшує деякі фізичні переживання та емоційний дискомфорт, які люди можуть відчувати, коли кидають пити (також відомий як постгострий абстинентний синдром), що може призвести до рецидиву.

У 1982 році французька компанія Laboratoires Meram розробила акампрокат для лікування алкогольної залежності. Його перевіряли на безпеку та ефективність з 1982 по 1988 рік, коли уряд Франції дозволив його використовувати для лікування алкоголізму. Спочатку він продавався під назвою Aotal [68, 69, 71, 78, 87].

Понад 20 років акампрозат широко використовувався по всій Європі для лікування людей, які страждають на алкогольні розлади. Він не був схвалений для використання в США до липня 2004 року.

Дослідження COMBINE показало, що поєднання іншого препарату від алкоголю Campral (акампрозату) з програмою медичного лікування не покращило результатів. Кампрал не працював краще, ніж плацебо або фіктивні таблетки. Це відкриття збентежило дослідників, оскільки попередні дослідження, проведені в Європі з використанням Campral, дали позитивні результати лікування [68, 69, 71, 78, 87].

У 2001 році Девід Сінклер, доктор філософії, дослідник із Фінляндії заявив про 80% рівень лікування від алкогольної залежності, якщо призначати антиалкогольні препарати Revia або Vivitrol відповідно до його методу Sinclair. Дослідження доктора Сінклера було опубліковано в рецензованих журналах «Алкоголь і алкоголізм» і «Журнал клінічної психофармакології» [68, 69, 71, 78, 87].

Метод Сінклера є стандартним протоколом лікування алкогольної залежності у Фінляндії, метод також використовується у Великій Британії, але метод ще не отримав поширення в Сполучених Штатах.

За допомогою методу Сінклера люди приймають Revia або Vivitrol лише перед вживанням алкоголю і ніколи інакше. Ревіа та Вівітрол не схожі на інші антиалкогольні препарати, які викликають сильну нудоту та відчуття похмілля при прийомі з алкоголем. Зміна поведінки проявляється лише з часом.

За допомогою методу Сінклера Revia або Vivitrol приймають за годину до вживання алкоголю. Після чотирьох-шести місяців лікування за методом Сінклера 80% людей, які зловживали алкоголем, або помірно вживали, або зовсім утримувалися. Цей процес відбувається так: коли люди зазвичай вживають алкоголь, у мозок викидаються ендорфіни, і це посилює поведінку, пов'язану з вживанням алкоголю. Revia і Vivitrol блокують ендорфіни для гарного настрою. Подібно до того, як собакам Павлова давали їжу під час дзвінка, ці собаки звикли слиновиділяти лише на звук дзвінка. Однак, коли

цим собакам продовжували дарувати дзвінок і не їсти, слиновиділення припинилося [68, 69, 71, 78, 87].

Вважається, що основна причина, чому метод Сінклера не прижився в США, полягає в двох обставинах. У США 12-етапні програми, засновані на утриманні, здається, домінують у планах лікування, які призначають лікарі, і лікарям не подобається, що метод Сінклера заохочує людей із проблемами алкогольної залежності продовжувати пити.

1.5. Психореабілітація, профілактика та прогноз алкогольної залежності

Стаціонарна або амбулаторна програма реабілітації від алкоголізму запропонує різноманітні варіанти лікування. Розглянемо детальніше найпоширеніші методи лікування, реабілітації, профілактики та прогнозу алкогольної залежності в реабілітаційних закладах.

Одним із розповсюджених методів реабілітації є психотерапія. Психотерапія – це системний процес взаємодії між психотерапевтом та клієнтом, спрямований на виявлення, розуміння та лікування психічних, емоційних та поведінкових проблем. Мета психотерапії – поліпшити психічне благополуччя та якість життя клієнта, розкрити його потенціал та допомогти у вирішенні конкретних проблем чи важливих життєвих питань. Цей процес базується на використанні теоретичних підходів, клінічного досвіду та специфічних технік, спрямованих на зміну негативних мисленевих, емоційних та поведінкових шаблонів. Психотерапевт працює у співпраці з клієнтом, надаючи підтримку, розуміння та допомогу у розвитку здорових стратегій адаптації до життєвих викликів та стресорів. Психотерапія може проводитись у різних форматах, включаючи індивідуальні, групові, сімейні сесії чи комбінації цих підходів [7, 60, 62]

У випадках психотерапії алкоголізму психолог, психотерапевт чи психіатр можуть допомогти пацієнту краще зрозуміти та контролювати свої потяги та зберегти мотивацію для досягнення своїх цілей тверезості. Сеанси

психотерапії можуть тривати кілька тижнів або багато місяців. Під час психотерапії між психологом і пацієнтом розвиваються стосунки на основі довіри, відкритості та конфіденційності.

Психотерапія діє як дорожня карта для клініцистів. Це керує ними в процесі розуміння своїх клієнтів і розробки рішень. Існує кілька підходів до психотерапії, таких як психоаналіз, поведінкова терапія, когнітивна терапія та інтегративна або холістична терапія.

Окрім індивідуальної та групової психотерапії широкого розповсюдження набувають певні методи роботи із особами які страждають від алкогольної залежності, які рекомендуються ВООЗ: когнітивно-поведінкова терапія; діалектична поведінкова терапія; мотиваційне інтерв'ю тощо.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є перевіреним методом полегшення тягаря алкоголізму. Основною передумовою КПТ є важливість виявлення негативних думок і поведінки та заміни їх позитивними думками та поведінкою. Сеанс КПТ – це розмова пацієнта з психологом. КПТ – це орієнтований на пошук рішень підхід до лікування, який зосереджується менше на діагностиці, а більше на конструктивних діях, таких як виклик шкідливих переконань, протистояння страхам, рольові ігри для покращення соціальних взаємодій і розробка стратегій припинення вживання алкоголю чи наркотиків. КПТ часто ефективна вже після п'яти сеансів [7, 14, 60, 62]

Діалектична поведінкова терапія (DBT) – це ще один тип науково-обґрунтованої бесідної терапії. Метод DBT базується на припущеннях, що все пов'язано, світ постійно змінюється, а протилежні елементи (теза й антитеза) можуть синтезуватися в кращий елемент або більшу істину. Ці припущення складають основу філософської системи діалектики. На практиці індивідуальне або групове заняття DBT передбачає навчання жити теперішнім, а не зациклюватися на минулому, керування емоціями та стражданнями та практикування чесного спілкування. Зрештою, DBT розроблено, щоб допомогти пацієнтам знайти емоційну рівновагу та

сприйняти позитивні зміни. Цей метод є діалектичним, оскільки лікар, який його розробив, хотів, щоб пацієнти мали змогу синтезувати зміни та прийняття минулого, щоб створити краще життя. Дослідження показали, що DBT ефективний для людей, які борються з алкоголізмом та іншими розладами зловживання психоактивними речовинами [7, 21, 32, 60, 62, 78, 89]

DBT має чотири основні стратегії, яким клініцист навчає клієнта:

1. Основна уважність.
2. Толерантність до дистресу.
3. Міжособистісна ефективність.
4. Регулювання емоцій.

У консультуванні мотиваційне інтерв'ю (МІ) є методом заохочення пацієнта подолати амбівалентність, поставити прямі цілі для самовдосконалення та зберегти мотивацію для їх реалізації. МІ є популярною технікою лікування розладів, пов'язаних із зловживанням психоактивними речовинами, оскільки багато людей почуваються безсилими проти залежності та отримують користь від вливання сили волі, щоб вжити заходів проти неї. Під час мотиваційної бесіди терапевт заохочуватиме пацієнта взяти на себе зобов'язання змінитися, наприклад, кинути алкоголь [23, 32, 50, 60, 62, 78, 88, 89].

Мотиваційне інтерв'ю – це короткий, орієнтований на клієнта напівдирективний підхід психологічного лікування, який зосереджується на покращенні та зміцненні мотивації клієнта до змін. МІ має на меті покращити бачення клієнтом важливості змін. МІ корисний для клієнтів, які менш мотивовані або готові до змін. Практика включає в себе певну форму підтримуючого та співчутливого стилю консультування, який чинить опір. МІ – це коротке втручання, під час якого консультант і клієнт зустрічаються в середньому від 1 до 4 сеансів. МІ включає чотири основні принципи терапії:

1. Вираження емпатії.
2. Перекочування з опором.
3. Розвиток самоефективності.

4. Розвиток невідповідності.

МІ зазвичай реалізується з іншими методами терапії [23, 32, 50, 60, 62, 78, 88, 89].

Програма 12 кроків – це спільнота підтримки, де люди відкрито обговорюють свою боротьбу зі зловживанням психоактивними речовинами. Найвідомішою програмою з 12 кроків є Анонімні Алкоголіки, але є 12-крокові програми для залежностей від марихуани, кокаїну, героїну та навіть азартних ігор. Програма з 12 кроків надає взаємодопомогу кожному в групі, допомагаючи їм відчутти зв'язок, важливість і відповідальність перед іншими за те, щоб залишатися тверезими. Програма з 12 кроків доповнює інші форми терапії та дає пацієнтам те, що можна обговорити зі своїми психологами. 12-етапний підхід демонструє ефективність, допомагаючи людям досягти тверезості в довгостроковій перспективі. З цієї причини терапевти іноді полегшують процес приєднання до групи 12 кроків для своїх пацієнтів і включають матеріал 12 кроків і досвід своїх пацієнтів під час зустрічей у своїй сесії [7, 21, 23, 32, 50, 60, 62, 78, 88, 89].

Окрім визнаних на рівні ВООЗ реабілітаційних програм та методів лікування, реабілітації та супроводу осіб із алкогольною залежністю, в реаліях сьогодення набувають розповсюдження і такі додаткові методи, як його, арт-терапія, музико-терапія тощо.

Йога та медитація можуть бути корисними техніками для контролю тяги та збереження зосередженості під час відновлення. Деякі реабілітаційні центри навіть пропонують власні курси йоги та медитації. У широкому сенсі йога – це набір фізичних і розумових вправ. Практика йоги не обов'язково має включати духовний чи релігійний вимір. Медитація – це будь-який метод розслаблення, який допомагає людині зберігати спокій, емоційний світ і ясність. Дослідження показали, що йога та медитація можуть функціонувати як терапія для людей із розладами, пов'язаними зі зловживанням психоактивними речовинами, особливо якщо сеанси проводить спеціаліст із психічного здоров'я та доповнюють інше лікування [7, 8, 21, 32, 50, 60, 78, 89].

Мистецтво та музика є засобами творчого вираження, які можуть прискорити процес відновлення. Таким чином, реабілітаційні центри іноді пропонують своїм пацієнтам арт-терапію та музичну терапію. У реабілітаційному закладі терапія мистецтвом і музикою – це більше, ніж просто малювання картини чи виконання пісні. Сеанси арт- та музичної терапії проводяться терапевтами спеціально для допомоги людям з алкогольною залежністю. Мета арт- та музичної терапії – допомогти людям розслабитися, висловити свої почуття та зайнятися позитивною діяльністю. Мистецтво та музика також допомагають полегшити симптоми депресії та тривоги, двох поширених психічних розладів, які вражають людей, які борються з алкогольною залежністю.

Вважається, що терапія мистецтвом і музикою допомагає пацієнтам впоратися з емоціями та потребами, які важко висловити за допомогою більш традиційних форм спілкування. Музична терапія також підвищує мотивацію клієнтів до лікування. Фізично мистецьке вираження пов'язує нас із нашими емоціями. Це відчутний спосіб примирити емоційні конфлікти. Цей зв'язок може допомогти заповнити порожнечу, яку залишають наркотики та алкоголь у людині, яка зловживає психоактивними речовинами. Це також допомагає отримати нові ідеї.

