Державна служба України з надзвичайних ситуацій

Львівський державний університет безпеки життєдіяльності
Факультет психології та соціального захисту
Кафедра практичної психології та педагогіки

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ
Начальник кафедри ППтаП
д. психол. наук, професор,
полковник служби ц.з

_____Роксолана СІРКО

«___»_____2025р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему:

«Психологічні особливості адиктивної поведінки дорослих осіб»

ГАЛУЗЬ ЗНАНЬ 05 СОЦІАЛЬНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ НАУКИ

СПЕЦІАЛЬНІСТЬ 053 ПРАКТИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

Виконав(ла)
здобувач вищої освіти
студентка групи ПС-41з
Яна ГОРДІЄНКО

Керівник – Юрій ВІНТЮК
Рецензент – Андрій ШУМ

ЛЬВІВ – 2025

ЗМІСТ

ЗМІСТ 2
ВСТУП 3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ 7
1.1. Проблема алкогольної адикції в науковій літературі. 7
1.2. Характеристика основних понять, особливостей і структури алкогольної адиктивної поведінки дорослих 12
1.3. Аналіз специфіки обстежуваних у контексті проблеми дослідження алкогольної залежності 23
ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ 27
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АЛКОГОЛЬНОЇ АДИКЦІЇ 29
2.1. Характеристика методів дослідження і критеріїв, на основі яких досліджують групи обстежуваних з алкогольною адикцією 29
2.2. Комплексне психодіагностичне дослідження психологічних особливостей алкогольної адиктивної поведінки дорослих (якісний і кількісний аналіз) 35
ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ 53
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЩО МАЮТЬ АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ 56
3.1. Принципи розроблення та загальна характеристика психокорекційної програми для осіб з алкогольною адикцією 56
3.2. Зміст психокорекційної програми подолання алкогольної адиктивної поведінки дорослих 62
ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ 66
ВИСНОВКИ 68
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 71
ДОДАТКИ 78

ВСТУП

Актуальність теми

Проблема алкогольної залежності залишається однією з найгостріших соціально-психологічних проблем сучасного суспільства. Незважаючи на багаторічні дослідження та розробку численних методів профілактики й лікування, алкогольна адикція продовжує становити серйозну загрозу як для фізичного та психічного здоров'я окремих індивідів, так і для соціального благополуччя суспільства в цілому. Особливо актуальним є вивчення психологічних особливостей алкогольної адиктивної поведінки в період раннього дорослого віку, коли відбувається становлення професійної самореалізації, формування сімейних відносин та вибудовування життєвої перспективи.

Алкогольна залежність являє собою комплексне біопсихосоціальне явище, що характеризується патологічним потягом до вживання алкоголю, втратою контролю над його споживанням, формуванням абстинентного синдрому та прогресуючою соціальною дезадаптацією. Дослідження останніх років демонструють зростання поширеності проблемного вживання алкоголю серед різних соціальних та вікових груп, а також трансформацію традиційних гендерних моделей алкогольної поведінки, що вимагає нових підходів до розуміння психологічних механізмів формування та розвитку адиктивної поведінки.

Важливе значення для розробки ефективних програм психологічної корекції має визначення індивідуально-психологічних особливостей осіб з алкогольною залежністю, виявлення специфічних когнітивних, емоційних та поведінкових патернів, що підтримують адиктивний цикл. Глибоке розуміння психологічних механізмів алкогольної адикції дозволяє створювати цілеспрямовані, персоналізовані програми психологічної допомоги, які враховують унікальні особливості кожного клієнта.

Сучасні дослідження підкреслюють значущість комплексного підходу до вивчення адиктивної поведінки, що враховує взаємодію біологічних, психологічних та соціальних факторів у формуванні залежності. Особливої уваги заслуговує дослідження захисних механізмів психіки, особливостей самооцінки, емоційної регуляції та копінг-стратегій у осіб із алкогольною залежністю, які можуть стати ключовими мішенями психотерапевтичного впливу.

У науковій літературі проблема алкогольної адикції та вплив алкоголізму як явища на поведінку людини досліджувалась багатьма вітчизняними науковцями, серед яких: І.М.Маруненко, О.В.Тимчик, Г.А.Білецька, А.О.Денисенка, Д.Москаленко, Т.М.Рожнова, О.Л.Христук, Л.М.Корінчак, Т.М.Лесик, С.В.Баюрка, В.С.Бондар, С.А.Карпушина, О.Г.Погосян, С.М. Полуян, В.І.Степаненко, З.В.Шовкова, К.Ю.Нетьосова. Гендерні відмінності психологічних факторів самоконтролю у людей з алкогольною залежністю вивчали М.В.Савіна, В.В.Слюсар, М.О.Антонович

Проте, незважаючи на значний обсяг наукових досліджень, залишаються недостатньо вивченими питання психологічних механізмів рецидиву, ефективності інтегративних підходів у подоланні залежності, коморбідності з іншими психічними розладами, індивідуалізованих підходів до психокорекції та застосування новітніх технологій у терапевтичній практиці.

Об'єкт дослідження – алкогольна адикція особистості.

Предмет дослідження – психологічні особливості формування та прояву алкогольної адиктивної поведінки у дорослих людей раннього дорослого віку.

Експериментальна вибірка: дослідження проводилося на базі вибірки, яка складалася з 50 дорослих людей віком від 20 до 40 років (ранній дорослий вік), серед яких 25 жінок та 25 чоловіків. Учасники дослідження мають різні місця праці та професійну належність, що забезпечує різноманітність соціально-професійних характеристик вибірки.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та емпіричне дослідження психологічних особливостей алкогольної адиктивної поведінки дорослих людей

для розробки ефективної психокорекційної програми подолання алкогольної залежності.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення проблеми алкогольної адикції у психологічній літературі.
2. Емпірично дослідити психологічні особливості осіб з алкогольною адикцією в ранньому дорослому віці.
3. Розробити та обґрунтувати психокорекційну програму подолання алкогольної адиктивної поведінки дорослих.

Методи дослідження:

- теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення, систематизація наукових даних);
- емпіричні (психодіагностичне тестування з використанням стандартизованих методик для дослідження рівня залежності, особистісних характеристик, емоційної сфери та копінг-стратегій);

- опитувальник "Шкала локусу контролю" (РСК) Дж. Роттера) для вивчення особливостей відповідальності у осіб з алкогольною адикцією;
- методика дослідження вольової саморегуляції А.В. Звєркова та Є.В. Ейдмана;
- тест на визначення рівня конфліктності індивіда за методикою Д.М.Рамендик;
- шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) для дослідження самооцінки обстежуваних;
- шкала психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure) Лемура-Тесье-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) для оцінки рівня психологічного стресу у обстежуваних;

- кількісний та якісний аналіз одержаних даних.

Гіпотеза дослідження: алкогольна адиктивна поведінка дорослих людей раннього дорослого віку пов'язана з певним комплексом психологічних особливостей, зокрема, з неадаптивними копінг-стратегіями, дефіцитом навичок емоційної регуляції, зниженням самооцінки та специфічними захисними

механізмами психіки; цілеспрямований психокорекційний вплив на ці психологічні особливості сприятиме подоланню алкогольної адиктивної поведінки та покращенню якості життя.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

1.1. Проблема алкогольної адикції в науковій літературі.

Зловживання алкогольними напоями формує алкогольну адикцію, яка визнана соціально небезпечним захворюванням суспільства. Це пов'язано з тим, що вона не лише спричиняє серйозні проблеми зі здоров'ям, але й, згідно з даними судово-фармацевтичної практики, може супроводжуватися різними протиправними діями з боку залежної особи, які тягнуть за собою адміністративну або навіть кримінальну відповідальність [52, с.39].

Проблема алкогольної адикції є актуальною в сучасному суспільстві, оскільки вона має серйозні соціально-психологічні, медичні та економічні наслідки. Алкогольна залежність не лише впливає на здоров'я індивіда, але й може призводити до порушення сімейних та соціальних зв'язків, збільшення рівня насильства та злочинності, а також суттєвих фінансових втрат. Незважаючи на значні зусилля вчених та практиків у вивченні причин і умов, які сприяють розвитку алкогольної адикції, необхідно розробити нові, ефективні методи профілактики та корекції, адаптовані до специфіки сучасного українського суспільства. Важливо також звернути увагу на гендерні особливості та їхній вплив на адиктивну поведінку, що є першим кроком до комплексного вирішення цієї проблеми [49, с.105-107]

Біологічні дослідження вказують на індивідуальні особливості метаболізму як фактор схильності до алкогольної залежності: деякі індивіди демонструють підвищену чутливість до алкоголю, тоді як інші характеризуються аномально високою толерантністю, що призводить до споживання надмірних доз та розвитку адикції. Емпіричні дані свідчать про підвищену частоту алкоголізму серед нащадків осіб з алкогольною залежністю, що підкреслює роль генетичних предикторів. Водночас, психологи, визнаючи статистично значущу поширеність адикції у дітей алкозалежних, застерігають щодо потенційної обмеженості суто біологічного підходу, який, зосереджуючись виключно на генетичних факторах,

може нехтувати психологічними механізмами формування "алкогольного способу життя" та "алкогольної долі" індивіда [23, с.159-160].

Проблема надмірного споживання алкоголю має значний медико-соціальний вплив, що підтверджується її масштабним поширенням у суспільстві (близько 1 мільйона осіб в Україні страждають від алкогольної залежності). Ситуація характеризується стабільно високими показниками правопорушень, скоєних під впливом алкоголю, суттєвими рівнями летальних випадків внаслідок травматизму, отруєнь та суїцидів на фоні алкоголізму, особливо серед чоловічого населення працездатного віку. Україна також демонструє найвищі в Європі показники захворюваності на алкогольні психози та значну поширеність патологічних станів внутрішніх органів, пов'язаних з алкогольною залежністю, включаючи хронічні захворювання нервової системи, серцево-судинні порушення, хвороби органів травлення та дихальної системи. Як наслідок, алкоголізм посідає друге місце серед факторів ризику, що формують глобальний тягар хвороб серед чоловічого населення України [13, с.76].

Як зазначає Г.А.Білецька, ейфорізуюча дія алкоголю вважається головною медико-біологічною причиною формування залежності. При вживанні алкоголю людина відчуває розкутість і впевненість у легкому подоланні проблем, що сприяє повторному споживанню. Спочатку виникає психічна залежність, коли людина не визнає себе хворою, а згодом розвивається фізична залежність – алкоголь інтегрується в метаболічні процеси, його відсутність викликає синдром похмілля з тривожністю, тремором і погіршенням самопочуття. З прогресуванням хвороби посилюються патологічні зміни: втрачається здатність до творчої діяльності, слабшає вольовий контроль, грубішають емоції, відбувається деградація особистості. Алкоголь токсично впливає на всі системи організму, особливо на головний мозок – розширення судин порушує кровопостачання, викликає гіпоксію та пригнічення центральної нервової системи. Це проявляється порушенням координації рухів, рівноваги, погіршенням слуху, зору, уваги та пам'яті [4, с.163].

Згідно з дослідженнями А.О.Денисенка, психологічні передумови формування алкогольної адикції полягають у порушенні здатності адекватно оцінювати та реагувати на життєві виклики. Ключові психологічні чинники схильності до алкогольної залежності включають: дефіцит конструктивних стратегій подолання труднощів та задоволення базових потреб; неефективність або несформованість механізмів психологічного захисту, що перешкоджає здоровому управлінню емоційною напругою; переживання психотравмуючих ситуацій без здатності знаходити конструктивні шляхи вирішення. Такі психологічні особливості ускладнюють процеси соціальної адаптації, налагодження міжособистісних відносин та саморегуляції поведінки, створюючи підґрунтя для формування адиктивної поведінки як дезадаптивного механізму компенсації внутрішніх психологічних дефіцитів [12, с.136].

Існують значні вікові відмінності у факторах, що сприяють алкоголізації. Статистичні дані свідчать, що 95% осіб, які згодом розвивають алкогольну залежність, вперше пробують алкоголь до досягнення 15-16 років, причому у майже 60% випадків первинне знайомство з алкоголем відбувається за участі батьків. У віковому періоді 16-25 років регулярне вживання алкоголю підтримується соціокультурними звичаями, груповим тиском та неефективною організацією дозвілля. Ризик розвитку проблемного вживання алкоголю модифікується також віковими та гендерними факторами, які формують специфічні психологічні настанови під впливом мікросоціального середовища. Після 26 років систематичне вживання алкоголю переходить у залежність через послідовне формування психологічної, психічної, а згодом і фізичної залежності, що часто супроводжується та посилюється конфліктними ситуаціями в родинному, професійному та соціальному контекстах [45, с.145].

Серед соціальних детермінант алкогольної залежності важливу роль відіграють демографічні характеристики, зокрема вік і статева приналежність, які взаємодіють із сформованими психологічними настановами особистості та впливом безпосереднього соціального оточення [24, с.122]. Процес соціалізації в певних мікросоціальних групах може створювати сприятливі умови для

нормалізації або навіть заохочення вживання алкоголю. Додатково, соціокультурні норми щодо вживання алкоголю в різних контекстах (свята, стресові ситуації, професійне середовище) можуть суттєво впливати на формування питущої поведінки та її трансформацію в залежність.

Дослідження виявили специфічні біологічні маркери, що вказують на індивідуальну схильність до розвитку алкоголізму. Серед таких показників - гуанілатциклазна активність у лімфоцитах і тромбоцитах, а також активність ферменту дофамінбетагідроксилази, відповідального за перетворення дофаміну в норадреналін. В осіб з підвищеним біологічним ризиком алкоголізму зафіксовано знижену активність і концентрацію цього ферменту. У дітей алкозалежних батьків виявляють особливості моноамінооксидази в мітохондріях та плазмі крові. Підвищена концентрація моноамінооксидаз корелює з порушеннями емоційної сфери та підтверджує вищу частоту виникнення алкоголізму, особистісних розладів та афективних порушень, особливо депресивних станів, у нащадків осіб з алкогольною залежністю. За даними досліджень Д. Москаленко та Т. М. Рожнової, для дорослих синів батьків-алкоголіків ризик розвитку алкоголізму може сягати приблизно 67% [45, с.146].

За результатами соціологічних досліджень, однією з найпоширеніших причин вживання алкоголю підлітками є бажання "покращити" святкові заходи чи вечірки, зробивши їх емоційнішими та веселішими – близько 19,9% опитаних вказали, що вживають алкоголь "тому що це весело". Дослідники відзначають, що підлітки частіше починають вживати алкогольні напої в період зростання особистісної автономії, коли проводять більше часу поза домом без батьківського нагляду та коли посилюється вплив однолітків. Серед ключових мотивів також виділяють: покращення настрою, подолання внутрішніх проблем, пошук задоволення та бажання отримати схвалення інших. Примітно, що дівчата частіше вдаються до алкоголю для подолання внутрішнього психологічного дискомфорту та підвищення настрою [48].

Дослідження виявило тривожну тенденцію до зростання регулярного вживання алкоголю серед підлітків, що призводить до численних негативних

наслідків. Серед них: проблеми з навчанням, соціальна дезадаптація, юридичні конфлікти, погіршення фізичного здоров'я (похмілля, хвороби), ризикована сексуальна поведінка, підвищена ймовірність стати жертвою або суб'єктом фізичного та сексуального насильства, зростання ризику суїцидальної поведінки та участі в бійках із летальними наслідками, причетність до дорожньо-транспортних пригод, порушення когнітивних функцій (особливо пам'яті), підвищена схильність до вживання інших психоактивних речовин, незворотні зміни у головному мозку та ризик алкогольної інтоксикації [48].

З культурологічної точки зору, формування алкогольної адикції пов'язане з глибоко вкоріненими соціокультурними практиками та традиціями. Культура святкування в багатьох суспільствах нерозривно пов'язана з ритуалом споживання алкоголю, де святкові застілля та тости з алкогольними напоями створюють стійку асоціацію між позитивними емоціями та вживанням спиртного. Значну роль відіграє також культура "дорослішання", що включає ініціаційні практики першого знайомства з алкоголем під наглядом батьків як символічного переходу до дорослого статусу. У підлітковій субкультурі формуються власні норми споживання алкоголю через наслідування популярних моделей поведінки – від кумирів масової культури до лідерів референтних груп. У соціально дезадаптованих спільнотах вживання алкоголю часто стає частиною культурного коду вулиці та механізмом соціалізації в умовах відсутності альтернативних культурних практик проведення дозвілля [11, с.14-15].

Отже алкогольна адикція є складним біопсихосоціальним феноменом, що формується під впливом взаємодії біологічних предикторів (генетичні фактори, особливості метаболізму, біохімічні маркери), психологічних детермінант (дефіцит конструктивних стратегій подолання труднощів, неефективність механізмів психологічного захисту) та соціокультурних чинників (традиції вживання алкоголю, групові норми, культура святкування). Особливу тривогу викликає поширення алкоголізації серед підлітків та молоді, що призводить до численних негативних наслідків: погіршення здоров'я, соціальної дезадаптації,

ризикованої поведінки, когнітивних порушень та загрози формування стійкої залежності.

1.2. Характеристика основних понять, особливостей і структури алкогольної адиктивної поведінки дорослих

Адикція є станом свідомості, що проявляється як залежність від певної діяльності, коли людина не здатна самостійно її припинити. Адикції поділяються на хімічні (алкогольна, наркотична, токсична залежності) та нехімічні (ігрова, інтернет, харчова залежності, трудоголізм тощо). Зокрема, алкогольна адикція характеризується фіксацією на алкогольній речовині, що з часом призводить до формування стійкої залежності від неї [49, с.105-106].

Адиктивна поведінка характеризується тенденцією особи уникати дійсності через штучну модифікацію свого психологічного стану, що досягається або вживанням хімічних субстанцій, або надмірною зосередженістю на специфічних активностях, які забезпечують появу та підтримку сильних емоційних переживань [31, с.541-542]

Алкогольна адиктивна поведінка являє собою комплексну проблему, що характеризується патологічним потягом до вживання алкоголю та неможливістю контролювати цей процес. Це поведінковий патерн, що розвивається поступово і призводить до значних порушень у соціальному, професійному та особистісному функціонуванні людини. Ключовим компонентом даної поведінки є формування психологічної та фізіологічної залежності, коли вживання алкоголю стає центральним елементом життя людини.

Л.М.Корінчак зазначає, що шлях формування алкогольної адиктивної поведінки починається з першого знайомства дітей з алкоголем різними напрямками: до 11 років - випадково, "для апетиту", "лікування", або через цікавість і пропозиції однолітків; у старшому віці - через традиційні приводи (свята, дні народження); а з 14-15 років - через соціальний тиск ("незручно перед хлопцями", "друзі вмовили", "за компанію"). Навіть "безневинна" чарочка на

родинному святі становить небезпеку, оскільки руйнує психологічний бар'єр, після чого дитина легше погоджується на повторне вживання спиртного при нагоді. Недарма народна мудрість попереджає: "річка починається зі струмка, а пияцтво з чарочки". Мотиви вживання алкоголю неповнолітніми поділяються на дві групи, де першу становлять мотиви наслідування, цікавості та прагнення бути "як усі", що підкріплюються особливостями психіки підлітків [21, с.1-2].

Згідно з класифікацією Т. Д. Мостової, алкогольна залежність належить до категорії хімічних адикцій, де предметом патологічного потягу виступає психоактивна речовина (етанол), яка при систематичному вживанні викликає нейрохімічні зміни в організмі [32, с.14-15]. Особливість алкогольної адикції, на відміну від інших хімічних залежностей, полягає в її соціальній прийнятності та культурній інтеграції, що суттєво ускладнює як профілактику, так і терапевтичне втручання.

Алкогольна адикція залежить від ступеню алкогольного сп'яніння, який характеризується наступними ознаками:

Легкий ступінь

Характеризується підвищеним настроєм і відчуттям бадьорості. Шкіра червоніє, очі набувають червонуватого відтінку, з'являється пітливість і прискорене серцебиття. Спостерігається легке порушення координації рухів, балакучість, зниження самоконтролю. Тривожність зменшується, проблеми сприймаються простіше.

Середній ступінь

Виражені психічні зміни: неправильна оцінка ситуації, загальмованість або збудження, агресія, нечітка мова. Координація суттєво порушена, хода хитка. Проявляються приховані риси характеру, підвищується самооцінка. Можливі імпульсивні вчинки. Після сп'яніння настає глибокий сон і похмілля. Події згадуються нечітко.

Важкий ступінь

Людина дезорієнтована, загальмована, майже не реагує на контакт. Шкіра бліда, серцебиття прискорене, тиск знижений. Зіниці розширені, слабо реагують

на світло. Відсутня здатність стояти і виконувати цілеспрямовані дії. Рефлекси пригнічені. Може перейти в алкогольну кому [19, с.174-175].

Формування алкогольної адикції відбувається під впливом різноманітних внутрішніх та зовнішніх чинників. Серед внутрішніх детермінант ключову роль відіграє генетична предиспозиція – науково підтверджено, що близькі родичі осіб з алкогольною залежністю мають у 7-10 разів вищий ризик розвитку адиктивної поведінки порівняно із загальною популяцією. Сучасні генетичні дослідження ідентифікували специфічні гени, мутації яких корелюють з підвищеною схильністю до формування алкогольної адикції. Певні особистісні характеристики, такі як підвищена схильність до навіювання, проблеми соціальної адаптації та емоційна нестабільність, також створюють сприятливе підґрунтя для розвитку залежності від алкоголю. Зовнішні чинники формування алкогольної адикції включають соціокультурний контекст – традиції вживання алкоголю в конкретному регіоні, особливості виховання та соціальна структура суспільства суттєво впливають на первинне ставлення особи до алкогольних напоїв та полегшують доступ молоді до спиртного. Саме взаємодія внутрішніх та зовнішніх факторів створює сприятливі умови для трансформації епізодичного вживання алкоголю в стійку адиктивну поведінку з формуванням психологічної та фізіологічної залежності [3, с.88-89].

Л.М.Корінчак та Т.Д.Мостова описують еволюцію алкогольної адиктивної поведінки як багатоетапний процес трансформації від епізодичного вживання до сформованої залежності. Початковий етап характеризується ситуативним, переважно святковим вживанням алкоголю, яке поступово переростає в хронічне захворювання - алкогольну наркоманію або алкоголізм, що визначається патологічною потребою організму в етанолі.

