

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: **«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ СХИЛЬНИХ ДО
ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ»**

Виконавець:

студентка 4 курсу 41 групи
факультету ФЕУП

_____ Рибальченко Каріна Сергіївна

/підпис/

Науковий керівник

Доцент кафедри МППП
Доктор психологічних наук

_____ Асєєва Юлія Олександрівна

/підпис/

Одеса 2024

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1._ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ	8
1.1. Теоретичні підходи до вивчення поняття «хімічна залежність» та їх види.	8
1.2. Біологічні, соціальні та психологічні фактори умови формування хімічних залежностей у осіб молодого покоління	22
1.3. Індивідуально-психологічні особливості осіб схильних до виникнення хімічної залежності	34
Висновки до першого розділу	45
РОЗДІЛ 2. ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ВИНИКНЕННЮ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ.....	48
2.1. Методика та процедура констатуючої частини дослідження	48
2.2. Стан і поширеність хімічних залежностей серед підлітків.....	50
2.3. Мікросоціальні фактори виникнення залежної поведінки у підлітків ...	55
2.4. Індивідуально-психологічні фактори у виникненні підліткової залежності.....	62
2.5 Світовий досвід та обґрунтування імплементації психокорекційних та психопрофілактичних заходів для подолання хімічних залежностей у підлітків.	66
Висновки до другого розділу.....	80
ВИСНОВКИ	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	88
ДОДАТКИ	99

ВСТУП

Актуальність дослідження. У зв'язку із значущими змінами в соціально-економічній та суспільній ситуації України, виникає серйозна проблема поширення великомасштабного споживання наркотиків, психоактивних речовин, алкоголю та тютюну. У останні роки спостерігається тенденція залучення до процесів наркотизації і алкоголізації соціально захищених верств населення, включаючи учнівську молодь.

Згідно зі статистикою, українська молодь стикається з поширенням хімічних залежностей, і ця тенденція посилюється щороку. В Україні зареєстровано близько 900 тисяч осіб із захворюванням на алкоголізм і 160 тисяч наркоманів. Однак фактична кількість залежних осіб, ймовірно, виявляється в 3-5 разів більшою за ці показники [66, с. 4]. За дослідженням вчених Університету Вашингтонської медичної школи, Україна посідає четверте місце в світі за смертністю, пов'язаною з вживанням алкоголю. Глобальне опитування про вживання тютюну, показало наступні результати щодо куріння серед населення України: в даний час курцями є 40,1% чоловіків і 8,9% жінок, а щоденно курять тютюнові вироби 35,9% чоловіків і 7,0% жінок [52, с. 5].

Негативні наслідки використання цих хімічних речовин важко недооцінити, оскільки вони впливають не тільки на фізичне здоров'я, але й на особистісний, соціальний та емоційний стан людини, викликаючи необоротні зміни в її організмі та психіці. Для запобігання цих негативних наслідків і пов'язаними із ними змінами, важливо спочатку розуміти внутрішні передумови адиктивних проявів, які підштовхують та визначають схильність до вживання хімічних речовин людиною.

Вивчення психологічних особливостей осіб, які схильні до хімічної залежності, на сьогоднішній день стає все більш актуальним. Послідовність цієї тенденції та її потенційні наслідки для фізичного і психічного здоров'я людей роблять вивчення психологічних механізмів залежності надзвичайно важливим завданням. Розуміння цих механізмів допомагає розробляти

ефективніші методи лікування, профілактики та реабілітації для тих, хто страждає від залежності, а дослідження в цій сфері дозволяє виявляти ризикові групи осіб та розробляти програми попередження, що дадуть змогу надавати індивідуалізовану допомогу.

Таким чином, вивчення психологічних особливостей осіб, схильних до хімічної залежності, має велике значення для здоров'я суспільства в цілому та кожного індивіда зокрема.

Мета дослідження: теоретично проаналізувати та емпірично дослідити психологічні чинники виникнення хімічної залежності.

Завдання дослідження:

1. На основі вивчення психологічної літератури визначити актуальні підходи до розробки проблеми хімічних залежностей серед молоді.
2. Теоретично обґрунтувати біологічні, соціальні, психологічні фактори умови формування хімічних залежностей серед молодих осіб
3. Дослідити особливості батьківсько-дитячих відносин в якості об'єктивних мікросоціальних чинників виникнення схильності до хімічної залежності серед підлітків.
4. Емпірично дослідити індивідуально-психологічні особливості до виникнення хімічної залежності серед сучасного молодого покоління.
5. Провести практичну частину дослідження та здійснити аналіз та інтерпретацію результатів, отриманих в процесі емпіричного дослідження.
6. Дослідити світовий досвід та обґрунтувати імплементацію психокорекційної та психопрофілактичної роботи для подолання хімічних залежностей у підлітків.

Об'єкт дослідження: психологічні чинники, які виступають передумовами виникнення хімічних залежностей

Предмет дослідження: психологічні особливості осіб схильних до хімічної залежності

Методи дослідження: Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань дослідження використовувалися наступні методи: теоретичні

(вивчення та систематизація наявних теоретичних джерел), практичні методи (спостереження, опитування, бесіда, психологічне інтерв'ю та констатуючий експеримент). У складі психодіагностичного комплексу використовувалися такі методики, як «Діагностика схильності до 13 залежностей» Лозової Г. В. [33, с. 59], Методика «Батьків оцінюють діти» (БОД) (Ейдемільера Е.Г., Юстицькіс В.В., модифікація виконана Фурановим І.А. і Алад'їним А.А.) [19, 44, 91], «Патохарактерологічний діагностичний опитувальник» (ПДС) розроблений Івановим Н.Я., Личко А.Є. [36, 42, 51].

Аналіз наукових досліджень та публікацій:

Окреслена в межах даного дослідження проблематика є предметом вивчення таких зарубіжних вчених: Фрейд А. – досліджувала психічні механізми, що лежать в основі залежності. Юнг К.Г. – розробив теорію архетипів і колективного безсвідомого, що може впливати на розвиток залежності. Александер Б. – вивчав вплив оточення та соціального середовища на розвиток залежності. Волкова Н.Д. – зосереджував увагу на дослідженні нейробіологічних аспектів залежності, зокрема на ролі дофаміну та інших нейромедіаторів. Шукіт М. А. – вивчав вплив генетичних та психосоціальних факторів ризику на розвиток залежності. Марлатт А. – спеціалізувався на дослідженні та лікуванні залежності, зокрема алкоголізму та зловживання наркотиками. Він розробив концепцію «рецидиву взаємодії», яка пояснює, як рецидиви можуть виникати після лікування залежності. Фредеріксон Б. Л. – вивчала позитивну психологію та взаємозв'язок між емоційним станом та здоров'ям. Її дослідження також стосувалися залежності та механізмів саморегуляції.

Вітчизняними вченими, що мають напрацювання в даній темі є: С. В. Березін – спеціалізувався на дослідженні психологічних механізмів виникнення та проявів залежності в особистості. Братусь Б. С. – вивчав вплив психосоціальних чинників на розвиток хімічної залежності та шляхи її попередження. Максимов М. Ю. – досліджував психологічні аспекти залежності в контексті особистісного розвитку та психотерапевтичних

втручань. Менделевич В. Д. – спеціалізувався на вивченні психологічних особливостей осіб з хімічною залежністю та розробці програм індивідуальної підтримки. Ткач Т. М. – на психологічних аспектах хімічної залежності та розвивав методи її діагностики та лікування. Пихтіна Н. П. – спеціалізувалась на вивченні психологічних механізмів формування залежності та психотерапевтичних підходів до її корекції. Юстіцькіс В.В. – вивчав взаємозв'язок між індивідуально-психологічними особливостями та ризиком розвитку хімічної залежності.

Вибірку склали 112 підлітків у віці від 15 до 18 років, серед них було виявлено 54 які мають схильність до хімічної залежності, вони склали основну групу дослідження. 54 досліджених були учнями середньої школи і 58 – учнями технікумів і професійно-технічних училищ.

Наукова новизна дослідження полягає у комплексному дослідженні психологічних характеристик сучасного молодого покоління які мають хімічним залежність враховуючи: мікросоціальні умови розвитку та різноманітні індивідуальні, біологічні, психологічні та особистісні особливості. Визначено основні мотиви споживання психоактивних речовин у підлітків на етапах формування їхньої хімічної залежності, а також розкрито особливості порушень їхньої статевої поведінки залежно від типів акцентуації особистості.

Доведено що негативне ставлення до хвороби як у підлітків так і у їх батьків грає значну роль у формуванні хімічної залежності в цьому віці. Також встановлено, що різні аспекти сексуального розвитку та статевої ідентичності підлітків є важливими факторами у виникненні хімічної залежності. Поглиблено розуміння психологічних умов наркотизації підлітків і представлено модель провідних факторів виникнення їхньої хімічної залежності, що охоплює об'єктивні та суб'єктивні чинники на різних рівнях. Уточнено дані про особливості характеру, осіб найбільш схильні до адиктивного ризику.

Застосування системного підходу допомогло додатково розкрити інтегративний характер взаємодії різних факторів у формуванні хімічної залежності у молодих осіб.

Практичне значення отриманих результатів полягає в: можливості використання отриманих результатів в навчально-методичних матеріалах із «Адиктивної психології», «Психології девіантної поведінки», «Оновах патопсихології» та інших пов'язаних із цією тематикою наукових дисциплін, що викладаються в рамках освітніх програм із психології. В рамках роботи розроблено анкету яка спрямована на визначення особливостей сімейного виховання та умов формування хімічної залежності. Розроблена система психологічної корекції особистості наркозалежних підлітків, яка включає мотиваційний та емоційно вольовий тренінг, а також розроблені психопрофілактичні заходи для запобігання формуванню хімічних залежностей у молодого покоління.

Апробація результатів роботи

Рибальченко К. С., Асєєва Ю. О. Сучасний погляд на феноменологію поняття «адикція» та «залежність». *Сучасні виклики економіки: Підсумкова науково-практична студентська конференція ОНЕУ. 2024.*

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаної літератури, додатків. Загальний обсяг роботи складає 133 сторінки, обсяг основної частини 87 сторінок. Робота містить 9 таблиць, 2 малюнка. Список використаної літератури містить 102 найменувань.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ВИНИКНЕННЯ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

1.1. Теоретичні підходи до вивчення поняття «хімічна залежність» та їх види.

У зв'язку з розповсюдженням залежної (адиктивної) поведінки серед населення, дослідження цього явища є актуальним і вчасним. Завдяки своєму міждисциплінарному характеру, адиктивна поведінка привертає увагу вчених різних галузей, таких як психологія, соціологія, медицина та юриспруденція.

Термін «адиктивна поведінка» було введено американським науковцем Міллером В. у 1984 році з метою опису процесу вживання особистістю різних речовин, які впливають на психічний стан особи (психоактивні речовини, алкоголь, тютюн), і спричиняють розвиток залежної поведінки [10, 27, 55].

Можна відзначити, що вчені використовують термін «адиктивна поведінка» у відношенні до концепції «залежність». Наприклад, дослідники, такі як Бітенський В., Кулаков С., Личко А. та інші, розглядають адикцію як захворювання, тоді як залежність вони розглядають як спутну форму порушення поведінки. Інші автори, такі як Войскунський А., Змановська О., Мінаков С. та інші, використовують ці терміни як взаємозамінні [12, 31, 35].

Вивчення наукової літератури щодо розглядуваної теми підтвердило, що експерти (такі як Вольнова Л., Клочко О., Короленко Ц. та інші) визначають різноманітні форми залежної поведінки в залежності від конкретного об'єкта залежності:

1. Хімічна залежність – розглядається як стан залежності від вживання різних психоактивних речовин (ПАР) [58, 93]. Загалом, термін «психоактивні речовини» визначає хімічні та фармакологічні засоби, які впливають на різні аспекти психічних процесів, таких як когнітивні (пов'язані з розумовими функціями) або афективні (пов'язані з емоціями, настроями). Цей термін охоплює ширший спектр в порівнянні з наркотичними чи психотропними

речовинами і включає різноманітні засоби, що специфічно впливають на центральну нервову систему. Ці речовини поділяються на легальні (тютюн, алкоголь, токсичні речовини) та нелегальні наркотики (кокаїн, похідні конопель, опіати та інші) [58, 94].

2. Нехімічна залежність – визначається як стан, при якому об’єктом залежності є конкретний патерн поведінки. Це включає набір стереотипних реакцій або послідовностей дій, або різних видів активностей, і не пов’язано зі споживанням психоактивних речовин (ПАР) [12, 20, 94]. Нехімічні адикції можуть бути розділені на кілька типів:

- віртуальна залежність, яка включає комп’ютерні і телевізійні залежності;
- фізіологічна залежність, що охоплює сексуальні адикції та аномальну харчову поведінку;
- інтерперсональна залежність, яка включає адикцію до відносин та любовну адикцію;
- адиктивний фанатизм, що об’єднує релігійний, музичний, політичний, спортивний, національний фанатизм, а також духовний пошук та залучення у деструктивні.

Проблемі хімічних залежностей в Україні приділяється певна увага, існують органи контролю, такі як Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками, наркологічні відділення та реабілітаційні центри, а також реалізуються програми замісної терапії та проводяться профілактичні заходи в навчальних закладах. З іншого боку, щодо нехімічних залежностей існує значна відсутність даних: немає епідеміологічних відомостей про їх поширення, відсутні комплексні експериментальні дослідження, і залишається невизначеним питання щодо взаємозв’язку між хімічними та нехімічними адикціями. Деякі дослідники навіть вказують на можливість «перетікання» з хімічної залежності до нехімічної і навпаки. Єгоров О. Ю. наголошує на тому, що нехімічні, соціально прийняті форми залежностей можна застосовувати (релігійна, спортивна, трудоволізм) як

альтернативні в реабілітаційному процесі для осіб із хімічними залежностями [79, с. 87].

Один з найбільш вивчених аспектів розвитку залежності – це хімічна залежність. Братусь Б. відзначає, що «у випадку формування хімічної залежності відбувається порушення опосередкованості поведінки. У кінцевому рахунку залишаються лише ті види діяльності та потреби, які можуть бути задоволені простими, малоопосередкованими діями». Особливістю хімічної залежності є її тісний зв'язок між клінічним та психосоціальним аспектами. Це означає, що поведінку, пов'язану з уживанням хімічних речовин, слід розглядати як складну проблему соціально-психологічного плану, а також як наслідок прогресуючих фізико-хімічних змін в організмі. [71, с. 65].

Змановська Є. В. стверджує, що формування адикції базується на психічній залежності, яка виражається у прагненні особи знову відчувати приємні емоції при вживанні речовини або повторенні конкретної моделі поведінки [29, 35, 80, 48].

Згідно з теорією Анохіна І. П., механізм формування психологічної залежності пов'язаний з впливом психоактивних речовин на «систему підкріплення», що знаходиться у стовбурному відділі мозку [71, с. 21]. Ця система відповідає за регулювання мотивації та емоційного стану, і працює за участю нейромедіаторів, зокрема, дофаміну, який належить до групи катехоламінів. Психоактивні речовини, такі як наркотики і алкоголь, хімічним шляхом стимулюють цю систему, при цьому стимуляція виявляється значно вищою, ніж в умовах норми. Це в значній мірі визначає позитивну емоційну реакцію після вживання психоактивних речовин.

Психоактивні речовини безпосередньо впливають на мозок. Під впливом алкоголю та наркотиків спостерігається посилене виділення нейромедіаторів, що спричиняє надмірне збудження системи підкріплення, значно перевищуючи рівень стимуляції, яку може забезпечити реальне життя.

При довготривалому споживанні психоактивних речовин відбувається постійне значне виділення запасів нейромедіаторів, оскільки самі ПАР стимулюють їх підвищений викид. Як наслідок, у відсутність наркотиків при нормальному проходженні імпульсів виникає дефіцит нейромедіаторів. Це призводить до недостатньої активації системи підкріплення, що виражається відчуттям втоми, зниженням настрою, психоемоційним занепадом та апатією. Тому використання психоактивних речовин призводить до покращення самопочуття людини, зокрема на початкових стадіях наркоманії чи алкоголізму, і це поліпшення має як суб'єктивну, так і об'єктивну основу. Ці причини значною мірою можуть послужити основою психічної залежності від алкоголю та наркотиків. Проте досить швидко утворюється порочний коло: після прийому наркотику нейромедіатор вивільняється швидше і у великих кількостях, але його руйнування також настає досить оперативно, що призводить до погіршення стану людини [6, 57, 63, 66].

Анохін І.П. вказує на те, що формування фізичної залежності розпочинається зі збільшеного вироблення катехоламінів. Ці речовини, що є біологічно активними, виконують функцію хімічних посередників у взаємодії між клітинами. Цей процес відбувається через те, що регулярне вживання психоактивних речовин може призвести до серйозного дефіциту нейромедіаторів. Організм реагує на це, збільшуючи синтез необхідних речовин. Кожен раз під час вживання наркотиків або алкоголю настає викид дофаміну і його надмірне руйнування. Виникає прискорений обіг дофаміну. Після припинення вживання психоактивних речовин збільшений синтез нейромедіаторів залишається (оскільки ферментна система перебудована), але посилене виділення не відбувається, оскільки людина припинила вживання ПАР, а в нормальному стані їх виділяється мало. В результаті дофамін починає накопичуватися в мозку і крові. Підвищення рівня дофаміну в значній мірі зумовлює основні симптоми абстинентного синдрому, такі як тривога, безсоння, збудження, вегетативні порушення, підвищення артеріального тиску та інші [71, с. 22].

Отже, синдром фізичної залежності виникає внаслідок специфічних змін у нейрохімічних процесах мозку. Ступінь важкості абстинентного синдрому визначається рівнем дофаміну у крові.

Кожна психоактивна речовина впливає на нервову систему людини по-різному, взаємодіючи з різними системами нейромедіаторів. Хоча в організмі людини всі системи взаємопов'язані, для кожного типу наркотичної речовини існує основний нейромедіатор, з яким вона найбільше взаємодіє. Цей вибірковий вплив наркотиків пояснюється їхньою схожістю у хімічній будові з нейромедіаторами: наприклад, опіати подібні до ендорфінів, а галюциногени до серотоніну. Усі психоактивні речовини збільшують викид дофаміну, хоча їх вплив на цей процес може відрізнятися.

Кулаков С. адиктивну поведінку визначає, як ту, що тісно пов'язана з явищем психологічної та фізичної залежності особистості. Психологічну залежність можна розглядати як постійну, нав'язливу потребу в зміні свого стану за допомогою певного об'єкта та переживання емоційного дискомфорту при його відсутності. [11, с. 18]. Фізична залежність виникає в особистості внаслідок вживання психотропних хімічних речовин і виявляється у стані фізичного дискомфорту при її відсутності в організмі (абстинентний синдром) У даному випадку, при наявності фізичної залежності, вживання психотропних речовин перетворюється на захворювання (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія тощо). Важливо зауважити, що цей розподіл є умовним, оскільки різні форми залежної поведінки мають тенденцію до поєднання чи переходу одна в одну, що підтверджує спільність механізмів їх функціонування. Наприклад харчова або сексуальна, включають фізіологічну складову. Водночас усі хімічні залежності мають обов'язковий психічний компонент [79, с. 87].

Гоголева А. В. вважає, що основою адиктивної поведінки є фізична залежність, проявами якої є абстинентний синдром, збільшення толерантності до речовини тощо. Абстинентний синдром – це сукупність неприємних фізичних і психологічних проявів, що виникають у людини після припинення

вживання певної речовини, до якої її організм був фізично або психологічно залежний [10, 35, 55]. Ці прояви можуть мати різний характер та інтенсивність, починаючи від легких дискомфортних відчуттів і закінчуючи важкими або навіть небезпечними станами. Фізичні симптоми можуть включати тремтіння, піт, головний біль, порушення травлення, а також проблеми зі сном. Психологічні прояви можуть виявлятися у вигляді тривоги, депресії, роздратованості та навіть делірії. Толерантність до хімічних речовин – це феномен, який характеризується зменшенням ефективності або чутливості організму до певної речовини з часом через її постійне вживання. Це означає, що для досягнення такого ж ефекту або реакції, як раніше, потрібна вища доза цієї речовини. Таке зменшення чутливості може вимагати збільшення дози або частоти вживання, що може вести до залежності та інших негативних наслідків для здоров'я [35, 56, 71].

Багато дослідників, таких як Менделевич В. Д., Леонова Л. Г., Четвериков Д. В., Лисецький К. С., Березін С. В., Короленко Ц. П., розглядають залежну поведінку як форму девіантної, що проявляється відхиленням від реальності шляхом зміни психічного стану через вживання психоактивних речовин або здійснення діяльності, що призводить до інтенсивних емоцій. Личко А. вказує на те, що адикція проявляється у зростанні толерантності до засобу, яким особистість зловживає, постійній зайнятості прагненням його отримати і вживати, незважаючи на передбачувані негативні наслідки. Також він вказує на труднощі у спробах припинити зловживання, які не призводять до суб'єктивного почуття помітного успіху [1, с. 24].

Тютюнопаління – це одна з форм адиктивної поведінки, що проявляється потягою (фізичним та психічним) до вдихання диму висушеного тютюнового листа [60, 84, 87]. Проблема тютюнопаління полягає в тому, що це шкідлива звичка часто сприймається соціально прийнятною або навіть нормалізованою у багатьох культурах і серед суспільства. Це призводить до того, що багато людей не розуміють повного ризику, пов'язаного з курінням,

уникаючи первинні негативні наслідки куріння. За шкалою фізичної та психічної залежності тютюнопаління має вищий рівень, ніж залежність від алкоголю. Регулярне споживання нікотину призводить до розвитку тютюнової залежності, що представляє собою порушення поведінки, ґрунтоване на залежності від нікотину. Вважається, що перші прояви «нікотинового голоду» можуть з'являтися при споживанні 5 цигарок протягом тижня (одна цигарка на день) [22, с. 276].

Згідно зі світовою статистикою, щодня від 80 до 100 тисяч молодих людей стають жертвами нікотинової залежності. Через захворювання, що пов'язані з тютюнопалінням на планеті щороку помирає – 4,9 млн. людей, щогодини 560 чоловік, якщо не буде припинено формування нового покоління молодих курців, то до 2030 року це може щороку призвести до 8 мільйонів смертей [52, с. 367].

Глобальне опитування про вживання тютюну, опубліковане у 2017 році, показало наступні результати щодо куріння серед населення України: в даний час курцями є 40,1% чоловіків і 8,9% жінок, а щоденно курять тютюнові вироби 35,9% чоловіків і 7,0% жінок [52, с. 367].

Існують три основні стадії розвитку нікотинової залежності Рязанцевим В. О. :

1. Перша стадія включає в себе випадкове або обрядове куріння, коли людина сідає за сигарету при будь-якій нагоді: з друзями, у компанії або через переконання, що «виглядає стильно, коли курить». Цей тип отруєння тютюном передусім характерний для підлітків або молоді, яка ще не повністю сформувала свої уподобання. Кількість викурених сигарет на день зазвичай коливається від однієї до декількох. Перерви в курінні можуть тривати від кількох днів до кількох тижнів. Такий тип взаємодії з нікотиним відомий як шкідлива звичка. У цьому випадку людина відчуває лише психологічну залежність від куріння. Зазвичай відмова від тютюну при такому становищі відбувається майже безболісно [22, 95].

2. Поведінка на другій стадії залежності від паління виявляється у тому, що кількість викурених сигарет збільшується і коливається в межах від 8 до 15 штук на день. Серед соматичних порушень відзначаються зміни в роботі нервової системи, такі як підвищена збудливість, емоційна нестійкість, а також ослаблення функції дихальної системи, що проявляється у початкових симптомах хронічного бронхіту та схильності до застудних захворювань. На цій стадії починає розвиватися фізіологічна залежність від нікотину [38, 39].

3. Характеристика третьої стадії ніотинової залежності полягає в тому, що кількість викурених сигарет збільшується і коливається від 15 до 30 штук на день. Стає обов'язковою ранкова та вечірня сигарети, а іноді може з'явитися потреба у «нічній сигареті». Залежність стає виразною – без сигарети погіршується настрій, збільшується нервова збудливість, і робота стає менш ефективною. Людина може виявити ознаки гастриту, виразкової хвороби, а також страждати від порушень серцево-судинної системи, таких як облітеруючий ендартеріїт та рання імпотенція. Збільшується ризик розвитку обструктивного бронхіту. Імунна система стає слабшою, що збільшує схильність до інших захворювань. Крім того, може розвиватися пристрасть до інших речовин, таких як алкоголь або кофеїн [52, 95].

Зловживання алкоголем, відоме як побутове пияцтво, представляє собою надмірне вживання алкогольних напоїв, часто обумовлене конкретними ситуаціями, традиціями або неправильними переконаннями. У таких випадках споживаються алкогольні напої з різною частотою та в різних дозах: або регулярно вживаються невеликі кількості алкоголю, або великі порції при несистематичному споживанні. Важливо відзначити, що характерним є відсутність потягу (фізичного чи психологічного) до алкоголю чи інших характерних ознак алкоголізму. Крім того, у побутових п'яниць зберігається контроль за кількістю випитого та за своєю поведінкою в стані сп'яніння [66, 87, 97].

Алкоголізм є прогресивним захворюванням, що розвивається внаслідок тривалого зловживання алкоголем. Він характеризується хронічним потягом

до алкоголю, зміною реактивності організму та розвитком психічної, а потім фізичної залежності від алкоголю. Ці зміни супроводжуються специфічними психічними, неврологічними і соматичними порушеннями, що спочатку можуть бути зворотніми, але з часом стають незворотними, призводячи до психічної деградації та завдання шкоди суспільству [71, с. 23].

Вчені розглядають поняття «алкоголізм» з двох точок зору. Медично, алкоголізм розглядається як хронічне захворювання, яке проявляється непереборним тягарем особи до споживання алкогольних напоїв. З соціального погляду, це розглядається як форма девіантної поведінки, що виявляється у патологічному пристрасті особи до алкоголю та наступній деградації особистості [6, с. 125].

Алкоголізм становить 4% всіх смертей у світі, а близько 140 мільйонів людей у світі потребують спеціального лікування через алкогольну залежність. Україна, зі споживанням 15 літрів спирту на особу щорічно, має одне з найвищих показників у світі. Тут близько 1 мільйона людей страждають від алкогольної залежності, а 400 тисяч загивають щорічно через надмірне вживання алкоголю. Дослідження Всесвітньої організації здоров'я показують, що 20% українців споживають алкоголь в надмірних кількостях, що перевищує норму. Пік вживання алкоголю спостерігається у віці від 18 до 28 років, і більшість українців починають пити до 13 років. Відповідно до Всеєвропейського опитування молоді, 87% школярів хоча б раз вживали алкоголь, а понад 26% роблять це кілька разів на місяць [87, с. 336].

Існують три основні стадії розвитку алкогольної залежності:

1. Характерною ознакою першої стадії розвитку алкоголізму є втрата рефлексу блювання навіть при значному споживанні алкоголю. Це призводить до збільшення обсягів випитого алкоголю, що може призвести до часткової або повної втрати пам'яті – наступного ранку людина може погано або майже не пам'ятати, що відбувалося під час вживання. Ще одним показником початкового етапу розвитку алкоголізму є частота споживання алкоголю, яка становить 2-3 рази на тиждень. Особливістю є те, що

наступного дня після вживання алкоголю відразу до нього не виникає, що дозволяє продовжувати пити і навіть кілька днів поспіль. У хворого можуть виникати позитивні спогади про минуле в стані алкогольного сп'яніння, він може активно шукати привід для наступного споживання, шукати виправдання для своєї поведінки під час пияцтва, проявляти активність у передчутті наступного вживання, поступово збільшувати дозу і відчувати, що малі порції алкоголю йому вже не задовольняють [5, 30].

2. Друга стадія розвитку алкоголізму характеризується частковим усвідомленням власних проблем з алкоголем з боку хворого. У деяких випадках він може намагатися стримувати себе від вживання алкоголю, але з часом це прагнення послаблюється. При помірному ступені сп'яніння людина може бути досить працездатною. Постійне вживання алкоголю стає типовим, і хворий може приймати його кілька днів поспіль, роблячи лише короткі перерви для роботи. Також можуть з'являтися проблеми зі сном, особливо якщо ввечері не було вжито алкогольних напоїв. Систематичні втрати пам'яті, які стаються під час пияцтва, посилюються, і хворий може забувати, що відбувається під час сп'яніння. Психологічні аспекти доповнюються фізичною залежністю, і вранці алкоголік відчуває сильне похмілля [63, 95].