Онлайн-терапія надзвичайно зросла після пандемії COVID-19 і тепер вважається ефективним способом лікування багатьох захворювань, зокрема алкоголізму. Алкоголізм має численні фізичні, емоційні та соціальні наслідки для життя людини, і онлайн-терапія може бути чудовим способом усунути основні причини зловживання алкоголем, не суттєво порушуючи її життя [7, 8, 21, 32, 50, 60, 78, 89].

Онлайн-терапія алкоголізму може включати кілька варіантів психотерапевтичних методів роботи, які краще а ніж інші можуть бути адаптовані до віртуального формату. Наприклад, це когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), мотиваційне інтерв'ю та навіть терапія десенсибілізації та

переробки рухів очей (EMDR) можна налаштувати для роботи за допомогою телефону, комп'ютера чи веб-платформ.

Важливо зазначити, що онлайн-терапія може бути невідповідним варіантом для деяких людей з алкоголізмом. Сюди входять ті, хто, можливо, бореться з важкими симптомами алкогольної абстиненції або хто може боротися з супутніми психічними розладами, такими як депресія або тривога. Крім того, завжди рекомендується проводити детоксикацію під наглядом лікаря, оскільки відмова від алкоголю може мати потенційно небезпечні для життя побічні ефекти.

Таким чином, розглянувши основні методи психореабілітації алкогольної залежності можливо зазначити кілька ключових методів роботи.

По-перше, одним із провідних методів психореабілітації залишається «терапія заміщення». Вона використовується для зменшення жади (тяги) до алкоголю. Включає в себе прийом альтернативних засобів, які можуть задовольнити психологічну потребу в чомусь подібному до алкоголю, але не шкідливого для здоров'я.

По-друге, це рекомендована ВООЗ когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на зміну деструктивних думок та паттернів поведінки, пов'язаних із вживанням алкоголю. Допомагає особі виробити навички управління стресом, уникнення ситуацій і позитивної зміни життєвого стилю.

По-третє, важливим компонентом окрім індивідуальних методів роботи із особами страждаючими від алкогольної залежності залишаються і методи групової терапії. Участь у групових сесіях дозволяє особі ділитися своїм досвідом, отримувати підтримку та навчатися від інших, які проходять ту саму боротьбу.

До одного із видів групової терапії відносять і сімейну терапію, оскільки від алкогольної залежності страждає не лише сама особа, а страждають і люди які її оточують, і однією із перших ланок – є сім'я. Сімейна терапія залучає членів сім'ї у процес підтримки та допомоги особі у відновленні.

Важливим компонентом реабілітації осіб із алкогольною залежністю являється спортивна та фізична активність. Фізична активність допомагає виробити нові здорові звички та забезпечує важливу альтернативу алкоголю для вивільнення стресу [7, 8, 23, 32, 50, 60, 78, 88].

Наступним важливим компонентом психореабілітації є психосоціальна підтримка, яка спрямована на забезпечення стійкої зовнішньої підтримки через спілкування з психологом, підтримку від рідних, близьких та друзів, або участь у спеціалізованих групах підтримки. До такої соціальної підтримки важливо включати та навчати осіб які оточують особу хвору на алкогольну залежність – емоційною підтримкою. Допомога в розумінні та вираженні власних почуттів та емоцій, а також вироблення здорових механізмів їх регуляції.

Як було вказано вище, набирає розповсюдженості включення у процес реабілітації і технік релаксації, що включають у себе дихальні вправи, медитацію, йогу та інші методи, що допомагають знизити стреси та тривожність.

Всі ці методи часто використовують у комбінації для максимального ефекту та адаптації до індивідуальних потреб кожної особи яка страждає від алкогольної залежності.

При розгляді основних рекомендацій щодо профілактики алкогольної залежності у тому числі і основних напрямків політики ВООЗ із цього напрямку, можливо відокремити наступні всесвітньо визнані основні компоненти.

1. На державному рівні у більшості випадків проводиться психоосвіта щодо шкідливості алкоголю та негативних наслідків споживання алкоголю та його впливу на плід і на здоров'я немовлят. Особливе місце займає інформування населення щодо ознак виявлення проблем з алкоголем та розповсюдження інформації про місця отримання допомоги (медичні заклади) у тому числі і психологічної підтримки. ВООЗ всебічно підтримує надання високоякісних послуг для лікування алкогольної залежності та

психосоціальної підтримки, а також регламентує надання інформації про калорійність та склад алкогольних напоїв, щоб споживачі мали можливість приймати усвідомлені рішення.

2. Кожна держава встановлю певні обмеження щодо вживання алкоголю та його доступності, особливо для неповнолітніх, жінок та вагітних жінок. На законодавчому рівні відбувається регулювання виробництва, контролю, легалізації, продажу та реклами алкоголю, з метою уникнення недостатнього контролю та надмірного споживання.

3. Формування установок та моди щодо здорового способу життя. Сприяння регулярній фізичній активності та пропаганда збалансованого харчування можуть зменшити ймовірність споживання алкоголю тому у цьому напрямку крокує політика розвинених держав турбуючись таким чином про здоров'я свого народу.

Висновки за першим розділом

Статистичні дані ВООЗ щодо алкогольної залежності викликають занепокоєння в усьому світі, оскільки це являє собою сьомий фактор ризику смертності населення у світі, також щороку в наслідок алкоголізації гине понад три мільйони людей. За даними уряду Великої Британії, споживання алкоголю під час пандемії зросло, що призвело до збільшення смертності. У 2020 році смертність від алкоголю зросла на 20%. Це було збільшення з 5819 до 6983. Як було встановлено, що під час пандемії більшість людей вживали алкоголь, щоб впоратися з психічними та поведінковими розладами, які загострилися під час карантинних обмежень COVID-19.

Алкогольна залежність – це психобіологічний синдром, при якому існує постійна рушійна сила до споживання алкоголю, що стає центральною рисою життя цієї людини. Певною мірою воно відповідає попереднім розумінням «алкоголізму», але конкретно не охоплює фізичні, психічні та соціальні наслідки. У попередніх версіях МКХ-10 був додатковий розлад «небезпечне вживання алкоголю». Небезпечне вживання означає рівень або модель споживання алкоголю, що створює ризик шкідливих наслідків. Його було виключено з МКХ-10, оскільки вважалося, що він не є розладом як таким, а скоріше фактором ризику [3, 18, 28, 33, 38, 82]. Діагнози МКБ-10 F10.x базуються не на типовому рівні (або характері) споживання алкоголю, як це може припускати ця пропозиція, а скоріше на наявності визначеної шкоди (шкідливе вживання, F10.1) або когнітивні, поведінкові та/або фізіологічні особливості алкогольної залежності (F10.2).

Формування установки на вживання алкоголю, являє собою складний процес, який включає в себе вплив багатьох факторів, як біологічних, психологічних, соціальних та культурних. Вивчення цього явища привертає увагу вчених різних галузей науки, включаючи психологів, соціологів, генетиків, біологів та медиків.

Біологічний підхід до розуміння установки на вживання алкоголю зосереджується на фізіологічних та генетичних аспектах. Генетичні фактори

впливають на схильність до алкоголю, зумовлюючи різні реакції на його вживання. Наприклад, деякі особи можуть мати вищий рівень толерантності до алкоголю, що може сприяти розвитку установки на його вживання.

Психологічний підхід розглядає внутрішні механізми, що впливають на установку щодо алкоголю. Сюди входять аспекти особистісного розвитку, механізми самовизначення та усвідомлення, а також способи подолання стресу та негативних емоцій. Наприклад, особи з низьким рівнем самовизначення можуть бути більш схильними до вживання алкоголю як способу втечі від проблем і невдач.

Соціальний підхід враховує вплив соціального середовища, культурних норм та значень на установку щодо алкоголю. Суспільні норми щодо вживання алкоголю можуть бути різними в різних культурах і грати значущу роль у формуванні установки. Наприклад, у культурах, де алкоголь сприймається як частина соціальних подій та традицій, молодь може бути більш схильною до його вживання.

Біологічний, психологічний та соціальний підхід не є взаємовиключними, але доповнюють один одного в розумінні формування установки на вживання алкоголю. Генетичні передумови можуть впливати на реакції на алкоголь, психологічні особливості можуть визначати мотивації та механізми пристосування, а соціокультурні фактори визначають соціальну прийнятність та очікування.

Загалом, формування установки на вживання алкоголю є складним і мультифакторним явищем, яке вивчається з різних дисциплін. Розуміння цього процесу дозволяє розробляти ефективні стратегії профілактики та втручання для зменшення шкідливих наслідків вживання алкоголю.

Слід відзначити, що зловживання алкоголем може початися в будь-якому віці. Для деяких моделі поведінки починаються в дитинстві (до 18 років). Для інших вони можуть початися в ранньому дорослому віці (21-30) або пізніше в житті через можливий досвід або ситуації, з якими вони могли стикнутися. Не існує точної формули, яка б могла передбачити, розвиток

алкогольної залежності. Однак є поведінка підвищеного ризику, яка може свідчити про розвиток алкогольної залежності. Тому дуже важливим питанням постає постійна політики держави щодо профілактики алкоголізації населення. Із основних напрямків політики ВООЗ із цього напрямку, можливо відокремити наступні.

4. На державному рівні у більшості випадків проводиться психоосвіта щодо шкідливості алкоголю та негативних наслідків споживання алкоголю та його впливу на плід і на здоров'я немовлят. Особливе місце займає інформування населення щодо ознак виявлення проблем з алкоголем та розповсюдження інформації про місця отримання допомоги (медичні заклади) у тому числі і психологічної підтримки. ВООЗ всебічно підтримує надання високоякісних послуг для лікування алкогольної залежності та психосоціальної підтримки, а також регламентує надання інформації про калорійність та склад алкогольних напоїв, щоб споживачі мали можливість приймати усвідомлені рішення.

5. Кожна держава встановлю певні обмеження щодо вживання алкоголю та його доступності, особливо для неповнолітніх, жінок та вагітних жінок. На законодавчому рівні відбувається регулювання виробництва, контролю, легалізації, продажу та реклами алкоголю, з метою уникнення недостатнього контролю та надмірного споживання.

6. Формування установок та моди щодо здорового способу життя. Сприяння регулярній фізичній активності та пропаганда збалансованого харчування можуть зменшити ймовірність споживання алкоголю тому у цьому напрямку крокує політика розвинених держав турбуючись таким чином про здоров'я свого народу.

Розглянувши основні методи психореабілітації алкогольної залежності можливо зазначити кілька ключових методів роботи.

По-перше, одним із провідних методів психореабілітації залишається «терапія заміщення». Вона використовується для зменшення жади (тяги) до алкоголю. Включає в себе прийом альтернативних засобів, які можуть

задовольнити психологічну потребу в чомусь подібному до алкоголю, але не шкідливого для здоров'я.

По-друге, це рекомендована ВООЗ когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на зміну деструктивних думок та паттернів поведінки, пов'язаних із вживанням алкоголю. Допомагає особі виробити навички управління стресом, уникнення ситуацій і позитивної зміни життєвого стилю.

По-третє, важливим компонентом окрім індивідуальних методів роботи із особами страждаючими від алкогольної залежності залишаються і методи групової терапії. Участь у групових сесіях дозволяє особі ділитися своїм досвідом, отримувати підтримку та навчатися від інших, які проходять ту саму боротьбу.

До одного із видів групової терапії відносять і сімейну терапію, оскільки від алкогольної залежності страждає не лише сама особа, а страждають і люди які її оточують, і однією із перших ланок – є сім'я. Сімейна терапія залучає членів сім'ї у процес підтримки та допомоги особі у відновленні.