Перша (початкова) стадія адиктивної поведінки проявляється підвищеною толерантністю до алкоголю, втратою контролю над кількістю вживаного спиртного та пригніченням захисного блювотного рефлексу. Виникнення алкогольного абстинентного синдрому сигналізує про перехід до вираженої форми залежності.

Друга стадія адиктивної поведінки ускладнюється розвитком алкогольних психозів, включаючи делірій (білу гарячку), гострий алкогольний галюциноз та різні форми марення.

На третій стадії адиктивної поведінки потреба в алкоголі набуває вітальної значущості, прирівнюючись до базових фізіологічних потреб у харчуванні та сні. Абстинентний синдром супроводжується серйозними порушеннями серцево-судинної системи, гемодинамічними розладами та печінковою недостатністю, що часто призводить до летального результату. Типовий період розвитку повного циклу адиктивної поведінки від початку зловживання алкоголем до формування тяжкої залежності становить декілька років [20, с.1-2; 32, с.89].

За Т.Д. Мостовою, при формуванні алкогольної залежності відбуваються такі типові соціально-психологічні зміни:

- Домінування думок та розмов про алкоголь у повсякденному житті залежної особи.
- Посилення механізмів раціоналізації для виправдання своєї залежності: "всі п'ють", "без алкоголю неможливо зняти стрес", "я повністю контролюю своє вживання".
- Розвиток недовіри до людей, які не мають алкогольної залежності, включаючи фахівців, які намагаються допомогти: "вони не розуміють мене, бо не знають, що це таке".
- Перетворення алкоголю з причини залежності на головну мету існування та спосіб життя.
- Формування сильного бажання отримати алкоголь, заради якого людина готова долати будь-які перешкоди, вдаватися до брехні, проявляти захисно-агресивну поведінку, навіть вчиняти протиправні дії.
- Заперечення наявності залежності або применшення її серйозності: "я не алкоголік", "захочу - припиню пити". Це найбільш негативний прояв адиктивної установки, що ускладнює взаєморозуміння з оточуючими, перешкоджає отриманню допомоги і часто робить подолання залежності неможливим [32, с.14-15].

Тому, можна стверджувати, що у структурі адиктивної особистості важливе місце посідає деформація мотиваційно-потребової сфери [29, с.72]. Якщо на початкових етапах алкоголь вживається для отримання задоволення чи зняття напруги, то з розвитком залежності він стає засобом уникнення абстиненції та досягнення "нормального" самопочуття. Відбувається звуження інтересів, деформація системи цінностей, де центральне місце займає вживання алкоголю. Інші сфери життя (родина, робота, хобі) поступово втрачають значущість.

Виділяють наступні типи алкогольної адикції:

Алкоголізм I типу - форма залежності, що виникає під впливом комбінації середовищних та генетичних факторів, характеризується раннім початком (у дитячому або підлітковому віці), зустрічається виключно у чоловіків і має тяжкий перебіг.

Алкоголізм II типу - залежність із переважно генетичною етіологією, має пізніший початок і характеризується відсутністю агресивної поведінки та кримінальних схильностей.

Запійний алкоголізм - тяжка форма алкогольної залежності, за якої людина вживає алкоголь безперервно протягом багатьох днів, повністю втрачаючи контроль над ситуацією, що часто призводить до розвитку алкогольного делірію ("білої гарячки").

Прихований алкоголізм - форма залежності, коли особа маскує свою пристрасть до алкоголю від оточуючих, вживаючи спиртне в розбавленому вигляді або в малих дозах, але регулярно протягом дня.

Хронічний алкоголізм - патологічний стан із вираженою алкогольною залежністю та наявністю ознак ураження внутрішніх органів.

Алкогольна анозогнозія - нездатність залежної особи критично оцінювати свій хворобливий стан, включаючи неспроможність утриматися від вживання спиртного чи своєчасно припинити пити [15, с.6].

Дослідження алкогольної адикції виявляє її структурну організацію, що включає три взаємопов'язані компоненти:

Когнітивний компонент - сформована система знань про алкоголь та особливості його впливу на організм і психіку. Ці знання стають основою для формування адиктивної поведінки.

Афективно-оціночний компонент - позитивна оцінка алкоголю через очікування ейфорійного ефекту та звільнення від тривожних станів. Цей компонент підживлює подальше вживання, створюючи замкнене коло адикції.

Поведінковий компонент - систематичний вибір алкоголю як універсального засобу вирішення життєвих проблем, що стає домінуючою стратегією поведінки [49, с.107].

Важливо відзначити, що формування та прояви алкогольної адикції суттєво індивідуалізуються, набуваючи особливих характеристик залежно від темпераменту особистості та її генетичних, психологічних і фізіологічних особливостей.

На перший погляд під час епізодичного споживання алкогольні напої допомагають знизити емоційне напруження, проте регулярне вживання призводить до розвитку толерантності, що потребує постійного збільшення дози для досягнення бажаного ефекту. Паралельно формується психологічна залежність, що характеризується нав'язливим бажанням вживати алкоголь. Це бажання може мати різні форми - від емоційно забарвленого (афективного) до примусового (компульсивного), коли потреба в алкоголі стає пріоритетною над іншими життєвими потребами [39, с.116].

Феномен "алкогольної тріади", що включає втрату контролю, психічну та фізичну залежність, є класичним проявом адиктивної поведінки. Втрата контролю проявляється у неможливості зупинитися після першої дози алкоголю або обмежитися наміченою кількістю. Психічна залежність характеризується нав'язливим бажанням вживати алкоголь для досягнення комфортного психологічного стану. Фізична залежність виражається в соматичних проявах абстинентного синдрому при припиненні вживання.

Особливістю алкогольної адикції є формування специфічного мислення – адиктивного мислення, яке проявляється в раціоналізації своєї поведінки,

запереченні проблеми, мінімізації наслідків залежності та проекції відповідальності на зовнішні обставини, та неможливості контролювати споживання алкоголю [55]. Такий когнітивний стиль підтримує циклічність адиктивної поведінки та ускладнює усвідомлення проблеми самим залежним. Система психологічних захистів стає настільки потужною, що людина щиро вірить у свою здатність контролювати вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази протилежного.

Нейробіологічні механізми алкогольної адикції пов'язані зі змінами в системі винагороди мозку, особливо в дофамінергічних шляхах. Етиловий спирт, який міститься в алкогольних напоях потрапляє у кровотік і концентрується переважно в мозку та печінці. У мозку алкоголь порушує кисневе живлення нейронів, знищуючи клітини, особливо в корі великих півкуль, що відповідають за мислення. Систематичне вживання спиртного виснажує мозок, погіршує когнітивні функції і може призвести до алкогольної деменції. Печінка, головний детоксикаційний орган, також страждає від алкоголю, який порушує її антитоксичну функцію та метаболізм поживних речовин, що часто спричиняє цироз - жирове переродження тканини [6]. Тому хронічне вживання алкоголю призводить до нейроадаптації – мозок пристосовується до постійної наявності етанолу, що проявляється в зниженні чутливості рецепторів та порушенні нейромедіаторного балансу. Це створює біологічну основу для розвитку толерантності та абстинентного синдрому, посилюючи циклічність адиктивної поведінки.

Як підкреслює І.М.Лесик, адиктивна поведінка, пов'язана з алкоголем, спричиняє масштабні руйнівні наслідки, які проявляються як у фізичному, так і в соціально-психологічному вимірах. Зовнішні ознаки алкогольної залежності стають очевидними: характерний жовтуватий відтінок обличчя через ураження печінки свідчить про системне руйнування організму [25, с.14-15].

Особливо деструктивний вплив алкогольної адиктивної поведінки проявляється у психологічній сфері. Відбувається поступова деградація особистості: людина втрачає життєві цілі та здатність відчувати позитивні

емоції, страждає від порушень сну, галюцинацій, нападів необґрунтованого страху й агресії. [35]. Адиктивна поведінка призводить до хронічної втоми, непрацездатності, а згодом – до формування байдужості, озлоблення, аморальності та порушень пам'яті.

У соціальному аспекті руйнівна дія алкогольної адикції проявляється через втрату професійних навичок і роботи, що робить людину залежною від близьких. Адиктивна алкогольна поведінка зазвичай стає джерелом сімейних конфліктів, руйнує міжособистісні стосунки і часто призводить до розпаду сім'ї [7].

Серед специфічних рис адиктивної поведінки особливе місце займає феномен "тяги" до алкоголю. Це нав'язливе, непереборне бажання вжити алкоголь, яке виникає спонтанно або під впливом тригерів – ситуацій, місць, людей або емоційних станів, асоційованих з попереднім досвідом вживання [33]. Тяга має не лише психологічний, але й фізіологічний компонент, що виражається в активації специфічних нейронних зв'язків і біохімічних реакцій, сформованих в результаті патологічного научіння. Саме цей феномен робить алкогольну адиктивну поведінку надзвичайно стійкою до корекції.

Для повного розуміння структури алкогольної адиктивної поведінки важливо враховувати її системний характер. Вона впливає на всі рівні функціонування особистості: біологічний (через токсичне ураження органів і систем, порушення метаболізму та нейромедіаторного балансу), психологічний (через зміни в когнітивній, емоційній та мотиваційній сферах), соціальний (через руйнування міжособистісних зв'язків, професійну дезадаптацію, правопорушення) та духовний (через деформацію системи цінностей, втрату життєвих смислів, екзистенційну кризу). Така багаторівневість обумовлює необхідність комплексного підходу до профілактики та лікування, що охоплює всі аспекти проблеми – від медикаментозної корекції абстинентного синдрому до глибинної психотерапії та соціальної реабілітації.

З усього вищесказаного можна виділити наступні чинники алкогольної адикції:

На основі наданого тексту, чинники алкогольної адикції можна класифікувати наступним чином:

Психологічні чинники:

Стрес - Багато людей, які вживають алкоголь для зняття стресу, поступово розвивають залежність. З часом організм звикає до певної кількості алкоголю і потребує більше, щоб відчути той самий розслаблюючий ефект. Це створює замкнене коло, коли людина все частіше звертається до алкоголю, аби зняти напругу, і поступово втрачає здатність розслаблятися без нього [51].

Низький самоконтроль - проявляється у втраті здатності контролювати кількість спожитого алкоголю та неможливості зупинитися після першої дози [16, 17].

Депресії та тривожність - постійне вживання алкоголю призводить до хронічної інтоксикації організму, що провокує розвиток хімічного дисбалансу в головному мозку алкоголіка. Хворий стикається з постійно чи періодично пригніченим настроєм, втрачає інтерес до життя, енергію, з'являється песимізм. Все це перетікає в депресію, яка погіршує якість життя [36]. Постійне почуття смутку, погіршення стану фізичного та психічного здоров'я, а також втрата інтересу до життя це перші ознаки розвитку депресії, яка з часом переростає у великий депресивний розлад – клінічну депресію. Прагнучи полегшити перші ознаки депресії, більшість людей починають вживати спиртні напої, що є досить помилковим рішенням. Оскільки надмірне вживання алкоголю лише посилює її симптоми, а депресія, у свою чергу, викликає бажання ще більше вживати алкогольні напої для того, щоб впоратися з емоційним дискомфортом, створюючи замкнене коло, розірвати яке, без професійної допомоги неможливо [1].

Нестабільність настрою - алкоголь використовується для регуляції емоційних коливань та досягнення психологічної рівноваги [3, с.88-89]. Ці коливаннями настрою можуть включати дратівливість, агресію, депресію або раптові всплески енергії та емоційної нестабільності. Особи можуть також демонструвати зміну поведінки, ставши більш замкнутими, уникати соціальних

контактів або, навпаки, вести себе невластиво ризиковано чи безвідповідально [25].

Поведінкові чинники:

Агресивність - може бути як причиною (агресія як спосіб реагування), так і наслідком алкогольного вживання [19, 35]. У тверезих людей йде здорове й адекватне оцінювання загальноприйнятих норм поведінки. Алкоголіки ж не бачать ці рамки і норми, тому що у них вони розмиті. Через це в них трапляються часті припливи агресії, з'являються неконтрольовані бажання комусь нашкодити. Якщо твереза людина здатна контролювати свій гнів, то п'яна -ні, і в деяких випадках це може закінчитися дуже погано для однієї зі сторін [10] .

Емоційна незрілість - нездатність конструктивно справлятися з життєвими викликами без допомоги алкоголю [21 с.1-2]. Іноді молоді люди або підлітки роблять помилки, які дорослі їм пробачають через їхню ще недостатню зрілість. Люди, які страждають від запоїв, повертаються назад у це становище і роблять помилки, тому що не можуть адекватно оцінити свою поведінку [10].

Соціальні чинники:

Складнощі в будуванні соціальних зв'язків - алкоголь може використовуватися як "соціальний лубрикант" для полегшення спілкування [3, 7]. Алкоголіки втрачають почуття співпереживання до оточуючих їх людей. Так само важливо розуміти, що залежність людини впливає не тільки на неї, а й на всіх її близьких навколо. Вона залежить не тільки від пляшки, а й усе її коло спілкування залежить від неї самої. Тобто, люди стають «спів-залежними» від пороку дорогої їм людини [10].

Когнітивні порушення:

Заперечення хвороби - нездатність визнати наявність проблеми з алкоголем, що є найбільш негативним проявом адиктивної установки (дослідження Т.Д. Мостової, яка виділяла соціально-психологічні зміни) [15, 32]. Заперечення є однією з ключових характеристик алкогольної залежності. Люди часто не визнають, що вживання алкоголю є проблемою, незалежно від негативних наслідків для їхнього здоров'я, роботи, навчання чи відносин. Вони

можуть відкидати занепокоєння близьких або вважати, що можуть припинити пити в будь-який момент, але продовжують вживати алкоголь [1010].

Байдужість до навколишнього світу - поступова втрата інтересу до всього, крім алкоголю (І.М. Лесик) [25]. Особи з алкогольною залежністю часто втрачають інтерес до активностей, які раніше їм приносили задоволення. Хобі, соціальні зустрічі та інші інтереси можуть здатися менш привабливими порівняно з вживанням алкоголю. Це може призвести до відчуття одинокості та зниження загального рівня життєвої задоволеності [1].

Відсутність логіки - порушення раціонального мислення, заміна його адиктивним мисленням з раціоналізацією своєї поведінки [19, 55].

Фізіологічні порушення:

Гострі порушення сну - алкоголь спочатку може здаватися снодійним, але насправді порушує природну структуру сну [35]. Алкоголь впливає на якість сну, роблячи його переривчастим і менш відновлюючим. Це може призвести до хронічної втоми та зниження продуктивності. Крім того, алкоголізм часто призводить до недоїдання, оскільки алкоголь містить порожні калорії, які не мають живильної цінності, та може зменшувати апетит або витісняти більш здорове харчування [25].

Проблеми з мисленням та пам'яттю - систематичне вживання алкоголю призводить до когнітивних порушень через токсичний вплив на нейрони мозку, особливо в корі великих півкуль [6, 35]. Втрата пам’яті або так звані «чорні діри», коли людина не може згадати події, що відбувалися під час п’янки, є серйозним показником проблеми. Це не тільки небезпечно для самої особи, але й може призвести до негативних соціальних наслідків. Алкоголь впливає на когнітивні функції, ускладнюючи концентрацію та запам’ятовування інформації. Люди можуть виявляти труднощі з виконанням завдань на роботі або в навчанні, мати проблеми з пам’яттю або зіштовхуватися з «прогалинами» в пам’яті, що стосуються подій, які відбулися під час п’янки [25].

Ці чинники часто взаємопов'язані та підсилюють один одного, створюючи складну систему залежності, яка потребує комплексного підходу до лікування.

Отже, алкогольна адиктивна поведінка являє собою складний багатокомпонентний феномен, який характеризується поетапним розвитком від епізодичного вживання до сформованої патологічної залежності з домінуючим місцем алкоголю в структурі особистості. Формування алкогольної адикції обумовлене взаємодією генетичних, психологічних та соціокультурних чинників, що призводить до деформації мотиваційно-потребової сфери, розвитку специфічного адиктивного мислення та системи когнітивних спотворень, які підтримують циклічність патологічної поведінки. Особливістю алкогольної адикції є її системний деструктивний вплив на всі рівні функціонування особистості – біологічний, психологічний, соціальний та духовний, що обумовлює необхідність комплексного підходу до розуміння механізмів її формування та розробки ефективних стратегій профілактики і корекції цієї форми адиктивної поведінки.

1.3. Аналіз специфіки обстежуваних у контексті проблеми дослідження алкогольної залежності

Вивчення специфіки контингенту осіб з алкогольною залежністю є важливим етапом наукового дослідження, оскільки дозволяє визначити ключові соціально-демографічні, психологічні та клінічні характеристики досліджуваної групи. Детальний аналіз особливостей обстежуваних створює підґрунтя для розуміння механізмів формування та перебігу алкогольної залежності, а також сприяє виявленню факторів ризику та протективних чинників. Урахування індивідуальних особливостей пацієнтів, їхнього соціального статусу, тривалості захворювання, супутніх психічних розладів та мотивації до лікування дозволяє не лише оцінити репрезентативність вибірки, але й забезпечити валідність отриманих результатів та їх практичну значущість для розробки персоналізованих підходів до терапії алкогольної залежності.

Центр Анонімних Алкоголіків України, який став базою для дослідження, функціонує на принципах добровільності та анонімності. Єдиною вимогою для

членства в спільноті є щире бажання відмовитись від вживання алкоголю, що вже на етапі входження до групи забезпечує певний рівень усвідомлення проблеми та готовності до змін. Важливо відзначити, що спільнота не має вступних чи обов'язкових внесків, існуючи виключно за рахунок добровільних пожертвувань учасників, що робить допомогу доступною для людей різного соціально-економічного статусу [2].

Принциповою особливістю обстежуваної вибірки є її неафілійованість з будь-якими релігійними, політичними чи іншими організаціями. Анонімні Алкоголіки не пов'язані з сектами, віросповіданнями, політичними рухами чи установами, і така нейтральність створює сприятливе середовище для об'єднання людей з різними світоглядними позиціями навколо спільної мети – подолання алкогольної залежності. Саме ця відкритість і відсутність ідеологічного забарвлення дозволяє формувати вибірку, що відображає різноманітність соціальних, культурних та особистісних характеристик людей з алкогольною залежністю.

Головна мета обстежуваних – досягнення та підтримання тверезості, а також допомога іншим людям з алкогольною залежністю. Така орієнтація на взаємодопомогу формує специфічну атмосферу підтримки та відповідальності, що впливає на характер отриманих у дослідженні даних. Учасники дослідження знаходяться на різних етапах подолання залежності – від тих, хто нещодавно прийняв рішення про відмову від алкоголю, до людей з тривалим досвідом тверезості, що дозволяє відстежити динаміку змін у психоемоційному стані, копінг-стратегіях та соціальній адаптації в процесі одужання.

Ранній дорослий вік обстежуваних (переважно 19-29 років) також є важливим фактором, що визначає специфіку вибірки. Цей віковий період характеризується активним соціальним становленням, побудовою кар'єри та сім'ї, формуванням стабільних життєвих стратегій. Алкогольна залежність у цьому віці часто має руйнівний вплив на професійну реалізацію та міжособистісні стосунки, що підвищує мотивацію до змін. Водночас, молодший вік обстежуваних може бути пов'язаний з меншою тривалістю залежності

порівняно зі старшими віковими групами, що потенційно впливає на відсутність важких соматичних та психічних ускладнень алкоголізму.

Учасники дослідження, які звернулися до центру анонімних алкоголіків, демонструють різний ступінь усвідомлення проблеми та мотивації до змін, що дозволяє проаналізувати різноманітні аспекти залежної поведінки. Серед обстежуваних є особи, які перебувають на початкових етапах програми, і ті, хто має тривалий досвід тверезості та участі в терапевтичних групах.

Специфіка вибірки також полягає в тому, що всі учасники мають досвід звернення за допомогою, що свідчить про певний рівень рефлексії та готовності працювати над проблемою. Цей фактор є важливим для дослідження, оскільки дозволяє вивчати не лише механізми формування залежності, але й процеси одужання та ресоціалізації. Водночас необхідно враховувати, що результати дослідження не можуть бути повністю екстрапольовані на популяцію осіб з алкогольною залежністю, які не звертаються за професійною допомогою.

Соціально-демографічні характеристики обстежуваних відображають різноманітність факторів, що можуть впливати на розвиток алкогольної залежності. У вибірці представлені особи з різним рівнем освіти, професійним статусом, сімейним станом та тривалістю алкогольної залежності. Така гетерогенність дозволяє досліджувати взаємозв'язок між соціально-психологічними чинниками та особливостями перебігу адиктивної поведінки.

Важливим аспектом специфіки обстежуваних є наявність у багатьох з них досвіду попередніх спроб подолання залежності, включаючи медикаментозне лікування, індивідуальну психотерапію або участь в інших реабілітаційних програмах. Аналіз цього досвіду, з урахуванням успіхів та невдач, дозволяє глибше зрозуміти фактори, що сприяють ефективному подоланню алкогольної залежності або перешкоджають цьому процесу. Крім того, значна частина учасників дослідження має співзалежних членів родини, що розширює контекст аналізу проблеми залежності, включаючи системну сімейну перспективу.

Специфіка обстежуваних також визначається добровільністю їхньої участі як у програмі Анонімних Алкоголіків, так і в дослідженні. Ця добровільність є

відображенням внутрішньої мотивації до змін та готовності до саморефлексії, що може відрізняти вибірку від загальної популяції людей з алкогольною залежністю, значна частина яких не визнає проблеми або не прагне допомоги. Таким чином, отримані результати дослідження можуть бути більш застосовними до тієї категорії осіб з алкогольною залежністю, які вже усвідомили проблему та шукають шляхи її вирішення, що необхідно враховувати при інтерпретації даних та формулюванні висновків дослідження.

Конфіденційність та анонімність участі у дослідженні забезпечують створення безпечного простору для відвертого обговорення проблем, пов'язаних з алкогольною залежністю. Це особливо важливо з огляду на високий рівень стигматизації залежностей у суспільстві та часту наявність почуття сорому та провини у осіб з адиктивною поведінкою. Таким чином, специфіка обстежуваних, що відображає різноманітність проявів алкогольної залежності та шляхів її подолання, створює сприятливі умови для всебічного вивчення даної проблеми.