3. Третій етап є найбільш складним і може бути небезпечним для життя хворого. На цьому етапі алкоголік зазнає серйозних фізичних і психологічних проблем. Більшість залежних стикаються з серцево-судинною недостатністю, а також повною деградацією особистості на психічному і соціальному рівнях. Загострившись у бажанні випити, алкоголік може стати агресивним і спробувати обдурити близьких, красти або навіть використовувати злочинні методи, щоб здобути гроші на алкоголь. Абстинентний синдром на цьому етапі стає непереносимим фізично, і хворий практично постійно перебуває у стані запою, втрачаючи інтерес до життя і перестаючи цінувати раніше важливі речі [8, 43].

Іншим виявом адиктивної поведінки є наркоманія. Наркоманія – це група хвороб, які виникають внаслідок систематичного та наростаючого вживання

речовин, що входять до затвердженого офіційними органами списку наркотиків [66, 100, 101]. Проявами наркоманії є розвиток психічної та фізичної залежності від цих речовин, а також виникнення абстиненції при їх припиненні.

Наркоманія формується при систематичному зловживанні наркотичними речовинами. Наркотичні речовини в свою чергу – це хімічні сполуки, які входять до складу спиртних напоїв, лікарських препаратів або харчових продуктів [3, с. 28]. Вони мають рослинне або синтетичне походження і здатні змінювати психічний стан людини, викликаючи специфічні ефекти, такі як ейфорія, стимуляція, седация, галюцинації тощо.

У середньому щорічно в Україні реєструється 21-29 тисяч осіб, які здійснюють нелікарське вживання наркотиків [101, с. 8]. Найбільш постраждалі регіони включають Дніпропетровську, Луганську, Миколаївську та Херсонську області, де кількість наркозалежних перевищує середньодержавні показники майже удвічі [3, 8]. Щодо розподілу за регіонами, на Луганську, Донецьку, Дніпропетровську та Одеську області припадає понад третину всіх зареєстрованих наркоспоживачів в Україні. За даними Міністерства охорони здоров'я України, приблизно 70% наркоманів використовують наркотичні засоби, виготовлені з рослинної сировини, такі як мак або конопля, 10% – наркотики лікарського походження, а 20% – синтетичні наркотики [40, с. 345]. У місті Києві, великих містах та окремих прикордонних регіонах ситуація відрізняється, і зростає кількість наркозалежних, які вживають синтетичні наркотики, зокрема чотири основні види: фенамін, ефедрон, первитін і триметилфентаніл, що виготовляються у нелегальних лабораторіях [40, с. 346].

Проте вживання наркотиків не завжди призводить до розвитку наркоманії. Це може мати різні форми та ступені серйозності, від одноразового експерименту до регулярного вживання. Особа може вживати наркотики епізодично або періодично без того, щоб стати наркоманом. Епізодичне вживання наркотиків може відбуватися в специфічних ситуаціях або в результаті впливу зовнішніх чинників, таких як соціальний тиск або культурні традиції. У такому випадку людина може вживати наркотики один або декілька

разів, але не розвивати патологічної залежності. Періодичне вживання наркотиків може включати більш регулярність, але все ще не обов'язково веде до наркоманії. Особа може вживати наркотики в певних періодах часу, можливо, внаслідок стресу або занепокоєння, але зберігати контроль над своїм вживанням.

Існує три основні фази розвитку залежності від наркотичних речовин.

1. На першій стадії, яка є в основному психологічною, проста цікавість може викликати бажання спробувати наркотики, часто з метою відчутти їхній «ефект» або відчутти себе частиною референтної групи. Зазвичай це початкове вживання наркотичних речовин, і після першого досвіду особа може припинити вживання або продовжити його з подальшим ризиком стати залежною. Якщо вживання триває, особа може почати свідомо шукати наркотики для «кайфу», може раціоналізувати свої дії, переконуючи себе, що це спосіб зняти стрес чи втекти від проблем [3, 34, 95].

2. На першому етапі другої стадії спостерігається погіршення як психічного, так і фізичного стану наркомана при тривалому припиненні вживання наркотиків, що супроводжується абстинентним синдромом, відомим як «ломка», і супроводжується невиносимими фізичними та психологічними муками. На другому етапі виникає стійка психічна та фізична залежність від наркотиків, коли позбутися проблеми самостійно фактично неможливо. Спостерігаються такі симптоми як втрата контролю над власною поведінкою, прояви агресії, неслухняність, схильність до злочинності; конфлікти в сім'ї та проблеми з навчанням або роботою; раптові зміни у колі спілкування, відчуження від близьких, конфлікти зі старими друзями та знайомими [8, 30].

3. Третя фаза є найбільш важкою. В організмі починаються глибокі структурні зміни як фізіологічного, так і психічного характеру. Вживання наркотиків вже не викликається бажанням відчутти ейфорію, але стає гострою потребою, оскільки наркоман відчуває постійний фізичний і психологічний голод після навіть невеликої перерви в прийомі наркотиків. Для задоволення

цієї потреби наркоман звертається до будь-яких способів, починаючи від вивозу власних речей з дому, до крадіжок у родичів або навіть вчинення відвертих кримінальних діянь. Психологічний стан хворого стає дуже нестійким: відбувається повна втрата інтересу до будь-яких справ, крім задоволення наркотичних потреб, розвиваються хронічні хвороби, можливі намагання самогубства, а також летальний вихід внаслідок передозування наркотиками [37, 40, 95].

Окрім проблеми наркоманії, в сучасному контексті дедалі розповсюдженою стає тема підліткової токсикоманії. Як і у будь-яка хімічна залежність, токсикоманія починається з фази зловживання.

Зловживання токсикоманічними речовинами характеризується епізодичним, але неодноразовим немедичним вживанням психоактивних препаратів чи одурманюючих засобів з метою зміни психічного стану, при відсутності основних ознак захворювання [86, 66]. Люди цієї категорії підлягають профілактичному огляду в наркологічних закладах. Якщо на етапі зловживання вживання токсикоманічних речовин не попередити, то зловживання може перейти в токсикоманію.

Токсикоманія, як захворювання, проявляється психічною, а іноді фізичною залежністю від речовини, навіть якщо вона не включена в офіційний список наркотиків. Психоактивні токсичні речовини мають схожі властивості з наркотиками, викликаючи привабливі психічні переживання та залежність.

Слід відзначити, що токсикоманія частіше виявляється серед підлітків з низьким соціальним статусом, які походять з матеріально вразливих родин, соціальних сиріт, а також серед бездомних та педагогічно занедбаних молодих людей, які належать до особливо вразливої соціально дезадаптованої групи. Значущим фактором небезпеки є легка доступність токсичних речовин, зокрема засобів побутової хімії [17, 72].

Різновиди адиктивної поведінки проявляють свої унікальні риси та характеристики, виявляючи нерівнозначні наслідки, але усі вони властиві однаковий механізм формування та закріплення. Під час аналізу процесу

розвитку адиктивної поведінки у підлітків, Корсун Л. виділяє п'ять основних етапів [7, 12, 55].

На першому етапі формування адиктивної поведінки відбувається активізація емоційного компоненту психіки особи. Початковим етапом у розвитку адиктивного процесу є відчуття гострої зміни психічного стану, виражене у підвищеному настрої, екстазі, неабиякому підйомі, відчутті драматизму та ризику, пов'язаного з конкретними діями і закріпленням у свідомості цього зв'язку. Таким чином, підліток отримує розуміння того, що можна легко змінити свій психічний стан, використовуючи адиктивні засоби [55, с. 179].

На другому етапі формування адиктивної поведінки утворюється визначена послідовність звертання підлітка до адиктивного агента. Встановлюється частота вияву адиктивної поведінки, що залежить від індивідуальних особливостей, особливостей виховання, рівня культури, соціального середовища, змін в звичних стереотипах та інших факторів

На третьому етапі адиктивний ритм перетворюється у стереотипний, звичний тип реакції. На цьому етапі підліток може відчувати, що його поведінка знаходиться під контролем

На четвертому етапі відбувається повна домінація адиктивної поведінки, глибоке занурення в адиктивний процес, остаточне відчуження та ізоляція від суспільства.

А на п'ятому етапі адиктивна поведінка призводить до руйнування як психіки, так і біологічних процесів в організмі підлітка. Зокрема, це стосується осіб із наркозалежністю: інтоксикація впливає на органи та системи в цілому, викликаючи виснаження усіх життєвоважливих ресурсів [55, с. 179].

Отже, термін «адиктивна поведінка» використовується для опису процесу вживання різних речовин, які впливають на психічний стан людини і призводять до формування залежної поведінки. Залежна поведінка може бути класифікована на дві основні категорії в залежності від того, чи використовується хімічний засіб: нехімічна та хімічна. Нехімічна залежність

розвивається від певних дій або занять, таких як азартні ігри, їжа, шопінг, інтернет або використання соціальних мереж. Хімічна залежність – це форма залежності, яка виникає внаслідок вживання психоактивних речовин, таких як алкоголь, наркотики, тютюн або лікарські препарати [58, 94]. Хімічна залежність тісно пов'язана з явищем психологічної та фізичної залежності особистості. Психологічна залежність виявляється у постійній, нав'язливій потребі в зміні свого стану за допомогою певного об'єкта та переживанні емоційного дискомфорту при його відсутності. Фізична залежність виникає внаслідок вживання психотропних хімічних речовин і проявляється у стані фізичного дискомфорту при їх відсутності в організмі (абстинентний синдром).

1.2. Біологічні, соціальні та психологічні фактори умови формування хімічних залежностей у осіб молодого покоління

Оскільки хімічна залежність є складним захворюванням, що виникає в результаті впливу різних факторів, для таких умов запропоновано використання терміну «схильність». Поняття «схильність» означає тягу або прагнення до певної діяльності, бажання чогось, наявність фізичних умов для розвитку певних якостей чи стану, а також почуття пристрасті до чогось (часто залежність порівнюють з почуттям любові на все життя, якого немає у інших відносинах).

Схильність відображає вроджену тенденцію до розвитку хвороби, що означає сприйнятливність або вразливість до неї, яка формується під впливом генетичних факторів та всієї комбінації зовнішніх обставин. Ця схильність визначається різноманітними чинниками, які можуть збільшити або зменшити ймовірність виникнення хвороби. В свою чергу «схильність до адиктивної поведінки» – це психологічне становище, яке визначає готовність до споживання психоактивних речовин [24, с. 126].

Це означає, що ключовим підходом до розуміння людини, її розвитку, а також процесів узалежнення та інших часто співіснуючих розладів є

біопсихосоціальна модель. Біопсихосоціальний підхід був вперше описаний Джорджем Енгелом у 1977 році. Цей видатний лікар XX століття розширив підхід, включивши психологічні, соціальні та культурні фактори, які впливають на здоров'я, що ставало альтернативою традиційній біомедичній моделі. Хвороба має складну природу, тому для її розуміння важливо враховувати біологічні, психологічні та соціальні чинники [39, с. 177].

Біологічні теорії розглядають схильність до залежності як відхилення у функціонуванні організму. Вчені виокремлюють декілька концепцій, таких як генетична, генетотрофічна, етанолова, адренохромна, ендокринопатична та біоенергетична, щоб пояснити цей явища.

Генетичні чинники відповідають за половину всіх імовірностей виникнення залежності. Фактори навколишнього середовища взаємодіють з біологією людини і можуть модифікувати межі впливу генетичних факторів. Здатність до адаптації, яку особа набуває через виховання або досвід, може вплинути на те, наскільки сильно генетична схильність проявляється у поведінкових та інших аспектах залежності. Культурний вплив також визначає, наскільки можливо активувати біологічну вразливість у формуванні залежності [23, с. 28].

Згідно генетичної концепції, схильність до залежності визначається спадковістю. Наприклад, дослідження, проведені на монозиготних близнюках, які мають однаковий генетичний склад, показали, що спадковий фактор становить 50–60% як у чоловіків, так і в жінок [59, 60]. З 1950 по 1981 рік, шведські вчені вивчали концепцію «сімейного алкоголізму», який виявили в осіб, що є дітьми або внуками алкоголіків [30, 80]. Результати досліджень показали, що внуки алкоголіків мають 12% ризик захворіти, а коли батьки алкоголіки, то ймовірність захворіти складає 25% [43, 75]. Дослідження вказують на високу толерантність до алкоголю у дітей алкоголіків. Це може бути пов'язано з тим, що в дитини асоціюється позитивне сприйняття при вживанні алкоголю та відсутність серйозних наслідків. Проте, треба

відзначити, що дві третини дітей залежних батьків ніколи не стають залежними.

Етанолова концепція пояснює виникнення залежності як результат відсутності ферменту альдегіддегідрогенази, який бере участь у метаболізмі речовини. Відомо, що різні люди реагують на алкоголь чи наркотики по-різному, це обумовлено біохімічними особливостями організму. Деякі особи відчують приємні ефекти, такі як зняття тривоги, покращення настрою та збільшення сміливості. Інші стають сонливими, можуть мати блювотні реакції та головний біль. Особи, які відчують приємні ефекти, схильні повторити досвід, у той час як інші намагатимуться його уникати. Наприклад, у мешканців Японії (20-40%), Китаю (30%), євреїв та американських індіанців може виникати нудота та запаморочення, що є наслідком дисфункції ферменту альдегіддегідрогенази [78, с. 2].

Адренохромна концепція вказує на порушення метаболізму, пов'язаного з недостатнім обміном ендорфінів [30, 96]. Наукові дослідження, проведені в Балтиморському університеті у 1999 році, свідчать про зв'язок між особливостями обміну ендогенних опіоїдів (таких як ендорфіни та енкефаліни) і схильністю до хімічної залежності. Ці речовини виробляються у головному мозку та мають заспокійливий вплив на організм, допомагаючи подолати стрес і регулюючи реакцію органів і систем організму. У дітей, чий батьки є алкоголіками, система ендогенних опіоїдів працює менш ефективно, що призводить до пошуку компенсації стресу за допомогою хімічних речовин

Ендокринопатична концепція розглядає порушення в ендокринній системі організму, яка відповідає за координацію різних функцій організму. У цій системі виробляються різні гормони, такі як адреналін, норадреналін, та дофамін, які беруть участь у процесах адаптації та регулюванні емоційних реакцій. Коли відбувається порушення в цих процесах, особа, яка страждає від залежності, може штучно стимулювати вироблення цих гормонів задоволення за допомогою вживання речовини [39, с.176].

Нейромедіатори грають ключову роль у розвитку залежності [39, с.174]. Наприклад, нейромедіатор серотоніну має взаємозв'язок із вживанням алкоголю. Низький рівень серотоніну може спричинити депресію, а на початкових етапах вживання алкоголю може збільшити його рівень, а з часом, при хронічному вживанні, призвести до його зменшення. Багато осіб, що страждають від залежності, мають симптоми депресії, тому після проходження курсу детоксикації лікарі можуть призначити курс антидепресантів та нейролептиків. Вживання психоактивних речовин призводить до звільнення іншого нейромедіатора – дофаміну, який відповідає за позитивне посилення, відчуття задоволення. Активується система винагород, що служить як підсилюючий механізм у формуванні залежності. Особа тягне за собою збільшення задоволення, підвищуючи дозу речовини, але це може призвести до пастки залежності через зростання толерантності.

Москаленко В. Д. відмічає, що, незважаючи на тенденцію до збільшення випадків залежності серед жінок, чоловіки частіше стикаються з алкоголізмом [1, 24]. Організм чоловіків та жінок метаболізує алкоголь по-різному, тому жінки, особливо за несприятливих умов, є більш вразливими до утворення залежності та менш схильними до успішного лікування. Дослідження також підтверджують взаємозв'язок між дефіцитом вітамінів, зокрема групи В, та нахилом до залежності. Особи з гіпертензією часто відчують погіршення самопочуття після вживання алкоголю, що спонукає їх обмежувати споживання. Також важливою є наявність супутніх психічних розладів, таких як депресія та тривожність, які можуть передувати розвитку хімічної залежності.

Фактор, що відомий як критичний етап розвитку в житті особистості, у взаємодії з іншими чинниками може збільшувати ризик виникнення залежності. Вживання психоактивних речовин у будь-якому віці може призвести до формування залежності, але чим раніше починається цей процес, тим вище ймовірність виникнення залежності. Згідно з дослідженнями, підлітки, які розпочали вживання психоактивних речовин у віці 14 років або

навіть раніше, мають у чотири рази більший ризик стати залежними, ніж ті, хто почали вживання алкоголю у віці 20 років чи пізніше [25, 26, 88]. Синдром гіперактивності, а також інші порушення уваги, пов'язані з нахилом до залежності. Синдром дефіциту уваги є передвестником ризику алкоголізму та наркоманії [5, 12].

Чередніченко Олександр вказує на те, що основним чинником схильності до алкоголю є індивідуальна сприйнятливність організму до нього, або, іншими словами, рівень толерантності до алкоголю [30, 57]. Ця особливість є вродженою та визначається фізіологічними особливостями кожної особи. Підвищена толерантність стає підґрунтям для розвитку алкоголізму. Частіше вона спостерігається у дітей, батьки яких мали проблеми з алкоголем. Зазвичай схильність до вживання алкоголю передається через чоловічу лінію спадкоємців: від батька до сина. Варто також відзначити, що спадковий аспект алкогольної залежності полягає не в передачі «гена алкогольного погоню», а в передачі механізмів, що контролюють обмін речовин [30, с. 278].

Соціальна модель вивчає вплив оточення на розвиток схильності до утворення залежностей. Це включає різні аспекти, такі як вплив сім'ї, найближчого оточення, друзів, знайомих, а також професійного середовища. Засоби масової інформації, такі як Інтернет, телебачення та радіо, також мають значний вплив на формування цих схильностей.

Соціальні фактори поділяються на макро- та мікропричини. Макропричини відображають умови, які існують у суспільстві в цілому, тоді як мікропричини описують умови в середині конкретної соціальної групи, до якої належить суб'єкт. Макропричинами можуть бути економічне та соціальне нерівність, протиріччя та неузгодженість у законодавстві, не благоприємне оточення та суспільний безлад, доступність психоактивних речовин, реклама та стан аномії у суспільстві [71, с. 14].

До мікропричин відносяться недостатність та непослідовність та недосконалість у вихованні, родинна спадковість, сімейні традиції, атмосфера

в родині та оточені, висока або низька увага у сім'ї, невдачі в навчанні та відсутність бажання навчатися, часті переїзди, контакт з групами, які зловживають психоактивними речовинами, і стиль сімейного виховання [30, с. 277]. Аналіз наукової літератури виявив декілька педагогічних факторів, які, за дослідженнями вчених, можуть впливати на розвиток залежності: сімейні конфлікти, перевищений контроль батьків (Копит М.); низький культурний рівень сім'ї та, відповідно, обмежений культурний та освітній розвиток особистості (Артемчук О., Лисицин Ю.); деструктивні взаємини в родині та недостатня педагогічна увага (Братусь Б.); недостатність батьківського контролю над поведінкою дітей (Пилипенко О.) [74, с. 110].

Сімейні фактори мають велике значення і проявляються у взаємовідносинах між батьками, дітьми та родичами. Сюди входять різні аспекти, такі як непослідовність або директивність у вихованні, високий рівень конфліктів у сім'ї, обмежені емоційні зв'язки, байдужість батьків до можливого вживання хімічних речовин, розлучення батьків або примусове залучення дитини до певної діяльності. Сімейне середовище відіграє ключову роль у формуванні патернів поведінки, цінностей, світогляду та емоційної сфери. Сім'я є основою для становлення особистості, і батьки, демонструючи свої власні приклади, надають дітям приклад того, як «правильно» жити [30, с. 280].

Інтерперсональні теорії стверджують, що на людину впливає специфіка її сімейної системи, і розлади особистості є результатом взаємин з іншими людьми. Важливим фактором є соціальне успадкування, яке полягає у передачі наступному поколінню норм і звичаїв, які функціонували у батьківському домі. Дослідження підтверджують, що особи з алкогольною залежністю так само походять з «алкогольних» або «наркотичних» сімей, як і з сімей, де взагалі не вживали психоактивних речовин. Цей факт можна пояснити тим, що жодна з цих родин не встановила правильну модель вживання алкоголю або інших заборонених речовин.

Москаленко В. Д. визначає наявність осіб із хімічною залежністю у сім'ї як один із найважливіших факторів, що впливає на схильність до залежності [47, 60]. Це стосується не лише самого захворювання у батьків, а й кількості хворих родичів, а також кількості поколінь, в яких спостерігалася ця проблема. Також хворобливість на алкоголізм чи наркоманію серед братів і сестер є додатковим чинником ризику. Москаленко В. Д. також вказує на інші передумови формування залежності, такі як: прогресивна смерть батька, розлучення, якість міжособистісних стосунків, тип прив'язаності та співзалежна поведінка [60, 79]. Згідно з результатами досліджень, алкоголізм у батька збільшує ризик залежності як у сина, так і у доньки, тоді як хвороба матері є фактором ризику частіше для доньки.

Згідно з теорією навчання Альберта Бандури, проблема схильності до вживання хімічних речовин аналізується у контексті педагогічного занедбання дитини [15, 41, 81, 82]. Діти, які виростають у соціально неблагополучних сім'ях, мають більшу ймовірність стати залежними від шкідливих звичок. Проте, на відміну від загального уявлення, соціальний статус або навіть наявність негативних прикладів не завжди є визначальними факторами у формуванні залежності. Діти з достатньо забезпечених сімей також можуть стати залежними від наркотичних речовин, не через відсутність коштів, а через інші соціальні або психологічні фактори. [10, 14]

Теорія соціального навчання, яка була розроблена Міллером Н. та Доллардом Дж., розглядає причини утворення залежності як результат наслідування поведінки значущої для особи. Особа приймає рішення вживати, наприклад, алкоголь через те, що це вважається нормальною поведінкою для її батьків чи родичів, і це допускається оточенням [37, 41].

Мотивація для початку вживання наркотиків та подальшого зловживання може виникати з різних причин. У зарубіжній літературі часто виділяють домінуючий мотив адиктивної поведінки у молоді, який полягає в конфронтації поколінь – протесті проти духовних цінностей батьків та суспільства загалом [62, с. 2]. З погляду неофрейдистської теорії, основним

мотивом адиктивної поведінки є прагнення до культури споживання та бажання знаходити щастя у споживанні як товару. Міфи про позитивні ефекти наркотиків, що циркулюють у суспільстві, також відіграють певну роль у поширенні їх вживання. Наприклад, деякі особи вірять, що наркотики можуть стимулювати творчі здібності, і багато хто переконаний у цілющих властивостях алкоголю в невеликих дозах [71, с. 23].

Виділені мотиви вживання токсичних речовин, зазначені Пірожковим В. Ф., включають такі аспекти: цікавість, бажання самоствердитись у власному середовищі, відчуття групової приналежності, потреба у розвагах, пошук релаксації та незвичайних емоцій, а також прагнення відсторонитися від життєвих труднощів та подолати психологічний бар'єр перед здійсненням асоціальної та кримінальної поведінки [71, с. 26].

Психологічні моделі розглядають схильність до хімічної залежності як психологічне явище та враховують різні психологічні підходи, що включають аналіз особистісних дефіцитів, певних рис особистості, захисних механізмів та патернів поведінки. Ці моделі включають у себе різноманітні теоретичні підходи, такі як теорія особистісних рисів, психодинамічні теорії, поведінкові аспекти та когнітивно-поведінкові концепції. Різні психологічні парадигми акцентують увагу на різних аспектах психіки, таких як особистісні риси, мотиваційна сфера, емоційно-вольові аспекти та когнітивні процеси [65, 79].

Психодинамічні теорії висвітлюють важливі аспекти психічного життя, які можуть лежати в основі формування залежності [37, 41]. Одна з таких теорій – теорія психоаналізу, в якій вважається, що певні несвідомі конфлікти, нерозв'язані проблеми дитинства, а також вплив інтрасеквенційних конфліктів в особистості можуть сприяти розвитку залежності [69, 71]. У контексті психодинамічних теорій речовини, які спричиняють утворення залежності, можуть виконувати різні функції. Наприклад, вони можуть допомагати зняти стрес, відчуття тривоги або неспокою, або замінити дефіцитні внутрішні ресурси, такі як відчуття задоволення або самооцінки. Однією з ключових понять в психодинамічних теоріях є концепція «Его», яка

представляє собою частину психіки, що відповідає за реальну і прагматичну взаємодію з навколишнім середовищем [46, 65]. За цією теорією, Его може використовувати речовини як механізм захисту для зниження негативних емоцій і забезпечення психологічного комфорту. Також акцентується увага на ролі дитинства і раннього досвіду в формуванні психічних механізмів, які можуть впливати на ризик розвитку залежності в подальшому житті [69, 82].

Згідно психоаналітичної концепції Зигмунда Фрейда, існує постійний внутрішній конфлікт у людини, який виникає внаслідок боротьби між сексуальними та агресивними потягами [46, 82]. Ці потяги потребують вираження та задоволення і знаходять своє вираження у позасвідомій частині психіки, відомої як «Ід». Ід постійно піддається впливу Супер-Его (суспільні норми та цінності), що спричиняє формування захисних механізмів психіки та утворення точок фіксації відповідно до різних етапів психосексуального розвитку, які відображаються у певних особистісних рисах. За цією теорією, дія наркотиків порівнюється з відчуттями задоволення, що виникають у немовлят, коли вони отримують їжу, яке З. Фрейд описував як оральну активність. Він вважав, що людина завжди шукає задоволення і намагається зменшити внутрішній конфлікт через різні способи, включаючи вживання наркотиків [46, 69, 82].

Фрейд З. помітив, що не всі особи, які вживають наркотики, стають залежними, що може свідчити про те, що наркотики взаємодіють із економікою лібідо і можуть бути фактором, який формує схильність до утворення залежності через дефіцит сексуального задоволення. У своїй статті «Три нариси з психології сексуальності» (1905 року), Фрейд З. зауважив, що хлопчики, які мають еротизм губ, можуть в подальшому дорослому житті виявити потяг до алкогольної і тютюнової залежності [69, 82, 92]. Він підкреслив, що важко відмовитися від вживання ПАР особі, яка відчула від них задоволення. Він пояснював це через регресію до оральної фази психосексуального розвитку, коли доросла людина відчуває потребу відновлення дитячого стану.

Біхевіоральна психологія є однією з ключових галузей психології, яка досліджує, які зміни в поведінці можуть виникати внаслідок впливу навколишнього середовища, навчання та досвіду. Основним принципом біхевіоральної психології є уявлення про те, що поведінка формується через навчання, а зміна поведінки можлива шляхом модифікації умов, за яких вона відбувається. У контексті залежності біхевіоральна психологія розглядає процес формування звичок, включаючи ті, що пов'язані із споживанням різних речовин. Позитивне підкріплення грає ключову роль у зміні поведінки, оскільки люди навчаються вживати речовини, які надають їм задоволення або знеболюють негативні емоції. У той же час, відмова від старих звичок та встановлення нових патернів поведінки може бути складним процесом, але він можливий за умови належної підтримки та розвинутих стратегій саморегуляції [38, 89].

Підхід когнітивної психології до хімічної залежності розглядається з точки зору того, як наші думки, переконання та уявлення впливають на формування та підтримку залежної поведінки. Основна ідея полягає в тому, що психологічні процеси, такі як сприйняття, мислення і емоції, відіграють ключову роль у розвитку та підтримці залежності. Залежність розглядається як результат складної взаємодії між психічними процесами, думками та поведінкою. Вона вивчає різні аспекти залежності, такі як когнітивні патерни, сприйняття наслідків, мотивація та стратегії регуляції емоцій, що допомагають розуміти, чому люди стають залежними від речовин [89, 102].

Когнітивно-поведінкові техніки, такі як розпізнавання та переформулювання негативних думок, навчання стратегій копіngu зі стресом та вдосконалення навичок прийняття рішень, використовуються в терапії залежності для підтримки клієнтів у зміні їх когнітивних процесів та поведінки, що сприяє зниженню або припиненню вживання речовин. Крім того, когнітивна психологія досліджує роль різних когнітивних факторів, таких як вплив реклами, соціальних ситуацій та суспільних очікувань, у формуванні і підтримці залежності [38, 102, 89].