Важливим компонентом реабілітації осіб із алкогольною залежністю являється спортивна та фізична активність. Фізична активність допомагає виробити нові здорові звички та забезпечує важливу альтернативу алкоголю для вивільнення стресу [7, 8, 23, 32, 50, 60, 78, 88].

Наступним важливим компонентом психореабілітації є психосоціальна підтримка, яка спрямована на забезпечення стійкої зовнішньої підтримки через спілкування з психологом, підтримку від рідних, близьких та друзів, або участь у спеціалізованих групах підтримки. До такою соціальної підтримки важливо включати та навчати осіб які оточують особу хвору на алкогольну залежність – емоційною підтримкою. Допомога в розумінні та вираженні власних почуттів та емоцій, а також вироблення здорових механізмів їх регуляції.

Останні роки набирає розповсюдженості включення у процес реабілітації і технік релаксації, що включають у себе дихальні вправи,

медитацію, йогу та інші методи, що допомагають знизити стреси та тривожність.

Всі ці методи часто використовують у комбінації для максимального ефекту та адаптації до індивідуальних потреб кожної особи яка страждає від алкогольної залежності.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ СХИЛЬНОСТІ МОЛОДІ ДО АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

2.2. **Методологія експериментального дослідження схильності молоді до алкогольної залежності**

Наше дослідження спрямоване на вивчення сучасних особливостей алкоголізації у молоді. Для розкриття поставленої мети нами були визначені наступні завдання:

1. Провести теоретичний аналіз зарубіжних та вітчизняних психологічних теорій, присвячених особистості та установці з метою визначення факторів ризику вживання алкоголю молоддю.
2. Знайти методики для дослідження вживання алкоголю, які дозволять визначити особливості сучасної молоді яка схильна до вживання алкоголю.
3. Провести експериментальне дослідження особливостей алкоголізації молоді у різних ситуаціях вживання алкоголю.
4. Проаналізувати вікові та гендерні відмінності особливостей вживання алкоголю.
5. Виділити основні ризики для алкоголізації у молоді.
6. Встановити особливості вживання алкоголю та запропонувати психологічну інтерпретацію отриманих результатів.

Поставлені завдання визначили хід емпіричної частини роботи, в якій ми виділяємо наступні етапи: підготовчий, діагностичний та аналітико-інтерпретаційний (математико-статистична обробка та інтерпретація отриманих даних).

На підготовчому етапі проаналізовано науково-теоретичні надбання з обраної тематики. За результатами проведеного аналізу у теоретичну основу нашого дослідження було покладено підхід до особистості як сукупності рис, що змінюються в процесі розвитку і дозволяють передбачити дії людини (Лічко А.Є., Кеттелл Р., Айзенк Р. та ін.), а також Его-підхід, згідно з яким «Я» є суб'єктом активності людини, а порушення розвитку «Я» і «Зверх-Я» в

дитячому та підлітковому віці ведуть до передбачуваних відхилень поведінки (Курек Н.С., Еріксон Е., Тайсон Ф., Хартманн Х.) [9, 17, 19, 28, 53, 60]

Аналіз психологічних особливостей та закономірностей розвитку особистості заснований на поглядах на особистість Виготського Л.С., Цукермана Г.А. та ін. Вивчення алкоголізації базувалося на сучасних теоріях загальної та соціальної психології, а також працях вітчизняних та зарубіжних учених, які досліджували особливості установки на вживання алкоголю, у тому числі у молоді (Максимова Н.Ю., Курек Н.С., Коопер М., Фроне М.). Аналіз факторів ризику вживання алкоголю базувався на психологічних теоріях, що пояснюють причини вживання алкоголю з позиції індивідуальних особливостей особистості [10, 32, 36, 60, 65,].

Також підготовчий етап включив розгляд психодіагностичного інструментарію для дослідження особливосте молодого покоління щодо вживання алкоголю, були обрані наступні: Тест на алкоголізм Мічиганського університету (Michigan Alcohol Screening Test, MAST); Методика на визначення 13 видів залежності Лозової Г.В.; Тест «Оцінка самоконтролю у спілкуванні» (за Маріоном Снайдером).

Відібраний нами «Тест на алкоголізм Мічиганського університету» (Michigan Alcohol Screening Test, (MAST)) спрямований на визначення ймовірності наявності алкогольної залежності. Він є у вільному доступі у мережі Інтернет, складається із 24-х питань, що дозволяє визначити ймовірність наявності алкогольної залежності (алкоголізму). Даний тест був розроблений в університеті штату Мічиган. Це скринінгова методика, яка лише надає можливість оцінити ймовірність наявності залежності від алкогольної. Тест є простим у використанні, має лише два варіанти відповіді на представлені запитання: «Так» або «Ні», за кожену відповідь нараховується певна кількість балів, на підставі суми яких робиться висновок про можливість наявності алкогольної залежності. Інтерпретація даних анкетування надає можливість визначити ступінь прояву залежності: 0-4 бали – низька ймовірність наявності алкогольної залежності; 5-7 балів – середня ймовірність

наявності алкогольної залежності; понад 7 балів – висока ймовірність наявності алкогольної залежності.

Для уточнення наявності схильності до залежної поведінки взагалі та визначення наявності коморбідної залежності серед молоді нами було обрано тест представлений Лозовою Г.В. який надає можливість розглянути схильність до адиктивної поведінки за тринадцятьма видами найбільш розповсюджених залежностей. У тесті Лозової Г.В. представлені наступні види залежностей: нікотинову, алкогольної, наркотиків, телевізору, Інтернету, ігрову та комп'ютерну залежності, залежності від кохання та від міжособистісних стосунків, також представлені шкали на визначення порушення харчової поведінки. В тесті також є і позитивні субшкали – соціально прийнятні залежності, такі як трудоголізм, залежність від здорового способу життя і лікарських засобів, релігійну залежність. За результатами психодіагностики за цим тестом можна визначити загальну схильність особистості до адиктивної поведінки.

Адиктивна (залежна) поведінка є спробою уникнути реальності шляхом зміни свого психічного стану, що надає відчуття уявної безпеки та емоційного комфорту. Незважаючи на зовнішню різницю між різними формами такої поведінки, вони мають спільні психологічні механізми. Важливими загальними ознаками адиктивної поведінки є: «стійке прагнення особистості до зміни свого психофізичного стану, відчуття цього прагнення як імпульсивне, категоричне та непереборне, внутрішній конфлікт або втрата самоконтролю, що часто проявляється зовні, як боротьба із самим собою» [10, 55].

Важливо також зауважити, що адиктивна поведінка не розвивається раптово, але є постійним процесом формування та зростання залежності. Цей процес включає в себе початок, індивідуальний розвиток залежності та результат, а також може змінюватися на різних стадіях. Однією із провідних особливостей залежної поведінки є її циклічний характер, який включає фази: «внутрішньої готовності до адиктивної поведінки, посилення бажання,

очікування та активного пошуку об'єкта залежності, отримання об'єкта та специфічних переживань, розслаблення та фазу ремісії. Після цього цикл повторюється з індивідуальною частотою та вираженістю, що залежать від кожної конкретної ситуації та особистості» [10, 55]. Ці загальні ознаки допомагають зрозуміти характер адиктивної поведінки і можуть бути корисними у її визначенні та побудові реабілітаційних та лікувальних програм.

Мотивація поведінки відрізняється на різних стадіях залежності. Тривалість та характер перебігу цих стадій залежать від різних факторів, таких як вид об'єкта адикції (наприклад, тип наркотичної речовини) та індивідуальні особливості самої особистості (наприклад, вік, соціальні зв'язки, рівень інтелекту, здатність до сублімації).

Важливо враховувати, що залежна поведінка не завжди призводить до серйозних захворювань чи смерті, але має потенціал викликати оборотні зміни в особистісній сфері і може потребувати відповідної уваги і підтримки для ефективного управління нею. Тому цей тест потрібно проводити через певні проміжки часу для оцінки динаміки делінквентної поведінки і ймовірних залежних станів.

Тест «Оцінка самоконтролю у спілкуванні» розроблений американським психологом М. Снайдером – спрямований на оцінку самоконтролю у спілкуванні. Поняття «комунікативні вміння» включає у собі як мистецтво підтримувати розмову, оцінювати співрозмовника, визначити його сильні та слабкі сторони, а й уміння встановити дружню атмосферу, здатність зрозуміти проблеми співрозмовника тощо. В основі цих якостей лежить уміння вислухати співрозмовника, для перевірки якого запропоновано цей тест. Чим більше балів набрано, тим більше розвинене вміння слухати. Понад 62 бали набирає слухач вище за середній рівень. Звичайний «середній» слухач набирає 55 балів.

Діагностичний етап дослідження включив організацію та проведення тестування. Загалом у нашому експерименті прийняло участь 123 особи, віком

від 18 до 24 років жіночої та чоловічої статі. Усю вибірку розподілено за гендером, так до групи ОГ1 включено 54 юнака, а до групи ОГ2 включено 69 юначки. Всі респонденти дали згоду на участь у дослідженні та були ознайомлені із основною метою дослідження.

Наступний етап нашого дослідження – аналітико-інтерпретаційний, який включав оцінку, аналіз отриманих даних як кількісний так і якісний.

В загалі у роботі проведено комплексний аналіз вживання алкоголю серед молоді. Запропоновано та описано різноманітні наукові підходи щодо формування установки на вживання алкоголю. Виявлено та описано фактори, що підвищують готовність до вживання алкоголю.

Отримані в дослідженні дані про взаємозв'язок особистості та установки на вживання алкоголю дозволяють вирішувати практичні завдання виділення групи ризику алкоголізації та відкривають можливість для здійснення диференційованого особистісно-орієнтованого підходу у профілактиці різних форм вживання алкоголю.

Також отримані в дослідженні дані про психологічні фактори ризику алкоголізації можуть бути використані при розробці та читанні лекційних курсів, спецкурсів та проведенні практичних занять з психології особистості, загальної та вікової психології зі студентами які навчаються за педагогічними та психологічними напрямками у ЗВО. Результати дослідження можуть знайти застосування у вирішенні завдань психологічного просвітництва батьків, педагогів, психологів, медичних працівників і можуть бути включені до програм підвищення кваліфікації фахівців, які реалізують профілактичні програми в закладах освіти, центрах психологічної допомоги.

Запропонований комплекс психодіагностичних методик для вивчення особливостей вживання алкоголю, крім вирішення практичного завдання виділення групи ризику, також може використовуватися для проведення подальших досліджень щодо проблеми визначення схильності до алкоголізації серед молоді.

2.2. Результати науково-практичної роботи

За результатами використаних нами методів дослідження різних аспектів вживання алкоголю, комплексу психодіагностичних і статистичних методів виявлено наступні інформаційні та експериментальні дані для обґрунтування та інтерпретації.

На першому етапі психодіагностичного дослідження ми провели психодіагностику за «Тест на алкоголізм Мічиганського університету» (MAST)[21, 24, 45, 60] узагальнення кількісних результатів дослідження представлено у таблиці 2.1. та рис. 2.1

Таблиця 2.1.

