

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Волинський національний університет імені Лесі Українки  
Кафедра загальної та клінічної психології

**ПСИХОЛОГІЯ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ**

(курс лекцій)

Луцьк – 2022

УДК [159.922.(075.8)]

ББК 88.5я73-9

*Рекомендовано до друку науково-методичною радою Волинського національного університету імені Лесі Українки  
(протокол № 9 від 18 травня 2022 року)*

Рецензенти:

**Кульчицька А.В.** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогічної та вікової психології Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки;

**Останійовський О.** – кандидат психологічних наук, доцент кафедри педагогіки і психології ВППО

**Мудрик А. Б.**

**Психологія залежної поведінки (курс лекцій)** / Алла Богданівна Мудрик. – Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. – 80 с.

М 89 Навчально-методичні матеріали до курсу побудовані з урахуванням того, що частина матеріалу з курсу вивчається студентами самостійно. За умов, що на лекції відведена незначна кількість годин, то цей вид навчальної діяльності передбачає ознайомлення студентів лише із основними категоріями і поняттями, методами та психологічними теоріями предмета. Виходячи з цього, в навчально-методичному виданні пропонується повний курс лекцій та перелік літературних джерел, рекомендованих для опрацювання.

Рекомендовано для підготовки магістра, галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальності 053 – психологія, за освітньою-професійною програмою Клінічна психологія.

УДК [159.922.(075.8)]

ББК 88.5я73-9

М-89

© Мудрик А.Б., 2022

## ЗМІСТ

Вступ.....	4	
Анотація курсу.....	4	
<i>Змістовий модуль 1</i>		
Теоретико-методологічні основи психології залежної поведінки		
Тема 1. Психологія адитивної поведінки.....	6	
Тема 2. Типологія адикцій: хімічні, біохімічні та нехімічні адикції.....	21	
<i>Змістовий модуль 2</i>		
Хімічні та біохімічні адикції.....		23
Тема 3. Хімічні адикції.....	36	
Тема 4. Біохімічні адикції.....		
Тема 5. Хімічні та біохімічні адикції: діагностика, психотерапія та реабілітація.....	47	
<i>Змістовий модуль 3</i>		
Нехімічні адикції		
Тема 6. Нехімічні адикції.....	53	
Тема 7. Нехімічні адикції: діагностика, психотерапія та реабілітація.....	71	
Рекомендована література.....	74	

## **ВСТУП**

Рекомендовано для підготовки магістра, галузі знань 05 – соціальні та поведінкові науки, спеціальності 053 – психологія, за освітньою-професійною програмою Клінічна психологія.

### **АНОТАЦІЯ КУРСУ**

Залежна (або адиктивна) поведінка є спробою втечі від реальності за допомогою зміни свого психічного стану, що забезпечує ілюзію безпеки та емоційного комфорту.

Залежність є формою рабства, яка обмежує особистісні можливості. Будь-яка залежність є перешкодою на шляху до самореалізації.

Сучасний реєстр поведінкових залежностей нараховує близько тисячі різних адиктивних «агентів» (адиктогенів), що спонукують до формування хвороб залежності.

Залежності в патологічній формі прояву стають дедалі частішим явищем, а це означає, що з'являється більша кількість людей, яка потребує психологічної допомоги. Тому одними з найбільш важливих завдань сьогодення є набуття знань з «Психології залежності», використання їх на практиці з метою збереження психологічного здоров'я людини, профілактики залежностей та формування гармонійно розвиненої особистості.

Курс «Психологія залежної поведінки» надає студентам можливість отримати комплекс теоретичних та практичних знань та оволодіти практичними навичками діагностики, профілактики, корекції, реабілітації психологічних залежностей.

Для вивчення дисципліни, студенти мають володіти знаннями з курсів «Загальна психологія», «Психологія особистості».

Вивчення дисципліни дасть змогу: оволодіти основним категоріально-понятійним апаратом з означеної проблеми; розглянути види залежностей: хімічні, біохімічні, нехімічні; проаналізувати та проінтерпретувати провідні чинники виникнення залежної поведінки і особливості протікання психологічних адикцій; ознайомитись з основними напрямками та видами соціально-психологічної роботи із залежною поведінкою особистості; навчитись визначати симптоматику різних залежностей і їхні прояви у різних ситуаціях соціальної дійсності; ознайомитись з основними напрямками соціально-психологічної профілактики виникнення залежної поведінки; оволодіти основними та спеціальними методами та методиками діагностики особливостей залежної поведінки; здійснювати діагностичну та корекційну роботу з клієнтами, які страждають від залежностей.

### **Компетенції**

ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.

ЗК2. Здатність проведення досліджень на відповідному рівні.

ЗК4. Уміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.

ЗК6. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

СК1. Здатність здійснювати теоретичний, методологічний та емпіричний аналіз актуальних проблем психологічної науки та / або практики.

СК2. Здатність самостійно планувати, організувати та здійснювати психологічне дослідження з елементами наукової новизни та / або практичної значущості.

СК3. Здатність обирати і застосувати валідні та надійні методи наукового дослідження та/або доказові методики і техніки практичної діяльності.

СК4. Здатність здійснювати практичну діяльність (тренінгову, психотерапевтичну, консультаційну, психодіагностичну та іншу залежно від спеціалізації) з використанням науково верифікованих методів та технік.

СК5. Здатність організувати та реалізовувати просвітницьку та освітню діяльність для різних категорій населення у сфері психології.

СК9. Здатність дотримуватися у фаховій діяльності норм професійної етики та керуватися загальнолюдськими цінностями.

ПР1. Здійснювати пошук, опрацювання та аналіз професійно важливих знань із різних джерел із використанням сучасних інформаційно-комунікаційних технологій.

ПР2. Вміти організувати та проводити психологічне дослідження із застосуванням валідних та надійних методів.

ПР3. Узагальнювати емпіричні дані та формулювати теоретичні висновки.

ПР5. Розробляти програми психологічних інтервенцій (тренінг, психотерапія, консультування тощо), провадити їх в індивідуальній та груповій роботі, оцінювати якість.

ПР6. Розробляти просвітницькі матеріали та освітні програми, впроваджувати їх, отримувати зворотній зв'язок, оцінювати якість.

ПР7. Доступно і аргументовано представляти результати досліджень у писемній та усній формах, брати участь у фахових дискусіях.

## Змістовий модуль 1

### Теоретико-методологічні основи психології залежної поведінки

#### Тема 1. Психологія адитивної поведінки

*Адиктивна поведінка - це одна з форм девіантної (що відхиляється) поведінки, деструктивної поведінки, з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки вживанню різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій.*

#### **Девіантна поведінка**

При вивченні даної теми слід перш за все визначити сам термін «девіантна поведінка» та близькі до нього поняття, які використовуються в науці: «поведінка, що відхиляється від норми», «проблемна поведінка», «ризикована», «ненормальна» тощо.

Визначення девіантної поведінки базується на розумінні її соціальних та медичних аспектів. За О.В. Змановською, *девіантна поведінка* – це стійка поведінка особистості, що відхиляється від найважливіших соціальних норм і наносить збитки суспільству чи самій особистості, а також супроводжується її соціальною дезадаптацією.

*Основні ознаки та характеристики девіантної поведінки включають:*

- нездатність регулювати та контролювати свою поведінку,
- порушення емоційної та пізнавальної сфери,
- соціальна дезадаптація особистості

Згідно з поглядами О.В.Змановської, девіантна поведінка характеризується такими особливостями:

- стійкість, повторюваність поведінки (це поведінка багаторазова чи довготривала, а не одноразова);
- функціонування в межах медичної норми – означає, що девіантна поведінка притаманна здоровим людям, а не психічно хворим;
- відповідність загальній спрямованості особистості;
- характеризується соціальною дезадаптацією особистості;
- включає нанесення шкоди собі та/або іншим

*Основні підходи до розуміння ознак та критеріїв девіантної поведінки*

Розкриваючи питання класифікації видів девіантної поведінки, слід звернути увагу на те, що в різних галузях науки дане поняття і його класифікації розглядаються по-різному.

Важливо зробити акцент на психологічній класифікації девіантної поведінки.

Цікавою і значущою для розуміння явища девіантної поведінки є проблема соціальних норм. В.М.Кудрявцев під *соціальною нормою* розуміє сукупність вимог та очікувань, які висуває соціальна спільнота (група, організація, клас, суспільство) до своїх членів з метою регуляції діяльності та

відносин. Дане поняття слід розглядати саме у психологічному ракурсі, у зв'язку з особливостями розвитку та функціонування особистості в суспільстві.

Психологічні аспекти соціальних норм вивчаються в контексті особливостей їх регулювання. Основними механізмами регулювання соціальних норм є:

- формування установок (атитюдів) щодо виконання тих чи інших правил та вимог суспільства, які водночас формують диспозиційну поведінку – схильність людини діяти певним чином. Наприклад, суспільна думка, стереотипи про те, що можна, а що ні, мода і тренди в суспільстві тощо;

- заохочення та покарання суспільством суб'єктів виконання норм.

Виражається у правових, легітимних санкціях у разі, коли норма є писаною, тобто відображена в нормативно-правових документах. Або ж виявляється в осуді, бойкоті, негативному ставленні оточення до особистості, яка порушує ці норми. Наприклад, такі порушники стають «вигнанцями» з якими не хочуть спілкуватися та ін. І навпаки, бажана поведінка заохочується схваленням, наданням певних преференцій особам, які виконують соціальні норми.

При аналізі соціальних норм та відхилень важливо пам'ятати, що соціальні відхилення можуть мати як негативний, так і позитивний характер. Прикладами позитивних відхилень є творчість, геніальність та ін.

### **Детермінація девіантної поведінки**

Детермінантами щодо девіантної поведінки визначаються, залежно від концептуального бачення даного явища, соціальні, біологічні та психологічні чинники.

Відповідно детермінація девіантної поведінки розглядається в межах основних теоретичних напрямків вивчення особистості.

*Соціологічні концепції* основними чинниками девіантної поведінки вважають соціальні умови існування суспільства та проблеми, що виникають у соціумі (Е.Дюркгейм, Р.Мертон, Т.Парсонс, Н.Дж.Смелзер, Сазерленд та ін.).

*Біологічні концепції* пояснюють виникнення девіантної поведінки спадково-генетичними, фізіологічними, конституційними та іншими вродженими та набутими особливостями індивіда. Серед найбільш відомих біологічних концепцій девіантної поведінки – теорії Ч.Ломброзо, Ф.Гальтона, Е.Кречмера, К.Лоренца та ін.

Найбільш цікавими з точки зору вивчення психології девіантної поведінки є психологічні концепції, тому при вивченні даної теми слід приділити їм найбільше уваги.

*Психологічні концепції* пояснюють виникнення девіантної поведінки, її детермінацію психологічними механізмами функціонування і розвитку особистості та її внутрішнього світу. Вони поділяються відповідно до основних напрямків психології та дослідження особистості.

При аналізі детермінації девіантної поведінки в кожному теоретичному напрямку психології слід перш за все виходити з розуміння сутності самої теорії та концептуального бачення в ній людини. Чинники поведінки і,

відповідно, девіантної поведінки пояснюються згідно із загальним розумінням особистості в даній теорії.

*Серед теорій, які вивчають девіантну поведінку виокремлюють:*

- Психоаналітичні (психодинамічні)
- Поведінкові (біхевіоризм)
- Когнітивні
- Гуманістичні
- Екзистенційні
- Диспозиційні та ін.

Зокрема, відхилення в поведінці у **психодинамічних концепціях** пояснюється конфліктом між несвідомими потягами та соціальними обмеженнями (З.Фройд), зокрема основним чинником девіацій, розладів та психопатології, на думку З.Фройда є неусвідомлені інстинктивні потяги та їх витіснення свідомістю. Чим більше людина усвідомлює себе, чим сильніше в неї Ego, тим менше схильна до неврозів та інших поведінкових розладів.

А.Адлер пояснює виникнення девіацій комплексом неповноцінності та неправильним стилем життя, що формується в дитинстві. Зокрема, низькі соціальний інтерес та соціальна активність особистості зумовлюють виникнення злочинності, агресивності, патологічного потягу до влади. Натомість розвинений соціальний інтерес та творче Я людини допомагають їй реалізовуватися в середовищі, вирішуючи три основних завдання: робота, дружба, любов.

*Концепції неопрейдизму* розглядають особистість як результат впливу соціокультурного оточення, а джерела девіантної поведінки вбачають у відсутності емоційного контакту та почуття захищеності, довіри в дитинстві (К.Хорні, Е.Еріксон та ін.). Так, К.Хорні виокремлює поняття базальна тривога та базальна ворожість – це неусвідомлені почуття, що виникають у немовлячому віці, коли дитина не відчуває належного піклування від батьків. В дорослому віці такі неусвідомлені почуття спричиняють невротичні тенденції, залежність у відносинах або, навпаки, агресію та конфлікти з оточуючими.

**Поведінковий напрямок (біхевіоризм)** своїм предметом вивчення обирає саме поведінку людини чи тварини. Детермінантами поведінки вважаються впливи зовнішнього оточення, стимули. Основними поняттями класичного біхевіоризму є поведінка, підкріплення, наслідок, стимули, реакції.

На думку авторів (Дж.Уотсон, Скіннер та ін.), поведінка виникає як реакція на зовнішні подразники, стимули з оточуючого середовища. Формування поведінки шляхом пред'явлення стимулів називається в біхевіоризмі наслідком. Девіантною вважається поведінка, яка сформована в результаті відповідного (неправильного, девіантного) впливу та наслідку з боку оточення. Механізмами, які підтримують поведінку, є підкріплення – заохочення й покарання. Якщо поведінка отримує позитивне підкріплення, вона триває і продовжує розвиватися, якщо негативне – то поступово згасає.

Поряд із даним напрямком важливими для наукового розуміння особистості та її поведінки є *соціально-когнітивна теорія* (А.Бандура), теорія



соціального навчання (Дж.Роттер), когнітивна (А.Бек), раціонально-емотивна (А.Елліс) та ін., в яких значне місце приділяється дослідженню девіантної поведінки. Зокрема А.Бандура у своїй соціально-когнітивній теорії, не заперечуючи значення впливу оточення та підкріплення на поведінку, виокремлює ще одну групу факторів, які визначають її – особистісні фактори, до яких він відносить когнітивні процеси: віру, очікування, прогнозування, мислення, мовлення, самооцінку, самоствалення, самоефективність та ін.

Формування поведінки за А.Бандурою відбувається шляхом засвоєння сприйнятих і запам'ятованих людиною моделей з оточення. Спостерігаючи за певними проявами поведінки й наслідками, до яких вона призводить, людина або відтворює ці моделі, або ні. Автор назвав цей вид навчання навчання через спостереження. Таким чином діти засвоюють агресивну, злочинну чи будь-яку іншу деструктивну поведінку, яку спостерігають в сім'ї чи у ЗМІ, якщо вона є привабливою для них чи має позитивні наслідки.

В *екзистенційній та гуманістичній психології* девіантна поведінка розглядається як наслідок бездуховності та відсутності смислу, що є чинником емоційних та поведінкових розладів (В.Франкл). Зокрема В.Франкл виокремлював основний мотиваційний чинник особистості – прагнення до смислу. Якщо людина не знаходить сенсу свого життя, діяльності та ін., вона переживає екзистенційний вакуум – негативне почуття пустки, безнадії, безглуздості свого існування, що зрештою призводить до агресивності, депресії, а згодом – до суїцидальної поведінки.

У *гуманістичній психології* А.Маслоу детермінантами девіантної поведінки є блокування процесу саморозвитку, самоактуалізації, фрустрація вищих, духовних потреб, відсутність буттєвого способу життя, а також стани, які виникають внаслідок цього. Людина не може бути щасливою й реалізованою, на думку автора, якщо вона не прагне самоактуалізації та не реалізує свій потенціал. Така особистість стає апатичною, депресивною, цинічною, агресивною, хворіє на неврози, має інші проблеми. Цей стан А.Маслоу назвав метапатологія – відсутність вищих, духовних потреб, метапотреб. Щоб позбавитися труднощів та поведінкових проблем, людина повинна реалізовувати свої здібності, закладені в неї від природи, задовольняти духовні, буттєві потреби (метапотреби) і не зупинятися на шляху саморозвитку.

*Феноменологічна концепція* К.Роджерса основними чинниками девіантної поведінки вважає порушення розвитку Я-концепції особистості, неприйняття себе та оточуючих, неконгруентність особистості, що виявляється у відсутності внутрішньої узгодженості, гармонії з собою, нерозумінні та недостатньому неусвідомленні власних почуттів та поведінкових проявів. До девіантної поведінки (зокрема автор вивчав особистість неповнолітніх злочинців) схильні особи з недиференційованою жорсткою Я-концепцією, які не знають себе, не мають контакту з власними почуттями та своїм внутрішнім світом, відтак вони є неконгруентними і мають труднощі у відносинах з іншими.

*Диспозиційний напрям* (Г.Олпорт, Р.Кеттел та ін.), або теорії рис, розглядають девіантну поведінку як наслідок функціонування диспозицій – рис

особистості, що є передумовами певної поведінки. На думку Г.Олпорта, детермінація девіантної поведінки полягає в індивідуальних диспозиціях (рисах), які не просто детермінують поведінку, а призводять до того, що людина сама шукає ситуації, в яких може виявити свої риси. Наприклад, агресивна людина сама створює ситуації, де вона виявить свою ворожість, провокує конфлікти тощо.

Зазначимо, що наведений аналіз поглядів і теоретичних підходів до джерел виникнення девіантної поведінки є далеко не повним, оскільки існує ще багато психологічних концепцій та досліджень.

### **Поняття адикції та адиктивної поведінки**

За останні роки спостерігається різке збільшення розповсюдження адиктивних розладів, різноманітність їх форм, проява нових різновидів.

*Адикція* (англ. – схильність, пагубна звичка, пристрасть) у загальному розумінні – залежність – це прагнення покластися на когось чи щось з метою отримання задоволення або адаптації, залежність від деяких предметів, речовин чи видів діяльності.

Залежність поділяють на нормальну та надмірну. Усі люди мають вроджену схильність до формування залежності від таких життєво необхідних об'єктів, як повітря, вода, їжа. Більшість людей протягом життя мають стійку здорову прихильність до батьків, друзів, дружини, чоловіка. Іноді виникають порушення у вигляді надмірної або недостатньої прихильності до інших людям (аутичні, шизоїдні, антисоціальні розлади особистості). Багато дослідників називають порушення прихильності в ранньому (до року) і дитячому віці в якості одного з основних предикторів залежної поведінки у дорослих.

Схильність до надмірної залежності породжує залежну поведінку, тісно пов'язану як зі зловживанням особистістю кимось або чимось, так і з порушенням її потреб.

У сучасній літературі, говорячи про залежну поведінку, часто використовують термін «адиктивна поведінка», уведений В. Міллером (1984 р.), який уперше обґрунтував це поняття і надав йому наукового статусу для визначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан, включаючи алкоголь, наркотики й тютюн, до того, як від них сформується фізична залежність.

Слово «залежність» має багато значень. Такі науки, як лінгвістика, психіатрія, психологія, девіантологія і наркологія, роблять акцент на різні його значення. Етимологічно слово «залежність» є похідним від слова «висіти».

В. Жмуров розрізняє кілька значень залежності. Зокрема, в психопатології це розлад, при якому індивід відчуває себе підлеглим кому-небудь або чого-небудь так, що за певних обставин він змушений вести себе всупереч власній волі.

Терміни «залежність» і «адикція» часто використовуються як синоніми, оскільки буквально «адикція» – це калька з англійського терміна «addiction», що означає пристрасть, схильність, згубну звичку, звикання, пристрасть, залежність.

Перевага терміна «адиктивна поведінка» полягає в його інтернаціональній транскрипції, а також у можливості ідентифікувати особистість з подібними звичками як «адикта», або «адиктивну особистість».

Проте варто відзначити, що «залежність» в наркології, психіатрії та медичній психології більш строго трактується як хвороба, що має певні діагностичні ознаки. Значення ж терміну «адикція» в медичних науках до кінця не визначене і розуміється не то як хвороба, не то як форма девіантної поведінки, тобто поведінки, що відхиляється від дисциплінарних, соціальних і моральних норм.

Якщо звернутися до історичних коренів даного поняття, то лат. *addictus* - Той, хто пов'язаний боргами (засуджений до рабства за борги). Інакше кажучи, це людина, яка знаходиться в глибокій рабській залежності від якоїсь непереборної влади.

*Адиктивна поведінка* - це одна з форм девіантної (що відхиляється) поведінки, деструктивної поведінки, з формуванням прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки вживанню різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій.

Значний внесок у вивчення адиктивної поведінки внесли зарубіжні (Р.Браун, Х.Мілкман, С.Сандервірт, Д. Пайнз) та російські (О.Личко, В.Битенський, Ц.Короленко, Н.Дмітрієва, А.Єгоров, Є.Змановська, Рибаків, В.Менделевич, А.Худяков) дослідники. Зараз в Україні проблеми адиктивної поведінки досліджують Н.Максимова, Толстоухова, Н.Пихтіна, Г.Золотова та інші.

Адиктивна поведінка є тісно пов'язаною з явищем психологічної та фізичної залежності особистості.

*Психологічну залежність* можна розглядати як постійну, нав'язливу потребу в зміні свого стану за допомогою певного об'єкта та переживання емоційного дискомфорту за його відсутності.

*Фізична залежність* виникає в особистості внаслідок вживання психотропних хімічних речовин і виявляється у стані фізичного дискомфорту при її відсутності в організмі (абстинентний синдром). У даному випадку, за наявності фізичної залежності, вживання психотропних речовин стає захворюванням (алкоголізм, наркоманія, токсикоманія тощо).

Різні форми залежної поведінки мають тенденцію до поєднання чи переходу одна в одну, що доводить спільність механізмів їх функціонування. Наприклад, звільнившись від однієї залежності, наприклад, у результаті лікування чи реабілітації, людина може знайти інші об'єкти адикції: у курців може виникнути булімія, у колишніх наркоманів – трудовголізм, ігрова залежність тощо.

Однією з *характерних ознак адиктивної/залежної поведінки* є її циклічність – постійна зміна фаз, до яких входять:

- Наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки. Це може

бути інтерес до об'єкта чи бажання його спробувати.

- Посилення бажання й напруги – стан, коли людина дуже хоче отримати об'єкт якомога швидше. Це може відбуватися, коли вже сформована психологічна залежність від об'єкта.

- Очікування та активний пошук об'єкта адикції.
- Отримання об'єкта й досягнення специфічних переживань.
- Розслаблення.
- Фаза ремісії (відносного спокою).

Далі цикл повторюється з індивідуальною частотою та різною тривалістю й вираженістю.

В аналізі даної теми провідними є чинники адиктивної поведінки, фактори, що її зумовлюють, а також її мотиваційні детермінанти.

*Основними чинниками залежної поведінки є:*

- біологічні, до яких відносять спадковість, захворювання центральної нервової системи, кори великих півкуль головного мозку тощо;
- соціальні – чинники макро- і мікросередовища: вплив сім'ї, найближчого соціального оточення людини, традиції в суспільстві, культура, вплив засобів масової комунікації та ін.;
- психологічні – внутрішні конфлікти, невротичні тенденції, труднощі в комунікації та міжособистісній взаємодії, особливості Яконцепції, самооцінки, переживання стресів, травм тощо.

Крім загальної характеристики залежностей, необхідно здійснювати *аналіз адикцій за наступним планом:*

- визначення конкретного виду залежної поведінки;
- психологічні ознаки даного виду адикції;
- причини та мотиви;
- особливості й механізми його виникнення та розвитку;
- прояв у різних вікових групах;
- психологічна характеристика особистості адикта;
- основні підходи до профілактики і корекції даного виду адиктивної поведінки.

### **Формування адиктивної поведінки**

В онтогенезі відбувається індивідуальний розвиток організму й психічний розвиток особистості. Онтогенез включає наступні основні періоди розвитку: дитячий вік, раннє дитинство, дошкільний вік, молодший шкільний вік, підлітковий вік, юнацький вік, період дорослості, старість. У процесі еволюції особливої життєутворюючої основи – нужди (С.Д. Максименко, 2006) (яка включає єдність і протиріччя біологічних і соціальних джерел досвіду), відбувається активація психічного, що викликає особистісну дію людини, яка, у ранньому онтогенезі є винятково афективною, однак уже має спонукальну силу. Зустріч такої дії з об'єктом породжує не тільки пізнання, але й задоволення від цієї «ділянки» потреби [6].

У формуванні адиктивної поведінки визначальну роль грає підкріплення позитивного емоційного стимулу, що приводить до наступного його

закріплення й утворення стійкого поведінкового паттерну. Позитивні емоції, що виникають у результаті підкріплення стимулу, активують у головному мозку зону нагороди, яка контролюється спеціалізованою системою нейронів.

Слід зазначити, що всі види діяльності, які викликають задоволення, активують у головному мозку ту ж саму систему нагороди.