Гуманістична психологія розглядає хімічну залежність як порушення потенціалу особистості та її самореалізації, яка має властивість прямувати до саморозвитку. Залежна поведінка часто виступає як спосіб захисту та може бути причиною дезадаптації. Схильність до залежності часто пов'язана з нестабільністю «Я-концепції» – уявлення про себе, яке визначає поведінку особистості [46, 65]. Це може проявлятися в низькій самосвідомості, захисних реакціях на оточуюче середовище, невпевненості у власних силах, низькій самооцінці та почуттях провини. Дослідники, зокрема Ланда М., виявили у опійних наркоманів відсутність критичного ставлення до своєї хвороби та власної особистості [79, 94]. Самооцінка у залежних осіб може бути нестійкою і залежить від перебігу захворювання, що часто призводить до нереальних цілей та розчарувань через неможливість їх досягнення. У людей залежності не завжди виражена стійка «Я-концепція», що може бути обумовлено низькою когнітивною самосвідомістю та високим рівнем ризику, що ускладнює їх здатність до відображення на власному досвіді та вирішення проблем [11, 48].

За теорією Карла Густава Юнга, залежність має глибинні корені і виникає внаслідок культурних впливів та несвідомих колективних процесів, які формують цінності та установки особистості. Він стверджує, що залежність перешкоджає розвитку, призводячи до застою в психіці людини, яка залишається на етапі ембріонального розвитку. На відміну від інфантильної особистості, зріла особистість відзначається стійкістю та унікальною ідентичністю [46, 56].

Екзистенційна психологія розглядає людський досвід з точки зору внутрішньої свободи, відповідальності та пошуку сенсу життя [37, 41, 55]. За теорією екзистенційної психології, людина завжди стикається з основними питаннями щодо свого існування, такими як свобода, самотність, сенс життя та смерті. У контексті хімічної залежності, екзистенційна парадигма вказує на те, що люди можуть шукати у наркотиках і алкоголі втечу від внутрішнього страждання та невизначеності, яка супроводжує їх життєвий шлях. Ці

речовини можуть тимчасово заспокоїти пошук сенсу життя або зменшити відчуття самотності та безпорадності [48, 53, 99].

Отже, біологічні теорії розглядають схильність до залежності як відхилення у функціонуванні організму. Згідно генетичної концепції, схильність до залежності визначається спадковістю. Етанолова концепція пояснює залежність через відсутність ферменту альдегіддегідрогенази, який впливає на реакцію організму на алкоголь або наркотики, викликаючи приємні чи негативні ефекти [78, с. 2]. Адренохромна концепція вказує на порушення метаболізму, пов'язаного з недостатнім обміном ендорфінів, що може впливати на схильність до хімічної залежності, зокрема через зв'язок між особливостями обміну ендогенних опіоїдів та схильністю до стресу [30, 96]. Ендокринопатична концепція відображає порушення в ендокринній системі організму, яка контролює різні функції організму та виробляє гормони, такі як адреналін, норадреналін та дофамін, що можуть викликати хімічну залежність через сприяння процесам адаптації та регулювання емоційних реакцій [39, с. 176].

Соціальна модель аналізує вплив оточення на розвиток схильності до утворення залежностей, що включає в себе вплив різних аспектів, таких як взаємодія з сім'єю, друзями, знайомими, професійним середовищем, а також засобами масової інформації, Інтернетом, телебаченням та радіо. Соціальні фактори поділяються на макропричини (відображають умови у суспільстві в цілому) та мікропричини (непослідовність та недосконалість у вихованні, родинну спадковість, сімейні традиції, атмосферу в родині та найближчому середовищі, високу або низьку увагу у сім'ї, часті переїзди, контакт з групами, які зловживають психоактивними речовинами, і стиль сімейного виховання) [30, 38, 70, 102, 89].

Психологічні моделі вивчають схильність до хімічної залежності як психологічне явище, розглядаючи особистісні дефіцити, риси особистості, захисні механізми та патерни поведінки, включаючи теорії особистісних рисів, психодинамічні, поведінкові та когнітивно-поведінкові концепції, що

акцентують увагу на різних аспектах психіки, таких як мотивація, емоції, воля та когнітивні процеси.

1.3. Індивідуально-психологічні особливості осіб схильних до виникнення хімічної залежності

Дослідження психологічних аспектів, зокрема індивідуально-особистісних особливостей людей із хімічною залежністю, є важливим для розуміння причин формування та закріплення різних проявів адиктивної поведінки у дорослих. Зазвичай це вивчення проводиться шляхом аналізу взаємозв'язків між конкретними формами хімічної залежності та індивідуальними особливостями особистості у таких пацієнтів.

Борок Н. Г. стверджує, що виявлення особистісних факторів, що сприяють розвитку схильності до хімічної залежності, дозволить розробити індивідуальний підхід до реабілітації осіб, які страждають від цієї проблеми, та розробити персоналізовану програму соціалізації [18, 43, 49]. Для досягнення цієї мети необхідно дослідити механізми адаптації, виявити порушення та ретельно вивчити психологічні особливості залежних осіб. З огляду на те, що вивчення цієї проблеми все більше переміщується з медичного контексту до соціально-психологічного, дана індивідуалізована підготовка може бути ключовою у вдосконаленні програм реабілітації та підтримки для осіб, що борються з залежністю.

Індивідуальні особливості, такі як особистісна нестійкість, можуть робити особу більш вразливою до формування адиктивних звичок. З психологічного боку, бажання змінити самопочуття, одержати задоволення, знизити тривожність чи підвищити енергійність можуть бути ключовими мотивами [71, с. 23].

Менделевич В. Д. ідентифікує ряд особистісних рис, серед яких інфантильність, сугестивність, імітація, неадекватність в прогнозуванні, жорсткість і непокірність, наївність, прагнення до новизни та активний пошук, тенденція до максималізму, центрованість на собі, нетерплячість, схильність

до ризику та страх перед самотністю [65, 82]. Він відводить значну увагу інфантильності, яку протиставляє зрілості особистості, що характеризується відповідальністю, терпимістю і автономністю.

Згідно з диспозиційною теорією Гордона Оллпорта, особистісна риса представляє собою готовність реагувати однаковим чином у різних ситуаціях, що виявляється у вираженій стійкості поведінки особи, незалежно від змін в середовищі чи часу [46, 65, 82]. Це означає, що якщо особа має певну депресивну спрямованість чи схильність, це буде помітно як на роботі, так і вдома, а також у час відпочинку. Соціальне оточення, зокрема сім'я та суспільство, можуть як підтримувати розвиток цих рис, так і стримувати їх [54, 70, 81]. Таким чином, можна зробити висновок, що особистісні риси відіграють важливу роль у формуванні схильності до адиктивної поведінки, оскільки вони найбільше впливають на появу та прояв залежності.

Максимова Н. Ю. вивчає проблему схильності до залежності протягом багатьох років і вказує на те, що формування психологічної готовності до вживання речовин починається ще в дитинстві, досягає піку в підлітковий період і є результатом особистісних труднощів [9, 54, 58, 98]. Згідно її досліджень, особистісна схильність до хімічної залежності складається з таких складових: відсутність мотивації досягнення; недостатня розвиненість здатності прогнозувати свою поведінку; низький рівень самосвідомості, недостатність навичок в рефлексії; зовнішнє спрямування локусу контролю; низька самооцінка, інколи до ступеня відмови від прийняття свого «Я», яке може приховуватися захисною поведінкою, яка здається завищеною; реакція на фрустрацію у вигляді відмови від дій при найменших труднощах; неспівмірність між самооцінкою та рівнем очікувань, що виявляється у нелогічності та нестійкості у поведінці під час подолання перешкод; тенденція до уникнення реальності в умовах фрустрації [2, 7, 48].

У своєму дослідженні Борок Н. Г. та Суботялов М. А. порівнювали особистісні особливості чоловіків у двох групах: експериментальній (залежні чоловіки, які отримували реабілітацію) і контрольній (здорові чоловіки)

[42, с. 43]. Результати дослідження вказують на те, що у хворих спостерігався переважно екстернальний (зовнішній) локус контролю, що відзначається перенесенням відповідальності за власні дії на інших осіб. Пацієнти мали нижчу самооцінку, високий рівень тривожності та депресивності. Ці показники свідчать про незрілість особистості, відсутність навичок постановки реальних цілей та неохочість до особистісного зростання [46, 65].

Багато дослідників звертають увагу на визначення локусу контролю у залежних осіб. Локус контролю описує здатність особистості переносити відповідальність за наслідки своєї діяльності на інших людей (зовнішній локус контролю, екстернальний), або приймати на себе цю відповідальність (внутрішній локус контролю, інтернальний). Реан А. О. і Карандашев Д. Ю. провели дослідження людей з просоціальною поведінкою, досліджуючи їх локус контролю. Вони виявили, що 72% учасників виявилися інтерналами, тоді як лише 4% – екстерналами. У випадку залежних осіб частка екстерналів становить 84%, в той час як інтернали складають лише 16% [77, 94].

За словами Даніліна О. Г., екстернали характеризуються недостатньою чіткістю в усвідомленні своєї особистості, що призводить до тенденції звалювати відповідальність за свої дії, включаючи вживання наркотиків та інших речовин, на своїх близьких, керівників або важкі життєві обставини. У випадку інтерналів, переконання у власній здатності контролювати своє життя стає перешкодою для реалізації їхньої життєвої позиції [65, 90].

Грузкова С. Ю. у своєму дослідженні проводила розрізнення між особистісними характеристиками нарко- та алкозалежних [8, 30, 57]. Вона вказує, що чоловіки, залежні від наркотичних речовин, виявляють більшу тривожність і схильність до аутизму. Їм навіть незначні стани фрустрації призводять до збільшення рівня тривоги і негативних емоцій, що може призвести до компенсації шляхом аутизації. Це може здаватися дивним для навколишніх, але насправді це свідчить про труднощі в комунікації, як вербальній, так і невербальній [2, с. 467]. Особи, які страждають від алкогольної залежності, характеризуються підвищеними показниками

песимізму і імпульсивності. Для них характерні реакції, які викликають почуття вини, гніву та самоагресії [13, с. 69].

У проведеному дослідженні Пшук Є. Я. та Маркова М. В. зазначають про основні комунікативні стратегії, які використовують хворі на алкогольну залежність, відображаючи в них низький рівень емпатії та афіліації [13, 49]. Зазначається, що пацієнти, які страждають від алкогольної залежності, виявляють тенденцію до уникнення міжособистісних взаємин і проявляють схильність до самоізоляції. Напруга в стосунках перешкоджає розвитку позитивного взаєморозуміння у комунікації. Низькі показники афіліативності у пацієнтів із алкогольною залежністю свідчать про їхню здатність встановлювати лише поверхневі контакти з іншими і нездатність відчувати глибоке емоційне співпереживання. Знижені показники внутрішньої мотивації у хворих на алкогольну залежність разом із порушенням комунікативних стратегій свідчать про потребу у розробці індивідуальних програм корекції для цієї категорії пацієнтів, з урахуванням їхніх комунікативних потенцій.

Ткач Б. М. відзначив, що у молоді, яка час від часу вживає алкоголь, спостерігаються такі риси: надмірна спрямованість на вплив середовища, тенденція до неконформізму у взаєминах з іншими людьми, прагнення до зміцнення свого владного статусу, агресивність і виявлення незалежних рис у поведінці з частковим розумінням власних неконформних уподобань [6, 7, 97]. Також спостерігаються виражені особливості характеру, переважання деструктивної агресії над конструктивною, зниження самоконтролю, недостатність емпатії та позитивне ставлення до загальної агресивної поведінки, а також переважання зовнішнього локусу контролю [4, 89].

Наукове співтовариство зауважує, що у осіб, які вживають наркотики, спостерігаються спільні характеристики: обмежений рівень самоконтролю та самодисципліни, низька стійкість до негативних впливів, важкість у подоланні труднощів, емоційна нестабільність, схильність до неадекватної реакції на ситуації стресу та відсутність навичок ефективного вирішення конфліктів. Ці особливості особистості викликають зміни у поведінці та спричиняють

напругу у соціальних взаємодіях, що може бути пов'язано з бажанням особи змінити свій психічний стан [3, 52, 87].

У своїй книзі «Сором, провина, алкоголізм» Рональд Д. Поттер-Еффрон розглядає психодинамічний аспект походження сорому і провини, а також формування сором'язливості як особистісної риси і її вплив на схильність до алкоголізму [13, с. 69]. Формування сором'язливості здебільшого має психодинамічну природу і відбувається в дитинстві, коли батьки можуть надмірно критикувати дитину, або коли дитина виростає в родині, де вживання наркотиків або алкоголю є поширеним явищем. Це може бути наслідком внутрішнього усвідомлення батьківських очікувань або відмінності від ідеалізованого образу. Сором стосується центральної ідентичності особистості, її самовизначення. Сором сприймається як болюче відчуття власних недоліків, що часто має характер самоагресії [13, с. 70]. Особа використовує захисні механізми, які можуть бути пов'язані з моделями алкогольної залежності, звертаючись до речовини як до способу захисту від цього відчуття.

Відповідно до досліджень Больмана С. Ю., люди з високим рівнем сорому мають підвищену тривожність, схильність до залежності від думки інших, а також емоційну нестійкість [13, с. 68]. Це означає, що вони виявляють риси, які переважно характерні для залежних осіб.

Щодо ніотинової залежності, Агулова О. О. відзначає, що у жінок, які страждають від цієї форми адикції, спостерігаються ряд характеристик [4, с. 9]. Серед них можна виділити більшу відкритість, легкість у спілкуванні, природність, емоційну експресивність, готовність до співробітництва, уважність до людей, доброту, активність у встановленні контактів, м'якосердість, більшу емоційну нестійкість, безтурботність, життєрадісність, веселість, імпульсивність, схильність до ігнорування суспільно прийнятих моральних норм та стандартів, неорганізованість, безвідповідальність, незалежність, сміливість, схильність до ризику та внутрішню конфліктність уявлень про себе. У більшості молодих жінок, які не мають тютюнової

залежності, спостерігається адекватна самооцінка, тоді як серед тих, хто має таку залежність, спостерігається тенденція до переваги осіб з завищеною самооцінкою. Серед молодих жінок-курців найпоширенішими виявилися комбінації високої самооцінки з високим (завищеним) рівнем домагань, або високої самооцінки з низьким рівнем домагань. Рівень домагань у цих випадках може розглядатися як реакція захисних механізмів, спрямованих на підтримку звичної для особистості самооцінки. Молоді жінки з нікотиною залежністю характеризуються вищим рівнем екстравертованості і нейротизму порівняно з тими, хто не курить [38, 52].

Індивідуально-психологічні особливості, такі як акцентуація характеру, неадекватна самооцінка та порушення емоційно-вольової та емоційно-комунікативної сфери, можуть призвести до стійких форм психосоціальної дезадаптації [54, 57, 79]. Акцентовані риси визначають психічний склад та впливають на адаптацію людини до соціального середовища. Ця специфіка виявляється у тому, що людина може бути дуже чутливою до певних психогенних впливів, тоді як до інших може мати нормальну або навіть підвищену стійкість.

Акцентуація характеру представляє собою варіанти нормального характеру, у яких деякі риси надмірно виражені або посилені. Ці особливості можуть проявлятися протягом усього життя або протягом значного періоду. Вони з'являються відповідно до впливу певних психогенних факторів, на які особа є вразливою в залежності від її типу акцентуації. Оскільки підлітковий вік є періодом кризового розвитку особистості, акцентуація характеру часто проявляється саме на цьому етапі [71, с. 17].

Мотивація до адиктивної поведінки може різнитися в залежності від акцентуації характеру. Особи нестійкого типу, зазвичай, просто шукають можливість розважитись. Гіпертиміки та істероїди можуть бути приваблені неординарністю подій та можливістю завоювання престижу в компанії. Шизоїдам важливо заглушити внутрішні переживання, полегшити контакт з однолітками та стимулювати аутистичні фантазії, в той час як емоційно-

лабільна особистість може шукати релаксації та можливостей «забутись», втекти від труднощів [71, с. 23].

Найбільш взаємопов'язані з вживанням психоактивних речовин типи акцентуації характеру включають нестійкий, гіпертимний, епілептоїдний, експлозивний та істероїдний [71, с. 17].

Нестійкі особистості відсторонюються від навчання та праці, оскільки вони вважають їх надто важкими для своєї психіки. Одночасно, не знаходячи занять для себе, вони постійно шукають зовнішню стимуляцію та розваги. Вони віддають перевагу простій інформації, яка не потребує складних розмірковувань. Така гедоністична орієнтація (прагнення відчувати від життя лише задоволення та розваги) стає сталим елементом їхнього характеру. Соціально прийнятні розваги швидко набридають, і вони починають шукати більш екстремальні відчуття, які можна задовольнити за допомогою наркотичних речовин [71, с. 17].

Після нестійкого типу акцентуації, характеру та психопатії, особливо високий ризик розвитку наркозалежності спостерігається у людей з епілептоїдним, гіпертимним та істероїдним типами. Цей ризик значно зростає, коли ці типи поєднуються, утворюючи так званий «амальгамний» тип, коли набуті риси однієї психопатії накладаються на конституціональне ядро іншої.

Характеристика особистісного радикалу значно впливає на те, яку психоактивну речовину (ПАР) людина обирає для вживання.

Гіпертимні особистості, зазвичай, віддають перевагу вживанню алкоголю, гашишу, інгалянтів або стимуляторів [7, 71]. Сильний ефект ейфорії, відчуття спільності (наприклад, коли всі курять в колі) і спільне переживання нестандартних відчуттів роблять наркотичні речовини надзвичайно привабливими для них. У той час як вживання опію у спокійній самотності може не викликати такого сильного бажання, як відчуття розслабленості та сонливості під дією транквілізаторів. Таким особистостям часто властивий «первинний пошуковий полінаркотизм» – бажання випробувати різноманітні речовини. Однак, завдяки їх високому рівню

біологічного тону, активності та лідерським характеристикам, ці особистості можуть бути особливо схильними до експериментів з наркотиками [16, 24, 71].

Шизоїдні особистості можуть віддавати перевагу наркотичним речовинам, таким як опій та гашиш. Опійний «кайф», який супроводжується спокоєм, відчуттям усамітнення та мрійливістю, часто приваблює шизоїдний характер. В цьому випадку, інгалянти можуть стимулювати фантазії та допомагати візуалізувати їх, а гашиш може створювати враження, що стимулює творчі здібності, тоді як алкоголь може служити як засіб комунікативного підтримання [71, с. 18].

Епілептоїдам часто притаманна висока соціальна активність, і вони, хоча відносно негативно ставляться до наркотиків, можуть все ж таки зловживати речовинами, які ними не вважаються (такими як алкоголь або інгалянти). Характеристика епілептоїдного типу особистості визначає бажання досвіджувати якомога сильніші відчуття, тому вони схильні до вживання речовин, які «сильно б'ють по мозку», таких як алкоголь у великих дозах. Стимулятори є менш привабливими для цих осіб, оскільки вони часто викликають у них дисфоричні стани [58, 71].

Завацька Н. Є. провела дослідження особистісних чинників, які впливають на схильність до хімічної залежності, залежно від типу хімічної речовини, яку вони вживають [9, 58, 83, 88]. У результаті її роботи були виявлені деякі фактори, що корелюють з схильністю до алкогольної залежності, такі як ініціативність, енергійність і гіперактивність. Залежні особи проявляють недостатню цілеспрямованість, не вміють ефективно займатися вільним часом, мають поверхневі та нестійкі захоплення, ставляться некритично до власних невдач і мають підвищені показники агресивності, як вербальної, так і непрямой. У разі вживання опіоїдів спостерігається виражена імпульсивність, конфліктність, схильність до ризику та особистісна незрілість. У осіб, що споживають канабіоїди, спостерігається замкнутість, пасивність,

некомунікабельність, ірраціональність у судженнях та діях, а також емоційна холодність [21, 30, 40].

Гернет М. М., Шоломович О. С., Лисицин Ю. П., Раппорт О. М., Герцензон О. А. та інші провели порівняльне обстеження 500 чоловіків у віці від 20 до 30 років, з синдромом залежності від психоактивних речовин з тривалістю наркотизації від 5 до 10 років. Хворих було розділено на 4 порівняльні групи: I група – пацієнти з синдромом залежності від опіоїдів; II група – пацієнти з синдромом залежності від психостимуляторів; III група – пацієнти з синдромом залежності від канабіноїдів; IV група – пацієнти з синдромом залежності від галюциногенів [83, с. 88].

У групі пацієнтів, що мають залежність від опіатів, переважають такі компоненти ейфорії, як відчуття легкості в тілі, спокій, парестезії. У групі пацієнтів із синдромом залежності від психостимуляторів переважають наступні компоненти ейфорії: збільшення фізичної активності, прилив енергії, тимчасове покращення пам'яті та уваги, збільшення сексуальної активності. У пацієнтів із синдромом залежності від каннабіноїдів переважають підвищений настрій та неконтрольована радість. У пацієнтів із синдромом залежності від галюциногенів переважають загострення чутливості та парестезії [83, с. 88].

У своїй дисертаційній роботі Єрофєєва М. Г. проводить порівняльний аналіз між чоловіками, що мають різний термін вживання наркотиків. Перша група, що слугує контролем, вживала наркотики протягом перших п'яти років, у другій групі час вживання перевищує п'ять років. За висновками дослідження, особливості наркозалежних чоловіків порівняно з контрольною групою включають емоційну нестійкість, низьку самооцінку, обмежену здатність до адаптації, тривожність, дратівливість, конфліктність, імпульсивність та агресивність. Головні захисні механізми включають раціоналізацію, заперечення, проекцію та регресію. У залежних чоловіків з терміном до п'яти років спостерігається знижена стресостійкість, збільшена залежність від оточення та ворожість. Їхні емоційний стан характеризується зниженням настрою та схильністю до депресивних станів і тривоги.

Поведінкові особливості включають переважання агресивності та конфліктності, з використанням захисного механізму раціоналізації. У тих, хто вживає наркотики більше п'яти років, спостерігається психологічний дискомфорт, психічна виснаженість, проблеми з комунікацією, відчуття самотності і нездатність до переживань, висока конфліктність та готовність до проявів агресії. Їхнім захисним механізмом є проекція [43, 72, 81].

Перед тим як зробити висновки щодо поточного стану вивчення індивідуально-особистісних особливостей осіб, що страждають від залежності від психоактивних речовин, важливо погодитися з Крамченковою В. О., яка відзначає, що численні дані щодо взаємозв'язку між індивідуально-особистісними особливостями та наявністю адикції мають деяку суперечливість [39, с. 177]. Це через те, що зловживання різними психоактивними речовинами може призвести до специфічних спотворень особистості, і не завжди зрозуміло, які риси особистості були присутні в особі перед розвитком залежності, а які з'явилися під час хвороби.

Отже, підбиваючи підсумки дослідження індивідуально-психологічних характеристик осіб з хімічною залежністю, ми погоджуємось з Крамченковою В. О., яка вказує на найбільш поширені особистісні риси у таких осіб:

- У площині поведінки: самоцентризм у взаємодії, де виявляється брак інтересу до інших людей; тенденція вирішувати проблеми шляхом відходу у світ фантазій; монотонний реагування на невдачі, неможливість адекватно вирішувати труднощі; недосягнення власних амбіцій, невідповідність очікувань здібностям; схильність винуватити оточуючих [39, с. 178].

- У сфері емоцій та мотивів: нестабільність емоцій, обмежена толерантність до невдач і швидке поглиблення у тривогу або депресію; неправильна, часто занижена, самооцінка; агресивність; уникання соціальних ситуацій; порушення відчуття майбутнього; слабкий контроль над собою, тяга до миттєвого задоволення, легкодоступність до імпульсів; схильність до

впливу ззовні; незадоволення потребами у захисті, вираження себе, свободі, приналежності, миттєвих результатів [39, 62, 90].

- У сфері когніції: несформованість у абстрактно-логічних роздумах, відсутність чітких життєвих орієнтирів, принципів, цінностей, інтересів, моральних принципів; спотворення когнітивних процесів у формі афективної логіки [39, с. 179].

Висновки до першого розділу

При дослідженні науково-теоретичних надбань, сучасності було виявлено, що Вольнова Л., Ключко О., Короленко Ц., Єгоров О. та інші «хімічну залежність» розглядають, як стан залежності від вживання різних психоактивних речовин. В залежності від конкретного об'єкта залежності відокремлюються наступні види: нехімічна залежність розвивається внаслідок певних дій або занять, таких як азартні ігри, їжа, шопінг, використання інтернету або соціальних мереж; хімічна залежність виникає через вживання психоактивних речовин, таких як алкоголь, наркотики, тютюн або лікарські препарати, і є тісно пов'язаною з психологічною та фізичною залежністю [58, 92, 93, 94].

На думку Змановської Є., Лисенко І., Мінко О., Корчагіна А., психологічна залежність проявляється у постійній, нав'язливій потребі змінювати свій стан за допомогою певного об'єкта, відчуття емоційного дискомфорту при його відсутності [29, 35, 80, 48].

Гоголева А., Анохіна І., Кулаков С., Сиволап Ю., Чавес Т. зазначають, що фізична залежність виникає внаслідок вживання психотропних хімічних речовин і виражається у стані фізичного дискомфорту при їх відсутності в організмі (абстинентний синдром) [10, 35, 55].

При дослідженні умов формування хімічних залежностей у молодого покоління доцільно враховувати біологічні, соціальні та психологічні фактори.

Москаленко В., Чередніченко О., Анохіна І., Батлі М., Комер Р., Мартикайнен П., Фрідман Л., Хайман С., Штейн Н. у біологічні теорії розглядають схильність до залежності як відхилення у функціонуванні організму. Згідно генетичної концепції, схильність до залежності визначається спадковістю. Етанолова концепція пояснює залежність через відсутність ферменту альдегіддегідрогенази, який впливає на реакцію організму на алкоголь або наркотики, викликаючи приємні чи негативні ефекти.

Адренохромна концепція вказує на порушення метаболізму, пов'язаного з недостатнім обміном ендорфінів, що може впливати на схильність до хімічної залежності, зокрема через зв'язок між особливостями обміну ендогенних опіоїдів та схильністю до стресу. Ендокринопатична концепція відображає порушення в ендокринній системі організму, яка контролює різні функції організму та виробляє гормони, такі як адреналін, норадреналін та дофамін, що можуть викликати хімічну залежність через сприяння процесам адаптації та регулювання емоційних реакцій [60, 71, 79].

Копит М., Артемчук О., Лисицин Ю., Братусь Б., Пилипенко О., Бандура А., Міллер Н., та Доллард Дж., Пірожков В., Приймак Ю. досліджували соціальну модель, як вплив оточення на розвиток схильності до утворення залежностей, аналізуючи різні аспекти, такі як взаємодія з різними соціальними групами, включаючи сім'ю, друзів, колег, а також засоби масової інформації, Інтернет, телебачення та радіо. Соціальні фактори розподілено на макропричини, які відображають умови у суспільстві в цілому, та мікропричини, що включають непослідовність та недосконалість у вихованні, родинну спадковість, сімейні традиції, атмосферу в родині та найближчому оточенні, високу або низьку увагу у сім'ї, часті переїзди, контакт з групами, які зловживають психоактивними речовинами, і стиль сімейного виховання [3, 74, 87].

Крамченкова В.О., Фройд З., Юнг Г., Болбі Дж., у психологічній теорії розглядали, схильність до хімічної залежності як психологічне явище, аналізуючи особистісні характеристики, включаючи дефіцити, риси, захисні механізми та патерни поведінки. Ці моделі включають теорії особистісних рис, психодинамічні, поведінкові та когнітивно-поведінкові концепції, що звертають увагу на різні аспекти психіки, такі як мотивація, емоції, воля та когнітивні процеси [39, 46, 69, 82].