Дослідження контингенту за тестом на алкоголізм Мічиганського університету (MAST-Test)

Ймовірність залежності	Групи	
	ОГ1	ОГ2
низька	17 (31,5%)	30 (43,5%)
середня	23 (42,6%)	26 (37,6%)
висока	14 (25,9%)	13 (18,9%)
Всього:	54 (100,0%)	69 (100,0%)

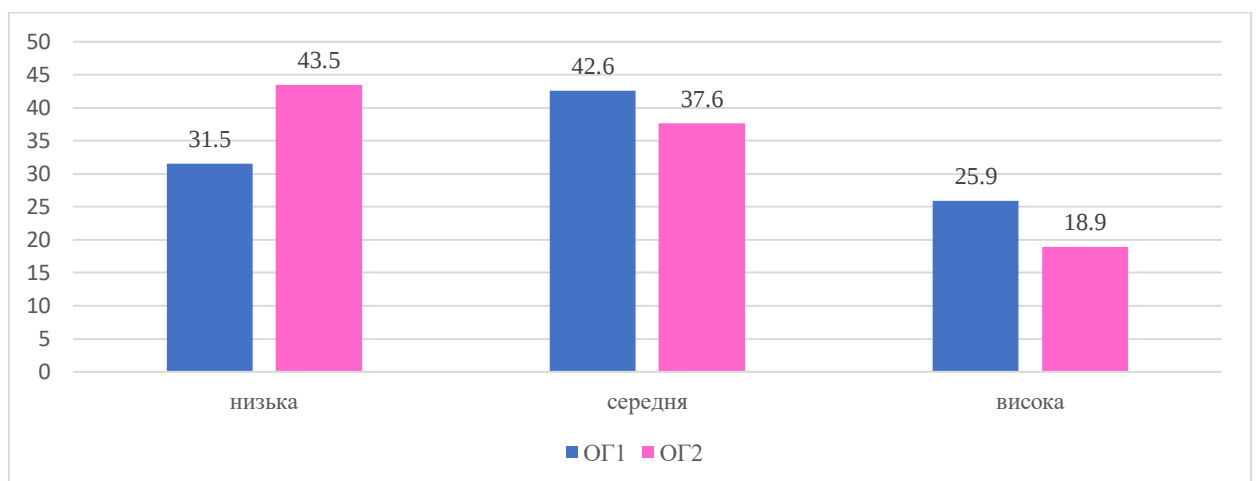


Рис. 2.1 Схильність до алкогольної залежності серед молоді

За результатами тесту на алкоголізм Мічиганського університету виявлено, що у дівчат загальний ризик розвитку алкогольної залежності нижче ніж у хлопців, так високий ризик мають чверть хлопців з ОГ1 та лише п'ята частина з дівчат ОГ2, також і прошарок з середнім ризиком вище в ОГ1 ніж в ОГ2, а низький має практично половина з опитаних респондентів ОГ2 проти третини в ОГ1. Це важливо розуміти для побудови профілактики алкогольної залежності з врахуванням сучасних гендерних особливостей молоді. Загалом ми виявили, що більшість з опитаних респондентів молодого віку мали досвід вживання алкоголю і схильність до дев'ятної поведінки під впливом психоактивних речовин (алкоголь ОГ1 – 68,5%; ОГ2 – 56,5% та нікотин ОГ1 – 46,3%; ОГ2 – 47,8%).

Надалі нами проведено загальну оцінку схильності до залежності серед опитаних респондентів молодого віку. Тест на 13 видів залежності Лозової Г.В. дозволив нам виявити коморбідність до залежної поведінки серед молоді. Всебічний розгляд схильності до адикцій надає можливість формувати адекватні програми профілактики залежної поведінки не лише від алкоголізму, а і враховувати їх коморбідне поєднання серед молоді, це в свою чергу сприяє більш адекватному та індивідуальному підходу до лікування, профілактики та реабілітації адиктивної особистості. Кількісні результати за даною методикою представлені у вигляді таблиці (табл. 2.2)

Таблиця 2.2.

**Дослідження контингенту за тестом на виявлення
схильності до адикцій Г. Лозової**

Ймовірність залежності	Групи	
	ОГ1	ОГ2
алкогольна залежність	14 (25,9%)	13 (18,9%)
Інтернет та комп'ютерна залежність	23 (42,6%)	32 (46,4%)
любовна залежність	4 (7,4%)	15 (21,7%)
залежність від міжособистісних стосунків	3 (5,6%)	6 (8,7%)
наркотична залежність	5 (9,3%)	2 (2,9%)
ігрова залежність	8 (14,8%)	3 (4,3%)
нікотинова залежність	25 (46,3%)	33 (47,8%)

харчова залежність	3 (5,6%)	12 (17,4%)
трудоголізм	1 (1,9%)	3 (4,3%)
телевізійна залежність	5 (9,3%)	4 (5,8%)
залежність від здорового способу життя	11 (20,4%)	20 (29,0%)
лікарська залежність	3 (5,6%)	5 (7,2%)
релігійна	2 (3,7%)	2 (2,9%)
Загальна схильність до адикцій	36 (66,7%)	47 (68,1%)

Примітка до таблиці 2.2. У кожної опитаної особи може спостерігатись не одна залежність, а декілька.

За кількісними результатами отриманими за методикою Лозової Г.В. на 13 видів залежностей визначено, що загальна схильність до адиктивної поведінки виявляється більше ніж у 65% молоді, так серед юнаків цей показник складає ОГ1 – 66,7% опитаних, а серед дівчат ОГ2 – 68,1 % опитаних. У хлопців (ОГ1) найбільшою була нікотинова залежність – 46,3 % опитаних та Інтернет/комп'ютерна залежність у 42,6 % опитаних, надалі це алкогольна залежність яку демонструють 25,9 % опитаних юнаків, залежність від здорового способу життя виявлено лише у 20,4% опитаних юнаків, ігрова залежність – у 14,8 % опитаних юнаків, найменшими були телевізійна залежність – 9,3 % опитаних, наркотична залежність – 9,3 % опитаних, любовна залежність – 7,4 % опитаних, харчова залежність – 5,6 % опитаних, залежність міжособистісних стосунків – 5,6 % опитаних, лікарська залежність – 5,6 % опитаних, релігійна – 3,7 % опитаних, трудоголізм – 1,9 % опитаних юнаків.

Аналізуючи кількісні результати опитування отримані від юначок, можна відзначити, що (в групі – ОГ2) найбільшою була нікотинова залежність – 47,8 % опитаних юначок та Інтернет/комп'ютерна залежність в 46,4 % опитаних, надалі за кількістю осіб схильних до адиктивної поведінки було виявлено соціально прийнятну залежність – залежність від здорового способу життя – 29,0 % опитаних юначок, любовна залежність – 21,7 % опитаних юначок. Із негативних, небезпечних адикцій в ОГ2 наступне місце

посідає алкогольна залежність – 18,9 % опитаних та небезпечна для здоров'я харчова залежність (яка може призвести до анорексії чи булімії) – 17,4% опитаних. Найменшими за кількістю опитуваних юнок були залежність від міжособистісних стосунків – 8,7 % опитаних, лікарська залежність – 7,2 % опитаних, телевізійна залежність – 5,8 % опитаних, ігрова залежність – 4,3 % опитаних, трудовголізм – 4,3 % опитаних, релігійна – 2,9 % опитаних і наркотична залежність – 2,9 % опитаних.

Проаналізувавши отримані результати, ми можемо прийти до висновку, що такі залежності, як алкогольна ОГ1 – 25,9 % опитаних; ОГ2 – 18,9 % опитаних, нікотинова ОГ1 – 46,3 % опитаних; ОГ2 – 47,8 % опитаних, та комп'ютерна ОГ1 – 42,6 % опитаних; ОГ2 – 46,4 % опитаних, є трійкою «лідерів» залежних станів серед молоді, які мали між собою поєднання та коморбідність. Тому у побудові лікувально-профілактичних заходів потрібно врахувати ці виявлені особливості.

Позитивними показниками отриманих даних є той факт, що вагома частина опитаних осіб молодого віку демонструють залежність від здорового способу життя (ОГ1 -20,4 % опитаних, ОГ2– 29,0 % опитаних) який є протилежним способом життя та створює нейтралізацію негативним та небезпечним видам адикцій.

З метою перевірки відомої теорії, що вживання алкоголю надає переваги у формуванні міжособистої комунікації нами використано тест «Оцінка самоконтролю у спілкуванні» за М. Снайдером (див. таблицю 2.3. та рис. 2.2).

Таблиця 2.3.

Дослідження контингенту за тестом

«Оцінка самоконтролю у спілкуванні» (за М. Снайдером)

Рівень комунікативного контролю	Групи	
	ОГ1	ОГ2
низький	39 (72,2%)	44 (63,8%)
середній	11 (20,4%)	17 (24,6%)

високий	4 (7,4%)	8 (11,6%)
Всього:	54 (100,0%)	69 (100,0%)

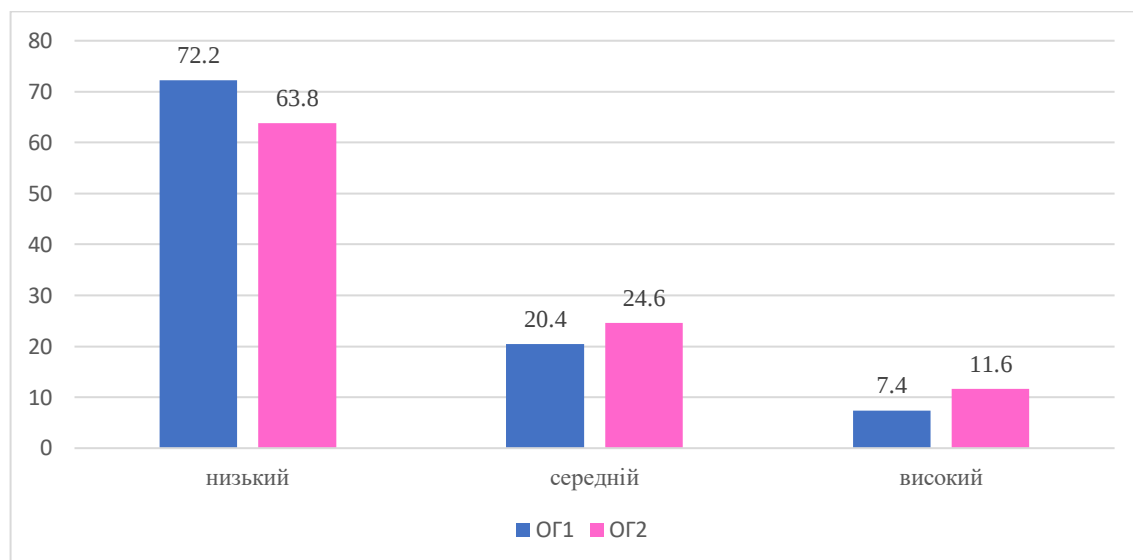


Рис. 2.2 Особливості самоконтролю серед молодого покоління

За результатами проведеного опитування, щодо особливостей самоконтролю серед молодого покоління, більшість опитаних потрапили в когорту не дуже добрих співрозмовників, яким необхідно працювати над собою та вчитися слухати (ОГ1 – 72,2 % опитаних; ОГ2 – 63,8 % опитаних).

Вагомій частині притаманні деякі комунікативні недоліки, вони критично ставляться до висловлювань та їм бракує певних переваг доброго співрозмовника (ОГ1 – 20,4 % опитаних; ОГ2 – 24,6 % опитаних). Потрібно уникати поспішних висновків, не загострювати уваги на манері говорити, шукати прихований зміст сказаного, не монополізувати розмови.

Практично тільки десята частина з всіх опитаних молодих осіб потрапили у когорту хороших співрозмовників, але і вони іноді відмовляли партнеру в повній увазі (ОГ1 – 7,4 % опитаних; ОГ2 – 11,6 % опитаних). Їм потрібно навчитися ввічливо надавати час своєму партнеру розкрити свою думку повністю, пристосовувати свій темп мови та мислення до співрозмовника і тоді можна бути впевненими, що спілкуватися буде ще приємніше.

