МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ
УНІВЕРСИТЕТУ «УКРАЇНА»

Кафедра соціальних технологій

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальність 053 «Психологія»

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття освітнього ступеня «магістр»

«ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ»

Виконав(ла): здобувач 2-го курсу магістратури,
групи ЗПЛ-22-2м-vn
заочної форми навчання
_____ Левицький Сергій Миколайович
Керівник _____ к.п.н. Найчук В.В.
(підпис)

Допущено до захисту рішенням кафедри соціальних технологій
Протокол № __ від «__»_____ 2024р.
Завідувач кафедри _____ Костенко Н.І.
(підпис)

Вінниця 2024

АНОТАЦІЯ

Левицький С.М. **Шляхи та методи профілактики адиктивної поведінки військовослужбовців**

В роботі представлено аналіз результатів дослідження складної проблеми дослідження і профілактики узалежненої поведінки військових.

Встановлено, що найбільш типовими проявами делінквентної поведінки військовослужбовців є вживання алкогольних напоїв, вживання наркотичних речовин, самовільне залишення місця несення служби, бійки. Також встановлено, що найпоширенішою адиктивною поведінкою серед військовослужбовців є вживання алкогольних напоїв..

Узалежнена (адиктивна) від алкоголю поведінка – це прогредієнтне захворювання, що визначається патологічним потягом до спиртного, психічною і фізичною залежністю, розвитком дисфункціонального стану при припиненні вживання алкоголю, а в тяжких формах і стійкими сомато вегетативними розладами та психічною деградацією.

Складність профілактики узалежненої поведінки полягає саме в різноманітності індивідуальних тригерних факторів, та впливів зовнішньої середи на особистість, які необхідно враховувати при розробці комплексу профілактичних заходів.

Представлена комплексна програма з профілактики узалежненої від алкоголю поведінки показала свою ефективність, вплинувши на зниження тривожності, підвищення рівня стресостійкості та всіх компонентів ставлення до здоров’я військовослужбовців.

Ключові слова: *адиктивна поведінка, військовослужбовці, узалежнена поведінка, алкоголь*

ABSTRACT

Levytskyi S. Ways and methods of prevention of addictive behavior of military

The paper presents an analysis of the results of the study of the complex problem of research and prevention of addicted behavior of the military.

It has been established that the most typical manifestations of delinquent behavior of servicemen are the consumption of alcoholic beverages, the use of narcotic substances, voluntary abandonment of the place of duty, and fights. It was also established that the most common addictive behavior among military personnel is the consumption of alcoholic beverages.

Alcohol-dependent (addictive) behavior is a progressive disease defined by a pathological craving for alcohol, mental and physical dependence, the development of a dysfunctional state upon cessation of alcohol consumption, and in severe forms by persistent somato-vegetative disorders and mental degradation.

The difficulty of prevention of addicted behavior lies precisely in the variety of individual trigger factors and the influence of the external environment on the individual, which must be taken into account when developing a set of preventive measures.

The presented complex program for the prevention of alcohol-dependent behavior has shown its effectiveness, influencing the reduction of anxiety, increasing the level of stress resistance and all components of the attitude to the health of military personnel.

Key words*: addictive behavior, military personnel, dependent behavior, alcohol*

ЗМІСТ

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОФІЛАКТИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 8
1.1. Аналіз проблеми адиктивної (узалежненої) від алкоголю поведінки 8
1.2. Особливості перебігу узалежненої (адиктивної) від алгоколю поведінки військовослужбовців 18
Висновки до розділу 1 33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ УЗАЛЕЖНЕНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ 35
2.1. Аналіз організації та методів дослідження 35
2.2. Аналіз отриманих результатів 36
Висновки до розділу 2 44
РОЗДІЛ 3. Шляхи профілактики АДИКТИВНОЇ поведінки військовослужбовців 46
3.1. Теоретичні засади розробки програми профілактики і корекції адиктивної поведінки військовослужбовців 46
3.2. Опис програми профілактики узалежненої поведінки військовослужбовців 54
3.3. Оцінка ефективності програми профілактики узалежненої від алкоголю поведінки військовослужбовців 61
Висновки до розділу 3 73
ВИСНОВКИ 76
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ 80

ВСТУП

Актуальність дослідження. Професія військовослужбовця завжди, а особливо останні 9 років гібридної та 2 роки повномасштабної війни проти України – вважалась поважною, проте небезпечною. Саме тому військовослужбовці завжди знаходились і знаходяться під особливо пильною увагою зі сторони держави та суспільства. Ця увага та вимоги, які ставляться перед особистістю військовослужбовця, стосуються не тільки його професійної компетентності, проте і його індивідуально-психологічних якостей та поведінки в суспільстві.

Незважаючи на зазначене, проблема делінквентної поведінки в цілому, та зокрема узалежненої поведінки військовослужбовців, яка давно перестала бути проблемою тільки медичною чи тільки психологічною, залишається однією з найактуальніших та потребує глибоко та грунтовного аналізу. Постійний ризик та стрес, участь в бойових діях, втрата побратимів, поранення, контузії, проблеми в родині – це далеко не повний список факторів, які можуть стати причиною зловживання алгоколем у військовослужбовців.

Тому дослідження особливостей, а також пошу методів профілактики узалежненої поведінки військовослужбовців, на нашу думку, є беззаперечно актуальним.

Аналіз останніх досліджень та публікацій. Вивченню проблеми зловживання алкоголем присвячені роботи багатьох вітчизняних та зарубіжних вчених, таких як Гапонова К., Мінко О., Литвиненко В., Sullivan E. V. , Pfefferbaum A. , Edenberg H.J., та інш. Різні аспекти узалежненої від алкоголю поведінки вивчали Андрєєва Т., Артюх О. , Капська А., Вієвський А. та інші. Змінам психічного стану людини при зловживанні алкоголю присвячені

дослідження Grunberger J., Cloninger C.R. , Cook C., Goldstein S. , Лисенко І., Литвинчука Л.та інших.

При цьому, на теренах української науки майже не представлені дослідження зловживання алгоголем саме військовослужбовців.

Об'єкт дослідження: узалежнена від алкоголю поведінка.

Предмет дослідження: особливості прояву узалежненої від алкоголю поведінки у військовослужбовців.

Мета дослідження: дослідження психологічних особливостей узалежненої від алкоголю поведінки у військовослужбовців та пошук шляхів її профілактики.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми виникнення узалежненої від алкоголю поведінки у військовослужбовців в системі деликвентної поведінки.

2. Емпірично дослідити особливості виникнення узалежненої від алкоголю поведінки у військовослужбовців

3. Розробити і проаналізувати ефективність тренінгової програми, япрямованої на профілактику узалежненої від алкоголю поведінки військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження: 1. Підвищення стресостійкості у військовослужбовців є фактором зниження їх рівня узалежненої поведінки 2**.** Пропаганда здорового образу життя є ефективним засобом профілактики узалежненої поведінки у дорослих.

Методи та методики дослідження: у роботі використаний комплекс методів: *теоретичні* – аналіз, синтез, узагальнення, створення моделі з метою визначення концептуальних аспектів дослідження; *емпіричні* – тест на алкогольну залежність AUDIT, тест на алкогольну залежність MAST, дослідження тривожності за шкалою Спілберга (STAI), Бостонський тест стресостійкості, опитувальник «Ставлення до здоров'я»; *математико-*

статистичні методи обробки емпіричних даних – для відокремлення значущості відмінностей в досліджуваних групах t-критерій Ст'юдента, φ –критерій Фішера, та метод Z – порівняння.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що результати дослідження можуть бути використані психологіми в роботі з профілактики та корекції узалежненої поведінки військовослужбовців, військових ветеранів, та дорослих осіб в цілому.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в тому, що: результати дослідження можуть бути використані при викладанні курсів «Патопсихологія», «Військова психологія», «Профілактика і корекція вигорання фахівців», «Реабілітаційна психологія».

Структура та обсяг магістерської роботи. Робота складається із вступу, 3 розділів, висновків, списку літератури. Загальний обсяг роботи становить 74 сторінки.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНО-МЕТОДИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОФІЛАКТИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Аналіз проблеми адиктивної(узалежненої) від алкоголю поведінки

Узалежнена від алкоголю поведінка – це прогредієнтне захворювання, що визначається патологічним потягом до спиртного, психічною і фізичною залежністю, розвитком дисфункціонального стану при припиненні вживання алкоголю, а в тяжких формах і стійкими сомато вегетативними розладами та психічною деградацією (Баюрка та ін., 2017, с.70).

Необхідно відмітити, що частина авторів вважають, що алкогольна залежність як психологічний феномен ще має такий термін як узалежнена поведінка, яка включає в себе лише ознаки змін психологічного стану та поведінкових реакцій особистості (Сосіна & Чуєва, 2014).

Зловживання алкоголем, яка є сильнодіючою психо активною речовиною тягне за собою важкі соціальні та економічні втрати, а також особистісні та сімейні драми. Воно впливає не тільки на психіку залежної від алкоголю особистості, а й на людей, що живуть поруч. Так зростає насильство в сім'ї, частота жорстокого поводження з дітьми, кількість конфліктів та міжособистісних проблем; зловживання алкоголем призводить до підвищення витрат на охорону здоров'я внаслідок зростання нещасних випадків на виробництві та інших медичних проблем; падає продуктивність праці; відбувається збільшення витрат та вагоме навантаження на діяльність правоохоронних органів. В умовах воєнних дій ситуація з ризиком збільшення зловживання алкоголем у населення є ще більш актуальною через те, що алкоголь

ще є найбільш масово вживаним «народним» антистресовим засобом (Приходько & Байда, 2018).

Найбільш повне і глибоке розуміння причин широкого розповсюдження та популярності вживання алкоголю речовин можливо в рамках біо-психо-соціального підходу до проблеми, що розглядає її як результат складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів життя людини (Сердюк & Бурлака, 2015). Кожна людина має унікальний набір фізіологічних і психологічних характеристик, і соціальне середовище, що оточує кожного з нас дуже різне. Зростання кількості людей, які «вживають». алкоголь насторожує і вимагає аналізу причин даного феномену. На жаль, велику роль відіграє доступність, різноманітність форм випуску та відносно лояльне ставлення суспільства та органів правопорядку до «початківців», людей, які не вважаються залежними від алкоголю (Чулков Григорян & Сінча, 2017).

Основними ситуаційними причинами початку вживання алкоголю можуть бути, в першу чергу, особистісна незрілість у вигляді певного інфантилізму з наявністю реакцій бунтарства (Напрєєнко, 2015).

Не менш суттєвим фактором дебюту узалежненої поведінки може бути пошук гострих відчуттів. Відсутність соціалізації, творчих життєвих інтересів можуть викликати відчуття нудьги і «порожнечі життя». Це часто стає мотивом перших спроб. Далі у щільні лещата залежності веде міф про те, що алкоголіки — викинуті із життя маргінали. Насправді за даними статистики, на початковій стадії залежності людина нічим не відрізняється від середньої людини: вчиться чи має роботу, часто й сім'ю (Напрєєнко, 2015).

Ще одним фактором, що призводить до появи узалежненості є притаманна багатьом особам необхідність бути не виділятися. Потрапивши в таке середовище, недостатньо конформна людина (поступлива, зговірлива) людина не може зупинитися. Звичайно, важливо дотримуватися норм людей, яких цінуєш і

поважаєш. Але, часто нормою поведінки у певних компаніях становиться саме вживання алкоголю, причому у великих кількостях. Іноді здається, що уникнути прийому алкоголю практично неможливо. Це, як правило, неправда. У поодиноких ситуаціях виключення завжди можна придумати спосіб уникнути надмірного вживання. Важливу роль можуть відіграти особливості особистості людини та аттітюди поведінки. Надмірна агресивність чи навпаки, пасивність і залежність створюють труднощі в установці близьких відносин і збільшують ризик вживання алкоголю. Так створюється ілюзія, що проблем немає (Гавенко та ін., 2020).

Не менш важливою, а на думку ряду авторів (Гапонов, 2018, 2019), чи не найголовнішою причиною узалежненої поведінки становиться стресова ситуація. Іноді й надмірно високі вимоги до себе можуть створювати умови стресу, після чого йде «розслаблення» з допомогою алкоголю. Пов’язано це з тим, що такі вимоги до себе створюють у житті людини масу негативних емоцій. Через стреси або іншу психологічно травмуючу подію часто розвиваються емоційні порушення (тривога, безсоння, депресія). Спроби «впоратися самостійно» можуть, замість звернення до психолога, навести на думку вирішити проблему «традиційним» способом. Тоді наступне звернення може бути вже з приводу проблем, пов’язаних зі зловживанням алкоголем (Гапонов, 2019).

Іноді перший прийом алкоголю відбувається «за компанію» або навіть людина «дозволяє себе умовити». Це небезпечний шлях експериментування, після якого зовсім непомітно для людини розвивається соціальне, звичне вживання з різних приводів, формуються «традиції». Але ж наступний крок — це надмірне вживання і залежність, патологічна пристрасть. Важливо не просто не піддаватися спокусі вживання, а й бути уважним до близьких та знайомих. Набагато раніше, ніж спостерігаються медичні, з’являються соціальні та поведінкові порушення. Важко буде допомогти людині, коли на тлі залежності

з’явиться важка соматична патологія. Звернення за медичною допомогою допоможе, у разі, впоратися з ускладненнями (Міщук & Скоропад, 2016).

Досить важливим для виникнення узалежненої від алкоголю поведінки стають генетичні фактори. Необхідно відмітити, що зловживання алкоголем був одним з перших поведінкових розладів, у якому виявили вагому генетичну складову. В основі виникнення залежності головну роль грає поліморфізм ферментів, що метаболізують алкоголь (Сердюк & Бурлака, 2015).

Важливим етапом в розвитку досліджень науковців стала низка робіт з використанням, зокрема, близнюкового методу, який дав можливість чітко продемонстрували, що гени відіграють важливу роль у розвитку алкогольної залежності. Вивчення генетичних механізмів виникнення узалежненої від алкоголю поведінки і має певні складнощі, як через велику кількість генів, які відіграють роль в виникненні адикції, також і через вплив факторів середовища, які впливають на виникнення зловживання алкоголем. На думку дослідників, не менш 50% випадків узалежненої від алкоголю поведінки мають генетичну причину, а друга половина випадків є наслідком впливу оточуючого середовища: сімейний статус, релігія, культурні традиції, тощо (Гапонов, 2019).