Ткач Б., Бенвеню Д., Лекенхофф К., Коста П., Крум Р., Террачано А. у дослідженні індивідуально-психологічних аспектів осіб з хімічною залежністю зазначали, що існують типові особистісні риси, які часто

спостерігаються у адиктів. В дослідженнях підкреслюються наступні аспекти в залежності від рівня. Так на рівні поведінки вони характеризуються самоцентризмом в соціальних взаємодіях, байдужістю до інших та тенденцією уникнення реальності, відходячи у світ фантазій для вирішення проблем. У реагуванні на невдачі спостерігається монотонність та неспроможність адекватно реагувати на труднощі. Інша характеристика полягає в невдоволенні власними досягненнями та розбіжностями між очікуваннями та можливостями, а також у схильності звинувачувати інших. У сфері емоцій та мотивів, спостерігається нестабільність емоційного стану, обмежена здатність переносити невдачі та швидке поглиблення у тривогу або депресію. Здебільшого, спостерігається неправильна, часто занижена, самооцінка, а також прояви агресивності та ухилення від соціальних ситуацій, порушене відчуття перспектив, недостатній контроль над собою. На когнітивному рівні характеризуються відсутністю розвинутих абстрактно-логічних здібностей, чітких життєвих принципів, цінностей, інтересів, моральних норм, а також спотворення когнітивних процесів у вигляді емоційно-кольорової логіки [4, 6, 7, 89, 97].

РОЗДІЛ 2.

ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ І ФАКТОРІВ, ЩО СПРИЯЮТЬ ВИНИКНЕННЮ ХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ПІДЛІТКІВ

2.1. Методика та процедура констатуючої частини дослідження

Завданням емпіричного дослідження виступало вивчення основних мікросоціальних та індивідуально-психологічних чинників виникнення хімічної залежності у підлітків.

Виходячи з цілей емпіричного дослідження були поставлені наступні завдання:

1. Розробити загальну методику дослідження основних психологічних чинників виникнення хімічної залежності у підлітків.
2. Вивчити особливості сім'ї та сімейного виховання як об'єктивний мікросоціальний фактор виникнення хімічної залежності в підлітковому віці.
3. Вивчити деякі індивідуально-психологічні чинники виникнення хімічної залежності у підлітків.
4. Дослідити світовий досвід та обґрунтувати імплементацію психокорекційної та психопрофілактичної роботи для подолання хімічних залежностей у підлітків.

Нами було проведено всебічне комплексне дослідження підлітків схильних до хімічних залежностей, що включало психоанамнез, вивчення соціальних, психологічних і соціально-психологічних аспектів психічного і фізичного здоров'я підлітків.

Психодіагностичні методики були спрямовані на виявлення особистісних особливостей досліджених, типу їх ставлення до залежності, мотивів вживання психоактивних речовин.

Для вивчення мікросоціальних чинників в ініціюванні хімічної залежності було обрано такі методики.

Стиль виховання визначався за результатами усного інтерв'ю з підлітками, а також за результатами інтерв'ю. З соціологічних характеристик нами були вивчені тип сім'ї підлітків, відомості про батьків, їх дохід, рід занять, наявність у них шкідливих звичок, характер відносин між батьками, склад сім'ї, в тому числі кількість дітей.

Для визначення наявності залежностей та схильності до залежної поведінки було обрано психодіагностичну методику «Діагностика схильності до 13 залежностей» Лозова Г. В. [33, с.59]

Методика «Батьків оцінюють діти» (БОД) (Ейдемільєра Е. Г., Юстицькіс В. В., модифікація виконана Фурановим І. О. і Алад'їним А. А.) [19, 44, 91] дозволила визначити уявлення дитини про стиль сімейного виховання. Методика діагностує порушення сімейного виховання та їх причини за досягненням порогових значень за певними шкалами: діагностується один з наступних стилів негармонійного виховання: поблажлива гіперпротекція; домінуюча гіперпротекція; підвищена моральна відповідальність; емоційне відторгнення; жорстоке поводження з дітьми; гіпопротекція.

Акцентуації характеру вивчали за допомогою розробленого Івановим Н. Я., Личко А. Є. «Патохарактерологічного діагностичного опитувальника» (ПДС), що дозволяє визначити 12 типів акцентуації [36, 42, 51].

Індивідуально-психологічні чинники виникнення залежності у підлітків досліджували з позицій загальновідомих в психології концепцій діяльності [5, 90], відносин [13, 100], спілкування [87, 100] та персоналізації [79, 94].

Всі отримані в результаті психологічних і соціологічних досліджень дані оброблені за таблицями відсотків, результати психодіагностичних досліджень. Математико-статистична обробка первинних даних проводилася за допомогою пакета програмного забезпечення SPSS 21.0 for Windows.

Робота виконана на базі громадської організації «Здорове майбутнє» у м. Одеса.

2.2. Стан і поширеність хімічних залежностей серед підлітків

Підлітковий вік, на думку багатьох дослідників, вважається чинником, що сприяє розвитку хімічної залежності [15, 26, 69]. Саме підлітки є найбільш вразливою в цьому відношенні віковою групою, оскільки специфіка даного періоду онтогенезу створює психологічні передумови генезису хімічної залежності і сприяє вживанню психоактивних речовин, що можна пов'язати з наявністю типових «вікових криз», виразністю реакції емансипації, групування з однолітками, протесту, наявністю у підлітків почуття відчуження, пошуку власного «образу Я», недостатньою здатністю до планування своєї поведінки, пасивністю, зниженням рівня соціальної адаптації до повної асоціальності, схильністю підлітків до депресії, ризику, відсутністю соціально прийнятних ціннісних орієнтацій, незалежністю, нонконформізмом.

У підлітковому віці, в період статевого дозрівання, поведінка в значній мірі визначається характерними для цього віку реакціями емансипації, групування з однолітками, захопленнями (хобі), імітаціями і сексуальним потягом [5, 69].

Під час проходження практики вдалося опитати 112 підлітків у віці від 15 до 18 років, серед них було виявлено 54 які мають схильність до хімічної залежності, вони склали основну групу дослідження. 54 досліджених були учнями середньої школи і 58 – учнями технікумів і професійно-технічних училищ. Розподіл досліджуваних за віком представлено в табл. 2.2.1.

Ми виходили з вікових періодизацій Крайг Г. і Ремшмидт Х., в яких до підлітків відносяться особи 12 – 18 років.

Таблиця 2.2.1

Розподіл опитаних за віком

Вік, років	Кількість обстежуваних, n=112	
	абс.ч.	в %
15– 16	54	48,21

17 – 18	58	51,79
---------	----	-------

З даних, представлених в табл. 2.2.1, видно, що найбільша кількість опитаних знаходиться у віці 17-18 років – 51,79 % опитаних.

Із інтерв'ю було встановлено що перші спроби спробувати психоактивні речовини в основному припадають на 7 – 11 клас школи, найчастіше – в 11 класі (табл.2.2.2).

Таблиця 2.2.2

Розподіл підлітків щодо першої проби ПАР

Клас школи	Кількість обстежуваних,	
	n=112	
	абс.ч.	в %
До 3	2	1,79
4 – 6	6	5,36
7 – 8	36	32,14
9 – 11	68	60,71

У переважній більшості випадків 60,71 % першої проби споживання психоактивних речовин починалося в формі пошукової адиктивної поведінки.

Етап перших проб можна розцінювати як прояв хвороби. Зазвичай це була одна з форм девіантної поведінки, значно рідше благополучний підліток «за порадою» приятелів брав психоактивну речовину «з цікавості». Характерним мотивуванням при цьому, наприклад при прийомі психостимулюючих речовин, була необхідність швидко підготуватися до іспитів, що відповідає «стимулюючому мотиву».

Першим наркотиком, до якого вдавалися підлітки, частіше був гашиш (29 осіб – 25,89%). Цьому сприяє поширення гашишу в південному регіоні України, його репутація як «нешкідливого» наркотику і відносно низька вартість на «чорному ринку». Зазвичай підлітки вживали саморобний наркотик з відносно низьким вмістом основної діючої речовини. Курили гашиш виключно в групі.

Для перших проб характерне поєднання куріння гашишу і вживання спиртних напоїв. Як правило, перші проби не призводять до стану ейфорії, однак і почуття страху, вегетативні прояви виникали нечасто. Ритм чи систематичність вживання гашишу були відсутні, єдиною умовою, як правило, є наявність наркотичних речовин і місця, де можна «пустити по колу косяк». Характерно, що навіть ті підлітки, у яких власне куріння гашишу викликало негативну реакцію, не відмовляються від наркотику в подальшому і легко адаптувались до загального настрою групи.

Препарати опію (приготовані кустарним способом) порівняно рідко – у 21,50% випадків – були першим наркотиком, з яким знайомилися підлітки. Зазвичай це відбувалося під впливом «досвідченого» друга-наркомана. Він переконував підлітка, що єдиний «стоячий препарат» – це те, що робиться з маку, а все інше – «баловство», ніякого «кайфу» від вживання гашишу і таблеток не буває. Поряд з побічними явищами, пов'язаними з передозуванням або низькою якістю наркотику (за висловом підлітків «пророслий мак»), основне значення подібний дебют має для прогресивності наркоманії в силу значно більшої наркогенності опійних речовин.

Початкові етапи вживання психоактивних речовин формуються в основному на тлі типової для підліткового середовища поведінкової реакції групування. Серед місць їх вживання підлітки в більшості випадків називають місця збору компаній (табл.2.2.3).

Таблиця 2.2.3

Місця вживання психоактивних речовин

Місця вживання ПАР	Кількість обстежених, n = 112	
	абс.ч.	в%
Місця збору компаній	69	61,61
Дискотеки, клуби, бари	28	25,00
Місця усамітнення	6	5,36
Інші місця	9	8,04

Своєрідність формування етапів зловживання психоактивними речовинами у підлітків полягає в тому, що вже при перших пробах у них відзначається виникнення залежності між зборами референтної групи потягом до вживання. При цьому підліток, перебуваючи поза групою, не відчуває ніякого бажання прийняти наркотичну речовину. При обстеженні підлітки дуже барвисто описували наростання непереборного бажання прийняти ПАР в міру наближення до місця збору групи: до конкретної вулиці, будинку, квартирі, побачивши знайомі обличчя, музику і т.п. Вони порівнювали цей стан зі станом ейфорії, який виникає, коли вони з'являються в своїй компанії, побачивши приятелів із цигаркою, «косячком» чи в стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння. Але на відміну від легких психоактивних речовин, наркотизації в рамках групової психічної залежності, «контактний кайф» виникає у хворих на наркоманію, а тому супроводжується не тільки умовнорефлекторним потягом до наркотику, а й ейфорією.

Для визначення групи ризику, ми провели психодіагностичне опитування, за методикою «Діагностика схильності до 13 залежностей» Лозової Г.В. [33, с.59], отримані данні наведено у таблиці 2.2.4

Таблиця 2.2.4

Схильність підлітків до залежної поведінки

№	Назва субшкал	Низький	Середній	Високий
1	Алкогольна	25,89	20,54	7,14
2	Телевізійна	35,71	9,82	0,89
3	Любовна	8,93	28,57	8,93
4	Ігрова	40,18	5,36	0,89
5	Сексуальна	28,57	17,86	0,00
6	Харчова	12,50	27,68	6,25
7	Релігійна	39,29	6,25	0,89
8	Трудова	25,00	16,96	4,46
9	Лікарська	32,14	10,71	3,57
10	Комп'ютерна	28,57	8,04	9,82
11	Тютюнова	33,04	23,21	10,71
12	З. від здорового способу життя	9,82	29,46	7,14
13	Наркотична	31,25	12,50	2,68
14	Загальна	12,50	31,25	2,68

За результатами проведеного психодіагностичного опитування на етапі констатуючого експерименту нас цікавила загальна схильність підлітків до залежної поведінки та виявлення наявності залежних осіб від хімічних сполук, тому нами були обрані наступні субшкали із методики Лозової Г. В.: загальна схильність, наркотична, тютюнова, лікарська та алкогольна.

Було встановлено, що до залежної поведінки в певні мірі схильно 31,25 % опитаних, високий рівень схильності до залежної поведінки маю – 2,68 % опитаних. Щодо залежності від певних хімічних речовин, встановлено, що високий рівень залежності спостерігається у 2,68 % – наркотична, 3,57 % – лікарська (тобто від речовин які можна придбати у певних аптеках), тютюнова залежність на високому рівні спостерігається серед 10,71 % опитаних, а високий рівень алкогольної залежності виявлено серед –7,14 % опитаних.

Розглядаючи середній рівень схильності до певних видів хімічної залежності можливо відзначити, що 12,50 % опитаних мають наркотичну залежність, 10,71 % опитаних – від лікарських засобів, 23,21 % опитаних – тютюнову та 20,54 % опитаних схильні до алкогольної залежності.

Аналіз результатів показників низької вірогідної схильності до хімічних залежностей розподілився наступним чином: 31,25 % опитаних демонструють наркотичну залежність, 32,14 % опитаних – від лікарських засобів, 33,04 % опитаних – тютюнову та 25,89 % опитаних схильні до алкогольної залежності.

Отже, можливо відзначити, що серед підлітків які входять до групи ризику пристрасного вживання психоактивних речовин входять понад 30% осіб, 33,93 % мають тютюнову залежність, 27,68 % схильні вживати алкоголь, 14,29 % схильні до залежності від лікарських засобів та 15,18 % підлітків вже мають певний ступінь наркотичної залежності. Такі дані свідчать про високий рівень ризику серед підлітків щодо вживання психоактивних речовин, що потребують комплексного та невідкладного психологічного втручання та профілактики.

2.3. Мікросоціальні фактори виникнення залежної поведінки у підлітків

Серед мікросоціальних чинників найбільш істотним є виховання в сім'ї. Найпростіший психологічний механізм – копіювання стереотипів поведінки наркоманів батьків їхніми дітьми. Негативну роль у цьому випадку грає і хімічні залежності батьків: в таких випадках діти наслідують асоціальні паттерни поведінки. Вживання ПАР сприяє також виховання в неповній сім'ї, виховання по стилю «прихованої гіпопротекції», відсутність інтересу батьків до справ дитини при задоволенні його матеріальних потреб, емоційна холодність батьків. Всіх членів таких сімей характеризує залежність, компульсивність, низька самооцінка. На ранніх етапах формування залежності простежується взаємозв'язок між конфліктами в сім'ї та вживанням наркотиків [54, 70].

З огляду на значимість мікросоціальних чинників у розвитку у підлітків адиктивної поведінки, в тому числі вживання наркотичних речовин, ми вивчили соціологічні характеристики батьківських сімей опитаних підлітків і взаємовідносини членів сім'ї. Результати цих досліджень представлені у наведених нижче таблицях.

Таблиця 2.3.1

Характеристика батьківських сімей опитаних

Показник	Група опитаних	
	абс. ч.	в%
Повна родина	31	57,41
Неповна сім'я	19	35,19
Підліток-сирота	4	7,41
Соціальне положення батьків		
службовці	19	35,19
робочі	16	29,63
військовослужбовці	7	12,96
мати-домогосподарка	12	22,22
Дохід сім'ї		
високий	9	16,67

середній	34	62,96
низький	11	20,37
Кількість дітей в сім'ї		
1 дитина	20	37,04
2 або 3 дітей	34	62,96

За результатами інтерв'ю із нашими опитаними, які мали прояви хімічної залежності (54 особи), ми провели додаткові опитування щодо соціальних умов їх проживання, було встановлено, що 7,41 % мають статус сиріт та проживають із дідусем та бабусею, 35,19 % опитаних проживають у не повних сім'ях, найчастіше батьки розлучені й діти не мають можливості взаємодіяти із батьком, 57,41 % опитаних проживає в повній сім'ї, однак більшість із них зазначали, що теплого контакту із батьками не мають.

Розглядаючи соціальний статус батьків, можливо вказати, що у більшості батьки являються службовцями (менеджерами, управлінцями чи мають приналежність до державних структур) – 35,19 % опитаних, до простого робочого класу (продавці, обслуговуючий персонал, ремонтники тощо) відносяться – 29,63 % опитаних, до збройних сил України мають певне відношення батьки – 12,96 % опитаних, серед опитаних також є незначна кількість осіб, які мають матерів, що не працюють – 22,22 % опитаних.

Розглядаючи матеріальний статок сімей підлітків які мають певні хімічні залежності, можна вказати що більшість із них має середній статок – 62,96 % опитаних, найменша кількість має високий сімейний дохід – 16,67 % опитаних та 20,37 % опитаних із низьким матеріальним статком.

Здебільшого у сім'ях залежних підлітків двоє та більше дітей – 62,96 % опитаних, поодинокі зростають – 37,04 % опитаних підлітків.

Таким чином, можна вказати, що група підлітків які мають певні хімічні залежності здебільшого зростає в повній сім'ї 57,41 % опитаних, батьки яких займають певні службові посади (35,19 % опитаних), мають середній матеріальний статок (62,96 % опитаних) та мають братів чи сестер (62,96 % опитаних).

У перелік питань інтерв'ю були включені питання щодо взаємодії з батьками та наявності конфліктів у сім'ї (табл. 2.3.2, 2.3.3.)

Таблиця 2.3.2

Характер взаємин між батьками в групі опитаних

Конфлікти між батьками	Група опитаних	
	абс. ч.	в%
відбуваються постійно	32	59,26
виникають час від часу	13	24,07
ніколи не відбуваються	9	16,67

Постійні конфлікти між батьками, як видно із даних отриманих під час опитування, в групі відбувалися майже у 60 % (59,26 % опитаних) і лише у 16,67 % опитаних конфліктів у сім'ї не має.

Таблиця 2.3.3

Аналіз взаємин підлітків з батьками

Характер взаємовідносин	Група опитаних	
	абс. ч.	в%
Відносини із батьком		
повне взаєморозуміння	8	14,81
час від часу бувають конфлікти	24	44,44
повна відсутність взаєморозуміння	22	40,74
Відносини із матір'ю		
повне взаєморозуміння	9	16,67
час від часу бувають конфлікти	21	38,89
повна відсутність взаєморозуміння	24	44,44

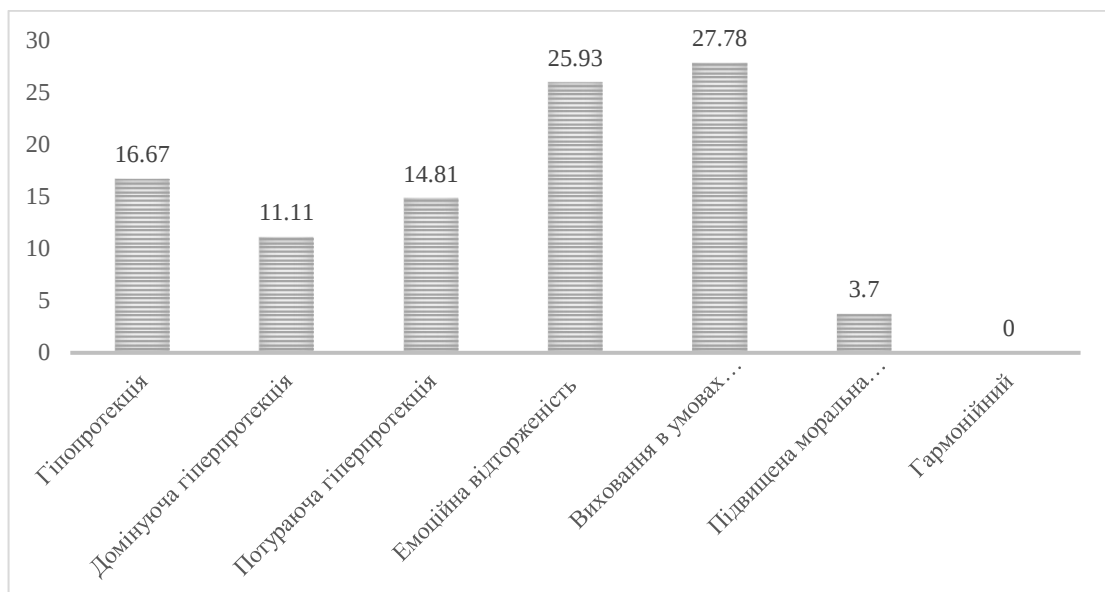
За результатами аналізу отриманих даних можливо відзначити, що здебільшого особи які мають схильність до хімічних залежностей у взаємодії із батьками не мають взаєморозуміння ні з батьком, ні з матір'ю (40,74 % опитаних та 44,44 % опитаних – відповідно). Конфлікти із батьком час від часу мають 44,44 % опитаних, а із матір'ю – 38,89 % опитаних. Сприятливі відносини – повного розуміння в наявності лише у 15 % (так із батьком це – 14,81 %, а з матір'ю – 16,67 % опитаних).

Дослідження типів виховання в сім'ї підлітків які мають схильність до залежності дозволило отримати дані, представлені в табл. 2.3.4 та мал. 2.3.1

Таблиця 2.3.4

Особливості виховання обстежених підлітків

Тип виховання	Група опитаних	
	абс. ч.	в%
Гіпопротекція	9	16,67
Домінуюча гіперпротекція	6	11,11
Потураюча гіперпротекція	8	14,81
Емоційна відторженість	14	25,93
Виховання в умовах жорстоких взаємовідносин	15	27,78
Підвищена моральна відповідальність	2	3,70
Гармонійний	0	0,00



Мал.2.3.1 Розподіл досліджуваних за типом батьківського виховання

Аналізуючи отримані данні, можна відзначити, що більшість підлітків виховується в умовах жорстоких взаємовідносин – 27,78 % опитаних, майже стільки ж зазнають емоційного відторгнення – 25,93 % опитаних, а 16,67 % опитаних знаходяться в бездоглядному стилі – гіпопротекції.

Жорстокі умови виховання часто поєднуються з крайнім ступенем емоційної відчуженості. Жорстоке ставлення до підлітка виявляється часто

в суворих розправах за дрібні проступки, і особливо – в тому, що на ньому «зривали зло». Жорстокість, здебільшого, стосувалася не тільки самого підлітка, нею пропитується вся атмосфера сімейних стосунків, хоча це приховується від сторонніх, не виноситись на зовні. Для таких відносин характерно байдужість членів сім'ї один до одного, турбота тільки про себе, повне нехтування інтересами інших членів сім'ї. У сім'ї з жорстокими взаєминами кожен може розраховувати тільки на себе, не чекаючи допомоги, чи підтримки.

При вихованні за типом емоційного відторження підлітки відчують, що ними обтяжуються, що вони являються тягарем для батьків, що без них їм жилося б легше, вільніше. При цьому батьки, як правило, не дбають про те, щоб приховати від дитини таке ставлення.

Гіпопротекція виявлялася в ряді випадків повної бездоглядності, але частіше відсутністю контролю за поведінкою підлітка, піклування, спрямування та батьківських настанов, відсутністю інтересу батьків до життя своєї дитини, її справ, захоплень тривог чи переживань. У власному житті підліток повністю наданий самому собі, а в тих небагатьох випадках, коли контроль за поведінкою і всім життям підлітка ніби здійснювався, він у край формальним (прихована гіпопротекція).

На четвертому місці за частотою була потураюча гіперпротекція – 14,81% опитаних. Цей стиль ґрунтується на надмірній захищеності підлітка та прагненні усунути будь-які перешкоди на його шляху. Він також характеризується постійним звеличенням, навіть якщо воно не відповідає дійсності. Внаслідок такої опіки підліток формується в атмосфері безперервного схвалення та обожнювання, що в свою чергу сприяє розвитку егоїстичних нахилів, прагнення до постійної уваги та отримання бажаного без докладання зусиль.

Наступний стиль виховання домінуюча гіперпротекція – 11,11 % опитаних, яка характеризується надмірною опікою, тотальним контролем, постійними заборонами та стеженням за підлітком, батьки намагаються

захищати його від будь-яких ризиків. Підлітки, які виховуються в таких умовах, відчують постійний тиск і не мають можливості приймати власні рішення. В результаті такого виховання підлітки не мають можливості вчитися на власних помилках, розвивати самостійність і відповідальність. Це може призвести до розвитку невпевненості, низької самооцінки та нездатності до самостійного життя.

Найбільш рідкісним типом виховання було виховання в умовах підвищеної моральної відповідальності – 3,70 %опитаних. У цих випадках батьки покладають великі надії на майбутнє своєї дитини, на його успіхи, часто розраховуючи, що він втілить в життя їхні власні нездійснені мрії. Підлітки відчують, що від них чекають дуже багато, і це призводить до формування незадоволеності собою і невпевненості в собі.

Гармонійного виховання не отримав ніхто з підлітків які мають схильність до хімічних залежностей.

Сприйняття кожним з батьків залежної поведінки підлітків має важливе значення для сімейної адаптації. При цьому не можна не враховувати, що від правильного реагування батьків на стан підлітка, що зловживає психоактивними речовинами, від узгодженості реагування матері і батька багато в чому залежать психологічний комфорт і адаптація підлітка в сім'ї, а можливо, і в колективі однолітків, а також результати корекції.

У літературі члени сімей, що мають в своєму складі хімічно залежного члена сім'ї, називаються співзалежними. Традиційно співзалежність в сім'ї приймається як залежність чоловіка, дітей або батьків від члена сім'ї, що вживає будь-які хімічні речовини із категорії ПАР (алкоголь, канабіоїти, опіоїди тощо). Механізм розвитку феномена співзалежності описаний багатьма вченими і полягає в наступному. Співзалежність починає проявлятися як залежність емоційного стану від того, як себе веде «проблемний» член сім'ї і в якому він стані [52, 73]. Близькі залежних змушені жити в обстановці, що сприяє постійно наростаючому стресу. Неможливість контролювати ситуацію, перебування в постійному страху, почуття провини,

сорому, безсилля, а так само хронічно присутній фінансовій кризі – все це є причинами, які зумовлюють зміни особистісних характеристик в результаті ситуації стресу. Для людини, яка постійно знаходиться поруч з залежним від ПАР, характерно одночасне сприйняття себе в якості жертви, переслідувача і рятувальника [57, 62]. У той же час, за даними літератури [70, 87] саме рятувальники в сім'ї виховують безпорадних споживачів. Для рятувальників характерно виконання чужої роботи, бажання захистити скривджених. При цьому вони вважають, що роблять добру справу і охороняють емоційне благополуччя людей. Здійснюючи всі ці благодіяння рятувальники переслідують єдину, часто вже не усвідомлену мету – стояти «над», управляти, контролювати і відчувати свою значимість. Рятувальники потребують нещасних безпорадних жертв, тому що без них неможливо здійснити свою потребу у владі, контролі і «заслуженому» очікуванні подяки, тобто підтвердженням своєї значущості.

Друга роль в трикутнику рятування – це жертва [7, 82]. В якості жертви в нашому випадку виступає залежний. Жертва безпомічна, нещасна і безвідповідальна. Причому, після активних спроб зроблених рятувальником, жертва все одно залишається нещасною, адже стати успішною – означає взяти на себе відповідальність за помилки і невдачі. Ця властивість жертви призводить до того, що рятувальник після безплідних спроб переконати безвідповідального опікуваного, сам починає відчувати себе жертвою, а підопічного сприймає як джерело неприємностей, тобто, як переслідувача. Згодом накал настільки стає невиносним, що рятувальник карає залежного від чого опікуваний стає ще більш нещасним, ніж раніше і сигналізує про це рятівнику, який, наситившись праведним гнівом, знову готовий повернутися до первинної ролі. Перебігаючи з одного рольового кута в інший, рятувальник завжди знаходиться «над» тим, кого рятує, навіть коли відчуває себе жертвою. Він не хоче дозволити опікуваному стати успішним і позбутись своєї влади над ним, втративши разом з нею і сенс свого існування. Саме за таким принципом протягом довгих років будуються відносини між залежним і

співзалежним залежного члена сім'ї необхідна зміна поведінки співзалежних [71, 80].

Таким чином, проведене дослідження показало, що підлітки які мають схильність до хімічних залежностей зростають здебільшого у повних сім'ях (57,41 % опитаних) із декількома дітьми (62,96 % опитаних), частіше за все в сім'ях службовців (35,19 % опитаних) із середнім матеріальним статком (62,96 % опитаних), але досить часто – у сімей доход був низький (20,37 % опитаних), а високий статок мали – 16,67 % опитаних.