Вікові кризи роблять людину більш уразливою для стресів, оскільки вона потрапляє в ситуацію неможливості вирішення власних проблем за допомогою отриманого досвіду через невідповідність існуючої соціальної ситуації потребам нового рівня її психологічного розвитку. Саме в періоди вікових криз збільшується ймовірність виникнення й розвитку адиктивної поведінки.

При цьому стресогенність факторів залежить як від неможливості задоволення потреб, що визначають цінності етапів стабільного розвитку індивіда, які йдуть слідом за віковими кризами, так і від криз його індивідуального розвитку, а також ступеня уразливості суб'єктивно значимих ціннісних мішеней особистості. Збіг всіх складових багаторазово підвищує ймовірність виникнення адикції.

Виділяють два *варіанти розвитку залежної поведінки* (А.О. Бухановський з співавторами, 2002):

- оперантне навічання – повторне (слабке, але регулярне або часте) підкріплення позитивного стимулу, що формує стійке порушення поведінки (гемблінг, лудоманія, Інтернет і комп'ютерна залежність й ін.)

- реактивний імпринтинг (інтенсивний стресовий вплив, у результаті якого виникає гостра реакція запечатління специфічного переживання, що підкріплюється сильною психоемоційною реакцією (сексуальні залежності, екстремальна поведінка, обсесивно-компульсивні розлади й т.ін.).

З моменту народження дитина переходить від симбіотичного стану з організмом матері (у якому вона перебуває в пренатальному періоді), до нових умов існування, що вимагає включення адаптаційних механізмів. Безумовні рефлекси, які забезпечують роботу основних систем організму і дозволяють немовляті пристосуватися до навколишнього середовища: захисні, орієнтовні, статеві й харчові, включаються в дитини відразу після народження. Смоктальний рефлекс формується в плода ще у внутрішньоутробному розвитку. Завдяки цьому рефлексу здійснюється харчування дитини в постнатальний період.

З початку появи на світ дитина проявляє первинні потреби: у їжі, сні, теплі, русі, нових враженнях, спілкуванні, захисті. Через безпомічність дитина сигналізує про власні потреби дорослим, від яких вона перебуває в повній залежності. Неможливість задоволення потреб викликає в неї негативні переживання, що виражається в занепокоєнні, кричанні, плачі, а задоволення – у радості й вдоволенні.

Протягом першого року життя свідомість дитини розвивається, формуючи потреби, викликані необхідністю побудови нових взаємин з навколишнім світом і переходом на наступний ступінь психічного розвитку.

Якщо дитина не має належного задоволення потреб у силу поганого догляду, наявності захворювань або інших причин, у неї формується недовіра до світу й оточуючих, що проявляється підвищеною тривожністю, дратівливістю, плаксивістю.

Оскільки основним типом діяльності дитини першого року життя є емоційне спілкування, його виражений дефіцит може привести до вповільнення психічного розвитку (наприклад, «госпітальний синдром»).

За допомогою годування дитина не тільки задовольняє голод. Материнське молоко містить ендорфіни, що дозволяють їй переборювати тривогу й страх, тому наполеглива потреба в материнському молоці у дітей двох років і більше, може розглядатися як сама рання форма залежності – *сагінозалежність* (sagina лат. – годування – гранична залежність від годування) – і свідчити про наявність психоемоційних проблем.

Варто підкреслити, що заспокоєння у дитини викликає не тільки факт насичення, але й сам акт смоктання, що є, по суті, символічним заміщенням процесу годування з метою досягнення дитиною емоційної стабільності. На ослаблення негативних емоцій і відновлення емоційної рівноваги спрямоване смоктання дитиною соски, пальців й інших предметів.

*Феласмозалежність* (felasmos, грець. – смоктання), також представляє одну з ранніх форм адиктивної поведінки. При сагіно й феласмозалежності задіяні моторика й психологічна складова, тобто дані феномени мають психофізіологічну основу.

Питання про час повного вгасання смоктального рефлексу є досить спірним (від 1 до 2,5 років) і свідчить про необхідність урахування індивідуальних особливостей дитини, однак варто підкреслити, що під залежною поведінкою, у цьому випадку, розуміється нав'язливе прагнення дитини до смоктання, як до основного способу порятунку від тривог і страхів, навіть по закінченні початкового періоду розвитку, що, також свідчить про наявність у неї психоемоційних проблем і внутрішніх конфліктів.

Звичка дитини самостійно себе заспокоювати, окрім недовіри до світу, приводить до зниження потреби взаємодії з оточуючими людьми, ослабленню потреби в пізнанні й зменшенню дослідницького інтересу, що, у підсумку, може з'явитися причиною відставання в розвитку й порушенні соціалізації.

Виникнення неврозів (оніхофагія – кусання нігтів, трихофагія – кусання волосся) і деяких видів залежностей у більш пізньому віці (тютюнопаління, алкоголізм, гамбринізм – пивна адикція) ряд дослідників зв'язують з незадоволеністю потреби в смоктанні.

Невирішені конфлікти першого року життя можуть приводити до «депресивних форм страху порожнечі й покинутості», а також стати причиною формування й розвитку ранніх форм залежної поведінки, що не дозволить дитині здійснити повноцінний перехід від організмowego існування до індивідного рівня розвитку.

У період від 1 до 3-х років змінюється соціальна ситуація розвитку дитини, міняються способи її взаємодії з світом й оточуючими людьми,

відбувається інтенсивний психічний ріст. Прагнення до самостійності й, одночасно, наявність залежності від уваги, оцінок і допомоги дорослих породжують протиріччя, що вимагають вирішення. Виникають нові потреби, неможливість задоволення яких може викликати фрустрацію, появу страхів і неврозів. Світ, який пізнається дитиною, при недостатній увазі з боку дорослих і неправильному вихованні, сприймається нею як ворожий й повний небезпек.

*Парентозалежність* (parentes, лат. – батьки) – залежність від присутності батьків при засипанні або страх розставання з ними (тип залежної поведінки, яка найбільше часто зустрічається в даний період), продиктована потребою дитини в захисті, який, на її думку, здатні дати їй близькі люди.

У дошкільний період починає формуватися особистість дитини, відбуваються фізичні перетворення її організму й зміни в поведінці, самоствердження починає відігравати важливу роль. Провідною стає ігрова діяльність, з'являється потреба у визнанні однолітків. Свідченням позитивного проходження даного вікового періоду є готовність дитини до навчальної діяльності. Затримку переходу від ігрової діяльності до навчальної викликає *пезозалежність* (pezo, грець. – грати).

Для молодшого шкільного віку характерна, насамперед, зміна соціального статусу дитини. Виникає необхідність адаптації до нового виду діяльності й соціального оточення. Ікогенозалежність (іко'jenя, грець. – родина) – прагнення перебувати серед членів своєї родини й неготовність до зміни звичного мікросоціального оточення, порушує (гальмує) адаптацію дитини до нових умов (дитячий сад або школа) і негативно впливає на її соціалізацію.

*Підлітковий період* є перехідним: іде біологічне й статеве дозрівання організму, психічного розвитку, виникає новий рівень самосвідомості, відбувається соціалізація особистості. Підлітків відрізняє емоційна нестійкість, підвищена ранимість, необ'єктивне сприйняття дійсності, вони схильні до ідеалізації почуттів дружби, любові й сексуальних стосунків. Для осіб цього віку характерні переживання, пов'язані із власною зовнішністю, прийняттям чи неприйняттям їх однолітками, визнанням оточуючими їх здібностей й умінь. Переміна в поведінці викликана гормональною перебудовою організму й психологічними змінами, прагненням до самопізнання, самоствердження й самостійності.

Під час підліткової вікової кризи й кризи юності, яка свідчить про завершення особистісної інтеграції й перехід до суб'єктного рівня розвитку, найбільше травматичною буде фрустрація інтимно-особистісної й навчальної сфер діяльності. Акцентуації характеру, наявність комунікативних проблем (наприклад, внаслідок дисморфоманії, ерейтопатії або псевдологічної поведінки), конфліктів з однолітками, педагогами або батьками, девіантна поведінка, можуть привести до формування хімічних і нехімічних типів залежностей (алкогольної, наркотичної, харчової (нервової анорексії, булімії), комп'ютерної (хакерства, гіперзахопленості індивідуальними або мережними іграми, надмірному спілкуванні в чатах, кіберсексуальній залежності), ігровій, комунікаційній, адикції до руйнування й саморуйнування, прагненню до

невиправданого ризику й створенню небезпечних ситуацій, залежності від мобільних телефонів й відео чи аудіостимулів, SMS-адикції, адиктивному фанатизму (музичному, спортивному й ін.), геджит-адикції, любовної та б'юті-адикції, мейкапманії і іншим).

Серед підлітків найбільше часто зустрічаються наступні види хімічних адикцій: тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія, токсикоманія.

Уживання психоактивних речовин або зловживання ними з метою досягнення стану зміненої психічної діяльності є однією з найпоширеніших форм адиктивної поведінки. Психоактивною речовиною вважається будь-яка речовина, здатна при однократному прийомі тимчасово змінювати психічну діяльність індивіда, а при систематичному – викликати психічну й фізичну залежність. Відповідно до Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) до психоактивних засобів, які при систематичному прийомі можуть викликати залежність, відносять:

- алкоголь;
- похідні опію;
- похідні канабісу (марихуана, гашиш, анаша й ін.);
- седативні, снотворні речовини й анксиолітичні засоби;
- кокаїн;
- стимулятори (включаючи кофеїн);
- галюциногени;
- тютюн;
- летучі розчинники (летучі вуглеводні й нафтопродукти: клей, бенол, газолін, розчинники лаку, рідини для заправлення запальничок, аерозолі).

Дефіцит ендогенних анальгетиків, антистресорів й адаптогенів, який викликають емоційно-психологічні або фізичні стресові перевантаження, сприяє підвищенню рівня тривожності, появи дратівливості, дисфорії, депресивних станів, виникненню аутодеструктивної й адиктивної поведінки.

Тобто ймовірність розвитку адиктивної поведінки вище в осіб, які мають підвищений рівень тривожності, відчувають депресію, перебувають у стресовому стані чи страждають ендогенними захворюваннями й розладами особистості. Зловживання психоактивними речовинами викликає значні зміни ціннісної ієрархії особистості й приводить до особистісної деформації.

У молодому віці найбільш значимими є учбово-виробничі, трудові, інтимно-особистісні й сімейні стосунки, фрустрація яких може викликати розвиток хімічних (тютюнопаління, алкоголізм, гамбринізм, наркоманія, залежність від стимуляторів) і поведінкових адикцій (трудоголізм, еротичні (любовні, сексуальні й уникання), різні види б'юті-адикції, гемблінг, спортивна адикція, адикція вправ, харчова адикція і компульсивний шопінг, болтоголізм, заняття екстремальними видами спорту й туризму, ургентна адикція, синдром Тоада, комп'ютерна й інтернет-залежність (нав'язливий вебсерфінг, кіберноманія, кіберкомунікативна й кіберсексуальна залежність, обсесивна пристрасть до роботи з комп'ютером, інтернет-гемблінг), залежність



від мобільних інформаційно-комунікаційних пристроїв і реклами, геджитадикція).

*Період дорослості* випадає на 40-45 років – час самореалізації особистості, генерації, продуктивної трудової й творчої діяльності. Провідними потребами виступають потреба в праці й суспільному визнанні, вираженні власної індивідуальності, соціальної стабільності, вихованні нового покоління, задоволенні особистих потреб (у тому числі й матеріальних), перегляді життєвих програм і способів їх реалізації.

Соціальна й професійна неспроможність, розбіжність між особистими планами й суб'єктивними-об'єктивними причинами, які утрудняють їх реалізацію, наявність фінансових проблем, конфліктів в сімейній, інтимноособистісній і побутовій сферах, падіння соціального престижу, проблеми з власною зовнішністю, пов'язані із процесом старіння, наявність егоцентричних установок, можуть стати причиною формування й розвитку адиктивної поведінки в середньому віці (трудоголізм, патологічна схильність до азартних ігор, адикція до витрати грошей, комп'ютерна й інтернет-залежність (обсесивна пристрасть до роботи з комп'ютером, кіберкомунікативна й кіберсексуальна залежності, кібероніоманія, нав'язливий веб-серфінг, on-line гемблінг й on-line лудоманія), телевізійна адикція, адиктивний фанатизм (релігійний, політичний, спортивний), адикція вправ і фітнесманія, ургентна адикція, адиктивне колекціонування, комунікаційна адикція, адикції стосунків, б'юті-адикції (особливо юноманія, мейкапманія й танорексія), адикція до руйнування й саморуйнування, гіперзахоплення екстремальними видами спорту й туризму, веселе автоводіння, нав'язливий духовний пошук).

*У період пізнього віку 60-70 років* виникає необхідність духовної реалізації, переосмислення життя, ретроспективного аналізу пройденого життєвого шляху й підготовки до смерті. Провідними стають тілесні потреби, потреба в безпеці й стабільності.

Саме тому, поряд з інтересом до власного здоров'я, для осіб літнього й похилого віку релігійне світосприймання набуває актуальності й, у випадку несприятливих складових (самітності, наявності серйозних соматичних захворювань, втрати значимої близької людини, танатофобії), може привести як до медикаментозної залежності, алкоголізму, гамбринізму, так і до таких видів нехімічних адикцій, як телевізійна адикція, залежність від «здорового способу життя», нетрадиційних методів відновлення здоров'я й від реклами, болтоголізму, нав'язливого духовному пошуку й релігійному фанатизму.

Успішний вихід із кризи припускає перехід на якісно новий рівень існування. Саме переломні періоди потенціюють виникнення й розвиток адиктивної поведінки, оскільки в ході кризи може відбутися стагнація розвитку особистості, у результаті якої завершення переходу до нового етапу онтогенезу буде неможливим.

**Чинники виникнення адиктивної поведінки. Схильність до залежної поведінки**

Всі види залежності мають однакову природу і виникають під впливом комплексу багатьох чинників, а саме – біологічних, психологічних, соціальних і духовних, які в медичному середовищі іменуються «біопсихосоціальною моделлю».

Існує думка, що залежність виникає під впливом поганої компанії. Однак, по факту все відбувається у зворотньому порядку: саме завдяки сформованій схильності до залежної поведінки дитина потрапляє в несприятливе середовище. Сама ж схильність формується дорослими, які виховують дитину; причому, відбувається це в перші роки життя малюка.

Людина в своєму розвитку проходить певні стадії, починаючи від повної залежності від дорослих і закінчуючи цілковитою самодостатністю. Сам процес розвитку передбачає дотримання постійного балансу між пізнанням нового, що завжди пов'язане з ризиком, і безпекою, але обмеженістю в діях.

Стадія повної залежності дитини від батьків найбільш яскраво виражена в період новонародженості. Потім, по мірі зростання можливості задовольняти свої потреби самостійно, ця залежність слабшає. Даний хід подій є результатом нормального, здорового виховання. Батьки, які підтримують свою дитину у прагненні до розвитку і відділенню від себе, приймаючи її без осуду в моменти здійснення помилок, таким чином, формують максимально можливу впевненість в дитині, і сприяють тому, щоб вона самостійно пізнавала навколишній світ.

Однак, описана вище ситуація є ідеальною і по суті, в звичайному житті зустрічається рідко. Зазвичай, виховання проявляється або відсутністю підтримки під час руху дитини назустріч новому, або відгородженням дитини від проблем реального світу. В результаті такої дисгармонії, формування навичок адаптації сповільнюється або остаточно порушується. І в результаті, залежність від батьків, як від об'єктів задоволення потреб, не зменшується. Поведінкова звичка, яка полягає у використанні когось або чогось для задоволення потреб, переноситься на інші об'єкти або інших людей.

Такого роду порушення можуть відбуватися, в основному, внаслідок двох причин: перша – батьківська гіперопіка; друга – домашнє насильство або ігнорування дитини батьками. Тепер більш докладно розглянемо кожну з представлених причин.

*Батьківська гіперопіка.* Коли турботлива мама або тато занадто сильно оберігають своє чадо від зовнішнього світу, у нього з часом зникає прагнення самостійно розвивати власні механізми задоволення потреб.

Дитина неодмінно рано чи пізно стикається з тим фактом, що не все у світі підкоряється її вимогам так само легко, як підкорялися гіперопікаючі батьки.

Дитина з часом починає розуміти, що не в силах контролювати інших людей і це безсилля породжує в ній відчуття злості і роздратування, але найголовніше – вона починає відчувати себе невдахою. Це відбувається через те, що інші підлітки з оточення дитини, які були виховані в більш реалістичних

умовах, власними навичками домагаються і отримують те, чого вона отримати не в змозі: гармонійні стосунки, самореалізацію, професійне становлення.

Дратівливість і незадоволеність накопичуються і часто рід, з якою стикається підліток – широкий вибір можливостей «для зняття стресу» у вигляді алкоголю, наркотиків і тютюну. Даний метод усунення негативних переживань часто призводить до розвитку важких форм залежності.

Тільки в тому випадку, якщо підлітку на допомогу прийде людина, здатна переламати хід подій і навчити його навичкам самостійного задоволення потреб, залежності можна уникнути. Цією людиною може бути старший товариш, вчитель, друг, психолог. Однак, часто такої людини поруч не виявляється. Набагато частіше поряд – такі ж, як він «невдахи» і широкий асортимент небезпечних речовин для зняття стресу.

Вдома цю ситуацію дитина також вирішити не може, через те, що гіперопікаючі батьки впевнені у власній ідеальності. Замість того, щоб запропонувати дитині самостійність і підтримати її в цю скрутну хвилину, вони починають ще більше контролювати і опікати, коли бачать такий невтішний стан свого чада. І тут виникає внутрішній конфлікт: мама або тато добрі, але дитина на них злиться. Ця злість виникає як реакція на незадоволені потреби і на причину цієї незадоволеності. У підсумку роздратування накопичується і спрямовується на інших або на самого себе. Вищою точкою прояву гніву на самого себе є суїцид.

*Домашнє насильство/ігнорування.* Існує чотири види насильства: фізичне, психологічне, економічне та сексуальне.

Будь-яка з представлених форм насильства однаково травматична для психіки дитини і впливає на її вміння адаптуватися до умов навколишнього світу, долати труднощі, вирішувати проблеми задоволення своїх потреб.

Дитина, яка виросла в атмосфері насильства або ігнорування себе, позбавлена необхідної умови для нормального розвитку – емоційної підтримки та усвідомлення своєї цінності як особистості. В результаті, закладаються низька самооцінка, зневіра у свої сили і страх діяти. Таким чином, ця дитина теж не може сформувати свої механізми задоволення потреб. В результаті тривалого пригнічення батьками і накопичення прихованого гніву на батьків, розвивається схильність до депресивних станів і запускається той же сценарій, що і у розбещеної дитини – пошук простих методів відчувати себе задоволеним.

У здорової людини задоволеність виникає завдяки реалізації цілого ряду потреб (базових біологічних, соціальних, психологічних, інтелектуальних). Для задоволення цих потреб здорова людина докладает зусилля, продумує стратегію і здобуває нові навички.

Для дітей, які виховані в вищеописаних умовах (гіперопіка чи насильство), такий спосіб реалізації потреб утруднений, оскільки механізм навчання таким навичкам не натренований. Саме тому вони зупиняють свій вибір на більш доступних і менш трудомістких для себе формах одержання задоволення або відволікання від незадоволеності – різного роду стимуляторах,

наркотиках, відволікаючих і заспокоюючих факторах. І, згодом, стають залежними від них.

Існує міф, що батьки залежної дитини обов'язково теж мають бути алкоголіками або наркоманами. Дійсно, у багатьох публікаціях можна знайти інформацію про те, що залежні люди походять із неблагополучних сімей. Це дійсно так і є, проте важливо визначити, який зміст вкладається в термін «неблагополучна сім'я».

Протягом багатьох років було прийнято вважати, що якщо батьки не п'ють і не б'ються, то сім'я благополучна. Однак, благополучність як запорука народження і виховання здорового потомства – це поняття куди більш об'ємне. Вище вже написано про те, що наявність насильства і гіперопіки є факторами неблагополучності. І якщо з питанням насильства все зрозуміло, то про гіперопіку варто сказати ще пару слів.

Бажання контролювати і опікати є точно таким же показником залежності, як і всі вже названі. Опікаючий дорослий не займається особистим життям через те, що не знає своїх потреб, і не звик звертати на них увагу в зв'язку з низькою самооцінкою або невмінням реалізувати свої потреби. Походження цих моделей поведінки нам вже добре відоме. Схильність до контролю у одних батьків виражається у формі опіки – м'якої в'язниці, неочевидної для дитини, а у інших – у формі жорсткого впливу. Ці батьки не в змозі контролювати своє власне життя, задовольняти свої потреби і тому займаються тим, що їм найбільше підвладно до якогось певного часу – своїми дітьми. Таким чином, моделям залежної поведінки діти навчаються у своїх же батьків.

### **Фактори розвитку адиктивної поведінки**

1. Моральна незрілість особистості: (негативне ставлення до навчання; відсутність соціально-схвалюваної активності і соціально-значущих установок; вузьке коло і нестійкість інтересів, відсутність захоплень і духовних запитів; невизначеність у питаннях професійної орієнтації. дефіцит мотивації досягнень; відхід від відповідальних ситуацій і рішень; втрата «перспективи життя»; відсутність бачення шляхів розвитку своєї особистості; терпимість до пияцтва, наркотиків).

2. Порушене соціальне мікросередовище: (неповна сім'я; зайнятість батьків; ігнорування батьками; гіперопіка батьками; відсутність братів і сестер (сімблінгової взаємодії); спотворені чи токсичні сімейні стосунки, що призводять до неправильного розуміння і засвоєння соціальних норм; патологічні типи сімейного виховання; легкий неконтрольований доступ до грошей і нерозуміння того, як вони дістаються; алкоголізм чи наркоманія когось з близьких родичів або близьких людей).

3. Індивідуально-біологічні особливості особистості: (спадкова обтяженість у відношенні психічних захворювань і алкоголізму; важкі соматичні захворювання і нейро-інфекції в ранньому віці; органічні ураження мозку; низький рівень розумового розвитку; психологічний інфантилізм).

4. Індивідуально-психологічні особливості і нервово-психічні аномалії особистості: (низька стійкість до емоційних навантажень; підвищена тривожність, імпульсивність; схильність до ризикованої поведінки; недостатня соціальна адаптація, особливо в складних умовах; високий рівень прояву акцентуації характеру, переважно конформний, гіпертімний, демонстративний, циклотимний, афективний; психопатії).

Риси залежної особистості (В.Д.Менделевич)

- інфантильність;
- сугестивність і наслідування;
- прогностична некомпетентність;
- ригідність і упертість;
- наївність, простодушність і чуттєва безпосередність;
- цікавість і пошукова активність;
- максималізм;
- егоцентризм;
- яскравість уяви, вражень і фантазій;
- нетерплячість;
- схильність до ризику і «смак небезпеки»;
- страх бути покинутим.
- знижена переносимість труднощів повсякденного життя, наряду з доброю переносимістю кризових ситуацій;
- прихований комплекс неповноцінності, що поєднується з зовнішнім проявленням переваги;
- зовнішня соціабельність, що поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;
- прагнення говорити неправду;
- прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;
- прагнення йти від відповідальності в прийнятті рішень;
- стереотипність, повторюваність поведінки;
- залежність;
- тривожність.

## **Тема 2. Типологія адикцій: хімічні, біохімічні та нехімічні адикції**

Ще донедавна досить актуальною була проблема хімічних залежностей, таких як тютюнопаління, алкоголізм, наркоманія, залежність від стимуляторів тощо. Проте сьогодні вже не викликає сумнівів, що залежність може розвинути не лише від уживання психоактивних речовин, а й від різноманітних видів діяльності (або потоків інформації), які приносять безпосереднє задоволення.

Сучасний реєстр подібних поведінкових адикцій, на думку окремих авторів, нараховує близько тисячі різних адиктивних «агентів» (адиктогенів), що спонукують до формування нефармакологічних хвороб залежності.

*Типологія аддикцій:*

- хімічні;

- біохімічні;
- нехімічні.

*До хімічних адикцій відносять:*

- Тютюнопаління;
- Токсикоманія;
- Наркозалежність;
- Лікарська залежність;
- Алкогольна залежність.

*Біохімічні адикції:*

- Анорексія;
- Булімія;
- Залежність від дієт;
- Адикція до шоколаду (chocolate addiction);
- Переїдання;
- Голодування;
- Роздільне харчування.

*Нехімічні адикції :*

- інтернет-залежність;
- гемблінг (патологічна пристрасть до азартних ігор);
- адикції відносин (сексуальні - зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, ексбіціонізм, вуайеризм, некрофілія, садомазохізм, еротичні - любовні; адикції уникнення; співзалежність);
- фанатизм (спортивний, музичний, споживчий, політичний, національний, релігійний);
- професійні адикції (трудоголізм, професійна лінь, завчена безпорадність, прокрастинація, ургентна залежність, перфекціонізм, маргіналізм, комунікаційна адикція);
- оніоманія (шопінг);
- спортивні адикції (адикція вправ);
- адикція до витрачання грошей;
- «Технологічні» адикції (комп'ютерні, теле-мобільні, SMS-адикції, селфі-адикції); телеадикції (перегляд серіалів і телепередач);
- залежність від ризику і «екстремальних» розваг;
- синдром Тоада (залежність від «веселого» автоводіння, joy riding dependence);
- body Modification (екстремальний пірсинг, татуаж, шрамування);
- адикції «духовного пошуку» (залученість в секту);
- стан «перманентної війни» (борці за справедливість, «правдоруби»).