ВИСНОВКИ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

Проведений аналіз наукових підходів до проблеми алкогольної адикції демонструє її комплексну біопсихосоціальну природу, що формується під впливом взаємодії генетичних предиспозицій, психологічних механізмів та соціокультурних детермінант. Біологічні дослідження виявили специфічні індивідуальні особливості метаболізму та генетичні маркери, що вказують на підвищений ризик розвитку залежності, включаючи зміни в активності ферментів дофамінбетагідроксилази та моноамінооксидази. При цьому психологічні передумови адикції пов'язані з дефіцитом конструктивних стратегій подолання труднощів, неефективністю механізмів психологічного захисту та порушенням здатності адекватно оцінювати життєві виклики. Такі фактори об'єднуються із соціокультурними впливами, які нормалізують або навіть заохочують вживання алкоголю, перетворюючи питущу поведінку із ситуативного явища на стійку залежність з глибокими структурними змінами на всіх рівнях функціонування особистості.

Алкогольна адиктивна поведінка являє собою складне багатокомпонентне явище, що характеризується поступовою трансформацією від епізодичного вживання алкоголю до сформованої патологічної залежності з руйнівними наслідками для всіх сфер життєдіяльності людини. Дослідження виявляє системний характер алкогольної адикції, що проявляється через взаємодію когнітивного, афективно-оціночного та поведінкового компонентів, призводить до формування "алкогольної тріади" (втрата контролю, психічна та фізична залежність) та супроводжується специфічними нейробіологічними змінами в системі винагороди мозку. Розвиток алкогольної адиктивної поведінки зумовлюється комплексом взаємопов'язаних чинників різної природи, що підсилюють один одного та створюють стійку патологічну систему, яка потребує комплексного терапевтичного підходу з урахуванням біологічного, психологічного, соціального та духовного рівнів функціонування особистості.

Виявлено з теоретичного розділу чинники алкгольної адикції: психологічні чинники (стрес, низький самоконтроль, депресії та тривожність, нестабільність настрою), поведінкові чинники (агресивність, емоційна незрілість), соціальні чинники (складнощі в будуванні соціальних зв'язків), когнітивні порушення (заперечення хвороби, байдужість до навколишнього світу, відсутність логіки), фізіологічні порушення (гострі порушення сну, проблеми з мисленням та пам'яттю).

Підтверджено, що руйнівний вплив алкогольної адикції проявляється на всіх рівнях людського функціонування: фізичному (токсичне ураження внутрішніх органів, особливо печінки та мозку), психологічному (деградація особистості, втрата життєвих цілей, порушення емоційної регуляції), соціальному (втрата роботи, руйнування сімейних відносин, ізоляція) та духовному (деформація системи цінностей, екзистенційна криза).

Методологічно обґрунтовано дослідження алкогольної залежності на вибірці з 50 осіб раннього дорослого віку (із рівномірним гендерним розподілом) дозволяє провести комплексний аналіз проблеми з урахуванням гендерних особливостей формування, переживання та подолання адикції. Оптимальний розмір вибірки забезпечує баланс між статистичною значущістю та глибиною аналізу індивідуальних випадків, уможливлюючи застосування як кількісних, так і якісних методів дослідження. Специфіка обстежуваних, які добровільно звернулися до центру анонімних алкоголіків, свідчить про певний рівень усвідомлення проблеми та мотивації до змін, що дозволяє досліджувати не лише патогенетичні механізми залежності, а й процеси одужання та ресоціалізації в умовах терапевтичної спільноти, вільної від ідеологічних та інституційних упереджень.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ АЛКОГОЛЬНОЇ АДИКЦІЇ

2.1. Характеристика методів дослідження і критеріїв, на основі яких досліджують групи обстежуваних з алкогольною адикцією

Алкогольна адикція як складний біопсихосоціальний феномен потребує всебічного дослідження особистісних характеристик пацієнтів, що дозволяє визначити напрямки психокорекційної та терапевтичної роботи. Дослідження групи осіб з алкогольною проводилось за допомогою комплексу психодіагностичних методик, що охоплюють різні аспекти особистісного функціонування.

Для вивчення особливостей відповідальності у осіб з алкогольною адикцією було використано опитувальник "Шкала локусу контролю" (РСК) Дж. Роттера [34]. Даний інструмент дозволяє оцінити рівень інтернальності-екстернальності особистості, тобто схильність приписувати відповідальність за події власного життя собі (інтернальний локус контролю) чи зовнішнім обставинам (екстернальний локус контролю). Методика складається з 44 тверджень, а інтерпретація результатів дозволяє оцінити загальну інтернальність та інтернальність у різних сферах життя: досягнень, невдач, сімейних відносин, виробничих відносин, міжособистісних відносин та здоров'я. Особливу увагу в дослідженні приділено аналізу зв'язку локусу контролю із схильністю до зловживання алкоголем та особливостями перебігу адиктивного процесу.

Вольова саморегуляція як ключовий механізм подолання залежності досліджувалась за допомогою методики дослідження вольової саморегуляції А.В. Звєркова та Є.В. Ейдмана [30]. Даний тест-опитувальник дозволяє визначити рівень розвитку вольової саморегуляції загалом та окремих її компонентів: наполегливості та самовладання. Методика містить 30 тверджень, які респондент оцінює як правильні чи неправильні стосовно себе. Високі показники за шкалою загальної вольової саморегуляції характеризують осіб емоційно зрілих, активних, незалежних, самостійних, а низькі показники

притаманні чутливим, емоційно нестійким людям з підвищеною тривожністю. Шкала наполегливості характеризує силу намірів людини, її прагнення до завершення розпочатої справи, а шкала самовладання відображає рівень контролю емоційних реакцій. Дослідження цих показників дозволяє визначити здатність осіб з алкогольною адикцією до самоконтролю та регуляції власної поведінки, що є важливим фактором у процесі одужання.

Конфліктність як особистісна характеристика оцінювалась за допомогою тесту на визначення рівня конфліктності індивіда за методикою Д.М. Рамендик [44]. Даний діагностичний інструмент дозволяє визначити індивідуальну схильність до конфліктної поведінки в різних ситуаціях міжособистісної взаємодії. Методика містить набір тверджень, що відображають типові поведінкові реакції в конфліктних ситуаціях. Результати тестування представляються у вигляді кількісного показника, що відображає рівень конфліктності особистості від низького до високого. Аналіз результатів дозволяє виявити характерні для осіб з алкогольною залежністю патерни поведінки в конфліктних ситуаціях, що є важливим для розуміння психосоціального контексту адиктивного процесу та планування психокорекційних заходів з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнтів.

Для дослідження самооцінки обстежуваних було застосовано шкалу самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) [54]. Ця методика є одним з найбільш широко використовуваних інструментів для оцінки глобальної самооцінки особистості, що розглядається як позитивне чи негативне ставлення до себе в цілому. Опитувальник містить 10 тверджень, оцінюваних за 4-бальною шкалою від "повністю згоден" до "повністю не згоден". Висока самооцінка свідчить про почуття власної гідності, самоповагу та адекватне самоприйняття, тоді як низька самооцінка пов'язана з самокритичністю, невпевненістю в собі та схильністю до самозвинувачення. У контексті дослідження осіб з алкогольною адикцією особливо важливим є аналіз взаємозв'язку між рівнем самооцінки та тяжкістю адиктивної поведінки, оскільки низька самооцінка часто виступає як один з підтримуючих факторів залежності.

Для оцінки рівня психологічного стресу у обстежуваних використовувалася шкала психологічного стресу PSM-25 (Psychological Stress Measure) Лемура-Тесье-Філліон (Lemyr-Tessier-Fillion) [53]. Даний інструмент призначений для вимірювання феноменологічної структури переживань стресу та дозволяє оцінити рівень стресових відчуттів у соматичних, поведінкових та емоційних показниках. Методика містить 25 тверджень, що відображають різні суб'єктивні переживання стресу, які респондент оцінює за шкалою від 1 до 8 балів. Підсумковий показник трактується як індикатор психічної напруженості та дозволяє диференціювати низький, середній та високий рівні стресу. У контексті дослідження осіб з алкогольною адикцією особливо важливим є вивчення стресу як фактора, що може виступати як тригер початку вживання алкоголю, так і як наслідок тривалої алкоголізації.

Обґрунтування вибору вибірки у 50 осіб з алкогольною адикцією

1. Вихідні дані

Припущення про генеральну сукупність:

- Населення України: ~41 млн осіб
- Особи віком 19-39 років: ~12 млн осіб (близько 30% від загального населення)
- Поширеність алкогольної залежності в віковій групі 19-39: 3-4% (за даними ВООЗ)
- Розрахункова кількість осіб з алкогольною залежністю (19-39 років): N = 12,000,000 × 0.035 = 420,000 осіб

2. Формула для розрахунку мінімального розміру вибірки

Для великої генеральної сукупності (N > 100,000):

$n = (Z^2\alpha/2 \times p \times q) / \varepsilon^2$

Де:

- n = розмір вибірки
- $Z\alpha/2$ = критичне значення нормального розподілу
- p = частка ознаки в генеральній сукупності
- q = 1 - p

- ε = допустима похибка

Для скінченної генеральної сукупності:

$n = (Z^2\alpha/2 \times p \times q \times N) / (\varepsilon^2 \times (N-1) + Z^2\alpha/2 \times p \times q)$

3. Параметри розрахунку

Задані параметри:

- Довірча ймовірність: 95% (α = 0.05)
- Zα/2 = 1.96
- Допустима похибка: ε = 14% (0.14)
- Частка ознаки: p = 0.5 (максимальна дисперсія)
- q = 1 - p = 0.5
- N = 420,000 (генеральна сукупність осіб 19-39 років з алкогольною залежністю)

4. Розрахунки

Варіант 1: Розрахунок для нескінченної сукупності

$n = (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5) / 0.14^2$

$n = (3.8416 \times 0.25) / 0.0196$

$n = 0.9604 / 0.0196$

$n = 49.0 \approx 49$ осіб

Варіант 2: Розрахунок для скінченної сукупності

$n = (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 420{,}000) / (0.14^2 \times (420{,}000-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)$

$n = (3.8416 \times 0.25 \times 420{,}000) / (0.0196 \times 419{,}999 + 0.9604)$

$n = 403{,}668 / (8{,}231.98 + 0.9604)$

$n = 403{,}668 / 8{,}232.94$

$n = 49.0 \approx 49$ осіб

5. Обґрунтування вибірки n = 50

Статистичне обґрунтування:

Розрахований мінімальний розмір вибірки становить 49 осіб, тому вибірка у 50 осіб є **статистично обґрунтованою**.

Параметри точності при n = 50:

- **Довірчий інтервал:** 95%

- **Похибка вибірки:** ±13.9%
- **Стандартна похибка:** 0.071

На основі проведених розрахунків, вибірка з 50 осіб віком 19-39 років, що відповідає періоду раннього дорослого віку за класифікацією Е. Еріксона [22], є статистично обґрунтованою для дослідження алкогольної залежності, оскільки розрахований мінімальний розмір становить 49 респондентів при генеральній сукупності близько 420,000 осіб цієї вікової категорії з алкогольною залежністю в Україні. При використанні такої вибірки похибка становитиме ±13,9%, що є прийнятним для дослідницьких цілей, особливо враховуючи специфіку досліджуваної проблеми та складність доступу до цільової групи.

Гендерний розподіл є рівномірним - 25 жінок і 25 чоловіків, що дозволяє проводити порівняльний аналіз особливостей прояву досліджуваних характеристик з урахуванням гендерного фактору. Всі учасники дослідження перебували на різних стадіях лікування алкогольної залежності та надали інформовану згоду на участь у дослідженні. Дослідження проводилося з дотриманням етичних принципів проведення психологічних досліджень.

Вибір кількості досліджуваних у 50 осіб раннього дорослого віку (25 жінок і 25 чоловіків) для дослідження алкогольної залежності можна обґрунтувати кількома важливими методологічними міркуваннями:

Статистична значущість

Вибірка у 50 осіб є достатньою для проведення базового статистичного аналізу з прийнятним рівнем статистичної потужності. При такому обсязі вибірки можна виявити середні та великі ефекти при застосуванні стандартних статистичних методів (t-тести, кореляційний аналіз, регресійний аналіз).

Гендерний баланс

Рівномірний розподіл між жінками (25 осіб) і чоловіками (25 осіб) дозволяє:

- Проводити валідні гендерні порівняння
- Виявляти специфічні патерни формування залежності у кожної групи

- Аналізувати гендерні відмінності в ефективності терапевтичних інтервенцій
- Уникнути зміщення результатів у бік однієї статі

Практична доцільність

В умовах реабілітаційного центру робота з групою у 50 осіб:

- Є оптимальною з точки зору організаційних можливостей
- Дозволяє забезпечити глибинний підхід до збору даних (інтерв'ю, спостереження)
- Надає можливість якісного супроводу кожного учасника

Вікова специфіка

Зосередження на ранньому дорослому віці обґрунтовано тим, що:

- Це критичний період формування стійких поведінкових паттернів
- Залежність, сформована в цьому віці, має довгострокові наслідки
- Саме в цьому віці терапевтичні інтервенції можуть бути найбільш ефективними

Методологічна обґрунтованість

Для використання різноманітних дослідницьких методів (кількісних і якісних) вибірка у 50 осіб є збалансованою:

- Достатньо велика для статистичної обробки кількісних даних
- Не надто велика для проведення глибинних якісних досліджень
- Дозволяє застосовувати змішані методи дослідження

Вибірка у 50 осіб дозволяє ефективно розподілити ресурси та час дослідників, зберігаючи високу якість збору даних.

Таким чином, обсяг вибірки у 50 осіб раннього дорослого віку з рівномірним гендерним розподілом є методологічно обґрунтованим для даного дослідження, забезпечуючи баланс між статистичною значущістю та глибиною аналізу індивідуальних випадків.

Процедура проведення дослідження складалася з декількох послідовних кроків. Спочатку з потенційними учасниками проводилась онлайн-консультація, під час якої вони отримували детальні пояснення щодо мети та методики

дослідження, а також надавали інформовану згоду на участь. Наступним етапом було психодіагностичне обстеження з використанням визначеного комплексу методик. Все тестування відбувалося виключно в онлайн форматі з дотриманням принципу анонімності. До кожної методики учасникам надавалась стандартизована інструкція, а у випадку виникнення запитань, респонденти могли отримати додаткові роз'яснення через електронні засоби комунікації.

Для обробки та інтерпретації отриманих у ході дослідження даних було застосовано комплексний підхід, що поєднував методи кількісного та якісного аналізу. Кількісний аналіз полягав у статистичній обробці результатів психодіагностичного обстеження з використанням методів математичної статистики, що дозволило виявити числові закономірності та встановити статистично значущі кореляції між досліджуваними показниками. Якісний аналіз був спрямований на глибинну інтерпретацію отриманих даних з урахуванням індивідуальних особливостей респондентів, специфіки клінічних проявів алкогольної адикції та психосоціального контексту її формування. Такий комплексний підхід забезпечив всебічне розуміння особистісних характеристик осіб з алкогольною залежністю та дозволив сформулювати науково обґрунтовані рекомендації щодо оптимізації психокорекційних та терапевтичних заходів з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів. Анкети дослідження з описом шкал та ключів занесені у ДОДАТКАХ даної роботи.

2.2. Комплексне психодіагностичне дослідження психологічних особливостей алкогольної адиктивної поведінки дорослих (якісний і кількісний аналіз)

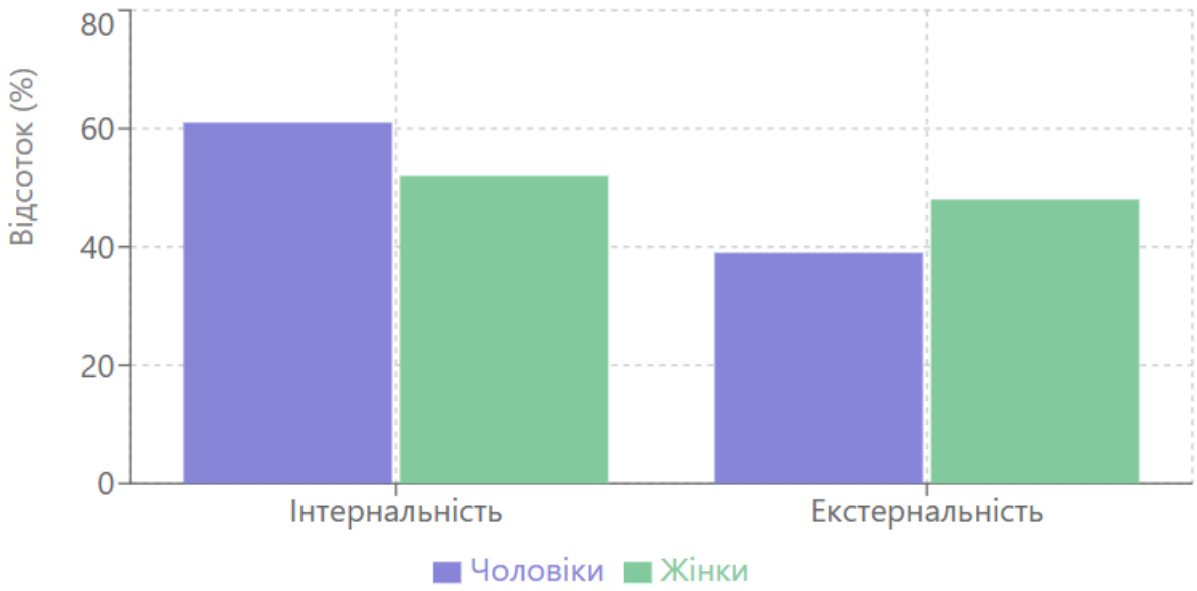
На основі зібраних емпіричних даних було проведено комплексне психодіагностичне дослідження особливостей алкогольної адиктивної поведінки у дорослих. У дослідженні взяли участь 50 осіб віком від 19 до 39 років, з них 25 жінок та 25 чоловіків, які мають ознаки алкогольної адикції. Для діагностики було використано комплекс психодіагностичних методик, які дозволяють

оцінити різні психологічні характеристики, що можуть бути пов'язані з розвитком та перебігом алкогольної залежності. Опитування було проведене анонімно в онлайн режимі.

Першим етапом дослідження було визначення рівня суб'єктивного контролю за методикою Дж. Роттера.

Таблиця 2.2.1 – Таблиця кількісного аналізу за шкалою локусу контролю (за методикою Дж. Роттера)

Показник	Чоловіки (n=25)	Жінки (n=25)	Різниця
Середнє значення позитивних відповідей	1.79	2.28	0.49
Середнє значення негативних відповідей	-1.48	-2.19	0.71
Загальна сума балів	7.72	2.32	5.40
Стандартне відхилення позитивних відповідей	0.64	0.77	-
Стандартне відхилення негативних відповідей	0.50	0.76	-
Інтернальність (відсоток)	61%	52%	9%
Екстернальність (відсоток)	39%	48%	9%



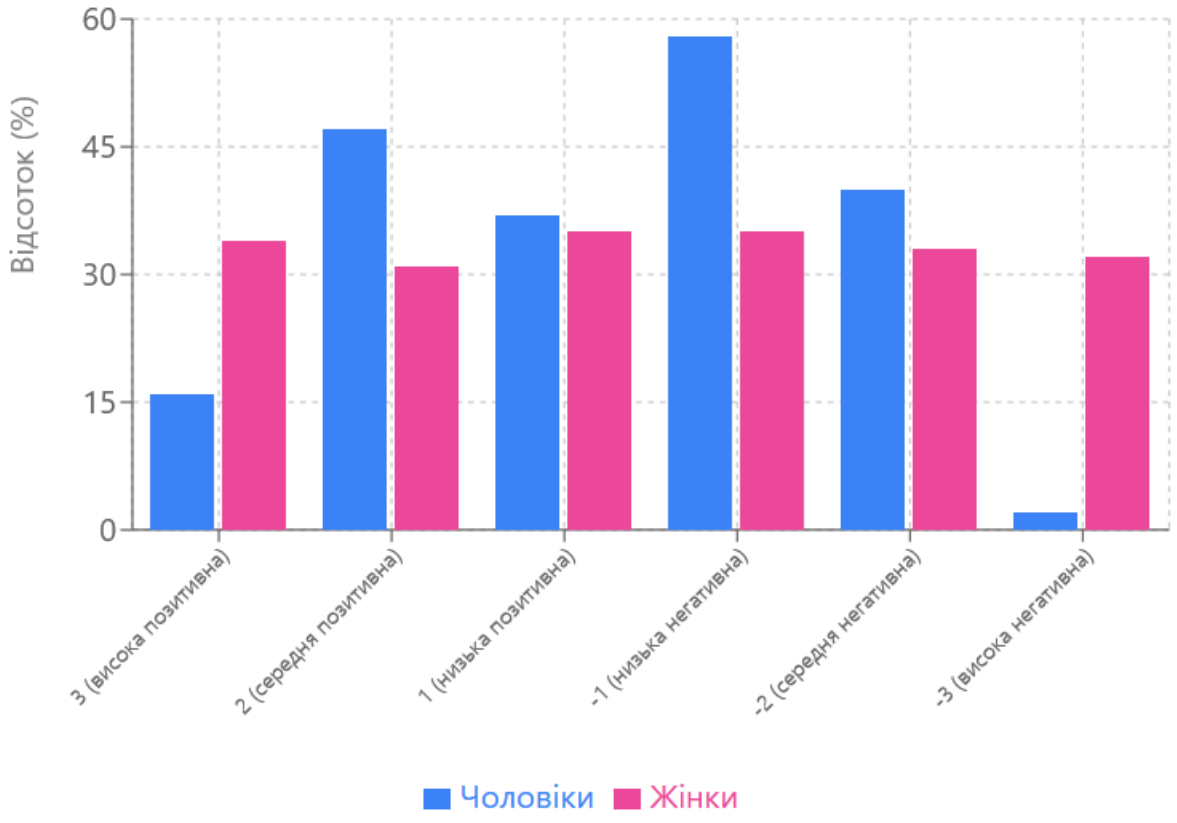
Діаграма 1. Локус контролю за методикою Дж. Роттера

Представлена діаграма 1 демонструє статеві відмінності у локусі контролю згідно з методикою Дж. Роттера на вибірці з 50 респондентів (25 чоловіків та 25 жінок). Діаграма показує, що чоловіки мають вищий рівень інтернального локусу контролю (61% проти 52% у жінок), що означає більшу схильність приписувати результати своїх дій власним зусиллям та здібностям, а не зовнішнім обставинам. Загальна сума балів також значно вища у чоловіків (7.72 проти 2.32), що підтверджує цю тенденцію. Водночас жінки демонструють вищі

середні значення як позитивних (2.28 проти 1.79), так і негативних відповідей (-2.19 проти -1.48), а також більше стандартне відхилення в обох категоріях, що може свідчити про більшу варіативність у їхніх відповідях та менш стабільний локус контролю порівняно з чоловіками.