У сімейних взаєминах між батьками найчастіше відбувались постійні конфлікти – 59,26 % опитаних. У взаємодії із батьками підлітки не мають взаєморозуміння ні з батьком, ні з матір'ю (40,74 % опитаних та 44,44 % опитаних – відповідно). Конфлікти із батьком час від часу мають 44,44 % опитаних, а із матір'ю – 38,89 % опитаних.

Дослідження типів виховання в сім'ї підлітків можна відзначити, що більшість підлітків виховується в умовах жорстоких взаємовідносин – 27,78 % опитаних, майже стільки ж зазнають емоційного відторгнення – 25,93 % опитаних, а 16,67 % опитаних знаходяться в бездоглядному стилі – гіпопротекції

Мікросоціальні фактори виникнення хімічної залежності слід розглядати в комплексі з індивідуальними особливостями підлітків, спираючись на наукові положення про єдність зовнішніх впливів соціального довкілля і внутрішніх особливостей особистості в детермінації її поведінки [30, 38, 70, 102, 89].

2.4. Індивідуально-психологічні фактори у виникненні підліткової залежності

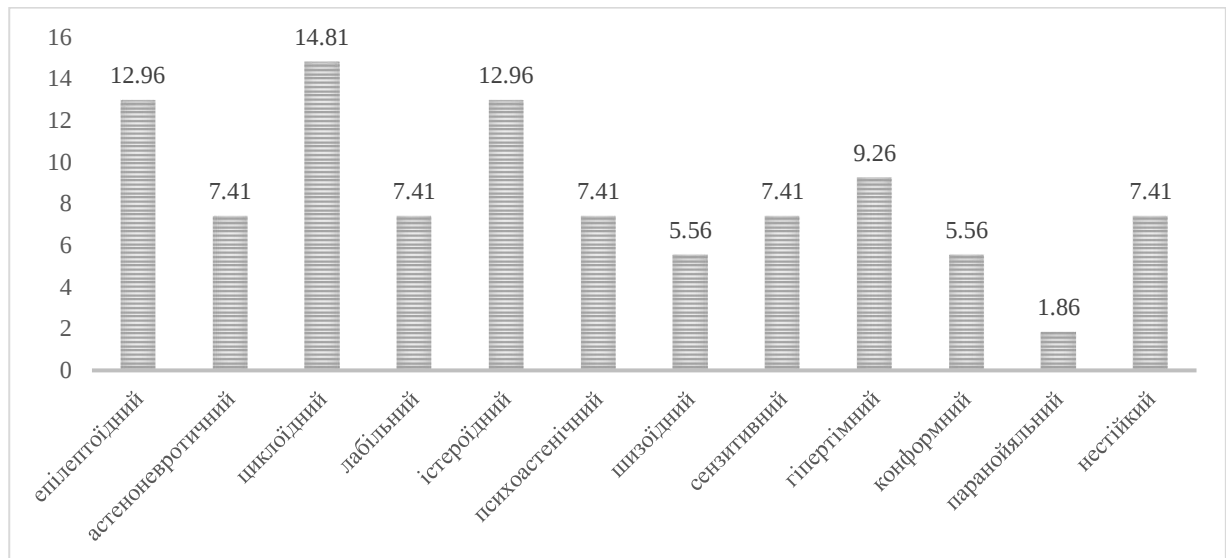
Акцентуації характеру підлітків були вивчені нами за допомогою патохарактерологічного діагностичного опитувальника (ПДО) [36, 42, 51].

Отримані в цьому дослідженні результати ілюструються даними табл. 2.4.1. та мал. 2.4.1.

Таблиця 2.4.1

Акцентуації характеру опитаних підлітків

Типи акцентуації	Група опитаних	
	абс. ч.	в%
епілептоїдний	7	12,96
астеноневротичний	4	7,41
циклоїдний	8	14,81
лабільний	4	7,41
істероїдний	7	12,96
психоастенічний	4	7,41
шизоїдний	3	5,56
сензитивний	4	7,41
гіпертімний	5	9,26
конформний	3	5,56
паранойяльний	1	1,85
нестійкий	4	7,41



Мал.2.4.1 Особливості акцентуацій характеру опитаних

Аналізуючи отримані данні, можливо констатувати, що найбільш розповсюдженим типом акцентуації характеру серед підлітків схильних до хімічних залежностей є циклоїдний – 14,81 % опитаних, на другому місці по

12,96 % опитаних – епілептоїдний та істероїдний, гіпертімний тип акцентуації виявлено серед – 9,26 % опитаних, п'ять типів акцентуації набрали по 7,41 % – астеноневротичний, лабільний, психоастенічний, сензитивний та нестійкий. Також виявлено по 5,56 % – шизоїдний та конформний типи, 185 % опитаних продемонстрували параноїяльний тип акцентуації.

Слід відзначити, що як виявилось серед групи залежних підлітків найбільш розповсюджений циклоїдний тип (14,81%), який характеризується значними коливаннями настрою та емоційною лабільністю, перемиканням фаз підйому (гіпертимії) та спаду (субдепресії). У фазі гіпертимії вони активні, енергетичні, товариські, легко вступають в контакт, а під час протікання фази субдепресії – їм притаманні млявість, апатичність, замкнутість та дратівливість. Підлітки з циклоїдною акцентуацією більш чутливі до хімічних залежностей у фазі спаду, коли шукають емоційного віддзеркалення та способи штучно підняти настрій.

Епілептоїдний та істероїдний типи акцентуації (по 12,96%) особливості цих типів включаються в підвищену емоційність, нестабільність та витрати енергії. Їм притаманна вибуховість, агресивність та жорстокість. Такі підлітки можуть використовувати хімічні речовини для зменшення напруги в періоди застрягання на певних думках, емоціях, діях, з метою збереження емоційного стану, а також для того щоб довести свою «крутість» чи здаватися «дорослими» привертаючи до себе увагу.

Гіпертімний тип акцентуації (9,26%) характеризується підвищеним настроєм, енергією та активністю. Особи з цим типом можуть шукати нові враження та випробовувати ризиковані речовини, включаючи спроби споживання психоактивних речовин, шукаючи нових ендорфінових хвиль та виплесків адреналіну бажаючи «покращити» свій емоційний стан й підвищити і так існуючу без того активність та енергійність.

Астеноневротичний, лабільний, психоастенічний, сензитивний та нестійкий типи акцентуації (по 7,41%) – всі ці типи об'єднуються особливою формою емоційної нестабільності, тривожності, роздратованості та низької

стресостійкості, що може спонукати до вживання психоактивних речовин для зняття напруги, тривоги, стаху, відчутти себе більш розкутими та підняти свій настрій й стабілізувати своє самопочуття. Їх спроби вживання ПАР можуть бути спрямовані на зміну душевного стану, «втекти» від проблеми. Окремо відзначимо психоастенічний тип, оскільки вони характеризується підвищеною втомлюваністю, дратівливістю, труднощами з концентрацією уваги, тому їх спроби вживання хімічних речовин можуть бути пов'язаними з прагненням зняти втому, підвищити працездатність, «забути» про проблеми. А нестійкий тип із-за слабкої волі та нездатності до самостійних чітких рішень й легким підпорядкуванням до чужого впливу, може почати вживати ПАР під тиском значимої групи, та небажанням бути «білою вороною».

Шизоїдний та конформний типи акцентуації (по 5,56%). Особи з цими типами можуть виявляти відчуття відчуженості та відстороненості від зовнішнього середовища, що може призвести до вживання психоактивних речовин для самозаспокоєння або інсталяції соціальних зв'язків.

Параноїальному типу акцентуації (1,85%) притаманно підвищена чутливістю та недовіра до оточуючих, що може призвести до пошуку втечі від реальності за допомогою психоактивних речовин.

Опитування батьків підлітків, які схильні до хімічних залежностей, дозволив визначити характерні для них особливості поведінки. Найбільш часто навколишні звертали увагу на незвичайну дратівливість, запальність підлітків, їх брехливість, що має специфічний характер. Підлітки абсолютно не переймаються тим, щоб дати яку-небудь переконливу, зв'язну версію своєї відсутності вдома або в школі. Будучи викритими, не соромляться, тут же дають іншу версію, настільки ж неадекватну. У той же час зростає вимогливість підлітків, вони наполягають на придбанні дорогих речей, видачі їм певної суми «кишенькових грошей». Зовні ця форма поведінки може нагадувати звичайні прояви реакції емансипації, але насторожує те, що куплені речі або видані гроші незабаром безслідно зникають. Це стосується навіть тих речей, які довгий час були об'єктом мрій підлітка, якими він раніше

дорожив. Якщо батьки помічають зникнення дорогої речі вдома, підліток пояснює, що «позичив» їх, а друг не повертає, і при цьому не виявляє ознак засмучення у зв'язку з втратою речі.

Дуже часто в поведінці підлітка з'являються риси демонстративності. Виразна жестикуляція, трагічні інтонації в голосі, обертання будь-якого дрібного конфлікту в «проблему життя і смерті» занепокоює батьків. І без того низька успішність у школі стає абсолютно незадовільною, часті пропуски уроків без поважної причини. Разом з тим зовнішня поведінка в школі не викликає особливих підозр вчителів: підлітки сидять тихо, уроків не зривають, але викладений матеріал не засвоюють. Неуважність, іноді незвичайна сонливість на уроках хоча і помічаються педагогами, але не стають приводом для звернення до лікарів. Зазвичай присутність таких підлітків на уроках просто ігнорується вчителем.

Суттєве значення має та обставина, що зазначені поведінкові порушення носять виборчий характер: вони проявляються в основному по відношенню до однолітків і батьків, в меншій мірі – в відношенні педагогів. З однолітками, які вживають психоактивні речовини, вони більш стримані, бійки між підлітками із хімічними залежностями зустрічаються рідше, ніж в звичайних делінквентних групах. Як впливає з вищевикладеного, в цих випадках наростаючий мікросоціальний конфлікт, що виникає в результаті необхідності постійно приховувати від дорослих свою хімічну залежність, викликає загострення акцентуйованих характерологічних рис з відповідними формами поведінки.

2.5 Світовий досвід та обґрунтування імплементації психокорекційних та психопрофілактичних заходів для подолання хімічних залежностей у підлітків.

На жаль, ситуація з вживанням наркотиків, сигарет і тютюну вийшла з-під контролю та є досить тривожною. Кожен рік збільшується кількість осіб,

які стають жертвами шкідливих звичок через складні соціальні та економічні умови, кризи моральних цінностей та несприятливі перспективи на майбутнє. Це свідчить про те, що попередні заходи профілактики не виявилися ефективними.

Для ефективного вирішення проблеми хімічної залежності необхідно кардинально змінити загальний підхід до надання наркологічної допомоги. Це означає перенаправлення уваги з боротьби проти самої хвороби та її наслідків на акцентування уваги на формуванні несприйнятливості та опірності до різного роду речовин, зокрема шляхом розвитку первинної профілактики [72, с. 233]. Відомо, що найбільш ефективним методом запобігання поширенню залежної поведінки серед населення є впровадження проактивних профілактичних заходів, особливо серед підлітків та молоді, визнаних провідними вітчизняними та міжнародними вченими.

Профілактика – визнається фундаментальною основою системи охорони здоров'я та просувається як напрямок розвитку цієї системи, орієнтований на наукові і міждисциплінарні аспекти, такі як медицина, психологія, педагогіка і соціальна педагогіка [17, 23, 25, 28, 31, 68, 72]. Узагальнюючи ці аспекти, профілактика стає системою заходів, спрямованих на запобігання виникненню та поширенню хвороб і збереження здоров'я. Визначаючи основну мету профілактики, Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає усунення причин виникнення та розвитку негативних (адиктивних) проявів у поведінці людини, одночасно створюючи умови для зміцнення стійкості особистості до впливу небажаних чинників оточуючого середовища, таких як соціальні, економічні, політичні, психологічні, екологічні, генетичні та інші [14, с. 336]. Важливо зауважити, що поняття профілактики пов'язане із передбачуваністю уникнення негативних подій, тобто з усуненням факторів, що можуть призвести до небажаних наслідків. Профілактика втілюється через заплановані заходи, спрямовані на досягнення конкретних позитивних результатів, водночас маючи за мету запобігання можливим негативним явищам.

Залежно від характеру передбачуваного впливу визначаються три основні стратегії профілактики: 1) первинна профілактика, яка зосереджена на уникненні розвитку адиктивної поведінки серед підлітків, включаючи залежність від психоактивних речовин; 2) вторинна профілактика, спрямована на уникнення повторного виникнення проблем після лікування перших ознак алкоголізму та наркоманії; 3) третинна профілактика, що включає реабілітаційні заходи для тих, хто стикався з важкими випадками повторних рецидивів та має невдалий досвід лікування [18, ст. 31].

Для ефективного вирішення проблеми наркозалежності необхідно кардинально змінити загальний підхід до надання наркологічної допомоги. Це означає перенаправлення уваги з боротьби проти самої хвороби та її наслідків на акцентування уваги на формуванні несприйнятливості та опірності до хімічних речовин, зокрема шляхом розвитку первинної профілактики. Відомо, що найбільш ефективним методом запобігання поширенню залежної поведінки серед населення є впровадження проактивних профілактичних заходів, особливо серед підлітків та молоді, визнаних провідними вітчизняними та міжнародними вченими. Додаткові дані підтверджують, що розвиток цілеспрямованих програм для молоді може значно зменшити поширення ПАР та покращити соціальне благополуччя [17, 28, 61, 72, 78].

В сучасному контексті, міри первинної, превентивної профілактики направлені на підтримку і розвиток умов, що сприяють збереженню фізичного, особистісного та соціального здоров'я, на попередження несприятливого впливу чинників соціального та природного середовища [85, с. 342]. Цей вид профілактики є масовим і найбільш ефективним, базуючись на комплексному системному вивченні впливу умов і чинників природного середовища та соціального оточення на здоров'я дітей та підлітків. Заходи первинної профілактики включають ті, що можуть впливати на шляхи негативного впливу природних, мікро- і макросоціальних чинників, а також ті, що сприяють підвищенню резистентності організму до цих несприятливих чинників [30, 38, 70, 102, 89].

Сучасні ініціативи з профілактики наркотизму можна розділити на три основні типи: інформаційні програми, спрямовані на поширення свідомості; програми, спрямовані на розвиток соціальних навичок (таких як вміння ефективно спілкуватися, вирішувати конфлікти, подолання стресів тощо); програми, спрямовані на розвиток особистісних ресурсів. Кожен з цих підходів відіграє важливу роль у створенні комплексної системи профілактики залежностей серед населення [18, с. 31].

Вторинна профілактика в наркології включає в себе ранню діагностику залежності та невідкладне лікування, а також комплекс заходів, спрямованих на запобігання рецидивів після лікування, включаючи спеціальне протирецидивне лікування. Згідно з поглядом Бабаяна Е. А., вторинна профілактика може бути умовною, оскільки вона спрямована на виявлення ранніх стадій захворювання, що є «спізнюю» профілактикою, а також на запобігання рецидивів, що є «пізньою» профілактикою [31, с. 79].

Третинна профілактика в наркології спрямована на уникнення інвалідності головним чином через реалізацію реабілітаційних заходів. Ця форма профілактики охоплює важкі випадки, коли пацієнти мають багаторазові рецидиви та несприятливий досвід лікування. Відповідно до погляду Бабаяна Е. А., третинну профілактику також можна вважати умовною, а примусове лікування хронічних випадків він назвав «термінальною» профілактикою [32, 61, 86].

Національним Інститутом Наркології (NIDA) у Сполучених Штатах Америки було створено програму, яка спрямована на профілактику різних видів залежностей та поведінкових проблем, що можуть виникати ще в дитинстві. Рання профілактика має потенціал запобігти розвитку ризикових факторів серед підлітків. Основні принципи цієї програми складаються з 16 пунктів, спочатку були розроблені з метою впровадження їх у школах, вдома, на загальному рівні, але можуть бути адаптовані й використані у різних установах, включаючи клініки [23, 67, 68, 96, 99, 101].

Принцип 1: Превентивні програми повинні не лише завчасно уникати ризикових ситуацій, але й зміцнювати внутрішні захисні механізми, такі як спілкування з родиною та батьками. Важливо враховувати вікові особливості дитини, оскільки сімейні чинники мають більший вплив на молодших дітей, тоді як для підлітків небезпечна поведінка має більший потенціал ризику. Ранні втручання для корекції ризикових факторів, таких як зменшення агресивності чи зміцнення самоконтролю, завжди ефективніше, ніж пізніші інтервенції, спрямовані на перенаправлення дитячої поведінки в позитивному напрямку [99, 101].

Принцип 2: Профілактична програма повинна охоплювати всі аспекти зловживання хімічними речовинами, включаючи споживання легальних речовин (тютюн, алкоголь) в недозволеному віці, вживання нелегальних речовин, а також неправильне використання речовин, які можуть бути отримані офіційно (наприклад, інгалятори), прописані лікарем або доступні без рецепту.

Принцип 3: Профілактична програма повинна спрямовуватися на основну наркологічну проблему, що переважає в конкретному середовищі, акцентуючи увагу на факторах ризику та виявленні внутрішніх захисних механізмів [23, 101].

Принцип 4: Програми мають націлюватися на конкретні ризики, характерні для певної аудиторії, з урахуванням їх віку, статі та етнічної приналежності [96, 99].

Принцип 5: Превентивні програми, орієнтовані на сім'ю, повинні сприяти зміцненню сімейних зв'язків та відносин, стимулювати встановлення та обговорення сімейних правил щодо споживання психоактивних речовин та вимагати їх дотримання, а також підвищувати рівень інформованості рідних про хімічні речовини, що викликають залежність. Короткострокові втручання з сім'ями можуть позитивно змінити батьківську поведінку, що в свою чергу може знизити ризик залежності від наркотиків у майбутньому [67, 99].

Принцип 6: Превентивні програми можуть бути розроблені для впровадження на ранніх стадіях з метою запобігання чинникам ризику вживання наркотиків, таким як агресивна поведінка, труднощі у спілкуванні та проблеми в навчанні [23, 67].

Принцип 7: Профілактичні заходи в початковій школі повинні спрямовуватися на покращення навчання та соціально-емоційного розвитку, з метою запобігання чинникам ризику наркоманії, таким як рання агресія, неуспішність у навчанні та припинення навчання. Слід акцентувати увагу на самоконтролі, розумінні власних емоцій, вирішенні соціальних проблем та підтримці навчального процесу, зокрема в розвитку навичок читання [68, 101].

Принцип 8: Профілактичні програми для учнів середньої школи та старших класів повинні сприяти підвищенню академічних та соціальних навичок у таких сферах, як підтримка навчання, комунікація, взаємини з однолітками, розвиток самоефективності та впевненості у собі, формування опору проти вживання наркотиків та утримання негативного ставлення до них [67, 99].

Принцип 9: Превентивні програми, спрямовані на ключові перехідні моменти, такі як перехід до середньої школи, можуть позитивно впливати навіть на сім'ї та дітей з високим ризиком [23, 99].

Принцип 10: Комбінація щонайменше двох програм (наприклад, одна орієнтована на родину, а інша – на навчання в школі) демонструє більшу ефективність у запобіганні наркоманії, ніж впровадження лише однієї програми [69, 101].

Принцип 11: Превентивні програми, які взаємодіють з дітьми у різних середовищах, таких як школи, клуби, релігійні організації, а також засоби масової інформації, є ефективними, якщо вони пропонують послідовні інструкції [23, 67].

Принцип 12: Коли різні спільноти адаптують програми до своїх потреб, соціальних та культурних норм, вони повинні залишати фундаментальні

елементи першоджерельних науково обґрунтованих програм, такі як структура, зміст та впровадження [99, 101].

Принцип 13: Превентивні заходи мають бути довготривалими та проводитися періодично, з повторними втручанням [68, 96].

Принцип 14: Профілактичні програми мають включати навчання вчителів з метою стимулювання належної поведінки студентів. Ці методики сприяють формуванню позитивної поведінки та стимулюють мотивацію до навчання [67, 96].

Принцип 15: Профілактичні заходи найбільш ефективні, якщо вони проводяться у формі інтерактивних активностей, таких як дискусії та рольові ігри. Це сприяє активній участі у розумінні проблеми залежності та зміцнює особистісні якості [96, 101].

Принцип 16: Профілактична програма не є витратою державних коштів, але їх економією, оскільки в США кожен витрачений долар на превентивні заходи дозволяє заощадити 10 доларів на лікуванні алкогольної або іншої залежності [99, 101].

Програма профілактики наркоманії у США, яка була відома як Drug Abuse Resistance Education (DARE) та акцентувала на нульовій толерантності, виявилася неефективною та, навпаки, могла стимулювати молодь до споживання заборонених речовин. Основним принципом профілактики повинно бути надання інформації про можливі наслідки, пов'язані з вживанням хімічних речовин, що викликають залежність. Існують три великі проекти для підлітків, які впроваджують та оцінюють ефективність стратегій зниження шкідливих наслідків від вживання алкоголю з фокусом на помірному споживанні алкоголю: The Life Skills Training Program у США, The Alcohol Misuse Prevention Study у США та The School Health and Alcohol Harm Reduction Project в Австралії. Наукові дослідження підтверджують ефективність цих заходів та підкреслюють позитивний вплив навіть через 1-2 роки після завершення інтервенції [31, 78].

Програма Life Skills Training (LST) виникла в Сполучених Штатах та активно використовується у численних країнах для запобігання небезпечним поведінковим звичкам серед молоді. Її основи лежать у наукових дослідженнях та ретельно розроблених методиках, які спрямовані на навчання молоді навичкам прийняття рішень, управління стресом, комунікації та іншим важливим навичкам для життя [85, 99].

Незважаючи на те, що програма Life Skills Training розроблена у США, вона активно застосовується у різних країнах, таких як Канада, Велика Британія, Німеччина, Швейцарія, Швеція, Австралія та інші. Крім того, її адаптують до місцевих культур та потреб, враховуючи конкретні виклики та контекст кожної країни.

Основні цілі програми Life Skills Training включають:

- Навчання молоді приймати обдумані рішення, відповідально оцінювати ризики у різних ситуаціях та розробляти відповідні стратегії.
- Розвиток навичок ефективного управління стресом та емоціями, а також вивчення методів релаксації.
- Вдосконалення комунікативних навичок, включаючи вміння вирішувати конфлікти та підтримувати здорові відносини.
- Заохочення відмови від шкідливих звичок, таких як вживання наркотиків та алкоголю [20, 31, 78].

Ця програма вважається однією з найефективніших у світі для запобігання ризикованим поведінковим звичкам серед підлітків і має широке міжнародне визнання. Освітні превентивні програми спрямовані на учнівську молодь в школах, коледжах, університетах та інших навчальних закладах [85, 99, 31, 78]. Найбільш ефективними в цих навчальних закладах виявилися програми, які базуються на принципах формування життєвих навичок (ФЖН).

Програма Harm Reduction / Risk Minimization впроваджується у багатьох країнах світу, серед яких: Канада, Австралія, Швейцарія, Нідерланди, Норвегія. Ця програма відноситься до вторинної профілактики наркотиків, оскільки їх спрямованість полягає в тому, щоб надавати допомогу вже

існуючим користувачам адиктивних речовин. Їх агентами часто виступають медичний персонал, але в більшій мірі – волонтери та соціальні працівники. Іноді самі наркомани беруть участь у цих програмах у ролі волонтерів [50, 52, 100].

Програми рівності – це практика, коли для зменшення ризику вживання хімічних речовин залучаються особи з власним досвідом споживання або колишні наркомани, які можуть передати практичні поради і власний досвід новачкам та недосвідченим [50, 52]. Мета обміну цієї інформацією (peer education) полягає в тому, щоб забезпечити підтримку неповнолітнім залежним (peer support). Ця форма взаємодії з неповнолітніми використовується для того, щоб встановити зв'язок з тими, хто тільки починає вживати ПАР. Програми рівності активно застосовуються в різних країнах світу, включаючи Сполучені Штати, Велику Британію, Канаду, Австралію, Нідерланди, Німеччину, Швейцарію, Швецію, Японію та інші.

Програма «12 кроків» зазвичай використовується у третинній профілактиці хімічних залежностей [14, 50]. «Мінесотська модель» відображає підхід, що базується на анонімних зустрічах людей із залежностями, яка популяризується і розширюється за допомогою сучасних психологічних методів корекції. Основним елементом цієї моделі є взаємодія між «консультантами», які вже подолали залежність за допомогою програми «12 кроків», та пацієнтами, у яку також включені психологи, психотерапевти та інші спеціалісти. У центрі уваги не стоїть протистояння між персоналом та пацієнтами, але їхня співпраця. Головна мета «мінесотської моделі» полягає в духовному та особистісному перетворенні пацієнта, яке досягається через колективну працю з лікувальним персоналом. Реабілітація проводиться у стаціонарних умовах протягом одного – трьох місяців, з обов'язковою подальшою участю у групових заняттях («90 груп за 90 днів») після виходу з центру.

Агентами третинної профілактики можуть бути як медичні працівники, так і спільноти колишніх залежних, відомі як терапевтичні спільноти.

Основною метою їх діяльності є реабілітація та ресоціалізація осіб, які вживають адиктивні речовини [77, с.203]. У цій галузі працюють як державні, так і недержавні організації, причому досвід останніх часто відрізняється вищою ефективністю. По всьому світу існує значна кількість різноманітних організацій, які надають медичну та реабілітаційну допомогу наркозалежним. Наприклад, у Берліні діє близько 170 таких організацій [34, 50].

Терапевтичні спільноти, такі як «Synanon» у Німеччині, «Almedro-International» у Берліні, «Монар» у Польщі, центри «Daytop» у США, у Німеччині та інших країнах, «Киско» у Фінляндії, «Фенікс-Хауз» у Норвегії та інші, зазвичай мають свій власний простір, де проживають ті, хто бажає позбутися залежності, і де вони проводять час разом [23, 67, 68, 96, 99, 101]. Усе їхнє внутрішнє життя базується на чітких правилах, спрямованих на подолання залежності. Порушників видаляють з колективу за колективним рішенням. Добровільність є ключовим принципом, що допомагає забезпечити високу ефективність цієї діяльності.

Протягом останніх десятирічь отримано значні успіхи у лікуванні розладів, що пов'язані з вживанням алкоголю та інших наркотиків (АІН) серед підлітків. До цього часу більшість лікувальних програм, спрямованих на ці розлади у підлітків, були в основному аналогічні тим, які застосовувалися для дорослих, іноді з незначними змінами або навіть без вікових адаптацій. В ході оцінки ефективності лікування наркозалежності серед підлітків Catalano та його колеги визначили, що будь-яке лікування ефективніше, ніж його відсутність [78, с. 5]. Новітні досягнення у лікуванні розладів уживання АІН включають методи, розроблені специфічно для лікування підлітків, деякі з яких були адаптовані з лікувальних протоколів для дорослих.

Сімейна та мультисистемна психотерапія є ключовими методиками лікування розладів уживання алкоголю та інших наркотиків серед підлітків, які пройшли найбільш детальне дослідження порівняно з іншими психосоціальними підходами [64, 84, 86, 95]. Основа цих підходів полягає у розумінні важливості впливу родини на формування поведінки, враховуючи

родину як ключовий фактор у становленні особистості. Крім того, соціальні і громадські зв'язки впливають на мислення підлітків та їх сприйняття різних ситуацій, що може впливати на їхній світогляд і, відповідно, на поведінку. У контексті функціонування підлітка в родині та взаємин в соціальній системі, уживання алкоголю та наркотиків було вивчено і проаналізовано.

Мультисистемна психотерапія, яка отримала свою назву через те, що вона розглядає різні системи у житті підлітка, є інтенсивним методом лікування, орієнтованим на сім'ю та соціальні взаємини. Цей підхід може бути використаний не лише психотерапевтами, а й педагогами, соціальними працівниками, оскільки дозволяє знаходити більш ефективні підходи до роботи з «складними» підлітками» [76, 84, 100]. Метою мультисистемної психотерапії є зниження рівня антисоціальної поведінки та злочинної активності серед молоді. Цей метод спрямований на досягнення цілей шляхом навчання батьків та підлітків навичкам, необхідним для розв'язання проблем і подолання труднощів на рівні родини та в соціальному оточенні.