Strine et al. (2012) довели посередницьку роль психологічного дистресу у взаємозв’язку між негативним дитячим досвідом та виникненням зловживання алкоголем в дорослому віці. Дослідники вивчали дані 3922 жінок та 3375 чоловіків. Виявлено, що емоційне, сексуальне та фізичне насилля підвищує ризик виникнення узалежненої поведінки на 30-70%, емоційний та фізичний недогляд на 30-60%, проблеми в сімейних стосунках (наявність сімейного насильства, систематичне вживання алкоголю в родині, наявність серед батьків інвалідів, тощо) підвищують ризик виникнення узалежненої від алкоголю поведінки в 1,5-3 рази! При наявності не однією, а декількох травмуючих подій зростав і ризик виникнення узалежненості. Так, при наявності чотирьох травмуючих подій ризик

виникнення узалежненої від алкоголю поведінки зростав в 2,7 раз у жінок та 9,9 раз у чоловіків.

Подібні дані отримала група дослідників Afifi et al. (2008), вони також відмічали зв’язок між психотравмуючими подіями та виникненням узалежненої поведінки в дорослому віці. При цьому також спостерігалась залежність ризику розвитку адикції з кількістю травмуючих подій: чим більше психотравмуючих подій, тим більше ризик виникнення узалежненої від алкоголю поведінки.

Pilowsky, Keyes, Geier, Grant & Hasin (2013) виявили, що узалежнена від алкоголю поведінка у дорослих виникає приблизно в 1,8 разів частіше, якщо в анамнезі є розлучення батьків, та більш ніж в 5 разів при наявності алкогольного ексцесу в дитинстві.

Гапонов К.Д. (2018) підкреслює схожість нейрофізіологічних механізмів дії стресів на ці системи, наполягає на тісний взаємозв’язок між дією на людину загрозливих для життя та здоров’я станів з виникненням зловживання алкоголем. Так стрес-копінгова модель виникнення адикції підкреслює, що вживання алкоголю є засобом зниження негативного ефекту та підвищення позитивного. Модель зниження напруження та гіпотеза самомедикації говорять про те, що вживання алкоголю відбувається з метою поліпшення настрою та зниження емоційного дистресу. Мотивація до поліпшення настрою стає актуальною при гострому та хронічному стресі. При чому важливо враховувати, що негативні наслідки алкоголю є відкладеними у часі, на передній план в психіці людини виходить необхідність знизити стрес та поліпшити настрій.

Враховуючи все більш зростаючу роль таких двох феноменів, як несприятливі механізми компенсації нервово-психічної напруги та хронізацію різноманітних посттравматичних розладів, Гапонов (2019, с. 40-41) вважає, що «Враховуючи системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю, з коморбідними

постстресовими афективними та/або аддиктивними станами, мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а існуючі терапевтичні й реабілітаційні стратегії повинні бути суттєво модифіковані з урахуванням вектору дії стресу на формування й перебіг алкогольної залежності».

Важливо розуміти й той факт, що стрес не тільки грає роль формуючого фактору виникнення узалежненої поведінки, він відіграє свою патологічну роль і в майже усіх варіантах виникнення зловживання алкоголем, посилюючи наркотичний ефект хімічної речовини (етанолу) (Palmisano & Pandey, 2017, Cadet, 2016).

Отже, всі фактори виникнення узалежненої від алкоголю поведінки можна поділити на три великі групи:

1. Біологічні фактори:

- ступінь початкової толерантності до алкоголю;

- родові травми;

- часті інфекційні захворювання і черепно-мозкові пошкодження в дитячому віці;

- мозкові дисфункції й органічні ураження мозку;

- спадкова обтяженість до алкоголізму;

- затримки в психічному та фізичному розвитку.

2. Соціальні чинники:

- макросоціальні: соціально-економічна нестабільність суспільства; невизначеність соціальних норм, цінностей у суспільстві; традиції, звичаї, закони, терпимість до аморальних і антигромадських форм поведінки; доступність алкоголю та інш. (Jones & Sumnall, 2016).

- мікросоціальні: вплив сім'ї, групи однолітків і всього близького соціального оточення людини; схильність референтної групи до того або іншого виду залежної поведінки; недостатній рівень виховної роботи в колективі.

3. Особистісний чинник:

Mack, Harrington, & Frances (2010) визначають декілька найхарактерніших рис залежної особистості. Насамперед це інфантильність, яка є стрижнем залежної особи. Залежній особі надзвичайно характерна навіюваність: багато що з того, що відбувається, глибоко не аналізується і не піддається осмисленню. Особистість, схильна до формування залежної поведінки, виявляється некритичною, часто легковірною, податливою груповій дії, авторитарного управління. Крім того, характерними для такої людини є підпорядкованість, спрямованість на зняття з себе і передачу іншому відповідальності за свою поведінку, вирішення життєвих питань і планування майбутнього. Як правило, залежність, інфантильність і навіюваність як якості залежної особистості чудово співіснують і гармоніюють.

Особистісні характеристики людей з адиктивними формами поведінки (Reus et al., 2019):

– знижена витривалість до труднощів повсякденного життя поряд із хорошою витривалістю у кризових ситуаціях;

– прихований комплекс неповноцінності, який поєднується із перевагою, яка зовнішньо виявляється;

– зовнішня соціабельність, яка поєднується зі страхом перед стійкими емоційними контактами;

– прагнення говорити неправду;

– прагнення звинувачувати інших, знаючи, що вони невинні;

– прагнення до втечі від відповідальності в ухваленні рішень;

– стереотипність, повторюваність поведінки;

– залежність;

– тривожність.

У людини при вживанні алкоголю виникають наступні психологічні феномени (Сердюк & Бурлака, 2015):

1. Психічна залежність – патологічний (хворобливий) потяг до вживання алкогольних напоїв. Часто виявляється "симптомом випередження".

2. Втрата кількісного контролю – неможливість контролювати "дозу".

3. Зміна толерантності. Тобто стан, коли для досягнення попереднього психо- фізичного ефекту хворому через певний час необхідно підвищувати дозу.

4. Амнестичні розлади (легкі, помірні, тяжкі).

5. Зміна способу вживання алкогольних напоїв (епізодичне чи систематичне вживання, псевдозапої, істинні запої).

6. Фізична залежність (абстинентний синдром, синдром похмілля).

7. Утрата захисних рефлексів (блювотного).

8. Соматичні зміни (зворотні і незворотні).

9. Неврологічні зміни (зворотні і незворотні).

10. Деградація особистості (порушення усіх психічних процесів, але у першу чергу – волі, почуттів та пам'яті).

11. Соціальна дезадаптація (утрата соціального статусу особистості).

Один з важливих факторів, який необхідно встановити, це дія на людину алкоголю, з цієї точки зору важливим є розуміння поняття «доза алкоголю». Доза вживання алкоголю – це така мінімальна кількість етанолу, яка в здорової дорослої людини викликає стан легкого сп’яніння, навіть непомітного для оточуючих.

За міжнародними нормами, такою дозою вважається 15–20 г чистого алкоголю (етанолу) (Максимова, 2021). В перерахунку на горілку (тобто спирт, наполовину розбавлений водою) це становите 30–40 г (невелика чарочка), в перерахунку на натуральне вино (міцність якого не перевищує 10–13 градусів)

150–200 г вина. У здорової дорослої людини така кількість чистого алкоголю легко метаболізується впродовж години.

Цікаво, що узалежнена від алкоголю поведінка розвивається незалежно від того, яка міцність алкогольних напоїв вживається людиною. Відомий так званий феномен «пивного алкоголізму», що виникає на тлі зловживання неміцними алкогольними напоями (Гайдамашко, 2016, Краснова, Плужнікова & Краснов, 2020).

Якщо людина випиває протягом години дві дози, то стан ейфорії посилюється, з'являється радісне збудження, людина відчуває себе піднесено, вільно, розкуто, хоча координація рухів уже частково порушується. Після третьої дози виникають помітніші зрушення в поведінці: людина стає розв'язною, поводить себе недоречно; в неї порушується відчуття такту та соціальної дистанції. Той, хто випив, переоцінює свої можливості, стає хвалькуватим, здійснює необачні вчинки. Наприклад, він згадує, що йому потрібно терміново з'ясувати з кимось стосунки або повернути забутий борг, та розвиває таку бурхливу діяльність, яку й сам не може пояснити, коли протверезіє. Виникає зловживання алкоголем (Харківська & Прокопович, 2020).

Зловживання алкоголем – це таке вживання спиртних напоїв, коли дія етанолу завдає значної, а інколи і непоправної шкоди організму людини, яка п'є, або її потомству (Старков, 2021).

Зловживання алкоголем має такі ознаки:

1) Вживання алкоголю, навіть у мінімальних дозах, особами, яким не виповнилося 21–22 роки. Відомо, що тільки в 21–22 роки організм людини досягає повної фізіологічної зрілості. Це зумовлює злоякісну течію хвороби, коли алкогольний гомеостаз утворюється в декілька разів швидше, ніж у фізіологічно зрілої людини.

2) Другою причиною заборони на вживання алкоголю до 21 року є ризик того, що у цьому випадку навіть одноразове вживання спиртного може бути стартовою дозою для руху до зловживання алкоголем.

3) Вживання алкоголю особами, які мають біологічну схильність до алкоголізму.

4) Вживання алкоголю чоловіком та жінкою в період перед зачаттям майбутньої дитини.

5) Вживання алкоголю жінкою в період вагітності та вигодовування дитини груддю.

6) Вживання алкоголю особами, які перебувають у стадії ремісії після лікування від алкоголізму.

7) Вживання алкоголю особами, яким протипоказано пити спиртне через соматичне захворювання.

8) Вживання алкоголю в кількості та з частотою, що відповідає третьому та четвертому рівням – рівень небезпечного вживання та продром алкоголізму.

9) Вживання алкоголю в ситуаціях підвищеного ризику для життя – свого або інших людей: водій за кермом, диспетчер атомної електростанції тощо.

Дослідники встановили, що в період, коли ще не виникла узалежнена поведінка в її формуванні приймають участь два протилежних психологічних феномена: один – це стан тривожності, нервової напруги, стресу, роздратованості. Феномен із знаком негативу. І феномен ейфорії, позитивний знак, який виникає внаслідок вживання алкоголю. Саме ця протидія двох факторів веде до того, що фактор ейфорії закріплюються в підсвідомості людини, виникає ще тільки-но психологічний зв’язок «поганий психологічний стан»-прийом алкоголю-«добрий психологічний стан» (Моренко, 2020).

Крайніков, Прокопович & Баланюк (2019) вказує на тісні зв'язки алкогольної поведінки з іншими аддиктивними формами поведінки, наприклад, з музичним та спортивним фанатизмом.

Досить неприємним є низка психологічних факторів, які викликають психологічну ситуацію запою – безконтрольного вживання алкогольних напоїв (Docamayor, Strelchuk, Baek, Banca & Voon, 2018)

1.2. Особливості перебігу узалежненої (адиктивної) від алгоколю поведінки військовослужбовців

Проблема деліквентної поведінки військовослужбовців є однією з найактуальніших на сьогоднішній день і охоплює широкий спектр специфічно протиправних поведінкових відхилень, що проявляються у вчиненні злочинів як у професійній діяльності, так і поза нею.

А. Бондар та Н. Макаренко виділили основні види злочинної поведінки, що проявляються у Збройних Силах України. До них належать: проступки, правопорушення та злочини. На їх думку, правопорушення включають: лайка, систематичні порушення дисципліни та кримінальні злочини. Ці автори також зазначали, що злочин, як прояв злочинної поведінки в Збройних силах, є порушенням адміністративних норм, що виявляється у дрібних крадіжках і хуліганстві. Якщо говорити про злочини, то найчастіше вони відбуваються під час несення служби, і з них включають: необережне поводження зі зброєю, що спричинило тілесні ушкодження або вбивство, заподіяння тяжких тілесних ушкоджень (Бондар & Макаренко, 2011).

І. Серажим (2022) зазначає, що у представників Державної правоохоронної служби України також спостерігаються певні прояви девіантної поведінки, які поділяються на:

1) адиктивну поведінку, що виражається в алкоголізмі, наркоманії, ігровій та мультимедійній залежності;

2) суїцидальна поведінка;

3) злочинна поведінка, пов'язана зі злочинами, дисциплінарними проступками, адміністративними правопорушеннями, цивільними правопорушеннями, що порушують норми цивільного законодавства і можуть призвести до заподіяння матеріальної та моральної шкоди особі. На думку автора, найбільш небезпечною формою девіантної поведінки є злочин.

М. Зівзах (2022) писав, що девіантна поведінка поділяється на два типи: кримінальну поведінку та поведінку, що склалася на тлі старіння соціальних норм і правил. Перший тип відносять до поведінки, яка приймає соціально несприятливі або навіть дуже небезпечні форми (наприклад, злочин), що змушує суспільство застосовувати відповідні санкції.

На його думку, соціальними наслідками такої поведінки є: підрив громадського порядку, вирівнювання та дезінтеграція особистості, погіршення якості праці та рівня соціальних стандартів, посилення соціальної апатії. Він вважає, що рушійною силою цього типу девіантної поведінки є деформовані потреби та цінності, які спонукають індивіда або соціальну групу діяти всупереч вимогам суспільства. Причиною такої поведінки також можуть бути недоліки правової та моральної свідомості людей, які нерідко навіть пов'язані зі специфікою їх емоційно-вольової сфери, настрою та сподівань (Зівзах М., 2022).

М. Лукашенко (2019), розглядаючи травматичні переживання війни як чинник девіантної поведінки, звернув увагу на те, що найбільш типовими формами девіантної поведінки у військовослужбовців є: делінквентна (протиправна), адиктивна (залежна), ауто- (суїцидальна) і гетероагресивна поведінка. Девіантна поведінка у здорових військовослужбовців є непатологічною формою і виникає в осіб, які діють внаслідок вибіркової

чутливості до певних видів психогенних впливів, що є наслідком крайньої неадекватності. Це гедоністичні, імпульсивні, саморуйнівні, емоційні або інтенсивно замкнуті реакції, засновані на потребі відчувати себе небажаними, а також реакції, мотивація яких невизначена.