На тип й особливості формування залежної поведінки впливають індивідуально-типологічні характеристики особистості, соціальні й мікросоціальні умови її життя, особливості виховання, а також форма, тривалість й інтенсивність стресового впливу.

## Змістовий модуль 2

### Хімічні та біохімічні адикції

#### Тема 3. Хімічні адикції: тютюнопаління; токсикоманія; наркозалежність; алкогольна залежність; лікарська залежність

Алкоголізм, наркоманія і токсикоманія викликають залежність. Залежність, за визначенням ВООЗ (1965), є «стан періодичної або хронічної інтоксикації, що викликається повторним вживанням природної або синтетичної речовини». Залежність поділяється на психічну і фізичну.

Психічна залежність характеризується бажанням або нездоланим потягом до вживання психоактивної речовини, тенденцією до збільшення її дози для досягнення бажаного ефекту, неприйняття речовини викликає психічний дискомфорт і тривогу.

Фізична залежність – стан, коли речовина, що вживається стає постійно необхідною для підтримки нормального функціонування організму і включається в схему його життєзабезпечення. Позбавлення цієї речовини породжує синдром «позбавлення», що заявляє про себе соматичними, неврологічними і психічними порушеннями.

Хімічна залежність як вид адикції відрізняється від усіх інших наявністю у людини стійкого фізичного потягу до психотропної речовини, від якого надзвичайно важко позбавитися самотужки. Психоактивні речовини вплітаються в обмін речовин в організмі, внаслідок чого виникає абстинентний синдром, або синдром відміни у разі відсутності цієї речовини в організмі.

Залежні від алкоголю переживають абстинентний синдром як похмілля; особи, залежні від наркотичних і токсичних речовин – як ломку, тобто фізичний біль та симптоми соматичних захворювань, які одразу ж зникають після вживання людиною психотропної речовини, від якої сформувалася залежність. Поруч із цим залежна особа відчуває психоемоційний дискомфорт і страждання в разі відсутності в організмі речовини-об'єкту адикції. Це може виражатися в тривожності, дратівливості, агресії у ставленні адикта до світу, в його конфліктності, емоційній невірноваженості, депресивних проявах, замкнутості й відсутності бажання вступати у взаємодію з іншими людьми. Наслідком цього найчастіше є розрив соціальних відносин, ізоляція адикта, зміна його кола спілкування тільки до осіб з такою ж залежністю.

#### **Алкогольна залежність**

*Алкоголізм* – хронічна психічна хвороба, що розвивається внаслідок тривалого зловживання спиртними напоями. Така хвороба сама по собі – розлад не психічний, але за неї можуть виникнути психози. Алкогольне сп'яніння може стати провокатором ендогенних психозів. На останній стадії цієї хвороби розвивається деменція.

*Пияцтво* – це надмірне вживання алкоголю, не обов'язково у рамках хронічного алкоголізму.

За визначенням ВООЗ, *алкоголіки* – це «інтенсивні п'яниці, залежність яких від алкоголю досягає такої міри, що виникають явні психічні порушення або конфлікти у фізичному і психічному здоров'ї, в їх міжособистих стосунках і господарських функціях, і тому потребують лікування».

Поширення алкоголізму не має єдиної причини, єдиної картини прояву, а визначається спільною дією різних умов виникнення : соціально-економічних, соціальних (культурних, сімейних, професійній діяльності і ін.), індивідуальних особливостей особи, актуальних проблем, транквілізуючого ефекту самого алкоголю і ін. Проблема створює не саме по собі вживання спиртних напоїв, а вживання часто і у великих кількостях.

Психологічну характеристику алкоголізму необхідно розпочати із зародження самої потреби в алкоголі. Потреба в алкоголі прямо не входить до числа природніх, життєвих потреб людини. Ця потреба, як вірно вказує Б. С. Братусь, з'являється тому, що суспільство, по-перше, робить цей продукт і, по-друге, «створює» і «відтворює» звичаї, форми, звички і забобони, пов'язані з його вживанням. Прикладом тому можуть служити міфи, які супроводжують процес вживання алкоголю. Зазвичай дії алкоголю приписують ейфоричний, психотерапевтичний, стимулюючий і інші ефекти. Ряд досліджень, проведених під керівництвом Б. С. Братуся, і аналіз наукових джерел дозволили йому дійти висновку, що алкоголь як такий, не його фізіологічна дія, а швидше всього проекція психологічного очікування, актуальних потреб і мотивів на психофізіологічний фон сп'яніння створює ту внутрішню суб'єктивну картину, яку людина починає приписувати дії алкогольному напою. Розвиток алкоголізму, алкогольної залежності проходить декілька стадій. У психопатології розрізняють наступні види синдромів залежності: психологічну, фізичну, синдром зміненої реакції.

Мотиви вживання алкоголю, мабуть, більше різноманітні і краще вивчені, ніж мотивація прийому наркотиків, де, як вважається, із самого початку домінує прагнення до ейфорії.

*Види мотивації вживання алкоголю:*

*Гедоністична* – прийом алкоголю пов'язаний з жаданням задоволення, прагненням до чуттєвих насолод, з епікурейськими схильностями. Мабуть, у всі часи цей вид мотивації був одним з найбільш поширених, про що свідчать пам'ятники літератури. З клінічної точки зору, особливо важливо, що в гедоністичній орієнтації не відчувається глибокої прихильності до життя і, більше того, вгадується настрій приреченості і безвиході, що приховується в тіні потреби чуттєвої стимуляції. Жада насолоди є прихованим почуттям спустошення і депресії.

*Атарактична* – алкоголь вживається з метою пом'якшити стан емоційної напруженості, тривоги, занепокоєння, пригніченості, страхів, невпевненості. Прийом алкогольних напоїв мотивується прагненням «відключитися» від гірких спогадів, нав'язливих побоювань, тривожних передчуттів. Пояснюються вони необхідністю «розрядитися, розслабитися, заспокоїтися, зібратися з думками, перевести дух». Така мотивація свідчить про наявність афективних порушень.



*Субмісивна* – вживання алкоголю пов'язане з підвищеною схильністю підкорятися, нездатністю незрілої особи протистояти натиску тих, що п'ють, захистити себе від негативних впливів, з небажанням відповідати за свої дії. Оволодіває стадне почуття «бути як всі, не виділятися, не бути білою вороною». Не чинячи опір зовнішньому тиску, люди не можуть контролювати внутрішні імпульси, тобто являються внутрішньо залежними. Субмісивна мотивація, таким чином, тільки маскує спонукання, що залишаються неусвідомленими до вживання алкоголю.

*Мотивація з гіперактивацією поведінки* – алкоголь вживається в якості допінга для того, щоб підняти тонус, стимулювати уяву і творчу діяльність, поліпшити працездатність.

*Псевдокультуральна мотивація* – вживання алкоголю відбиває бажання притягнути до себе увагу оточуючих витонченим знанням рідкісних напоїв, особливих рецептів коктейлів, вишуканістю ритуалів випивки, прагненням відчувати приналежність до вищого світу, до золотої молоді. Прикладом такого знання ритуалів можуть слугувати грузинські тости.

*Традиційна мотивація* – вживання алкоголю по санкціонованих в цьому мікросередовищі приводах (свята, банні дні, банкети, ділові зустрічі та ін.) Алкоголіки уміло використовують будь-яку слушну для випивки нагоду, майстерно створюють питущі ситуації, вправно втягують в них оточення, що довго маскує патологічну потребу в сп'янінні.

Слід зауважити, що істинні мотиви не зводяться до механічної констатації висловлювань алкоголіків. Вивчення зазвичай показує, що істинні мотиви сп'яніння не завжди співпадають з тим, що пацієнти говорять із цього приводу.

### **Особливості алкогольного сп'яніння**

Алкогольне сп'яніння проявляється психічними, неврологічними і соматичними порушеннями. У непитущих просте сп'яніння зустрічається найбільш часто. Ефект дії алкоголю не завжди однозначний і міняється залежно від віку і «стажу» п'ючого, загального стану організму, особливостей конституції і нервової системи, від дози алкоголю, від швидкості його всмоктування в кров і від чутливості до нього організму. Щедра, особливо багата жиром і крохмалем (картопля) їжа уповільнює процес всмоктування. Надше і у присутності вуглекислоти (шампанське, газована вода, напої) всмоктування прискорюється. Чувствіть підвищується при стомленні, голодуванні, недосипанні, охолодженні і перегріві.

*Психічна залежність* – патологічне прагнення до сп'яніння, що переслідує мету усунути почуття дискомфорту (досягти реакції, усунути тривогу, невпевненість, підвищити активність, загострити уяву, спілкування).

Частіше психічна залежність проявляється:

- у незрілої особи, схильної шукати захист, підтримку, не здатною приймати самостійно обдуманні і раціональні рішення, має підвищену навіюваність і ін.);

- за наявності конституціональних, органічних особливостей особи (черепно-родова травма, акцентуації характеру і ін.);
- при специфічному характері виконуваної діяльності (нервові перевантаження, службові і творчі невдачі, незадоволення особистим життям, відсутність умов реалізації життєво важливих цілей, соціально-економічна незатребуваність, що призводить до особистісної неспроможності та ін.).

Загальна схема така: виникає збудження, підйом, викликаний в основному боротьбою організму з отрутою, що поступила, потім можливе розслаблення, пригнічення, сон. Психічні процеси також змінюють свою продуктивність під впливом алкоголю. Дослідження показали: збільшення дози алкоголю сприяє змінам у інтелектуально-мислинєвих процесах, спостерігаються зміни моторики, неузгоджені рухи, з'являється мовна розторможеність.

*Виділяють типову (просте сп'яніння) і атипову картину сп'яніння.* Просте сп'яніння має три міри.

*Легка міра сп'яніння* нагадує гіпоманіакальний стан і проявляється підвищеним настроєм, почуттям достатку, комфорту, бажанням спілкуватися. Люди стають балакучими, мова гучна, швидка, міміка і жести розмашисті, рухи різкі, але точні. Увага відволікається, пам'ять погіршується. Відзначається тахікардія, підвищується апетит, розторможеність сексуального потягу. Через 2-4 години настають млявість і сонливість. Період сп'яніння пригадується добре.

*Середня міра сп'яніння.* Тут спостерігаються виражені неврологічні порушення: мова робиться змазаною, нечіткою, хода - хиткою, з похитуваннями, почерк різко міняється. Нерідко виникає нудота, блювота (при розвитку алкоголізму це зникає). Настрій нестабільний: ейфорія чергується з дратівливістю, озлобленістю, схильністю до скандалів і агресії. Увага перемикається важко, орієнтування збережене. Збудження змінюється глибоким сном, за яким відчувається розбитість, млявість, головний біль. Деякі події в стані сп'яніння пам'ятаються смутно.

*Важка міра сп'яніння* характеризується пригніченням свідомості – від оглушення до стопору і коми. Стояти людина не може, обличчя амімічне, можлива блювота, нерідко нетримання сечі, калу, тіло стає холодним. Малозрозуміле мимрення з окремими емоційними вигуками переходить у безпробудний сон-стопор, під час якого навіть нашатирний спирт не викликає ніяких відповідних реакцій. У коматозному стані зникає знічна реакція, дихання утруднюється. Спогади не зберігаються.

*Атипова картина* розвивається при деяких видах психопатії (розлад особи), після перенесених черепномозкових травм, мозкових інфекцій, нейроінтоксикацій, психічних захворювань, при деяких хронічних соматичних захворюваннях. Атиповому сп'янінню сприяють: безсоння, емоційних стрес, поєднання алкоголю з іншими токсичними або лікарськими засобами. Виділяють дисфоричне сп'яніння, депресивне, сомноліпне, істеричне і гебефренічне.

*Дисфоричне сп'яніння* зустрічається при епілептоїдній психопатії і акцентуації характеру епілептоїдного типу, після черепно-мозкової травми, при епілепсії і змінах особи. Замість ейфорії виникає дисфорія – злісно-похмурий настрій з бажанням «розрядитися» на оточенні. Вони пристають до інших, задирають їх, наносять побої, іноді жорстокі, у бійці звірюють, ламають, б'ють. Наодинці можуть наносити самоушкодження, порізи.

*Депресивне сп'яніння* характерне для тих, хто взагалі схильний до депресій (циклоїдні і сенситивні особистості), або для тих, що перенесли важкі психічні травми, такі, що вживають алкоголь, щоб «забутися». Жалісливі голосіння і плач супроводжуються висловлюваннями про похмуру безвихідь, самозвинуваченнями, або звинуваченнями інших в несправедливості. У хворих в стані легкого сп'яніння іноді буває тільки похмурий вигляд, вони мовчазні, переживання таять в собі. У ці моменти вони можуть здійснювати несподівані для оточуючих суїцидальні дії.

*Сомноліпне сп'яніння* зустрічається у астенічних ослаблених осіб при швидкому всмоктуванні алкоголю, а також при його поєднанні з транквілізаторами або клофеліном. Ейфорія швидкоплинна або відсутня, вегетативні порушення не виражені. Після вживання алкоголю швидко настає сон. Його глибина і тривалість залежать від міри сп'яніння.

*Істеричне сп'яніння* зустрічається при істеричній психопатології і акцентуації характеру. Проявляється бурхливою експресією, патетичними інтонаціями, виразними жестами, позами, утрируваною мімікою. П'яний перед оточенням розігрує спектакль, зображуючи нещасного і такого, що страждає або видатну особистість, ніким не зрозумілу, і т. д. Сп'яніння може завершитися істеричним випадком.

*Гебефренічне* – з безглуздим реготом, кривлянням, імпульсивними вчинками, зустрічається досить рідко.

*Патологічне сп'яніння.*

*Сутінкове (сумерки) патологічне сп'яніння* проявляється відстороненим видом хворих, які кудись прагнуть, від когось втікають, проявляють агресію – жорстку і безпідставну. Рухи добре координовані, зберігаються навички, тому оточення оцінює їх як сп'янілих, а не п'яних. Спільна діяльність неможлива, усі вчинки здійснюються самотійно, діють мовчки і злісно. Обличчя бліде, зіниці розширені. Все завершується міцним сном, амнезія повна. Рідше – уривчасті спогади, які згодом забуваються. Найчастіше зустрічається при епілепсії і черепно-мозкових травмах.

*Параноїдне сп'яніння* – відрізняється раптовим, як осяяння, маячним тлумаченням того, що відбувається (ілюзії, галюцинації). Страхи, марення змінюють свідомість. Випадають з пам'яті цілі епізоди, зорові образи відрізняються особливою яскравістю.

Яким би не було алкогольне сп'яніння, воно ще не прямо говорить про наявність у хронічного алкоголізму. Найважливіші ознаки цього захворювання слід шукати в проміжках між прийомами спиртного. Осьовим критерієм алкоголізму є наявність так званої «психічної залежності».

Алкоголізм зазвичай розвивається після декількох років пияцтва (злякисні форми навіть за рік-два). Однак, деякі особи можуть пиячити багатьох років без розвитку алкоголізму. Розглядати стадії розвитку алкоголізму є недоцільним, оскільки це вже входить в компетенцію лікаря-нарколога.

### **Наркотична залежність**

**Наркоманія** – хворобливий стан, що характеризується явищами психічної і фізичної залежності, наполегливою потребою в повторному багаторазовому вживанні психоактивних засобів, має форму непереборного потягу.

У міжнародній класифікації хвороб (МКБ- 10) наркоманія – це «психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин».

Сильну психічну залежність здатні викликати усі наркотики, але фізична залежність до одних буває виражена (препарати опію), до інших – залишається неясною, сумнівною (марихуана), відносно третіх взагалі відсутньою (кокаїн).

### **Психологічні теорії наркоманії**

На сьогодні існують три теорії, які пояснюють причини залучення до наркотиків:

1. Теорія проблемної поведінки: відсутність поваги до влади, до моральних і громадських норм, поведінка, що веде до зростання злочинності, наркотизації і сексуальної занедбаності.

2. Теорія стадій: вживання наркотиків – явище, що прогресує. Воно розпочинається з алкоголю і тютюну з переходом надалі до вживання для різних дозволених і заборонених законом наркотичних речовин і закінчується врешті-решт прийомом сильнодіючих наркотиків. Проте не завжди на зміну однієї стадії приходить інша.

3. Теорія групи однолітків : сім'я, релігія, школа і друзі роблять вплив на залучення до наркоманії.

Доведено, що вплив середовища проживання і наявність доступу до наркотичних речовин налаштовує людей до вживання наркотиків. Згубний вплив проблемної сім'ї у формуванні адиктивної поведінки загальновідомий. Проте наявність члена сім'ї, що вживає наркотики, створює для інших членів сім'ї серйозні проблеми: фінансові, емоційні, медичні; порушуються сімейні традиції, має місце фізичне і сексуальне насильство, ізоляція від суспільства, заперечення, виправдання і зменшення важливості адиктивної поведінки і перекладання відповідальності на інших людей.

### **Чинники виникнення наркоманії**

Психологи і лікарі-наркологи відмічають обставини, які сприяють залученню до наркотиків і підвищують ризик захворювання наркоманією. Таким чином, виникненню *наркоманії сприяють наступні чинники:*

#### *1. Соціальні:*

- умови виховання в сім'ї (кримінальна, аморальна, неповна сім'я з конфліктною взаємодією батьків, відсутність уваги, контролю і авторитету батьків);

- низький рівень освіти членів сім'ї;

- вплив неформальної групи однолітків;
- терпимість громадської думки до пияцтва, наркоманії, токсикоманії;
- ранній (12-13 років) початок самостійного життя і передчасне звільнення від опіки батьків;
- гіперопіка з боку батьків або спотворені сімейні стосунки, що призводять до неправильного освоєння соціальних ролей;
- легкий і неконтрольований доступ до грошей і нерозуміння того, як вони заробляються.

### 2. Психологічні:

- психологічна і соціальна незрілість підлітків;
- зростання числа дітей, нездатних адаптуватися до умов соціуму;
- нестійкість психіки (кожен четвертий підліток складає «групу ризику» згідно досліджень).

### 3. Біологічні:

- спадковість дітьми з неблагополучних сімей психічних і біологічних особливостей, що сприяють розвитку шкідливих звичок : вживання наркотиків, спиртних напоїв, тютюнокуріння. До цього необхідно віднести патологію вагітності, ускладнені пологи, важкі і хронічні захворювання, струси (багатократні), травми головного мозку;
- пограничні нервово-психічні розлади, розумова відсталість, затримки психічного розвитку;
- психічні захворювання, важка вдача або порушення загальноприйнятих правил поведінки у кого-небудь з близьких родичів.

Під впливом соціальних чинників так чи інакше відбувається деформація особи, формується неадекватна система цінностей, знижується рівень домагань, з'являється спустошеність, що призводить до відторгнення. Під впливом біологічних чинників ослаблений організм часто не в змозі протистояти негативним діям середовища, знаходити сили для переборення важких життєвих ситуацій. Під впливом соціальних і біологічних чинників формується психологічна залежність, яка остаточно завершує адикцію.

Вживання наркотиків в основному відбувається там, де люди проводять вільний час: удома, на дискотеках, в клубах, в учбових закладах. Більшість вважає за краще вживати наркотики в компаніях.

Дослідники виділяють п'ять способів вживання наркотичних речовин : експериментальне вживання, вживання в компанії під час відпочинку, ситуаційно-умовне вживання, інтенсивне вживання, вимушене вживання.

### **Види залежності при наркоманії**

Існує медична класифікація стадій розвитку наркоманії. Вона ґрунтована на аналізі прояву різних форм залежності – соціальної, психічної і фізичної.

Про *соціальну залежність* говорять тоді, коли людина ще не почала вживання наркотиків, але обертається в середовищі тих, хто вживає, приймає їх стиль поведінки, ставлення до наркотиків і зовнішні атрибути групи. Вона внутрішньо готова сама почати вживання. Часто до такої групи можна належати, тільки сповідуючи її принципи і підкоряючись її правилам. Бажання

не бути відторгнутим може бути таким сильним, що затуляє звичні уявлення, змінює поведінку. Невід'ємна умова цієї стадії захворювання – наявність групи (яка може формуватися навіть навколо одної особи, що вживає наркотики). Єдиним способом попередження подальшого розвитку захворювання є своєчасне виявлення і руйнування групи. Необхідно, працювати з лідерами групи, перешкоджати залученню до неї нових членів, нехай навіть шляхом ізоляції лідерів. На цьому етапі зупинити розвиток захворювання найпростіше. Упустити цей момент – значить, утруднити контакт з членами групи, для яких розвиток захворювання може перейти в наступну стадію.

Після початку вживання наркотиків у людини швидко формується *психічна залежність*. Вона проявляється в тому, що людина прагне знову повернути стан, який може бути дуже сильним, або, перебуваючи під впливом наркотиків, відволіктися від неприємних переживань і негативних емоцій. У першому випадку людина, будучи позбавлена можливості приймати наркотики, сприймає дійсність сірою, недостатньо динамічною і живою, в другому – пригнічена проблемами, від яких вона і намагається піти, вживаючи наркотики.

Залежно від виду наркотика його вплив на людину може проявлятися по-різному. прагнення уникнути психологічного і емоційного дискомфорту так сильне, що людина не в силах відмовитися від подальшого вживання. На цій стадії захворювання їй вже потрібна допомога фахівців – психологів і лікарів і підтримка близьких людей.

При тривалішому вживанні наркотиків формується *фізична залежність*, внаслідок чого наркотик включається в процес обміну речовин. В цьому випадку при припиненні прийому спостерігається стан фізичного дискомфорту різного ступеня тяжкості – від легкого погіршення здоров'я до важких проявів абстинентного синдрому. Конкретні його симптоми залежать від виду наркотика і від особливостей організму людини. Такому хворому потрібна серйозна медична допомога для того, щоб витримати стан абстиненції. Залежно від стадії захворювання змінюється і частота вживання наркотиків – від періоду проб, епізодичного вживання і систематичного.

Існує низка патологічних явищ, побачених і описаних наркоманами в стані зміненої свідомості. Явища, що найчастіше зустрічаються: підвищена потреба поділитися своїм духовним станом, безпричинний сміх, раптові вигуки, нелогічні і незв'язні висловлювання, галюцинації, непізнавання знайомих обличч і об'єктів, стан, схожий на лунатизм, відчуття себе поза власним тілом, акти насильства. Спогади про пережиту ейфорію і пов'язані з нею враження через декілька днів або тижнів затруднені і туманні. Проте залишається бажання пережити і відчути це ще.

### **Типологія наркоманів**

Кулаков С. з посиланням на інших дослідників розрізняє два основні типи наркоманів – сікерс (англ. Seekers - шукачі) і хедс (англ. Heads - голови). Ці терміни, запозичені з англо-американського жаргону, в інших мовах не мають синонімів і їх не слід перекладати дослівно, інакше вони втрачають свій основний сенс. Тому ми використовуємо транслітерацію.

Сікерс – це люди, які у пошуках істини проводять експерименти з наркотиками і їх ефектами, порівнюючи їх. Знаходять новий сенс людського буття. Вони не вживають наркотики постійно, а тільки епізодично, а в перервах аналізують пережиті відчуття. За вдачею вони переважно люди імпульсивні, схильні до самоаналізу, допитливі. Їх інтерес до наркотиків, як правило, не посилюється і може зникнути повністю.

Хедс проявляють до і під час прийому наркотиків значні відхилення особи від норми. Унаслідок внутрішніх конфліктів, постійно присутня невпевненість і депресія, вони починають вживати наркотики частіше, що призводить до яскраво вираженої психічної залежності. Так само, як і попередня категорія, ці наркомани приймають найрізноманітніші наркотики, але у великих кількостях і набагато частіше. Їх відмінності від осіб, що не вживають наркотики:

- постійно присутня легка депресія;
- занепокоєння;
- підозра, що ніхто їх не сприймає серйозно;
- нарцисизм або егоцентризм;
- часті роздуми над власною індивідуальністю, незалежністю і свободою думок і слів;
- постійне повернення до наркотиків;
- труднощі в звичайному спілкуванні з оточенням.

Цей тип наркоманів характеризується серйозними порушеннями поведінкових реакцій, як це буває при ендогенних психозах і мозкових травмах. Але ці порушення ні в якому разі не можна ідентифікувати з шизофренічним психозом або з наслідками травматичного ушкодження мозку.

Деякі дослідники, виділяють так звану «донаркотичну» особистість, виділяють такі риси особи молодих людей, які можуть, хоча і не обов'язково, стати причиною наркоманії: емоційна незрілість, неповноцінна психосоціальна організація, садистські і мазохістські прояви, агресивність і нетерпимість, слабкі адаптаційні здібності, схильність до регресивної поведінки, нездатність до міжособового спілкування з партнером тощо.