Терапія підвищення мотивації, відома також як мотиваційне інтерв'ю (МІ), є короткотривалим втручанням, спрямованим на стимулювання бажання припинити вживання психоактивних речовин та змінити життєві обставини, які сприяють або підтримують це вживання. Головними цілями терапії підвищення мотивації є боротьба з наркоманією та ризикованою поведінкою. Цей метод вважається пріоритетним, оскільки підлітки з розладами вживання алкоголю та наркотиків часто не самі шукають лікування і потребують спонукання до зміни та активної участі в процесі відновлення [64, 77, 84, 86]. Основний принцип мотиваційного інтерв'ю полягає в тому, щоб займати емпатичну, неосудливу позицію, слухати, сприймати незгоду, викликати опір, уникати конфліктів та підтримувати бажання до змін.

Поведінкова терапія націлена на запобігання вживанню наркотичних речовин у конкретному середовищі особи. Цей підхід базується на розвитку умовних рефлексів та оперантного умовлення. Головна мета полягає в ідентифікації поведінки, що спричиняє вживання психоактивних речовин, і

формуванні навичок уникнення рецидивів. Основні компоненти поведінкової терапії включають функціональний аналіз, тренінг майстерності та профілактику рецидивів [49, 86, 102]. Під час функціонального аналізу вивчаються фактори, що викликають вживання наркотиків, і стимули, які підтримують таку поведінку. Після визначення цих проблемних аспектів пацієнт отримує індивідуалізовані стратегії профілактики рецидивів. Серед інших методів, які застосовуються, варто зазначити управління стресом, навички відмови від наркотиків, тренінг наполегливості, соціальні навички та саморегуляція.

Соціальна підтримка (СП) – це форма поведінкової психотерапії, яка зосереджується на керуванні поведінкою, що пов'язана зі зловживанням психоактивними речовинами та іншими розладами життя [32, 49, 28, 45, 72, 86]. Основною метою соціальної підтримки є допомога людям відкрити та прийняти радісний і здоровий спосіб життя, який є більш корисним, ніж спосіб життя, що включає зловживання алкоголем чи наркотиками.

Основні процедури методу соціальної підтримки:

1. Функціональний аналіз є ключовим етапом когнітивно-поведінкової терапії для лікування залежностей. Він може застосовуватися для того, щоб допомогти пацієнтам залежності виявити зовнішні та внутрішні фактори або тригери, які призводять до зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами. Функціональний аналіз ефективно використовується в комплексному плані лікування та може допомогти уникнути рецидивів та замінити негативну поведінку на позитивні звички [32, 86].

2. Рішення про тверезість на основі переконань. Спроби досягнення тверезості – це стрибок у бік довгострокової абстиненції, що виникає з добровільної згоди клієнта. Клієнт та терапевт проводять діалоги стосовно тривалості тверезості, а потім терапевт сприяє клієнту в розробці плану та інструментів для досягнення цієї мети [49, 72].

3. План лікування методом соціальної підтримки розпочинається з оцінки щастя, що допомагає клієнту визначити всі ключові аспекти життя, а не лише поведінку, пов'язану зі зловживанням. Ця оцінка допомагає виявити невдоволеність та пізніше відслідковувати ознаки прогресу. Клієнт обирає сфери щастя, над якими він бажає працювати [28, 45].

4. Розвиток поведінкових навичок відбувається через інструктаж та використання рольових ігор для навчання трьох ключових вмінь: 1) розв'язування проблем, розділяючи їх на менші, та пропонуючи крок за кроком їх вирішення; 2) комунікаційні навички, що сприяють позитивному стилю взаємодії, які передбачають допомогу і співчуття; 3) відмова від алкоголю або інших психоактивних речовин, що допомагає виявити ситуації високого ризику та навчає напористості [49, 28].

5. Навчання навичкам пошуку роботи надає основні кроки для здобуття та збереження роботи. Важливою складовою стабільної роботи вважається джерело альтернативної соціальної підтримки, яке виключає вживання психоактивних речовин. [45, 72].

6. Навчання соціальних навичок та відпочинку допомагає клієнтам розуміти, що вони можуть насолоджуватися життям без вживання наркотиків та алкоголю, надаючи їм можливість відкрити нові соціальні та розважальні можливості. Терапевти методу соціальної підтримки допомагають клієнтам знаходити альтернативні шляхи задоволення своїх потреб [72, 86].

7. Навчання профілактики рецидивів навчає клієнтів розпізнавати ситуації високого ризику та надає методи їх подолання. Пацієнти практикують різні поведінкові навички, включаючи відмову від алкоголю/психоактивних речовин, вирішення проблем, а також різні специфічні методи профілактики рецидивів, такі як 1) система моніторингу, що включає в себе підтримку особи, яка допомагає виявляти ранні ознаки рецидиву; 2) методи соціальної підтримки за допомогою функціонального аналізу, з особливим акцентом на останній рецидив [32, 49].

8. Консультування з партнерських відносин спрямоване на покращення взаємодії між клієнтом та його партнером. Метод соціальної підтримки використовує партнерську версію шкали щастя [45, 72, 86].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) використовує комбінацію поведінкової терапії та когнітивних підходів з метою зменшення вживання психоактивних речовин [64, 78, 102]. Цей підхід опирається на теорії соціального навчання та акцентує функціональний аналіз, що застосовується до вживання наркотичних речовин та його негативних наслідків. Головною метою КПТ є навчання особи розпізнавати ситуації високого ризику та розвивати навички їх уникнення або вирішення.

Фармакотерапія у підлітків, які страждають від алкогольної залежності, менш досліджена порівняно з психосоціальним лікуванням. Управління контролю якості харчових продуктів та медикаментів в Сполучених Штатах Америки (FDA) затвердило декілька медикаментів для лікування алкогольної залежності у дорослих, таких як дісульфірам, налтрексон і акампросат [18, 98, 102]. Хоча клініцисти використовують фармакотерапію для лікування підлітків з психічними розладами, спричиненими вживанням психоактивних речовин, вона рідко використовується для алкогольної залежності. Зазвичай медикаменти застосовуються з метою полегшення відмовки від алкоголю або для лікування співпроблем психічного характеру [18, 43].

Висновки до другого розділу

Проведене дослідження щодо проблематики залежної поведінки серед підлітків дозволило відзначити, що найбільша кількість опитаних знаходиться у віці 17-18 років – 51,79 % опитаних. У переважній більшості випадків 60,71 % першої проби споживання психоактивних речовин починалося в формі пошукової адиктивної поведінки. Своєрідність формування етапів зловживання психоактивними речовинами у підлітків полягає в тому, що вже при перших пробах у них відзначається виникнення залежності між зборами референтної групи потягом до вживання. При цьому підліток, перебуваючи поза групою, не відчуває ніякого бажання прийняти наркотичну речовину.

Було встановлено, що до залежної поведінки в певні мірі схильні 31,25 % опитаних, високий рівень схильності до залежної поведінки мають – 2,68 % опитаних. Щодо залежності від певних хімічних речовин, встановлено, що високий рівень залежності спостерігається у 2,68 % – наркотична, 3,57 % – лікарська (тобто від речовин які можна придбати у певних аптеках), тютюнова залежність на високому рівні спостерігається серед 10,71 % опитаних, а високий рівень алкогольної залежності виявлено серед –7,14 % опитаних.

Розглядаючи загальну схильність до хімічних залежностей серед підлітків які входять до групи ризику пристрасного вживання психоактивних речовин входять понад 30% осіб, 33,93 % мають тютюнову залежність, 27,68 % схильні вживати алкоголь, 14,29 % схильні до залежності від лікарських засобів та 15,18 % підлітків вже мають певний ступінь наркотичної залежності. Такі дані свідчать про високий рівень ризику серед підлітків щодо вживання психоактивних речовин, що потребують комплексного та невідкладного психологічного втручання та профілактики.

Серед мікросоціальних чинників найбільш істотним є виховання в сім'ї, взаємодія її членів, матеріальний статок сім'ї тощо.

За результатами інтерв'ю із нашими опитаними, які мали прояви хімічної залежності (54 особи), ми провели додаткові опитування щодо

соціальних умов їх проживання, було встановлено, що 7,41 % мають статус сиріт та проживають із дідусем та бабусею, 35,19 % опитаних проживають у не повних сім'ях, найчастіше батьки розлучені й діти не мають можливості взаємодіяти із батьком, 57,41 % опитаних проживає в повній сім'ї, однак більшість із них зазначали, що теплового контакту із батьками не мають. Здебільшого батьки займають певні службові посади (35,19 % опитаних), мають середній матеріальний статок (62,96 % опитаних) та мають кілька дітей у сім'ї (62,96 % опитаних). Також схильні до залежності підлітки мають постійні конфлікти між батьками майже у 60 % (59,26 % опитаних) і лише у 16,67 % опитаних конфліктів у сім'ї не мають, вони у взаємодії із батьками не мають взаєморозуміння ні з батьком, ні з матір'ю (40,74 % опитаних та 44,44 % опитаних – відповідно). Конфлікти із батьком час від часу мають 44,44 % опитаних, а із матір'ю – 38,89 % опитаних. Більшість підлітків виховується в умовах жорстоких взаємовідносин – 27,78 % опитаних, майже стільки ж зазнають емоційного відторгнення – 25,93 % опитаних, а 16,67 % опитаних знаходяться в бездоглядному стилі – гіпопротекції.

Найбільш розповсюдженим типом акцентуації характеру серед підлітків схильних до хімічних залежностей є циклоїдний – 14,81 % опитаних, на другому місці по 12,96 % опитаних – епілептоїдний та істероїдний, гіпертімний тип акцентуації виявлено серед – 9,26 % опитаних, п'ять типів акцентуації набрали по 7,41 % – астеноневротичний, лабільний, психоастенічний, сензитивний та нестійкий. Також виявлено по 5,56 % – шизоїдний та конформний типи, 1,85 % опитаних продемонстрували паранойяльний тип акцентуацій.

Отримані дані свідчать про інтегративний характер змін, що відбуваються з особистістю підлітка в результаті зловживання психоактивними речовинами, а також про взаємну обумовленість чинників різних груп і їх взаємне проникнення.

Розглядаючи світовий досвід імплементації психопрофілактичних заходів для подолання хімічних залежностей у підлітків, виявлено, що залежно

від характеру передбачуваного впливу визначаються три основні стратегії профілактики: первинна, вторинна та третинна профілактика. Існують три великі проекти первинної профілактики для підлітків: The Life Skills Training Program у США, The Alcohol Misuse Prevention Study у США та The School Health and Alcohol Harm Reduction Project в Австралії. Програма Harm Reduction / Risk Minimization впроваджується у багатьох країнах світу, серед яких: Канада, Австралія, Швейцарія, Нідерланди, Норвегія[31, 78].

Ефективними програмами вторинної профілактики хімічних залежностей є Harm Reduction / Risk Minimization та «Програма рівності», які застосовуються в різних країнах світу, включаючи Сполучені Штати, Велику Британію, Канаду, Австралію, Нідерланди, Німеччину, Швейцарію, Швецію, Японію та інші волонтерів [50, 52, 100].

Програма «12 кроків» зазвичай використовується у третинній профілактиці хімічних залежностей [14, 50]. Терапевтичні спільноти, такі як «Synanon» у Німеччині, «Almedro-International» у Берліні, «Монар» у Польщі, центри «Daytop» у США, у Німеччині та інших країнах, «Киско» у Фінляндії, «Фенікс-Хауз» у Норвегії та інші, зазвичай мають свій власний простір, де проживають ті, хто бажає позбутися залежності, і де вони проводять час разом.

Сімейна та мультисистемна терапія спрямована на досягнення цілей шляхом навчання батьків та підлітків навичкам, необхідним для розв'язання проблем і подолання труднощів на рівні родини та в соціальному оточенні. Терапія підвищення мотивації є короткотривалим втручанням, спрямованим на стимулювання бажання припинити вживання психоактивних речовин та змінити життєві обставини, які сприяють або підтримують це вживання. Поведінкова терапія базується на розвитку умовних рефлексів та оперантного умовлення. високого ризику та розвивати навички їх уникнення або вирішення [18, 28, 32, 45, 49, 72, 76, 77, 84, 86, 95, 100, 102].

ВИСНОВКИ

При дослідженні науково-теоретичних надбань, сучасності було виявлено, що Вольнова Л., Клочко О., Короленко Ц., Єгоров О. та інші «хімічну залежність» розглядають, як стан залежності від вживання різних психоактивних речовин. В залежності від конкретного об'єкта залежності відокремлюються наступні види: нехімічна залежність розвивається внаслідок певних дій або занять, таких як азартні ігри, їжа, шопінг, використання інтернету або соціальних мереж; хімічна залежність виникає через вживання психоактивних речовин, таких як алкоголь, наркотики, тютюн або лікарські препарати, і є тісно пов'язаною з психологічною та фізичною залежністю [58, 92, 93, 94].

На думку Змановської Є., Лисенко І., Мінко О., Корчагіна А., психологічна залежність проявляється у постійній, нав'язливій потребі змінювати свій стан за допомогою певного об'єкта, відчуття емоційного дискомфорту при його відсутності [29, 35, 80, 48].

Гоголева А., Анохіна І., Кулаков С., Сиволап Ю., Чавес Т. зазначають, що фізична залежність виникає внаслідок вживання психотропних хімічних речовин і виражається у стані фізичного дискомфорту при їх відсутності в організмі (абстинентний синдром) [10, 35, 55].

При дослідженні умов формування хімічних залежностей у молодого покоління доцільно враховувати біологічні, соціальні та психологічні фактори.

Москаленко В., Чередніченко О., Анохіна І., Батлі М., Комер Р., Мартикайнен П., Фрідман Л., Хайман С., Штейн Н. у біологічні теорії розглядають схильність до залежності як відхилення у функціонуванні організму. Згідно генетичної концепції, схильність до залежності визначається спадковістю. Етанолова концепція пояснює залежність через відсутність ферменту альдегіддегідрогенази, який впливає на реакцію організму на алкоголь або наркотики, викликаючи приємні чи негативні ефекти. Адренохромна концепція вказує на порушення метаболізму, пов'язаного з

недостатнім обміном ендорфінів, що може впливати на схильність до хімічної залежності, зокрема через зв'язок між особливостями обміну ендогенних опіоїдів та схильністю до стресу. Ендокринопатична концепція відображає порушення в ендокринній системі організму, яка контролює різні функції організму та виробляє гормони, такі як адреналін, норадреналін та дофамін, що можуть викликати хімічну залежність через сприяння процесам адаптації та регулювання емоційних реакцій [60, 71, 79].

Копит М., Артемчук О., Лисицин Ю., Братусь Б., Пилипенко О., Бандура А., Міллер Н., та Доллард Дж., Пірожков В., Приймак Ю. досліджували соціальну модель, як вплив оточення на розвиток схильності до утворення залежностей, аналізуючи різні аспекти, такі як взаємодія з різними соціальними групами, включаючи сім'ю, друзів, колег, а також засоби масової інформації, Інтернет, телебачення та радіо. Соціальні фактори розподілено на макропричини, які відображають умови у суспільстві в цілому, та мікропричини, що включають непослідовність та недосконалість у вихованні, родинну спадковість, сімейні традиції, атмосферу в родині та найближчому оточенні, високу або низьку увагу у сім'ї, часті переїзди, контакт з групами, які зловживають психоактивними речовинами, і стиль сімейного виховання [3, 74, 87].

Крамченкова В.О., Фройд З., Юнг Г., Болбі Дж., у психологічній теорії розглядали, схильність до хімічної залежності як психологічне явище, аналізуючи особистісні характеристики, включаючи дефіцити, риси, захисні механізми та патерни поведінки. Ці моделі включають теорії особистісних рис, психодинамічні, поведінкові та когнітивно-поведінкові концепції, що звертають увагу на різні аспекти психіки, такі як мотивація, емоції, воля та когнітивні процеси [39, 46, 69, 82].

Ткач Б., Бенвеню Д., Лекенхофф К., Коста П., Крум Р., Террачано А. у дослідженні індивідуально-психологічних аспектів осіб з хімічною залежністю зазначали, що існують типові особистісні риси, які часто спостерігаються у адиктів. В дослідженнях підкреслюються наступні аспекти

в залежності від рівня. Так на рівні поведінки вони характеризуються самоцентризмом в соціальних взаємодіях, байдужістю до інших та тенденцією уникнення реальності, відходячи у світ фантазій для вирішення проблем. У реагуванні на невдачі спостерігається монотонність та неспроможність адекватно реагувати на труднощі. Інша характеристика полягає в невдоволенні власними досягненнями та розбіжностями між очікуваннями та можливостями, а також у схильності звинувачувати інших. У сфері емоцій та мотивів, спостерігається нестабільність емоційного стану, обмежена здатність переносити невдачі та швидке поглиблення у тривогу або депресію. Здебільшого, спостерігається неправильна, часто занижена, самооцінка, а також прояви агресивності та ухилення від соціальних ситуацій, порушене відчуття перспектив, недостатній контроль над собою. На когнітивному рівні характеризуються відсутністю розвинутих абстрактно-логічних здібностей, чітких життєвих принципів, цінностей, інтересів, моральних норм, а також спотворення когнітивних процесів у вигляді емоційно-кольорової логіки [4, 6, 7, 89, 97].

Дослідивши особливості батьківсько-дитячих відносин в якості об'єктивних мікросоціальних чинників виникнення схильності до хімічної залежності серед підлітків, було встановлено, що 7,41 % мають статус сиріт та проживають із дідусем та бабусею, 35,19 % опитаних проживають у не повних сім'ях, найчастіше батьки розлучені й діти не мають можливості взаємодіяти із батьком, 57,41 % опитаних проживає в повній сім'ї, однак більшість із них зазначали, що теплового контакту із батьками не мають. Здебільшого батьки займають певні службові посади (35,19 % опитаних), мають середній матеріальний статок (62,96 % опитаних) та мають кілька дітей у сім'ї (62,96 % опитаних). Також схильні до залежності підлітки мають постійні конфлікти між батьками майже у 60 % (59,26 % опитаних) і лише у 16,67 % опитаних конфліктів у сім'ї не мають, вони у взаємодії із батьками не мають взаєморозуміння ні з батьком, ні з матір'ю (40,74 % опитаних та 44,44 % опитаних – відповідно). Конфлікти із батьком час від часу мають 44,44 %

опитаних, а із матір'ю – 38,89 % опитаних. Більшість підлітків виховується в умовах жорстоких взаємовідносин – 27,78 % опитаних, майже стільки ж зазнають емоційного відторгнення – 25,93 % опитаних, а 16,67 % опитаних знаходяться в бездоглядному стилі – гіпопротекції.

Емпірично досліджуючи індивідуально-психологічні особливості до виникнення хімічної залежності серед сучасного молодого покоління, було встановлено, що найбільш розповсюдженим типом акцентуації характеру серед підлітків схильних до хімічних залежностей є циклоїдний – 14,81 % опитаних, на другому місці по 12,96 % опитаних – епілептоїдний та істероїдний, гіпертімний тип акцентуації виявлено серед – 9,26 % опитаних, п'ять типів акцентуації набрали по 7,41 % – астеноневротичний, лабільний, психоастенічний, сензитивний та нестійкий. Також виявлено по 5,56 % – шизоїдний та конформний типи, 1,85 % опитаних продемонстрували паранойяльний тип акцентуацій.

Розглядаючи світовий досвід імплементації психопрофілактичних заходів для подолання хімічних залежностей у підлітків, виявлено, що залежно від характеру передбачуваного впливу визначаються три основні стратегії профілактики: первинна, вторинна та третинна профілактика. Існують три великі проекти первинної профілактики для підлітків: The Life Skills Training Program у США, The Alcohol Misuse Prevention Study у США та The School Health and Alcohol Harm Reduction Project в Австралії. Програма Harm Reduction / Risk Minimization впроваджується у багатьох країнах світу, серед яких: Канада, Австралія, Швейцарія, Нідерланди, Норвегія [31, 78].

Ефективними програмами вторинної профілактики хімічних залежностей є Harm Reduction / Risk Minimization та «Програма рівності», які застосовуються в різних країнах світу, включаючи Сполучені Штати, Велику Британію, Канаду, Австралію, Нідерланди, Німеччину, Швейцарію, Швецію, Японію та інші волонтерів [50, 52, 100].

Програма «12 кроків» зазвичай використовується у третинній профілактиці хімічних залежностей [14, 50]. Терапевтичні спільноти, такі як

«Synanon» у Німеччині, «Almedro-International» у Берліні, «Монар» у Польщі, центри «Daytop» у США, у Німеччині та інших країнах, «Киско» у Фінляндії, «Фенікс-Хауз» у Норвегії та інші, зазвичай мають свій власний простір, де проживають ті, хто бажає позбутися залежності, і де вони проводять час разом.

Сімейна та мультисистемна терапія спрямована на досягнення цілей шляхом навчання батьків та підлітків навичкам, необхідним для розв'язання проблем і подолання труднощів на рівні родини та в соціальному оточенні. Терапія підвищення мотивації є короткотривалим втручанням, спрямованим на стимулювання бажання припинити вживання психоактивних речовин та змінити життєві обставини, які сприяють або підтримують це вживання. Поведінкова терапія базується на розвитку умовних рефлексів та оперантного умовлення. високого ризику та розвивати навички їх уникнення або вирішення [18, 28, 32, 45, 49, 72, 76, 77, 84, 86, 95, 100, 102].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аймедов К. В. Рябухін К. В. Психологічні особливості жінок, хворих на алкогольну залежність. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2015. № 1-2. С. 81-84. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/mhgpsmuj_2015_1-2_15
2. Абаніна Г. В., Самойленко О. С., Психологічні особливості осіб із хімічною залежністю. *Держава, регіони, підприємництво: інформаційні, суспільно-правові, соціально-економічні аспекти розвитку* : матеріали міжнародної конференції (Київ, 21-22 листопада 2019 р.). Київ, 2019. С. 467-468.
3. Авласович В. В., І.О. Трунова І. О. Наркоманія як соціальна небезпека для молоді. *Сучасні технології у промисловому виробництві*: матеріали та програма IV Всеукраїнської міжвузівської науково-технічної конференції у 2-х ч. (м. Суми, 19-22 квітня 2016 р) / Редкол.: О. Г Гусак, В. Г. Євтухов. Суми : СумДУ, 2016. Ч.2. С. 28.
4. Агулова О. О. Специфіка взаємозв'язку самооцінки та рівня домагань у осіб юнацького віку, схильних до алкогольної залежності. 2014. 12с. URL: <https://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/238/383>.
5. Андреева Т. Вільний час підлітків та ризик вживання алкоголю. *Соціальна психологія*. 2011. № 2. С. 70-79.
6. Асєєва Ю. О., Костюк О. В. Дослідження психоемоційних особливостей підлітків схильних до адикцій. *Wschodnio europejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. 2019. №11(51). С. 22-27.
7. Афuzова Г. В. Маркелова А. В. Вплив характерологічних особливостей на формування адиктивної поведінки у підлітків. *Науковий часопис. Спеціальна психологія*. 2014. Вип. 28 С. 252-255. URI: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/7654>.
8. Балакірева О. М., Бондар Т. В., Павлова Д. М. Динаміка поширення куріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед молоді, яка навчається. *Український соціум*. 2016. № 4(59). С. 21-41.

9. Бараннік В. А. Психологічна характеристика особистості з адиктивною поведінкою. *Вісник Київського міжнародного університету*. 2006. С. 27-37.
10. Бердичевська К., Лютий В. Сутність та чинники адиктивної поведінки молоді як проблеми сучасності. *International scientific journal «Grail of Science»*. 2023. №26. С. 112-114. DOI: <https://doi.org/10.36074/grail-of-science.14.04.2023.018>.
11. Берегова Н., Колба В. Психологічні особливості формування адиктивної поведінки у сучасної молоді. *Psychology Travelogs*. Випуск 2. С. 15-22. DOI: <https://doi.org/10.31891/PT-2023-2-4>.
12. Бойчук Н. В. Схильність до адиктивної поведінки у підлітків залежно від особливостей системи ціннісних орієнтацій. *Молодий вчений*. 2016. №7(34), липень. С. 362-368.
13. Больман С. Ю. Дослідження індивідуально-типологічних особливостей почуття сорому. *Проблеми сучасної психології*. 2017. Вип. 38. С. 67-77.
14. Виходцева О., Виходцева Т. Психолого-педагогічна допомога підліткам із адиктивною поведінкою. *Психолог. Шкільний світ*. 2007. №. 37. С. 57-61.
15. Вікова та педагогічна психологія /Під заг. ред. О.В. Скрипченко та ін. Київ: Каравела, 2019. 400 с.
16. Волошин П. В., Лінський І. В., Мінко О. І., Самойлова О. С., Лінська К. І. Популяційно-генетичний аналіз формування станів залежності та оцінка можливостей протидії їхньому поширенню. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 21. № 4 (77). С. 5-11.
17. Вольнова Л. М. Зміст і напрями соціально-педагогічної профілактики девіантних проявів у поведінці важковиховуваних підлітків. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2012. № 3-4. С. 60-70.
18. Галич Я. В. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Юридична психологія*. 2022. № 1 (30). С. 64-73.

19. Галян І. М. Психодіагностика. Київ : Академвидав, 2009. 464 с.
20. Горобей М. П. Проблеми шкідливих звичок і залежностей студентів. *Педагогіка та психологія* Чернігівський державний інститут економіки і управління. 2011. №11. С. 33-36.
21. Грибан В. Г. Валеологія: підручник 2- ге видання, перероблене та доповнене. Київ : Видавництво «Центр учбової літератури», 2012. 342 с.
22. Добрянська О. В. Світові тенденції поширеності тютюнопаління підлітків. *Гігієна населених місць*. 2013. Вип. 62. С. 274-281.
23. Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей. Частина 1 : посібник / Кол. авт.; За заг. ред. доцента О. О. Сердюка та В. В. Бурлаки. Харків : Діса плюс, 2015. 478 с.
24. Дяченко В. А., Новик О. В. Особистісні особливості осіб, схильних до наркотичної залежності. *Десяті Сіверянські соціальнопсихологічні читання*. 2020. С 126-129.
25. Дячук І. О. Профілактика адекватної поведінки в підлітковому віці. Молодь: освіта, наука, духовність: Тези доповідей. Ч. 2. Київ : Університет «Україна», 2012. С.420-421.
26. Жарікова С. Особливості ставлення підлітків до здорового способу життя. *Освіта регіону*. 2013. №2, С. 216-219.
27. Железнякова Ю. В. Основні характеристики адиктивної поведінки. *Теорія і практика сучасної психології*. 2016. № 2. С. 4-8.
28. Журавель Т. В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності. *Соціальна педагогіка* : навч. посібник / За заг. ред. О. В. Безпалько; Авт.-кол. О. В. Безпалько, І. Д. Зверева, Т. Г. Веретенко та ін. Київ : Академвидав, 2013. С. 85-101.
29. Змановська Є. В., Рибников В. Ю. Девіантна поведінка особистості і групи. Київ : Логос, 2010. 352 с.
30. Зубрицька І. Специфічні фактори впливу на вживання алкогольних та наркотичних речовин серед підлітків. *Пріоритетні напрями європейського*

наукового простору: пошук студента. Ізмаїл: РВВ ІДГУ, 2023. Вип. 13. С. 276-281.

31. Іонова І. М., Пухно А. М. Профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Інноваційний потенціал соціальної роботи в сучасному світі: на межі науки та практики* : матеріали І Міжнародної науково-практичної конференції. Чернігів : НУ «Чернігівська політехніка». 2021. С. 78-81.

32. Ключко О. О. Профілактика адиктивної поведінки: нормативно-правовий аспект. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*: науковий журнал. 2010. № 3 (5). С. 211-221.

33. Кокун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2022. 144 с.

34. Колесникова О. В. Наркоманія серед підлітків як форма залежної поведінки та її корекція. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. №2. С. 169-177.

35. Короленко Ц. Адиктивна поведінка. Загальна характеристика та закономірності розвитку. *Психіатрія та медична психологія*. 2000. № 1 (2). С. 8-15.

36. Корольчук М. С., Осьодло В. І. Психодіагностика: Навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Київ : «Ника-Центр» 2009. 399 с.

37. Кочарян О. С., Антонович М. О. Теоретичні аспекти вивчення особливостей наркозалежних. *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2016. Т. 3. Вип. 24, № 1 (5). С. 62-67.