У дослідженнях В. Мозгового (2018), який вивчав особистості військовослужбовців, схильних до злочинної поведінки у зв'язку з порушенням їх гендерного статусу і родинних зв'язків, він розглядав схильність військовослужбовців до кримінальної поведінки у зв'язку з можливим порушенням їх гендерного статусу і сім'ї. Автором встановлено, що найбільший відсоток військовослужбовців, схильних до деліквентної поведінки, припадає на осіб з недиференційованою гендерною ідентичністю. Визначено подальший напрямок роботи психолога, який спрямований на людей, які виросли без батьківської та материнської опіки і не мали людей, які могли б замінити їх у формуванні їх гендерної та особистісної ідентичності.

На думку колективу науковців, висока частка різноманітних форм девіантної та делінквентної, агресивної та адиктивної поведінки та їх поширеність серед військовослужбовців залежать від індивідуальних особливостей та психологічних особливостей. Будь-які прояви злочинності, особливо серед військовослужбовців у зоні бойових дій, можуть призвести до небойових втрат різного ступеня, нездатності виконувати поставлені завдання та зниження боєздатності всього підрозділу або окремого військовослужбовця (Бойко О.В., Кожевніков В.М., Романишин А.М., Чепур О.М., Яцентюк В.М., 2009).

Аналіз наукових підходів та досліджень із зазначених тем дав змогу визначити основні типи злочинної поведінки військовослужбовців:

- вживання алкогольних напоїв;
- вживання наркотичних речовин;

- боргові зобов’язання;
- самовільне залишення місця несення служби;
- бійки

Перші три типи призводять до залежності і характеризуються втратою військовослужбовців контролю над споживанням психоактивних речовин або бажанням розважитися. Адиктивна(залежна) поведінка — вид девіантної поведінки, розлади поведінки, що виникають внаслідок зловживання речовинами, що змінюють психічний стан людини (алкоголь, наркотики, токсичні речовини), у тому числі, залежність від ігор.

Залежна поведінка виражається в прагненні військовослужбовця відірватися від дійсності шляхом свідомої зміни свого психічного стану шляхом вживання певних речовин або концентрації на певному виді діяльності, що супроводжується сильними, суб'єктивно приємними емоційними переживаннями. У всіх різноманітних проявах адиктивна поведінка є по суті спотвореною формою адаптації, подолання страху, невпевненості, соціальної незахищеності, спробою самоствердження і може розглядатися як реакція на несприятливі умови життя і служби.

Серед факторів, що сприяють виникненню залежної поведінки, вирішальну роль відіграють соціально-психологічні фактори, що впливають на формування особистості та поведінки військовослужбовця, а саме (Романишин А. М & ін.,2023):

1) тривалі несприятливі умови життя, ситуації (проблеми соціального аспекту, невдоволення найближчим оточенням, непорозуміння і невдачі на роботі тощо);
2) емоційно-вольові розлади (імпульсивність, дратівливість, конфліктність тощо);

3) порушення сфери цінностей і норм (спотворене уявлення про сенс і мету життя);
4) прагнення подолати страх, ізолюватися від травмуючої, внутрішньо неприйнятної реальності, зняти напругу соціального контролю (особливо в умовах виконання військових завдань);
5) виховання в неповній сім'ї;
6) алкоголізм батьків;
7) аморальний спосіб життя батьків;
8) систематичні конфлікти в сім'ї;
9) систематичне застосування насильства в дитинстві з боку батьків, родичів, друзів;
10) судимість батьків;
11) незадовільні матеріально-побутові умови сім'ї;
12) вплив неформальної групи асоціальної орієнтації.

В більшості наукових досліджень підтверджено той факт, що найпоширенішою залежною поведінкою серед військовослужбовців є вживання алкогольних напоїв. Тому хочемо детальніше розглянути проблему перебігу алкогольної адикції в цілому.

Продром алкоголізму – це перехідна стадія між зловживанням алкоголем та захворюванням на алкоголізм, тобто це перед хвороба (Портнов, 2020).

Цю стадію називають ще побутовим пияцтвом. Фізіологічний механізм виникнення продрому алкоголізму такий. Постійна алкоголізація підвищує активність опіатних рецепторів (вони ніби вимагають все більш і більш призначених ним нейропептидів). У відповідь на це організм синтезує дедалі більше енкефалінів та ендорфінів. Така надлишкова стимуляція призводить до виснаження відповідних систем, і тоді кількість ендорфінів та енкефалінів у мозку катастрофічно знижується (Володько & Пакушина, 2018).

Суб’єктивно це сприймається людиною як стан нудьги, незадоволеності, тривоги, дратівливості. Тепер уже відсутність в організмі чергової дози алкоголю викликає в опіатних рецепторів своєрідний голод, що відображається у свідомості людини як бажання випити. Потяг до спиртних напоїв, нехай ще слабкий та легко переборюваний свідомістю, свідчить про початок захворювання: організм вимагає інтоксикації (тобто отруєння алкоголем) для підтримання нового, хворобливо зміненого балансу нейромедіаторів та нейропептидів (Hell et al., 2022).

Продром алкоголізму супроводжується поліпшенням настрою, високою активністю, гарною опірністю організму шкідливим впливам. Людина стає витривалішою. Вона може безладно харчуватися, вживати неякісну їжу, не висипатися, перевтомлюватися без будь-яких наслідків для здоров’я. Емоційний фон поведінки радісний, піднесений (адже людина здебільшого «напідпитку»). Спрощується процес становлення контактів із людьми, з’являються відкритість, привітність, приязність. Природно, що такий стан подобається людині, вона впевнена, що алкоголь їй не шкодить, а тільки йде на користь. Розуміючи, що «пити багато», що «пити треба в міру», оскільки інакше будуть неприємності, алкоголік-початківець неусвідомлено переглядає свої уявлення про те, що таке «пити багато». У період передхвороби (продрому алкоголізму) вже формується висока (порівняно зі звичайною) толерантність до алкоголю. Людина може випити у 2–3 рази більше своєї початкової дози без явищ алкогольного отруєння (Харківська & Прокопович, 2020).

Основною ознакою алкоголізму, що починається, є заперечення людиною фактів свого зловживання алкоголем. Небажання визнати, що вживання спиртного стало занадто частим, що неприємності, хуліганські дії під час сп’яніння, сварки та бійки, конфлікти є результатами випивки (а не спричинені

обставинами, що невдало виникли), це вже прояв анозогнозії, тобто симптому відмови хворого визнати себе хворим (Морозов & Іванець, 2021).

Слід сказати, що в період передхвороби людина ще може критично ставитися до тих, з ким вона п’є; людина ще спроможна відмовитися від випивки. Її, як і раніше, радує те, що звичайно надавало задоволення. Це означає, що стан сп’яніння ще не набув для неї найважливішого значення. Людина впевнена, що може обходитися без алкоголю, каже, що просто любить спиртне, але з будь-якої нагоди із задоволенням занурюється в стан сп’яніння. Дедалі частіше в неї трапляються випадки тяжкого сп’яніння, оскільки виникає бажання «добавити». Це прагнення посилити сп’яніння свідчить про те, що формується потяг до алкоголю, характерний першій стадії. Однак поки що бажання «добавити» контролюється: людина може стриматися, тобто потяг до алкоголю з’являється тільки в стані сп’яніння. На етапі продрому алкоголізму ще зберігаються почуття насичення алкоголем та блювотний рефлекс на передозування (Литвиненко, 2019).

Тривалість продрому алкоголізму може бути різною: вона значною мірою залежить від віку та особливостей особистості людини. Молодий вік – основна передумова швидкого переходу продрому в першу стадію алкоголізму. Тому в тих, хто почав зловживати спиртним до настання повної фізіологічної зрілості (21–22 роки), продром алкоголізму триває від півроку до 2 років. Для тих, хто почав зловживати алкоголем уже дорослою людиною, цей період може розтягнутися і до 5 років. Інколи продром алкоголізму триває 10 і навіть 20 та більше років. Це буває у тому випадку, коли під тиском обставин (вимоги рідних, умови роботи тощо) людина вимушена періодично знижувати рівень вживання, а потім повертатися за можливості до продрому алкоголізму. Якщо в людини достатньо розвинутий самоконтроль, вона сама (тобто без зовнішньої стимуляції у вигляді вимог оточення) може регулювати рівні вживання алкоголю від

продрому до помірного і навпаки. За таких умов алкоголізм не розвивається, однак внаслідок зловживання спиртним виникають соматичні захворювання: алкогольна кардіоміопатія («пивне», або «бичаче», серце); емфізема легенів; виразка шлунку, дванадцятипалої кишки, гастрит; панкреатит, гіпертонія, цироз печінки тощо (Rapsey et al., 2019).

Серйозно захворівши, людина звичайно припиняє вживати спиртні напої або знижує їх вживання до рівня незначного ступеня ризику. Якщо ж цього не відбувається, вона вмирає від соматичних захворювань, першопричиною яких є алкоголь (Шапочка & Фітькало, 2015).

Фізіологічним показником переходу продрому алкоголізму до першої стадії є підвищення легковживаної дози алкоголю в 3–4 рази порівняно з початковою, яка колись викликала сп’яніння. Відповідно пізніше спрацьовує й ефект насичення алкоголем у стані сп’яніння. Потім він поступово зникає, як і блювотний рефлекс на передозування (О.О. Сердюк та інш., 2015).

Життєрадісність та активність, що характерні перехідному етапі передхвороби, поки що зберігаються, але тепер людина частіше буває дратівливою, брутальною, може поводитися зухвало і нахабно. Незважаючи на її доброзичливий настрій (яким супроводжується стан ейфорії) в стані сп’яніння, вона інколи безцеремонно втручається в чужі розмови, нав’язливо привертає до себе увагу оточення, а інколи поводиться взагалі недоречно і нетактовно (Smeraldi et al., 2015). Це свідчить про зниження самоконтролю, надлишкову емоційність, розгальмованість потягів. На цьому етапі вже починають виникати конфлікти з оточенням, виявляються ознаки соціальної дезадаптації: сварки в сім’ї; інколи антигромадська поведінка в стані сп’яніння; прогули на роботі або за місцем навчання, зниження успішності, а потім і взагалі припинення навчання тощо (Haller, Wang, Bountress & Chassin, 2014).

Однак під час переходу від продрому до першої стадії алкоголізму швидкість зниження соціальної адаптованості здебільшого залежить від норм і вимог соціального середовища. Якщо пияцтво є звичним для того мікросередовища, де живе алкоголік-початківець, то хвороба формуватиметься швидше (Lewis-Laietmark et al., 2017). Якщо ж громадська думка засуджує зловживання спиртними напоями, то це звичайно примушує людину обмежувати себе. Вона ще намагається контролювати частоту пиятик та кількість спиртного, пробує приховати запах алкоголю, зберігає задовільну працездатність. Але тверезий стан стає дедалі більш болісним, а потяг до алкоголю зростає (Москаленко, 2020).

Важливою відмінністю першої стадії алкоголізму від передхвороби є потяг до алкоголю навіть у тверезому стані. Тепер уже людина ніколи не відмовляється від пропозицій випити і, крім того, сама починає шукати приводи до пиятики: організовує вечірки, поїздки за місто, запрошує родичів або друзів на недільний обід; охоче йде в гості туди, де буде спиртне. Очікування застілля з пиятикою викликає в неї радісне збудження (Koob, 2015). Якщо ж ці наміри не здійснюються або виникає якась перешкода, то людина стає дратівливою, гнівається, висловлює незадоволення. Вона здебільшого навіть не усвідомлює, що причина незадоволення – відсутність алкоголю, висуваючи звичайно інші претензії та звинувачення оточенню (Зав'ялов, 2020).

Межею між побутовим пияцтвом і алкоголізмом є момент трансформації групи основних симптомів:

Симптом узалежнення. Якщо для продрому алкоголізму характерний симптом бажаності алкоголізації, коли різні обставини (зустріч із приятелем, день народження співробітника, вдала купівля, просто наявність вільного часу та грошей) наштовхують на думку про пиятику, то в разі алкоголізму цей симптом перетворюється на патологічний. Патологічний симптом узалежнення від

алкоголю проявляється в тому, що думки про випивку стають нав'язливими, людина не може усунути їх зі свідомості, придушити обсесивний потяг до спиртного (Чулков, Григорян & Сінча, 2017).

Втрата кількісного контролю. Підвищення толерантності до алкоголю, яке виникає вже в продромі, супроводжується запізненням «включення» феномена насичення. Нагадаймо, що це проявляється в тому, що людина випиває спиртного в 3–4 рази більше порівняно зі своєю первісною дозою, яка раніше викликала сп'яніння. Захворівши на алкоголізм, людина практично втрачає контроль над кількістю випитого, виходячи за межу біологічної переносимості, що призводить до глибокого ступеня сп'яніння, інколи близького до коми (Короленко, 2017).

Втрата ситуаційного контролю. В продромі алкоголізму людині складно відмовитися від випивки. Особливо неприємно, коли доводиться згорнути застілля, що вже розпочалося. Однак, якщо цього вимагають обставини (наприклад, тільки-но розпочали відмічати день народження співробітника, як від начальства надійшло термінове завдання), людина ще здатна відмовитися від вживання спиртного. Межею захворювання необхідно вважати той момент, коли негативні емоції (почуття досади, розчарування, злості) за відмови від випивки перетворюються в неможливість відмовитися. Почавши пити, людина не може зупинитися, не звертаючи уваги на несхвальні погляди оточуючих (наприклад, на офіційній зустрічі, ділових переговорах), на зауваження дружини (наприклад, у гостях у родичів). У цьому проявляється симптом втрати ситуаційного контролю (Гавенко та ін., 2020).