Таблиця 2.2.2 – Розподіл відповідей за значеннями (частота вибору варіантів)

Значення відповіді	Чоловіки (%)	Жінки (%)	Різниця
3 (висока позитивна)	16%	34%	18%
2 (середня позитивна)	47%	31%	16%
1 (низька позитивна)	37%	35%	2%
-1 (низька негативна)	58%	35%	23%
-2 (середня негативна)	40%	33%	7%
-3 (висока негативна)	2%	32%	30%



Діаграма 2. Розподіл відповідей за значеннями (частота вибору варіантів)

Представлена діаграма 2 демонструє значні статеві відмінності у розподілі відповідей за інтенсивністю позитивних та негативних реакцій у дослідженні локусу контролю. Найбільш виражені розбіжності спостерігаються у крайніх

значеннях: жінки значно частіше обирають високі негативні відповіді (-3: 32% проти 2% у чоловіків) та високі позитивні відповіді (3: 34% проти 16%), що свідчить про більшу емоційну амплітуду їхніх реакцій. Натомість чоловіки демонструють перевагу у помірних реакціях - вони частіше обирають середні позитивні відповіді (47% проти 31%) та низькі негативні відповіді (58% проти 35%), що може вказувати на більш стримане та збалансоване ставлення до контролю над життєвими подіями. Ця поляризація у відповідях жінок (високі показники як у позитивному, так і в негативному спектрі) підтверджує висновок про більшу варіативність їхнього локусу контролю порівняно з більш стабільними та помірними показниками чоловіків.

Аналіз результатів опитувальника Роттера: гендерні відмінності локусу контролю

Дослідження локусу контролю за методикою Роттера виявило значущі гендерні відмінності між учасниками. Як показує таблиця 2.2.1 Чоловіки продемонстрували вищий рівень інтернальності (61% проти 52% у жінок) та нижчий рівень екстернальності (39% проти 48% у жінок), що відображається у суттєво вищій середній сумі балів у чоловіків (7,72) порівняно з жінками (2,32). Натомість таблиця 2.2.2 демонструє, що жінки частіше обирали крайні варіанти відповідей (3 та -3) та демонстрували вищу інтенсивність як позитивних (2,28), так і негативних (-2,19) оцінок, тоді як чоловіки тяжіли до поміркованих оцінок, надаючи перевагу варіантам 2 та -1, з менш вираженою інтенсивністю позитивних (1,79) та негативних (-1,48) відповідей.

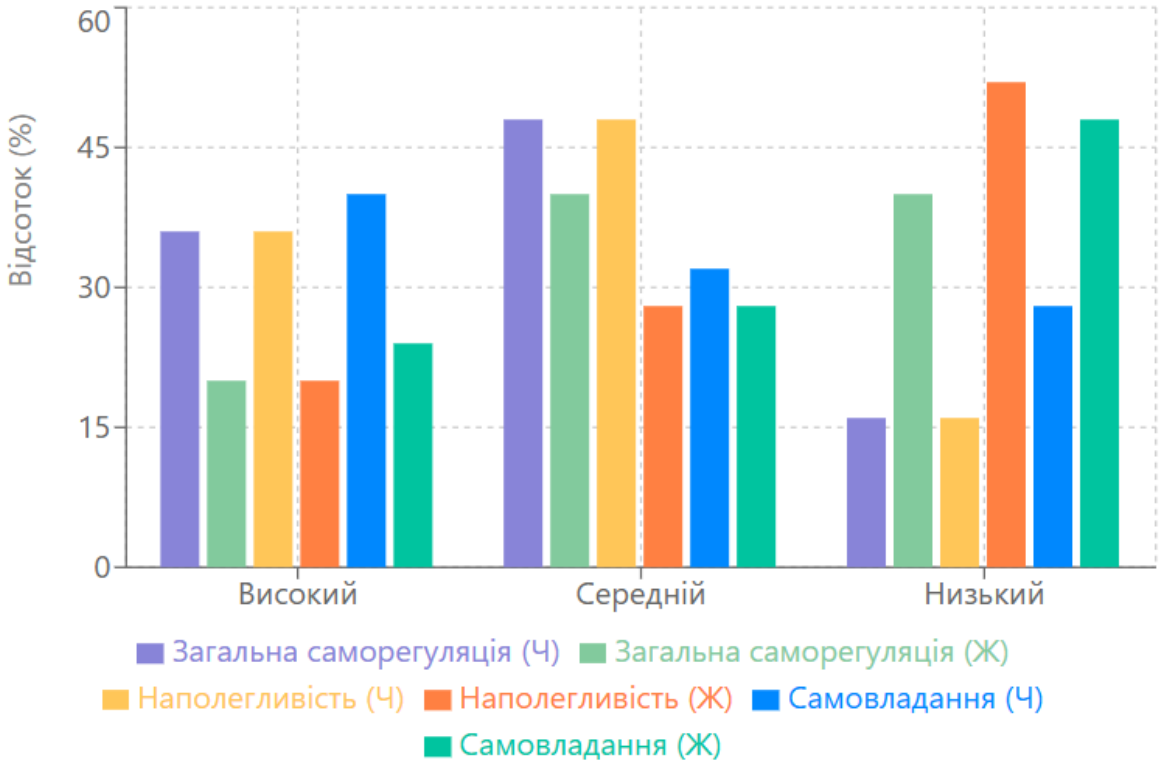
Виявлені відмінності можуть пояснюватися комплексною взаємодією біологічних та соціально-культурних факторів. Вища інтернальність чоловіків може відображати соціальні очікування щодо їхньої незалежності та відповідальності, спонукаючи їх до більш проактивної поведінки та самостійного прийняття рішень. Натомість, вища екстернальність жінок може бути пов'язана з їхньою більшою соціальною орієнтованістю та схильністю враховувати зовнішні фактори при оцінці життєвих подій, що також відображається у більш емоційному та категоричному сприйнятті ситуацій. Втім,

варто зауважити, що дослідження має певні обмеження, оскільки не враховує вікові, освітні та інші демографічні фактори, що могли б збагатити розуміння виявлених закономірностей та їхнього практичного значення для психологічної роботи з представниками різних гендерів.

Наступним кроком було дослідження вольової саморегуляції за методикою А. Звєркова та Є. Ейдмана.

Таблиця 2.2.3 – Розподіл рівнів вольової саморегуляції у досліджуваних за методикою А. Звєркова та Є. Ейдмана (n=50)

Шкали та рівні	Чоловіки (n=25)			Жінки (n=25)			Загальна вибірка (n=50)		
	Кількість осіб	%	M±SD	Кількість осіб	%	M±SD	Кількість осіб	%	M±SD
Загальна вольова саморегуляція			10,32±3,37			9,04±3,15			9,68±3,29
Високий рівень (12-16)	9	36,0		5	20,0		14	28,0	
Середній рівень (8-11)	12	48,0		10	40,0		22	44,0	
Низький рівень (5-7)	4	16,0		10	40,0		14	28,0	
Наполегливість			7,28±2,67			5,72±2,44			6,50±2,63
Високий рівень (9-11)	9	36,0		5	20,0		14	28,0	
Середній рівень (6-8)	12	48,0		7	28,0		19	38,0	
Низький рівень (3-5)	4	16,0		13	52,0		17	34,0	
Самовладання			5,36±2,27			5,00±2,12			5,18±2,18
Високий рівень (7-8)	10	40,0		6	24,0		16	32,0	
Середній рівень (5-6)	8	32,0		7	28,0		15	30,0	
Низький рівень (2-4)	7	28,0		12	48,0		19	38,0	



Діаграма 3. Рівні вольової саморегуляції за методикою А.Звєрькова та Є.Ейдмана

Аналіз результатів дослідження вольової саморегуляції за методикою А. Звєрькова та Є. Ейдмана

Як свідчать дані таблиці 2.2.3, у вибірці загалом переважає середній рівень загальної вольової саморегуляції (44% досліджуваних), із середнім показником 9,68±3,29 балів. Виявлено значні гендерні відмінності: чоловіки демонструють вищі показники загальної вольової саморегуляції (10,32±3,37 проти 9,04±3,15 у жінок), а також мають більшу частку осіб із високим рівнем (36% проти 20%) і меншу – з низьким рівнем (16% проти 40%). За шкалою "Наполегливість" гендерні відмінності найбільш виражені: у чоловіків переважає середній (48%) та високий (36%) рівні, тоді як у жінок домінує низький рівень (52%).

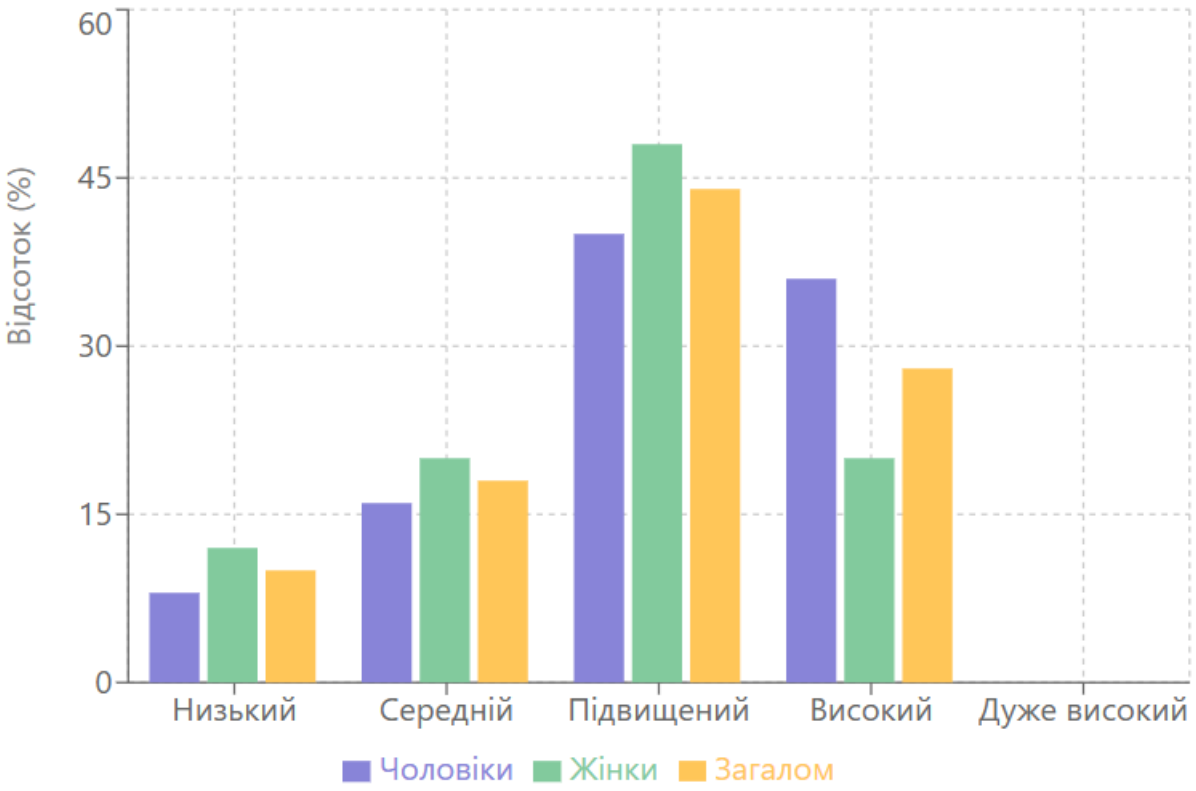
За шкалою "Самовладання" середній показник у вибірці складає 5,18±2,18 балів, що відповідає середньому рівню, з менш вираженими гендерними відмінностями в середніх значеннях (чоловіки – 5,36±2,27; жінки – 5,00±2,12). Проте розподіл за рівнями демонструє, що серед чоловіків переважає високий рівень самовладання (40%), тоді як серед жінок – низький (48%). Таким чином, результати дослідження вказують на те, що чоловіки загалом проявляють вищий

рівень вольового контролю поведінки, більшу цілеспрямованість та емоційну стабільність порівняно з жінками, що може бути пов'язано як із біологічними факторами, так і з соціальними очікуваннями щодо гендерних ролей.

Діаграма 3 демонструє значні статеві відмінності у рівнях вольової саморегуляції за всіма трьома шкалами методики А. Звєрькова та Є. Ейдмана. Чоловіки систематично переважають жінок за середніми показниками: загальна вольова саморегуляція (10,32±3,37 проти 9,04±3,15), наполегливість (7,28±2,67 проти 5,72±2,44) та самовладання (5,36±2,27 проти 5,00±2,12). Найбільш виражені розбіжності спостерігаються у розподілі рівнів: серед чоловіків 36% мають високий рівень загальної вольової саморегуляції проти лише 20% жінок, тоді як 40% жінок демонструють низький рівень проти 16% чоловіків. Особливо критична ситуація з наполегливістю, де 52% жінок мають низький рівень порівняно з 16% чоловіків, що може свідчити про різні стратегії досягнення цілей та подолання перешкод між статями. Загалом, дані вказують на більш стабільні та розвинені механізми вольової саморегуляції у чоловіків порівняно з більш варіативними та часто зниженими показниками у жінок.Третій етап – дослідження рівня конфліктності за методикою Д.М. Рамендик.

Таблиця 2.2.4 – Розподіл респондентів з алкогольною адикцією за рівнем конфліктності особистості за методикою Д.М. Рамендик (n=50)

Рівень конфліктності	Загальна вибірка		Чоловіки (n=25)		Жінки (n=25)	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Низький	5	10%	2	8%	3	12%
Середній	9	18%	4	16%	5	20%
Підвищений	22	44%	10	40%	12	48%
Високий	14	28%	9	36%	5	20%
Дуже високий	0	0%	0	0%	0	0%
Всього	50	100%	25	100%	25	100%



Діаграма 4. Рівень конфліктності за методикою Д.М.Радемник

Як видно з таблиці 2.2.4, результати діагностики рівня конфліктності особистості за методикою Д.М. Рамендик демонструють, що серед обстежених респондентів з алкогольною адикцією переважає підвищений рівень конфліктності (44% загальної вибірки). Значна частина досліджуваних (28%) виявляє високий рівень конфліктності, тоді як середній та низький рівні представлені меншими частками – 18% та 10% відповідно. Цікаво відзначити, що в досліджуваній вибірці повністю відсутні особи з дуже високим рівнем конфліктності.

Порівняльний аналіз показників конфліктності особистості за гендерною ознакою виявляє певні відмінності в розподілі. Серед чоловіків спостерігається більша частка осіб з високим рівнем конфліктності (36%) порівняно з жінками (20%). Натомість, у жінок частіше зустрічається підвищений рівень конфліктності (48% проти 40% у чоловіків), а також дещо вищі показники середнього (20% проти 16%) та низького (12% проти 8%) рівнів. Це може свідчити про тенденцію до більш вираженої конфліктності у чоловіків з

алкогольною адикцією порівняно з жінками тієї ж клінічної групи, що потребує врахування при розробці корекційних та профілактичних програм.

Діаграма 4 показує тривожну картину високого рівня конфліктності серед респондентів з алкогольною адикцією, де 72% досліджуваних (36 осіб) мають підвищений або високий рівень конфліктності особистості. Найбільш поширеним є підвищений рівень конфліктності, який притаманний 44% всієї вибірки (22 особи), при цьому жінки демонструють вищу схильність до цього рівня (48% проти 40% чоловіків). Статеві відмінності проявляються у тому, що чоловіки частіше мають критично високий рівень конфліктності (36% проти 20% жінок), тоді як жінки більш рівномірно розподіляються між підвищеним та низькими рівнями. Лише 28% респондентів (14 осіб) мають прийнятні рівні конфліктності (низький та середній разом), що підкреслює серйозність проблеми міжособистісних стосунків у людей з алкогольною залежністю та вказує на необхідність цілеспрямованої психокорекційної роботи з розвитку конфліктологічної компетентності.

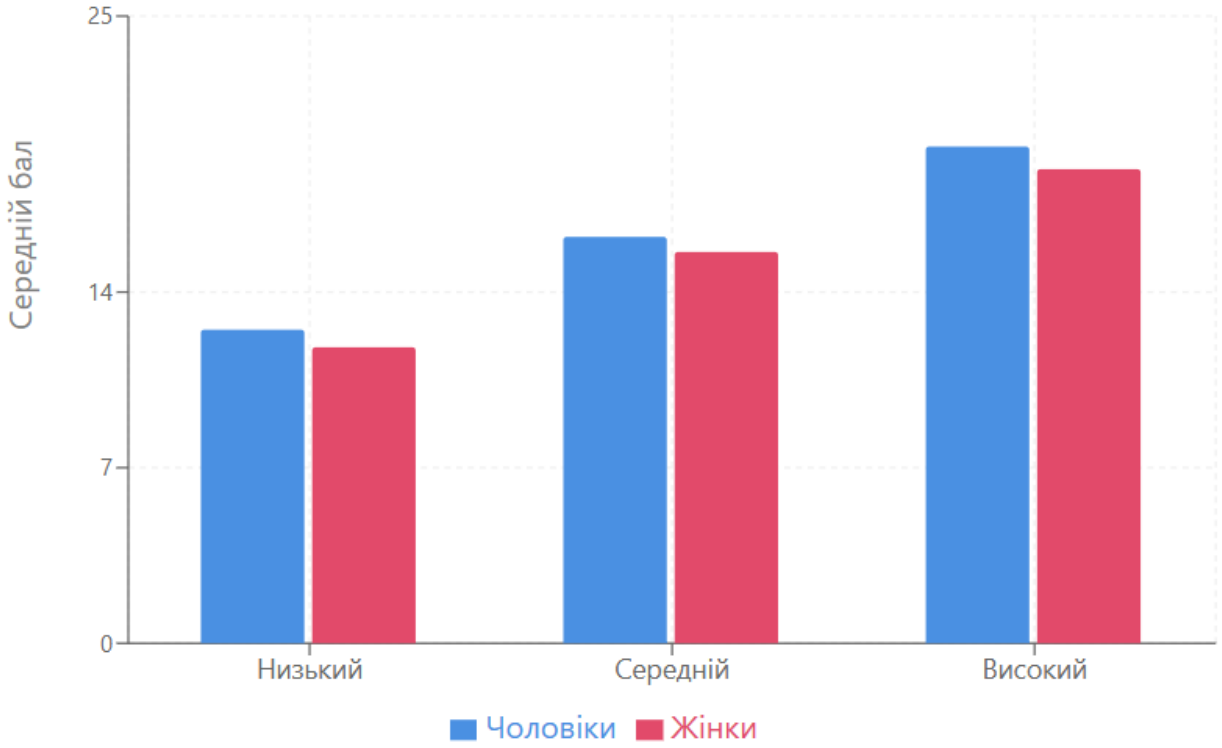
Наступний етап дослідження – аналіз рівня самооцінки за шкалою Розенберга.

Таблиця 2.2.5 - Розподіл відповідей респондентів за пунктами шкали Розенберга

№	Твердження	Група	Цілком згоден (3 бали)	Швидше згоден (2 бали)	Швидше не згоден (1 бал)	Цілком не згоден (0 балів)
1	Загалом я собою задоволений	Чоловіки	4 (16%)	7 (28%)	9 (36%)	5 (20%)
		Жінки	2 (8%)	5 (20%)	11 (44%)	7 (28%)
		Разом	6 (12%)	12 (24%)	20 (40%)	12 (24%)
2*	Часом мені здається, що я не зовсім добрий	Чоловіки	8 (32%)	9 (36%)	5 (20%)	3 (12%)
		Жінки	10 (40%)	11 (44%)	3 (12%)	1 (4%)
		Разом	18 (36%)	20 (40%)	8 (16%)	4 (8%)

3	Я відчуваю, що маю ряд хороших якостей	Чоловіки	6 (24%)	9 (36%)	7 (28%)	3 (12%)
		Жінки	4 (16%)	7 (28%)	10 (40%)	4 (16%)
		Разом	10 (20%)	16 (32%)	17 (34%)	7 (14%)
4	Багато речей я здатний робити не гірше більшості інших людей	Чоловіки	5 (20%)	8 (32%)	8 (32%)	4 (16%)
		Жінки	3 (12%)	6 (24%)	9 (36%)	7 (28%)
		Разом	8 (16%)	14 (28%)	17 (34%)	11 (22%)
5*	Мені здається, що мені нема чим пишатися	Чоловіки	7 (28%)	10 (40%)	6 (24%)	2 (8%)
		Жінки	9 (36%)	12 (48%)	3 (12%)	1 (4%)
		Разом	16 (32%)	22 (44%)	9 (18%)	3 (6%)
6*	Часом я справді відчуваю себе непотрібним	Чоловіки	9 (36%)	8 (32%)	6 (24%)	2 (8%)
		Жінки	12 (48%)	9 (36%)	3 (12%)	1 (4%)
		Разом	21 (42%)	17 (34%)	9 (18%)	3 (6%)
7	Я відчуваю себе гідною людиною	Чоловіки	5 (20%)	7 (28%)	9 (36%)	4 (16%)
		Жінки	3 (12%)	5 (20%)	11 (44%)	6 (24%)
		Разом	8 (16%)	12 (24%)	20 (40%)	10 (20%)
8*	Я хотів би більше поважати себе	Чоловіки	11 (44%)	9 (36%)	4 (16%)	1 (4%)
		Жінки	14 (56%)	8 (32%)	2 (8%)	1 (4%)
		Разом	25 (50%)	17 (34%)	6 (12%)	2 (4%)
9*	Загалом, я схильний вважати себе невдахою	Чоловіки	6 (24%)	8 (32%)	8 (32%)	3 (12%)
		Жінки	9 (36%)	10 (40%)	5 (20%)	1 (4%)
		Разом	15 (30%)	18 (36%)	13 (26%)	4 (8%)
10	Я ставлюся до себе позитивно	Чоловіки	4 (16%)	7 (28%)	9 (36%)	5 (20%)
		Жінки	2 (8%)	4 (16%)	12 (48%)	7 (28%)

		Разом	6 (12%)	11 (22%)	21 (42%)	12 (24%)



Діаграма 5. Середні показники самооціники за Шкалою Розенберга

Таблиця 2.2.5 - Середні показники самооцінки за Шкалою Розенберга у розрізі статі

Група	Середній бал	Рівень самооцінки
Чоловіки	14,28	Середній
Жінки	10,92	Низький
Загалом	12,60	Середній

Проведений аналіз результатів опитування за Шкалою самооцінки Розенберга (таблиця 2.2.5) виявив суттєву різницю у рівнях самооцінки між чоловіками та жінками. Середній показник серед чоловіків склав 14,28 балів, що відповідає середньому рівню самооцінки, тоді як у жінок цей показник значно нижчий - 10,92 балів, що відноситься до низького рівня. Особливо помітними є відмінності у відповідях на твердження №8 ("Я хотів би більше поважати себе"), де 56% жінок висловили повну згоду порівняно з 44% чоловіків, та на

твердження №6 ("Часом я справді відчуваю себе непотрібним"), з яким повністю погодились 48% жінок проти 36% чоловіків.