38. Крамченкова В. О. Копінг-стратегії старшокласників із тютюновою адиктивною поведінкою. *Педагогіка та психологія*. 2012. Вип. 41. С. 137-144. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znphnpu_ped_2012_41_18.

39. Крамченкова В. О. Наукові підходи до дослідження тютюнової адиктивної поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету*. 2015. Випуск 5. С. 175-180.

40. Кривко Т. П., Лебедин А. М. Аналіз проблематики зловживання наркотичних засобів в Україні. С. 345-347. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/bitstream/123456789/27130/1/345-347.pdf>.
41. Кузікова С. Б. Теорія і практика вікової психокорекції : навч. посіб. Суми : ВТД «Університетська книга», 2008. 384 с.
42. Лемак М. В., Петрище Ю. В. Психологу для роботи: діагностичні методики. Методичне видання. Ужгород : Видавництво А. Гаркуші. 2012. 616 с.
43. Литвиненко В. В. Сучасні особливості формування алкогольної залежності у чоловіків як основа їх реабілітації. *Scientific Journal «ScienceRise: Medical Science»*. 2019. № 1. Вип. 28. С. 42-44.
44. Любіна Л. А., Борисюк А. С., Радчук В. М. Психодіагностика: навч. посіб. Чернівці, 2018. 276 с.
45. Лютий В. П. Профілактика соціально-прийнятних видів адиктивної поведінки підлітків та молоді. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді: збірник наукових праць*. 2012. Т. 16. С. 222-231.
46. Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості. Київ: КММ, 2007. 296с.
47. Максимова Н. Ю. Психологічні аспекти діагностики схильності до адиктивної поведінки. *Наука і освіта*. 2014. № 9. С. 75-79. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/NiO_2014_9_15.
48. Максимова Н. Ю. Психологія девіантної поведінки. Київ : «Либідь», 2011. 520 с.
49. Маркова М. В., Савіна М. В., Антонович М. О. Психотерапія та психологічне консультування в програмах реабілітації залежних від психоактивних речовин. *Психіатрія, наркологія, неврологія та медична психологія*. 2019. № 11. С. 65-72.
50. Матвієць Л. Г. Сучасні підходи до надання інтегрованої медичної допомоги на первинній ланці особам групи ризику щодо залежності від психоактивних речовин. *Сімейна медицина*. 2019. № 5/6. 15 с. URL:

https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=4K5m94AAAAAJ&citation_for_view=4K5m94AAAAAJ:kNdYIx-mwKoC.

51. Матохнюк Л., Браніцька Т., Шпортун О. Психодіагностика : психодіагностичний інструментарій : навчально-методичний посібник. Вінниця : КЗВО «Вінницька академія безперервної освіти», 2021. 559 с.

52. Медико-соціальні проблеми залежності тютюнопаління здобувачів медичних закладів вищої освіти / Хлєстова С. та ін. *Věda a perspektivy*. 2023. № 3(22). С. 361-372. DOI: [https://doi.org/10.52058/2695-1592-2023-3\(22\)-361-372](https://doi.org/10.52058/2695-1592-2023-3(22)-361-372).

53. Менделевич В. Д. Механізми розвитку залежної поведінки. *Психіатричний журнал*. 2003. №1. С. 5–9.

54. Михайлишин У. Б. Психологічні особливості девіантної поведінки підлітків у сім'ях із різними стилями виховання. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. С. 152-167.

55. Михайлишин У. Б. Теоретико-методологічне дослідження детермінант виникнення адиктивної поведінки у студентів. *Проблеми сучасної психології. Вісник К-ПНУ імені Івана Огієнка*. 2018. С.179–180.

56. Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю. Психологічні особливості адиктивної поведінки студентів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. 2018. № 3(2). С. 110-119.

57. Михайлишин У. Б., Шмідзен І. Ю., Юхименко І. В. Психологічні особливості впливу конформізму на виникнення наркотичної та алкогольної залежності студентів. *Теоретичні і прикладні проблеми психології*. - 2019. - № 3(2). - С. 200-208.

58. Михайлів С. В. Психологічне дослідження чинників формування хімічної залежності особистості. *Психологія і особистість*. 2020. № 1(17). С. 94-108. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2020.1.195233>.

59. Мусієнко Г. О. Залежні стани: причини розвитку та особливості протікання. *Український вісник психоневрології*. 2013. Т. 18. № 2 (79). С. 59-65.

60. Мусієнко Г. О., Шалашев В. В. Вивчення механізмів успадкування схильності до залежних станів від тютюну та алкоголю і механізмів її реалізації під впливом зовнішнього середовища. *Український вісник психоневрології*. 2012. Т. 20. № 3 (72). С. 28-34.

61. Нагорна А. М., Безпалько В. В. Профілактика наркоманії серед підлітків : навч. посібник. Кам'янець-Подільський : «Абетка-НОВА», 2001. 168 с.

62. Омельчук М. О., Рекеда Н. М., Власенко Р. П. Збереження здоров'я. Мотиви споживання алкоголю та інших наркотичних речовин у підлітковому віці. 2020. 3 с. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/31369/>.

63. Опря А. В. Клініко-психопатологічні порушення при алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування). *Вісник психіатрії та фармакотерапії*. 2008. № 2 (14). С. 86-89.

64. Основи психотерапії : навч. посібник / за ред. К. В. Сєдих, О. О. Фільц. Київ : Академія, 2017. 192 с.

65. Особистість: практичні засади вивчення. Том 2: Навчально-методичний посібник / Укладачі: С. М. Дмитрієва, С. М. Максимець, Л. П. Бутузова та ін. Житомир : видавництво ЖДУ ім. І. Франка, 2017. 330 с.

66. Паління, алкоголь, наркотики та нові залежності ХХІ століття бібліографічний покажчик / уклад. О. М. Довженко. Запоріжжя : ЗДМУ, наукова бібліотека, 2020. 29 с.

67. Профілактика вживання наркотиків серед учнівської та студентської молоді: методичний посібник // Журавель Т. В., Самусь В. В., Сергєєва К. В., Соловйова О. Д., Строева Н. М. / за ред. Т. В. Журавель. Київ : ФО-П Буря О.Д., 2014. 96 с.

68. Профілактика поширення наркозалежності серед молоді: навч.-метод. посіб. / за ред. В. В. Бурлаки. Київ : Герб, 2008. 224 с.

69. Психологія розвитку особистості у підлітковому та ранньому юнацькому віці. Навчальний посібник для студентів вищих навчальних

закладів / Н. О. Гончарова, Ю. Л. Горбенко, Ю. І. Калюжна та ін.; за ред. К. В. Седих. Полтава : Астроя, 2018. 342 с.

70. Психологія сім'ї : методичні рекомендації до лабораторного практикуму для студентів денної форми навчання ступеню «Бакалавр» спеціальності 053 «Психологія» / укладач М. О. Марценюк. Мукачево : МДУ, 2018. 76 с.

71. Пушкар В. А. Психологія адиктивної поведінки : Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів : Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2010. 84 с.

72. Ратинська О. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. 2016. №. 1. С. 233-237.

73. Рахімкулова А. С. Взаємозв'язок ризикової та суїцидальної поведінки у підлітків (вивчення репрезентативної вибірки в Україні). *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2016. №34. С. 41-66.

74. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету*. Серія психологічні науки. 2020. Випуск 6. С. 108–114. DOI <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-16>.

75. Семиченко В. А., Зубченко Н. М. Зовнішня і внутрішня детермінація виникнення залежності у підлітків. *Вісник Національного авіаційного університету*. Серія: Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. Київ : Національний авіаційний університет, 2023. Вип. 1(22). С. 144-153. DOI: <https://doi.org/10.18372/2411-264X.22.17618>.

76. Сердюк О. Соціальна робота з особами з наркотичною та алкогольною залежністю. *Соціальна робота в органах внутрішніх справ України* : навч. посіб. Харків : Нац. ун-т внутр. справ, 2006. С. 303–324.

77. Сірко З. С. Рольова компетентність як чинник ресоціалізації наркозалежних: програма дослідження. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 42 (45). С. 189–204.

78. Скрипніков А. М., Рудь В. О., Телюков О. С. Іноваційні навчальні підходи до організації профілактики хімічних залежностей в медичному закладі вищої освіти. *Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика* : матеріали Всеукр. навч.-наук. конф., м. Полтава, 19 березня 2020 р. Полтава, 2020 .6 с. URL: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/12434> (дата звернення: 05.02.2024).

79. Сорокіна О. А. Психологічні особливості схильності до залежної поведінки студентів соціономічних напрямів підготовки. *Сучасність. Наука. Час. Взаємодія та взаємовплив* : матеріали XIII Міжнародної наукової інтернет-конференції, 16 -18 листопада 2016 р. Київ : видавництво «ТК Меганом», 2016. С. 86-92.

80. Сорокіна О. А. Психологія залежності : навчальний посібник. Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А., 2014. 180 с.

81. Соціальна педагогіка: мала енциклопедія / за заг. ред. І. Д. Зверєвої. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 336 с.

82. Столяренко О. Б. Психологія особистості : Навч. Пос. Київ : Центр учбової літератури. 2012. 280 с.

83. Структура эйфории у лиц с зависимостью от различных видов психоактивных веществ / А. З. Григорян та інші. *Сучасні аспекти медицини і фармації* : зб. тез всеукр.-наук.-практ. конф. молодих вчених та студ. з міжнар. участю, 12-13 травня 2016 р. Запоріж. держ. мед. ун-т. Запоріжжя : ЗДМУ, 2016. С. 88

84. Табачніков С. І., Риткіс І. С., Васильєва А. Ю., Гуркова О. В. Поширеність тютюнопаління та тютюнової залежності у різних країнах світу. Нові підходи до профілактики, психотерапії та корекції. *Мистецтво лікування. Журнал сучасного лікаря*. 2013. №7. С. 35–41.

85. Ткачова О. М., Дацько Ю. В. Первинна профілактика різних видів залежностей в освітньому середовищі *Педагогіка здоров'я* : збірник наукових праць VIII Всеукраїнської науковопрактичної конференції / за загальною

редакцією акад. І. Ф. Прокопенка. Харків : ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2018. С. 341-344.

86. Устінова Л. Актуальні питання профілактики та виявлення пияцтва, наркотичної залежності та токсикоманії. *Медицина невідкладних станів*. 2018. № 7 (94). С. 59–64.

87. Федосенко А. В. Соціальна небезпека: алкоголь, тютюнопаління. *Безпека життя і діяльності людини: теорія та практика* : збірник наук. праць Всеукр. наук.-практ. конф., присвяченої Всесвітнім Дням цивільної оборони та охорони праці. (Полтава, 23–24 квітня 2020 р.) / упоряд., і ред.: В. П. Титаренко, А. М. Хлопов. Полтава : ПНПУ, 2020. С. 335-336.

88. Фоменко А. Є. Чинники, які сприяють наркозлочинності, та деякі напрями превентивної діяльності правоохоронних органів. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2018. № 1. С.159-163.

89. Харченко А.С. Психологічні особливості саморегуляції сучасних підлітків. *«Молодий вчений»*. 2019. № 8 (72). С. 214-217 DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-8-72-46>.

90. Холодян А. Мотиви й етапи схильності підлітків до вживання психоактивних речовин. С. 170-174. URL: http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/23119/1/41_Kholodyan.pdf.

91. Чала Ю. М., Шахрайчук А. М. Психодіагностика: навчальний посібник. Харків: НТУ «ХПІ», 2018. 246 с.

92. Чапляк А. П., Романів О. П., Надь Б. Я. Проблеми профілактики тютюнопаління серед підлітків. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2018. № 2 (8). С. 142-143.

93. Шапар Б. В. Психологічний тлумачний словник Харків : Прапор, 2004. 640 с.

94. Штинь Т. М., Ніколаєв Л. О. Хімічна залежність як психологічний феномен. *Перспективи розвитку сучасної психології* : збірник наукових праць. Випуск 10. Переяслав : УГСП, 2022. С. 98-102.

95. Яременко О. О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика. Київ: Держ ін-т пробл. сім. та мол., Укр. ін-т соц. д-нь. 2005. Кн. 7. 196 с.

96. Addiction lives: Wayne hall. *Addiction*. 2017. № 113 (3). P. 564-567. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.13965>.

97. Allen H. K., Calhoun B. H., Maggs J. L. High-risk alcohol use behavior and daily academic effort among college students. *Journal of American college health*. 2020. P.1-5.

98. Ewa Wyrzykowska. Uzależnienie od alkoholu jako wynik deficytu w zakresie relacji przywiązania. *Alkoholizm i Narkomania. Instytut Psychiatrii i Neurologii*. 2012. Tom 25. № 3. С. 307–315.

99. Jolanta Jarczyńska. Uzależnienia behawioralne i zachowania problemowe młodzieży. *Teoria Diagnoza Profilaktyka Terapia*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego. 2014. 197 с.

100. Podolian V. Adolescent drug addiction in Ukraine: Medical, social and psychological aspects. *One Health and Nutrition Problems of Ukraine*. 2021. № 55 (2). P. 7–16. DOI: <https://doi.org/10.33273/2663-9726-2021-55-2-7-16>.

101. Restrepo Escobar S. M. Drugs and addictive behavior. *Drugs and Addictive Behavior*. 2016. Vol. 1. №. 1. DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.1762>.

102. Stefan G. Hofmann, Anu Asnaani, Imke J. J. Vonk, Alice T. Sawyer, Angela Fang The efficacy of cognitive behavioraltherapy: a review of meta-analyses. *Cognit Ther Res*. 2012. №36 (5). P. 427–440. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика діагностики схильності до різних видів залежності

(Г.В. Лозова)

Тест на адикцію визначає схильність людини до 13 видів залежностей. Методика Г.В. Лозової також дозволяє діагностувати загальну схильність до залежностей.

1. Алкогольна залежність.
2. Інтернет і комп'ютерна залежність.
3. Любовна залежність.
4. Наркотична залежність.
5. Ігрова залежність.
6. Нікотинова залежність.
7. Харчова залежність.
8. Залежність від міжстатевих відносин.
9. Трудоголізм.
10. Телевізійна залежність.
11. Релігійна залежність.
12. Залежність від здорового способу життя.
13. Лікарська залежність.
14. Загальна схильність до залежностей.

На підставі результатів тестування не можна ставити діагноз, методика є орієнтовною і показує загальну схильність до тієї чи іншої залежності.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Інструкція: «Вам пропонується тестовий матеріал, що складається з 70 тверджень (суджень). Уважно прочитайте твердження і, не роздумуючи дуже довго, оберіть один з варіантів відповіді:

1) ні –1 бал; 2) скоріше ні – 2 бали; 3) і не так, і не ні – 3 бали; 4) швидше так – 4 бали; 5) так – 5 балів».

Тестовий матеріал

1. Час від часу мені дуже хочеться випити, щоб розслабитися.
2. У свій вільний час я найчастіше дивлюся телевізор.
3. Я вважаю, що самотність – це найстрашніше у житті.
4. Я – людина азартна і люблю азартні ігри.
5. Міжстатеві відносини – це найбільше задоволення в житті.
6. Я досить часто їм не від голоду, а для отримання задоволення.
7. Я дотримуюся релігійних ритуалів.
8. Я весь час думаю про роботу, про те, як зробити її краще.
9. Я досить часто приймаю ліки.
10. Я проводжу дуже багато часу за комп'ютером.
11. Не уявляю своє життя без сигарет.
12. Я активно цікавлюся проблемами здоров'я.
13. Я пробував наркотичні речовини.
14. Мені важко боротися зі своїми звичками.
15. Іноді я не пам'ятаю, що сталося під час сп'яніння.
16. Я можу довго клацати пультом у пошуках чогось цікавого по телевізору.
17. Головне, щоб кохана людина завжди була поруч.
18. Час від часу я відвідую ігрові автомати.
19. Я не думаю про міжстатеві стосунки тільки тоді, коли я сплю.
20. Я постійно думаю про їжу, уявляю собі різну смакоту.
21. Я досить активний член релігійної громади.
22. Я не вмію відпочивати, відчуваю себе погано під час вихідних.
23. Ліки – найпростіший спосіб поліпшити самопочуття.
24. Комп'ютер – це реальна можливість жити повним життям.
25. Сигарети завжди зі мною.
26. На підтримку здоров'я не шкодую ні сил, ні грошей, ні часу.

27. Спробувати наркотик – це отримати цікавий життєвий урок.
28. Я вважаю, що кожна людина від чогось залежить.
29. Буває що я трішки «перебираю», коли випиваю.
30. Телевізор увімкнено більшість часу мого перебування вдома.
31. Коли я не разом з коханою людиною, я постійно думаю про неї.
32. Гра дає найгостріші відчуття в житті.
33. Я готовий йти на «випадкові зв'язки», адже стриманість для мене вкрай важка.
34. Якщо страва дуже смачна, то я не втримаюся від добавки.
35. Вважаю що релігія – єдине, що може врятувати світ.
36. Близькі часто скаржаться, що я постійно працюю.
37. У моєму будинку багато медичних та подібних препаратів.
38. Іноді, сидячи біля комп'ютера, я забуваю поїсти або про якісь справи.
39. Сигарета – це найпростіший спосіб розслабитися.
40. Я читаю медичні журнали і газети, дивлюся передачі про здоров'я.
41. Наркотик дає найсильніші відчуття з усіх можливих.
42. Звичка – друга натура, і позбутися її нерозумно.
43. Алкоголь в нашому житті – основний засіб розслаблення і підвищення настрою.
44. Якщо зламався телевізор, то я не буду знати, чим себе розважити ввечері.
45. Бути покинутим коханою людиною – найбільше нещастя, яке може статися.
46. Я розумію азартних гравців, які можуть в одну ніч виграти цілий статок, а в іншу – програти два.
47. Найстрашніше – це отримати фізичне каліцтво, яке унеможливить задоволення партнера в ліжку.
48. При поході в магазин не можу втриматися, що б не купити щось смачненьке.

49. Найголовніше в житті – жити повним релігійним життям.
50. Міра цінності людини полягає в тому, на скільки вона віддає себе роботі.
51. Я досить часто приймаю ліки.
52. «Віртуальна реальність» більш цікава, ніж звичайне життя.
53. Я щодня курю.
54. Я намагаюся невідступно дотримуватися правил здорового способу життя.
55. Іноді я вживаю засоби, що вважаються наркотичними.
56. Людина – істота слабка, потрібно бути терпимим до її шкідливих звичок.
57. Мені подобається випити і повеселитися у веселій компанії.
58. У наш час майже все можна дізнатися з телевізора.
59. Любити і бути коханим це головне в житті.
60. Гра – це реальний шанс зірвати куш, виграти багато грошей.
61. Міжстатеві відносини – це найкраще проведення часу.
62. Я дуже люблю готувати і роблю це так часто, як можу.
63. Я часто відвідую релігійні заклади.
64. Я вважаю, що людина повинна працювати на совість, адже гроші це не головне.
65. Коли я нервую, я віддаю перевагу прийняттю заспокійливого.
66. Якби я міг, то весь час займався б комп'ютером.
67. Я – курець зі стажем.
68. Я турбуюся за здоров'я близьких, намагаюся залучити їх до здорового способу життя.
69. За інтенсивністю відчуттів наркотик не може зрівнятися ні з чим.
70. Нерозумно намагатися показати свою силу волі і відмовитися від різних радощів життя.

«Ключ»

Підсумуйте бали за окремими видами схильностей до залежностей:

1. Залежність від алкоголю: 1, 15, 29, 43, 57.
2. Телевізійна залежність: 2, 16, 30, 44, 58.
3. Любовна залежність: 3, 17, 31, 45, 59.
4. Ігрова залежність: 4, 18, 32, 46, 60.
5. Залежність від міжстатевих відносин: 5, 19, 33, 47, 61.
6. Харчова залежність: 6, 20, 34, 48, 62.
7. Релігійна залежність: 7, 21, 35, 49, 63.
8. Трудова залежність: 8, 22, 36, 50, 64.
9. Лікарська залежність: 9, 23, 37, 51, 65.
10. Залежність від комп'ютера (інтернету, соціальних мереж): 10, 24, 38, 52, 66.
11. Залежність від куріння: 11, 25, 39, 53, 67.
12. Залежність від здорового способу життя: 12, 26, 40, 54, 68.
13. Наркотична залежність: 13, 27, 41, 55, 69.
14. Загальна схильність до залежностей: 14, 28, 42, 56, 70

Інтерпретація результатів

Розшифровка-умовні норми:

5-11 балів – низька схильність;

12-18 – середня схильність;

19-25 – високий ступінь схильності до залежностей.

Додаток Б**Опитувальник «Батьків оцінюють діти» (БОД) модифікація «АСВ»****здійснена І. А. Фурмановим і О. О. Аладьїним**

Інструкція: Пропонований опитувальник містить думку дітей про взаємини з батьками. Якщо ви в загальному згодні з твердженням, відповідайте «+». Якщо ви в загальному не згодні – відповідайте «-». В опитувальнику немає «правильних» і «неправильних» тверджень. Відповідайте так, як ви самі думаєте.

1. Мої батьки вважають: все, що вони роблять, вони роблять заради мене.
2. У моїх батьків часто не вистачає часу позайматися зі мною чимось цікавим: кудись піти разом, поговорити про якісь проблеми.
3. Мої батьки часто дозволяють мені такі речі, яких не дозволяють багато інших батьків.
4. Мої батьки не люблять, коли я звертаюся до них із запитаннями. Кажуть: «Здогадайся сам».
5. Я маю вдома набагато більше обов'язків, аніж більшість моїх товаришів.
6. Мене навіть мої батьки не можуть змусити щось зробити вдома.
7. Мої батьки вважають, що мені краще не замислюватися над правильністю їхніх поглядів.
8. Зазвичай я повертаюся додому, коли захочу.
9. Мої батьки не залишають безкарним жодного мого поганого вчинку, вважають, що тільки тоді я стану людиною.
10. По можливості батьки намагаються мене не карати
11. Коли мої батьки у хорошому настрої, нерідко прощають мені те, за що в інший час покарали б.
12. Батьки люблять мене більше, ніж один одного.
13. Мені здається, що раніше, коли я був маленьким, батьки любили мене більше, ніж зараз.

14. Коли я довго впираюсь або злюся, батьки часто розуміють, що вчинили по відношенню до мене неправильно.
15. У моїх батьків довго не було дітей, і на мою появу дуже чекали.
16. Від своїх батьків часто чую, що виховання дітей дуже стомлююча справа.
17. Я підозрюю, що в мене є якісь якості, які виводять батьків із себе.
18. Мої батьки часто конфліктують через різницю у поглядах на моє виховання.
19. Мої батьки кажуть, що я найголовніше в житті.
20. Мої батьки мало цікавляться, де я пропадаю.
21. Батьки намагаються купувати мені такий одяг, який я сам виберу, навіть якщо він дорогий.
22. Мої батьки вважають мене нетямущим. Кажуть: «Легше самому двічі зробити, ніж один раз пояснити тобі».
23. Мені нерідко доводилося (або доводиться) доглядати мого молодшого брата (сестру).
24. Мої батьки вважають за краще щось зробити самі, ніж зв'язуватися зі мною.
25. Мої батьки дуже зляться, коли я помічаю їхні слабкості та недоліки.
26. Я сам (без участі батьків) вирішую, з ким мені дружити.
27. Мої батьки вважають, що діти повинні не лише любити їх, а й боятися.
28. Батьки мене лають дуже рідко.
29. У своїй суворості до мене у батьків виникають великі коливання. Іноді вони дуже суворі, інколи ж усі дозволяють.
30. Ми з мамою розуміємо одне одного краще, ніж із батьком.
31. Моїх батьків засмучує, що я дуже швидко став дорослим.
32. Якщо я вперто, то батьки роблять так, як я хочу.
33. Мої батьки вважають мене слабким і болючим.

34. Мої батьки (або один з них) вважають, що якби вони не мали дітей, вони б досягли набагато більшого в житті.

35. У мене є деякі слабкості, з якими вперто борються мої батьки.

36. Нерідко буває, коли мене карає один із батьків, інший дорікає йому за зайву суворість і починає втішати мене.

37. Мої батьки часто кажуть, що турботи про мене займають найбільшу частину їхнього часу.

38. Мої батьки рідко відвідують батьківські збори.

39. Мої батьки намагаються купити мені все, що я захочу, навіть якщо це коштує дорого.

40. Від моїх батьків часто можна почути, що вони втомлюються від спілкування зі мною.

41. Мої батьки часто доручають мені важливі та важкі справи.

42. Мої батьки вважають, що на мене не можна покластися у серйозній справі.

43. Мої батьки вважають, що головне, чого батьки повинні навчити своїх дітей, – це слухатися.

44. Я сам вирішую – курити мені чи ні.

45. Мої батьки вважають, що чим суворіше вони ставляться до мене, тим краще для мене.

46. Мої батьки дуже м'які люди.

47. Якщо мені щось потрібно від батьків, то намагаюся вибрати момент, коли вони в хорошому настрої.

48. Мої батьки часто кажуть, що коли я виросту, вони не будуть мені потрібні.

49. Мої батьки вважають, що чим старші діти, тим важче мати з ними справу.

50. Часто моя впертість є результатом неправильного ставлення батьків до мене.

51. Мої батьки постійно переживають за моє здоров'я.

52. Мої батьки вважають, що якби у них не було дітей, то їхнє здоров'я було б набагато кращим.

53. Мої батьки вважають, що попри всі їхні зусилля деякі мої недоліки залишаються без змін.

54. Мій батько вважає, що я його не люблю.

55. Мої батьки вважають, що заради мене їм багато від чого в житті довелося відмовитися.

56. Буває, що батьки не знають про мої оцінки та поведінку, тому що рідко заглядають у мій щоденник.

57. Мої батьки витрачають на себе значно більше грошей, ніж на мене.

58. Мої батьки не люблять, коли я щось прошу. Говорять, що краще знають, чого мені треба.

59. Мої батьки вважають, що я мав важче дитинство, ніж більшість дітей.

60. Зазвичай я роблю вдома тільки те, що хочеться, а не те, що хочуть батьки.

61. Мої батьки вважають, що я маю поважати їх більше, ніж усіх інших людей.

62. Я сам вирішую, на що мені витратити свої гроші.

63. Мої батьки суворіше ставляться до мене, ніж інші батьки до своїх дітей.

64. Мої батьки вважають, що від покарань мене мало користі.

65. Члени нашої родини неоднаково суворі зі мною. Одні балують, інші, навпаки, дуже суворі.

66. Мої батьки часто кажуть, що їм хотілося б, щоб я не любив нікого, крім них.

67. Мої батьки часто кажуть, що коли я був маленьким, то подобався їм більше, ніж тепер.

68. Часто я розумію, що батьки не можуть у виборі рішень, як вчинити зі мною.

69. Мої батьки багато дозволяють мені через слабе здоров'я. 70. Я часто чую від батьків, що виховання дітей – важка та невдячна праця. а вони віддають мені все, а натомість не отримують нічого.

71. Мої батьки вважають, що я не розумію добрих слів і єдине, що на мене діє – це суворі постійні покарання.

72. Моя мати вважає, що батько налаштовує мене проти неї.

73. Мої батьки кажуть, що весь час думають тільки про мене, мої справи, здоров'я тощо.

74. Мої батьки рідко заглядають у мій щоденник.

75. Я завжди вмію досягти від батьків того, чого мені хочеться.

76. Мої батьки кажуть, що їм більше подобається, коли я поведжусь тихо і спокійно.

77. Я намагаюся у всьому допомогти батькам.

78. Мої батьки вважають, що якщо навіть я впевнений, що вони не мають рації, то маю робити так, як кажуть вони.

79. У мене мало обов'язків по дому.

80. Виходячи з дому, я рідко говорю батькам куди йду.

81. Мої батьки вважають, що трапляються випадки, коли найкраще покарання — це ремінь.

82. Мої батьки кажуть, що багато недоліків пройдуть самі собою з віком.

83. Мої батьки беруться за мене лише тоді, коли я щось нароблю. Якщо все тихо, вони дають мені спокій.

84. Я часто чую від матері (батька), що якби я не був їхньою дитиною, а вона (він) була (був) молодшою, то напевно в мене закохалася б.

85. Мої батьки кажуть, що коли я був маленьким, зі мною було цікавіше говорити, ніж зараз.