### **Ознаки наркотичного сп'яніння**

- несподівані зміни спрямованості інтересів особи і кола її спілкування, не пов'язані з об'єктивними причинами (переїздом в іншу місцевість) у поєднанні з появою друзів або подруг;

- дивні особливості поведінки: періодична і без видимих причин надмірна схвильованість чи загальмованість, агресивність або пасивність, коливання настрою;

- зміни зовнішнього вигляду: явна неохайність, незрозумілий запах одягу, волосся, шкіри обличчя, рук, з рота. Особливо видають людину, яка вживає наркотики, очі: їх блиск або затьмарені, звужені зіниці, що мало реагують на зміну освітленості;

- поява різних предметів, яких раніше не було: упаковки від пігулок, ампули, шматочки фольги, чайна ложечка в речах або чужі чайні ложечки у

будинку, зазвичай із закопченою зовнішньою стороною, а також ношені з собою предмети, які можуть бути використані в якості джгута (гумка, дріт, пояс, ремінь тощо), шматочки якихось рослин.

### **Токсикоманія**

*Токсикоманія* – захворювання, що проявляється психічною, а іноді фізичною залежністю від речовини, не включеної в офіційний список наркотиків. Психоактивні токсичні речовини мають ті ж якості, що і наркотик (викликають привабливий психічний стан і залежність).

У XIX столітті спостерігалися випадки вдихання пари ефіру з метою сп'яніння. У подальшому з цією ж метою використовувалися багато засобів, вживаних для наркозу. У 60-х роках минулого століття в США і Європі з'явилися перші нюхателі (сніффери) клею і бензину.

Досить швидко звикання і прагнення до регулярного вживання токсичної речовини приводить до дуже швидких і значних змін в інтелектуально-мислиневій і особистісній сферах.

Виділяють наступні **мотиви вживання токсичних речовин**. Вони майже повністю співпадають з типологією алкоголізму: з цікавості; вихваляння своєю сміливістю; прагнення самоствердитися в середовищі собі подібних; групова приналежність до компанії; бажання отримати «кайф»; розслабитись; бажання розважитися; бажання піти від важких життєвих проблем; зняти психологічний бар'єр перед здійсненням інших форм асоціальної і кримінальної поведінки (груповий секс, злочини і т. п.).

### **Типологія токсикоманів**

Залежно від виду токсичних речовин і способів вживання розрізняють наступні типи токсикоманів:

а) аплікаторщик – вживає токсичні речовини, накладаючи змочений тампон на потилицю (частіше ацетон);

б) нюхач – особа, що отримує «кайф» при допомозі вдихання різних речовин (клеїв, лаків, розчинів);

в) колісник (пігулка) – ковтає психотропні лікарські речовини, найчастіше ті, що «гальмують» психічну діяльність (транквілізатори), і ті, що активізують її (ефіромісткі препарати);

г) «ширевий» – особа, що «сіла на голку», вводить у вену токсичні речовини, що не відносяться до типу наркотиків (наприклад, настій табака).

### **Признаки токсикоманії**

По-перше, виявити можна по характерному запаху, витікаючому від їх одягу, від носіння з собою різних місткостей (бульбашок), целофанових пакетів, носіння вати в носі, змоченою токсичною рідиною. Цей запах тривалий час зберігається навіть у повітрі, що видихає людина. Окрім цього:

- наявність поголеної потилиці;
- наявність висипу навколо рота і носа, подразнення повік і ока. У тих випадках, коли особа виголює потилицю – шкіра в місці прикладання вати (ганчірки) почервоніла і подразнена;
- зовнішній вигляд неохайний, видно сліди клею;



- прагнення до групування і самоти в перервах між зайняттям;
- порушення сну, апетиту, підвищена втома;
- особа пропускає зайняття, роботу, однак майже не буває удома;
- грубість, дратівливість.

Сформована залежність, окрім руйнівного впливу на інтелект руйнує особу в цілому. Все, що раніше цікавило раніше, втрачає значення. Потяг проявляється в некерованій поведінці. Особи вже перестають приховувати вживання токсичних речовин і переходять від групового вживання до індивідуального, на самоті чи в присутності інших людей.

### **Наслідки токсикоманії**

Наслідками токсикоманії є зниження концентрації уваги, об'єму пам'яті, інтелекту, повністю втрачається інтерес до життя. Мова бідна, з використанням одних і тих же слів. Через декілька місяців розвиваються токсична енцефалопатія і розумова відсталість. Втрачається здатність орієнтуватися в новій ситуації. Скарги на головний біль, запаморочення, непереносимість транспорту, безсоння. Окрім важких психічних порушень спостерігаються поразки ЦНС, внутрішніх органів (печінки, легень, дихальних шляхів тощо). Смерть настає від паралічу дихального центру, асфіксії або із-за нещасних випадків.

### **Тютюнопаління**

У Європу тютюн проник з Америки в XVI столітті. Але початок його вживання відходить в далеке минуле. На Американському континенті тютюн використовувався аборигенами, його спеціально вирощували для релігійних церемоній, існував навіть бог тютюну. Проте справжнє значення тютюнового листа загублене і невідоме європейцям і до цього дня.

Жан Ніко зацікавився тютюновою рослиною і в 1560 р. привіз його у Францію. Він висловив думку про те, що тютюн має лікувальні властивості. Однак вже незабаром виникли серйозні сумніви стосовно користі тютюну для здоров'я.

Разом з алкоголем тютюн, найпоширеніший засіб отримання задоволення. За класифікацією *тютюнова залежність* по МКБ (міжнародною класифікацією хвороб), нюхання, жування і інші форми використання тютюну значно поступаються палінню. Паління цигарок за поширеністю і небезпекою стоїть на першому місці в порівнянні з палінням сигар і трубки. Нікотин чинить багатосторонню дію на нейровегетативні функції і обмінні процеси. Центральна дія починається через декілька секунд від початку паління. Нікотин це психофармакологічна речовина. Психотропна його дія в порівнянні з іншими психофармакологічними речовинами менш інтенсивна, але, без сумніву, помітніша. Йдеться про емоційну врівноваженість і заспокійливий ефект. Часто паління використовують в моменти страху і стресу, напруги.

*Нікотин* – алкалоїд, який міститься, головним чином, в листі і насінні різних видів тютюну. Нікотин є рідиною з неприємним запахом і пекучим смаком. При палінні тютюну нікотин проникає з димом в дихальні шляхи, всмоктуючись слизовими оболонками, діє спочатку так, що збуджує (стан

приємного розслаблення, релаксації), а потім, при використанні великих доз, здійснює паралізуючу дію. Нікотин викликає адиктивну поведінку з явищами фізичної залежності, абстинентні симптоми при припиненні вживання, досить важкі. Абстиненція при палінні тютюну включає шлунково-кишкові порушення, спостерігається дратівливість, порушення серцебиття, неспокій.

*Тютюнопаління* – це хронічна інтоксикація організму. Нікотин, що міститься в тютюні, відноситься до класу наркотичних з'єднань. Він не викликає стану ейфорії, властивого іншим наркотичним речовинам, але здійснювати робити фізичне і психічне звикання. Тому в Міжнародній класифікації хвороб тютюнова залежність, разом з алкогольною і наркотичною, включена в категорію «Розумові і поведінкові розлади, зумовлені використанням психоактивних з'єднань». Розвиток тютюнової залежності пов'язано з характером паління (вік, в якому починають палити, стаж, частота паління), з особливостями організму і характеру курця. Чим раніше особа почала палити і чим триваліше стаж паління, тим легше і міцніше розвивається тютюнова залежність.

### **Виникнення залежності тютюнопаління**

Важливу роль грають психосоціальні умови – паління батьків, учителів і інших дорослих (тенденція до ідентифікації) і особистісний вплив друзів (солідарність), що палять. Продовження одного разу початого паління залежить від багатьох чинників. Курець навчається визначати дію сигарет на психічні функції, особливо на почуття невдоволення і напруженості (оперантне обумовлення), цьому сприяють часто повторювані однотипні маніпуляції прикурювання, вдихання тощо. Подальше паління до того ж зумовлене фармакологічно: соматичне звикання, необхідність підвищення дози, подолання проявів абстиненції (в основному вегетативного характеру) в результаті повторного паління. Ознаки залежності, за визначенням ВООЗ, властиві курцям. Пристрасне паління близьке до алкогольного і барбітуратному типу залежності. Тому не дивно, що паління корелює з алкоголізацією, а також з наркотичною залежністю. Однак, не будь яке паління є залежністю – поодиначні випадки паління для зняття психологічної напруги.

### **Лікарська залежність. Фази лікарської залежності**

*Лікарська залежність* – психічний, іноді фізичний стан, що є результатом взаємодії між живим організмом і лікарською речовиною з певними поведінковими та іншими реакціями, при якому є незмінне бажання приймати препарат постійно чи періодично для того, щоб уникнути дискомфорту, який виникає без прийому препарату.

Лікарська залежність являє собою синдром, який розвивається при тривалому прийомі лікарських засобів. Головною ознакою прояву є різке погіршення самопочуття і здоров'я при зменшенні доз або повне скасування препарату.

*Звикання* (лат. *tolerantia* – толерантність, терпимість) – це фармакологічне поняття, що описує зниження реакції організму на лікарський засіб внаслідок повторного вживання. Збільшення дозування може відновити дію ліків, проте

також може і пришвидшити настання звикання та послабити їхню дію. Звикання є суттєвим чинником наркотичної залежності.

Серед ознак цього явища є: звикання є оборотним процесом; темп звикання залежить від конкретного лікарського засобу, дозування та частоти використання; у кожному окремому випадку звикання виникає до різних ефектів одного і того ж засобу.

*Поведінкове звикання* виникає під час використання певних психотропних медикаментів, коли звикання до поведінкового впливу засобу (напр. підвищена рухова діяльність від метамфетаміну) виникає в разі частого повторного вживання; воно може виникати шляхом немедикаментозного завчання чи як вид фармакодинамічного звикання мозку. Поведінкове звикання часто є залежним від контексту, тобто воно залежить не від власне засобу, а від оточення, в якому цей засіб призначають.

*Лікарська залежність має кілька характерних фаз розвитку.*

Фаза I: психологічна залежність. Такий стан людини визначається нездоровою потребою приймати різні препарати з метою позбутися від дискомфорту, який проявляється в разі припинення вживання. На цьому етапі залежність від лікарських препаратів не проявляється у вигляді абстиненції (ломки).

Фаза II: фізична залежність. Організм починає звикати до препарату, підвищується його толерантність, тобто зниження реакції на повторний прийом, що призводить до необхідності збільшення дозування, виникає абстинентний синдром.

Фаза III: синдром відміни. У разі різкої відмови або зниження дозування виникають різні серйозні погіршення стану і здоров'я людини. Залежність від лікарських препаратів може виникати як від одних ліків, так і від декількох одночасно.

*Основними симптомами* цього синдрому є: як незначний, так і сильний біль; підвищена збудливість або загальмованість; вегетативні кризи; порушення артеріального тиску; слабкість і нездужання; зміна показників біохімії крові. Перераховані вище симптоми проявляються відразу ж або через невеликий проміжок часу після відмови або зменшення дозування препарату.

### **Види залежності від лікарських препаратів**

На сьогоднішній день фахівці виділяють кілька основних видів залежності від лікарських препаратів.

- Лікарська залежність від знеболювальних, антидепресантів, нейролептиків. У цьому випадку людина приймає лікарські препарати, які ефективно справляються з симптомами хвороби, але не усувають причину захворювання. Найчастіше це препарати від безсоння, головного болю, тривоги, панічних атак, болів в суглобах і м'язах, різних вегетативних розладів. Такі медикаменти прописують лікарі при гострих симптоматичних проявах хвороби. Як правило, пацієнтові не вистачає терпіння, він кидає лікування після нормалізації свого стану, що повертає його до використання препарату через деякий час, оскільки причина хвороби не була усунена. Часто пацієнти

повертаються до прийому лікарських засобів, які допомогли їм раніше, без будь-яких рекомендацій лікаря.

- Лікарська залежність від транквілізаторів, наркотичних анальгетиків, психотропних і кодеїновмісних засобів. Такі препарати при тривалому вживанні включаються в процес нервової регуляції та обміну речовин організму. Припинення прийому препарату може стати причиною серйозних збоїв в роботі організму, виникнення уражень головного мозку і периферичної нервової системи.

Спосіб і метод лікування залежить від препарату, до якого виникла залежність. Найбільш популярними є: повна або поступова заміна препарату на аналоги, які не володіють такими властивостями; регулярне зменшення добової дози до повної відмови від засобу; психотерапія (у випадку наявності залежності від антидепресантів і психотропних препаратів); лікування причини захворювання, а не тільки симптоматики; детоксикація.

#### **Тема 4. Біохімічні адикції: анорексія; булемія; залежність від дієт; адикція до шоколаду (chocolate addiction); переїдання; голодування; роздільне харчування**

##### **Харчові адикції**

Нехімічними називаються адикції, при яких об'єктом поведінки стає поведінковий патерн, а не психоактивна речовина. В західній літературі для позначення цих видів адиктивної поведінки частіше застосовують термін поведінкові чи нефармакологічні адикції.

Харчові адикції переїдання і голодування займають проміжний стан між хімічними й нехімічними залежностями, оскільки у формуванні даних адикцій задіяні поведінкові й біохімічні механізми. Переїдання і голодування відносяться до групи проміжних адикцій.

В літературі можна зустріти розширене трактування харчових адикцій, куди відносять нервову анорексію і булімію. Ц.П.Короленко, А.Ю. Єгоров вказують на той факт, що не можна змішувати розлади харчової поведінки, якими являються нервова анорексія і булімія з харчовими адикціями (переїдання та голодування).

Нервова анорексія і булімія являються іншими психопатологічними феноменами, ніж адикція до їжі. Причини нервової анорексії це, як правило, дисморфобічні переживання, пов'язані з незадоволенням власною зовнішністю, в тому числі і зайвою вагою. «Недоліки» фігури, з точки зору хворої людини, настільки кидаються в очі оточуючим, що вони всіляко «дають зрозуміти», наскільки масивні індивіди є потворними.

Серед нервової анорексії зустрічається булімічна форма. Крім того, булімія зустрічається як психопатологічний симптом, у складі різноманітних психічних розладів: органічних захворювань головного мозку, розумової відсталості, шизофренії тощо. В основі виникнення харчової адикції, лежить позитивне емоційне підкріплення, яке викликається переїданням чи голодуванням.

Про харчові адикції мова йде тоді, коли їжа використовується не як засіб втамування голода, коли компонент отримання задоволення від прийому їжі починає переважати і процес їжі стає способом відволікання від чогось. Таким чином, з одного боку, відбувається уникання неприємностей, а з іншого боку, – фіксація на приємних смакових відчуттях. Аналіз цього явища дозволяє відзначити ще один момент: у разі, коли немає чим зайняти вільний час або заповнити душевну порожнечу, знизити внутрішній дискомфорт, швидко включається хімічний механізм голоду. При відсутності їжі, навіть якщо немає голоду, виробляються речовини, що стимулюють апетит. Таким чином, збільшується кількість їжі, що з'їдається і зростає частота прийому їжі, що тягне за собою наростання ваги.

Ця проблема особливо актуальна в країнах з високим рівнем життя, поряд з яким у суспільстві спостерігається високий рівень стресу. Реальний, також, розвиток харчової адикції і в ситуації перенасиченості продуктів харчування у зв'язку з особливостями професії (бар, ресторан, їдальня).

Питання розладів харчової поведінки та психологічні особливості харчових адикцій досліджуються, як у теоретичній, так і в практичній психології та психотерапії. Кількість харчових розладів зростає, особливо серед підлітків та молоді, що часто призводить до серйозних хвороб і навіть летальних випадків.

*Термін «харчова поведінка»* описує сукупність дій, здійснюваних людиною в процесі харчування, якісні й кількісні характеристики споживчого харчового раціону. Харчова поведінка обов'язково включає в себе зовнішній об'єктивний прояв голоду, що виражається в пошуку й прийманні їжі. Вона спрямована на усунення причин, що викликали стан голоду, який може бути пояснений фізіологічними причинами, проте поняття «апетит» це скоріше емоційне спонукання до приймання конкретної їжі.

Важливими психологічними аспектами харчової поведінки є:

- ціннісне ставлення до їжі,
- стереотипи харчування,
- орієнтованість на образ власного тіла та діяльність щодо формування цього образу.

Харчова поведінка задовольняє не тільки біологічні та фізіологічні, а й психологічні, соціальні потреби. Наприклад, підтримка гомеостазу, релаксація, отримання задоволення, комунікація, самоствердження, пізнання, підтримка ритуалу або звички, нагорода та задоволення естетичної потреби.

Особливості харчової поведінки впливають на формування фізичної складової Я-концепції (Я-фізичне), а також на когнітивний та емоційний розвиток особистості.

Адекватна харчова поведінка характеризується відповідністю споживання харчових речовин складу, кількості, форми, способу вживання й приготування харчовим потребам організму в поживних речовинах та енергії, залежно від стану ферментних систем, енерговитрат, біоритмів, особливостей харчової мотивації, підвищення рухової активності.

Порушення харчової поведінки – є результатом комплексу психологічних та фізіологічних факторів. Розлади харчової поведінки прийнято розглядати як серйозну проблему, загрозу для здоров'я індивіда.

**Нервова булемія** характеризується повторюваними приступами переїдання й надмірною заклопотаністю контролюванням ваги тіла, навіть шляхом використання таких крайніх заходів як викликання блювоти, прийняття проносного, щоб позбутися з'їденого. Характерними для нервової булемії є:

- переїдання (безконтрольне вживання їжі у великій кількості);
- регулярне застосування методів очищення шлунково-кишкового тракту;
- строга дієта;
- виснажливі фізичні вправи;
- надмірна залежність самооцінки від фігури та маси тіла.

Іноді причиною булемії є зменшення почуття насичення.

**Нервова анорексія** – це розлад харчової поведінки, що характеризується зниженням апетиту аж до його повної втрати. Її причинами є діяльність харчового центру й травної системи, ендокринні, нейрогенні й психогенні розлади, інтоксикації. Характерними ознаками нервової анорексії є:

- аномально низька маса тіла;
- аменорея (порушення менструального циклу в жінок);
- порушення сприйняття власної маси тіла та власної фігури;
- розлади апетиту (прагнення вживати неїстівні речовини);
- сітофобія (страх вживання їжі, що спостерігається переважно при неврозах та психопатіях);
- орторексія (надмірна турбота про якість здорового харчування).

Отже, порушення харчової поведінки становлять комплекс симптомів, що виникають внаслідок тривалого впливу поведінкових, емоційних, психологічних і соціальних факторів.

Якщо розлади харчової поведінки – це відхилення у вживанні їжі, що призводять до фізичного та психологічного нездоров'я і є комплексною медико-психологічною проблемою, то порушення харчової поведінки це відхилення у вживанні їжі, які перешкоджають повноцінному функціонуванню людини, але не є хворобою. Наприклад, це екстернальний, емоціогенний та обмежувальний тип харчової поведінки та у деяких випадках і компульсивне переїдання. З погляду адиктології описані розлади та порушення є залежністю, оскільки людина не може самостійно відмовитися від цих поведінкових паттернів, навіть у разі загрози для життя і здоров'я. Найбільш схильними до харчових адикцій є жінки, дівчата підлітки віком від 12-13 до 25-30 років або особи із психічними розладами, де харчові порушення є супутніми симптомами.

Серед психологічних факторів, які впливають на виникнення порушень харчової поведінки, найважливішими є:

- порушення Я-концепції, низька самооцінка, неадекватне сприйняття

себе, неконгруентність;

- почуття відсутності або недостатності контролю над власним життям;
- депресія, страхи;
- переважання гніву, самотності, інших негативних емоцій;
- конфліктні відносини в родині;
- прагнення відповідати соціальним стандартам краси, насмішки з боку оточуючих приводу фігури чи ваги;
- труднощі у вираженні емоцій та почуттів, емоційна замкненість, алекситимія;
- незадоволеність власним життям, собою, відсутність самоприйняття.

Психологічна допомога особам з харчовою залежністю передбачає роботу з Я-образом, Я-концепцією та прийняттям себе і свого тіла. Робота психолога може включати також сімейне консультування, оскільки відносини в сім'ї та сімейне виховання є важливими чинниками виникнення цієї залежності. Ефективною є групова психотерапевтична робота.

### **Залежність від дієт**

Найчастіше під словом дієта мають на увазі тяжкі умови прийому їжі, які позбавляють людину радості й задоволення. Більшість дієт, які дають швидкий результат, побудовані на обмеженнях, що диктують, що можна їсти, а що не можна. І усі заборонені продукти часто стають причиною зриву, адже людина страждає через постійну відсутність звичної їжі.

Жорстка дієта сприймається нашим мозком як джерело насильства над тілом, і мозок робить усе можливе, щоб припинити страждання і повернути в тарілку кохані смаколики. Саме тому усі обмежуючі типи харчування врешті-решт, призводять до набирання зайвої ваги, до повернення колишніх кілограмів і сантиметрів, а що ще гірше – до набору нових. Відповідно людина прагне спробувати нову дієту, і таким чином формується залежність від дієт.

Особливості використання дієт:

- більшість дієт не збалансована за кількістю необхідних нашому організму білків, жирів і вуглеводів;
- відсутність вуглеводів в списку дозволеної їжі призводить до зривів саме на солодощі;
- дієти прописані на загальнолюдські показники, не враховуючи особливості генетики, територію проживання, сезонність продуктів;
- дієта з обмеженням за часом підходить тільки тим, хто працює вдома;
- дефіцит калорій може призвести до порушень в організмі й навіть змінити психологічне відношення до їжі.

Дуже жорстка дієта може призвести до стану слабкості, відсутності тону, а також порушити обмін речовин. У таких умовах сил на фізичні тренування вже не буде, тобто фігура мрії не з'явиться.

### **Компульсивне переїдання**

Адикція до їжі виникає тоді, коли їжа використовується у вигляді адиктивного агента, застосовуючи який, людина йде від реальності, яка її не влаштовує. У момент роздратування, незадоволення, невдачі і нудьги виникає

прагнення «заїсти» неприємність, використовуючи для цього процес їжі. І це часто вдається зробити, так як під час прийому їжі відбувається фіксація на приємних смакових відчуттях і витіснення в підсвідомість матеріалу, що має психологічно неприємне зміст.

Такий спосіб відходу від реальності може виявитися досить ефективним способом контролю свого настрою, провокуючи, таким чином, швидке формування залежності.

Адикція до їжі – особливий спосіб залежності. З одного боку – це психологічна залежність, а з іншого – відбувається «гра» на задоволенні голоду. У міру того, як їжа починає використовуватися вже не як засіб втамування голоду, а як засіб психологічного відходу від проблем, відбувається певний вплив на драйв задоволення голоду з штучним його стимулюванням.

Цей процес носить психофізіологічний характер, тому що переїдання входить в зону іншого обмінного балансу. Таким чином, процес ускладнюється тим, що на якомусь етапі переїдання поряд з психологічними механізмами використання їжі як засоби догляду починають реалізовуватися фізіологічні механізми, і людина починає прагнути до їжі тому, що їй хочеться їсти.

Згідно з американською класифікацією психічних розладів (DSM-5), компульсивне переїдання характеризується тривалим споживанням їжі (аж до двох годин), при цьому, кількість їжі помітно більша, ніж здатна з'їсти середньостатистична людина за даний період часу в аналогічних обставинах.

Дослідження, проведене вченими під керівництвом науковця Гаррета Стубера (Garret Stuber) з університету Північної Кароліни (США), показало, що переїдання стимулює як мінімум одна рефлекторна дуга у мишей. Так, Стубер вважає, що коли вона залучена, тварини їдять заради задоволення, а не з почуття голоду.

Загалом, люди, які схильні до такого виду переїдань, використовують їжу як єдиний спосіб впоратися з негативними емоціями. Як наслідок, вони майже постійно відчувають провину за те, що їжа виходить у них з-під контролю. Людина з компульсивною залежністю постійно думає про їжу, постійно хоче їсти та з'їдає велику кількість їжі за короткий час, а після сніданку, обіду чи вечері відчуває сором і пригніченість. Робить вона це часто – як мінімум, один раз у тиждень упродовж 3 місяців.

Якщо спростити, то людське тіло можна порівняти з машиною. Щоб воно продовжувало рухатися, його потрібно регулярно заправляти. Показником рівня палива для тіла служать відчуття голоду або ситості, які й регулюють нашу харчову поведінку. Ці відчуття створюються різноманітними гормональними сигналами, які передаються від шлунку до мозку. Проте люди складніші за машини – вони схильні виконувати дії, необхідні не тільки для продовження життя (як харчування або секс), а й заради задоволення. Запах, смак, фактура і вигляд їжі – все це може приносити задоволення і змушувати мозок не звертати увагу на відчуття ситості.



## **Причини виникнення компульсивного переїдання**

Компульсивне переїдання, свідчить про наявність певних негараздів у житті. Так, воно найчастіше може виникати через такі причини:

- зтяжні депресії та страх самотності;
- психологічний тиск зі сторони інших;
- постійна критика поведінки підлітків з боку батьків;
- низький рівень самооцінки;
- незадоволеність життям;
- неможливість розв'язання життєвих проблем.