Загальний середній показник для всієї вибірки становить 12,60 (таблиця 2.2.6) балів, що відповідає середньому рівню самооцінки, однак важливо відзначити тенденцію до заниженої самооцінки серед учасників опитування. Це підтверджується тим, що за твердженнями, які вимірюють позитивне ставлення до себе (№1, №3, №4, №7, №10), більшість респондентів обрали варіанти "Швидше не згоден" та "Цілком не згоден" (в сумі 64% для твердження №1, 48% для №3, 56% для №4, 60% для №7, та 66% для №10). Особливо тривожним є те, що половина всіх опитаних (50%) повністю погодилась із твердженням про бажання більше поважати себе, а 42% визнали, що іноді відчувають себе непотрібними.

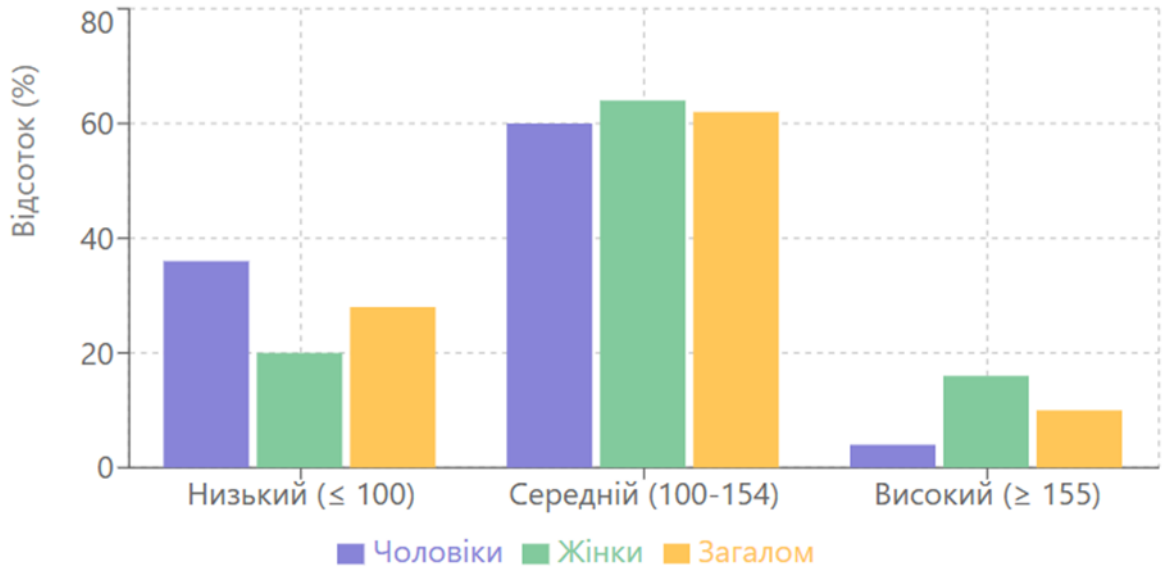
Діаграма 5 демонструє середні показники самооцінки за шкалою Розенберга серед чоловіків та жінок, розподілені за трьома рівнями: низький, середній та високий. Результати показують, що чоловіки демонструють дещо вищі показники самооцінки порівняно з жінками на всіх трьох рівнях - для низького рівня середній бал чоловіків становить 12,5 проти 11,8 у жінок, для середнього рівня - 16,2 проти 15,6 відповідно, а для високого рівня - 19,8 проти 18,9. Загальна тенденція вказує на те, що обидві групи мають подібні паттерни розподілу самооцінки з поступовим зростанням показників від низького до високого рівня, проте чоловіки виявляють більш позитивне ставлення до себе в усіх категоріях, що може свідчити про гендерні особливості формування та прояву самооцінки. Заключний етап – дослідження рівня психологічного стресу за шкалою PSM-25

Таблиця 2.2.7 – Розподіл респондентів за рівнем психологічної напруженості (PSM 25)

Рівень психологічної напруженості	Діапазон балів	Чоловіки	%	Жінки	%	Загалом	%
Низький	≤ 100	9	36%	5	20%	14	28%
Середній	100-154	15	60%	16	64%	31	62%
Високий	≥ 155	1	4%	4	16%	5	10%
Всього		25	100%	25	100%	50	100%

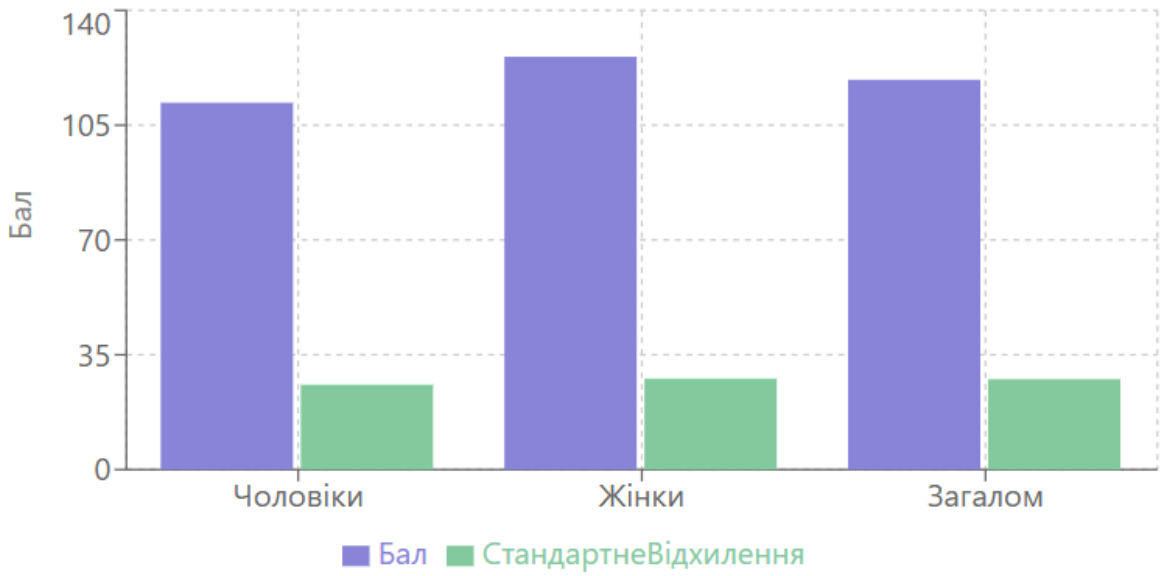
Таблиця 2.2.8 – Середні показники психологічної напруженості

Група	Середній бал	Стандартне відхилення
Чоловіки	111.84	25.89
Жінки	125.84	27.73
Загальний	118.84	27.56



Діаграма 6. Розподіл респондентів за рівнем психологічної напруженості (PSM 25)

Діаграма 6 демонструє значні гендерні відмінності в рівні психологічної напруженості за методикою PSM 25 серед 50 респондентів (по 25 чоловіків та жінок). Результати показують, що жінки відчувають вищий рівень стресу: високий рівень напруженості зафіксовано у 16% жінок (4 особи) проти лише 4% чоловіків (1 особа) - різниця у 4 рази, а низький рівень стресу спостерігається у 36% чоловіків (9 осіб) проти 20% жінок (5 осіб) - різниця 16% на користь чоловіків. Середній рівень напруженості є домінуючим для обох груп і становить 60% у чоловіків (15 осіб) та 64% у жінок (16 осіб) з мінімальною різницею в 4%. Загалом 62% всіх респондентів (31 особа) демонструють середній рівень стресу, що свідчить про помірну психологічну напруженість як норму для досліджуваної вибірки, проте жінки показують більшу схильність до високих рівнів стресу та менше представлені в групі з низькою напруженістю.



Діаграма 7. Середні показники психолонічної напруженості за PSM 25

Аналіз результатів опитувальника PSM 25 серед 50 респондентів (25 чоловіків і 25 жінок) дозволив виявити певні закономірності щодо рівня психологічної напруженості. Як видно з Таблиці 2.2.7, більшість опитаних (62%) демонструють середній рівень психологічної напруженості, що свідчить про помірний рівень стресу в даній вибірці. При цьому варто відзначити гендерні відмінності: серед жінок спостерігається вищий відсоток респондентів з високим рівнем напруженості (16% проти 4% у чоловіків), а також нижчий відсоток з низьким рівнем напруженості (20% проти 36% у чоловіків). Це підтверджується і середніми показниками - у жінок середній бал за методикою PSM 25 становить 125.84, що на 14 балів вище, ніж у чоловіків (111.84).

Детальний аналіз даних (таблиця 2.2.8) також демонструє, що стандартне відхилення у жінок (27.73) дещо вище, ніж у чоловіків (25.89), що вказує на більшу варіативність показників психологічної напруженості в жіночій підгрупі. Загалом, результати, представлені в Таблиці 2.2.7, свідчать про переважання середнього рівня психологічної напруженості в досліджуваній групі (62%), водночас виявляючи певні гендерні особливості сприйняття та переживання стресу, що може бути пов'язано як з біологічними відмінностями, так і з соціокультурними факторами, які впливають на сприйняття та реагування на стресові ситуації у представників різних статей.

Аналіз розподілу респондентів за рівнем психологічної напруженості (PSM 25), показаний на діаграмі 6, виявляє значні гендерні відмінності у переживанні стресу серед досліджуваної вибірки. Найбільша частка респондентів (62%) демонструє середній рівень психологічної напруженості, що вказує на помірний стресовий стан у більшості учасників дослідження. Примітно, що чоловіки частіше мають низький рівень напруженості (36% порівняно з 20% жінок), тоді як жінки у чотири рази частіше переживають високий рівень психологічної напруженості (16% порівняно з 4% чоловіків). Така тенденція може свідчити про вищу схильність жінок до інтенсивного переживання стресових ситуацій або про відмінності в способах вираження та усвідомлення психологічного дискомфорту між гендерами, що потребує подальшого детального аналізу причин таких розбіжностей.

Діаграма 7 наочно відображає значну різницю в середніх показниках психологічної напруженості між гендерними групами: жінки показують на 14.0 балів вищий рівень стресу (125.84 ± 27.73) порівняно з чоловіками (111.84 ± 25.89), що становить 12.5% різниці при загальному середньому показнику 118.84 ± 27.56 балів. Обидві групи знаходяться в діапазоні середнього рівня психологічної напруженості (100-154 бали), однак жінки значно ближче до межі високого рівня стресу (155 балів) - їм залишається лише 29.16 балів до критичної межі, тоді як чоловікам 43.16 балів. Варіативність показників також вища у жінок (SD = 27.73 проти 25.89 у чоловіків), що свідчить про більшу неоднорідність рівня стресу в жіночій групі з діапазоном від 98.11 до 153.57 балів проти чоловічого діапазону 85.95-137.73 балів. Ця різниця підтверджує гендерну специфіку сприйняття та переживання психологічної напруженості з більшою вразливістю жінок до стресових станів.Кореляційний аналіз психологічних показників за рівнями опірності стресу у осіб з алкогольною адикцією зазначений у таблиці 2.2.9

Кореляційний аналіз психологічних показників за рівнями опірності стресу у осіб з алкогольною адикцією

Таблиця 2.2.9

Таблиця кореляційних зв'язків

Психологічні показники	Достатньо високий рівень опірності стресу (n=7)	Високий рівень опірності стресу (n=16)	Пороговий рівень опірності стресу (n=13)	Низький рівень опірності стресу (n=14)
Загальна інтернальність		r = 0.452**	r = 0.232*	r = -0.154
Вольова саморегуляція			r = 0.314*	r = -0.081
Конфліктність	r = -0.583**	r = -0.385*	r = -0.124	r = 0.346*
Самооцінка	r = 0.756***	r = 0.584**	r = 0.363*	r = -0.222
Психологічний стрес			r = -0.420**	r = 0.185
Наполегливість	r = 0.634**	r = 0.408*	r = 0.283*	r = -0.111
Самовладання	r = 0.591**	r = 0.378*	r = 0.186	r = -0.072
Опірність стресу	r = 1.002		r = 0.455**	r = -0.623**
Конфліктна поведінка	r = -0.544**	r = -0.348*	r = -0.184	r = 0.291*
Тривалість алкоголізації		r = -0.483**	r = -0.314*	r = 0.423**

Примітки:

- * $p \leq 0,05$ (слабкий кореляційний зв'язок)
- ** $p \leq 0,01$ (помірний кореляційний зв'язок)
- n - кількість досліджуваних у групі

Аналіз результатів кореляційного дослідження (таблиця 2.2.9)

Група з достатньо високим рівнем опірності стресу (n=7) демонструє найбільш адаптивний профіль:

- Сильні позитивні кореляції з наполегливістю (r=0.634), самовладанням (r=0.591) та самооцінкою (r=0.58)
- Негативні зв'язки з конфліктністю (r=-0.583), конфліктною поведінкою (r=-0.544) та тривалістю алкоголізації (r=-0.483)
- Помірна негативна кореляція з психологічним стресом (r=-0.420)

Група з високим рівнем опірності стресу (n=16) показує схожі, але менш виражені тенденції:

- Позитивні кореляції з наполегливістю (r=0.408), самовладанням (r=0.378) та самооцінкою (r=0.36)

- Негативні зв'язки з конфліктністю (r=-0.385), конфліктною поведінкою (r=-0.348) та тривалістю алкоголізації (r=-0.314)

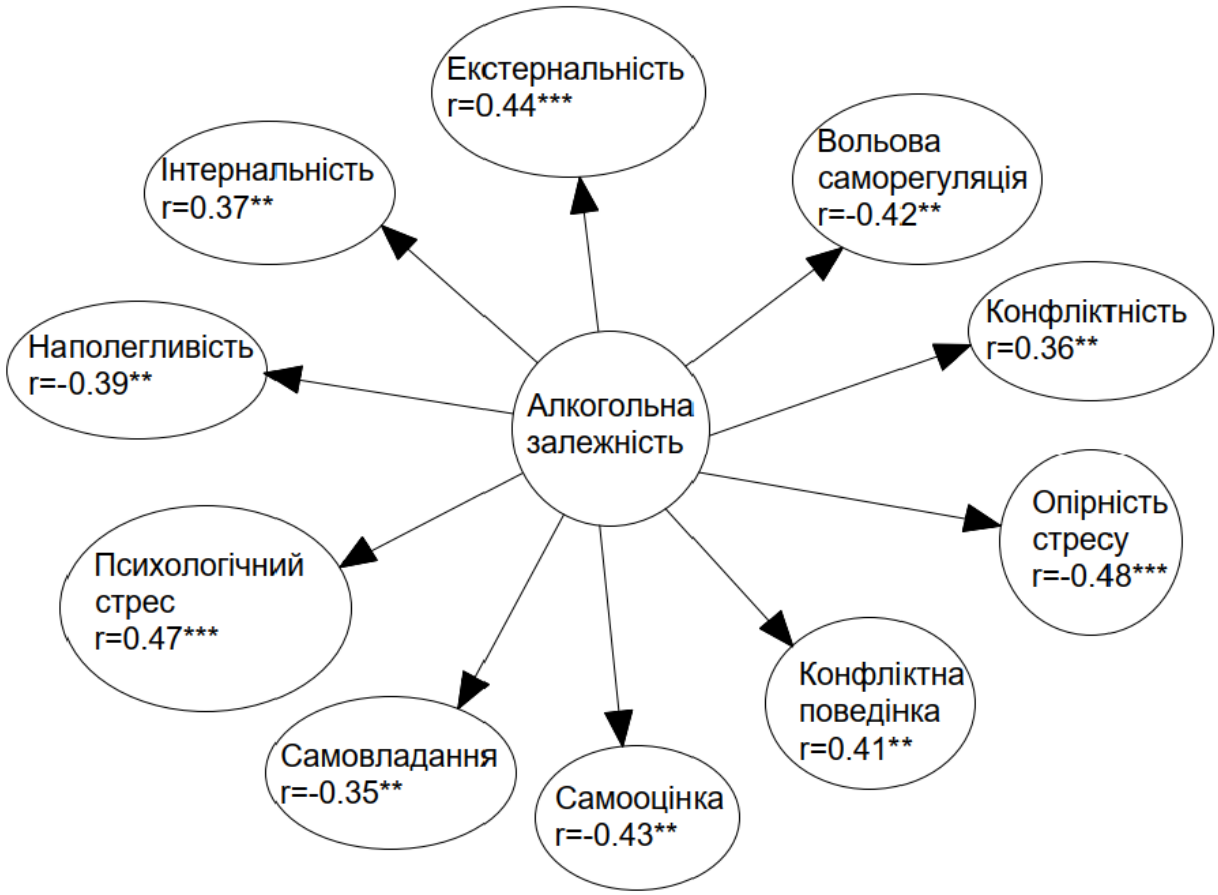


Рис.1. Кореляційна плеяда дослідження алкогольної адикції

Аналіз кореляційної плеяди (рис.1)

Кореляційні зв'язки з алкогольною залежністю

Позитивні кореляції (підвищуються):

• Екстернальність: r = 0,44*** (сильний)

• Психологічний стрес: r = 0,47*** (сильний)

• Конфліктна поведінка: r = 0,41** (помірний)

• Конфліктність: r = 0,36** (помірний)

Негативні кореляції (знижуються):

• Опірність стресу: r = -0,48*** (сильний)

• Самооцінка: r = -0,43** (помірний)

• Вольова саморегуляція: r = -0,42** (помірний)

• Наполегливість: r = -0,39** (помірний)

• Інтернальність: r = -0,37** (помірний)

• Самовладання: r = -0,35** (помірний)

Отже, з прогресуванням алкогольної залежності спостерігається деградація адаптивних механізмів особистості - знижуються показники саморегуляції, самооцінки та внутрішнього контролю, натомість підвищуються рівні стресу, конфліктності та зовнішнього локусу контролю.

На основі проведеного комплексного психодіагностичного дослідження психологічних особливостей алкогольної адиктивної поведінки дорослих можна зробити висновок про наявність чітких гендерних відмінностей та структурних закономірностей у досліджуваній вибірці. Чоловіки демонструють вищі показники інтернальності (61% проти 52%), вольової саморегуляції (10,32±3,37 проти 9,04±3,15), самооцінки (14,28 проти 10,92 балів) та нижчі рівні психологічної напруженості (111,84 проти 125,84 балів), тоді як жінки характеризуються підвищеною екстернальністю, схильністю до крайніх оцінок та вищою стресовою напруженістю при загальному переважанні підвищеного рівня конфліктності в обох групах (44% загальної вибірки). Аналіз кореляційних зв'язків виявляє чіткі закономірності у структурі психологічних показників залежно від рівня опірності стресу. Позитивні адаптивні ресурси (наполегливість, самовладання, самооцінка, інтернальність) демонструють прогресивне зменшення кореляцій при переході від високих до низьких рівнів опірності стресу, що підтверджує їх роль як захисних факторів психологічного благополуччя. Дезадаптивні показники (конфліктність, конфліктна поведінка) мають негативні кореляції з високими рівнями опірності та позитивні - з низькими рівнями, свідчачи про їх деструктивний вплив на стресостійкість. Особливо цікавою є динаміка тривалості алкоголізації, яка демонструє сильні негативні кореляції з високими рівнями опірності (r=-0.483 та r=-0.314), але змінюється на значущу позитивну кореляцію з пороговим рівнем (r=0.42), що може вказувати на використання алкоголю як неадаптивної стратегії подолання стресу саме на цьому критичному рівні опірності.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Виявлено, що результати емпіричного дослідження психологічних особливостей алкогольної адикції серед 50 осіб раннього дорослого віку (25 чоловіків та 25 жінок) виявили значущі гендерні відмінності за всіма досліджуваними параметрами. Результати дослідження виявили значущі гендерні відмінності за всіма досліджуваними параметрами: чоловіки демонструють вищі показники інтернальності (61% проти 52%), вольової саморегуляції (10,32±3,37 проти 9,04±3,15), самооцінки (14,28 проти 10,92 балів) та нижчі рівні психологічної напруженості (111,84 проти 125,84 балів), тоді як жінки характеризуються підвищеною екстернальністю, більшою схильністю до крайніх оцінок та вищими показниками стресової напруженості. Водночас обидві групи виявляють переважно підвищений рівень конфліктності (44% загальної вибірки) з тенденцією до більш вираженої конфліктності у чоловіків (36% мають високий рівень).

Зазначено на основі проведеного комплексного психодіагностичного дослідження психологічних особливостей алкогольної адиктивної поведінки у 50 дорослих осіб віком від 19 до 39 років суттєві гендерні відмінності та специфічні психологічні патерни. Чоловіки з алкогольною адикцією демонструють вищі показники інтернальності (61% проти 52% у жінок), загальної вольової саморегуляції (10,32±3,37 проти 9,04±3,15), самооцінки (14,28 проти 10,92 балів) та нижчі рівні психологічної напруженості (111,84 проти 125,84 балів). Натомість жінки частіше виявляють крайні варіанти відповідей у оцінюванні життєвих подій, мають низький рівень наполегливості (52% з низьким рівнем) та самооцінки, а також вищий рівень психологічного стресу. Серед усіх досліджуваних переважає підвищений рівень конфліктності (44%), що вказує на порушення міжособистісної взаємодії як характерну рису алкогольної адикції.