Отримані нами дані вказують, що опитані особи молодого віку дуже часто за допомогою вживання психоактивних речовин намагаються вирішити свої особистісні проблеми у побудові міжособистісної комунікації, завуалювати недоліки комунікації. Вважають, що вживання психоактивних речовин підчас комунікації в групах однолітків сприяє поліпшенню стосунків, відвертості та відкритості до спілкування, таким чином вони нібито поліпшують свої стосунки один з одним та приховують власні проблеми й недоліки у вихованні.

2.3. Обговорення отриманих даних.

Відомо, що адиктивна (залежна) поведінка є спробою уникнути реальності, змінивши свій психічний стан для досягнення імаргінарного комфорту та емоційного розслаблення [10, 55]. Незважаючи на очевидну різницю між різноманітними формами такої поведінки, вони мають спільні психологічні механізми. Провідною рисою адиктивної поведінки є стійке прагнення особи змінити свій психофізичний стан. Ця потреба відчувається як нестримний, непереборний і незаспокійливий імпульс. Зовні це може проявлятися як боротьба із самим собою, чи, частіше, як втрата здатності до самоконтролю.

Важливо також зауважити, що адиктивна поведінка не розвивається раптово, але є постійним процесом формування та зростання залежності. Цей процес включає в себе початок, індивідуальний розвиток залежності та результат, а також може змінюватися на різних стадіях. Однією із провідних особливостей залежної поведінки є її циклічний характер, який включає фази: «внутрішньої готовності до адиктивної поведінки, посилення бажання, очікування та активного пошуку об'єкта залежності, отримання об'єкта та специфічних переживань, розслаблення та фазу ремісії. Після цього цикл повторюється з індивідуальною частотою та вираженістю, що залежать від кожної конкретної ситуації та особистості» [10, 55]. Мотивація для такої поведінки може змінюватись на різних етапах залежності. Тривалість і

характер цих стадій залежать від різних факторів, таких як природа самої залежності (наприклад, вид адиктивної речовини), індивідуальні особливості особи (наприклад, вік, соціальні зв'язки, рівень інтелекту, здібність до саморегуляції). Важливо відзначити, що залежна поведінка не завжди призводить до серйозних захворювань чи смерті, але обов'язково супроводжується змінами в особистісній сфері.

Ці загальні ознаки допомагають зрозуміти характер адиктивної поведінки і можуть бути корисними у її визначенні та побудові реабілітаційних та лікувальних програм.

Проводячи комплексний аналіз отриманого масиву даних за допомогою наведених психодіагностичних тестів ми бачимо основні риси, які вказують, що сучасна студентська молодь часто з метою покращення комунікації з однолітками вживає різні психотропні речовини, до яких також відноситься алкоголь. Багато хто має залежність від тютюну та інших видів патологічної адиктивної поведінки, яка має гендерні особливості.

Аналіз специфіки гендерних уявлень молоді набуває особливого значення за умов поступових соціальних змін. Молодь як особлива соціально-демографічна група грає провідну роль у відтворенні суспільства та збереженні його цілісності, а майбутній розвиток українського суспільства багато в чому визначатиметься системою цінностей сучасної молоді.

Гендер є фактором стратифікації і є істотним бар'єром на шляху досягнення ідеалів соціальної справедливості. Однак це не сприймається населенням, зокрема молоддю, як соціальна проблема. Багато в чому це пов'язано з широкою поширеністю та вкоріненістю традиційних гендерних уявлень та стереотипів у сучасній суспільній свідомості.

Під гендерними уявленнями в соціальній психології розуміються «обумовлені соціальним контекстом поняття, погляди, твердження, що стосуються розподілу ролей і статусних позицій чоловіків та жінок у суспільств» [64]. Виступаючи способом осмислення соціальної дійсності, гендерні уявлення допомагають людині визначити свою позицію щодо

системи існуючих нормативних приписів про належну поведінку чоловіків та жінок у соціумі та виробити свій стиль поведінки у міжстатевій взаємодії. Таким чином, гендерні уявлення, будучи продуктом пануючої в конкретному суспільстві в певний історичний період гендерної ідеології, орієнтують поведінку людей у мінливих соціальних ситуаціях.

Найбільш дієвим механізмом формування традиційної гендерної поведінки та соціальних ролей є гендерні стереотипи, під якими слід розуміти стандартизовані уявлення про моделі поведінки та риси характеру, що відповідають поняттям «чоловіче» та «жіноче». Гендерні стереотипи супроводжують процес соціалізації молоді, закладаючи основу формування норм і правил поведінки у соціумі.

Вивчення гендерних уявлень та гендерних стереотипів сучасної студентської молоді дає можливість не тільки зрозуміти її ціннісні орієнтації, а й дати прогноз перспектив розвитку гендерних відносин у нашій країні в найближчому майбутньому.

Соціалізація молоді має особливе значення, в період студентства відбувається становлення і закріплення соціальності в індивіді, а також отримує імпульс розвитку громадська система як інноваційного потенціалу, властивого молоді як соціальної спільності. Це є характерною рисою студентської молоді, яка становить потенціал розвитку економіки, політики, соціальної та духовної сфер суспільства.

Спираючись на загальновідомі соціальні норми потрібно їх використати у вихованні майбутнього покоління з популяризацією здорового способу життя. І як було встановлено підчас нашого психодіагностичного дослідження вагома частина дівчат є прихильними такої поведінки і способу життя, однак разом з цим вони залежні від соціальних мереж, тютюну і алкоголю, що їм надає можливість будувати відносини в реальному житті.

Для профілактики залучення молоді до вживання різних психоактивних речовин (алкоголю) необхідно застосування повторного та порівняльного медико-соціологічного моніторингу поширеності наркопатології та рівня

установок на здоровий спосіб життя. Програма медико-соціологічного моніторингу може передбачати реєстрацію та аналіз показників поширеності наркопатології з урахуванням великої кількості факторів, що передбачають, застосування протективних установок при прийнятті довгострокових управлінських рішень, прогнозування та стратегічне планування. Також, залежно від конкретної задачі, може носити більш вузький, прикладний характер, і включати меншу кількість індикаторів, що дозволяє здійснювати оперативну діагностику та контроль над станом найбільш актуальних проблем у конкретний момент часу.

Дослідження, засновані на даних моніторингу поширеності залучення до споживання психоактивних речовин та даних офіційної статистики, дозволяють більш поглиблено та об'єктивно оцінювати рівень наркопатології та здорового способу життя, а також оцінювати ефективність профілактичної роботи, що проводиться, та приймати адекватні та пріоритетні управлінські рішення щодо оптимізації діяльності служб що беруть участь у первинній профілактиці наркологічної патології.

При проведенні первинної профілактики алкоголізму серед молоді необхідно змінювати комплексні складові роботи, виділяючи постійні та змінні складові профілактичних процедур, що сприяють інтеріоризації здорового способу життя і дозволяють мобільно змінювати первинну профілактику відповідно до змін, що змінюються з соціальними умовами.

Отримані за результатами дослідження показники поширеності залучення молоді до вживання психоактивних речовин (алкоголю) диктують необхідність удосконалення організації диспансерного спостереження, розробку нових форм соціальної та медичної допомоги, оптимізацію структури та зміцнення матеріально-технічної бази первинної медико-санітарної допомоги, впровадження нових профілактичних процедур.

Необхідно включити до програми підготовки та вдосконалення фахівців охорони здоров'я та освіти питання щодо методики проведення та використання медико-соціологічного моніторингу в оцінці стану та рівня

поширеності залучення молоді до вживання психоактивних речовин (алкоголю) та оптимізації роботи лікувально-профілактичних і освітніх закладів.

Таким чином, мета нашого дослідження була досягнута, усі поставлені завдання вирішено, отримано значні теоретичні та науково-практичні результати, які надають можливість констатувати певні гендерні відмінності у схильності до адиктивної поведінки.

Висновки до другого розділу.

У роботі проведено комплексний аналіз результатів дослідження щодо наявності схильності до вживання алкоголю серед молоді. Отримані в дослідженні дані про взаємозв'язок особистості та установки на вживання алкоголю дозволяють вирішувати практичні завдання виділення групи ризику алкоголізації та відкривають можливість для здійснення диференційованого особистісно-орієнтованого підходу у профілактиці різних форм вживання алкоголю.

Результати дослідження можуть знайти застосування у вирішенні завдань психологічного просвітництва батьків, педагогів, психологів, медичних працівників і можуть бути включені до програм підвищення кваліфікації фахівців, які реалізують профілактичні програми в закладах освіти, центрах психологічної допомоги.

Запропонований комплекс психодіагностичних методик для вивчення особливостей вживання алкоголю, крім вирішення практичного завдання виділення групи ризику, також може використовуватися для проведення подальших досліджень щодо проблеми визначення схильності до алкоголізації серед молоді.

Для розкриття поставленої мети нашого дослідження спрямованого на визначення особливостей алкоголізації у молоді нами були визначені наступні завдання:

1. Провести теоретичний аналіз зарубіжних та вітчизняних психологічних теорій, присвячених особистості та установці з метою визначення факторів ризику вживання алкоголю молоддю.
2. Знайти методики для дослідження вживання алкоголю, які дозволять визначити особливості сучасної молоді яка схильна до вживання алкоголю.
3. Провести експериментальне дослідження особливостей алкоголізації молоді у різних ситуаціях вживання алкоголю.
4. Проаналізувати вікові та гендерні відмінності особливостей вживання алкоголю.

5. Виділити основні ризики для алкоголізації у молоді.

6. Встановити особливості вживання алкоголю та запропонувати психологічну інтерпретацію отриманих результатів.

Поставлені завдання визначили хід емпіричної частини роботи та включив наступні етапи: підготовчий, діагностичний та аналітико-інтерпретаційний (математико-статистична обробка та інтерпретація отриманих даних). У психодіагностичний комплекс увійшли наступні методики: Тест на алкоголізм Мічиганського університету (Michigan Alcohol Screening Test, MAST); Методика на визначення 13 видів залежності Лозової Г.В.; Тест «Оцінка самоконтролю у спілкуванні» (за Маріоном Снайдером).

Контингент дослідження включав студентську молодь у віці від 18 до 24 років жіночої та чоловічої статі. Усю вибірку розподілено за гендером, так до групи ОГ1 включено 54 юнака, а до групи ОГ2 включено 69 юначки. Всі респонденти дали згоду на участь у дослідженні та були ознайомлені із основною метою дослідження.

Достовірність та надійність отриманих даних забезпечені застосуванням комплексу методів, адекватних завданням дослідження; поєднанням кількісного та якісного аналізу матеріалу; використанням методів математичної статистики; внутрішньою несуперечливістю результатів дослідження та їх відповідністю теоретичним положенням загальної психології, психології особистості та вікової психології.

За результатами проведеного психодіагностичного опитування було встановлено, що у дівчат загальний ризик розвитку алкогольної залежності нижче ніж у хлопців, так високий ризик мають чверть хлопців з ОГ1 (25,9 %) та лише п'ята частина з дівчат ОГ2 (18,9 %), також і прошарок з середнім ризиком вище в ОГ1 (42,6 %) ніж в ОГ2 (37,6 %), а низький має практично половина з опитаних ОГ2 (43,5 %) проти третини в ОГ1 (31,5 %). Це важливо розуміти для побудови профілактики алкогольної залежності з врахуванням сучасних гендерних особливостей молоді. Загалом ми виявили, що більшість опитаних молодих осіб мали досвід вживання алкоголю і схильність до

девіантної поведінки під впливом психоактивних речовин (алкоголь ОГ1 – 68,5 %; ОГ2 – 56,5 % та нікотин ОГ1 – 46,3 %; ОГ2 – 47,8 %).