Звіт багаторічного проекту «Дослідження здоров'я медсестер» показав, що жінки, які страждали в дитинстві від жорстокого поводження, вдвічі частіше схильні до розладів харчової поведінки.

## **Формування залежності переїдання**

У деяких випадках компульсивне переїдання виростає із поширеної звички сидіти з пакетом чипсів перед телевізором або з'їдати трішки печива чи шоколаду на ніч. Однак, найчастіше це все-таки результат серйозних емоційних проблем. Так, згідно з медичними даними, у більшості випадків компульсивне переїдання починається із суворої дієти та є частиною циклу «поїсти, покаятися, повторити». Чим суворіша дієта, тим вищий ризик зривів через «заборонені» продукти. А саме ці зриви й слід вважати епізодами компульсивного переїдання (коли ви вечеряєте склянкою кефіру, а опівночі з'їдаєте тону бутербродів чи цілий торт). Такий цикл трьох «П» надзвичайно складно розірвати, адже людина зникає та приймає його.

В останні роки дослідження порушень харчової поведінки стають все більш популярними. Це пояснюється тим, що кількість таких захворювань істотно зросла (і продовжує зростати). Особливу увагу вчені приділяють «їжі, яка викликає залежність» – продуктам, які змушують нас купувати їх знову й знову. Так, доведено, що під час поглинання смачної їжі в центрі задоволення в мозку виробляється дофамін (викликає таку ж наркотичну залежність, як і алкоголь чи тютюн). Дослідники сходяться на думці, що до групи їжі, яка викликає залежність можна віднести продукти з високим вмістом жиру, цукру і солі.

## **Міфи щодо компульсивного переїдання**

Попри відносно невеликий термін дослідження компульсивного переїдання, цей діагноз вже встиг «обрости» певними міфами, основні з яких ми спробуємо спростувати.

Міф 1. У людей, які схильні до такого розладу, відсутня сила волі.

Правда. Здається, схоже на правду, проте насправді, це не так. Таке переїдання – серйозна психогенна проблема, яка, як правило, пов'язана з тривожним або депресивним розладом і часто потребує серйозного лікування.

Міф 2. Люди, що схильні до компульсивного переїдання, мають зайву вагу.

Правда. Ще один міф, адже такі люди можуть бути й абсолютно худими, в залежності від особливостей організму.

Міф 3. Компульсивне переїдання потрібно лікувати суворою дієтою.

Правда. Насправді дієта може бути причиною компульсивного переїдання. Тому компульсивне переїдання можливо лікувати тільки правильним, збалансованим та здоровим щоденним раціоном.

Міф 4. Компульсивне переїдання не хвороба й не вимагає такого серйозного лікування, як анорексія чи булімія.

Правда. Як ми вже й зазначали, компульсивне переїдання – це не менш серйозна проблема, ніж будь-який інший розлад харчової поведінки. Тому вона вимагає серйозного лікування, яке може містити в собі індивідуальну і групову терапію, консультації лікаря-нутриціоніста, а також медикаментозне лікування.

Компульсивне переїдання – це серйозне захворювання, рання діагностика якого забезпечить успішневилікування.

### **Голодування**

Голодування – стан, що виникає в тих випадках, коли організм не одержує поживних речовин або одержує їх у недостатній кількості, або ж не засвоює їх внаслідок хвороби.

Голодування розглядається як соціальна проблема, а також як патологічний процес, що супроводжує низку захворювань, особливо травної системи, здавна привертає увагу дослідників.

Накопичено багато фактів, які свідчать про те, що при голодуванні насамперед починають діяти пристосувальні механізми, відбувається своєрідна ферментативна адаптація організму до відсутності поживних речовин і перехід на ендогенне живлення. Разом із тим встановлено, що порушення задоволення потреби організму в їжі призводить до хвороб харчової недостатності, що виявляється в порушенні ферментних констеляцій тканин, і до розладу процесів обміну.

### **Класифікація голодування**

1. За походженням розрізняється:

- фізіологічне
- патологічне
- лікувальне

2. Голодування може бути:

- первинним
- вторинним

3. Залежно від суті виділяють такі види голодування:

- повне (з або без уживання води)
- неповне (недоїдання)
- часткове або якісне

4. Залежно від того якого компонента бракує:

- білкове
- жирове
- вуглеводне
- вітамінне
- мінеральна

- мікроелементи
- водне голодування

Залежність від голодування може бути викликана одним з двох основних варіантів: медичний та немедичний механізми.

Існує два механізми виникнення адикції до голоду: *медичний і немедичний* (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитрієва). При медичному варіанті використовується розвантажуюча дієтотерапія. Фаза входження в голод характеризується труднощами, пов'язаними з необхідністю подавити апетит. Потім стан змінюється – з'являються нові сили, апетит зникає, підвищується настрій, підсилюється рухова активність. Деяким пацієнтам подобається відчуття голоду, коли зникає апетит, і вони намагаються його продовжити. Повторне голодування уже здійснюється самостійно. Завдяки виникненню стану ейфорії, який ґрунтується на досягнутому ефекті голодування, відбувається втрата контролю та критичне відношення до свого стану і людина продовжує голодувати навіть тоді, коли це стає небезпечним для здоров'я.

При немедичному варіанті голодування починають самостійно обмежувати вживання їжі з метою схуднути, віддаючи данину моді, застосовуючи для цього незвичайну дієту. Одним з психологічних механізмів, що провокують голодування, являється бажання змінити себе фізично, виглядати краще, у відповідності з модним на сьогоднішній момент іміджем. Другий механізм, який запускає голодування проявляється в самостійній постановці завдання та виникненні відчуття самозадоволення й гордості від його виконання. По мірі голодування з'являються ознаки фізичного виснаження. Контроль за ситуацією вже втрачений, тому спроби оточуючих вплинути на ситуацію ні до чого не приводять. Адикти живуть у вигаданому світі. У них виникає відворот до їжі, виражений до такої міри, що жувальну гумку чи зубну пасту, що потрапляє в рот під час чищення зубів, вони вважають достатнім еквівалентом їжі.

### **Залежність від шоколаду**

Залежність від шоколаду – це не просто міф, який прийнято лякати любителів солодоців, а реальне явище, доведено психологічну залежність від шоколаду у людей. Шоколад, як виявилось, здатен викликати певну наркотичну прив'язаність, нічим не менш виражену, ніж, наприклад, від цигарок або алкоголю.

Є курці, є алкоголіки, а є солодкоїжки. З точки зору механізмів психологічної прив'язаності усі вони приблизно еквівалентні.

Вчені підтверджують свої слова результатами експериментального дослідження, у ході якого вони вимірювали показники мозкової активності людей, що зазнають залежності від шоколаду, алкоголю або цигарок. І знайдені особливості виявились дуже схожими. Окрім того, аналізи біологічного матеріалу залежних людей показують, що організм реагує на шоколад так само, як і на інші речовини, які викликають залежність – сплеском серотоніну.

Справа може бути у самих какао-бобах, які слугують сировиною у процесі виготовлення шоколаду. Какао-боби містять деяку кількість анандаміду – хімічної сполуки, дія котрої нагадує ефект від опіатів.

До складу будь-якого шоколаду входить какао, яке містить речовини, що стимулюють вироблення фенетіламіна – гормону радості (масляниста хімічна сполука, є вихідним для деяких природних нейромедіаторів (біологічно активні хімічні речовини, за допомогою яких здійснюється передача електричного імпульсу з нервової клітини через синаптичний простір), а його похідні є галюциногенами і стимуляторами). Тому, вживаючи слова плитку шоколаду, людина дійсно відчуває себе значно краще.

Шоколадна залежність – це стан, при якому людина не може контролювати порцію шоколаду, а також не в змозі відмовитися від улюблених солодошів.

Особи, що мають шоколадну залежність, зазвичай з'їдають всю плитку відразу, люди просто не можуть відмовити собі в подібному задоволенні; більшість хворих мають надлишкову вагу, яку списують на неправильний обмін речовин, шлункові захворювання, генетичну схильність до повноти тощо.

Як позбутися від шоколадної залежності? Медики не можуть відповісти на дане питання, так як в складі шоколаду міститься більше 500 різних компонентів, тому важко стверджувати від чого саме виникає залежність. Однак багато хто вважає, що шоколадна залежність може бути і корисною. Чи так це?

Канадські вчені на основі своїх досліджень підтверджують користь шоколаду: він здатний позбавити людину від кашлю. У шоколаді міститься теобромін (алкалоїд, що міститься в бобах какао, рідше в мате, чаї, колі, гуарані і кави; шоколад – спазмолітичний і сечогінний засіб, за будовою близький до кофеїну; стимулює серцеву діяльність, розширює судини серця і мозку, а також бронхи, підсилює сечовиділення).

Дослідження Національного інституту Великобританії (National Institute of British) показали, що алкалоїд, що міститься в какао-бобах допомагає від кашлю, оскільки він блокує чутливі нерви, які покликані відповідати за рефлекси.

Однак замінювати ліки шоколадом однозначно не можна, адже подібна практика може привести до серйозних ускладнень після хвороби.

У 1960 році група вчених з фінських університетів в Оулу і Гельсінкі провела цікаве дослідження. Команда фахівців співпрацювала з Гельсінським бізнесменами, які народилися в часовому проміжку з 1919 по 1934 роки. Серед поставлених запитань, фінансовими магнатам пропонували розповісти, які цукерки вони люблять найбільше. З 1 367 респондентів 860 осіб зізналися, що люблять будь-який шоколад і тільки 100 сказали, що не споживають солодкого взагалі. Підвівши підсумки, вчені прийшли до висновку, що ті, хто ласує шоколадом, краще освічені і мають більш високі показники розумової активності, мають значно кращий настрій і зовнішній вигляд, ніж ті, хто повністю виключає солодоші з раціону харчування.

Однак, шоколад у великих дозах може призвести до появи зайвої ваги, цукрового діабету, а жири, які знаходяться в складі шоколаду можуть привести до захворювань серця.

У шоколаді практично немає мінералів і вітамінів, тому плитка солодкого задоволення не замінить повноцінний прийом їжі, а тільки викличе залежність від шоколаду. На жаль, єдиної думки щодо питання, як позбутися від шокоголізма, не існує.

#### *Залежність від шоколаду на генетичному рівні*

Для того щоб з'ясувати, солодкий продукт чи ні, не потрібно абсолютно ніяких зусиль. Все це закладається на генетичному рівні. Практично всі люди позитивно реагують на шоколад. Він піднімає настрій, він солодкий і покращує роботу мозку. Все це, безсумнівно, правда, але залежність від шоколаду все одно може виникнути. Найкраще постаратися знайти заміну для шоколаду, наприклад, вживати більше фруктів, вони теж солодкуваті на смак. Ще наші бабусі і дідусі та первісні люди, які жили в печерах, уже орієнтувалися в тому, що солодке завжди смачніше. Вони займалися збиранням, знаходили всілякі фрукти, які володіли солодкуватим смаком і уникали гірких коренеплодів і ягід.

#### *Залежність від шоколаду - гормон щастя*

Шоколад сприяє виробленню гормону гарного настрою, гормону щастя. Цей гормон щастя називається ендорфіном. Ендорфін піднімає настрій і допомагає позбутися від депресії. шматочок шоколаду для вас буде абсолютно нешкідливий. Але не варто поглинати шоколадну плитку повністю, це буде сприяти виникненню залежності. Вже було доведено, що в шоколаді присутні безліч шкідливих елементів, що викликають згубну пристрасть.

#### *Залежність від шоколаду - підвищена пристрасть*

Деякі жінки готові визнати, що дійсно не можуть встояти перед шоколадом, при цьому ніщо не може їх зупинити і заборонити вживати заповітний десерт. Багато представниць жіночої статі запевняють, що бажання з'їсти шоколадку загострюється під час місячних. Це допомагає знизити нервозність і дратівливість. Подібна пристрасть до шоколаду може спостерігатися також під час вагітності. Якщо жінка в період очікування дитини страждає анемією, в її організмі недостатньо заліза. Шоколад може з легкістю позбавити від цього недоліку.

#### *Залежність від шоколаду і добре самопочуття*

Чому ж вважається, що шоколад покращує загальний стан організму? Справа в тому, що в шоколаді містяться такі речовини, які надають позитивний вплив на нервову систему, позбавляючи людину від непотрібного і зайвого стресу. Виникає почуття легкого запаморочення і збудження, а мозкові центри при цьому стимулюються.

Залежність від шоколаду в більшій мірі притаманна жінкам, ніж чоловікам.

## **Роздільне харчування**

Наука про правильне харчування розглядає різні концепції, суперечки про які не припиняться, мабуть, ніколи. Одним з обговорюваних напрямів є система роздільного харчування.

Заснував концепцію роздільного харчування Герберт Шелтон. Точніше, він почав її системно застосовувати, відкривши в 1928-му році в Техасі школу здоров'я, де став проповідувати принципи роздільного харчування. Причому наукові дослідження, які б підкріплювали цю теорію, Шелтон не проводив, але посилався на досвід російського вченого Павлова, який виявив, що на кожен вид їжі у собак виділяється різний склад травного соку. На цьому і побудована теорія роздільного харчування.

*Суть ідеї роздільного харчування полягає* в сумісності та несумісності різних груп харчових продуктів між собою. Вважається, що коли змішується їжа різних видів, то ферменти втрачають свою активність, сповільнюючи процес травлення, що призводить до бродильних реакцій, газоутворення і порушення метаболізму.

Однак, було встановлено, що:

- роздільне харчування не видається більш корисним, ніж змішане;
- призначення роздільного харчування обґрунтовано тільки з медичної точки зору, при наявності захворювань органів травлення або проблем з ендокринною системою, пов'язаних із засвоєнням певних речовин;
- зниження ваги при роздільному харчуванні відбувається завдяки зменшенню споживаних калорій, а не поділу продуктів на групи за сумісністю;
- об'єктивно відзначається поліпшення самопочуття – це результат переходу на малі порції споживаної їжі, відмови від трансжирів, переважання в раціоні рослинних продуктів, а не вуглеводів, поліпшення метаболічних процесів і позбавлення зайвої ваги;
- якщо людина здорова, то натуральні, грамотно приготовані продукти, збалансовані за кількістю корисних речовин і калорійністю, є набагато кориснішими й ефективнішими за роздільне харчування.

### *Недоліки роздільного харчування*

Противників у роздільного харчування не менше ніж прихильників і вони також мають ряд серйозних доводів на свою користь. Перше, що привертає увагу – творець системи роздільного харчування Герберт Шелтон не був лікарем. Це значить, він просто не мав ніякого права стверджувати, що знає, як і в якій послідовності в організмі людини виділяються ферменти.

Насправді ж людський організм чудово виділяє всі необхідні ферменти одночасно і ніякої проблеми в перетравленні різних видів їжі не існує. Більше того, люди всеїдні істоти, які пристосовані еволюцією для поїдання м'яса, коріння, овочів і все, що пощастить добути, одночасно. Якщо ж людина почне вживати їжу окремо, то дуже скоро його організм може «заплутатися» і перестати виробляти потрібні ферменти в потрібних кількостях.

Другий величезний мінус роздільного харчування – неможливо реалізувати його на практиці, так як більшість продуктів, що містять різні

речовини, в картоплі є не тільки крохмаль, але і білок, а в м'ясі, крім білка, є глікоген – тваринний вуглевод. Тому розділити всі продукти на групи просто неможливо.

Третє «проти» – серотонін і допамін, гормони, які відповідають за гарний настрій, синтезуються в організмі тільки за умови одночасного попадання в нього білків і вуглеводів. Якщо комусь вдасться повною мірою реалізувати програму роздільного харчування, то у нього будуть всі шанси дуже скоро отримати негативні емоції та стани.

Таким чином, роздільне харчування не є панацеєю, це чергова модна і безглузда дієта, яка допомагає розлучитися із зайвими кілограмами виключно за допомогою обмеження кількості їжі, і особливо шкідливої їжі, але абсолютно не підходить для використання протягом тривалого часу.

### **Тема 5. Хімічні та біохімічні адикції: діагностика, психотерапія та реабілітація**

Психологічна допомога щодо проблем адиктивної поведінки є однією із форм суспільного впливу на поведінкові відхилення, що застосовується разом із правовими, соціальними санкціями, медичною допомогою і соціальною підтримкою, що забезпечує комплексність впливу на поведінкові девіації.

Провідними вважаються два напрямки психологічної допомоги:

- психологічна превенція (попередження, профілактика) та
- психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація).

Психологічна допомога охоплює діагностичну, консультативну роботу, психологічну корекцію та психотерапію.

Профілактика адиктивної поведінки, як комплекс загальних та спеціальних заходів різних рівнів, будується на принципах комплексності, послідовності, диференційованості, своєчасності. Вона орієнтована на надання допомоги на ранніх етапах виникнення схильності до адиктивної поведінки.

Важливим принципом є пріоритетність соціальних проблем, прогностичність.

Описуючи психологічну профілактику, слід розкрити зміст різних форм профілактичної роботи:

- організація соціального середовища,
- інформування,
- активне соціально-психологічне навчання соціально важливих навичок,
- організація діяльності, що альтернативна адиктивній поведінці,
- організація здорового способу життя,
- активізація особистісних ресурсів.

Оскільки суспільство зацікавлене в підтриманні певного рівня конформності, то воно формує механізми соціального контролю, превентивні механізми та механізми корегування адиктивної поведінки.

Соціальний контроль може існувати у формі правових органів, громадської думки, у формі соціальних інститутів та організацій, передбачати

економічні чи адміністративні санкції та контроль у формі впливу найближчого соціального оточення.

Описуючи зміст психологічної інтервенції як психологічного втручання в особистісний простір з метою стимулювання позитивних змін, важливо вказати на умови ефективності цього виду впливу, стратегічні цілі психологічної допомоги особистостям з девіантною поведінкою (формування конструктивної мотивації, позитивних цінностей, інтеграція індивідуального досвіду, удосконалення саморегуляції, вироблення життєво важливих умінь та ін.

Основними методами психологічного впливу є:

- психотерапія,
- психологічний тренінг,
- організація терапевтичного саногенного середовища та ін.

Важливими для практичної діяльності психолога є вміння діагностувати зміст та форми адиктивної поведінки.

Зазначимо, що психологічна інтервенція адиктивної поведінки можлива у разі бажання таких змін з боку адикта.

Провідними завданнями психологічного втручання (інтервенції) є:

- формування мотивації на соціальну адаптацію чи одужання;
- стимулювання особистісних змін;
- корекція поведінки з урахуванням специфіки її проявів у процесі психологічного консультування або психотерапії;
- створення сприятливих соціально-психологічних умов для

особистісних змін та одужання.

Вказані завдання конкретизуються залежно від форми адиктивної поведінки. Очевидно, що профілактика і корекція адиктивної поведінки особистості є особливо дієвою на ранніх етапах її виникнення та розвитку.

Найбільш адекватною та ефективною формою психологічного впливу вважається поведінкова корекція, що включає такі основні групи методів:

- стимуляція, мотивація поведінки;
- корекція емоційних порушень,
- методи саморегуляції;
- методи когнітивного переструктурування,
- методи пригнічення небажаної поведінки,
- методи формування позитивної поведінки.

Серед інших підходів з надання психологічної допомоги особистості відповідно до напряму психологічної науки ефективними вважають гештальттерапію та тілесно-орієнтовану терапію, що спрямовані, насамперед, на подолання «внутрішнього розколу» між тілесним і духовним, формування почуття довіри. Екзистенційний підхід передбачає допомогу особистості в переосмисленні екзистенціальної ізоляції, підкресленні цінності й розмаїття світу, створенні привабливої життєвої перспективи, осмисленні сенсу життя.

Психотерапія адиктивної поведінки повинна бути націлена на формування адекватної самооцінки, підвищення самосвідомості, посилення контролю над імпульсами, збільшення стабільності міжособистісних відносин і



соціальну адаптацію, а у випадках виникнення залежності в дітей раннього віку у створенні сприятливих умов для задоволення їх потреб.

У деяких випадках психокорекційний вплив варто націлювати не на усунення існуючої залежності як такої, а на зміну соціально неприйнятної адикції й заміні її на більш прийнятну (наприклад, алкогольної або наркотичної на трудову або спортивну).

Зміщення меж профілактики адиктивної поведінки до початкового, раннього й дошкільного періодів допоможе знизити ймовірність виникнення неврозів і деяких типів залежностей як на ранніх етапах онтогенезу, так й у пізніших періодах його розвитку.

Прогнозування формування й розвитку адиктивної поведінки на провідних етапах онтогенезу буде сприяти розробці програм, спрямованих на своєчасне виявлення, корекцію й превенцію залежностей, що мають нехімічне і хімічне походження.

Часто психологічна допомога особам з хімічними та біохімічними залежностями передбачає тісну взаємодію психолога з лікарями: наркологом, психіатром, терапевтом та ін., інакше робота психолога може виявитися неефективною через ризик рецидиву.

### **Профілактика та лікування хімічної залежності**

Профілактика – це сукупність заходів спрямованих на охорону здоров'я, попередження виникнення і розвитку хвороб людини, на покращення фізичного стану населення, збереження працездатності і забезпечення довголіття. В питаннях зловживання психоактивними речовинами профілактика розглядається, як комплекс соціальних, навчальних, медико-психологічних заходів, направлених на виявлення та усунення причин і умов, що сприяють розповсюдженню і вживанню психоактивних речовин, попередження розвитку і ліквідації негативних особистісних, соціальних та медичних наслідків зловживання психоактивними речовинами (безпритульність, злочинність, поширеність ВІЧ-інфекції, гепатиту, захворювань, що передаються статевим шляхом і т.д.).

Профілактику будь-якого захворювання прийнято поділяти на первинну, вторинну і третинну.

- Первинна профілактика зловживання ПАР включає комплекс соціальних, навчальних і медико-психологічних заходів, які попереджають залучення до вживання ПАР та викликають хворобливу залежність.

- Вторинна профілактика зловживання ПАР включає комплекс соціальних, навчальних і медико-психологічних засобів, які попереджають рецидив після лікування ранніх форм наркоманії та алкоголізму, залежність від комп'ютера, азартних ігор і т.д.

- Третинна профілактика - це комплекс соціальних, навчальних і медико-психологічних заходів направлених на попередження зривів і рецидивів захворювань та котрі спрямовані на відновлення особистісного і соціального статусу хворого, повернення в сім'ю, в навчальний заклад, в трудовий колектив.

У підлітковій наркології первинна профілактика – це попередження адиктивної поведінки підлітків (залежності від психоактивних речовин). Вторинна – попередження рецидиву після лікування ранніх форм алкоколізму та наркоманії. Третинна – реабілітація в тяжких випадках неодноразових рецидивів і безуспішного лікування. Міри первинної, превентивної профілактики направлені на підтримку і розвиток умов, що сприяють збереженню фізичного, особистісного та соціального здоров'я, на попередження неблагосприятливого впливу чинників соціального та природного середовища.

Сучасні *програми профілактики* наркотизму поділяють на три типи: інформаційні програми, програми, направлені на тренування навиків соціальної адаптації (спілкування, навичкам безконфліктної взаємодії, подолання стресів та ін.), програми реалізації особистісних ресурсів.

Основна мета програм інформаційного типу первинної профілактики адиктивної поведінки – інформування підлітків, батьків, вчителів про наслідки вживання психоактивних речовин. При *інформаційній моделі профілактики* часто застосовують плакати, фотографії, де зображені фізичні дефекти людини, яка приймає наркотики, а також атрибути наркоманського стилю життя (цигарки, голки, шприци, кров, кладовища). Якщо профілактику у відповідності з інформаційною моделлю здійснює людина не компетентна, то інформація стає рекламою наркотичної речовини та ефектів її дії. В наш час інформаційна модель профілактики застосовується досить рідко, в основному для батьків і вчительських колективів. Існують дані, що інформація, яка потрапляє до підлітків з різноманітних джерел (художні, документальні фільми, книги, брошури) здебільшого провокує вживання ПАР).

В основі *програми тренування навиків соціальної адаптації* лежать засоби формування копінг-стратегій. Сюди ж відносяться програми, направлені на засвоєння адаптивних способів існування в умовах стресу, навчання навичкам здорової поведінки, умінням, здатностям і можливостям здійснювати оцінку проблемної ситуації. Спосіб самостійно контролювати свою поведінку з попередження вживання наркотиків шляхом забезпечення готовності підлітків сказати усвідомлене «ні». При їх розробці виходять з необхідності розвивати в учнів уміння ідентифікувати неблагосприятливий соціальний вплив і доцільності формування навички протистояння цьому впливові.

В соціальному впливі профілактичних заходів можна виділити три компоненти: 1) інформація про негативні соціальні ефекти і їх фізіологічні наслідки; 2) корекція перебільшених уявлень про поширення наркотизму серед підлітків; 3) тренування, рольові ігри, як практика і засоби попередження наркоманії серед молоді та юнацтва.

*Програми актуалізації внутрішніх ресурсів* орієнтовані на пошук ресурсів для виходу із постійно виникаючих проблемних ситуацій і внутрішньоособистісних протиріч підлітка. Провідними цілями такого типу програм являються: допомога в усвідомленні життєвих перспектив та емоційної привабливості майбутнього; створення умов, що сприяють набуттю підлітками

нового суб'єктивного досвіду і особистісного розвитку в процесі змістовного спілкування.