Отже, критеріями алкоголізму є симптом узалежнення та симптоми втрати контролю. Очевидно, що наведені критерії є психологічними. Як правило, алкоголіки в першій стадії не потрапляють у поле зору лікарів та психологів. У відповідь на тривожні розпитування, а тим більш докори рідних (дружини,

матері), алкоголік-початківець намагається виправдовуватися, придумуючи ніби об’єктивні й поважні причини зловживання алкоголем. Розповідати про свої відчуття він не збирається, тому близькі люди можуть тільки здогадуватися про наявність захворювання, ретельно й об’єктивно аналізуючи свої спостереження та зіставляючи факти (Маркозова, 2016). Орієнтиром у цій кропіткій роботі можуть бути такі об’єктивні критерії:

- заперечення людиною того, що вона стала пити більше, ніж півроку рік тому;

- відмова визнавати, що її пиятики мають негативні наслідки (сварки з дружиною, неприємності на роботі, конфлікти з друзями, невиконання обіцянок, надмірна витрата грошей на випивку та організацію застілля тощо);

- прагнення пояснити ці негативні факти будь-якими іншими причинами, непов’язаними зі зловживанням спиртним;

- кількість вживаного алкоголю стає в 3–4 рази більшою, ніж первісна доза, яка раніше викликала сп’яніння;

- наявність хоча б двох-трьох випадків сп’яніння з наступною амнезією (Чулков, Григорян & Сінча, 2015).

У кінці першої стадії алкоголізму є помітними зміни в зовнішності людини. Вона не завжди чепурна, «підтягнута», з’являється неохайність в одязі. Обличчя набуває рожевого відтінку; трохи набрякле, пастозне, воно ніби «повніє». Очі втрачають яскравість. Волосся тьмяніє, скуйовджується. Голос стає гучнішим, грубішим, втрачає м’які інтонації, виразність. Під час розмови в людини виникають ускладнення у виборі слів, вона часто повторює стереотипні, шаблонні звороти мови, їй складно зосередитися й інтелектуально мобілізуватися (Володько & Пакушина, 2018).

Тривалість першої стадії алкоголізму в середньому коливається від одного до чотирьох років.

У другій стадії алкоголізму поведінка хворого й у стані сп’яніння, й в тверезому стані значно змінюється. Якщо раніше після вживання спиртного людина була веселою, рухливою, щедрою на вигадки, доброзичливою, привітною, то тепер картина інша. Емоції нестійкі; спалахи гніву і злобності виникають із найнезначнішого приводу; хворий стає прискіпливим, дратівливим, впертим. Притаманні раніше активність і рухливість замінюються метушливістю, безладністю дій, дезорганізацією поведінки (Портнов, 2020).

У тверезому стані думки хворого зайняті алкогольною темою, оскільки бажання випити присутнє постійно і для випивки вже не потребується будь-якого приводу. Загальне самопочуття погіршується, людина стає млявою, апатичною й виявляє активність тільки в тому випадку, якщо це необхідно для отримання алкоголю. Апетит відсутній, сон стає тяжким, неспокійним, ніби пунктирним, із частими пробудженнями, і не приносить відпочинку. Хворий прокидається вранці в злобному, похмурому настрої. Щоб поліпшити свій стан, людині вже необхідно прийняти алкоголь. Тепер вживання алкоголю практично не дає ефекту ейфорії (настільки цей ефект слабкий і короткочасний), і людина п’є тому, що її нормальне фізичне і психічне самопочуття неможливе без чергової дози. Тільки в стані сп’яніння алкоголік у другій стадії хвороби може відчувати апетит, добре спати, здійснювати сексуальні функції (Харківська & Прокопович, 2020).

Психобіологічний механізм описаних змін полягає в тому, що встановлюється алкогольний гомеостаз. Це означає, що як тільки звичний для алкоголіка рівень етанолу крові знижується, у людини виникає компульсивний (тобто фізичний, який іде від тіла і тому здебільшого непідвладний свідомості) потяг до алкоголю. Компульсивний потяг настільки сильний, що діє ніби проминаючи рівень свідомої регуляції поведінки, і реакція в цьому випадку фактично інстинктивна, так же як ми інстинктивно робимо вдих у разі зниження рівня кисню в крові (Чулков, Григорян & Сінча, 2015).

Формування компульсивного потягу до алкоголю, або, інакше кажучи, – виникнення вже фізичного узалежнення, свідчить про наявність абстинентного синдрому – основного критерію визначення другої стадії алкоголізму. Абстинентний синдром проявляється у стані гострого психічного та соматичного дискомфорту: тремтіння рук, «спрага, відраза до їжі, головний біль, пітливість, болісні відчуття у всьому тілі, пригнічений настрій, відчуття тривоги, остраху, нудьги. У хворого можна спостерігати буквально «вегетативну бурю» в період абстиненції, яка одразу ж припиняється після вживання алкоголю. Якщо алкоголь відсутній, то стан хворого загострюється і може виникнути алкогольний делірій («біла гарячка»). Це стан гострого психозу, коли людина поводиться як божевільна, бачить галюцинації й не доступна контакту (Литвиненко, 2019).

Другій стадії алкоголізму відповідає ще більш висока переносимість алкоголю: в 4–5 разів більше порівняно з первісною кількістю, що викликала сп’яніння. Захисний блювотний рефлекс на передозування цілком утрачений. Випадки сп’яніння з амнезією стають систематичними. Глибоке сп’яніння стає нормою поведінки. Людина може виконувати тільки некваліфіковану роботу, і то неякісно. Алкоголік у другій стадії дедалі більше втрачає зв’язок із реальністю. Йому нікого і нічого не потрібно, крім алкоголю. Навіть компанія пияків його не приваблює. Зауважимо, що алкоголіки на другій стадії вже не є колишнім веселим гуртом, що крокує вулицями у пошуках пригод або залюбки гомонить у дворі, як це було в першій стадії алкоголізму. Тепер алкоголіки, якщо й збираються, то тільки для того, щоб роздобути спиртне, разом випити, а потім компанія швидко розпадається і вони розходяться, занурені самі в себе (Сердюк & Бурлака, 2015).

На другій стадії алкоголізму відбуваються подальші зміни зовнішності хворого. Рожевуватий відтінок шкіри обличчя переходить у застійну червоність або блідість, на тлі якої проступають червоні прожилки дрібних кровоносних

судин. Обличчя ще більш пастозне, часто одутле невиразне. Міміка примітивна, лінія рота ніби розпущена внаслідок розслабленості кругового м’яза рота; нижня губа відвисає.

Людина деградує не тільки особистісно, а й психічно. У молодому віці ця стадія звичайно триває півтора – два роки, оскільки хворий або починає лікуватися, або гине внаслідок травми (бійка, автомобільна катастрофа) чи самогубства (Чулков, Григорян & Сінча, 2015).

У разі продовження вживання спиртних напоїв настає третя стадія алкоголізму, яка характеризується повним розпадом особистості людини та виснаженням усіх психофізіологічних функцій.

Синдром психічного узалежнення від алкоголю змінюється через поглиблення та посилення фізичного узалежнення. Алкоголік приймає етанол, щоб зменшити фізичний дискомфорт. Толерантність до спиртного знижується, і тепер уже людина швидко п’яніє, доходячи до тяжких станів інтоксикації навіть від малих доз. Хворі в третій стадії часто вживають сурогати, бо вони за меншої кількості випитого дають більший ефект сп’яніння. Амнезії майже постійні, глибокі та стійкі. В цій стадії алкоголік п’є запоєм: 3–4 дні безперервного вживання алкоголю чергуються з 10–15 днями так званого світлого проміжку. Може бути й навпаки (Сердюк & Бурлака, 2015).

Особистість хворих нівелюється, алкоголіки в третій стадії навіть зовнішньо схожі один на одного: спустошені, байдужі до оточення, з явними ознаками недоумкуватості. Фіксуються такі органічні симптоми недоумкуватості, як погіршення пам’яті, зниження критичності, загальні порушення складу особистості. Неврологічна симптоматика загострюється, можуть з’явитися системні порушення, мозкові синдроми, порушення координації рухів тощо (Бондарчук, 2016).

Алкоголіки в третій стадії обов’язково мають соматичні захворювання: цироз печінки, виразка шлунку, серцево-судинні захворювання тощо. У них спостерігаються часті судинні порушення з наступними паралічами та парезами. Крім того, у цих хворих украй знижена опірність організму, в результаті чого вони вмирають не стільки від інфаркту, інсульту та інших небезпечних для життя хвороб, скільки від звичайних, як правило, виліковних захворювань: грип, запалення легенів тощо. Третя стадія алкоголізму в середньому формується через 8–10 років після початку зловживання (Баюрка та ін., 2017).

О. Артеменко (2017) запропонував типологію особистості військовослужбовця-злочинця. Він виявив, що другим за поширеністю типом злочинців у військовій структуріструктурі є військовий алкоголік. Ця група становить 20% військовослужбовців. Вони вчиняють злочини, тому що не хочуть терпіти труднощі військової служби. Вживаючи алкоголь, вони намагаються на час відволіктися від цієї нелегкої реальності, яка інколи загрожує їхньому життю та здоров’ю, і досягти свого роду душевного розслаблення.

Вживаючи алкоголь, вони намагаються тимчасово дистанціюватися від важкої, а часом і небезпечної для життя та здоров’я дійсності, щоб досягти хоч якогось душевного полегшення.

Ці люди мають стійкий підхід до вживання алкоголю, який зазвичай виробляється задовго до призову в армію. Часто їх попередній спосіб життя був аморальним і антисоціальним. Деякі з них не мали достатнього доходу і в більшості випадків навіть не хотіли задовольняти свою потребу в алкоголі. Майже всі вони не були добровольцями, а були призвані за частковою мобілізацією. Новим способом підвищення соціального статусу для цих людей став примусовий призов. Проте, як показує практика, вони користуються цією можливістю на свій розсуд і продовжують вести аморальний спосіб життя.

Злочинці мають специфічні інтереси, несумісні з військовою службою, військовими обов'язками та дисципліною (Артеменко О. М. (2017).

Зловживання алкоголем може в кінцевому підсумку призвести до алкогольної залежності. Вважається, що алкоголізм є однією з найпоширеніших форм девіантної поведінки, яка негативно впливає на особистість військовослужбовця та його соціальне оточення (сім'я, колеги по роботі, друзі). Вживання алкогольних напоїв призводить до порушення сну, зниження швидкості реакції та працездатності, що призводить до незворотних процесів, особливо при виконанні службових (бойових) завдань.

Висновки до розділу 1

В результаті теоретичного аналізу нами було визначено, що найбільш типовими проявами делінквентної поведінки військовослужбовців є вживання алкогольних напоїв, вживання наркотичних речовин, самовільне залишення місця несення служби, бійки. Також встановлено, що найпоширенішою адиктивною поведінкою серед військовослужбовців є вживання алкогольних напоїв..

Узалежнена (адиктивна) від алкоголю поведінка – це прогредієнтне захворювання, що визначається патологічним потягом до спиртного, психічною і фізичною залежністю, розвитком дисфункціонального стану при припиненні вживання алкоголю, а в тяжких формах і стійкими сомато вегетативними розладами та психічною деградацією. Вона має різноманітні фактори ризику виникнення, серед яких генетичні, фізіологічні, культурно-етичні, соціальні, сімейні, тощо. Складність профілактики узалежненої поведінки полягає саме в різноманітності індивідуальних тригерних факторів, та впливів зовнішньої середи на особистість, які необхідно враховувати при розробці комплексу профілактичних заходів. На наш погляд, ефективними засобами психологічної

профілактики узалежненої від алкоголю поведінки можуть стати підвищення стресостійкості та покращення обізнаності із принципів здорового образу життя.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ УЗАЛЕЖНЕНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Аналіз організації та методів дослідження

З метою виконання завдань нашого дослідження, ми обрали наступні методики вивчення стану алкогольної залежності:

1. **Тест AUDIT-C** дозволяє виявити осіб, які зловживають алкоголем або мають розлади, пов'язані з вживанням алкоголю (включаючи зловживання алкоголем або залежність).

2. **Тест на алкогольну залежність Університету штату Мічиган (MAST)**

В той же час найбільш точним та показовим тестом саме для ранньої діагностики алкогольної залежності, який показав майже 98% ефективність є MAST тест. Методика розроблена 1971 року в університеті штату Мічиган MAST (Michigan Alcohol Screening Test). Сучасна версія MAST складається з 24 питань, що передбачають вдумливі та виважені відповіді.

3. **Шкала тривоги Спілбергера (STAI)**

Шкала тривоги Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Методика була розроблена в 1970 році.

4. **Тест життєстійкості С. Мадді**

Тест життєстійкості є адаптацією опитувальника Hardiness Survey, розробленого американським психологом Сальваторе Мадді.

5. **Тест на самооцінку стану фізичного, психічного та соціального здоров’я (за В. Степановим)**

Поняття «ставлення до здоров'я» являє собою систему індивідуальних, виборчих зв'язків особистості з різними явищами навколишньої дійсності, які сприяють або, навпаки, загрожують здоров'ю людей, а також визнвчає оцінку індивідом свого фізичного і психічного стану.

Опитувальник «Ставлення до здоров'я» складається з 10 питань, які можуть бути розподілені за чотирма шкалами:

• когнітивної;

• емоційної;

• поведінкової;

• ціннісно-мотиваційної.

Статистична обробка даних проводилась за допомогою програми Excel. Статистичну вірогідність різниці показників перевіряли за допомогою кутового перетворення Фішера (критерія Фішера). Розрахунок критерію Фішера проводимо за допомогою програми Excel за стандартними формулами. Ми вважали статистично достовірними результати, при обчислених рівнях $p<0,05$ та $p<0,01$, які знаходили за стандартними таблицями.

Для порівняння параметричних даних (після перевірки кількісних даних на нормальний розподіл) визначали t-критерій Стьюдента для 2-х незалежних вибірок.

До вибірки нашого дослідження увійшли військовослужбовці – учасники бойових дій, які на момент дослідження не перебувають в зоні бойових дій. Кількість досліджуваних – 46 осіб, серед низ 32 чоловіки та 14 жінок віком від 31 до 47 років.

2.2. Аналіз отриманих результатів

За тестом на алкогольну залежність AUDIT ми отримали наступні результати (рис. 2.1)

За нашими даними у досліджуваній групі середній склав 5,89 ± 1,99 балів, найбільш вираженим був середній показник ризику для здоров'я (56,6%), на другому місці низький показник ризику (21,2%), на третьому – високий (15,8%).