За кількісними результатами отриманими за методикою Лозової Г.В. на 13 видів залежностей визначено, що загальна схильність до адиктивної поведінки виявляється більше ніж у 65% молоді, так серед юнаків цей показник складає ОГ1 – 66,7% опитаних, а серед дівчат ОГ2 – 68,1 % опитаних. Проаналізувавши отримані результати, ми прийшли до висновку, що такі залежності, як алкогольна ОГ1 – 25,9 % опитаних; ОГ2 – 18,9 % опитаних, нікотинова ОГ1 – 46,3 % опитаних; ОГ2 – 47,8 % опитаних, та комп'ютерна ОГ1 – 42,6 % опитаних; ОГ2 – 46,4 % опитаних, є трійкою «лідерів» залежних станів серед молоді, які мали між собою поєднання та коморбідність. Тому у побудові лікувально-профілактичних заходів потрібно врахувати ці виявлені особливості.

За результатами проведеного опитування, щодо особливостей самоконтролю серед молодого покоління, більшість опитаних потрапили в когорту не дуже добрих співрозмовників, яким необхідно працювати над собою та вчитися слухати (ОГ1 – 72,2 % опитаних; ОГ2 – 63,8 % опитаних).

Вагомій частині притаманні деякі комунікативні недоліки, вони критично ставляться до висловлювань та їм бракує певних переваг доброго співрозмовника (ОГ1 – 20,4 % опитаних; ОГ2 – 24,6 % опитаних). Потрібно уникати поспішних висновків, не загострювати уваги на манері говорити, шукати прихований зміст сказаного, не монополізувати розмови.

Практично тільки десята частина з всіх опитаних молодих осіб потрапили у когорту хороших співрозмовників, але і вони іноді відмовляли партнеру в повній увазі (ОГ1 – 7,4 % опитаних; ОГ2 – 11,6 % опитаних). Їм потрібно навчитися ввічливо надавати час своєму партнеру розкрити свою думку повністю, пристосовувати свій темп мови та мислення до співрозмовника і тоді можна бути впевненими, що спілкуватися буде ще приємніше.

Отримані нами дані вказують, що опитані особи молодого віку дуже часто за допомогою вживання психоактивних речовин намагаються вирішити

свої особистісні проблеми у побудові міжособистісної комунікації, завуалювати недоліки комунікації. Вважають, що вживання психоактивних речовин під час комунікації в групах однолітків сприяє поліпшенню стосунків, відвертості та відкритості до спілкування, таким чином вони нібито поліпшують свої стосунки один з одним та приховують власні проблеми й недоліки у вихованні.

Соціалізація молоді має особливе значення, в період студентства відбувається становлення і закріплення соціальності в індивіді, а також отримує імпульс розвитку громадська система як інноваційного потенціалу, властивого молоді як соціальної спільності. Це є характерною рисою студентської молоді, яка становить потенціал розвитку економіки, політики, соціальної та духовної сфер суспільства.

Спираючись на загальновідомі соціальні норми потрібно їх використати у вихованні майбутнього покоління з популяризацією здорового способу життя. І як ми бачили при обстеженні вагома частина дівчат є прихильними такої поведінки і способу життя, однак разом з цим вони залежні від соціальних мереж, тютюну і алкоголю, що їм надає можливість будувати відносини в реальному житті.

При проведенні первинної профілактики алкоголізму серед молоді необхідно змінювати комплексні складові роботи, виділяючи постійні та змінні складові профілактичних процедур, що сприяють інтеріоризації здорового способу життя і дозволяють мобільно змінювати первинну профілактику відповідно до змін, що змінюються з соціальними та умов.

ВИСНОВКИ

1. За результатами проведеного теоретичного аналізу зарубіжних та вітчизняних психологічних теорій, з метою визначення факторів ризику вживання алкоголю молоддю. Встановлено, що алкогольна залежність – це психобіологічний синдром, при якому існує постійна рушійна сила до споживання алкоголю, що стає центральною рисою життя цієї людини. Формування установки на вживання алкоголю, являє собою складний процес, який включає в себе вплив багатьох факторів, як біологічних, психологічних, соціальних та культурних. Вивчення цього явища привертає увагу вчених різних галузей науки, включаючи психологів, соціологів, генетиків, біологів та медиків.

Біологічний підхід до розуміння установки на вживання алкоголю зосереджується на фізіологічних та генетичних аспектах. Генетичні фактори впливають на схильність до алкоголю, зумовлюючи різні реакції на його вживання. Наприклад, деякі особи можуть мати вищий рівень толерантності до алкоголю, що може сприяти розвитку установки на його вживання.

Психологічний підхід розглядає внутрішні механізми, що впливають на установку щодо алкоголю. Сюди входять аспекти особистісного розвитку, механізми самовизначення та усвідомлення, а також способи подолання стресу та негативних емоцій. Наприклад, особи з низьким рівнем самовизначення можуть бути більш схильними до вживання алкоголю як способу втечі від проблем і невдач.

Соціальний підхід враховує вплив соціального середовища, культурних норм та значень на установку щодо алкоголю. Суспільні норми щодо вживання алкоголю можуть бути різними в різних культурах і грати значущу роль у формуванні установки. Наприклад, у культурах, де алкоголь сприймається як частина соціальних подій та традицій, молодь може бути більш схильною до його вживання.

Біологічний, психологічний та соціальний підхід не є взаємовиключними, але доповнюють один одного в розумінні формування установки на вживання алкоголю. Генетичні передумови можуть впливати на реакції на алкоголь, психологічні особливості можуть визначати мотивації та механізми пристосування, а соціокультурні фактори визначають соціальну прийнятність та очікування.

Загалом, формування установки на вживання алкоголю є складним і мультифакторним явищем, яке вивчається з різних дисциплін. Розуміння цього процесу дозволяє розробляти ефективні стратегії профілактики та втручання для зменшення шкідливих наслідків вживання алкоголю. Із основних напрямків політики ВООЗ із цього напрямку, можливо відокремити наступні.

На державному рівні у більшості випадків проводиться психоосвіта щодо шкідливості алкоголю та негативних наслідків споживання алкоголю та його впливу здоров'я людини. Особливе місце займає інформування населення щодо ознак виявлення проблем з алкоголем та розповсюдження інформації про місця отримання допомоги (медичні заклади) у тому числі і психологічної підтримки. ВООЗ всебічно підтримує надання високоякісних послуг для лікування алкогольної залежності та психосоціальної підтримки, а також регламентує надання інформації про калорійність та склад алкогольних напоїв, щоб споживачі мали можливість приймати усвідомлені рішення.

Кожна держава встановлю певні обмеження щодо вживання алкоголю та його доступності, особливо для неповнолітніх, жінок та вагітних жінок. На законодавчому рівні відбувається регулювання виробництва, контролю, легалізації, продажу та реклами алкоголю, з метою уникнення недостатнього контролю та надмірного споживання.

Формування установок та моди щодо здорового способу життя. Сприяння регулярній фізичній активності та пропаганда збалансованого харчування можуть зменшити ймовірність споживання алкоголю тому у цьому

напрямку крокує політика розвинених держав турбуючись таким чином про здоров'я свого народу.

2. Відповідно до другого завдання було визначено хід емпіричної частини роботи який складався із наступних етапів: підготовчий, діагностичний та аналітико-інтерпретаційний (математико-статистична обробка та інтерпретація отриманих даних). У психодіагностичний комплекс увійшли наступні методики: Тест на алкоголізм Мічиганського університету (Michigan Alcohol Screening Test, MAST); Методика на визначення 13 видів залежності Лозової Г.В.; Тест «Оцінка самоконтролю у спілкуванні» (за Маріоном Снайдером).

Контингент дослідження включав студентську молодь у віці від 18 до 24 років жіночої та чоловічої статі. Усю вибірку розподілено за гендером, так до групи ОГ1 включено 54 юнака, а до групи ОГ2 включено 69 юначки. Всі респонденти дали згоду на участь у дослідженні та були ознайомлені із основною метою дослідження.

Достовірність та надійність отриманих даних забезпечені застосуванням комплексу методів, адекватних завданням дослідження; поєднанням кількісного та якісного аналізу матеріалу; використанням методів математичної статистики; внутрішньою несуперечливістю результатів дослідження та їх відповідністю теоретичним положенням загальної психології, психології особистості та вікової психології.

3. Згідно із третім та четвертим завданням, було проведено психодіагностичне дослідження та проаналізовано отримані результати.

За результатами проведеного психодіагностичного опитування було встановлено, що у дівчат загальний ризик розвитку алкогольної залежності нижче ніж у хлопців, так високий ризик мають чверть хлопців з ОГ1 (25,9 %) та лише п'ята частина з дівчат ОГ2 (18,9 %), також і прошарок з середнім ризиком вище в ОГ1 (42,6 %) ніж в ОГ2 (37,6 %), а низький має практично половина з опитаних ОГ2 (43,5 %) проти третини в ОГ1 (31,5 %). Це важливо розуміти для побудови профілактики алкогольної залежності з врахуванням

сучасних гендерних особливостей молоді. Загалом ми виявили, що більшість опитаних молодих осіб мали досвід вживання алкоголю і схильність до девіантної поведінки під впливом психоактивних речовин (алкоголь ОГ1 – 68,5 %; ОГ2 – 56,5 % та нікотин ОГ1 – 46,3 %; ОГ2 – 47,8 %).

За кількісними результатами отриманими за методикою Лозової Г.В. на 13 видів залежностей визначено, що загальна схильність до адиктивної поведінки виявляється більше ніж у 65% молоді, так серед юнаків цей показник складає ОГ1 – 66,7% опитаних, а серед дівчат ОГ2 – 68,1 % опитаних. Проаналізувавши отримані результати, ми прийшли до висновку, що такі залежності, як алкогольна ОГ1 – 25,9 % опитаних; ОГ2 – 18,9 % опитаних, нікотинова ОГ1 – 46,3 % опитаних; ОГ2 – 47,8 % опитаних, та комп'ютерна ОГ1 – 42,6 % опитаних; ОГ2 – 46,4 % опитаних, є трійкою «лідерів» залежних станів серед молоді, які мали між собою поєднання та коморбідність.

За результатами проведеного опитування, щодо особливостей самоконтролю серед молодого покоління, більшість опитаних потрапили в когорту не дуже добрих співрозмовників, яким необхідно працювати над собою та вчитися слухати (ОГ1 – 72,2 % опитаних; ОГ2 – 63,8 % опитаних).

Вагомій частині притаманні деякі комунікативні недоліки, вони критично ставляться до висловлювань та їм бракує певних переваг доброго співрозмовника (ОГ1 – 20,4 % опитаних; ОГ2 – 24,6 % опитаних). Потрібно уникати поспішних висновків, не загострювати уваги на манері говорити, шукати прихований зміст сказаного, не монополізувати розмови.

Практично тільки десята частина з всіх опитаних молодих осіб потрапили у когорту хороших співрозмовників, але і вони іноді відмовляли партнеру в повній увазі (ОГ1 – 7,4 % опитаних; ОГ2 – 11,6 % опитаних). Їм потрібно навчитися ввічливо надавати час своєму партнеру розкрити свою думку повністю, пристосовувати свій темп мови та мислення до співрозмовника і тоді можна бути впевненими, що спілкуватися буде ще приємніше.

4. У відповідності із завданням щодо відокремленості основних ризиків алкоголізації у молоді, можна зазначити, що опитані особи молодого віку дуже

часто за допомогою вживання психоактивних речовин намагаються вирішити свої особистісні проблеми у побудові міжособистісної комунікації, завуалювати недоліки комунікації. Вважають, що вживання психоактивних речовин під час комунікації в групах однолітків сприяє поліпшенню стосунків, відвертості та відкритості до спілкування, таким чином вони нібито поліпшують свої стосунки один з одним та приховують власні проблеми й недоліки у вихованні.