#### *Моделі профілактики*

*Навчальна модель* профілактики ґрунтується на поширенні педагогічно-виховних методів діяльності спеціалістів навчальних закладів. Направлена на формування у дітей і молоді знань про соціальні і психологічні наслідки наркоманії з метою формування стійкого альтернативного вибору на користь відмови від прийому ПАР.

*Медична модель* профілактики основана на інформаційно-лекційному методі. Це сумісна діяльність спеціалістів навчальних і лікувально-профілактичних (здебільшого, наркологічних закладів), направлена на формування у дітей і молоді знань про негативний вплив наркотичних й інших ПАР на фізичне і психічне здоров'я людини, а також гігієнічних навичок, що попереджають розвиток найбільш тяжких медичних наслідків наркоманії – зараження ВІЧ-інфекцією, гепатитом, венеричними хворобами.

*Психосоціальна модель* профілактики будується на біопсихосоціальному підході до попередження зловживання психоактивними речовинами. Це спільна діяльність спеціалістів навчальних закладів, яка спрямована на формування у дітей особистісних ресурсів, забезпечення домінування цінностей здорового способу життя, діяльної установки на відмову від прийому психоактивних речовин, а також розвиток психологічних навичок необхідних при вирішенні конфліктних ситуацій, умінь протидіяти груповому тискові, в тому числі пов'язаному зі зловживанням ПАР.

*У лікуванні алкогольної залежності виділяють кілька ключових моментів:*

- Медикаментозне лікування – застосовується для придушення алкогольної залежності та усунення порушень, спричинених хронічною алкогольною інтоксикацією. По суті, при медикаментозному лікуванні усі методи ґрунтуються на фіксації почуття страху померти у хворого через несумісність введеного препарату та алкоголю, в результаті чого в організмі утворюються речовини, які призводять до тяжких порушень здоров'я аж до летального результату. Така методика лікування називається аверсивна терапія.

- Методи психологічного впливу на хворого – допомагають закріпити негативне ставлення хворого до алкоголю і запобігти рецидивам хвороби. Тут при позитивному результаті у людини формується світоглядна установка, що він може жити і справлятися з виникаючими проблемами і труднощами без «допомоги» алкоголю, іншими методами і способами.

- Заходи з соціальної реабілітації хворого – покликані відновити хворого алкоголізмом як особистість і реінтегрувати його в структуру суспільства.

- Нормування і помірність припускають неповне утримання від алкоголю. Алкоголіки не можуть обмежити споживання подібним чином, деякі повертаються до споживання в помірних кількостях лише на деякий час. Повне утримання від алкоголю – єдиний спосіб уникнути прогресування захворювання.

- Комплексні методи – поєднують в собі кілька методик. Це може бути медикаментозна та психотерапія, або психологічний вплив та соціальна реабілітація. Одним з таких методів є «Іспанський» – включає в себе психотерапію, медикаментозну терапію та роботу з людьми, які оточують алкоголіка.

- Товариства і групи тверезості. Найбільш відомий громадський рух проти алкоголізму – анонімні алкоголіки, створена в 1935 році група, яка існує в багатьох країнах світу; є досить багато груп Анонімних алкоголіків (скорочено АА). Відвідування груп здійснюється на добровільних, безкоштовних і анонімних засадах. Єдина умова для участі у роботі груп АА – бажання припинити вживання алкоголю. Групи організовують не медики, а самі алкоголіки. Важливо відзначити, що групи АА не виводять із запою, не вмовляють питущих відмовитися від алкоголю, не лікують уражені органи. У АА можна приходити як тверезим, так і прийняли алкоголь, різниця в тому, що прийняли алкоголь не мають право виступати на зборах. Мета роботи груп АА – допомогти хворому зберегти тверезість і дати шанс на реабілітацію. Тому АА ні в якому разі не можна розглядати як заміну офіційної медицини – вони лише доповнюють її. Для багатьох хворих участь в групах — це заміна звичного кола «друзів», позбавлення від повної самотності. Групи АА дійсно допомагають людям зберегти тверезість довгий час, і роботу груп АА не тільки не засуджують, але і підтримують наркологи.

Крім АА, в різних країнах світу діють інші товариства і групи тверезості, які ведуть освітню та просвітницьку роботу з профілактики алкоголізму.

Серед заходів – обмеження реклами алкогольних напоїв, обмеження числа точок продажу алкогольної продукції і скорочення часу продажу, підвищення роздрібних цін на спиртні напої за рахунок податків, інформування про шкоду алкогольних напоїв, поступове зниження допустимих норм вмісту алкоголю в крові водіїв, та ін.

Проводяться дослідження, що показують можливість синтезування антитіла, які б перешкоджали впливу наркотиків на мозок, мінімізуючи відчуття задоволення. Останнім часом розроблені вакцини проти кокаїну, героїну, метамфетаміну і нікотину. Здійснюється тестування даних препаратів з надією використати їх як профілактичний і відновний засіб для страждаючих адикціями або схильних до них.

## Змістовий модуль 3 Нехімічні адикції

### Тема 6. Нехімічні адикції:

(інтернет-залежність; гемблінг (патологічна пристрасть до азартних ігор); адикції відносин (сексуальні - зоофілія, фетишизм, пігмаліонізм, трансвестизм, ексбіціонізм, вуайеризм, некрофілія, садомазохізм; еротичні - любовні; адикції уникнення; співзалежність); фанатизм (спортивний, музичний, споживчий, політичний, національний, релігійний); професійні адикції (трудоголізм, професійна лінь, завчена безпорадність, прокрастинація, ургентна залежність, перфекціонізм, маргіналізм, комунікаційна адикція); оніоманія (шопінг); спортивні адикції (адикція вправ); адикція до витрачання грошей; «технологічні» адикції (комп'ютерні, теле-мобільні, SMS-адикції, селфі-адикції); телеадикції (перегляд серіалів і телепередач); залежність від ризику і «екстремальних» розваг; синдром Тоада (залежність від «веселого» автоводіння, joy riding dependence); body Modification (екстремальний пірсинг, татуаж, шрамування); адикції «духовного пошуку» (залученість в секту); стан «перманентної війни» (борці за справедливість, «правдоруби»)).

#### **Комп'ютерна та Internet-залежність**

Явище комп'ютерної залежності інтенсивно вивчається паралельно до збільшення кількості користувачів комп'ютерів. Різні аспекти цього виду залежності досліджували: А. Войскунський, М. Шоттон, Д. Грінфілд, Дж. Грохот, Р. Девіс, Дж. Сулер, К. Янг, А. Асмолов, В. Бурова та інші.

Існують різні авторські визначення поняття «Інтернет-залежність»: комп'ютерна адикція, кіберадикція, нетаголізм, віртуальна адикція тощо, але загалом вона включає:

- 1) залежність від комп'ютера;
- 2) залежність від Інтернету;
- 3) залежність від віртуального спілкування.

Це форма деструктивної поведінки, що виражається у прагненні втекти від реальності і штучно змінити свій психічний стан шляхом фіксації уваги на Інтернет-ресурсах.

А. Голберг, який ввів термін «*Інтернет залежність*», описав цей вид залежності як нездоланий потяг до використання Інтернету. В його основі поведінка зі зниженим рівнем самоконтролю, що загрожує витіснити і замінити реальне життя людини на віртуальне.

К. Янг, виділила основних п'ять типів Інтернет-залежності:

- пристрасть до віртуального спілкування та віртуальних знайомств;
- нав'язлива «фінансова» потреба у мережі (участь в онлайн-іграх, постійні покупки чи участь в Інтернет-аукціонах);
- інформаційне перевантаження (нав'язливий web-серфінг);
- ігрова залежність;
- кіберсексуальна залежність.

Розвиток комп'ютерної залежності може бути обумовлений різними факторами: процесом друкування, середовищем комунікації, відсутністю міжособистісного спілкування, надмірним інтересом до порнографічних сайтів, соціальною активністю в мережі (чати, комп'ютерні ігри).

Загалом, комп'ютеризація може викликати як позитивні, так і негативні ефекти. Наприклад, розвиток логічного, прогностичного, оперативного мислення, підвищення самооцінки, формування позитивних рис (ділова активність, акуратність, впевненість у собі) та інше. Однак, надмірне психічне залучення породжує залежну поведінку, деформацію особистісної структури, деструктивні форми поведінки.

Одним із наслідків інтенсивної взаємодії людини та комп'ютера може бути виникнення кіберкультури.

Віртуальні комп'ютерні технології можуть стати джерелом особливого «віртуального стану». Віртуальна реальність, незалежно від її природи (фізичної, психологічної, соціальної, технічної), має специфічні властивості: породженість, актуальність, автономність, гіперактивність, що робить її адиктивним агентом.

Інтернет стає привабливим засобом уникнення реальності завдяки таким властивостям віртуалу: незвикання, спонтанність, фрагментарність, об'єктивованість, зміна статусу тілесності, зміна статусу свідомості, зміна статусу особистості, зміна статусу волі.

Мережа дозволяє створити нові образи Я, варіанти самопрезентації, втілити уявлення і фантазії.

Таким чином Інтернет своєрідно змінює спілкування. Наприклад, не такими важливими стають невербальні засоби спілкування, зменшуються бар'єри, з'являється більше свободи. Користувачі також можуть переживати привабливий «ефект дрейфу цілі» та «ефект азарту».

Особливості Інтернету, такі як анонімність, доступність, невидимість, множинність, безпека, простота використання, роблять його привабливим для формування ідентичності, але сформована на такій основі особистість може бути адиктивною.

Інтернет-залежність не вважається офіційним діагнозом і часто є симптомом інших серйозних проблем у житті особистості (наприклад, депресія, труднощі в спілкуванні і т.ін.).

Наукові дослідження фіксують розповсюдження ще одного виду залежності – *гейм-залежності* (від англ. game – гра). Йдеться про залежність від комп'ютерних ігор. Сучасні комп'ютерні ігри дозволяють віртуально реалізувати значну частину потреб людини. Потреба втечі від реальності і потреба прийняття ролі можуть стати механізмом формування залежності. Тоді гра починає компенсувати життєві проблеми особистості, які вона починає реалізовувати в ігровому світі, а не в реальності. Це призводить до серйозних проблем розвитку особистості, формування самооцінки, самосвідомості, морально етичним проблемам.

Для позначення нових форм нехімічних (поведінкових) адикцій, пов'язаних з високими технологіями, М.Гриффітс (1995) запропонував термін *«технологічні залежності»*, які поділив на пасивні (залежність від телевізора) і активні (інтернет-ігри). До технологічних адикцій відносяться також: залежність від електронних записників, іграшок типу тамагочі, мобільних телефонів, які в західній літературі позначаються як гаджет-адикції (від англ. gadget- технічна новинка).

**Адикція до мобільних телефонів** являється самою поширеною формою гаджет-адикції. Характерна вона для людей, які відчувають непереборну потребу користуватися мобільним телефоном більше півгодини на день.

Залежність від мобільного телефону проявляється наступними ознаками:

- занепокоєння через відсутність телефону, яке проявляється надмірним хвилюванням, панікою, зміною артеріального тиску, які можуть нести загрозу здоров'ю;

- sms-адикція. Написання та відправка десятків і сотень sms у день, неможливість зупнитися, хоча в більшості випадків простіше зателефонувати. Зареєстровані випадки, коли люди потрапляли до лікарні з запаленням сухожилів, оскільки щодня відправляли сотні sms;

- інформаційна залежність. Користувач телефону весь час знаходиться в очікуванні дзвінка або sms, постійно дістає свій мобільник, щоб перевірити пропущені виклики і sms. У підсумку, людина не розрізняє інформацію за важливістю, і звертається до свого мобільного знову і знову;

- адикція стосунків (болтологізм) – безкінечні розмови по телефону.

- прагнення виділитися. Телефон – це не тільки засіб зв'язку, але і набір різноманітних функцій. Телефон сприймають навколишні, його дзвінок привертає увагу. Тому власник телефону прагне купити нову модель, різні аксесуари, що виділяють його мобільний з маси звичайних телефонів. У цьому людина відчуває підвищення свого соціального статусу і готова витратити великі гроші.

Постійне користування мобільним телефоном та зверхцінне відношення до нього може викликати різні види маній:

- манія прослуховування виражається у сильній боязні того, що телефон користувача знаходиться на прослуховуванні, а зміст його розмови може дізнатися власна дружина або начальник на роботі;

- манія дзвінка. Іноді людям здається, що вони чують дзвінок свого мобільного телефону, хоча насправді апарат не телефонував або взагалі вимкнений. Такі випадки хоча б раз відбуваються з кожним власником мобільника, однак у деяких людей неіснуючі дзвінки стають хронічною фобією.

**Телевізійна залежність** – це розлад, при якому людина відчуває непереборний (компульсивний) потяг до перегляду телепередач. (А.Ю. Єгоров)

На думку психіатра В.Кукк, телевізійна залежність є «електронним наркотиком». Згідно статистичними даними В.Скосар, (2007), телеглядачі, схильні до телевізійної залежності, проводять перед «блакитним екраном» по 2-

3 години щоденно, а це становить понад 9 років життя, причому, 10% дорослих телеглядачів відносять себе до категорії телеманів.

Телевізійну адикцію, як і всі інші, можна розглядати, як засіб втечі від реальності. Основним мотивом для перегляду телевізора адикти називають втечу від поганих думок і заповнення вільного часу. Р.Кьюбі пише, що TV-адиктами частіше стають люди, які відчувають тривогу та самотність.

Перегляд телевізора дає змогу зробити перерву, відволіктися від негативних думок і емоцій. TV-адикція являється технологічним варіантом адикції стосунків. Звідси подолання TV-адикції можливе лише при заміні віртуального спілкування реальним.

### **Гемблінг (патологічна пристрасть до азартних ігор)**

Останнім часом проблема азартних ігор придбала виключно більшого значення у зв'язку з включенням до її сфери все більше поширюються грошових ігрових автоматів і повсюдного відкриття казино. Різноманітне, що привертає увагу своїм гарним виглядом, миготять вогниками, приємними акустичними ефектами обладнання надає сильний сугестивний вплив на багатьох людей. Має важливе значення також удавана легкої можливості виграти значну суму грошей протягом дуже короткого часу. Ігрові автомати надзвичайно широко поширилися у багатьох країнах, успішно витісняючи інші види розваг.

Азартні ігри як форма дозвілля або розваги існують повсюдно, і переважна більшість людей іноді грає в казино, на ігрових автоматах, б'ються об заклад, купують лотерейні квитки.

Адикція до гри починається тоді, коли після участі в ній людина продовжує з великою постійністю думати про гру і прагне знову брати участь в ній. У зв'язку з захопленням вона спочатку розповідає про це, запрошує відвідати це дійство. Поступово цей спосіб проведення часу все більш часто повторюється, стаючи найкращим способом проведення часу.

У випадках участі в азартних іграх буває досить важко визначити початок становлення адиктивного процесу, так як адикція розвивається поступово, поволі і до неї повністю відсутнє критичне ставлення.

*Фактори, що створюють підвищений ризик розвитку цієї форми адиктивної поведінки:* неправильне виховання в сім'ї, включаючи його різні варіанти: недостатню опіку, мінливість і не прогнозованість відносин, надмірну вимогливість, що поєднується із жорстокістю, установки на престижність. Велике значення мають участь в іграх батьків, знайомих, часті гри в домашній обстановці на очах у дитини чи підлітка. Є дані про те, що сприятливий ґрунт для розвитку ігрової адикції створює переоцінка значення матеріальних благ, фіксування уваги в сім'ї на фінансових можливостях, заздрість до більш багатих родичів або знайомих, переконання в тому, що всі проблеми в житті пов'язані тільки з відсутністю грошей.

Угорський психоаналітик Шандор Ференці висунув інше пояснення, яке отримало назву «гіпотеза інфантильної всемогутності». Ференці вважав, що зовсім маленька дитина не здогадується про свою безпорадність. Лежачи в ліжку, вона керує поведінкою дорослих, наказуючи годувати, переодягати і



розважати. З часом, коли дитина вчиться ходити, падає і забивається, ілюзія всемогутності починає розсіюватися. Більшість з нас втрачає почуття всемогутності до дитячого віку. Але час від часу воно знову оживає – наприклад, під час гри, коли гравець впадає в ілюзію, ніби він може вгадати номери, які повинні випасти. Кожному, хто коли-небудь грав у казино або на біржі, знайоме це відчуття абсолютної впевненості в успіху, що є відлунням інфантильної всемогутності.

Крім психоаналітичних існують й інші пояснення поведінки гравців. Пристрасть до гри пов'язують, наприклад, зі схильністю до ризику чи потребою в гострих відчуттях. Соціологічні дослідження показують, що в азартні ігри найчастіше грають люди двох типів. Велика їх частина має дуже спокійні і навіть нудні професії (бухгалтер, бібліотекар, ветеринар), а інші зайняті професійною діяльністю, пов'язаною з високим ризиком (поліцейські, біржові маклери, хірурги). Перші роблять це через брак гострих відчуттів у повсякденному житті, а у других схильність до ризику є, мабуть, стійкою рисою характеру.

### **Ознаки адикції до азартних ігор**

Виділяють ряд ознак, характерних для азартних ігор. До них належать такі:

- постійна залученість, збільшення часу, проведеного в грі
- зміна кола інтересів, витиснення колишніх мотивацій ігрової, постійні думки про гру, переважання в уяві ситуацій, пов'язаних з ігровими комбінаціями
- «втрата контролю», що виражається в нездатності припинити гру як після великого виграшу, так і після постійних програшів
- стан психологічного дискомфорту, роздратування, занепокоєння, що розвиваються через порівняно короткі проміжки часу після чергової участі в грі, з бажанням знову приступити до гри. Такі стани по ряду ознак нагадують стан абстиненції у наркоманів, вони супроводжуються головним болем, порушенням сну, занепокоєнням, зниженим настроєм, порушенням концентрації уваги
- характерне поступове збільшення частоти участі в грі, прагнення до все більш високого ризику
- періодично виникає стану напруги, що супроводжуються ігровим «драйвом», прагненням взяти участі в азартній грі
- швидко наростаюче зниження здатності чинити опір спокусі, що виражається в тому, що особи, які вирішили раз і назавжди покінчити з іграми, при найменшій провокації (зустріч зі старими знайомими по грі, розмова на цю тему, участь у звичайній, найазартніших грі та ін), як правило, відновлюють участь в азартних іграх.

Слід також підкреслити, що особи, які беруть участь в азартних іграх, порівняно часто зловживають алкоголем, а також вдаються до вживання наркотичних препаратів, тобто включаються у комбіновані форми адиктивної поведінки. Для них досить типові також різке порушення міжособистісних

відносин, сімейні конфлікти, розлучення, безвідповідальність, порушення трудової і виробничої дисципліни, часта зміна роботи, здійснення прямих порушень закону.

### **Формування залежності від азартних ігор**

Азартні ігри (гемблінг) відносяться до адикції, не пов'язаної з прийомом якихось речовин, що змінюють психічний стан.

Гемблінг є першою формою поведінкових адикцій, включених в медичні класифікатори хвороб – Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду (МКБ-10)

Відповідно до американського діагностичного і статистичного посібника за класифікацією психічних розладів DSM - IV (1996), основною рисою патологічного гемблінга є «хронічна і прогресуюча нездатність опиратися бажанню брати участь в азартних іграх та участь в азартних іграх, яке компрометує, руйнує або ушкоджує особисті, сімейні або професійні інтереси. Участь в азартних іграх, прагнення до них і активність у цьому напрямку посилюються в періоди стресу. Проблеми, що виникають як результат гемблінга, ведуть до інтенсифікації участі в азартних іграх».

Найбільш часті проблеми, пов'язані з участю в азартних іграх: хронічні борги, невиконання боргових зобов'язань та інші види фінансової безвідповідальності.

Патологічний потяг до азартних ігор розглядається з точки зору п'яти теоретичних моделей (Зайцев В.В., 2000):

а) спадково-біологічної, в рамках якої є вказівки на особливість у таких пацієнтів ОКО-2 гена, що визначає функцію допамінових рецепторів,

б) поведінкової;

в) когнітивної;

г) психодинамічної

д) соціальної.

В рамках поведінкової моделі, вважається, що в її основі схильності до азартних ігор лежать адиктивні патерни поведінки. Когнітивна теорія пов'язує патологічну гру з когнітивними помилками, ірраціональними переконаннями і так званої «ілюзією, контролю». Типові такі когнітивні помилки гравців: персоніфікація ігрового автомата («ігровий автомат схожий на мене») або типове пояснення програшу («я програв тому, що був неуважний»). До ірраціональним переконанням відносять наступні чотири стрижневі характеристики: нетерплячість до тривалих зусиллям («я повинен виграти в такій ставці»), низька фрустраційна толерантність («це жахливо, якщо я не виграю»), спотворення самооцінки («я ніщо, якщо я не граю і не виграю»), перебільшення («я не можу існувати, якщо я не граю»), «ілюзія контролю» - гравець вірить, що може контролювати випадкові події за допомогою різних способів ритуальної поведінки.

Американський психолог, Джефрі Хейнепс (доповідь 2002 рік) висуває таку теорію формування залежності від азартних ігор. Людям подобається сам процес гри на перегонах, казино, лотереї, а не тільки виграш. Це стає

небезпечним, коли це приймає патологічної форми. Хейнепс виділяє наступні стадії розвитку патологічного потягу: виграш, програш, відчай.

Після першого виграшу у людини формується думка, що він щасливий більш ніж інші. Потім людина вважає, що може пограти з тими грошима, які вона виграла і входить в азарт. Потім, програвши виграш, вона грає на заощадження і так втягується. На даному етапі це можна вважати патологією. Людина не приділяє часу роботі, краде, грає в надії виграти. Програвши, вона звертається до рідних за допомогою, як би каючись, обіцяючи більше не грати. В кінці двох стадій з'являється патологічний потяг, яке стимулюють реклами казино, відкриття казино, гральних автоматів, лотарей. Розпач (відчай) закінчується кількома випадками. Деякі патологічні гравці закінчують життя самогубством (20% випадків), опиняються у в'язниці або на лікуванні.

### **Медичні аспекти гемблінга**

Дослідники з Мічиганського університету встановили, що під час гри мозок оцінює її результати протягом чверті секунди і миттєво приймає рішення, чи продовжувати гру, чи робити наступну ставку. Процес прийняття рішень відбувається автоматично, несвідомо. Причому кожного разу, коли мозок оцінює результат попередньої гри як програш, гравець замість того, щоб зупинитися, робить наступну, більш ризиковану ставку.

У якомусь сенсі наш мозок працює швидше, ніж ми встигаємо міркувати. Особливо він поспішає прийняти рішення в ситуації невдачі. Коли мозок оцінює ситуацію як програш, він миттєво намагається виправити становище. А в грі єдиною можливістю зробити це є наступна ставка.

Ділянка мозку, що відповідає за оцінку ситуації як удачі чи невдачі, приймає рішення за принципом «все або нічого», не визнаючи напівтонів. Такий механізм миттєвого прийняття рішень абсолютно необхідний людям небезпечних професій, наприклад льотчикам або пожежникам. Однак у випадку азартної гри він не спрацьовує, оскільки передбачає миттєву автоматичну реакцію на невдачу. І такою реакцією, як правило, є наступна, більш ризикована ставка.

**Адикція покупок (оніоманія)** характеризується як компульсивний шопінг або як хронічне здійснення покупок, яке стає первинною відповіддю на негативні події і почуття. Адикція до трати грошей проявляється повторним, непереборним потягом здійснювати багато покупок. В проміжках між покупками наростає напруга, яка може бути ослаблена черговою покупкою, після чого, зазвичай, виникає почуття провини. В цілому для адиктів цього спрямування характерний широкий спектр емоцій, позитивні емоції аж до ейфорії, які виникають лише в процесі здійснення покупки. У цієї категорії адиктів зростають борги, виникають труднощі у взаємостосунках з сім'єю, можуть бути проблеми з законом. Іноді адикція реалізується через Інтернетпокупки, які здійснюються не в супермаркетах, а у віртуальних магазинах. Адикція до трати грошей починається, зазвичай, в віці 30 років, нею страждають переважно жінки.

*Шопінг* (англ. Shopping) – форма проведення часу у вигляді відвідування

магазинів, зазвичай в торгових центрів і комплексів, і покупки товарів - одягу, взуття, аксесуарів, головних уборів, подарунків, косметики та ін.

Найчастіше під «шопінгом» розуміється не просто покупка товарів, а весь комплекс, що включає також і попутні розваги (ресторани, кафе, кіно). У сучасному постіндустріальному суспільстві приблизно третину від усіх вироблених товарів призначені для задоволення «реальних», життєво важливих потреб людей, а інша частина в основному відноситься до «необов'язкової» групи (нові модні моделі мобільних телефонів, кольорові «бульварні» журнали, «спалювачі жиру» і т. п.).