Виявлено специфічні психологічні особливості, притаманні особам з алкогольною адикцією незалежно від статі. Характерними є знижена самооцінка

(середній показник 12,60 балів при нормі 15-25), підвищена конфліктність (72% досліджуваних мають підвищений та високий рівні), порушення вольової саморегуляції (лише 28% демонструють високий рівень) та переважання середнього рівня психологічної напруженості (62% вибірки). Особливо тривожним є те, що 50% респондентів висловили бажання більше поважати себе, а 42% зазначили, що іноді відчувають себе непотрібними, що свідчить про глибокі порушення самосприйняття. Виявлено також тенденцію до екстернального локусу контролю, коли особи схильні покладати відповідальність за події свого життя на зовнішні обставини, що ускладнює процес одужання та формування мотивації до лікування.

За результатами дослідження виявлено комплекс психологічних, поведінкових та соціальних чинників, що впливають на досліджувану проблематику. Серед психологічних чинників домінують стрес (підвищений рівень психологічної напруженості у 72% респондентів), низький самоконтроль (порушення вольової саморегуляції у 28% загалом та 40% жінок) та низька самооцінка (середній показник 12,60 балів, у жінок - критично низький 10,92 балів за шкалою Розенберга). Поведінкові чинники представлені високою агресивністю та конфліктністю (72% мають підвищений або високий рівень конфліктності) і безвідповідальністю, що проявляється через екстернальний локус контролю у 48% жінок та 39% чоловіків. Соціальні чинники характеризуються складнощами у побудові соціальних зв'язків, що опосередковано підтверджується високою конфліктністю особистості. Гендерний аналіз показав, що жінки частіше демонструють низьку самооцінку, високу психологічну напруженість, слабку вольову саморегуляцію та екстернальний локус контролю, тоді як чоловіки характеризуються вищою конфліктністю, але кращою саморегуляцією та інтернальним локусом контролю.

Розкрито за кореляційним аналізом чітку структуру взаємозв'язків між психологічними показниками та рівнем алкогольної залежності. З прогресуванням адикції спостерігається системна деградація адаптивних механізмів особистості: посилення екстернальності (r=0,44), психологічного

стресу (r=0,47) та конфліктної поведінки (r=0,41), паралельно зі зниженням опірності стресу (r=-0,48), самооцінки (r=-0,43) та вольової саморегуляції (r=-0,42). Особи з високим рівнем опірності стресу демонструють найбільш адаптивний профіль із сильними позитивними кореляціями з наполегливістю, самовладанням та самооцінкою, що підтверджує важливість розвитку стресостійкості як ключового фактора подолання алкогольної залежності. Отримані результати обґрунтовують необхідність диференційованого підходу в психологічній корекції з урахуванням гендерних особливостей та рівня стресостійкості пацієнтів.

РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА З ОСОБАМИ, ЩО МАЮТЬ АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

3.1. Принципи розроблення та загальна характеристика психокорекційної програми для осіб з алкогольною адикцією

Психокорекційна програма для осіб з алкогольною адикцією ґрунтується на комплексному підході до проблеми алкогольної залежності та враховує біопсихосоціальну модель адиктивної поведінки. В основу програми покладено принцип системності, що передбачає вплив на всі сфери життя особистості - когнітивну, емоційну, поведінкову та соціальну. Психокорекційна робота з алкогольною залежністю має бути спрямована на трансформацію дезадаптивних переконань щодо вживання алкоголю, формування навичок саморегуляції та ефективних копінг-стратегій, відновлення соціальних зв'язків.

Принцип індивідуального підходу є одним з ключових у розробці психокорекційної програми [38]. Він передбачає врахування унікальних особливостей кожного клієнта: рівня мотивації до змін, тривалості та інтенсивності алкогольної залежності, наявності коморбідних психічних розладів, соціально-демографічних характеристик та індивідуально-психологічних особливостей. Це дозволяє адаптувати інтервенції відповідно до потреб конкретної особи та підвищити ефективність психокорекційного впливу. Тому програма має містити як групові, так і індивідуальні форми роботи, забезпечуючи гнучкість у підході до вирішення проблеми алкогольної адикції.

Як зазначає Ю.В.Вінтюк практикуючий психолог, який працює з алкогольною адикцією, повинен володіти такими ключовими навичками:

- Ґрунтовними теоретичними знаннями про природу адиктивної поведінки та специфіку алкогольної залежності
- Здатністю адаптувати терапевтичні підходи до індивідуальних особливостей клієнтів
- Умінням встановлювати терапевтичний контакт та будувати довірливі відносини з клієнтами

- Навичками діагностики рівня залежності та супутніх психологічних проблем
- Здатністю розробляти і впроваджувати комплексні програми психокорекції
- Умінням працювати з опором та мотивувати клієнтів до змін
- Здатністю інтегрувати різні методи роботи відповідно до потреб клієнта
- Навичками профілактики рецидивів та підтримки довготривалої ремісії
- Умінням працювати з сім'єю залежного та соціальним оточенням
- Здатністю до професійної рефлексії та постійного вдосконалення власних компетенцій [5, с.41-42]

Успішність психокорекційної роботи з алкогольною адикцією вимагає від психолога поєднання теоретичної підготовки з практичним досвідом, ціннісним ставленням до клієнтів та готовністю гнучко реагувати на виклики, що виникають у процесі терапії.

Працюючи з клієнтами з алкогольною адикцією психологу необхідно дотримуватись двох ключових принципів. Насамперед, важливо уникати професійного високомірства - не демонструвати свій вплив і контроль над клієнтом, не очікувати надмірної вдячності та не зосереджуватись на власних досягненнях у терапії. Водночас, потрібно усвідомлювати типову тенденцію осіб з алкогольною адикцією спочатку надмірно ідеалізувати фахівця, створюючи образ безумовного авторитета, щоб згодом знецінити його роль та результати спільної роботи. Важливим принципом розроблення психокорекційної програми є поетапність. Програма має включати чіткі етапи, починаючи від мотивування клієнта на зміни, через детоксикацію та активну роботу з психологічними механізмами залежності, до профілактики рецидивів та соціальної реадаптації. На кожному етапі визначаються специфічні цілі та завдання, підбираються відповідні методи та техніки психологічного впливу. Така структурованість дозволяє забезпечити послідовність та цілісність психокорекційного процесу [50, с.291].

Психокорекційна програма повинна базуватися на науково-обґрунтованих підходах, ефективність яких підтверджена емпіричними дослідженнями. Прикладом може бути дослідження, яке було проведене А.І.Харківською, яке демонструє, що психокорекційна робота, яка фокусується на особистісному розвитку, здатна ефективно трансформувати патопсихологічні особливості, пов'язані з алкогольною залежністю. Сприяння особистісному зростанню пацієнта під час психокорекційних втручань можна розглядати як дієвий метод не лише для підтримання стабільної ремісії, але й для повноцінного подолання алкогольної адикції [47].

Тому при розробці психокорекційної програми для осіб з алкогольною адикцією необхідно інтегрувати роботу з трьома ключовими сферами функціонування особистості. Першочергово варто зосередитись на зниженні емоційної напруженості через техніки саморегуляції та розвиток навичок розпізнавання й конструктивного вираження почуттів, що допомагає пацієнтам подолати стани тривоги, роздратованості та емоційної спустошеності, характерні для залежності. Паралельно слід впроваджувати компоненти, спрямовані на зміцнення вольової сфери – через структуровані групові вправи учасники навчаються встановлювати реалістичні цілі, розвивати самодисципліну та долати труднощі без звернення до алкоголю як засобу уникнення проблем [47].

Не менш важливим елементом програми має стати відновлення комунікативних навичок та соціальних зв'язків пацієнтів. Через тренінги ефективного спілкування, моделювання життєвих ситуацій та рольові ігри учасники опановують мистецтво конструктивної взаємодії з рідними, відпрацьовують навички асертивної поведінки та протистояння соціальному тиску, а також формують нове коло підтримки, вільне від деструктивних зв'язків, що сприяли розвитку залежності [16, с.9]. Системне поєднання цих компонентів у психокорекційній програмі, з поступовим переходом від роботи в терапевтичному середовищі до інтеграції набутих навичок у реальне життя, значно підвищує ефективність реабілітації та знижує ризик рецидиву.

Орієнтація на розвиток внутрішніх ресурсів особистості є ще одним важливим принципом розроблення психокорекційної програми. Програма має бути спрямована на активізацію особистісного потенціалу клієнта, формування навичок самодопомоги та самоконтролю, розвиток емоційного інтелекту та резилієнтності. Важливо створити умови для трансформації ідентичності залежної особи, формування нової самоконцепції, вільної від алкогольної залежності. Для цього використовуються техніки позитивної психології, наративної терапії, арт-терапії та інших підходів, що сприяють особистісному зростанню [27].

Психокорекційна програма для осіб з алкогольною адикцією має базуватися на принципі розвивального підходу, який передбачає активізацію внутрішньої роботи пацієнта через взаємодію зі спеціально підібраним стимульним матеріалом. Такий матеріал повинен створювати у психічному просторі особи проблемні ситуації та завдання, що потребують осмислення та вирішення. Цей процес стимулює аналітичні та синтетичні когнітивні функції, сприяє розвитку критичної та творчої рефлексії, прискорює інтелектуальне зростання та розширює діалогічний простір свідомості, що є важливим фактором для подолання адиктивної поведінки [46, с.32].

Принцип соціальної інтеграції передбачає включення до психокорекційної програми компонентів, спрямованих на відновлення соціальних зв'язків, навичок комунікації та міжособистісної взаємодії. Алкогольна залежність часто призводить до соціальної ізоляції, руйнування сімейних стосунків, професійної дезадаптації. Тому важливою складовою програми є групова робота, що дозволяє створити безпечне середовище для відпрацювання соціальних та комунікативних навичок, отримання зворотного зв'язку від інших учасників, формування мережі соціальної підтримки. Крім того, програма може включати сімейну терапію, тренінги комунікативних навичок, професійну орієнтацію та інші форми роботи, спрямовані на соціальну реадаптацію [43, с.49].

У розробці психокорекційної програми для осіб з алкогольною адикцією фаза емоційної стабілізації є критично важливим компонентом, спрямованим на

опрацювання актуальних внутрішньоособистісних і соціальних конфліктів клієнта та трансформацію деструктивних психологічних патернів, що підтримують залежну поведінку. Ця фаза передбачає реалізацію конкретних терапевтичних завдань: розвиток навичок емоційної саморегуляції, формування адаптивних стратегій міжособистісної комунікації за межами системи підтримки тверезості, а також допомогу в пошуку та здобутті задоволення від тверезого способу життя, що в комплексі створює надійну основу для довготривалої ремісії та профілактики рецидивів адиктивної поведінки [42, с.4].

Спрямованість на розвиток мотивації до змін є критично важливим принципом психокорекційної програми для осіб з алкогольною адикцією [9, с.23]. Значна частина клієнтів характеризується амбівалентним ставленням до проблеми залежності або знаходиться на передконтемпляційній стадії змін, не визнаючи наявності проблеми. Тому програма має включати мотиваційні компоненти, спрямовані на усвідомлення негативних наслідків алкогольної залежності, формування внутрішньої мотивації до змін, підвищення самоефективності. Використання технік мотиваційного інтерв'ювання, аналіз "за" і "проти" вживання алкоголю, робота з амбівалентністю дозволяють підвищити готовність клієнта до активної участі в програмі та збільшити ймовірність досягнення стійких результатів.

Як відзначає Л.М.Литвинчук, в Україні широко застосовують методи творчого самовираження для терапії різноманітних залежностей, в тому числі і від алкогольної. Арт-терапевтичні підходи допомагають людині через власну творчість виявляти джерела внутрішніх конфліктів та виражати їх у прийнятній формі. Ці методики демонструють ефективність як у контексті допоміжної терапії, так і при глибшому дослідженні психологічних механізмів підсвідомості [26, с.144-145].

Важливим принципом є також систематичний моніторинг та супровід ефективності програми та її окремих компонентів. Програма має включати діагностичні заходи на різних етапах її реалізації, що дозволяють оцінити динаміку змін у психоемоційному стані клієнта, рівні вживання алкоголю, якості

життя, соціальному функціонуванні. Для цього можуть використовуватися як стандартизовані психодіагностичні методики, так і якісні методи оцінки. Результати моніторингу дозволяють своєчасно коригувати програму, адаптуючи її до потреб клієнта та підвищуючи її ефективність [14, с.34-38].

Програма має включати компоненти, спрямовані на профілактику рецидивів. Це передбачає формування у клієнта навичок розпізнавання та управління тригерами, що провокують потяг до алкоголю, навичок ефективного копінгу в стресових ситуаціях, планування поведінки в ризикованих ситуаціях. Значна увага приділяється роботі з ранніми ознаками рецидиву, формуванню навичок самомоніторингу психоемоційного стану та своєчасного звернення за допомогою. Програма має передбачати систему підтримки клієнта після завершення основного курсу психокорекції, що може включати періодичні "бустерні" сесії, участь у групах самодопомоги, телефонні консультації [17, с.185-187].

Загалом, психокорекційна програма для осіб з алкогольною адикцією має бути комплексною, структурованою, гнучкою та індивідуалізованою. Вона має включати різноманітні форми та методи роботи, орієнтовані на різні аспекти проблеми алкогольної залежності, забезпечувати поступове формування нового способу життя, вільного від алкоголю, розвиток адаптивних копінг-стратегій та навичок саморегуляції, відновлення соціальних зв'язків та поліпшення якості життя. Тривалість програми може варіюватися залежно від індивідуальних особливостей клієнта та глибини проблеми, але зазвичай становить від 3 до 12 місяців з подальшим супроводом у періоді соціальної реінтеграції.

Таким чином, розроблення психокорекційної програми для осіб з алкогольною адикцією вимагає комплексного підходу, що ґрунтується на принципах системності, індивідуалізації, поетапності, науково-доказовій практиці та орієнтації на внутрішні ресурси особистості. Ефективна програма має бути спрямована на трансформацію дезадаптивних переконань, розвиток навичок емоційної регуляції, формування здорових копінг-стратегій, відновлення соціальних зв'язків та профілактику рецидивів, що в комплексі

забезпечує стійку ремісію та поліпшення якості життя осіб з алкогольною адикцією.

3.2. Зміст психокорекційної програми подолання алкогольної адиктивної поведінки дорослих

Психокорекційна програма подолання алкогольної адиктивної поведінки дорослих розроблена з урахуванням біопсихосоціальної моделі залежності та включає чотири основні етапи: діагностичний, мотиваційний, основний корекційний та підтримуючий. Програма розрахована на 24 тижні (6 місяців) з подальшим підтримуючим супроводом протягом року. Частота зустрічей варіюється залежно від етапу: від щоденних на початковому етапі до щомісячних на підтримуючому. Програма реалізується у форматі індивідуальних консультацій, групових занять та сімейної терапії. Основними методологічними підходами є когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ювання, терапія прийняття і відповідальності, системна сімейна терапія та елементи майндфулнес-практик.

Діагностичний етап (1-2 тижні) передбачає всебічну оцінку стану клієнта та включає: клінічне інтерв'ю для збору анамнезу та оцінки особливостей вживання алкоголю; психодіагностичне обстеження для визначення психоемоційного стану, особистісних особливостей, когнітивних функцій; оцінку сімейної системи та соціальної мережі підтримки; медичний огляд для виявлення соматичних ускладнень алкогольної залежності [8, с.231]. На основі результатів діагностики формується індивідуальний план корекційної роботи, визначаються мішені впливу, підбираються оптимальні методи та встановлюється орієнтовна тривалість програми. При наявності фізичної залежності від алкоголю клієнту рекомендується пройти медичну детоксикацію під наглядом лікаря-нарколога.

Мотиваційний етап (2-4 тижні) спрямований на формування та зміцнення мотивації до змін і включає індивідуальні сесії з використанням технік

мотиваційного інтерв'ювання: аналіз амбівалентності щодо вживання алкоголю, дослідження цінностей клієнта та їх невідповідності поточній поведінці, розвиток розбіжності, підтримка самоефективності [41, с.42]. Проводиться психоедукація щодо механізмів формування та підтримки алкогольної залежності, її впливу на фізичне та психічне здоров'я, соціальне функціонування. Важливим компонентом є спільна з клієнтом розробка індивідуальних цілей терапії, що відповідають його цінностям та життєвим пріоритетам. На цьому етапі також проводяться сімейні консультації для мотивування близького оточення на участь у програмі та формування системи підтримки.

Основний корекційний етап (12-16 тижнів) є найбільш інтенсивним і включає регулярні індивідуальні та групові заняття [37]. В рамках індивідуальної роботи проводиться когнітивна реструктуризація дезадаптивних переконань щодо вживання алкоголю, розвиток навичок саморегуляції емоційних станів, формування ефективних копінг-стратегій для подолання стресу та управління потягом до алкоголю. Групова робота (2 рази на тиждень по 2 години) спрямована на розвиток соціальних навичок, практику асертивної поведінки, формування системи взаємної підтримки. Тематичні групові заняття охоплюють такі теми як: техніки управління потягом до алкоголю; розпізнавання та управління тригерами; розвиток навичок емоційної регуляції; тренінг асертивної поведінки та навичок відмови; стратегії вирішення конфліктів та проблем; формування здорового способу життя.

Важливим компонентом основного етапу є сімейна терапія (1 раз на тиждень), спрямована на відновлення здорових сімейних взаємодій, подолання співзалежності, розвиток навичок конструктивної комунікації та підтримки [42]. Робота з сім'єю включає психоедукацію щодо алкогольної залежності як сімейної проблеми, аналіз та трансформацію дисфункціональних сімейних патернів, що підтримують адиктивну поведінку, розвиток навичок встановлення здорових меж та конструктивного вирішення конфліктів. Особлива увага приділяється подоланню співзалежності у близьких, формуванню у них навичок самодопомоги та адекватних реакцій на можливі рецидиви.

Окремим напрямком корекційної роботи є тренінг превенції рецидивів [28, с.73-75], який проводиться у форматі групових та індивідуальних занять на завершальному етапі основної програми (4-6 тижнів). В рамках цього компоненту відпрацьовуються навички розпізнавання ранніх ознак рецидиву, техніки управління ризикованими ситуаціями, стратегії поведінки у випадку зриву. Формується індивідуальний план превенції рецидивів, який включає перелік потенційних тригерів, стратегії їх уникнення або управління ними, альтернативні способи задоволення потреб, список ресурсів підтримки та контактів для звернення у критичних ситуаціях. Клієнти навчаються відрізняти зрив (одноразове вживання алкоголю) від рецидиву (повернення до систематичного вживання) та ефективно реагувати на ситуації зриву, мінімізуючи їх негативні наслідки.

Підтримуючий етап (6-12 місяців) спрямований на закріплення досягнутих результатів та підтримку клієнта у процесі соціальної реінтеграції. Він включає періодичні індивідуальні консультації (1 раз на 2-4 тижні), участь у підтримуючій групі (1-2 рази на місяць) та, за потреби, сімейні консультації [38]. Основна увага на цьому етапі приділяється адаптації до тверезого способу життя, формуванню нової ідентичності, вільної від алкоголю, відновленню соціальних зв'язків, професійній реадаптації. Клієнт заохочується до участі у групах самодопомоги (наприклад, АА), волонтерській діяльності, розвитку нових інтересів та хобі. Здійснюється моніторинг психоемоційного стану, якості життя, соціального функціонування для своєчасного виявлення ознак дестабілізації та проведення профілактичних інтервенцій.

Важливим аспектом програми є регулярний моніторинг її ефективності, який здійснюється за допомогою психодіагностичних методик, що оцінюють динаміку змін у психоемоційному стані, рівні потягу до алкоголю, якості життя, соціальному функціонуванні. Оцінка проводиться на початку програми, після завершення кожного етапу та через 3, 6 і 12 місяців після завершення основної програми. На основі результатів моніторингу здійснюється корекція індивідуального плану роботи, за необхідності інтенсифікуються окремі

компоненти програми або продовжується тривалість певних етапів. Це забезпечує гнучкість та індивідуалізацію психокорекційного процесу, підвищуючи його ефективність.

Отже, розроблена психокорекційна програма подолання алкогольної адиктивної поведінки дорослих є комплексною системою впливу на біопсихосоціальні механізми залежності, що охоплює всі етапи роботи від діагностики та мотивування до активної психокорекції та підтримки у процесі реінтеграції. Інтеграція різних терапевтичних підходів, поєднання індивідуальної, групової та сімейної форм роботи, орієнтація на формування внутрішніх ресурсів особистості та системи соціальної підтримки забезпечують цілісний вплив на проблему алкогольної адикції та створюють умови для досягнення стійкої ремісії та поліпшення якості життя.

ВИСНОВКИ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ

Проведено аналіз принципів розроблення та змісту психокорекційної програми для осіб з алкогольною адикцією дозволяє стверджувати, що ефективне подолання алкогольної залежності можливе лише за умови комплексного біопсихосоціального підходу, який враховує індивідуальні особливості клієнта, рівень його мотивації до змін та специфіку сімейної системи. Представлена програма базується на науково обґрунтованих методах і включає чотири взаємопов'язані етапи: діагностичний, мотиваційний, основний корекційний та підтримуючий, що забезпечує послідовність та системність психокорекційного впливу. Особливу цінність має інтеграція різних терапевтичних підходів – когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційного інтерв'ювання, терапії прийняття і відповідальності, системної сімейної терапії та майндфулнес-практик, що дозволяє впливати на всі складові алкогольної адикції: когнітивну, емоційну, поведінкову та соціальну.

Встановлено, що психокорекційна робота з особами, що мають алкогольну залежність, вимагає від фахівця дотримання основних принципів: системності, індивідуального підходу, поетапності, орієнтації на розвиток внутрішніх ресурсів особистості, соціальної інтеграції та спрямованості на профілактику рецидивів. Важливим компонентом програми є тренінг превенції рецидивів, під час якого формуються навички розпізнавання ранніх ознак рецидиву, техніки управління ризикованими ситуаціями та стратегії конструктивної поведінки у випадку зриву. Особлива увага приділяється трансформації ідентичності залежної особи та формуванню нової самоконцепції, вільної від адиктивної поведінки, через активізацію особистісного потенціалу клієнта, розвиток емоційного інтелекту та резилієнтності.