Соціалізація молоді має особливе значення, в період студентства відбувається становлення і закріплення соціальності в індивіді, а також отримує імпульс розвитку громадська система як інноваційного потенціалу, властивого молоді як соціальної спільності. Це є характерною рисою студентської молоді, яка становить потенціал розвитку економіки, політики, соціальної та духовної сфер суспільства.

Спираючись на загальновідомі соціальні норми потрібно їх використати у вихованні майбутнього покоління з популяризацією здорового способу життя. І як ми бачили при обстеженні вагома частина дівчат є прихильними такої поведінки і способу життя, однак разом з цим вони залежні від соціальних мереж, тютюну і алкоголю, що надає можливість будувати відносини в реальному житті.

При проведенні первинної профілактики алкоголізму серед молоді необхідно змінювати комплексні складові роботи, виділяючи постійні та змінні складові профілактичних процедур, що сприяють інтеріоризації здорового способу життя і дозволяють мобільно змінювати первинну профілактику відповідно до змін, що змінюються з соціальними та умов.

5. Відповідно до останнього завдання нами було встановлено певні особливості вживання алкоголю та запропоновано інтерпретацію отриманих результатів.

Таким чином, розглянувши основні методи психореабілітації алкогольної залежності можливо зазначити кілька ключових методів роботи.

По-перше, одним із провідних методів психореабілітації залишається «терапія заміщення». Вона використовується для зменшення жади (тяги) до алкоголю. Включає в себе прийом альтернативних засобів, які можуть задовольнити психологічну потребу в чомусь подібному до алкоголю, але не шкідливого для здоров'я.

По-друге, це рекомендована ВООЗ когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка спрямована на зміну деструктивних думок та паттернів поведінки, пов'язаних із вживанням алкоголю. Допомагає особі виробити навички управління стресом, уникнення ситуацій і позитивної зміни життєвого стилю.

По-третє, важливим компонентом окрім індивідуальних методів роботи із особами страждаючими від алкогольної залежності залишаються і методи групової терапії. Участь у групових сесіях дозволяє особі ділитися своїм досвідом, отримувати підтримку та навчатися від інших, які проходять ту саму боротьбу.

До одного із видів групової терапії відносять і сімейну терапію, оскільки від алкогольної залежності страждає не лише сама особа, а страждають і люди які її оточують, і однією із перших ланок – є сім'я. Сімейна терапія залучає членів сім'ї у процес підтримки та допомоги особі у відновленні.

Важливим компонентом реабілітації осіб із алкогольною залежністю являється спортивна та фізична активність. Фізична активність допомагає виробити нові здорові звички та забезпечує важливу альтернативу алкоголю для вивільнення стресу.

Наступним важливим компонентом психореабілітації є психосоціальна підтримка, яка спрямована на забезпечення стійкої зовнішньої підтримки через спілкування з психологом, підтримку від рідних, близьких та друзів, або участь у спеціалізованих групах підтримки. До такою соціальної підтримки важливо включати та навчати осіб які оточують особу хвору на алкогольну залежність – емоційною підтримкою. Допомога в розумінні та вираженні власних почуттів та емоцій, а також вироблення здорових механізмів їх регуляції.

Останні роки набирає розповсюдженості включення у процес реабілітації і технік релаксації, що включають у себе дихальні вправи, медитацію, йогу та інші методи, що допомагають знизити стреси та тривожність.

Всі ці методи часто використовують у комбінації для максимального ефекту та адаптації до індивідуальних потреб кожної особи яка страждає від алкогольної залежності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. . Ковальський Т. Наркотики і дисципліна учнів. Проблемні ситуації в керуванні освітою. Л., 2003. С. 195-204.
2. Аймедов К.В. Психологічні особливості жінок, хворих на алкогольну залежність. *Український журнал «Мужское здоровье, гендерная и психосоматическая медицина»*. 2015. № 1-2 (02). С. 81-84.
3. Ананьєв В. А. Зловживання алкоголем. К.: Правда, 2020. 96 с.
4. Андрєєва Т., Якунчикова О. Вільний час підлітків та ризик вживання алкоголю. *Соц. психологія*. 2011. № 2, С. 70-79.
5. Антонюк В. З. Суть і характеристика девіантної поведінки особистості. Педагогічний пошук: наук.-метод. вісн. Упр. освіти і науки Волин. облдержадмін., Волин. ін-т післядиплом. пед. Освіти. Луцьк, 2011. Вип. 2, С. 7-10.
6. Асєєва Ю.О. Біопсихосоціальна модель як базис для надання допомоги особам з залежністю. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017. V7. №5. P.1129-1138
7. Асєєва Ю.О. Возний Д.В., Давідюк П.П., Впровадження адаптивної моделі медико-соціальної реабілітації осіб, залежних від алкоголю. Наук.-практ. конф. з міжнародною участю *«Психосоціальна реабілітація в психіатрії»*: Харків. 2016. С. 18-19
8. Афанасьєва В. В. Профілактика та корекція девіантної поведінки підлітків у навчальному процесі. *Соціальна педагогіка: теорія та практика*. 2009. № 1. С. 47-52.
9. Бакалюк О. Олійник Н. Молодь і психоактивні речовини: фактори ризику і захисту. *Психологія і суспільство*. 2011. № 3, С. 70-95.
10. Барамзіна М. Адиктивна поведінка як соціально-психологічний феномен. *Здоров'я та фіз. культура*. 2010. № 30, С. 18-20.
11. Баранов В. Н., Герасимова М. М., Чекесова І. В., Беякова О. Ю. Особливості неврологічних проявів хронічного алкоголізму. *Новини української психіатрії*. 2003. № 2. С. 337.

12. Богданова І. М. Девіантна поведінка дітей і молоді як форма соціальної дезадаптації // Соціальна педагогіка : навч. посіб. К., 2008. С. 314-253.
13. Бринзюк М. Формування здорового способу життя підлітків: проблеми і перспективи. Інноваційні процеси в розвитку дошкільної та початкової освіти: зб. наук, пр.; за заг. ред. Н. А. Басюк. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2018. С. 64.
14. Воєводін І. В. Копінг-поведінка при адиктивних станах. Одеса. 2018. 257 с.
15. Возний Д.В. Особливості когнітивної сфери чоловіків, хворих на алкогольну залежність. *Архів психіатрії*. 2013. №3. С. 87-89.
16. Галявєєва О. Р., Хузіханов Ф. В., Гільманов А. А. Дослідження схильності населення до алкоголізації за 2016-2017 роки з урахуванням регіональних соціально-профілактичних програм. *Синергія наук*. 2018. № 19. С. 880-885.
17. Горб Н. О. Особливості превенції девіантних проявів серед неповнолітніх та молоді: зарубіжний досвід. *Держава та регіони*. Серія: Право. 2009. № 3, С. 36-42.
18. Ганонг В.Ф.. Фізіологія людини: Підручник. Львів : БаК, 2002. 784 с.
19. Девіантна поведінка дітей та молоді як форма соціальної дезадаптації. Соціальна педагогіка : підруч. для студ. ВНЗ За ред. А. Й. Капської. 4-е вид., переробл. і доповн. Київ. 2009. С. 347-355.
20. Децик О. З., Коринець І. М. Вивчення моделей поведінки осіб, залежних від алкоголю, як передумови розробки заходів їх раннього виявлення і своєчасного лікування. Харків: Пляда, 2012. С. 43-53.
21. Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних захворювань: конспекти основних станів. Частина 1. Посібник. Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. Харків : Діса плюс, 2015. 478с.

22. Животовська Л.В. Профілактика рецидивів при алкогольній залежності на етапі становлення ремісії. *Вісник проблем біології і медицини*. 2014. т.1, Вип. 3. С. 110-114.
23. Зав'ялов В. Ю. Мотивація споживання алкоголю у хворих алкоголізмом та здорових. *Психологічний журнал*. 2020. № 5. С. 102-111.
24. Завацька Л. А. Профілактика адиктивної поведінки. Соціальна педагогіка :навч.-метод. посіб. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки ; за ред. Л. К. Грицюк, В. С. Петровича. Луцьк. 1999. С. 105-111.
25. Заюков І. В. Оцінка соціально-економічних ефектів в аспекті самозбереження здоров'я населення України. *Східна Європа: економіка, бізнес та управління*. 2018.Вип. 1 (12). С. 273-277.
26. Зейгарник Б. В. Порухення особистості. К. Свобода. 2020. 289 с.
27. Золотова Г.Д. Соціально-педагогічна профілактика адиктивної поведінки неповнолітніх: навч.пос. для студ. Луганськ. 2010. 231с.
28. Кареліна Т. І. Неврологія: підручник (ВНЗ І—ІІІ р. а.) / Т. І. Кареліна, Н. М. Касевич; за ред. Н.В. Литвиненко. 2-е вид., випр. К.: «Медицина», 2017. 288 с.
29. Когут С. Девіантна поведінка дітей та молоді: проблеми й шляхи подолання. *Вісник Львівського університету. Серія педагогічна*. М-во освіти і науки України, Львів. нац. ун-т ім. І.Франка. Львів. 2008. Вип. 24. С. 190-197.
30. Кузьмінов В. Н., Шульга О. О. Кореляція психопатологічних та неврологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю, які перенесли гостру алкогольну енцефалопатію. Харків: Плеяда, 2012, С. 89-90.
31. Кузьмінов В. Н., Шульга О. О. Співвідношення неврологічних порушень та тяжкості психоорганічного синдрому у хворих, що перенесли тяжкий стан відміни алкоголю з делірієм Харків: Плеяда, 2018. С. 56-60.
32. Кучинська І. А., БондарМ. Ст, СтребкоА. В., Конопленко Л. С. Ключові аспекти діагностики та седації пацієнтів із гострим алкогольним психозом у відділенні інтенсивної терапії Медицина нагальних станів. 2018. № 2 (89). 3. 58-67.

33. Лисюк І. В., Христенко О. М. Підлітковий алкоголізм: соціальні фактори ризику. *Медсестринство*. 2017. № 2. С. 36-38
34. Лисюк І.В. Соціальне дослідження обізнаності молоді Конотопського району з проблемами поширення підліткового алкоголізму. *Медсестринство*. 2017. №1 С.56-59
35. Лобанов І. Ю., Артемчук А. П. Алкоголізація молоді як етап дизонтогенезу у осіб із наслідками перинатального ураження мозку. Матеріали XVIII Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю: «Довженківські читання: «Вживання психоактивних речовин в умовах «гібридної» війни»», присвяченої 25-річчю НАМИ України та 100-річчю з дня народження О. Р. Довженка. Харків: Плеяда, 2018. С. 70-72.
36. Максименко С.Д., Максименко К.С., Нікішина В.Б., Петраш Е.А., Кузнєцова А.А. Асоціативно-дисоціативні механізми часової перспективи особистості при алкогольної залежності. *Курський науково-практичний вісник «Людина та її здоров'я»*. 2014. №1. С. 85.
37. Маркозова Л. М., Лісна Н. М., Гольцова С. В. Динаміка когнітивних функцій у осіб з алкогольною залежністю. Матеріали XVIII Укр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю: «Довженківські читання: «Вживання психоактивних речовин в умовах «гібридної» війни»», присвяченої 25-річчю НАМН України та 100-річчю з дня народження О. Р. Довженка. Харків: Плеяда, 2018. С. 127-128.
38. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних та поведінкових розладів. Клінічне опис та вказівки з діагностики; під. ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркіна. До: Факт, 1999. 259с.
39. Мовсісян О. Г. Профілактика адиктивної залежності на засідках судової фармації при формуванні здорового способу життя у молоді: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. фарм. наук; спец. 14.01.17 «Наркологія» К, 2017. 27 с.
40. Молодь та наркотики (соціологія наркотизму) / за ред. В. А. Соболева та І. П. Рущенко. Харків: Торсинг, 2000. 432 с.