Як і у випадках з алкоголем, наркотиками, азартними іграми, інтернетом, їжею, при захопленні шопінгом може розвинутися хвороблива залежність – оніоманія, в просторіччі «шопоголізм». Психологам в процесі досліджень вдалося підтвердити, що люди, схильні до магазиноманії (оніоманії), при частих походах за покупками, починають набувати залежність від цього процесу, перебуваючи в стані ейфорії і знімаючи таким чином напругу.

В останнє десятиліття набирає обертів так званий шоппінг-туризм. Шоппінг-тури розрізняються по дальності передбачуваних поїздок: близьке і далеке зарубіжжя.

У країнах Європи є цілі «торгові села» або outlet villages. Їх кількість порядку 10. Тут продається різноманітний якісний товар, від шпильок до шикарних суконь. Примітно те, що ціни в торгових селах нижче в порівнянні з магазинними іноді до 70 %. «Торгові села» дуже популярні як і у самих європейців, так і у приїжджих з-за якості товарів, широкого асортименту і величезних знижок. В Італії, Франції, Англії, Німеччині та інших європейських країнах регулярно проводяться розпродажі. У період розпродажів за низькими цінами продається не тільки одяг, взуття, а також і інші групи товарів, що призводить до великому попиту з боку споживачів. Період проведення розпродажів часто поєднують зі святами. Найбільш масові розпродажі зі значними знижками відбуваються в різдвяні дні.

**Спортивна адикція** або параноя здоров'я – захоплення оздоровчими вправами, коли всі засоби досягнення здоров'я переходять у самоціль, і людина від цього отримує задоволення. При цьому людина на шкоду всім іншим сферам життєдіяльності (роботі, сім'ї) починає активно займатися тим чи іншим видом оздоровлення – бігом, особливою гімнастикою, дихальними вправами, «можуванням», обливанням крижаною водою.

В сучасній психологічній науці про спорт розрізняють спорт для здоров'я (фізкультура) та спорт вищих досягнень (професійний). Крім того, існують і екстремальні види спорту, які, в наш час, набувають все більшої популярності. Саме спорт вищих досягнень та екстремальний несуть в собі найбільший адиктивний потенціал.

**Адикція стосунків** характеризується звичкою людини до певних видів стосунків. Адикти стосунків створюють «групи по інтересам». Члени цієї групи постійно і з задоволенням зустрічаються, ходять один до одного в гості, де проводять багато часу. Життя між зустрічами супроводжується постійними

думками про побачення з друзями. Передумовами такої поведінки є неадекватна самооцінка, нездатність любити себе. Крім того, люди, які не здатні встановити границі власного «Я» і не можуть здійснити реальної оцінки оточуючих також схильні до такого виду адикцій. \

Існує три види адикцій стосунків – *любовні, сексуальні та адикція уникання*.

*Ознаки любовних адикцій:*

- відводиться велика кількість часу об'єкту, на який направлена адикція, з'являється нав'язливість, від якої важко позбавитися;
- характерні переживання видуманих очікувань в відношенні іншої людини;
- втрачається інтерес до самого себе, рідних.

У адикта існують серйозні емоційні проблеми, виникає страх бути покинутим. Своєю поведінкою адикт намагається уникнути самотності.

*Ознаки адикції уникання:*

- відсторонення від інтенсивних стосунків зі значимою для себе людиною (любовним адиктом), проведення часу в іншій компанії;
- потяг уникати інтимних контактів, психологічна дистанційованість;

На свідомому рівні присутній страх того, що при вступі в інтимні контакти, він втратить свободу. На підсвідомому рівні – це страх покинутості, який приводить до бажання підтримки стосунків, але на дистанції.

Любовний адикт і адикт уникання завжди тягнуться один до одного із-за схожих психологічних рис, які можуть бути неприємними, викликати емоційний біль, але вони звичні і нагадують переживання з дитинства. Ці види адиктів зазвичай не цікавляться адиктами, які здаються їм непривабливими і нудними.

*Ознаки сексуальних адиктів:*

- втрата контролю над своєю сексуальною поведінкою;
- продовження такої сексуальної поведінки, не дивлячись на негативні наслідки.

В розвитку сексуальних адикцій велике значення має рання сексуальна травматизація в дитячому віці: наприклад, інцест чи закладання в дитину переконань, що вона представляє інтерес виключно як сексуальний об'єкт. Таким чином, формується комплекс неповноцінності, ізоляція, недовіра та зависть до оточуючих, відчуття загрози ззовні і зверхцінне відношення до сексуальних контактів.

**Фанатизм** – захоплення певним видом діяльності, слідування певній ідеї, пристрасне поклоніння будь-чому чи будь-кому, обожнення, ідеалізація об'єкта захоплення, сліпа віра в будь-що чи будь-кого. Загальною характеристикою фанатизму є вироблення людиною стереотипу підпорядкування власних інтересів і потягів інтересам конфесій, команди, музичного колективу, зосередження уваги і сил на підтримці ідола і надання йому активної допомоги. В межах девіантної поведінки у вигляді фанатизму людина починає діяти за психологічними законами групи, вона не здатна

критично відноситися до висловів кумира, ідола і усвідомлювати відхилення власної поведінки, що може полягати у відриві від сім'ї, ігноруванні роботи.

В міжнародній класифікації хвороб (психічних розладів) виділяють сім видів фанатизму: релігійний, політичний, ідейний, фанатизм здоров'я, науковий фанатизм, спортивний, фанатизм в системі мистецтва. Найбільш поширеними видами є релігійний фанатизм (культи, секти), спортивний (частіше футбольний – вболівальники) і фанатизм мистецтва (коли об'єктами поклоніння являються артисти, актори та інші працівники мистецтва).

### **Співзалежність**

Термін «співзалежність» означає залучення людини в негативну ситуацію, яка призводить до деструктивної поведінки, відмови від себе і розвитку почуття провини, депресії і як наслідок, важких психосоматичних захворювань.

Співзалежність там, де близька людина узалежнюється від алкоголю, наркотиків, азартних ігор тощо. Професійний термін «співзалежність», був запроваджений до офіційної термінології невдовзі після того, як алкоголізм було визнано хворобою. Було помічено, що близькі люди, родичі алкоголіків, наркоманів мають порушену поведінку, що є наслідком життя поряд із залежною особою – таку поведінку названо співзалежністю. Часом радіус ураження це не лише найближча особа до алкоголіка, але також діти, батьки чи дальні родичі – тобто при одному залежному може захворіти декілька осіб.

#### *Трактування співзалежності:*

Співзалежність – патологічний стан, що характеризується глибоким проникненням і сильною емоційною, соціальною або навіть фізичною залежністю від іншої людини. Термін вживається до рідних і близьких людей з якими-небудь залежностями.

Співзалежність – болоче зосередження на іншій людині (потребах, контроль, спасіння, думки та ін.), при цьому забуває про себе (свої потреби, відповідальність за свою поведінку, думки, почуття, здоров'я та ін.) (

Співзалежність – це відносини, що характеризуються незбалансованою віддачею і отриманням, коли інтимність і близькість у відносинах будується на тривалій кризовій ситуації однієї людини і на спасінні та підтримці від іншої.

Співзалежність – специфічний стан, що характеризується стурбованістю і надмірною залежністю емоційною, соціальною, а інколи і фізичною, від іншої людини. Часто являється діагнозом пов'язаним з поведінкою, думками і станом людини, яка знаходиться в надто залежних відносинах з ким-небудь, кому необхідна додаткова турбота, увага, наприклад, залежний до алкоголю чи наркотиків.

Співзалежність – це коли одна людина допомагає і підтримує розвитку залежності, поганому психічному здоров'ю, незрілості, безвідповідальності, недооцінці іншої людини. Характеризується надмірною потребою одобрення і ідентичності інших людей.

Співзалежність – це паттерн хворобливої залежності від компульсивної поведінки і одобрення з боку інших в спробі здобути безпеку, самооцінку, ідентичність.

Співзалежність – надмірна емоційна чи психологічна залежність від партнера, як правило від такого якому необхідна підтримка через захворювання чи залежність.

Співзалежність – це поведінковий стан у відносинах, коли одна людина сприяє розвитку залежності, поганому психічному здоров'ю, незрілості, безвідповідальності, недооцінці іншої людини надмірна впевненість в одобренні інших людей і почуття ідентичності ситуативний або епізодичний поведінковий стан, подібний до залежної адикції. Характеризується у рідних психозом, депресією, нервовими розладами.

Отже, сучасні психологи розглядають співзалежність як:

- психопатологію (реактивний психоз);
- самотійне захворювання;
- вид залежності;
- патологія особистості (залежність);
- компенсація самооцінки;
- невроз;
- вид відносин;
- гіпертрофована нормальна реакція.

Співзалежна поведінка характерна такими домінуючими моделями поведінки: спасінням, контролем, порушенням соціальних, особистих кордонів, відношення до іншого як до маленького, безпомічного, безправного, безвольного. (33)

*Характеристика співзалежності за Д. Старковим:*

- нав'язлива зосередженість думок на іншій людині;
- почуття необхідності контролю іншого, компульсивне прагнення контролювати;
- готовність нести відповідальність за проблеми іншого, вирішувати їх, рятувати;
- готовність до самопожертви;
- панічний страх розлуки;
- сором і почуття провини за поведінку іншого;
- «емоційний маятник» (від наївної надії, що все виправиться до розчарування і відчаю);
- довготривале перебування в негативних емоціях (страх, провинна, образа, сором, злість), хронічний стрес;
- спроба домінувати і брати на себе всі обов'язки пов'язані з домашнім господарством;
- сексуальні проблеми;
- злість, сварливість, які виникають з найменшої причини і без неї, які змінюються на безпорадність, прокрастинацію жалістю до себе;
- заперечення та інші психологічні захисти свого стану (усі так

живуть, все добре);

- низька самооцінка, надто залежна від інших.

Співзалежним характерна така форма девіантної поведінки як агресія. Дана агресивна поведінка може завдавати шкоду як іншим так і собі. Має вербальний (погрози) та фізичний вияв, має тривалий характер (може тривати роками). Агресія буває зовнішньою та внутрішньою, тобто аутоагресією, що проявляється у суїцидальних її проявах. Тобто це завдання шкоди собі, яке впливає на стан здоров'я, психологічний стан, притаманне моральне приниження себе.

Головна характеристика співзалежності – прийняття відповідальності за інших і відмова від відповідальності за себе.

*Співзалежність проявляється у людей:* які знаходяться у шлюбі або близьких стосунках з хімічно залежними; які мають одного або обох батьків, залежних хімічною залежністю; які виростили у дисфункціональній сім'ї.

*Співзалежність може виникнути:* як патологія особистості набута з дитинства; набувається внаслідок тривалої близької взаємодії з іншою людиною, яка не здатна про себе подбати поєднання попередніх умов: частково сформована в дитинстві, закріплено у взаємодії з хворим залежністю.

Залежність і співзалежність по суті являються подібним захворюваннями, лише об'єктом залежності у залежного виступає хімічна речовина, у співзалежного – жива людина. Тому співзалежні так само не винні у своєму захворюванні, як і залежні – це у них такий не контрольований свідомістю і волею, симптом захворювання.

Хоча співзалежний підсвідомо бореться за тверезість близького, підсвідомо йому не потрібне одужання залежного, а потрібно (підсвідомо) об'єкт який він може контролювати і рятувати через якого може почувати себе нещасливим. Тому основна проблема залежного і співзалежного, полягає в тому що коли залежний починає одужувати і бере на себе відповідальність за своє життя, співзалежний йому підсвідомо активно чинить супротив, повертаючи залежного до споживання хімічних речовин. Інколи відносини із співзалежним можуть сформувати залежність у раніше незалежного.

Ознака	Залежність	Співзалежність
<i>Поглинання свідомістю предметом залежності</i>	Думки про алкоголь чи іншу речовину домінують у свідомості	Думки про залежного домінують свідомості
<i>Втрата контролю</i>	Над кількістю алкоголю або іншої речовини, над ситуацією, над своїм життям	Над поведінкою хворого і над власними почуттям, над своїм життям
<i>Заперечення, мінімалізація, проектування</i>	Я не алкоголік. Я так як усі п'ю. Мало п'ю.	У мене відсутні проблеми. Проблеми у мого близького
<i>Переважаючі почуття</i>	Душевний біль, почуття провини, сором, страх, злість, депресія	Душевний біль, почуття провини, сором, страх, злість, депресія.



<i>Роль толерантності</i>	Збільшується витривалість до більших доз речовини (алкоголю)	Збільшується витривалість до емоційного болю пов'язаного із залежним
<i>Синдром похмілля</i>	Для полегшення синдрому потрібна нова доза речовини до якої існує залежність	Вийшовши з одних співзалежних стосунків, співзалежний знаходить нові деструктивні відносини. Коли близький припиняє вживати, співзалежний від цього страждає і підсвідомо провокує на вживання
<i>Стан сп'яніння</i>	Часто повторюваний стан внаслідок вживання хімічної речовини	Неможливість спокійно, тверезо, розсудливо мислити
<i>Самооцінка</i>	Низька, яка веде до саморуйнації	Низька, саморуйнівна
<i>Фізичне здоров'я</i>	Захворювання внутрішніх органів, нервової системи	Захворювання внутрішніх органів, нервової системи
<i>Психічні розлади</i>	Депресія	Депресія
<i>Перехресна залежність від інших речовин</i>	Залежність від алкоголю, наркотиків, транквілізаторів	Залежність від життя залежного, можливо залежність від транквілізаторів, алкоголю та ін.
<i>Відношення до лікування</i>	Відмова від допомоги (Я здоровий. Вони хворі)	Відмова від допомоги (Я здорова. Він хворий)
<i>Умови одужання</i>	Відмова від хімічної речовини, усвідомлення захворювання, довготривала реабілітація, психотерапія	Відмова від людини з якою були довготривалі близькі стосунки, усвідомлення суті співзалежності, довготривала реабілітація, психотерапія

*Основні ознаки співзалежності:*

- брак почуття власної гідності або нахабство і почуття переваги;
- надмірна беззахисність або надмірна стійкість (нестача вразливості);
- сприйняття себе поганим і протилежне бути добрим і досконалим;
- надмірна залежність або надмірна незалежність (втрата потреб і бажань);
- недостатнє самовладання і хаос або постійний контроль над собою і іншими.

*Основні симптоми співзалежності:*

- трансформація почуття власної гідності в здатність контролювати свої і чужі почуття і вчинки, не дивлячись на те що результати протилежні (результати втрачаються);
- патологічна пристрасть до контролю над іншими людьми (в першу чергу над своїми залежними близькими) або повне «розчинення» в іншому (інших) втрата свого «Я» і контролю над власним життям;
- задоволення чужих потреб на шкоду собі і іншим значущим близьким;
- не здатність визначити де закінчується моє «Я» і починається «Я»

іншою людиною;

- продовження відносин з особистісними проблемами (алкоголізм, наркоманія і ін.) незважаючи на очевидну шкоду від таких відносин;
- дуже болючі емоційні переживання або втрата емоційної чутливості протягом останніх двох років «заморожені» почуття;
- підпорядкування свого життя ритму вживання психоактивних речовин (ПАР), ритму життя залежного;
- взяття на себе відповідальності за хімічно залежну людину;
- допомога і надмірна опіка над ним (недопущення того, щоб він повністю відповідав за наслідки вживання ПАР і свої вчинки);
- висока толерантність до різного роду психологічної поведінки хімічно залежної людини з одночасним виникненням почуття провини і заниженої самооцінки, а також нехтування своїми проблемами;
- омана, заперечення, самообман;
- компульсивні дії;
- низька самооцінка, ненависть до себе, почуття провини;
- приглушений гнів, неконтрольована агресія;
- тиск і контроль за залежним, нав'язлива допомога;
- психосоматичні захворювання;
- проблеми спілкування, проблеми в інтимному житті, замкнутість, депресивна поведінка, суїцидальні думки;
- віра в те, що порятунку близької людини приховання її проблем необхідно присвятити весь свій час та сили;
- перебільшення власної відповідальності за дії іншої людини;
- почуття провини за незгоду з діями залежного;
- відмова від власних бажань та потреб, хобі, відпочинку;
- намагання виконувати всі хатні роботи, звільнення від них залежного;
- намагання перекласти відповідальність за прийняття рішень на інших;
- страх залишитись самотнім;
- постійне відчуття страху і тривоги за людину за рідну людину і нервово перенапруження;
- концентрація уваги тільки на одному питанні – допомога залежному.

### **Професійні адикції**

*Професійна адикція* найчастіше розглядається як нав'язлива потреба певного виду діяльності. Теоретичне поле аналізу проблеми професійних адикцій стосується розгляду таких соціально-психологічних явищ, як трудовоголізм, професійна лінь, завчена безпорадність, прокрастинація, ургентна залежність, професійний перфекціонізм, професійний маргіналізм.

Уперше термін *«трудооголізм»* (роботооголізм, workaholisme) увів американський священик та фахівець із психології релігії У. Оутс у 70-х роках

XX ст. Загалом теоретичний аналіз різних наукових підходів до розуміння поняття трудоголізму дає змогу зазначити, що найчастіше його трактують як потяг людини до роботи, який, у разі набуття характеру залежності, витісняє всі інші інтереси та потреби, заповнює собою життя.

У. Оутс описує трудоголіка як особу, що з гордістю розповідає про те, як вона багато працює, презирливо відгукується про інших людей, які працюють менше та гірше, ніж вона; ця особа не здатна відповісти відмовою на прохання виконати додаткову роботу та схильна до суперництва.

Б. Робінзон окреслює трудоголізм як ситуацію, коли людина починає надавати перевагу роботі як відходу від переживань щодо свого емоційного стану та з приводу проблем особистого життя.

Г. Портер вважає, що трудоголіку властиве ригідне мислення, втеча від дійсності, відсутність критики, і зазначає, що від цієї залежності страждає кожна четверта людина, яка працює.

Б. Кіллінджер трактує трудоголізм одночасно як негативний та складний процес, який впливає на здатність індивіда належним чином функціонувати, та стверджує, що до цієї форми адикції особливо схильні фахівці соціономічних професій, особливо медичні працівники.

М. Гріффітс підкреслює, що основна відмінність між працьовитістю та трудоголізмом полягає в тому, що здорові поведінкові моделі щось привносять у життя, у той час як адикції забирають із життя.

Що стосується російських і українських наукових підходів, то більшість авторів схильні розглядати трудоголізм як деструктивну залежність. Відомий науковець О. Єгоров вважає, що однією з важливих особливостей трудоголізму є компульсивне прагнення до постійного успіху та схвалення з боку оточення. Адикт відчуває страх невдачі, «втрати себе, свого «Я»», боязнь бути звинуваченим у некомпетентності, ліні тощо. З цим пов'язано домінування в психологічному стані почуття тривоги, яке не залишає трудоголіка майже ніколи. Трудоголік настільки фіксований на роботі, що відчужується від сім'ї, друзів, стає замкнений у системі власних переживань.

Науковець І. Козлова також розглядає трудоголізм із позиції психологічної залежності. На думку дослідниці, трудоголіки, поринаючи в роботу, гублять зв'язок із навколишнім світом; у них зазвичай не складається сімейне життя (така людина або самотня, або має в сім'ї негаразди); вони мають вузьке коло інтересів та труднощі, пов'язані із самореалізацією.

Російський психотерапевт Н. Наріцин зауважує, що різні прояви трудоголізму виникають найчастіше на тлі тієї або іншої нестабільності; а точніше – після різних «революційних змін», громадських криз тощо. Науковець висловлює думку, що в деякої частини людей спрацьовує якийсь закладений глибоко всередині механізм: стрес, розруха, нестабільність і, відповідно, вони рятуються роботою, надмірною працею. Після громадських катаклізмів, можливо, деякий час це йде на користь. Але трудоголізм може бути так само спровокований кризами, особистими, душевними, сімейними проблемами або відчуттям нестабільності власного «психологічного тилу».

Дослідник Г. Старшенбаум зазначає, що «втеча в роботу» від повсякденного життя може бути пов'язана з неможливістю пережити «маленькі життєві радощі», нездатністю забезпечити собі домашній комфорт. Людина захоплено ставить перед собою дедалі важчі професійні завдання і з почуттям задоволення розв'язує їх. Робота займає всі її думки, основну частину часу, сил та енергії.

Варто зазначити, що в межах полярного прояву трудоголізму науковці схильні виділяти такі адикти, як професійна лінь, прокрастинація, завчена безпорадність.

**Професійна лінь** полярна до таких якостей людини, як працьовитість, старанність. У різних словниках, як зазначає Т. Понарядова, лінь (лінощі) визначається подібним чином: у Словнику давньоруської мови – як недбальство, безтурботність; у Словнику російської мови XI–XVII ст. – як відсутність бажання; у Словнику В. Даля – як небажання працювати, відразу до праці, як схильність до неробства, дармоїдства; Д. Ушаков розглядає лінь як відсутність бажання виконувати роботу, а С. Ожегов пише, що лінь – це відсутність бажання діяти, працювати, любов до неробства. Подібні визначення ліні пропонуються і в зарубіжних словниках. Так, Оксфордський тлумачний словник англійської мови Хорнбі трактує лінь як небажання працювати або бути активним, працювати якнайменше, щоб не витратити багато енергії.

Проаналізувавши ці визначення, можна виділити два аспекти: як мотиваційний стан і як властивість особистості (любов до неробства, схильність до неробства, дармоїдства).

Д. Богданова пропонує таке визначення: «Лінь – це реакція особистості на невідповідність вимог ситуації, діяльності суб'єктивного змісту цих вимог, ситуацій, своєї ролі в ситуації, зовні проявляється як відмова або ухилення від цієї діяльності, взаємодії із ситуацією, а внутрішньо – як переживання неможливості встановити потрібне співвідношення внаслідок порушення або недостатньої інформованості механізмів саморегуляції». Є. Михайлова виділяє три компоненти ліні: мотиваційний, поведінковий та емоційний.

Термін **«прокрастинація»** (латин. pro – попереду і crastinus – завтрашній; англ. – procrastination) означає відкладання запланованих дій на потім. Уперше в психологічну практику термін «прокрастинація» увів П. Рінгенбах у 1992 р., означивши його у книзі «Прокрастинація в житті людини». Значний внесок у вивчення цього феномену внесли дослідники А. Елліс і В. Кнаус, опублікувавши свої наукові доробки в книзі «Подолання прокрастинації».

Регулярне вивчення феномену прокрастинації почалося в 1970-х рр. XX ст. Однак пошуки в історичних джерелах виявили згадки про «прихильників відкладати на завтра» вже у Стародавній Греції (про них писав поет Гесіод, афінський полководець Фулідід, на прокрастинаторів у владних структурах скаржився і Марк Туллій Цицерон). Про прихильників відкладати справи на завтра зазначено і в Оксфордському словнику за 1548 рік.

Спочатку феномен «прокрастинація» розглядався досить вузько.

Дослідники трактували його з етико-філософського погляду, найчастіше маючи на увазі під цим поняттям термін «лінь», тобто психічний стан, що

характеризується відсутністю бажання що-небудь робити, якщо це потребує вольового зусилля. Інші розглядали феномен прокрастинації у зв'язку з особистісними характеристиками. Синдром «мотиваційної недостатності» розглядався також у контексті перцептивно-семантичної організації часу.

Як комплексний, неоднорідний у психологічному плані феномен, прокрастинація включає в себе поведінкові, емоційні та когнітивні компоненти й тісно пов'язана з мотиваційною сферою особистості.

Прокрастинація – явище нормативне, може виникати час від часу в кожній людині, однак загрозу становить ситуація, коли прокрастинація стає звичним робочим станом людини. Сучасні дослідження науковців підтверджують, що явище прокрастинації призводить до вкрай негативних наслідків: виникає стрес, почуття провини, жаль за втраченими можливостями, зниження ефективності й продуктивності діяльності, виникнення міжособистісних конфліктів, незадоволення оточенням тощо. На думку зарубіжних дослідників Дж. Харіотта та Дж. Феррарі, кожний четвертий представник західної цивілізації страждає від власної прокрастинації.

Я. Варваричева тлумачить прокрастинацію як вираження емоційної реакції на заплановані або необхідні справи, що пояснюється наявністю в людини низки суб'єктивних чинників: нерішучості, страху невдачі й несхвалення з боку оточення, невпевненості в собі, перфекціонізму.

Узагальнення досліджень психологічного феномену *завченої безпорадності* в західній психології дало змогу виявити, що завчена безпорадність розглядається як психологічний стан, що формується внаслідок тривалого суб'єктивного усвідомлення невідконтрольності подій і проявляється в різкому зниженні продуктивної активності людини.

Згідно з теорією завченої безпорадності, що її започаткував М. Селігман, людина може «завчити» безпорадність, пасивність і навіть депресивну поведінку за умови накопичення досвіду власної неможливості впливати на ситуацію, яка склалася.

Д. Хірто, продовжуючи наукові пошуки М. Селігмана, дійшов висновку, що завчена безпорадність має тенденцію до генералізації – поширення на чималий спектр ситуацій, у результаті чого закріплюється своєрідна модель поведінки, більше того – життєва стратегія «безпорадності».

Подальші дослідження показали, що завчена безпорадність стимулюється, здавалося б, позитивними підкріпленнями, такими як співчуття, надання допомоги, опіка тощо.