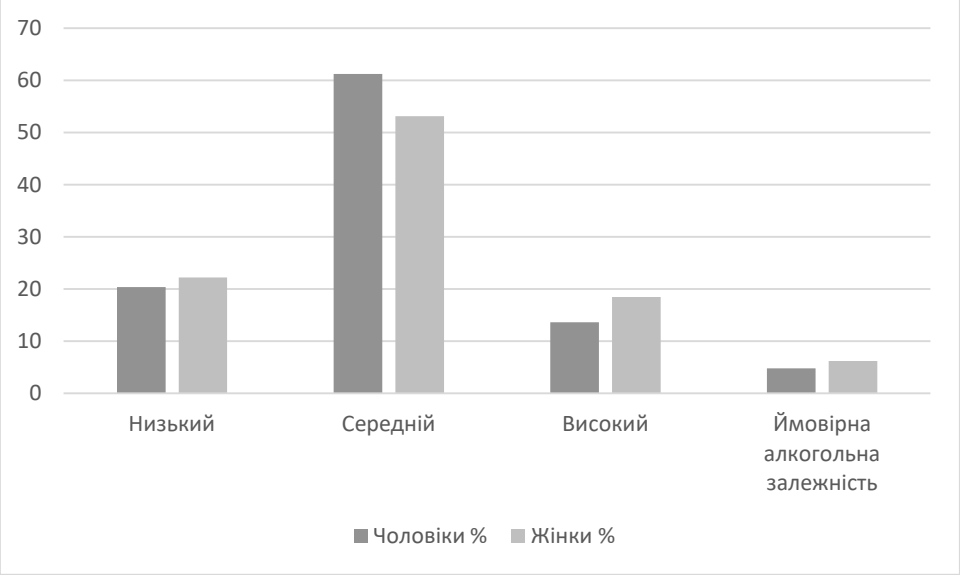


Рис. 2.1. Результати тесту AUDIT у військовослужбовців в залежності від статі

У 5,4% досліджуваних ми відмічаємо ймовірну наявність алкогольної залежності.

При аналізі статевих особливостей, ми відмічаємо, що у чоловіків-військовослужбовців більш виражені показники середнього ризику для здоров'я (61,2% проти 53,1 % у жінок-військовослужбовців), у жінок-військовослужбовців відмічається перевага високого ризику для здоров'я (18,5% проти 13,6% у чоловіків-військовослужбовців). Однак, ця різниця не підтверджується статистично, тобто не є достовірною ($p>0,05$). Наші результати в основному співпадають з деякими дослідженнями, так і доповнюють дані, отримані іншими авторами.

За результатами MAST тесту ми отримали наступні результати (рис.2.2.):

В досліджуваній групі більше половини осіб мають загрозливий стан виникнення алкогольної залежності (51,1%), при чому трохи більше відсоток критичних показників у жінок-військовослужбовців (53,1% проти 49,5% у чоловіків-військовослужбовців).

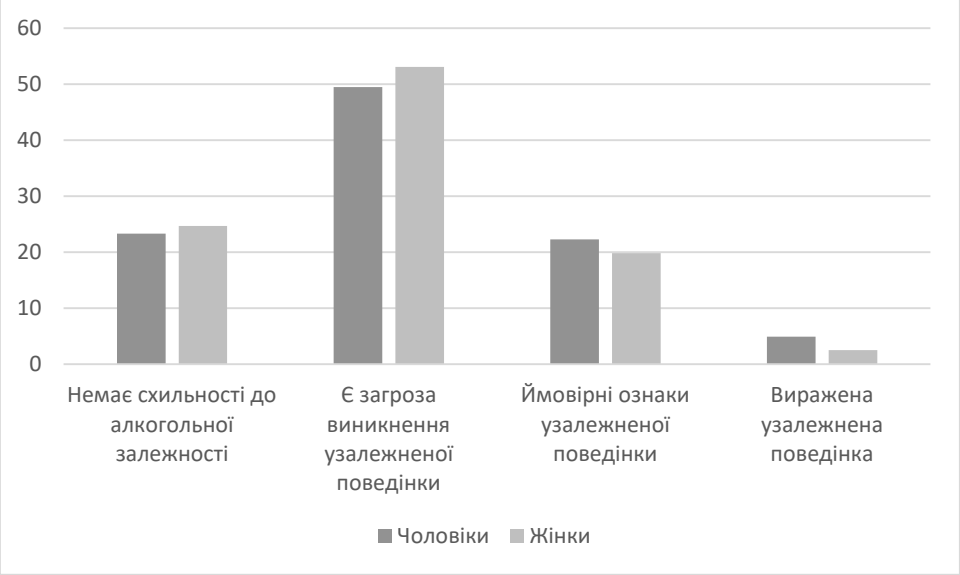


Рис. 2.2. Результати дослідження схильності до алкогольної залежності військовослужбовців за MAST тестом (%) в залежності від статі

Приблизно чверть досліджуваних (23,9%) немає схильності до алкогольної залежності, при чому статевих відмінностей не виявлено. Також визначено, що 21,2% досліджуваних мають ймовірні ознаки узалежненої поведінки, при деякій переваги цього показника у чоловіків-військовослужбовців (22,3% проти 19,8% у жінок-військовослужбовців). Найменший відсоток досліджуваних виявили ознаки узалежненої поведінки (3,9% у чоловіків-військовослужбовців та 2,5% у жінок-військовослужбовців). Ми не знайшли суттєвої, статистично достовірної різниці в показниках схильності до алкогольної залежності у осіб відповідно статі ($p>0,05$).

Настопним етапом дослідження був орозподіл нашої вибірки на три групи відповідно показникам схильності до узалежнення на основі даних MAST тесту та враховуючи стать досліджуваних.

Перша група – це учасники бойових дій, у яких немає схильності до алкогольної залежності. Друга група – учасники бойових дій з загрозою виникнення узалежненої поведінки. Третя група – досліджувані з ймовірними та вираженими ознаками алкогольної залежності.

Таким чином, ми мали можливість проаналізувати показники тривожності за шкалою тривоги Спілбергера (STAI).

В результаті, було встановлено, що для всієї вибірки характерний середній рівень тривожності, що цілком логічно, враховуючи вид діяльності досліджуваних та те, що переважна більшість з них перебували в зоні бойових дій, отримали поранення.

Таблиця 2.1.

Результати порівняння показників тривожності за шкалою STAI в групах ризику у чоловіків і жінок-військовослужбовців

Група ризику	Чоловіки	Жінки	t_{st}
Не схильні до алкогольної залежності	11,8±4,5	27,4±6,3	2,01*
Загроза виникнення алкогольної залежності	47,1±8,7	56,5±11,0	0,74
Ймовірна алкогольна залежність	31,6±8,1	35,9±9,7	0,34

*($p<0,05$)

За нашими даними, найбільший показник тривожності спостерігається у військовослужбовців з загрозою виникнення узалежненої поведінки. Найменший показник у військовослужбовців, не схильних до алкогольної залежності, мають низький рівень тривожності. Цікаво, що у дорослих військовослужбовців з

ймовірною чи вираженою ознакою алкогольної залежності рівень тривожності проявляється на середньому рівні. При цьому, у груп не схильних до розвитку залежності та із загрозою виникнення узалежненої поведінки різниця показників статистично достовірна ($p<0,05$).

Розглядаючи статеві особливості, ми встановили, що у жінок-військовослужбовців рівень тривожності дещо вищий, ніж у чоловіків-військовослужбовців, як у групі з ймовірною чи вираженою залежністю, так і у групі з загрозою виникнення залежності. При цьому, зазначена різниця не є статистично достовірною. В той же час, різниця рівня тривожності в групі військовослужбовців, не схильних до розвитку алкогольної залежності у жінок-військовослужбовців та у чоловіків-військовослужбовців є статистично достовірною ($p<0,05$).

Отже, за нашими даними у жінок-військовослужбовців більш виражений рівень тривожності, ніж у чоловіків-військовослужбовців, а показники рівня тривожності за групами ризику на те, що тривожність є одним з факторів розвитку узалажнення.

Таблиця 2.2

Результати порівняння показників за тестом життєстійкості С.Мадді у військовослужбовців груп ризику

Показник	Не схильні до розвитку залежності	Є ризик виникнення залежності	Ймовірна наявність залежності	Норма
Життєстійкість	26,8±3,31	18,4±3,01*	10,4±1,04**	24,62 ± 6,89
Залученість	9,07±2,04	7,07±1,88	4,11±2,00*	8,82 ± 2,59
Контроль	8,02±2,77	5,33±1,02	2,76±1,19*	8,12 ± 2,46
Прийняття ризику	9,11±3,01	7,21±2,03	3,18±1,21*	7,68 ± 2,64

(*$p<0,05$; **$p<0,01$)

Наступним кроком було проведення тесту життєстійкості С.Мадді, в результаті чого були отримані наступні результати (табл. 2.2).

За результатами нашого дослідження у групі військовослужбовців, не схильних до розвитку алкогольної залежності, показники життєстійкості, залученості, контролю та прийняття ризику суттєво не відрізняються від показників норми ($p>0,05$). В той же час ми спостерігаємо статистично достовірну різницю в сторону зниження показників життєстійкості в групі військовослужбовців з ризиком виникнення узалежненої поведінки. Зниження показників залученості, контролю та прийняття ризику не є статистично значущим.

В групі з ймовірним розвитком алкогольної залежності, ми спостерігали статистично достовірну різницю при порівнянні з нормою в сторону зниження за всіма шкалами методики.

Отже, відповідно отриманим результатам, значущими є зміни показника життєстійкості, які знижуються в групі з ризиком виникнення узалежненої поведінки та вдвічі - в групі з ймовірним розвитком залежності. Інші показники або не є статистично значущими, або результати не є критичними.

Що стосується наступної методики - «Ставлення до здоров'я», нами були отримані наступні результати.

Отже, в результаті статистичного порівняння попарно показників ставлення до здоров'я досліджуваних груп ризику, ми визначили, що у групи військовослужбовців, не схильних до розвитку залежності, характерний середній рівень всіх показників. Цікаво, що в групі з ризиком виникнення залежності емоційна складова ставлення до здоров'я вища за середній показник та вища за показник в групі військовослужбовців, не схильних до розвитку залежності (однак, нестатистично значущо). Крім того, статистичне порівняння показників за всіцма шкалами вказує на відсутність статистичної значущості між

показниками ставлення до здоров’я у різник груп ризику. Іншими словами, можемо говорити про те, що емоційна складова ставлення до здоров’я не залежить від ризику виникнення узалежненої поведінки

Таблиця 2.3

Порівняння показників за опитувальником «Ставлення до здоров’я» у військовослужбовців груп ризику

Шкала	Не схильні до розвитку залежності	Є ризик виникнення залежності	Ймовірна наявність залежності	t_{st}1-2	t_{st}1-3	t_{st}2-3
когнітивна	3,81±1,22	2,43±0,54	1,44±0,54	0,82	1,78*	0,77
емоційна	3,37±1,09	4,12±0,61	1,37±0,51	0,48	1,67*	2,25
поведінкова	4,06±0,87	3,17±0,52	1,79±1,00	0,63	1,71*	0,92
ціннісно-мотиваційна	4,11±1,35	2,24±0,43	1,15±0,63	1,22	1,99*	1,13

Що стосується інших показників, для групі військовослужбовців з ймовірним розвитком алкогольної залежності у порівнянні з показниками групи військовослужбовців, не схильних до розвитку залежності, виявлено статистично значущу різницю показників за всіма шкалами в сторону зниження зниження показників за всіма шкалами здоров’я.

Що стосується результатів порівняння показників групи військовослужбовців, які мають ризик виникнення алкогольної залежності з показниками групи з ймовірною залежністю ми відмічаємо, що показники останньої менші за показники групи військовослужбовців із загрозою виникнення залежності, проте ця різниця не є статистично значущою.

Отже, ми дійшли висновку про те, що негативні зміни ставлення до здоров'я за всіма показниками характерні для військовослужбовців, у яких спостерігається ймовірність розвитку залежності, та частково – для тих, хто знаходиться в групі ризику виникнення узалежненої поведінки. Відповідно, профілактична робота щодо підвищення позитивного ставлення до власного здоров'я на цих етапах має позитивно вплинути на зниження інтенсивності розвитку узалежненої поведінки.

Після проведення Бостонського тесту вивчення стресостійкості були отримані наступні результати:

Таблиця 2.4.

Порівняння показників стресостійкості у військовослужбовців груп ризику

Група ризику	Чоловіки	Жінки	t_{st}
Не схильні до розвитку залежності	19,5±4,8	24,4±5,1	0,69
Є ризик виникнення залежності	56,2±8,7	53,4±9,5	0,22
Ймовірна алкогольна залежність	30,9±3,1	35,1±4,7	0,74

За результатами нашого дослідження у групі військовослужбовців, не схильних до розвитку зловживання алкоголем, показники стресостійкості знаходяться в межах нормального показника. В той же час ми спостерігаємо статистично достовірне зниження показників стресостійкості в групі дорослих осіб з ризиком виникнення узалежненої поведінки на рівнф значущості $p<0,01$. Низький показник стресостійкості в групі з загрозою виникнення узалежненої поведінки вказує на можливий зв'язок між психологічною стійкістю особистості

до стресу, точніше, її відсутністю та ймовірним виникненням адиктивної поведінки.

У військовослужбовців з ймовірним розвитком узалежненої від алкоголю поведінки ми спостерігали підвищений рівень показників тесту, що говорить про сильний вплив стресу на життя людини,.

Отже, за нашими результатами, стійкість до стресів у людей із загрозою виникнення адиктивної поведінки є високою, однак, відмічається підвищення показнника стресостійкості у досліджуваних з імовірним розвитком узалежненої поведінки. Подібний факт може бути пояснений незначним антистресовим впливом алкоголю на особистість, в якої формується адиктивна поведінка.

Висновки о розділу 2

За даними тесту AUDIT у військовослужбовців найбільш вираженим є середній та низький показник показник ризику для здоров’я. В результаті дослідження також виявлено, що більше, ніж у половини військовослужбовців є ймовірність розвитку адиктивної поведінки.