41. Національний звіт за 2017 рік щодо наркотичної ситуації в Україні (за даними 2016 року). Поглиблений огляд наркоситуації в Україні для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності. ДУ «Український моніторинговий та медичний центр з наркотиків та алкоголю Міністерства охорони здоров'я України». К. 2017. 228 с.

42. Пінчук Г. Я., Петриченко О. О., Колодежний О. В., Здорик І. Ф. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013-2015 рр. Архів психіатрії. 2016. № 22 (2). С. 20-27.

43. Порушення емоційно-вольової та когнітивної сфери у пацієнтів з дисциркуляторною алкогольною енцефалопатією / А. П. Закревський, І. В. Циба, В. А. Мітюков [та ін.]. Харків: Плеяда, 2012. С. 56-59.

44. Психічне здоров'я населення України. Аналітично-статистичний довідник за 2013-2015 роки. МОЗ України, УНДІСіСПтаНУ МОЗ України, ДУ «Центр медичної статистики МОЗ України». К., 2016. 79 с.

45. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (Інформаційно-аналітичний огляд за 1990-2010 рр.). Харків: Видавець Д. В. Строков, 2011. С.6.

46. Рощупкіна Т. М. Кпініко-епідеміологічні особливості розвитку алкогольної залежності, алкогольної енцефалопатії та алкогольних пароксизмальних станів. *Вісник Харківського Регіонального Інституту Проблем Громадської Охорони Здоров'я*. 2019. Том 89, № 3. С. 24-36.

47. Рущенко І. П. Динаміка споживання наркотиків у молодіжному середовищі (за даними соціологічного моніторингу у м. Харкові). *Вісник Харківського національного університету внутрішніх справ*. 2014. № 4 (67). С. 230-239.

48. Рущенко І. П., Сердюк О. О., Віцько О. В. Динаміка поширення молодіжного наркотизму в Харківському регіоні: 15 років спостережень. *Методологія, теорія та практика соціологічного аналізу сучасного суспільства*. 2011. Вип. 17. С. 476-481.

49. Сердюк А. А. Наркотизм и глобальная сеть Internet. *Право і Безпека*. 2002. № 3. С. 195-198.
50. Сердюк О. О. Особливості структури мотивації вживання алкоголю: досвід соціологічного вивчення. *Актуальні проблеми сучасної науки в дослідженнях молодих учених* : зб. наук. пр. Харків : Ун-т внутр. справ, 1999. Вип. 5. С. 183-187.
51. Сердюк О.О. Базима Б. О., Щербакова І.В. Молодь та наркотики – 2019 : за результатами соціологічного моніторингу розповсюдження хімічних та нехімічних форм залежності серед молоді м. Харків 1995–2019 років : [наук. звіт] МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ.: Харків : ХНУВС, 2020. 72с.
52. Сиволап Ю.П. Зловживання алкоголем і фармакотерапія алкоголізму. *Неврологія, нейропсихіатрія, психосоматика*. 2014.
53. Смирнов В. М. Основні засади та методи психологічного дослідження внутрішньої картини хвороби. К.: Медицина. 2018. 61 с.
54. Співак М. В. Сучасний стан і проблеми внутрішньої політики охорони здоров'я в Україні *Актуальні проблеми політики*. 2015. Вип. 54. С. 271-280.
55. Ткач Б. М. Сучасні погляди на проблему адиктивної поведінки учнівської молоді. *Вісник. Соціологія. Психологія. Педагогіка*. Київ. нац. ун-т ім. Т. Шевченка. 2003. Вип. 17/18. С. 114-117.
56. Токмакова Е. В., Катковникова Л. А. Некоторые аспекты изучения проблемы алкоголизма в Украине. *Безпека людини у сучасних умовах: матеріали VI Міжнар. наук.-метод. конф. НТУ«ХП», 4-5 грудня 2014 р., м. Харків*. С. 302-304.
57. Третяк О. І. Вікові особливості у профілактиці шкідливих звичок. *Безпека життєдіяльності*. 2009. № 7. С. 21-22.
58. Флемінг Н. Ф., Поттер Д., Кеттіл С. Зловживання алкоголем та наслідки залежності. *Наркологія*. 2018. С. 15-26.

59. Черкасова О.О., Коляденко Н.В. Психологічні особливості формування алкогольного синдрому у студентів. Психологія. 2018. URL: <http://medpsychology.pp.ua/formuvannya-alkoholnoho-syndromu-u-studentiv>
60. Шабанов П. Д., Штакельберг О. Ю. Алкоголізм. Патопсихологія, клініка, реабілітація. К.: 2017. 367 с.
61. Шаповал А. Алкоголь і наркотики як чинники демографічної кризи в Україні. Віче. 2010. № 8. С. 24-29.
62. Шапочка Є. А. Алкогольна залежність: ремісія та реабілітаційні заходи (огляд літератури). *Український науково-медичний молодіжний журнал*. 2015. № 2. С. 110-113.
63. Шаяхметова Г. С. Проблема алкоголя, табакокурения и наркомании среди подростков и молодежи. Оздоровительная физическая культура молодежи: актуальные проблемы и перспективы: материалы III Междунар. науч.-практ. конф., 13 апреля 2018 г., Минск.: Минск, 2018. Ч. 1. С. 360-363.
64. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (American Psychiatric Publishing, ed. 5, 2013).
65. Aymedov K. V., Asieieva Yu.O. Individual psychological characteristics of wives whose husbands are alcohol dependent. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016; 6(11):767-774.
66. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51) (2016) URL: www.samhsa.gov/data/
67. DSM-IV-TR, Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Edition 4 (text revised) // The American Psychiatric Association 2000. 943 p.
68. Falk E., Castle I. J., Ryan M., Fertig J., Litten R. Z. Moderators of varenicline treatment effects in a double-blind, placebo-controlled trial for alcohol dependence: An exploratory analysis. *J. Addict. Med.* 2015, 296-303 (2015).

69. Falk E., Ryan M. L., Fertig J. B., Devine E. G., Cruz R., Brown E. S., Burns H., and others National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Clinical Investigations Group (NCIG) Study Group, Gabapentin enacarbil extended-release for alcohol use disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled, multisite trial assessing efficacy and safety. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 43, 158-169 (2019).
70. Grant F., Goldstein R. B., Saha T. D., Chou S. P., Jung J., Zhang H., Pickering R. P. Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA Psychiat.* 72, 757-766 (2015).
71. Haass-Koffler L., Swift R. M., Leggio L. Noradrenergic targets for the treatment of alcohol use disorder. *Psychopharmacology* 235, 1625-1634 (2018).
72. Hennessy A., Tanner-Smith E. E., Mavridis D., Grant S. P., Comparative effectiveness of brief alcohol interventions for college students: Results from a network meta-analysis. *Prev. Sci.* 2019, 715-740 (2019).
73. Jonas D. E., Amick H. R., Feltner C., Wines R., Shanahan E., Rowe C. J., Garbutt J. C., Genetic polymorphisms and response to medications for alcohol use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacogenomics* 15, 1687-1700 (2014).
74. Kazemi D. M., Borsari B., Levine M. J., Li S., Lamberson K. A., Matta L. A., A systematic review of the mHealth interventions to prevent alcohol and substance abuse. *J. Health Commun.* 22, 413-432 (2017).
75. Kelly J. F., Bergman B., Hoepfner B. B., Vilsaint C., White W. L. Prevalence and pathways of recovery from drug and alcohol problems in the United States population: Implications for practice, research, and policy. *Drug Alcohol Depend.* 181, 162-169 (2017).
76. Koob F., Volkow N. D. Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *Lancet Psychiatry* 3, 760-773 (2016).
77. Kwako L. E., Momenan R., Litten R. Z., Koob G. F., Goldman D. Addictions neuroclinical assessment: A neuroscience-based framework for addictive disorders. *Biol. Psychiatry* 80, 179-189 (2016).

78. Litten R. Z., Ryan M. L., Falk D. E., Reilly M., Fertig J. B., Koob G. F., Heterogeneity of alcohol use disorder: Understanding mechanisms to advance personalized treatment. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 39, 579-584 (2015).
79. Luigjes J., Segrave R., N. de Joode, Figee M., Denys D., Efficacy of invasive and non-invasive brain modulation interventions for addiction. *Neuropsychol. Rev.* 29, 116-138 (2018).
80. McCrady S., Owens M. D., Borders A. Z., Brovko J. M., Psychosocial approaches to alcohol use disorders since 1940: A review. *J. Stud. Alcohol Drugs Suppl.* 75 (Suppl 17), 68-78 (2014).
81. Mirijello, C. D'Angelo, Ferrulli A., Vassallo G., Antonelli M., Caputo F., Leggio L., Gasbarrini A., Addolorato G., Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. *Drugs* 75, 353-365 (2015).
82. Poznyak V., Reed G. M., Medina-Mora M. E., Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 27, 212-218 (2018).
83. Rehm J., Anderson P., Manthey J., Shield K. D., Struzzo P., Wojnar M., Gual A. Alcohol use disorders in primary health care: What do we know and where do we go? *Alcohol* 51, 422-427 (2016).
84. Roos C. R., Witkiewitz K. A contextual model of self-regulation change mechanisms among individuals with addictive disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 57, 117-128 (2017).
85. Schmidt C. S., Schulte B., Seo H. N., Kuhn S., O'Donnell A., Kriston L., Verthein U., Reimer J., Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction* 111, 783-794 (2016).
86. Tanner-Smith E., Risser M. D. A meta-analysis of brief alcohol interventions for adolescents and young adults: Variability in effects across alcohol measures. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 42, 140-151 (2016).

87. Tuithof M., Ten Have M., W. van den Brink, Vollebergh W., R. de Graaf, Treatment seeking for alcohol use disorders: Treatment gap or adequate self-selection? *Eur. Addict. Res.* 22, 277-285 (2016).

88. Witkiewitz K., Dearing R. L., Maisto S. A. Alcohol use trajectories among non-treatment-seeking heavy drinkers. *J. Stud. Alcohol Drugs* 75, 415-422 (2014).

89. Witkiewitz K., Hallgren K. A., Kranzler H. R., Mann K. F., Hasin D. S., Falk D. E., Litten R. Z., O'Malley S. S., Anton R. F. Clinical validation of reduced alcohol consumption after treatment for alcohol dependence using the world health organization risk drinking levels. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 41, 179-186 (2017).

ДОДАТОК А

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ
І ТЕРМІНІВ

АЗ – Алкогольна залежність

АММСР – Адаптивна модель медико-соціальної реабілітації

ВНЗ – Вищий навчальний заклад

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГО – Громадська організація

ЗМІ – Засоби масової інформації

КПТ – Когнітивно-поведінкова терапія

МКХ-10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

МОН – Міністерство освіти та науки

НДО – Недержавна організація

НПР – Нервово-психічні розлади

ОГ – Основна група

ООН – Організація об'єднаних націй

ПАР – Психоактивні речовини

ПНД – Психоневрологічний диспансер

ЧРРАЗ – Чинник ризику рецидиву алкогольної залежності

BRENDA – Психосоціальна технологія реабілітації осіб залежних від
алкоголю

CAGE – Скринінгова методика оцінки хронічної алкогольної інтоксикації