У російській психології завчена безпорадність вивчалася в контексті виділення двох її видів – ситуативної та особистісної, на основі яких із позицій суб'єктного підходу було сформульовано концепцію особистісної безпорадності (Д. Цирінг).

Цей феномен в українській психології вивчався лише епізодично, що відобразилося, зокрема, і в термінологічній невизначеності. Семантичний аналіз уживаних термінів «завчена», «навчена», «набута», «вивчена», «прищеплена» безпорадність засвідчив, що психологічному змісту феномену

безпорадності більшою мірою відповідає поняття «завчена безпорадність», яке підкреслює «завчений», «засвоєний» під дією зовнішніх і внутрішніх чинників характер цього явища.

Термін *«ургентна адикція»* вперше ввів до наукового тезаурусу зарубіжний вчений Н. Тассі в 1993 р. Слід зазначити, що автор не здійснює точної дефініції поняття «ургентна залежність», однак інтерпретує його як залежність від постійної нестачі часу. Стан зумовлений зайнятістю, потребою бути залученим до різноманітних видів діяльності, пришвидшенням темпу життя.

Ургентна адикція – вид залежності, що виявляється в суб'єктивному відчутті постійного браку часу й страху «не встигнути». Людині з такою залежністю властиві такі особистісні характеристики, як бажання контролювати час і усвідомлення неможливості підпорядкувати собі хід подій; реалізація професійних обов'язків на шкоду задоволенню потреб у відпочинку і міжособистісних стосунках; прийняття абсолютно всіх вимог, що стосуються професійної діяльності; втрата здатності радіти життю в сьогоденні, «зацикленість» на завданнях майбутнього або невдачі в минулому; ігнорування минулого, витіснення в несвідоме емоційно насичених переживань; страх майбутнього; прагнення відкладати на майбутнє, зазвичай невизначене, реалізацію своїх цілей і бажань у поєднанні з почуттям того, що час минає.

Розгляд *перфекціонізму* в доробках сучасних науковців демонструє широку варіативність його трактувань, що об'єднані в такі підходи до його вивчення: - потреба самовдосконалення, яка визначає специфіку особистісних стандартів діяльності, без урахування здатності до їх досягнення, і виявляється в прагненні бути досконалим, ідеальним у всьому; - настанова особистості, що виявляється в тенденції розглядати як неприйнятне те, що «нижче за довершеність»; - життєвий стиль, що включає змінену мотиваційну спрямованість і особливості когнітивного стилю, такі як надмірне узагальнення, імперативність, ігнорування обмежень, когнітивна недиференційованість тощо; - риса особистості, яка виявляється в повсякденній практиці висування до себе та інших вимог щодо виконання обов'язків і провадження діяльності на більш високому рівні, ніж того потребують обставини, а також у прагненні до бездоганного виконання завдання.

Якщо особистість фахівця позбавлена професійної ідентичності, то виникає так званий *професійний маргіналізм* – утрата професійної ідентичності, байдужість до професійних норм і обов'язків, заміщення професійних цінностей і моралі цінностями та цілями іншого середовища – професійного чи позапрофесійного. Таким чином, професійний маргіналізм – це невідповідність особистості професіонала та його поведінки етико-нормативним вимогам професії.

Професійна маргінальність виступає як основна форма й визначальний чинник соціальної маргінальності.

Науковці виділяють такі типи маргіналів згідно з мотиваційно-реалізаційним критерієм: 1) біхевіоральні – люди, що прийняли професійні

цінності не повністю або формально; 2) ментальні – вузькі фахівці, що не виходять у виконанні посадових функцій за межі особистих інтересів, або люди, що не зробили для себе професію особово значущою цінністю. Дослідники виділяють наслідки професійної маргіналізації: невідповідність перебування в професії й володінні відповідною підготовкою; незбіг високої компетентності фахівця з його місцем в ієрархії професійного поля; часткова втрата професійними групами панування над буденною свідомістю людей.

### **Тема 7. Нехімічні адикції: діагностика, психотерапія та реабілітація**

У психотерапії (у форматі психологічної та медичної допомоги) поведінкової залежності найбільш ефективними як за кордоном, так і в Україні є наступні напрямки:

- участь у групах взаємодопомоги із використанням програми «12 кроків»;

- комбінована терапія, що включає індивідуальну та групову психотерапію, участь у групах.

Серед методів психотерапії переважно використовується поведінкова терапія: терапія відрази, реконструювання досвіду вирішення проблем, тренінг соціальних навичок, навчання навичкам попередження зривів;

- інтерактивна терапія, самопомога, що здійснюється за допомогою Інтернет-сайтів, друкованої інформації, яка розповсюджується у громадських місцях та в ігрових закладах;

- сугестивна терапія, навіювання («кодування») як індивідуальне, так і групове із використанням класичного та еріксонівського гіпнозу, технік нейролінгвістичного програмування;

- індивідуальне та групове психологічне консультування, телефонне консультування, Інтернет-консультування;

- фармакологічні та фізіотерапевтичні лікувальні програми;

- емоційно-стресова терапія;

- духовні, релігійні (сакральна терапія) та медитативні практики;

- використання засобів фізичної культури (спеціально організовані гімнастичні та силові вправи), мануальна терапія та ін.

- використання психодинамічних, психоаналітичних терапевтичних напрямків;

Досвід профілактики, корекції та психотерапії залежностей доводить, що одна адикція може достатньо легко переходити в іншу. Це відбувається як серед хімічних адикцій (наприклад, наркоманія переходить в алкоголізм), так і серед нехімічних (спортивний адикт стає проблемним гравцем). Крім того, хімічна залежність може переходити у нехімічну і навпаки. Розуміння поліадиктивної природи людини, а також етапів формування розладів залежної поведінки, різноманітності причин її походження та феноменології дає можливість по-новому, більш широко подивитись на проблему профілактики та діагностики залежностей, де основною, невід'ємною частиною є психотерапія і психокорекція.

Найбільш ефективним у роботі з поведінковими залежностями є комплексне поєднання способу психологічної корекції і психотерапії із раціональною, когнітивно-поведінковою психотерапією, нейролінгвістичним програмуванням, груповими методами психотерапії, використанням методик психічної саморегуляції.

Одним із способів позбавлення від адиктивної поведінки або зменшення адиктивної залежності є участь в групах взаємодопомоги ( англ. Addiction recovery groups ), коли люди, схильні до тієї чи іншої залежності, збираються разом, для того щоб ділитися проблемами і підтримувати один одного на шляху позбавлення від нав'язливих потреб.

Відомим прикладом подібних груп є спільноти «Анонімних алкоголиків». Єдина умова для членства – це бажання припинити пити. Члени «Анонімних алкоголиків» не платять ні вступних, ні членських внесків, вони самі себе утримують на свої добровільні пожертвування. Головною метою проведення зборів груп є збереження тверезого способу життя (невживання алкоголю), а також допомога іншим у вирішенні цієї проблеми. Спілкуючись на зборах, учасники діляться своїм досвідом, силою, розповідають про те, ким були, що з ними сталося і як їм живеться в даний час. Паралельно групам «Анонімних Алкоголиків» часто створюються групи для співзалежних – тобто для родичів або близьких людей, на чие життя звичка залученої людини робить негативний вплив.

На основі досвіду «Анонімних алкоголиків» були створені аналогічні групи

взаємодопомоги інших залежностей: Анонімні Наркомани , Дорослі Діти Алкоголиків, Анонімні Курці, Анонімні Азартні Гравці і ін. В цілому, різні групи використовують різні методи від абсолютно нецерковних до виражено релігійних. Існує припущення, що соціальна взаємодія збільшує ймовірність успіху в позбавленні від залежності на увазі колективної ефективності і внаслідок того, що виділяються в ході зустрічей нейротрансмітери можуть спровокувати почуття задоволення природним шляхом без необхідності приймати наркотики або алкоголь .

В основі діяльності багатьох груп взаємодопомоги лежить програма «12 кроків» ( англ. Twelve – step program ). Спочатку запропоновані «Анонімними Алкоголіками» як метод позбавлення від алкоголізму, дванадцять кроків були опубліковані в книзі «Анонімні алкоголіки» ( англ. The Big Book ) в 1939 році. Надалі метод був адаптований для інших форм залежностей.

Американська психологічна асоціація виділяє наступні кроки в даному методі:

- визнання учасника, що він не може контролювати власні залежності або компульсії;
- прийняття того, що існує вища сила, яка здатна дати сили;
- аналіз минулих помилок за допомогою людини, яка вже пройшла через це;
- виправлення цих помилок;



- навчання життя без залежності згідно з новими правилами поведінки;
- допомога іншим людям, що страждають від такої ж залежності або нав'язливої поведінки.

Ще одним методом, що розглядаються для застосування в лікуванні адикцій, є метод стимуляції глибинних структур головного мозку (англ. Deep brain stimulation). Даний метод полягає у імплантації шляхом хірургічного втручання в мозок пацієнта спеціального апарату, який в подальшому здійснює на певні зони мозку слабоелектричний вплив. В даний час метод застосовується для лікування, наприклад, рухових розладів, таких як хвороба Паркінсона, але є припущення, що він може виявитися ефективним і для адикцій. Вплив може здійснюватися на центр підкріплення, смугасте тіло, на верхню частину стріатума і на медіальну префронтальну зону кори головного мозку.

## Рекомендована література

1. Аймедов К. В. Клинико-психологические аспекты коморбидных расстройств адиктивного спектра / К. В. Аймедов, Ю. П. Жогно // Таврический журнал психиатрии. – 2008. – V.12, № 1 (42). – С. 4–8.
2. Аймедов К. В. Клинические аспекты современной адиктологии (литературный обзор) / К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – № 1 (11). – С. 136–145.
3. Березин С. В. Психология ранней наркомании / С. В. Березин, К. И. Лисецкий. – Самара : Самарский гос. ун-т, 2000. – 64 с.
4. Березин С. Классификация наркотиков и типы зависимости / С. Березин, К. Лисецкий // ОБЖ. – 2004. – № 1. – С. 22–28.
5. 13. Березин С.В. Психология наркотической зависимости и созависимости : монография / Березин С.В., Лисецкий К.С., Назаров Є.Н. – М. : МПА, 2001. – 213 с.
6. Бобров А. Е. Поведенческие зависимости и психическая диссоциация / А. Е. Бобров // Взаимодействие науки и практики в современной психиатрии: Материалы Российской конференции (9-11 октября 2007 г., г. Москва). – М., 2007. – С. 36.
7. Братусь Б. В., Сидоров П. И. Психология, клиника и профилактика раннего алкоголизма. – М. : Медицина, 1984. – 144 с.
8. Бугайова Н.М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі / Н. М. Бугайова // Проблеми загальної та педагогічної психології, т. XII, ч.4. С. 48 – 56.
9. Бугаева Н.М. Глобальные риски использования современных телекоммуникационных технологий / Н.М. Бугаева //Актуальні проблеми психології: Психологічна теорія і технологія навчання / За ред. С.Д. Максименка, М.Л. Смольсон.– К. : Міленіум, 2007.– Т.8, вип. 3.
10. Бугайова Н.М. Інтернет-адикція як форма залежної поведінки. / Н.М. Бугаева // Теорія та методика навчання математики, фізики, інформатики. – Кривий Ріг, «НМетАУ», 2006. – Т.3, вип. VI.
11. Бугайова Н.М. Психологічні проблеми інтернет-адикції в умовах використання телекомунікаційних технологій. / Н.М. Бугаева // Методичний посібник. – К. : Узд-во АПН України, 2008.
12. Бутовский А. Ю. Наркомания : от мифов к реальности / А. Ю. Бутовский, Ю. А. Бутовская. – М. : Директ-Медиа, 2013. – 103 с.
13. Буянов М.И. Размышления о наркомании / М.И. Буянов. – М. : Просвещение, 1990. – 80 с.
14. Бухановский А. О. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика: Пособие для врачей / А. О. Бухановский. – Ростов-на-Дону, 2002. – 60 с.
15. Великанова Л. П. Наркология : учеб. пособие для вузов / Л.П. Великанова, О.В. Каверина, Р.В. Бисалиев. – Ростов н/Д: Феникс, 2006. – 384 с.

16. Вермесер Л. Компульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении адиктивного поведения / Л. Вермесер / Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга. – М. Независимая фирма «Класс», 2000. – 240 с.
17. Вірна Ж. П. Основи професійної орієнтації : навч. посіб. / Ж. П. Вірна. – Луцьк : РВВ “Вежа” ВДУ ім. Лесі Українки, 2003 – 156 с.
18. Вірна Ж. П. Професійні адикції особистості сучасного студента /Жанна Петрівна Вірна // Роль та місце психолого-педагогічної підготовки в професійному розвитку та становленні особистості сучасного фахівця в умовах євроінтеграції : матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю (Хмельницький, 19–20 квітня 2012 р.) / [ред. колегія : д. мед. н., проф. О. А. Каденко (голов. ред.), к. психол. н., доц. О. В. Кулешова, к. психол. н., доц. Л. О. Подкоритова та ін.] / М-во освіти і науки, молоді та спорту України, Хмельницький нац. ун-т, Каф. практ. психол. та педагог. – Хмельницький : ХНУ, 2012. С. 15 – 17.
19. Войскунский А.Г. Психологические исследования феномена Интернет-аддикции. Режим доступа: <http://psynet.carfax.ru/texts/voysk4.htm>
20. Л. М. Вольнова Профілактика девіантної поведінки підлітків: навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» для студентів спеціальності «Соціальна педагогіка» у двох частинах. – Ч. II. Практична частина. – 2-ге вид., перероб і доповн. – К., 2016. – 193 с.
21. Габиани А. А. На краю пропасти : наркомания и наркоманы / Габиани А.А. – М. : Мысль, 1990. – 220 с.
22. Гавенко В. Л. Психіатрія і наркологія / В.Л.Гавенко, Г.О. Самардакова, М.Э. Бачериков. — К. : Здоров'я, 1993. – 192 с.
23. Гишинский Я.И. Социология девиантного (отклоняющегося) поведения : учебное пособие / Я.И. Гишинский, В.С. Афанасьев. – СПб : СПбФ РАН, 1993.
24. Гоголева А.В. Адиктивное поведение и его профилактика / А.В. Гоголева. – 2-е изд., стер. – М. : Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2003. – 240 с.
25. Горбовец А. Так жить нельзя. Что заставляет пить, курить и «расслабляться»? / А. Горбовец // ОБЖ . – 2005. – № 11. – С. 16–21.
26. Давыдова О.А. Девиантное поведение и основные причины его проявления / О.А. Давыдова // Студенчество и наркомания: пути решения проблемы. – Екатеринбург, 2000. – С.60–62.
27. Даренский И. Д. Адиктивный цикл / И. Д. Даренский. – М. : Логос, 2008. – 256 с.
28. Депрессивные расстройства / И.И. Кутько, В.А. Стефановский, В.И. Букреев, Л.Ф. Шестопалова — К.: Здоров'я, 1992. – 152 с.
29. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции (обзор) / А. Ю. Егоров // Аддиктология. – 2005. – № 1. – С. 65–77.
30. Елшанский С. П. Квалификация нехимических зависимостей / С. П. Елшанский // Материалы Российской конференции «Современные принципы

терапии и реабилитации психических больных» (Москва, 11-13 октября 2006 г.). – Москва, 2006. – С. 298.

31. Еникеева Д.Д. Как и почему пьют бизнесмены, политики и «новые русские» / Д.Д. Еникеева. – Донецк, 1997. – 400 с.

32. Еникеева Д.Д. Книга для пьющего человека. / Д.Д. Еникеева. Донецк, 1998. – 189 с.

33. Еникеева Д.Д. Сексуальная жизнь в норме и патологии : В 2 кн. / Д. Д. Еникеева, Кн. 2. - Донецк : Сталкер, 1997. – 395 с.

34. Еникеева Д. Д. Как предупредить алкоголизм и наркоманию у подростков : учеб. пособие для студ. высших учеб. заведений / Д. Д. Еникеева. – М. : Академия, 1999. – 144 с.

35. Еременко Н.И. Профилактика вредных привычек / Н.И. Еременко. – М. : Панорама, 2006. – 48 с.

36. Ерышев О. Ф. Жизнь без наркотиков / О.Ф. Ерышев. – М. : Астрель, АСТ, 2005. – 158 с.

37. Завьялов В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости./ В.Ю. Завьялов. – Новосибирск, 1998. – С. 164–183.

38. Івкова Т. В. Особливості мотивації професійної діяльності працівників органів внутрішніх справ з різним рівнем ургентної адикції / Тетяна вікторівна Івкова // Актуальні проблеми сучасної психології та педагогіки вищих навчальних закладів МВС України Матеріали науково-практичної конференції (Харків, 24 травня 2013 р.). С. 39 – 41.

39. Ильин Е. П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень / Е. П. Ильин – СПб. : Питер, 2011. – 224 с.

40. Исмуков Н. Н. Без наркотиков : программа предупреждения и преодоления наркотической и алкогольной зависимости / Н. Н. Исмуков ; ред. Н. Баринаова. – Москва : ФАИР-ПРЕСС, 2001. – 384 с. : ил.

41. Карамушка Л. М., Бондарчук О. І., Грубі Т. В. Діагностика перфекціонізму та трудоголізму особистості: психологічний практикум / Л. М. Карамушка, О. І. Бондарчук, Т. В. Грубі. – Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2018. – 64 с.

42. Ковалев С.В. Семь шагов от пропасти. НЛП-терапия наркотических зависимостей. / С.В. Ковалев. М.-Воронеж, 2001. – 256 с.

43. Козлова И.Н. Трудоголизм как форма зависимого поведения: проблематика исследований / И.Н. Козлова // Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: Общественные науки. 2006. № 26. С. 95-96.

44. Колесов Д. В. Не допустить беды : о сущности и профилактике наркомании и токсикомании / Д.В. Колесов. – М. : Педагогика, 1988. – 160 с.

45. Комиссаров Б.Г. SOS : наркомания / Б. Г. Комиссаров, А. А. Фоменко. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 320 с.

46. Коробкина З.В. Профилактика наркотической зависимости у детей и молодежи / З.В. Коробкина, В.А. Попова. – К. : Академия, 2002. – 192с.

47. Коробкина З. В. У опасной черты : о борьбе с алкоголизмом, наркоманией, курением / З.В. Коробкина. – М. : Мысль, 1991. – 218 с.
48. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. // Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – М., Академический Проект, Екатеринбург, «Деловая книга», 2000.
49. Короленко Ц. П. Психосоциальная аддиктология / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева. – Новосибирск, 2001. – 251 с.
50. Короленко У. П. Семь путей к катастрофе / У.П.Короленко, Т.Л. Донских. – Новосибирск : Наука. Сиб. от-ние, 1990. – 224с.
51. Короленко И.П., Завьялов В.Ю. Личность и алкоголь. / И.П. Короленко, В.Ю. Завьялов. – Новосибирск, 1987. – 170 с.
52. Котляров А.В. Другие наркотики или Homo Addictus: Человек зависимый. / А.В. Котляров. – М. : «Психотерапия», 2006.
- Кошова І. В., Кресан О. Д. Психологія девіантної поведінки: Навчально-методичний посібник. Ніжин: Видавництво НДУ ім. М. Гоголя, 2021. 226 с.
53. Ключников С.Ю. Пьянство: программа спасения. / С.Ю. Ключников. – СПб., 2002.
54. Кукк В. Трудоголизм:труд-наркотик и тирания долга // [www.medlinks.ru](http://www.medlinks.ru)
55. Кун С. Как уберечь детей от наркотиков и алкоголя / С. Кун, С. Шварцвельдер, У. Уилсон ; пер. с англ. А.П. Пономаревой. - М. : Рипол Классик, 2004. – 190 с.
56. Лисецкий К. С. Психология и профилактика наркотической зависимости / К.С. Лисецкий, Е.В.Литягина. – Самара : Изд. Дом БАХРАМ-М, 2008. – 224 с.
57. Максименко С.Д., Коваль І.А., Максименко К.С., Папуча М.В. Медична психологія / За редакцією академіка С.Д. Максименка.– Вінниця : «Нові Книга», 2008.
58. Максименко С. Д. Актуальні питання профілактики наркоманії / С. Д. Максименко // Практ. психологія та соц. робота. – 2004. – № 10. – С. 1– 4.
59. Максимова Н. Ю. Психологическая профилактика алкоголизма и наркомании несовершеннолетних: учеб. пособие / Н. Ю. Максимова. – Ростов н/Д: Феникс, 2000. – 384 с.
60. Менделевич В.Д. Заместительная терапия наркозависимости : перспективы и реальность. / В.Д. Менделевич. – Казань: «Новый век», 2003. – 51 с.
61. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения (психологический и психопатологический аспект). / В.Д. Менделевич. – М. : «МЕДпресс-информ», 2003. – 328 с.
62. Миронов Е. М. Прощайте, наркотики! / Е.М. Миронов. – СПб. : Питер, 2001. – 192 с.
63. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. / Ю.В. Микадзе. – СПб. : «Питер», 2008. – 288 с.

64. Москаленко В. Д. Созависимость : характеристики и практика преодоления : лекции по наркологии / под ред. Н. Н. Иванца. – 2-е изд., перераб. и расш. – М. : Нолидж, 2000. – 405 с.
65. Москаленко В.Д. Зависимость – семейная болезнь. / В.Д. Москаленко. М., 2002. – 129 с.
66. Наркомании, токсикомании и их лечение : методические рекомендации / А. Г. Гофман, В. В. Бориневич, Д. А. Черняковский и др. – М., 1979. – 13 с.
67. Наркомания : избавление от зависимости, лечение, профилактика / сост. В. И. Петров. – Минск : Современный литератор, 1999. – 320 с.
68. Наркомания и общество: пути решения проблемы : сборник материалов к межрегиональной научно-практической конференции / под общ. ред. В.Д.Менделевича. – Казань : «Дис», 2003.
69. Психология профессионального здоровья : уч. пособ. // под ред. проф. Г. С. Никифорова. – СПб. : Речь, 2006. – 480 с.
70. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р.Р. Муртазина. – М. : Независимая фирма «Класс», 2007.
71. Пушкар В.А. Психологія адиктивної поведінки: Методичні рекомендації до курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів ІV курсу спеціальності «Психологія». – Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т.Г.Шевченка, 2010. –84 с.
- Старшенбаум Г.В. Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей. – М., изд. «Когито-Центр», 2005.
72. Учебно-методические рекомендации для профилактики и лечения пациентов, имеющих избыточную массу тела. Под ред. В.П. Куликовым и др. Барнаул, 1989.
73. Чулков О. М. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів І та ІІ медичного факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія / О. М. Чулков, А. З. Григорян, К. А. Сінча. – Запоріжжя : [ЗДМУ], 2017. - 131 с.
74. Шибко Е. Л. Особенности внешних и внутренних механизмов психологических защит лиц с ургентной зависимостью / Шибко Е. Л. // Сборник научных статей по материалам Международного научно-образовательного форума «Европа-2002». – Минск, 2003. – С. 481–485.
75. Шибко О.Л. Особенности внешних и внутренних механизмов психологических защит лиц с ургентной зависимостью // "Европа-2002": сборник научных статей по материалам Международного научно-образовательного форума, Минск, 4 июня 2002 г. / Европ. гуманит. ун-т.; сост. С.Д.Курочкина. – Минск, 2003. – С. 481-485.
76. Шибко О.Л. Особенности механизмов психологических защит у студентов с ургентной зависимостью // Адаптация к профессиональной деятельности как психолого-педагогическая проблема: методологические основания, пути и способы решения: материалы ІІ Межд. науч-практ. конф.,

Барановичи, 23-24 апреля 2003 г.: в 3 ч. / Баран. гос. высш. пед. колледж; редкол.: Л.Ф. Мирзоянова (гл. ред.) [и др.]. – Барановичи, 2003. – Ч. I. – С. 105-108.

77. Шибко О.Л. Проблема диагностики ургентной зависимости // Психология XXI века: материалы межд. науч.-практ. конф. студентов и аспирантов, Санкт-Петербург, 24-26 апреля 2003 г. / Под ред. В.Б. Чеснокова. – СПб.: Изд-во С-Петербур. ун-та, 2003. – С. 331-335.

78. Шпаков А. О. Алкоголизм. Наркомания. Токсикомания. Курение. Природные и бытовые яды : справ. для родителей и детей / А. О. Шпаков. – СПб. : Зенит, 2000. – 368 с.

79. Шпаков А. О. Иллюзия рая : Наркотики. Психоделики. Яды. Аллергены : семейный словарь-справ. / А.О. Шпаков. – СПб. : Зенит, 1999. – 368 с.: ил.

80. Шорохова О.Е. Жизненные ловушки зависимости и созависимости. / Щ.Е. Шорохова. – СПб., 2002. – 136 с.

# **ПСИХОЛОГІЯ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ**

**(курс лекцій)**

Укладач  
Алла Богданівна Мудрик

Формат 60x84 1/16. Обсяг 2,73 друк.арк., 1,63 обл.-вид.арк. Тираж 100 пр.  
Зам. 1239. Видавець і виготовлювач – ПП Іванюк В.П.,  
м. Луцьк вул. Винниченка, 65