За результатами MAST тесту виявлено, що більше половини досліджуваних осіб мають загрозливий стан виникнення зловживання алкоголем, загроза не виявлена у приблизно чверті досліджуваних, така сама кількість досліджуваних досліджуваних мають ймовірні ознаки адиктивної поведінки.

За тестом STAI, найбільший показник тривожності спостерігається у осіб з загрозою виникнення адиктивної поведінки Найменший показник тривожності у осіб, не схильних до зловживання

За результатами Бостонського тесту на стресостійкість у групі дорослих осіб не схильних до розвитку зловживання алкоголем показники стресостійкості знаходяться в межах нормального показника. В той же час ми спостерігаємо статистично достовірне зниження показників стресостійкості в групі

військовослужбовців з ризиком виникнення узалежненої поведінки. В групі військовослцжбовців з ймовірним чи вірогідним розвитком узалежненої від алкоголю поведінки ми спостерігали підвищений рівень показників тесту.

За отриманими даними, шкали ставлення до здоров'я у групи дорослих осіб не схильних до розвитку узалежненої поведінки знаходяться на середньому рівні. В групі з ризиком виникнення зловживання алкоголем емоційна складова ставлення до здоров'я більше середнього показника та показника в групі осіб не схильних до розвитку узалежненої від алкоголю поведінки.

У групі військовослужбовців з ймовірним або явним розвитком узалежненої від алкоголю поведінки ми спостерігаємо зниження показників за всіма шкалами здоров'я, при чому воно є статистично значущим при порівнянні із показниками групи військовослужбовців, не схильних до розвитку зловживання алкоголем.

РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПРОФІЛАКТИКИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Теоретичні засади розробки програми профілактики і корекції адиктивної поведінки військовослужбовців

Найбільш точно визначають наявність та стадію узалежненої від алкоголю поведінки біохімічні тести (в тому числі генетичні аналізи), та вони мають свої недоліки, головним з яких є їх велика вартість, за економічним фактором вони абсолютно не підходять для масового скринінгу населення та виявлення груп ризику, яким ми маємо можливість допомогти методами психологічної корекції. Так, Сосін, Сквіра, Міцура, Чуєв & Гончарова (2016) вказує на збільшення при алкогольній залежності показників білірубіну, тимолової проби, АСТ і співвідношення АСТ/АЛТ, γ-ГТП, ЛФ, ХС при значному зниженні протромбінового індексу. Більш точним маркером зловживання алкоголем є аналізи стану ферментної системи: рівнів алкогольдегідрогенази, цитохромів Р450 та інш. В той же час тільки вартість тільки біохімічних аналізів складає 2000 – 2500 грн на одну людину, вартість же досліджень спектру ферментів та генетичні аналізи мають ще більшу вартість (в декілька разів), отже для масового скринінгу стану населення вони не придатні та поки що мають виключно наукове значення.

Існує досить обмежена кількість методів психологічної діагностики узалежненої від алкоголю поведінки. Серед них найвідомішими є тести AUDUT, MAST, які ми використовували у власному дослідженні, вони описані більш детальніше далі в тексті. В той же час використовуються такі тести як CAGE (Cut, Annoyed, Guilty, Eyeopener), який вважається менш точним, ніж попередні, тест RAFFT, який є дуже лаконічним та не надає більш точних результатів, ніж попередні. Тест «Клітка» є вітчизняною сумішшю тестів MAST та RUFFT. А тест

SOGB не знайшов широкого вжитку, тому що не показав більшої точності, ніж описані нами MAST та AUDIT.

В той же час встановити стадію узалежненої від алкоголю поведінки, відокремити узалежнену особу від тої, що тільки зловживає алкоголем, чи має схильність до його вживання є вкрай важливим в роботі практикуючого психолога. Так, психолог К. розповідав про свого пацієнта, який мав залежність від алкоголю та важко піддавався корекції. Його направили до відомого психотерапевта, який проводив колективні сеанси психотерапії за авторською методикою. Реакція хворого була у фразі «що він там верзе?». Після сеансу він вийшов на перон, очікуючи електричку, побачив бочку з пивом, встав у чергу й взяв три бокали, бо дуже бажав випити. Повз нього пройшли люди з того ж сеансу. «Ти п'єш?» - спитали в нього. «П'ю!» - той відповів. «І живий?» - з недовірою перепитали. «Живий!». За ним у чергу стала вся група. На наш погляд, помилка була не у психотерапевта, а у спеціалістів, які направив людину із третьою стадією алкоголізму на лікування тим методом, який не може допомогти в цьому стані.

Отже, критично важливим для практичного психолога є орієнтація в двох питаннях: наявність ознак узалежненої від алкоголю поведінки у клієнта та при їх наявності – стадія патологічного процесу, що є основою для вибору методів роботи з дорослою особистістю. В той же час в стадії узалежненої поведінки ми маємо можливість орієнтуватись виключно на даних нашої бесіди, тобто зборі анамнестичних даних та наявності певної симптоматики.

Профілактичні заходи з запобігання виникнення зловживання алкоголем мають певні особливості:

1. Первинна профілактика має виражену соціальну спрямованість, для її реалізації необхідна координація зусиль державних органів влади, охорони здоров'я, просвітницьких та волонтерських організацій, вона включає надання

інформації широким верствам населення, незалежно від їх ставлення до алкоголю. Необхідно створювати в суспільстві неприйняття вживання алкоголю, як культурного феномену та засобу спілкування, створювати традиції здорового образу життя, активно їх пропагандувати (Воднік, 2014).

2. Вторинна профілактика (короткочасне втручання) включає визначення груп ризику із вживання алкоголю, важливо розуміти, що в цю групу можуть ввійти й особи, у яких узалежнена від алкоголю поведінка лише в початковій формі. Для цієї категорії важливим стає індивідуальна чи групова психологічна допомога, звертання до медичних закладів, консультації психотерапевта чи нарколога (Пакушина, 2018).

3. Спеціалізоване лікування включає більш інтенсивне втручання та терапію, спрямовану на детоксикацію, лікувальні програми у стаціонарних чи амбулаторних умовах. Це – профілактика соціальних та медичних наслідків зловживання алкоголем, яка потребує уваги якісних спеціалістів (Карачевський, 2018).

З огляду на це, вкрай важливим стає саме раннє виявлення категорій осіб, які є загрозливими в плані виникнення узалежненої від алкоголю поведінки. Чим раніше буде діагностовано ймовірність розвитку залежності, тим ефективніше та економічно вигідніше будуть профілактичні заходи (Шапочка & Фітькало, 2015).

Виявлення та діагностика узалежненої від алкоголю поведінки будується на загальних принципах медичної діагностики. Вони включають збирання скарг, анамнезу, проведення медичного обстеження (визначення соматичного та неврологічного стану), оцінку психічного стану, лабораторну діагностику, методи скринінгу та психологічного інтерв'ювання. Відповідно до сучасних уявлень клінічної наркології успішне лікування зловживання алкоголем можливе на ранніх етапах хвороби, коли ще відсутні важкі (компульсивні) порушення потягу, некеровані запої, грубі антисоціальні порушення поведінки, психози та

недоумство. Тому проблема раннього виявлення залежності від алкоголю, проведення диференційованих лікувально-профілактичних втручань є однією з найбільш важливих, складних та актуальних (Баюрка та ін., 2017).

Разом з тим, в силу наявних міфів у суспільній свідомості і сформованого негативного ставлення до хворих на алкоголізм, дорослі люди часто приховують наявні у них проблеми з алкоголем, ухиляються від первинного звернення до психолога чи нарколога. При цьому симптоми залежності маскуються соматичними, неврологічними і вегетативними порушеннями, а наркологічна патологія залишається невиявленою. В полі зору психіатра-нарколога більшість пацієнтів з узалежненою від алкоголю поведінкою потрапляють на етапах розгорнутої стадії хвороби, коли виникають серйозні соціальні, сімейні чи клінічні (епіприпадки, психози) проблеми. У той же час, накопичені наукові знання дозволяють виявляти алкогольну залежність на ранніх етапах розвитку хвороби, та навіть виявляти загрозливу групу населення, у яких залежність ще не розвинута, але є високий ризик її виникнення (Пакушина, 2018).

В роботі психолога є достатньо точний механізм виявлення ризику розвитку чи початкової стадії узалежненої від алкоголю поведінки. При первинному прийомі це по-перше бесіда. Важливо пам’ятати, що розвиток узалежненої від алкоголю поведінки відбувається непомітно для самого пацієнта в силу включеності їх у патологічний процес. Усвідомлення хвороби запізнюється, а то й зовсім не відбувається. Цьому сприяють відсутність психологічної культури з наркологічних проблем (відсутність знань), механізми психологічного захисту, перешкоджають проникнення негативної інформації у свідомість, цьому сприяє і сама клініка залежності, що характеризується розбудуванням свідомості у формі деперсоналізації, що загалом створює відому в наркології проблему "алкогольної анозогнозії". Тому психологу необхідно розмову проводити делікатно, спочатку важливо, використовуючи відкриті

питання, «підлаштуватися» до пацієнта та встановити з ним психологічний контакт (Панок, 2017).

Співчуття пацієнтові у його скаргах, емпатія, що виявляється у вербальних і, що ще більш важливо, невербальных сигналах, сприяє встановленню психологічного контакту з пацієнтом. Конгруентність (розбіжність між словами та почуттями, проявляється зовні у вигляді невербальних сигналів) лікаря зведе нанівець всі зусилля щодо встановлення терапевтичного альянсу, бо пацієнт так само, як і психолог, а часом і більш зацікавлено вивчає свого співрозмовника і від нього не сховається найменша фальш у поведінці психолога. Якщо на початку бесіди проблеми зловживання алкоголю не розкриваються самим пацієнтом, то розмова з пацієнтом може будуватися за класичною схемою, в ході якої послідовно виявляються його скарги, з’ясовується анамнез життя, професійний, сімейний анамнез, перенесені захворювання, після чого плавно можна перейти до питань про куріння та вживання алкоголю пацієнтом (Czapla et al., 2015).

При цьому треба звернути увагу на ознаки хронічної алкогольної інтоксикації, які можна визначити за зовнішнім виглядом, манерою поведінки пацієнта і стану скарг на здоров’я. Типовими зовнішніми проявами узалежненої від алкоголю поведінки є «пом’ятий» зовнішній вигляд пацієнта, одутлість або почервоніння обличчя з розширеною мережею капілярів на щоках, крилах носа, венозне повнокров'я очних яблук, рихлість і кровоточивість ясен, пітливість шкіри, тремор повік, язика, витягнутих пальців рук. Для поведінки осіб, які зловживають спиртним, характерні або підвищений настрій, фамільярність, відсутність відчуття дистанції, чи дратівливість, дисфорія, депресія. У скаргах часто відзначають безсоння (Чулков, Григорян & Сінча, 2015).

Крім того в наявності психолога є певна кількість тестів та опитувальників, які допомагають виявити наявність чи схильність до узалежненої від алкоголю поведінки.

Здоров’я — це неоціненний дарунок природи, воно дається не навічно, його треба берегти. Але здоров’я людини багато в чому залежить від неї самої, від її способу життя, умов праці, харчування, її навичок... (Самодай, 2013).

У своїй дослідженні Супрун (2010) не тільки проводить досить детальний аналіз відомих поглядів, визначень та підходів до поняття здоров’я. На її думку, на сьогодні усе більше утверджується точка зору, відповідно до якої здоров’я визначається взаємодією біологічних та соціальних чинників, тобто зовнішні впливи опосередковані особливостями функцій організму та їх регуляторних систем. Автор розглядає також важливі психологічні чинники здоров’я: когнітивні, емоційні та поведінкові компоненти.

Поняття «здоров’я» нерозривно пов'язане з поняттям «здоровий спосіб життя». З філософської точки зору «спосіб життя» — це поняття, яке характеризує особливості повсякденного життя людей (Яновська, 2018). Воно охоплює працю, побут, форми використання вільного часу, задоволення матеріальних та культурних потреб, участь у суспільному та політичному житті людей. Отже, здоровий спосіб життя — це спосіб життєдіяльності, спрямований на збереження та покращення здоров’я людини (Марценюк, 2014).

Формування здорового способу життя сьогодні має стати комплексною, системною та цілеспрямованою діяльністю науковців, органів державної влади та місцевого самоврядування, громадських організацій, сім’ї, інших соціальних інститутів, яка буде безпосередньо спрямована або опосередковано стосуватиметься формування, збереження, зміцнення, витрачання, відновлення і передачі здоров’я молодого покоління (Танасійчук, 2020).

Спосіб життя людини значною мірою зумовлений соціальними та екологічними умовами, але в той же час він залежить від мотивів діяльності людини, від особливостей її психіки і функціональних можливостей організму. Цим, зокрема, пояснюється реальна різноманітність варіантів способу життя

різних людей. Спосіб життя включає три категорії: рівень життя, якість життя і стиль життя (Оржеховська & Єжова, 2010).

Рівень життя — це передусім економічна категорія, яка відображає міру задоволення матеріальних, духовних і культурних потреб людини (Коробка, 2015).

Якість життя — це ступінь комфорту в задоволенні людських потреб (переважно соціальна категорія) (Ягенський, Hofer, Січкарук & Oldridge, 2013).

Стиль життя характеризує поведінкові особливості життя людини, тобто ту модель, яка відображає психологію і психофізіологію особистості (соціально психологічна категорія) (Оржеховська & Єжова, 2010).

Найкращим чином взаємозв'язок між способом життя і здоров'ям розкривається в понятті «здоровий спосіб життя» (ЗСЖ). Здоровий спосіб життя об'єднує все, що сприяє виконанню людиною професійних, громадських і побутових функцій в оптимальних для здоров'я умовах і виражає зорієнтованість діяльності особистості у напрямі формування, збереження і зміцнення свого здоров'я. Під здоровим способом життя зазвичай розуміємо усвідомлене, відповідальне, активне ставлення до власного здоров'я, метою якого є формування, збереження і зміцнення всіх складових здоров'я (Лисенко, 2017).

Підсумовуючи сказане, можна дійти висновку, що в основі способу життя лежать як біологічні, так і соціальні принципи.