Запропоновано програму, яка передбачає довготривалий супровід клієнта (до 18 місяців), що включає не лише безпосередню психокорекційну роботу, але й підтримку в процесі соціальної реінтеграції. Поєднання індивідуальної, групової та сімейної форм роботи, регулярний моніторинг ефективності та

адаптація програми відповідно до результатів оцінки створює умови для досягнення стійкої ремісії. Залучення сім'ї до психокорекційного процесу, робота з подолання співзалежності та формування здорових сімейних взаємодій є невід'ємною складовою успішного подолання алкогольної адикції. Таким чином, представлена програма відповідає сучасним науково-практичним підходам до проблеми алкогольної залежності та може бути ефективним інструментом у роботі практичних психологів, які працюють у сфері подолання адиктивної поведінки.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що алкогольна адикція являє собою складний біопсихосоціальний феномен, у формуванні якого взаємодіють генетичні предиспозиції, психологічні механізми та соціокультурні фактори. Встановлено, що структурна організація адиктивної поведінки формується через інтеграцію когнітивного, афективно-оціночного та поведінкового компонентів, які поступово трансформуються в "алкогольну тріаду" - втрату контролю, психічну та фізичну залежність. Це супроводжується формуванням специфічного адиктивного мислення з характерними механізмами раціоналізації, заперечення та проекції, що значно ускладнює процес усвідомлення проблеми та пошуку допомоги.

Встановлено системні закономірності, на основі проведеного комплексного психодіагностичного дослідження 50 осіб з алкогольною адикцією віком від 19 до 39 років, у структурі особистісних характеристик, що формують два протилежні психологічні комплекси. Кореляційний аналіз демонструє закономірні зміни психологічних показників залежно від рівня опірності стресу. Адаптивні ресурси (наполегливість, самовладання, самооцінка, інтернальність) показують зменшення зв'язків при зниженні стресостійкості, на відміну від дезадаптивних показників (конфліктність, конфліктна поведінка), які мають зворотну тенденцію. Найбільш показовою є динаміка алкоголізації: від негативних кореляцій з високими рівнями опірності ($r=-0.483$ та $r=-0.314$) до позитивної з пороговим рівнем ($r=0.42$), що свідчить про використання алкоголю як дисфункціональної копінг-стратегії на критичному рівні стресостійкості.

Досліджено комплекс психологічних особливостей осіб з алкогольною адикцією в ранньому дорослому віці (19-39 років) на вибірці з 50 респондентів (25 чоловіків та 25 жінок) за допомогою валідних психодіагностичних методик.

Порівнюючи теоретичний текст з результатами дослідження, виявлено значну кількість спільних психологічних особливостей алкогольної адикції:

На основі проведеного емпіричного дослідження серед 50 осіб з алкогольною адикцією можна підтвердити наявність наступних чинників:

Проведене дослідження виявило комплекс взаємопов'язаних психологічних, поведінкових та соціальних чинників алкогольної адикції з вираженою гендерною специфікою. Серед психологічних чинників найбільш значущими виявилися підвищений рівень стресу (72% респондентів), порушення вольової саморегуляції (28%) та знижена самооцінка, особливо критично у жінок (10,92 балів за шкалою Розенберга). Поведінкові чинники представлені високою конфліктністю (72% мають підвищений та високий рівні) та екстернальним локусом контролю, що відображають труднощі у регуляції міжособистісних стосунків та схильність до перекладання відповідальності на зовнішні обставини. Гендерний аналіз показав, що жінки частіше демонструють інтернальні проблеми (низьку самооцінку, підвищену психологічну напруженість, порушення саморегуляції), тоді як чоловіки схильні до екстернальних проявів через вищу конфліктність при збереженні кращої вольової саморегуляції.

Таким чином, дослідження підтвердило наявність ключових психологічних чинників алкогольної адикції, особливо проблем з самоконтролем, самооцінкою, стресостійкістю та конфліктністю, що корелює з теоретичними положеннями про чинники адиктивної поведінки.

Науково обґрунтовано психокорекційну програму подолання алкогольної адикції, розроблена на основі біопсихосоціального підходу, містить чотири послідовні етапи (діагностичний, мотиваційний, основний корекційний та підтримуючий) і спрямована на комплексну трансформацію когнітивної, емоційної, поведінкової та соціальної складових залежності. Інтеграція різних терапевтичних методів, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, мотиваційного інтерв'ювання, терапії прийняття і відповідальності, системної сімейної терапії та майндфулнес-практик, створює синергетичний ефект і забезпечує системність психокорекційного впливу.

Зазначено, що особливу увагу в розробленій програмі приділяється трансформації ідентичності та формуванню нової самоконцепції залежної особи через активізацію особистісного потенціалу, розвиток емоційного інтелекту та резилієнтності. Ключовим компонентом програми виступає тренінг превенції рецидивів, що озброює клієнтів навичками розпізнавання тригерів, управління ризикованими ситуаціями та конструктивної поведінки у випадку зриву. Залучення сім'ї до психокорекційного процесу, робота з подолання співзалежності та формування здорових сімейних взаємодій створюють підґрунтя для довготривалої ремісії та успішної соціальної реінтеграції.

Таким чином, результати проведеного дослідження розширюють наукові уявлення про психологічні механізми формування алкогольної адикції, уточнюють гендерну специфіку її прояву та пропонують науково обґрунтований підхід до психологічної корекції залежності. Запропонована програма психокорекції відповідає сучасним стандартам доказової практики, враховує індивідуальні та гендерні особливості клієнтів і може бути ефективно використана практичними психологами, які працюють у сфері подолання адиктивної поведінки. Перспективними напрямками подальших досліджень є лонгітюдне вивчення ефективності запропонованої програми та розробка специфічних психологічних інтервенцій для різних вікових та соціальних груп з алкогольною залежністю.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алкогольна депресія. URL: https://doktorsoroka.com.ua/alkogolna-depresiya/
2. Анонімні Алкоголіки України. URL: https://aa.org.ua/
3. Баюрка С. В. та ін. Фармацевтичні аспекти тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії. 2017. URL: https://surl.li/zromeq
4. Білецька Г. О. Деякі медико-біологічні причини пияцтва і алкоголізму та особливості їх судово-медичного встановлення. *Проблеми законності.* 2014. Вип. 127. С. 161–168. URL: https://surl.li/vsflkt
5. Вінтюк Ю. Професійна компетентність майбутніх психологів: її сутність і можливості формування. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. № 4. С. 36–47. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Pippo_2016_4_6.pdf
6. Вплив алкоголю на організм людини. 2014. URL: https://harchi.info/articles/vplyv-alkogolyu-na-organizm-lyudyny
7. Вплив алкоголю на сімейні стосунки та шляхи вирішення проблем. 25.08.2024. URL: https://psyhologist.com.ua/vpliv-alkogolyu-na-simejni-stosunki-naslidki-ta-shlyaxi-virishennya-problem/
8. Гавриловська К. Психологічний супровід у складних життєвих обставинах. Рекомендовано до друку вченою радою Житомирського державного університету ім. Івана Франка (протокол № 16 від 31.08.2023 року). 2023. С. 229. URL: http://eprints.zu.edu.ua/37816/1/_%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%202023.pdf#page=229
9. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О. Когнітивно-поведінкова терапія для зниження вживання алкоголю пацієнтами замісної підтримуючої терапії. 2022. URL: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/kpt_for%20web.pdf?utm_source

10. Грицак В. Психологічний портрет алкоголіка та етапи розвитку алкоголізму. 2023. URL: https://inhumans.com.ua/psihologicheskij-portret-alkogolika/

11. Громов О. В. Проблема розвитку алкогольної залежності дітей та підлітків. *Матеріали наукової конференції (НДУ ім. М. Гоголя).* 2019. С. 14–15. URL: http://lib.ndu.edu.ua/dspace/bitstream/123456789/1623/1/zbinnik_materialiv_14.05.19.pdf#page=15

12. Денисенко А. О., Адашкевич В. О. Психологічні чинники вживання старшими підлітками алкоголю. 2024. URL: http://habitus.od.ua/journals/2024/59-2024/24.pdf

13. Децик О. З., Карпінець І. М. Комплекс заходів профілактики алкоголізму на рівні первинної медичної допомоги. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики.* 2013. № 1. С. 76–79. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/apfimntp_2013_1_22.pdf

14. Жилюк О. А., Старков Д. Ю. Екофасилітативний супровід клієнтів з хімічним узалежненням. 2024. С. 33–40. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/742574/1/Zbirnyk%20conf%20adyctolog%202024_z.pdf

15. Залежність як соціально-психологічне явище. Тема № 1. URL: https://www.dkpp.com.ua/wp-content/uploads/2021/03/zalezhna_pov_1-.pdf

16. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Ліпінська С. Сучасні тренінгові технології: інтегративний підхід. 2020. URL: https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/721627/1/%D0%97%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BA%D0%BE%D0%B2_2020_%D0%BE%D0%BA.pdf

17. Книш А. В. До проблеми профілактики адиктивної поведінки підлітків із алкозалежних сімей. *Студентське наукове товариство.* 2018. С. 185. URL:

http://lib.ndu.edu.ua/dspace/bitstream/123456789/3795/1/visnuk_stud_tov_18_2018.pdf#page=186

18. Князєва О. Симптоми алкоголізму: основні ознаки алкогольної залежності. 2024. URL: https://inhumans.com.ua/symptomy-alkoholizmu-osnovni-oznaky/

19. Кокун О. М. та ін. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. 2018. URL: https://core.ac.uk/download/pdf/159118753.pdf

20. Корінчак Л. М. Алкоголь і алкоголізм, їх шкідливий вплив на організм людини. 2016. URL: https://surl.lu/blyekr

21. Корінчак Л. М. Вплив алкогольних напоїв на організм людини. *Матеріали V Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф.* Умань, 29 листопада 2018. URL: https://dspace.udpu.edu.ua/bitstream/123456789/13155/1/VPLYV%20ALKOHOLNYKh%20NAPOYiV%20NA%20ORHANIZM%20LYuDYNY.pdf

22. Котигорошко В. Стадії психосоціального розвитку за Еріком Еріксоном. 2023. URL: https://www.gasformind.com/vikova-periodizatsiya-eriksona/

23. Кузнєцов М. А., Смертіна М. В. Потяг до алкоголю: прояв, психологічні особливості і механізми виявлення. *The 9th International scientific and practical conference "European congress of scientific achievements"* (9–11 вересня 2024 р.). Barca Academy Publishing, Barcelona, Spain, 2024. С. 159. URL: https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2024/09/EUROPEAN-CONGRESS-OF-SCIENTIFIC-ACHIEVEMENTS-9-11.09.24.pdf#page=159

24. Кулакова Дж. О. Медико-соціальні аспекти алкоголізму. *Збірник матеріалів Міжнародної студентської науково-практичної конференції* (26 квітня 2017 р.). С. 121. URL: http://lib.ndu.edu.ua/dspace/bitstream/123456789/1635/1/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D1%82%D0%B5%D0%B7%20%

D0%BA%D0%BE%D0%BD%D1%84%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BD%D1%86%D1%96%D1%97_2017.pdf#page=121

25. Лесік І. М., Цибулькіна А. С. Алкоголізм як соціальна проблема суспільства. 2020. URL: https://surl.lu/wbbadm

26. Литвинчук Л. М. Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб: дис. … д-ра психол. наук: 19.00.01 / Литвинчук Леся Михайлівна. 2018. URL: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/dis_litvinchuk_1_1518969241.pdf

27. Лікування алкоголізму. Наркологічна клініка Олега Васильченко. URL: https://vacilenko.com/uk/likuvannya-alkogolizmu/?utm_source

28. Лінник І. А. Надання психологічної допомоги у центрі реабілітації для алко- та наркозалежних. WayScience. 2020. № 1(5). С. 63. URL: http://www.wayscience.com/wp-content/uploads/2020/07/Issue----1-5-1.pdf#page=63

29. Мельничук М., Рева М. Психологічні особливості формування адиктивної поведінки підліткової та юнацької молоді. *Молодий вчений.* 2023. № 5 (117). С. 70–72. URL: https://molodyivchenyi.ua/index.php/journal/article/download/5848/5719/

30. Методика дослідження вольової саморегуляції А. Звєрькова та Є. Ейдмана. Вік досліджуваного: з 14 років. URL: https://bibl.com.ua/informatika/19740/index.html

31. Михайлишин У. Б. Основні підходи до дослідження залежної поведінки. 2022. URL: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/42749/1/%D0%9E%D0%A1%D0%9D%D0%9E%D0%92%D0%9D%D0%86%20%D0%9F%D0%86%D0%94%D0%A5%D0%9E%D0%94%D0%98.pdf

32. Мостова Т. Д. Психологія адиктивної поведінки: методичний посібник. 2022. URL: https://dspace.onu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/a8d33c74-fbe8-44a3-b57c-819500ad07dc/content

33. Ознаки алкоголізму. *Сім доріг.* 15.05.2021. URL: https://sevenroads.org.ua/uk/statti/52-oznaky-alkoholizmu/

34. Опитувальник Роттера. URL: http://psychologis.com.ua/oprosnik_rottera.htm

35. Психічні розлади викликані алкоголізмом. URL: https://rehab.net.ua/uk/alkogolizm-uk/psyhichni-rozlady-vyklykani-alkogolizmom/

36. Психічні розлади, викликані алкоголізмом. *Реабілітаційний центр Rehab.* URL: https://rehab.net.ua/alkogolizm-uk/psyhichni-rozlady-vyklykani-alkogolizmom/

37. Реабілітація від алкогольної залежності. Фавор. *Ми поруч.* URL: https://favor.org.ua/alkogolna-zalezhnost-reabilitacziya/

38. Реабілітація наркозалежних у Києві. Українська наркологічна спілка. URL: https://narcolog.org/services/reabilitacziya-narkozalezhnyh-u-kyyevi?utm_source

39. Романюк О., Найчук В. Узалежнена від алкоголю поведінка: психологічний підхід. *Матеріали конференцій МНЛ.* Хмельницький. 2025. С. 115–117. URL: https://archive.liga.science/index.php/conference-proceedings/article/view/1610/1631

40. Савіна М. В., Слюсар В. В., Антонович М. О. Гендерні особливості психологічних чинників саморегуляції в осіб із алкогольною залежністю. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2015. № 2(2). С. 109–113. URL: https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/6241/5778

41. Старков Д. Ю. Динаміка мотивації адиктів у процесі соціальнопсихологічної реабілітації. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2021. URL: http://psychology-naes-ua.institute/files/pdf/dissertaciya_starkov_end_1618577846.pdf

42. Старков Д. Ю. Особливості соціального супроводу сімей з алкогольною залежністю. Актуальні проблеми психології. 2014. № 35.7. С. 274–281. URL: https://surl.li/ppkfja

43. Старков Д. Ю., Іванов В. О., Безсмертний Ю. М. Принципи роботи амбулаторної соціально-психологічної реабілітації осіб залежних від алкоголю. 2013. URL:

https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/8632/1/%D0%91%D1%80%D0%BE%D1%88%D1%8E%D1%80%D0%B0_Final.pdf?utm_source

44. Тест "Діагностика рівня конфліктності особистості". URL: https://bo-zoriana.webnode.com.ua/news/test%22d%D1%96agnostika-r%D1%96vnya-konfl%D1%96ktnost%D1%96-osobistost%D1%96%22/

45. Тимчик О. В., Маруненко І. М. Медико-соціальні основи здоров'я: навч. посіб. Київ: КУ ім. Бориса Грінченка, 2013. 317 с. URL: https://surl.li/zgttbo

46. Фурман А. В., Дубно А. В. Психодіагностична компетентність соціального працівника. 2017. URL: http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/31449/1/2017-furman_dubno.pdf

47. Харківська А. І. Динаміка психологічних характеристик у хворих на алкоголізм під впливом психокорекційних заходів. 2020. URL: https://www.ukrlogos.in.ua/10.11232-2663-4139.16.22.html

48. Хожаінова В. Більшість підлітків в Україні вживають алкоголь. Для чого. *Суспільне Новини.* 10 серпня 2021. URL: https://suspilne.media/154682-bilsist-pidlitkiv-v-ukraini-vzivaut-alkogol-dla-cogo/

49. Христук О. Л. Проблема алкогольної адикції у сучасній вітчизняній психології. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія: психологічна*. 2012. № 2(2). С. 104–112. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Nvldu_2012_2(2)__14.pdf

50. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посіб. 2005. URL: https://shron1.chtyvo.org.ua/Tsymbaliuk_Ivan/Psykholohichne_konsultuvannia_ta_korektsiia_Modulno-reitynhovyi_kurs.pdf

51. Чи дійсно алкоголь знімає стрес? Міфи і реальність. *Рубрика.* 2024. URL https://rubryka.com/2024/11/19/chy-dijsno-alkogol-znimaye-stres-mify-i-realnist/

52. Шаповалова В. О., Шаповалов В. В., Осинцева А. О. Визначення доступності лікарських засобів для фармакотерапії алкогольної та пивної адикції з позиції фармацевтичного і медичного права та судової фармації. *Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація.* 2014. № 3–4. С. 39–46. URL: http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?C21COM=2&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&IMAGE_FILE_DOWNLOAD=1&Image_file_name=PDF/Kff_2014_3-4_8.pdf

53. Шкала психологічного стресу PSM-25. URL: https://stud.com.ua/124953/psihologiya/shkala_psihologichnogo_stresu

54. Шкала самооцінки Розенберга (RSE). URL: https://www.eztests.xyz/tests/rosenberg_rse/

55. Як визначити алкоголіка: основні ознаки та фази алкогольної залежності. *Статус, наркологічний центр*. 26.06.2024. URL: https://surl.li/tyoqfh

ДОДАТКИ

Шкала локусу контролю (опитувальник Роттера)

Інструкція: Вам буде запропоновано 44 твердження, що стосуються різних сторін життя і ставлення до них. Оцініть, будь ласка, ступінь своєї згоди або незгоди з наведеними твердженнями за 6-бальною шкалою: - 3-2 -1 + 1 + 2 + 3, від повного заперечення (-3) до повної згоди (+3).

Іншими словами, поставте проти кожного твердження бал від одиниці до трійки з відповідним знаком «+» (згода) або «-» (незгода).

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей і зусиль людини.

2. Більшість розлучень відбувається тому, що люди не захотіли пристосуватися одне до одного.

3. Хвороба - справа випадку; якщо вже судилося захворіти, то нічого не поробиш.

4. Люди виявляються самотніми через те, що самі не виявляють інтересу і дружелюбності до оточуючих.

5. Здійснення моїх бажань часто залежить від везіння.

6. Марно докладати зусилля для того, щоб завоювати симпатії інших людей.

7. Зовнішні обставини-батьки і добробут впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.

8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.

9. Як правило, керівництво виявляється більш ефективним, коли керівник повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.

10. Мої оцінки в школі, в інституті часто залежали від випадкових обставин (наприклад, настрою викладача) більше, ніж від моїх власних зусиль.

11. Коли я будую плани, то, загалом, вірю, що зможу здійснити їх.

12. Те, що багатьом людям здається удачею чи везінням, насправді є результатом довгих цілеспрямованих зусиль.

13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі і ліки.

14. Якщо люди не підходять один одному, то, як би вони не старалися, налагодити сімейне життя все одно не зможуть.

15. Те хороше, що я роблю, зазвичай буває гідно оцінений іншими.

16. Люди виростають такими, якими їх виховують батьки.

17. Думаю, що випадок чи доля не грають важливої ролі в моєму житті.

18. Я не намагаюся планувати далеко вперед, оскільки багато залежить від того, як складуться обставини.

19. Мої оцінки в школі найбільше залежали від моїх зусиль і рівня підготовленості.

20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю відповідальність за собою, ніж за протилежною стороною.

21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.

22. Я волію таке керівництво, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.

23. Думаю, що мій спосіб життя жодною мірою не є причиною моїх хвороб.

24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям добитися успіху в своїх справах.

25. В кінці кінців, за погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.

26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити в сформованих обставинах.

27. Якщо я дуже захочу, то зможу привернути до себе майже кожного.

28. На підростаюче покоління впливає так багато обставин, що зусилля батьків по його вихованню часто виявляються марними.

29. Те, що зі мною трапляється, це справа моїх власних рук.

30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять саме так, а не інакше.

31. Чоловік, який не зміг добитися успіху у своїй роботі, швидше за все, не проявив достатньо зусиль.

32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, що хочу.

33. У неприємностях і невдачах, які були в моєму житті, частіше були винні інші люди, ніж я сам.

34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за ним стежити і правильно одягати.

35. У складних обставинах я вважаю за краще почекати, поки проблеми не вирішаться самі собою.

36. Успіх є результатом наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.

37. Я відчуваю, що від мене більше, ніж від кого б то не було, залежить щастя моєї сім'ї.

38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я подобаюся одним людям і не подобаюсь іншим.

39. Я завжди віддаю перевагу приймати рішення і діяти самостійно, а не сподіватися на допомогу інших людей чи на долю.

40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, незважаючи на всі його старання.

41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити навіть при самому сильному бажанні.

42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати свої можливості, мають звинувачувати в цьому тільки самих себе.

43. Багато мої успіхи були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.

44. Більшість моїх невдач сталося від невміння, незнання чи ліні і мало залежало від везіння чи невезіння.

Обробка результатів

Обробка результатів тесту включає кілька етапів.http://psychologis.com.ua/Oprosnik_Rottera_1.JPG

1-й етап. Підрахунок «сирих» (попередніх) балів за шкалами.

Показники (шкали):

1. ІО - шкала загальної інтернальності;

2. ІД - шкала інтернальності в області досягнень;

3. ІН - шкала інтернальності в області невдач;

4. ІС - шкала інтернальності в сімейних відносинах;

5. ІП - шкала інтернальності у виробничих відносинах;

6. ЇМ - шкала інтернальності в області міжособистісних відносин;

7. З - шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби.

Підрахуйте суму балів по кожній з семи шкал, при цьому питання, вказані в стовпчику «+», беруться з тим же знаком бали, а питання, вказані в стовпчику « - » змінюють знак бали на зворотний.

У наведеній нижче таблиці вказані номери тверджень, які належать до відповідних шкалах.

1. ИО		2. ИД		3. ИН		4. ИС		5. ИП		6. ИМ		7. ИЗ	
+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–	+	–
2	1	12	1	2	7	2	7	19	1	4	6	13	3
4	3	15	5	4	24	16	14	22	9	27	38	34	23
11	5	27	6	20	33	20	26	25	10				
12	6	32	14	31	38	32	28	42	30				
13	7	36	26	42	40	37	41	36	26				
15	8	37	43	44	41			37	43				
16	9												
17	10												
19	14												
20	18												
22	21												
25	23												
27	24												
29	26												
31	28												
32	30												
34	33												
36	35												
37	38												
39	40												
42	41												
44	43												

http://psychologis.com.ua/Oprosnik_Rottera_2.JPG

2-й етап. Переведення «сирих» балів у стіни (стандартні оцінки) проводиться згідно з наведеною нижче таблицею. Стіни представлені в 10-бальною шкалою і дають можливість порівнювати результати різних досліджень.