86. Мої батьки вважають, що у моїх недоліках винні вони самі, бо невміло мене виховували.

87. Мої батьки кажуть, що моє життя та здоров'я коштувало їм величезних зусиль.

88. Мої батьки вважають, якби вони не мали дітей, вони жили краще.

89. Мої батьки вважають, що якщо вони нададуть мені свободу, то я негайно використовую це на шкоду собі та оточуючим.

90. Нерідко буває, що коли мати каже мені одне, то батько каже інше і навпаки.

91. Мої батьки кажуть, що витрачають на мене більше сил та часу, ніж на себе.

92. Мої батьки мало знають про мої справи.

93. Мої бажання – закон для моїх батьків.

94. Коли я був маленьким, то дуже любив спати з батьками (або з одним із них).

95. Мої батьки вважають, що маю поганий шлунок.

96. Мої батьки кажуть, що вони потрібні мені, тільки поки я не виріс, а потім я все рідше згадуватиму про них.

97. Іноді мені здається, що заради мене батьки пішли б на будь-яку жертву.

98. Мої батьки вважають, що мені потрібно приділяти значно більше часу, ніж вони можуть.

99. Коли я ласкавий з батьками, вони мені все прощають.

100. Мої батьки хотіли б, щоб я отримав сім'ю якомога пізніше — після 30 років.

101. Моїх батьків непокоїть, що мої руки та ноги часто бувають дуже холодними.

102. Мої батьки кажуть, що я маленький егоїст і зовсім не думаю про їхнє здоров'я та почуття тощо.

103. Мої батьки вважають, що якби вони не віддавали мені весь час і сили, то я б погано скінчив.

104. Коли в мене все гаразд, батьки менше цікавляться моїми справами.

105. Моїм батькам важко сказати мені «ні».

106. Мої батьки засмучені, що я все менше їх потребую.

107. Мої батьки вважають, що моє здоров'я гірше, ніж у більшості моїх однолітків.

108. Мої батьки вважають, що я відчуваю по відношенню до них дуже мало подяки.

109. Мої батьки вважають, що я не можу обходитися без їхньої постійної допомоги.

110. Більшість свого вільного часу я проводжу поза домом.

111. Зазвичай у мене дуже багато часу для розваг

112. Я часто чую від батьків, що, крім мене, їм більше ніхто на світі не потрібен.

113. Моїх батьків хвилює мій неспокійний і уривчастий сон.

114. Нерідко я чую від батьків жалю, що вони зарано одружилися.

115. Мої батьки вважають, що всього, чого я досяг до цього моменту (у навчанні, роботі або іншому), я досяг лише завдяки їхній постійній допомозі.

116. Моїми справами в сім'ї переважно займається хтось один із батьків.

117. Закінчивши уроки, я зазвичай займаюся тим, що мені подобається.

118. Коли я йду на побачення, у моїх батьків псується настрій.

119. Мої батьки стурбовані тим, що я часто хворію.

120. Мої батьки не допомагають, а ускладнюють моє життя.

Додаток В

Текст опитувальника ПДО

I. Самопочуття

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	У мене майже завжди погане самопочуття		
2	Я завжди себе почуваю бадьорим і повним сил		
3	Тижні гарного самопочуття чергуються в мене з тижнями, коли я відчуваю себе погано		
4	Моє самопочуття часто змінюється іноді по кілька разів на день		
5	У мене майже завжди щось болить		
6	Погане самопочуття виникає у мене після прикрозей і турбот		
7	Погане самопочуття з'являється у мене від хвилювань і очікування неприємностей		
8	Я легко переношу біль і фізичні страждання	Ц	
9	Моє самопочуття цілком задовільне	ННД	
10	У мене зустрічаються приступи поганого самопочуття з дратівливістю і відчуттям туги		С
11	Самопочуття моє дуже залежить від того, як ставляться до мене оточуючі		
12	Я дуже погано переношу біль і фізичні страждання		
0	Жодне з визначень для мене не підходить	О	О

II. Настрій

№ вибору	Тема і пропоновані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Як правило, настрій у мене дуже гарний		
2	Мій настрій легко змінюється від незначних причин		
3	У мене настрій псується від очікування можливих неприємностей, занепокоєння за близьких, невпевненості в собі		
4	Мій настрій залежить від суспільства, в якому я перебуваю		
5	У мене майже завжди поганий настрій		
6	Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття		
7	Мій настрій поліпшується, коли мене залишають одного		
8	У мене бувають напади похмурої дратівливості, під час яких дістається оточуючим		
9	У мене не буває зневіри і смутку, але може бути запеклість і гнів		
10	Найменші неприємності сильно засмучують мене		
11	Періоди дуже гарного настрою змінюються у мене періодами поганого настрою		
12	Мій настрій зазвичай такий, який є оточуючих мене людей		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

III. Сон і сновидіння

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я добре сплю, а сновидінням значення не надаю		
2	Сон у мене багатий з яскравими сновидіннями		
3	Перед тим, як заснути, я люблю помріяти		
4	Я погано сплю вночі і відчуваю сонливість вдень		
5	Я сплю мало, але встаю бадьорим; сни бачу рідко		
6	Сон у мене дуже міцний, але іноді бувають моторошні, кошмарні сновидіння		
7	У мене поганий і неспокійний сон і часто бувають болісно тужливі сновидіння		
8	Безсоння в мене настає періодично без видимих причин		
9	Я не можу спокійно спати, якщо вранці треба вставати на певну годину		
10	Якщо мене щось засмутить, я довго не можу заснути		
11	Я часто в'яжу різні сни то радісні, то неприємні		
12	Ночами у мене бувають напади страху		
13	Мені часто сниться, що мене ображають		
14	Я можу вільно регулювати свій сон		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

IV. Пробудження від сну

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)

1	Мені важко прокинутися в призначену годину		
2	Прокидаюся я з неприємною думкою, що треба йти на роботу чи на навчання		
3	В одні дні я встаю веселим і життєрадісним, в інші без усякої причини з ранку пригноблений і сумовитий		
4	Я легко прокидаюся, коли мені потрібно		
5	Ранок для мене найважчий час доби		
6	Часто мені не хочеться прокидатися		
7	Прокинувшись, я нерідко ще довго переживаю те, що бачив уві сні		
8	Періодами я вранці відчуваю себе бадьорим, періодами розбитим		
9	Вранці я встаю бадьорим і енергійним		
10	З ранку я більш активний і мені легше працювати, ніж увечері		
11	Нерідко бувало, що прокинувшись, я не міг відразу зміркувати, де я і що зі мною		
12	Я прокидаюся з думкою, що сьогодні треба буде зробити		
13	Прокинувшись, я люблю полежати в ліжку і помріяти		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

V. Апетит і ставлення до їжі

№ вибору	Тема і пропоновані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Невідповідна обстановка, бруд і розмови про неапетитних речах ніколи не заважали мені їсти		
2	Періодами у мене буває вовчий апетит, періодами їсти нічого не хочеться		
3	Я їм дуже мало, іноді довго нічого не їм		
4	Мій апетит залежить від настрою: то їм із задоволенням, то знехотя і через силу		

5	Я люблю ласощі та делікатеси		
6	Нерідко я соромлюся їсти при сторонніх		
7	У мене хороший апетит, але я не ненажера		
8	Є страви, які викликають у мене нудоту і блювоту		
9	Я волію їсти небагато, але дуже смачне		
10	У мене поганий апетит		
11	Я люблю ситно поїсти		
12	Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі		
13	Я боюся зіпсованої їжі і завжди ретельно перевіряю її свіжість і доброякісність		
14	Мені легко можна зіпсувати апетит		
15	Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати здоров'я		
16	Я намагаюся дотримуватися дієти, яку сам розробив		
17	Я погано переношу голод і швидко слабну		
18	Я знаю, що таке відчуття голоду але не знаю, що таке апетит		
19	Їжа не доставляє мені великого задоволення		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

VI. Ставлення до спиртних напоїв

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Моє бажання випити залежить від настрою		
2	Я уникаю пити спиртне, щоб не проговоритися		
3	Періодами я випиваю дуже охоче, періодами мене до спиртного не тягне		
4	Люблю випити у веселій і гарній компанії		

5	Я боюся пити спиртне, тому що сп'янівши, можу викликати глузування і презирство		
6	Спиртне не викликає у мене веселого настрою		
7	До спиртного я відчуваю огиду		
8	Спиртним я намагаюся заглушити напад поганого настрою, туги або тривоги		
9	Я уникаю пити спиртне через погане самопочуття і сильного головного болю згодом		
10	Я не п'ю спиртного, оскільки це суперечить моїм принципам		
11	Спиртні напої мене лякають		
12	Випивши трохи, я особливо яскраво сприймаю навколишній світ		
13	Я випиваю з усіма, щоб не порушувати компанію		

VII. Сексуальні проблеми

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Статевий потяг мене мало турбує		
2	Найменша неприємність придушує в мене статевий потяг		
3	Я віддаю перевагу жити мріями про справжнє щастя, ніж розчаровуватися у житті		
4	Періоди сильного статевого потягу чергуються в мене з періодами холодності і байдужості		
5	У статевому відношенні я швидко збуджуюся, але швидко заспокоююся і втрачаю інтерес		
6	При нормальному сімейному житті не існує ніяких статевих проблем		

7	У мене сильний статевий потяг, якого мені важко стримувати		
8	Моя сором'язливість мені дуже сильно заважає		
9	Зради б я ніколи не пробачив		
10	Я вважаю, що статевий потяг не можна стримувати, інакше воно заважає плідній роботі		
11	Найбільше задоволення мені приносить флірт і залицяння		
12	Я люблю аналізувати своє ставлення до статевих проблем, свій власний потяг		
13	Я знаходжу ненормальності у своєму статевому потязі і намагаюся боротися з ними		
14	Вважаю, що статевим проблемам не слід надавати великого значення		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

VIII. Ставлення до одягу

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Люблю костюми яскраві і помітні		
2	Вважаю, що одягненим треба бути завжди пристойно, бо зустрічають «по одягу»		
3	Для мене головне, щоб одяг був зручним, акуратним і чистим		
4	Люблю одяг модний і незвичайний, який мимоволі привертає погляди		
5	Ніколи не дотримуюся загальної моди, а ношу те, що мені самому сподобалося		
6	Люблю одягатися так, щоб було до лиця		
7	Не люблю занадто моднічати, вважаю - треба одягатися як всі		
8	Часто турбуюся, що мій костюм не в порядку		

9	Про одяг я мало думаю		
10	Мені часто здається, що оточуючі засуджують мене за мій костюм		
11	Віддаю перевагу темним і сірим тонам		
12	Часом мені хочеться одягнутися модно і яскраво, часом своїм одягом не цікавлюсь		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

IX. Ставлення до грошей

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Брак грошей мене дратує		
2	Гроші мене абсолютно не цікавлять		
3	Дуже засмучуюся і засмучуюсь, коли грошей не вистачає		
4	Не люблю заздалегідь розраховувати всі витрати, легко беру в борг, навіть якщо знаю, що до терміну віддати мені буде важко		
5	Я дуже акуратний у грошових справах і, знаючи неакуратність багатьох, не люблю давати в борг		
6	Якщо у мене взяли в борг, я соромлюся про це нагадати		
7	Я завжди намагаюся залишити гроші про запас на непередбачені витрати		
8	Гроші мені потрібні тільки для того, щоб як-небудь прожити		
9	Намагаюся бути ощадливим, але не скупим, люблю витратити гроші з толком		
10	Завжди боюся, що мені не вистачить грошей, і дуже не люблю брати в борг		
11	Періодами я до грошей ставлюся легко і витрачаю їх не замислюючись, періодами все лякаюся залишитися без грошей		

12	Я ніколи нікому не дозволяю ущемляти мене в грошах		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

Х. Ставлення до батьків

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Дуже боюся залишитися без батьків		
2	Я вважаю, що батьків треба поважати, навіть якщо зберігаєш в серці проти них образи		
3	Люблю і прив'язаний, але буває сильно ображаюся і навіть серджуся		
4	В одні періоди мені здається, що мене занадто опікали, в інші - дорікаю себе за непослух і завдані рідним прикрасі		
5	Мої батьки не дали мені того, що необхідно в житті		
6	Дорікаю їх у тому, що в дитинстві вони недостатньо приділяли уваги моєму здоров'ю		
7	Дуже люблю (любив) одного з батьків		
8	Я люблю їх, але не переносю, коли мною розпоряджаються і командують		
9	Дуже люблю матір і боюся, що з нею щось трапиться		
10	Дорікаю себе за те, що недостатньо сильно люблю (любив) батьків		
11	Вони мене занадто сильно гнобили і в усьому нав'язували свою волю		
12	Мої рідні мене не розуміють і здаються мені чужими		
13	Я вважаю себе винним перед ними		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XI. Ставлення до друзів

№ вибору	Тема і пропоновані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Мені не раз доводилося переконуватися, що дружать з вигоди		
2	Добре себе почуваю з тим, хто мені співчуває		
3	Для мене важливий не один друг, а дружній гарний колектив		
4	Я ціную такого друга, який, вміє мене вислухати, підбадьорити, вселити впевненість, заспокоїти		
5	Про друзів, з ким довелося розлучитися, я довго не сумую і швидко знаходжу нових		
6	Я відчуваю себе таким хворим, що мені не до друзів		
7	Моя сором'язливість заважає мені подружитися з тим, з ким я хотів би		
8	Я легко зав'язую дружбу, але часто розчаровуюсь і втрачаю інтерес		
9	Я віддаю перевагу тих друзів, які уважні до мене		
10	Я сам вибираю собі друга й рішуче кидаю його, якщо розчарувався в ньому		
11	Я не можу знайти собі друга по душі		
12	У мене немає ніякого бажання мати друга		
13	Періодами я люблю великі дружні компанії, періодами уникаю їх і шукаю самотності		
14	Життя навчило мене не бути занадто відвертим навіть із друзями		
15	Люблю мати багато друзів і тепло ставлюся до них		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

ХІІ. Ставлення до оточуючих

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я оточений дурнями, невігласами і заздрісниками		
2	Навколишні мені заздрять і тому ненавидять мене		
3	В одні періоди мені добре з людьми, в інші періоди вони мене обтяжують		
4	Я вважаю, що самому не слід виділятися серед оточуючих		
5	Намагаюся жити так, щоб оточуючі не могли сказати про мене нічого поганого		
6	Мені здається, що оточуючі мене зневажають і дивляться на мене звисока		
7	Легко сходжуся з людьми в будь-якій обстановці		
8	Найбільше з боку оточуючих я ціную увагу до себе		
9	Я швидко відчуваю хороше або недоброзичливе ставлення до себе і також ставлюся сам		
10	Я легко сварюся, але швидко мирюся		
11	Я часто й подовгу міркую, правильно чи неправильно я що-небудь сказав або зробив у відношенні навколишніх		
12	Людне суспільство мене швидко стомлює і дратує		
13	Від оточуючих я намагаюся триматися подалі		
14	Я не знаю своїх сусідів і не цікавлюся ними		
15	Мені часто здається, що оточуючі підозрюють мене в чомусь поганому		
16	Мені доводилося терпіти від навколишніх багато образ і обманів і це завжди насторожує мене		

17	Мені часто здається, що оточуючі дивляться на мене, як на нікчемну і непотрібну людину		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

ХІІІ. Ставлення до незнайомих людей

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я ставлюся насторожено до незнайомих людей і мимоволі побоююся недобра з їхнього боку		
2	Буває, що незнайома людина мені відразу вселяє довіру і симпатію		
3	Я уникаю нових знайомств		
4	Незнайомі люди вселяють мені занепокоєння і тривогу		
5	Перш ніж познайомитися, я завжди хочу дізнатися, що це за людина, що говорять про неї люди		
6	Я ніколи не довіряю незнайомим людям і не раз переконувався, що в цьому я прав		
7	Якщо незнайомі проявляють інтерес до мене, то і я з цікавістю ставлюся до них		
8	Незнайомі люди мене дратують, до знайомих я вже якось звик		
9	Я охоче і легко заводжу нові знайомства		
10	Часом я охоче знайомлюся з новими людьми, часом ні з ким знайомитися не хочеться		
11	У хорошому настрої я легко знайомлюся, у поганому - уникаю знайомств		
12	Я соромлюся незнайомих людей і боюся заговорити першим		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XIV. Ставлення до самотності

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я вважаю, що кожна людина не повинна відриватися від колективу		
2	На самоті я відчуваю себе спокійніше		
3	Я не переношу самотності і завжди прагну бути серед людей		
4	Періодами мені краще серед людей, періодами віддаю перевагу самотності		
5	На самоті я міркую або розмовляю з уявним співрозмовником		
6	На самоті я сумую за людьми, а серед людей швидко втомлююся і шукаю самотності		
7	Здебільшого я хочу бути на людях, але іноді хочеться побути одному		
8	Я не боюся самотності		
9	Я боюся самотності і проте так виходить, що нерідко опиняюся на самоті		
10	Я люблю самотність		
11	Самотність я переношу легко, якщо тільки воно не пов'язане з неприємностями		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XV. Ставлення до майбутнього

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я мрію про щасливе майбутнє, але боюся неприємностей і невдач		
2	Майбутнє здається мені похмурим і безперспективним		

3	Я намагаюся жити так, щоб майбутнє було гарним		
4	У майбутньому мене найбільше турбує моє здоров'я		
5	Я переконаний, що в майбутньому здійсняться мої бажання і плани		
6	Не люблю багато роздумувати про своє майбутнє		
7	Моє ставлення до майбутнього часто і швидко змінюється: то строю райдужні плани, то майбутнє здається мені похмурим		
8	Я втішаю себе тим, що в майбутньому здійсняться всі мої бажання		
9	Я завжди мимоволі думаю про можливі неприємності і біди, які можуть трапитися в майбутньому		
10	Мої плани на майбутнє я люблю розробляти в найменших деталях і у всіх деталях намагаюся їх здійснити		
11	Я впевнений, що в майбутньому доведу всім свою правоту		
12	Я живу своїми думками і мене мало хвилює, яким насправді виявиться моє майбутнє		
13	Періодами моє майбутнє здається мені світлим, періодами - похмурим		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XVI. Ставлення до нового

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Періодами я легко переношу зміни у своєму житті і навіть люблю їх, але періодами починаю їх боятися і уникати		
2	Нове мене приваблює, але разом з тим турбує і тривожить		

3	Я люблю зміни в житті - нові враження, нових людей, нову обстановку навколо		
4	У мене бувають моменти, коли я жадібно шукаю нові враження і нові знайомства, але буває, коли я уникаю їх		
5	Я сам люблю придумувати нове, все перелаштовувати і робити по-своєму, не так, як усі		
6	Нове мене приваблює, але часто швидко стомлює і набридає		
7	Не люблю всяких нововведень, волію раз встановлений порядок		
8	Я боюся змін в житті: нова обстановка мене лякає		
9	Нове приємно, якщо тільки обіцяє для мене щось хороше		
10	Мене приваблює лише те нове, що відповідає моїм принципам та інтересам		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XVII. Ставлення до невдач

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Свої невдачі я переживаю сам і ні в кого не шукаю співчуття і допомоги		
2	Періоди, коли я активно борюся з невдачами, чергуються в мене з періодами, коли у мене від найменших невдач опускаються руки		
3	Невдачі приводять мене у відчай		
4	Невдачі викликають у мене сильне роздратування, яке я виливаю на безневинних		
5	Якщо трапляється невдача, то я завжди шукаю, що ж я зробив неправильно		
6	Невдачі викликають у мене протест і обурення і бажання їх подолати		

7	Якщо в моїх невдачах хтось винен, я не залишаю його безкарним		
8	При невдачах мені хочеться втекти кудись подалі і не повертатися		
9	Буває, що найменші невдачі приводять мене в зневіру, але буває, що серйозні неприємності я переносю непохитно		
10	Невдачі мене лякають, і я насамперед виню самого себе		
11	Невдачі мене не зачіпають, я не звертаю на них уваги		
12	При невдачах я ще більше мрію про звершення своїх бажань		
13	Я вважаю, що при невдачах не можна впадати у відчай		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XVIII. Ставлення до пригод і ризику

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Люблю всякі пригоди, навіть небезпечні, охоче йду на ризик		
2	Я багато разів зважую всі «за» і «проти» і все ніяк не наважуюсь ризикнути		
3	Мені не до пригод, а ризикую я тільки, якщо до цього примушують обставини		
4	Я не люблю пригод і уникаю ризику		
5	Я люблю мріяти про пригоди, але не шукаю їх у житті		
6	Часом я люблю пригоди, і часто ризикую, але часом пригоди і ризик стають мені не до душі		
7	Пригоди я люблю тільки веселі й ті, що добре кінчаються		
8	Я спеціально не шукаю пригод і ризику, але йду на них, коли це вимагає моя справа		

9	Пригоди і ризик мене приваблюють, якщо в них мені дістається перша роль		
10	Буває, що ризик і азарт мене абсолютно оп'яняють		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XIX. Ставлення до лідерства

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я можу йти попереду інших у міркуваннях але не в діях		
2	Я люблю бути першим у компанії, керувати і направляти інших		
3	Я люблю опікати когось, хто мені сподобається		
4	Я завжди прагну вчити людей правилам і порядку		
5	Одним людям я знехотя підкоряюся, іншими командує сам		
6	Періодами я люблю «задавати тон», бути першим, але періодами мені це набридає		
7	Я люблю бути першим там, де мене люблять, боротися за першість я не люблю		
8	Я не вмію командувати іншими		
9	Я не люблю командувати іншими - відповідальність мене лякає		
10	Завжди знаходяться люди, які слухаються мене й визнають мій авторитет		
11	Я люблю бути першим, щоб мені наслідували, за мною б слідували інші		
12	Я охоче слідує за авторитетними людьми		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XX. Ставлення до критики і заперечень

№ вибору	Тема і пропоновані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я не слухаю критики і заперечень і завжди думаю і роблю по-своєму		
2	Слухаючи заперечення і критику, я шукаю доводи у своє виправдання, але не завжди наважуюсь їх висловити		
3	Заперечення і критика мене особливо дратують, коли я втомився і погано себе почуваю		
4	Критика і засудження на мою адресу краще байдужості і зневаги до мене		
5	Не люблю, коли мене критикують і коли мені заперечують - серджуся і не завжди можу стримати свій гнів		
6	Коли мене критикують або мені заперечують, це мене дуже засмучує й приводить у зневіру		
7	Від критиків мені хочеться втекти подалі		
8	В одні періоди критику і заперечення переносю легко, в інші - дуже болісно		
9	Заперечення і критика мене дуже засмучують, якщо вони різкі й грубі за формою, навіть якщо вони стосуються дрібниць		
10	Я не чув ще справедливої критики на свою адресу або справедливих заперечень моїм доводам		
11	Я намагаюся правильно реагувати на критику		
12	Я переконався, що критикують зазвичай тільки для того, щоб тобі нашкодити або самим висунутися		
13	Якщо мене критикують або мені заперечують, мені завжди починає здаватися, що інші праві, а я ні		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XXI. Ставлення до опіки і повчанням

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Я слухаю настанови тільки тих, хто має на це право		
2	Я охоче слухаю ті наставляння, що стосуються мого здоров'я		
3	Не переношу, коли мене опікують і за мене все вирішують		
4	Я не потребую настановок		
5	Я охоче слухаю того, хто, знаю, мене любить		
6	Я намагаюся слухати корисні настанови, але це не завжди в мене виходить		
7	Часом всі настанови пролітають повз моїх вух, і за часами я лаю себе за те, що не слухав їх раніше		
8	Зовсім не переношу наставлянь, якщо вони даються начальницьким тоном		
9	Я уважно слухаю настанови і не противлюся, коли мене опікують		
10	Я охоче слухаю ті наставляння, що мені приємні, і не переношу тих, що мені не до душі		
11	Я люблю, коли про мене піклуються, але не люблю, щоб мною командували		
12	Я не наважуюся перервати навіть зовсім нікчемні для мене наставляння або позбутися непотрібного для мене заступництва		
13	Настанови викликають у мене бажання робити все навпаки		
14	Я допускаю опіку над собою в повсякденному житті, але не над моїм душевним світом		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XXII. Ставлення до правил і законів

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Коли правила і закони мені заважають, це викликає у мене роздратування		
2	Завжди вважаю, що для цікавої і привабливої справи всякі правила і закони можна обійти		
3	Логічно обгрунтовані правила намагаюся дотримуватися		
4	Я часто боюся, що мене помилково приймуть за порушника законів		
5	Страшенно не люблю всякі правила, які мене стискають		
6	Періоди, коли я не дуже стежу за тим, щоб дотримуватися всіх правил і законів, чергуються з періодами, коли я дорікаю себе за недисциплінованість		
7	Всякі правила і розпорядок викликають у мене бажання навмисно їх порушувати		
8	Правила і закони я завжди дотримуюся		
9	Завжди слідкую за тим, щоб всі дотримувалися правил		
10	Часто дорікаю себе за те, що порушую правила і не строго дотримуюсь законів		
11	Я намагаюся дотримуватися правила і закони, але це не завжди мені вдається		
12	Строго слікую тим правилам, які вважаю справедливими, борюся з тими, які вважаю несправедливими		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XXIII. Оцінка себе в дитинстві

№ вибору	Тема і пропоновані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	У дитинстві я був боязким і плаксивим		
2	Дуже любив складати всякі казки й фантастичні історії		
3	У дитинстві я уникав галасливих і рухливих ігор		
4	Я був як всі діти і нічим не відрізнявся від своїх однолітків		
5	Періодами мені здається, що в дитинстві я був живим і веселим, періодами починаю думати, що був дуже неслухняним і неспокійним		
6	Я з дитинства був самостійним і рішучим		
7	У дитинстві я був веселим і відчайдушним		
8	У дитинстві я був образливим і чутливим		
9	У дитинстві я був дуже непосидючим і балакучим		
10	У дитинстві я був таким же як зараз: мене легко було засмутити, але легко заспокоїти й розвеселити		
11	З дитинства я прагнув до акуратності і порядку		
12	У дитинстві я любив грати один або дивитися здалеку, як грають інші діти		
13	У дитинстві я більше любив розмовляти з дорослими, ніж грати з однолітками		
14	У дитинстві я був примхливим і дратівливим		
15	У дитинстві я погано спав і погано їв		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XXIV. Ставлення до школи

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Любив замість шкільних занять відправитися з товаришами погуляти або сходити в кіно		
2	Сильно переживав зауваження й оцінки, які мене не задовольняли		
3	У молодших класах любив школу, потім вона стала мене обтяжувати		
4	Періодами любив школу, періодами вона мені починала набридати		
5	Не любив школу, тому що педагоги ставилися до мене несправедливо		
6	Шкільні заняття мене дуже сильно втомлювали		
7	Найбільше любив шкільну самодіяльність		
8	Любив школу, бо там була весела компанія		
9	Соромився ходити в школу: боявся глузувань і брутальності		
10	Дуже не любив фізкультури		
11	Відвідував школу регулярно і завжди активно брав участь у громадській роботі		
12	Шкільна обстановка мене дуже обтяжувала		
13	Намагався акуратно виконувати всі завдання		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		

XXV. Оцінка себе в даний момент

№ вибору	Тема і пропонувані вибори	Бали по шкалі об'єктивної оцінки	
		1-е дослідження (найбільш підходящі вибори)	2-е дослідження (найбільш відкидаючі вибори)
1	Мені не вистачає холодної розважливості		

2	Часом я задоволений собою, часом лаю себе за нерішучість і млявість		
3	Я занадто недовірливий, без кінця тривожуся і турбуюся про все		
4	Я не винен у тому, що збуджую заздрість у інших		
5	Мені не вистачає посидючості і терпіння		
6	Вважаю, що я нічим не відрізняюся від більшості людей		
7	Мені не вистачає рішучості		
8	Я не бачу у себе великих недоліків		
9	У хороші хвилини я цілком задоволений собою, у хвилини поганого настрою мені здається, що мені не вистачає то однієї, то іншого якості		
10	Я занадто дратівливий		
11	Інші знаходять у мене великі недоліки, я вважаю, що вони перебільшують		
12	Я страждаю від того, що мене не розуміють		
13	Я надмірно чутливий й уразливий		
0	Жодне з визначень для мене не підходить		