До біологічних належать такі:

– спосіб життя має будуватися згідно з віком;

– спосіб життя має забезпечуватися енергетично;

– спосіб життя мусить бути зміцнюючим;

– спосіб життя має бути ритмічним;

– спосіб життя має бути помірним.

До соціальних принципів можна віднести такі:

– спосіб життя повинен бути естетичним;

– спосіб життя повинен бути моральним;

– спосіб життя повинен бути вольовим.

Здоровий спосіб життя — це такий стиль існування, за якого через застосування певних методів впливу на організм і його оточення, рівень життєздатності організму стає оптимальним, знаходить вияв постійне вдосконалення і використання потенціалу організму без завдання йому шкоди, причому активність організму і його можливості зберігаються до самої старості (Андріученко та ін., 2018).

Окремі дослідники пропонують розглядати динаміку явища здорового способу життя людини з позицій взаємодії об'єктивних і суб'єктивних чинників (Бацилєва, Пузь & Гресько, 2018). До об'єктивних чинників здорового способу життя автори відносять:

– передумови для ведення здорового способу життя (організація раціонального харчування, створення умов для занять фізичною культурою, відпочинку), що належать до сфер матеріального, виробничого, сімейно-побутового і духовного життя;

– сприятливе середовище перебування (повітря, вода, грунт), безпечні умови праці;

– економічні та інші стимули, а також фактори, що зумовлюють потребу людини вести здоровий спосіб життя; (Шепітько, Єрошенко, Лисаченко, Климач & Решта, 2015)

Отже, формування моделі здорового образу життя у особистості є достатньо ефективним засобом профілактики узалежненої від алкоголю поведінки через те, що здоровий образ життя та узалежненість від алкоголю є явищами несумісними (Білоцерківська, 2017).

В той же час існує певна кількість психологічних методик з профілактики узалежненої від алкоголю поведінки різних авторів та авторських колективів. Це і групова терапія, майндфулнес терапія, гіпносугестивна терапія, програмування (НЛП) та безліч інших. В той же час всі ці методики, як правило, ефективні тільки в руках їх авторів. Виникає питання: якщо існує така велика кількість ефективних психологічних методик профілактики алкогольної узалежненої поведінки, чому впевнено зростає кількість алкоголіків? Це питання я задала своєму знайомому психологу К., на розповіді якого вже посилалась в роботі. Його відповідь цитує майже дослівно. «Всі ці методики дуже ефективні та жодна з них не працює. Я хочу цим сказати, що при застосуванні будь-якої методики до 100 осіб у 5 ми гарантовано отримаємо позитивний результат, у інших він буде вкрай сумнівним. Працює виключно індивідуальний підхід та майстерність (інтуїція) психолога.

3.2. Опис програми профілактики узалежненої поведінки військовослужбовців

Спираючись на результати теоретичного та емпіричного дослідження, ми дійшли припущення про те, що підвищення стресостійкості військовослужбовців має позитивно вплинути на зниження ризику розвитку узалежненої поведінки. Крім того, враховуючи результати ставлення до здоров'я військовослужбовців, ми припустили, що підвищення обізнаності щодо принципів та створення стійкого образу здорового типу поведінки стане ефективною мірою профілактики виникнення узалежненої поведінки. Теоретичною базою створення програм стали роботи Бевз & Главник (2015), Максимової (2017), Міненок (2016), Купчишиної, Янцаловського & Заводної (2023) та інших.

З метою перевірки наших припущень, нами було сформовано три експериментальні групи по 10 військовослужбовців в кожній, відносно рівнозначні за своїм складом.

До групи ЕГ1 було реалізовано тренінгову програму, спрямовану на профілактику виникнення узалежненої поведінки шляхом розвитку обізнаності щодо принципів здорового способу життя.

Для учасників ЕГ2 було проведено тренінгову програму, спрямовану на розвиток стресостійкості.

Щодо ЕГ3, для учасників цієї групи два попередні тренінги було об'єднано в одну тренінгову програму.

Крім того, окремо було сформовано контрольну групу, куди також увійшли 10 військовослужбовців, які не приймали участь у формуючому експерименті.

1. Тренінгова програма підвищення обізнаності з принципів здорового способу життя.

Необхідно відмітити, що ця програма не спиралась лише на інформаційні повідомлення, оскільки цього недостатньо для впливу на усвідомлення важливості зорового образу життя, це комплексна програма. Крім того, ми не робили проблему узалежненої поведінки центральною, програма була спрямована на комплексне формування здорового способу життя в цілому.

При цьому аспект профілактики зловживання алкоголю в цій програмі не є головним, він лише стає наслідком загальної зміни світоглядної системи особистості. Дана програма містить два тренінгових блоки, які включають серію вправ, спрямованих на зміну світоглядних позицій учасників щодо власного здоров'я, у тому числі – і узалежненої поведінки.

Метою **першого блоку** було формування поняття щодо здорового способу життя, визначення стану власного здоров’я, надбання знань та навичок щодо принципів формування хвороби та шляхів до самозцілення.

Нами було використано серію вправ на зналомство, метою яких було налагодження позитивної атмосфери, знайомство з метою і завданнями програми, а також формування позитивної мотивації до участі в програмі.

Наприклад, вправа «Передай слово», метою якої було налагодження комунікативних зв’язків в групі, створення ігрової атмосфери.

Окремо увагу було приділено інформаційним повідомленням. Учасників знайомили з інформацією щодо принципів здорового способу життя, основних умов його формування.

Цікавим було завдання по створенню щоденника самовдосконалення та саморозвитку, метою якого була формування саморефлексії та самоспостереження, а також створення позитивної картини змін особистості внаслідок саморозвитку. Зразок щоденника наведений в додатках.

Інша вправа – «Сканування здоров’я». Особливістю є те, що вона проводиться лежачи. Завданням вправи є необхідність розслабитись та зосередитись на своєму організмі, провести самодіагностику свого стану, поступово з кінчиків пальців ніг до волосся. Після діагностики за допомогою олівців керівник пропонує на схемі тіла визначити здорові та проблемні ділянки.

Вправа «Життя нас вбиває». Учасники мали у щоденнику на одному аркуші написати всі ті фактори та способи, якими має можливість скоротити своє життя, а на другому аркуші – ті фактори та способи, які мають продовжити його.

Наступна вправа «Чому я хворію» пов'язана з тим, що причини багатьох хвороб можуть бути психосоматичними. Тому учасникам пропонувався інформаціний блок, за допомогою якого учасники аналізували причину тих чи інших захворювань.

Хочемо наголосити на вправі «Алкоголь та хвороби». Увага була зосереджена на на відношення особистості до алкоголю, традицій його вживання в родині та в колективі, учасники амли проаналізувати наслідки вживання та зловживання алкоголем.

В кінці кожного заняття програми учасникам пропонувалось домашнє завдання, наприклад, вони мали проаналізувати причини проблем із здоров'ям одного з членів родини досліджуваної особи та занести дані в щоденник.

Метою **другого блоку** тренігової програми було формування практичних навичок з покращення власного здоров'я шляхом формування принципів здорового способу життя.

На цьому етапі нашої роботи нами була використана вправа «Це не я» Учасникам пропонувалась психологічна техніка розототожнення. Ця техніка заснована на позиції Р. Ассаджолі, який говорив про те, що над нами панує все те, з чим ми себе ототожнюємо, та ми пануємо над тим, з чим ми себе розототожнюємо. Тому учасники мали розототожнювати себе та свої хвороби і звички.

Техніка «Змінюємо своє життя» полягала в вербалізації та формулюванні набору навичок, які необхідні для змін світогляду особистості.

Нами була використана серія вправ на розслаблення. Наприклад, вправа «Розвантаження», яка сприяла формуванню навичок релаксу як основи відновлення життєвих ресурсів організму людини.

Наступним було завдання «Той хто думає і доводить». Письмово в щоденнику кожен учасник мав пояснити собі, чому у нього саме такий рівень життя, матеріальний достаток, стан здоров'я.

Вправа «Рівень щастя. На запропонованій в щоденнику 10-бальній шкалі учсники мали відмітити власний рівень щастя. Потім, на окремому аркуші потрібно було написати, за що ви вдячні життю і долі. І обов'язково - робити це спонтанно, не роздумуючи довго.

Низка вправ на усвідомлення власного здоров'я. Наприклад, вправа «Аналіз свого стану», спрямована на аналіз стану власного здоров'я та вправа «Бажаний стан», завданням якої було записати той стан здоров'я, який учасник бажає.

Також цікавою тут була техніка «Рожеві бульбашки», спрямована на візуалізацію стану здоров'я та його покращення.

Сподобалась учасникам «Техніка самозцілення», метою якої зміна психологічного стану

В кінці кожного заняття програми та по завершенню тренінгу в цілому проводилась серія вправ на рефлексію та підведення підсумків.

2. Тренінгова програма підвищення стресостійкості. Головною метою програми було навчити людину справлятись із стресовою ситуацією без «допомоги» алкоголю. Такий ефект можливо досягти через усвідомлення життєвої позиції особистістю, форсування навичок самоконтролю, ефективної комунікації, конструктивного контролю негативних реакцій. Ця програма складається з трьох блоків.

Метою **першого блоку** було формування позитивного «Я» особистості, позитивної самооцінки та світогляду, зниження тривожності.

На першому етапі було використано серію вправ на зналомство, метою яких було налагодження позитивної атмосфери, знайомство з метою і завданнями програми, а також формування позитивної мотивації до участі в програмі. Наприклад, гра «Снігова куля», спрямована на розвиток позитивного настрою у кожного з учасників тренінгу. Вправа «Крок- раз!», метою якого було створення позитивного настрою, групової згуртованості, відчуття взаємодопомоги.

Учасникам пропонувалось інформаціне повідомлення «Що таке стрес та його роль в нашому житті», в якому надавалась інформація щодо стресу та його впливу на організм людини; та інформаціне повідомлення «Стрес і негативне мислення», метою якого було показати як негативне мислення призводить до підсилення стресу.

Також учасники брали участь в мозковому штурмі, метою якого було створити уявлення про здоров'я як найважливіший ресурс організму, розглянути причини стресу для кожного військовослужбовців.

Вправа «Не помиляється той, хто нічого не робить». Метою вправи є створення позитивного настрою, розуміння того, що помилки присутні в житті кожної людини, розуміння того, що кожну помилку можливо виправити. Важливо нейтралізувати страх зробити помилку, тривогу підвищеної відповідальності.

Крім того в цьому блоці ми використовували групу вправ на розслаблення: «Посмішка по колу», «Потік вітру», метою яких є гармонізації емоційного стану, створення навичок протидії негативним емоціям.

Метою **другого блоку** було надання інформації про дію стресу та його роль в розвитку захворювань та змін психологічного стану особистості, розвиток комунікативних навичок, почуття власної гідності та значимості.

В цьому блоці ми також використовували вправи на створення позитивного настрою, візуалізації емоцій («Мій настрій сьогодні).

Учасники приймали участьв мозковому штурмі на тему «Що таке стрес?», метою якого було виявити рівень усвоєння інформації про стрес, підвищення знань щодо негативних впливів стресу

Учасникам пропонувались також інформаційні повідомлення на тему «Екстремальні ситуації та стрес», в якому учасники могли ознайомитись із інформацією щодо впливу екстремальних ситуацій на людину та формування стресу, методів протидії; а також повідомлення «Алкоголь і стрес», метою якого було сформувати уявлення про негативний вплив алкоголю на стресову ситуацію.

Серія вправ на формування вмінь та навичок самодіагностики та самодопомоги. Наприклад, вправа «Як опанувати стрес» була запропонована

учасникам для того, щоб розглянути різні екстремальні життєві ситуації, а також методи профілактики стресу в них. Сюди ж можна віднести вправу «Швидка допомога», метою якої було надання практичних навичок з першої самодопомоги при раптових стресових ситуаціях

Серія вправ,які ми використовувала на даному етапі, були спрямовані на розвиток ефективності навичок. Наприклад, вправа «Компліменти» використовувалась для створення позитивних навичок комунікації. Гра «Кому це належить?» була спрямована на формування навичок позитивного мислення.

Заняття цього блоку також передбачали виконання домашніх завдань. Наприклад, одним із завдань було завданя переглянути короткометражний фільм Івона Марсіано «Emilie Muller», 1993 року, описати емоції, викликані фільмом, визначити комунікативні навички головної героїні.

Метою **третього блоку** було закріплення здобутих в результаті програми знань та навичок.

Традиціно, на цьому етапі ми використовували вправи на налаштування учасників на позивне ставлення до участі, а також на активізацію їх активності (наприклад, врава «Незакінчене речення» , метою якої було формування позитивної атмосфери та налаштування на роботу).

Інформаційне повідомлення « Стрес та психічне благополуччя» було спрямоване на інформування учасників щодо основи психологічного здоров’я людини, а також формування необхідності протидії стресу.

Окремо уло використано серію вправ на формування позитивного Я-образу, розвитку життєвих настанов та цінностей. Наприклад, вправа «Як протистояти стресу» була спрямована на формування практичних навичок протидії стресу, розвиток рефлексії, формування позитивного «Я» особистості.

Вправа «Я в майбутньому» мала за мету створення позитивної моделі власного «Я».

Щодо вправи «Дерево», його основним завданням було покращення навичок саморегуляції.

Також нами була використана вправа «Мої цінності», спрямована на покращення уявлень щодо головних життєвих цінностей особистості.

Учвасникам сподобалась гра «Перешкода», гоолвною метоб якої було виявлення та корекція негативних станів.

Крім того, нами була використана серія вправ на розслаблення та рефлексію. Серед них гра «Джерело енергії», вправа «Верба - тополя», яка мала за мету навчання прийомам саморегуляції та релаксації.

***3.* Комплексна тренінгова програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки військовослужбовців.** Ця програма складається з двох вище пропонованих програм, шляхом їх синтезу.

3.3. Оцінка ефективності програми профілактики узалежненої від алкоголю поведінки військовослужбовців

З метою оцінки ефективності запропонованих програм, нами були проведений констатувальний експеримент.

Спочатку ми проаналізувала показники за тестом AUDIT. До початку впровадження тренінгової програми, учасники всії груп мали середній показник. Після проведення повторного дослідження, в КГ цей результат статистично не змінився. Щодо інших показників, вони відображені на рис. 3.2.