Стен	Минимальные и максимальные значения «сырых» показателей по шкалам													
	1. ИО		2. ИД		3. ИН		4. ИС		5. ИП		6. ИМ		7. ИЗ	
1	−132	−13	−36	−10	−36	−7	−30	−11	−30	−4	−12	−6	−12	−3
2	−12	−2	−9	−6	−6	−3	−10	−7	−3	0	−5	−4	−2	−1
3	−1	10	−5	−2	−2	1	−6	−4	1	4	−3	−2	0	1
4	11	22	−1	2	2	5	−3	0	5	8	−1	0	2	3
5	23	33	3	6	6	8	1	4	9	12	1	2	4	
6	34	45	7	10	9	12	5	7	13	16	3	5	5	
7	46	57	11	15	13	16	8	11	17	20	6	7	6	7
8	58	69	16	19	17	20	12	14	21	24	8	9	8	9
9	70	80	20	23	21	24	15	18	25	28	10	11	10	11
10	81	132	24	36	25	36	19	30	29	30	12		12	

Проаналізуйте кількісно і якісно показники УСК за сімома шкалами, порівнюючи результати (отриманий «профіль») з нормою. Нормальним вважається значення стіна, що дорівнює 5. Відхилення вправо (6 і більше стенів) свідчить про интернальном тип рівня суб'єктивного контролю у відповідних ситуаціях, відхилення вліво (менше 4 стенів) свідчить про экстернальном типі.

Опис оцінених шкал

1. **Шкала загальної інтернальності** - ІО. Високий показник по цій шкалі відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій в їх житті є результатом їх власних дій, що вони можуть ними керувати, і, таким чином, вони почувають свою власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. Низький показник за шкалою ІО відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі люди не бачать зв'язку між своїми діями і значущими для них подіями життя, не вважають себе здатними контролювати цей зв'язок і думають, що більшість подій і вчинків є результатом випадку або дій інших людей.

2. **Шкала інтернальності в області досягнень** - ІД. Високі показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями і ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі домоглися всього того хорошого, що було і є в їх житті, і що вони здатні з успіхом переслідувати свої цілі в майбутньому. Низькі показники за шкалою ІД свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення і радості зовнішнім обставинам - везінню, щасливій долі або допомозі інших людей.

3. **Шкала інтернальності в області невдач** - ІН. Високі показники за цією шкалою говорять про розвинене почуття суб'єктивного контролю по відношенню до негативних подій і ситуацій, що проявляється у схильності звинувачувати самого себе в різноманітних неприємностях і стражданнях. Низькі показники ІН свідчать про те, що людина схильна приписувати відповідальність за подібні події іншим людям або вважати ці події результатом невдачі.

4. **Шкала інтернальності в сімейних відносинах** - ІВ. Високі показники означають, що людина вважає себе відповідальною за події, що відбуваються в її сімейному житті. Низький ІС вказує на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значимих ситуацій, що виникають у його родині.

5. **Шкала інтернальності в області виробничих відносин** - ІП. Високий ІП свідчить про те, що людина вважає свої дії важливим чинником організації власної виробничої діяльності, у складних відносинах в колективі, у своєму просуванні і т. д. Низький ІП вказує на те, що людина схильний надавати більшого значення зовнішнім обставинам - керівництву, товаришам по роботі, везінню-невдачі.

6. **Шкала інтернальності в області міжособистісних відносин** - ЇМ. Високий показник ЇМ свідчить про те, що людина вважає себе в силах контролювати свої формальні і неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу та симпатію. Низький ЇМ, навпаки, вказує на те, що людина не може активно формувати своє коло спілкування і схильний вважати свої міжособистісні стосунки результатом активності партнерів.

7. **Шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби** - З. Високі показники свідчать про те, що людина вважає себе багато в чому відповідальною за своє

здоров'я: якщо вона хвора, то звинувачує в цьому самого себе і вважає, що одужання багато в чому залежить від його дій. Людина з низьким вважає здоров'я і хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде в результаті дій інших людей, насамперед лікарів.

Методика дослідження вольової саморегуляції А. Звєрькова та Є. Ейдмана Вік досліджуваного

Вік досліджуваного: з 14 років.

Матеріали та обладнання: тест-опитувальник, бланк для відповідей, ручка.

Процедура дослідження

Дослідження вольової саморегуляції за допомогою тесту-опитувальника може проводитися з однією особою або з цілою групою. Щоб забезпечити самостійність відповідей досліджуваних, кожному видається тест-опитувальник, бланк для відповідей (з номерами запитань і графами для відповідей).

Інструкція досліджуваному. Вам пропонується тест, який включає 30 тверджень. Уважно прочитайте кожне з них та вирішіть, наскільки воно характеризує вас. Якщо правильно характеризує, то на аркуші для відповідей навпроти номера даного твердження поставте знак «+» якщо вважаєте, що неправильно, знак «-»

Тестовий матеріал

1. Якщо в мене щось не виходить, то нерідко виникає бажання покинути цю справу.

2. Я не відмовляюся від своїх задумів і справ, навіть якщо доводиться вибирати між ними та приємною компанією.

3. За необхідності мені неважко стримати спалах гніву.

4. Звичайно я зберігаю спокій, чекаючи товариша, який спізнюється на призначений час.

5. Мене важко відірвати від розпочатої роботи.

6. Мене дуже вибиває з колії фізичний біль.

7. Я завжди намагаюся вислухати співрозмовника, не перебиваю, навіть якщо не терпиться йому заперечити.

8. Я завжди відстоюю свою позицію у розмові.

9. Якщо треба, я можу не спати кілька ночей (наприклад, робота, чергування) і весь наступний день бути “в гарній формі”.

10. Мої плани занадто часто перекреслюються зовнішніми обставинами.

11. Я не вважаю себе терплячою людиною.

12. Не так просто мені примусити себе байдуже спостерігати хвилююче видовище.

13. Мені рідко вдається примусити себе продовжувати роботу після серії прикрих невдач.

14. Якщо я ставлюся до когось погано, мені важко приховати зневагу до нього.

15. За потреби я можу займатися своєю справою в незручних та в не пристосованих до цього умовах.

16. Мені дуже ускладнює роботу усвідомлення того, що її необхідно виконати в точно визначений термін.

17. Я вважаю себе рішучою людиною.

18. З фізичною втомою я справляюся значно краще, ніж інші.

19. Краще зачекати ліфт, ніж підійматися сходами.

20. Зіпсувати мені настрій не так просто.

21. Інколи якась дрібниця заполонює мої думки, не дає спокою, і я не можу її позбутися.

22. Мені важче, ніж іншим зосередитися на завданні чи на роботі.

23. Сперечатися зі мною важко.

24. Я завжди прагну довести розпочату справу до кінця.

25. Мене легко відвернути від справ.

26. Я іноді помічаю, що намагаюся домогтися свого всупереч об’єктивним обставинам.

27. Люди іноді заздрять моєму терпінню та допитливості.

28. Мені важко зберегти спокій у стресовій ситуації.

29. Я помічаю, що під час одноманітної роботи мимоволі починаю змінювати спосіб дії, навіть якщо це інколи призводить до погіршення результатів.

30. Мене, як правило, дратує, коли “перед носом” зачиняються двері транспорту або ліфта, що від’їжджають.

Обробка результатів

Мета обробки результатів - визначення величин індексів вольової саморегуляції за пунктами загальної шкали та індексів за субшкалами наполегливість і самовладання.

Кожен індекс - це сума балів, отриманих при підрахунку збігу відповідей з ключем загальної шкали чи субшкали.

В опитувальнику міститься 6 замаскованих тверджень. Тому загальний сумарний бал за загальною шкалою має бути в межах 0-24, за субшкалою напо¬легливості - 0-16 та за субшкалою самовладання - 0-13.

Ключ для підрахунку індексів вольової саморегуляції

Загальна шкала	1-, 2+, 3+, 4+, 5+,6-, 7+, 9+, 10-, 11+, 13-, 14-, 16-, 17+, 18+, 20+, 21-, 22-, 24+, 25-, 27+, 28-, 29-, 30-
Наполегливість	1-, 2+, 5+, 6-, 9+, 10-, 11+, 13-, 16-, 17+, 18+, 20+, 22-, 24+, 25-, 27+
Самовладання	3+, 4+, 5+, 7+, 13-, 14-, 16-, 21-, 24+, 27+, 28-, 29-, 30-

Аналіз результатів

У загальному вигляді під рівнем вольової саморегуляції розуміють міру опанування особистою поведінкою в різноманітних ситуаціях, здатність свідомо керувати своїми діями, бажаннями, станами.

Рівень розвитку вольової саморегуляції може бути охарактеризовано в цілому й окремо за такими властивостями характеру, як наполегливість та самовладання.

Рівні вольової саморегуляції визначаються порівнянням із середніми значеннями кожної шкали. Якщо вони становлять більше половини максимально можливої суми збігів, то цей показник відображає високий рівень розвитку загальної саморегуляції, наполегливості чи самовладання. Для загальної шкали ця величина становить 12, для шкали наполегливості - 8, для шкали самовладання - 6.

Високий бал за загальною шкалою властивий емоційно зрілим, активним, незалежним, самостійним особам. їх відрізняє спокій, упевненість у собі, стійкість

намірів, реалістичність поглядів, розвинене почуття особистого обов'язку. Як правило, вони добре рефлектують особисті мотиви, планомірно втілюють власні наміри, вміють розподіляти зусилля і здатні контролювати свої вчинки, володіють вираженою соціально-позитивною спрямованістю. У граничних випадках у них можливе наростання внутрішньої напруги, пов'язаної з прагненням контролювати кожен нюанс власної поведінки і з тривожністю через найменшу її спонтанність.

Низький бал спостерігається в людей чутливих, емоційно нестійких, враз¬ливих, невпевнених у собі. Рефлективність у них невисока, а загальний фон активності, як правило, занижений. їм властиві імпульсивність і нестійкість намірів. Це може бути пов'язано як з незрілістю, так і з вираженою витонче¬ністю натури, не підкріпленою здатністю до рефлексії та самоконтролю.

Субшкала наполегливості характеризує силу намірів людини - її прагнення до здійснення розпочатої справи. На позитивному полюсі - діяльні, працездатні люди, які активно прагнуть до виконання запланованого, їх мобілізують перешкоди на шляху до мети, не відвертають альтернативи і спокуси, головна їхня цінність - розпочата справа. Таким людям притаманна повага до соціальних норм, прагнення повністю підпорядковувати свою поведінку цим нормам. У крайньому прояві можлива втрата гнучкості поведінки, поява маніакальних тенденцій. Низькі значення за даною шкалою вказують на підвищену лабільність, невпевненість, імпульсивність, що можуть призвести до непослідовності в поведінці. Знижений фон активності та працездатності, як правило, компенсується в таких людей підвищеною чутливістю, гнучкістю, винахідливістю, а також тенденцією до вільного трактування соціальних норм.

Субшкала самовладання відображає рівень довільного контролю емоційних реакцій і станів. Високий бал отримують люди емоційно стійкі, які добре володіють собою в різноманітних ситуаціях. Характерний для них внутрішній спокій, упевненість у собі звільняють від страху перед невідомим, підвищують готовність до сприймання нового, непередбаченого і, як правило, поєднуються із свободою поглядів, з тенденцією до новаторства і радикалізму. Разом з тим прагнення до постійного самоконтролю, надмірне свідоме обмеження спонтанності може

призвести до підвищення внутрішньої напруженості, до переважання постійної стурбованості та втоми.

На другому полюсі цієї субшкали - спонтанність, що у поєднанні з вразливістю та переважанням традиційних поглядів, захищає людину від інтенсивних переживань і внутрішніх конфліктів, сприяє незворушному настрою.

Тест "Діагностика рівня конфліктності особистості" Д.М.Рамендик

Текст питальника

1. Чи характерне для вас прагнення домінувати:

а) ні;

б) інколи;

в) так?

2. У вашому колективі є люди, які вас побоюються, а можливо, ненавидять:

а) так;

б) важко відповісти;

в) ні?

3. Хто ви більшою мірою:

а) миротворець;

б) принциповий;

в) винахідливий?

4. Як часто вам доводиться виступати з критичними зауваженнями:

а) часто;

б) періодично;

в) рідко?

5. Які пріоритети ви оберете, якщо очолите новий колектив:

а) розроблю програму роботи колективу на рік і переконаю колектив у її доцільності;

б) вивчу, хто є хто, і налагоджу контакти з лідерами;

в) частіше радитимуся з людьми?

6. У якому стані ви перебуваєте в разі невдачі:

а) песимізм;

б) поганий настрій;

в) образа на себе?

7. Чи характерне для вас прагнення обстоювати традиції вашого колективу і дотримуватися їх:

а)так;

б) швидше так;

в) ні?

8. Ви належите до людей, які готові почути гірку правду про себе:

а) так;

б) швидше так;

в) ні?

9. Які якості ви намагаєтеся викоренити в собі:

а) дратівливість;

б) образливість;

в) нетерпимість до критики на свою адресу?

10. Хто ви більшою мірою:

а) незалежний;

б) лідер;

в) генератор ідей?

11. Якою людиною вважають вас друзі:

а) екстравагантною;

б) оптимістом;

в) наполегливою?

12. Із чим вам найчастіше доводилося боротися:

а) несправедливістю;

б) бюрократизмом;

в) егоїзмом?

13. Що для вас найхарактерніше:

а) недооцінювання своїх здібностей;

б) об'єктивне оцінювання своїх здібностей;

в) переоцінювання власних здібностей?

14. Що найчастіше штовхає вас на міжособистісний конфлікт:

а) надмірна ініціативність;

б) надмірна критичність;'

в) надмірна прямолінійність?

Опрацювання результатів. **Підрахуйте кількість набраних вами балів, використовуючи таблицю.**

Варіант відповіді	Кількість балів за запитання						
	1	2	3	4	5	6	7
	8	9	10	11	12	13	14
А	1	3	1	3	3	2	3
	3	2	3	2	3	2	1
Б	2	2	3	2	2	3	2
	2	1	1	1	2	1	2
В		1	2	1	1	1	1
	3	1	2	3	1	3	3

Інтерпретація результатів. Вона здійснюється за такою шкалою:

- 14-17 балів. Дуже низький рівень конфліктності;

- 18-20 балів. Низький рівень конфліктності;

- 21-23 бали. Рівень конфліктності нижче середнього;

- 24-26 балів. Рівень конфліктності дещо нижче середнього;

- 27-29 балів. Середній рівень конфліктності;

- ЗО-32 бали. Рівень конфліктності дещо вищий середнього;

- 33-35 балів. Рівень конфліктності вище середнього;

- 36-38 балів. Високий рівень конфліктності;

- 39-42 бали. Дуже високий рівень конфліктності.

Шкала самооцінки Розенберга

Шкала самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE) - це популярний інструмент для вимірювання самооцінки у соціо-психологічних дослідженнях. Спочатку вона була розроблена для самооцінки старшокласників, проте з моменту свого розвитку використовувалася з різними групами, включаючи дорослих.

1. Загалом я собою задоволений.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
2. Часом мені здається, що я не зовсім добрий.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
3. Я відчуваю, що маю ряд хороших якостей.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
4. Багато речей я здатний робити не гірше більшості інших людей.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
5. Мені здається, що мені нема чим пишатися.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден

- Цілком не згоден

6. Часом я справді відчуваю себе непотрібним.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
7. Я відчуваю себе гідною людиною.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
8. Я хотів би більше поважати себе.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
9. Загалом, я схильний вважати себе невдахою.
   - Цілком згоден
   - Швидше згоден
   - Швидше не згоден
   - Цілком не згоден
10. Я ставлюся до себе позитивно.
    - Цілком згоден
    - Швидше згоден
    - Швидше не згоден
    - Цілком не згоден

Інтерпретація результатів Шкали самооцінки Розенберга

Для інтерпретації результатів Шкали самооцінки Розенберга (RSE) застосовується наступна система підрахунку:

Система підрахунку балів

1. **Для прямих питань** (1, 3, 4, 7, 10):
    - "Цілком згоден" = 3 бали
    - "Швидше згоден" = 2 бали
    - "Швидше не згоден" = 1 бал
    - "Цілком не згоден" = 0 балів
2. **Для зворотних питань** (2, 5, 6, 8, 9):
    - "Цілком згоден" = 0 балів
    - "Швидше згоден" = 1 бал
    - "Швидше не згоден" = 2 бали
    - "Цілком не згоден" = 3 бали

Підсумкова оцінка

Після підрахунку балів за всіма питаннями їх сума дає загальний показник самооцінки, який може варіюватися від 0 до 30 балів.

Категорії рівнів самооцінки

- **0-15 балів** - низька самооцінка. Людина має значні сумніви щодо власної цінності, часто незадоволена собою та своїми досягненнями. Може потребувати психологічної підтримки.
- **16-25 балів** - середня (нормальна) самооцінка. Людина в цілому позитивно ставиться до себе, визнає свої сильні та слабкі сторони, має здоровий баланс самокритики та самоприйняття.
- **26-30 балів** - висока самооцінка. Людина має високий рівень самоповаги та впевненості в собі, позитивно оцінює свої якості та досягнення.

Додаткові аспекти інтерпретації

- В клінічній практиці увага приділяється не лише загальному балу, але й відповідям на окремі питання, які можуть вказувати на конкретні проблемні зони самосприйняття.
- Важливо пам'ятати, що самооцінка може змінюватися з часом та під впливом різних життєвих обставин.
- Для глибшого аналізу рекомендується проводити повторні вимірювання через певні проміжки часу, щоб відстежувати динаміку змін.

- Результати тесту варто розглядати в комплексі з іншими психологічними методиками та спостереженнями для отримання більш повної картини психологічного стану людини.

Шкала психологічного стресу PSM-25

Інструкція: пропонується ряд тверджень, що характеризують психічний стан. Оцініть, будь ласка, ваш стан за останній тиждень за допомогою 8-бальної шкали. Для цього на бланку опитувальника поруч з кожним твердженням обведіть число від 1 до 8, яке найбільш точно визначає ваші переживання. Тут немає неправильних або помилкових відповідей. Відповідайте якомога щире. Для виконання тесту буде потрібно приблизно п'ять хвилин.

Цифри від 1 до 8 означають частоту переживань:

1 - «ніколи»; 2 - «вкрай рідко»; 3 - «дуже рідко»; 4 - «рідко»; 5 - «іноді»; 6 - «часто»; 7 - «дуже часто»; 8 - «постійно (щодня)».

1	Стан напруженості і крайньої схвильованості (напруженості)	12345678
2	Відчуття клубка в горлі і / або сухості в роті	12345678
3	Я перевантажений (а) роботою. Мені зовсім не вистачає часу	12345678
4	Я поспіхом проковтую їжу або забуваю поїсти	12345678
5	Після роботи я не можу відключитися від думок про незавершені справи, проблеми, плани; я «застряють» на переживаннях робочих ситуацій і невирішених питань, обмірковую свої ідеї знову і знову	12345678
6	Я відчуваю себе самотнім (ой) і незрозумілим (ой)	12345678
7	Я страждаю від фізичного нездужання; у мене запаморочення, головний біль, напруженість і дискомфорт в області шийного відділу, болі в спині, спазми в шлунку	12345678
8	Я поглинений (а) похмурими думками, змучений (а) тривожними станами	12345678
9	Мене раптово кидає то в жар, то в холод	12345678
10	Я забуваю про зустрічі або справах, які повинен зробити або вирішити	12345678
11	У мене часто псується настрій; я легко можу заплакати від образи або проявити агресію, лють	12345678
12	Я відчуваю себе втомленим людиною	12345678
13	У важких ситуаціях я міцно стискаю зуби (чи стискаю кулаки)	12345678
14	Я спокійний (на) і безтурботний (на) *	12345678
15	Мені важко дихати і / або у мене раптово перехоплює подих	12345678
16	Я маю проблеми з травленням і з кишечником (болі, кольки, розлади або запори)	12345678
17	Я схвильований (а), стурбований (а), збуджений (а)	12345678
18	Я легко лякаюся; шум або шерех змушують мене здригатися	12345678
19	Мені необхідно більш ніж півгодини для того, щоб заснути	12345678

20	Я збитий (а) з пантелику; мої думки сплутані; мені не вистачає зосередженості і я не можу сконцентрувати увагу	12345678
21	У мене втомлений вигляд; мішки або круги під очима	12345678
22	Я відчуваю тяжкість на своїх плечах	12345678
23	Я стривожений (а), мені необхідно постійно рухатися; я не можу стояти або сидіти на одному місці	12345678
24	Мені важко контролювати свої вчинки, емоції, настрій або жести	12345678
25	Я відчуваю напруженість *	12345678

Обробка і інтерпретація результатів. Підраховується сума всіх відповідей - інтегральний показник психічної напруженості (ППН). Питання 14 оцінюється в зворотному порядку. Чим більше ППН, тим вище рівень психологічного стресу.

ППН більше 155 балів - високий рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації і психічного дискомфорту, необхідності застосування широкого спектра засобів і методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення і життя.

ППН в інтервалі 154-100 балів - середній рівень стресу.

Низький рівень стресу, ППН менше 100 балів , свідчить про стан психологічної адаптоване до робочих навантажень.

Повний кореляційний аналіз характеристик у осіб з алкогольною адикцією (n=50)

Показники														
1. Загальна інтернальність														
2. Інтернальність досягнень														
3. Інтернальність невдач														
4. Інтернальність сімейна														
5. Інтернальність виробнича														
6. Інтернальність міжособистісна														
7. Інтернальність здоров'я														
8. Загальна вольова саморегуляція														
9. Наполегливість														
10. Самовладання														
11. Конфліктність														
12. Самооцінка														
13. Стрес														
14. Тривалість алкоголізації														

Примітки:

(25 чоловіків, 25 жінок, вік 19-39 років)

$p \leq 0,001$ (дуже високий рівень значущості)

$p \leq 0,01$ (високий рівень значущості)

$p \leq 0,05$ (помірний рівень значущості)