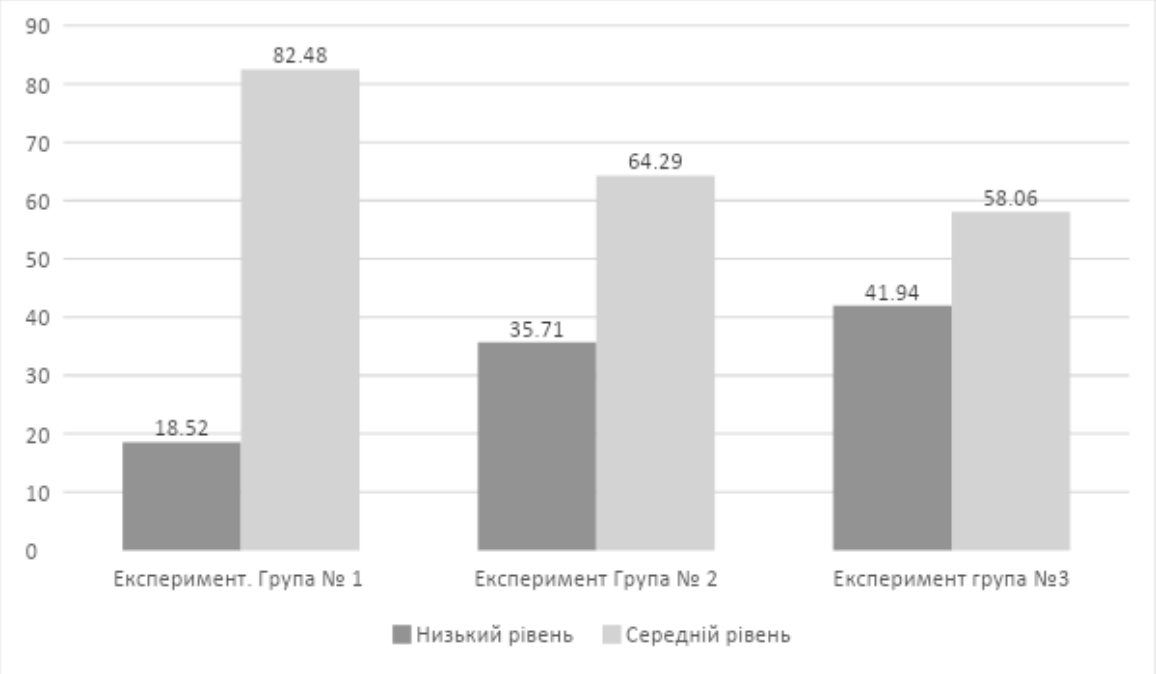


Рис. 3.2. Результати за методикою AUDIT до та після реалізації тренінгових програм

За результатами дослідження, нами було виявлено статистично достовірну на рівні значущості $p<0,01$ зміну показників рівня схильності до узалежненої від алкоголю поведінки – зменшення середнього показника та збільшення низького рівня ймовірності розвитку залежності. Так, в групі, де проводилась тренінгова програма підвищення обізнаності з принципів здорового способу життя (а саме, в ЕГ1) показник низького рівня залежності склав 18,52%, показник у ЕГ2 (яка брала участь в тренінговій програмі підвищення стресостійкості) склав 35,71%, а показники групи ЕГ3, для якої була проведена комплексна програма – 41,94%.

Як ми бачимо, найкращий результат спостерігається в ЕГ3. Порівнюючи показники тесту між групами ми констатуємо, що ефективність комплексної програми, яка містить в собі елементи як покращення розуміння здорового способу життя та підвищення стресостійкості вищі на рівні статистичної значущості, ніж показники ЕГ1. При цьому різниця в ефективності показників

ЕГ2 та ЕГ3 не підтверджується статистично, так само, як і різниця між показниками ЕГ1 та ЕГ2.

Перевіримо, викликані ці зміни умовами експерименту чи є випадковими на прикладі ЕГ1. Скористаємося Z-критерієм для порівняння двох генеральних середніх в ЕГ1 до та після корекції.

Обравши за нульову гіпотезу, що H_0 – «різниця середніх вибіркових в ЕГ1 до і після психологічної корекції є випадковою» та протилежнугіпотезу H_1 – «різниця між середніми значеннями в ЕГ1 до і після психологічної корекції не є випадковою, ми отримали, що 2,40>2,34, тобто $Z_{сп} > Z_{кр}$

Іншими словами, в результаті використання даного критерію, ми довели тобто результати експерименту викликані не випадковими змінами, а проведеною програмою корекції.

Аналогічним чинником перевіряємо показники в ЕГ2 та в ЕГ 3. В обох групах викликані зміни були викликані саме проведеною програмою психологічної корекції, тобто не є випадковими.

Отже, за результатами тесту, ми констатуємо, що найбільш ефективною є комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки у дорослих, на другому місці – програма підвищення стресостійкості, на останньому місці – програма покращення знань щодо здорового способу життя.

Результати експерименту за показниками MAST тесту. При проведені MAST тесту нами були отримані наступні показники (рис. 3.3.):

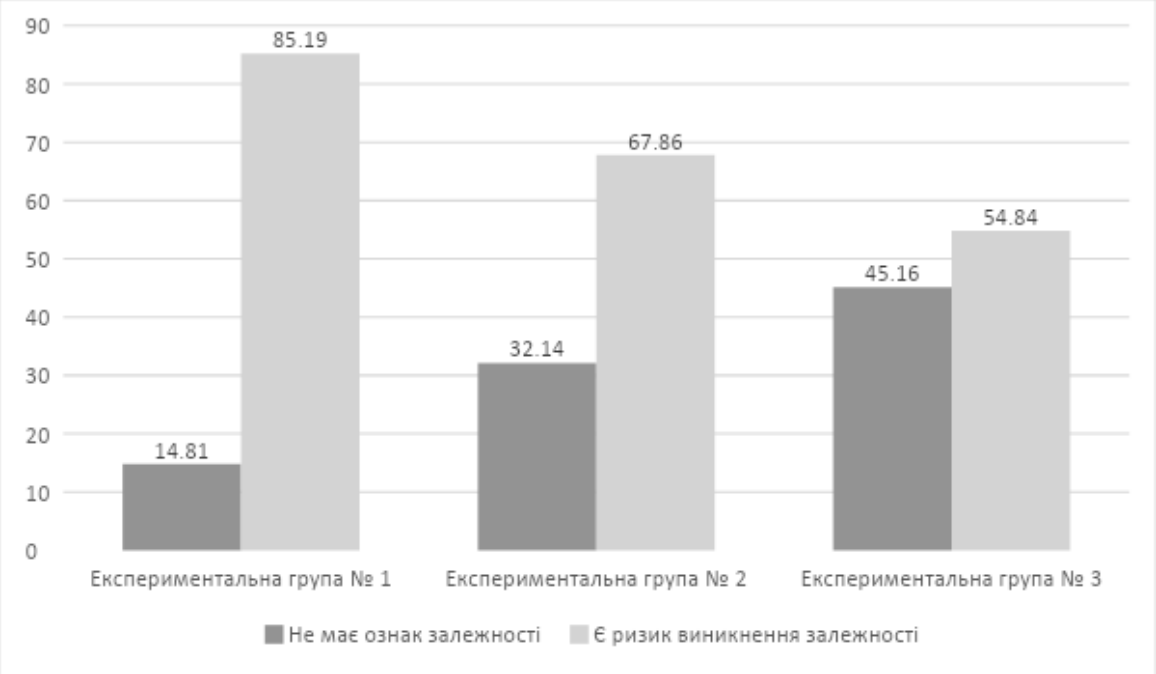


Рис 3.3. Результати за MAST тестом до та після реалізації тренінгових програм

Перед початком формувального експерименту, ми встановили, що для учасників наших експериментальних та контролької груп показники були характерні на рівні шкали «ризик виникнення узалежненої від алкоголю поведінки». Після реалізації програм, ми отримали наступні результати: найбільші зміни відбувались в групі 3, де проводилась комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки – в результаті не виявлено ознак залежності від алкоголю у 45,16% респондентів. Результати підстверджені статистичним аналізом і є значущими.

Також відбулись зрушення у показниках групи ЕГ2, де проводилась програма з підвищення стресостійкості. Там показник відсутності ознак зловживання алкоголем встановлений у 32,14% респондентів , також статистично підтверджений на рівні значущості $p<0,01$.

Щодо ЕГ1, де проводилась тренінгова програма підвищення обізнаності з принципів здорового способу життя, лише у 14,81% респондентів не було виявлено ознак зловживання алкоголем (рівень статистичної значущості $p<0,05$).

Перевіримо, викликані ці зміни умовами експерименту чи є випадковими на прикладі ЕГ1. Скористаємося Z-критерієм для порівняння двох генеральних середніх в ЕГ1 до та після корекції. Введемо нульову гіпотезу H_0 – «різниця середніх вибіркових в ЕГ №1 до і після психологічної корекції є випадковою» та протилежну гіпотезу H_1 – «різниця між середніми значеннями в ЕГ №1 до і після психологічної корекції не є випадковою .

В результаті виявлено, що 2,10<2,34 отже $Z_{сп} < Z_{кр}$

Ми констатуємо, що необхідно прийняти нульову гіпотезу, отже результати експерименту можуть бути викликані випадковими змінами.

За цм принципом перевіримо, викликані ці зміни умовами експерименту чи є випадковими у показниках ЕГ2. Скориставшись Z-критерієм для порівняння двох генеральних середніх отримуємо, що 2,95>2,34 отже $Z_{сп} > Z_{кр}$

Отже, прийнявши альтернативну гіпотезу, ми можемо стверджувати, що результати експерименту викликані не випадковими змінами, а залежать від проведеної тренінгової програми.

Аналогічно доводим, що зміни в ЕГ3 також викликані саме результатами проведеної психологічної корекції.

Оцінюючи ефективність запропонованих програм, ми відмічаємо, що комплексна програма профілактики на рівні статистичної значущості дає кращі показники, отже є більш ефективною, ніж програма підвищення обізнаності з принципів здорового способу життя. В той же час більша ефективність показників ЕГ3 порівняно з показниками ЕГ2, не є статистично значущою. Отже, незважаючи на більшу ефективність компдексної програми, тренінгова програма підвищення стресостійкості також має достатній вплив.

І очикуваним є відсутність статистичної різниці між результатами показників ЕГ1 та ЕГ2, що може вказувати на ефективність використання окремих тренінгових програм, проте недостатню.

Після обстеження рівнів тривожності в експериментальних групах до та після проведеного експерименту, ми отримали наступні результати (рис 3.4):

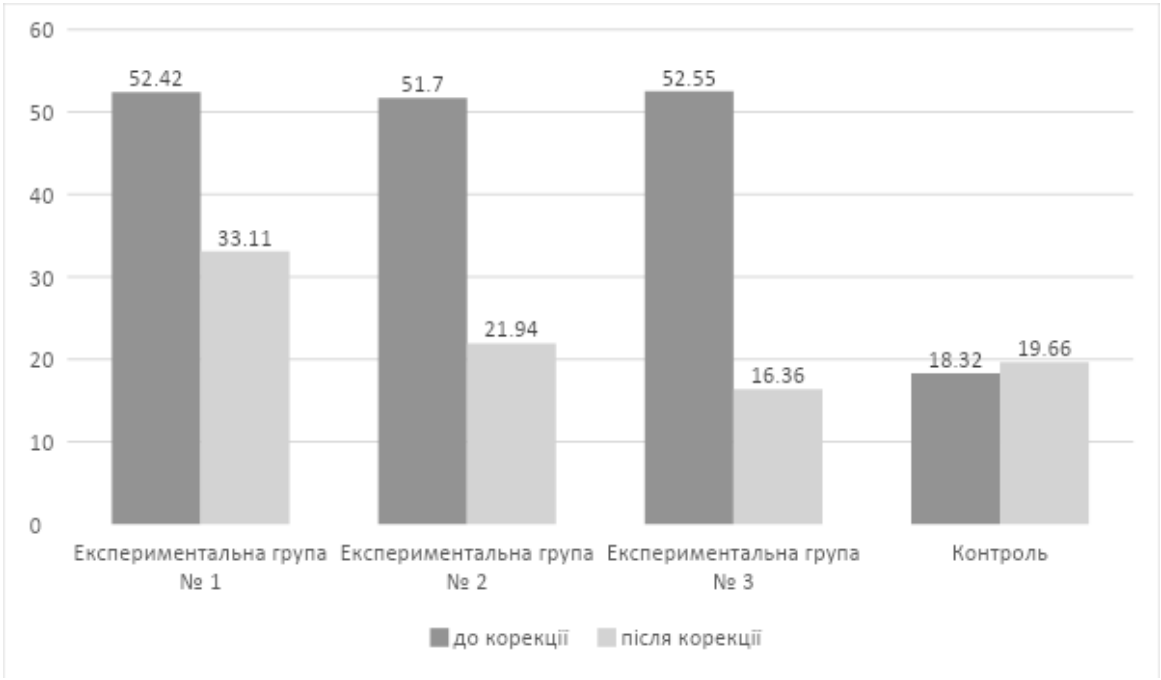


Рис. 3.4 Результат дослідження тривожності за шкалою Спілберга (STAI) до та після реалізації тренінгових програм

За результатами нашого дослідження ми спостерігали зниження рівня тривожності в усіх трьох експериментальних групах. Зміни в групі контролю є статистично недостовірними та викликані випадковими факторами, що підтверджується за допомогою Z тесту. Найкращі показники виявлені у учасників ЕГ3, в якій проводилась комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки (на рівні $p<0,01$). Також зміни спостерігаються у учасників ЕГ2, де була реалізована тренінгова програма підвищення стресостійкості (на рівні $p<0,01$). Щодо результатів у ЕГ1, де срезультати є найменш значущими. В усіх групах різниця показників є статистично вірогідною та викликана саме проведеним комплексом психологічної профілактики, що перевірено за допомогою Z тесту.

Порівнюючи результати в експериментальних групах між собою, ми маємо можливість констатувати, що статистично достовірної різниці між показниками тривожності у учасників ЕГ1 та ЕГ2, та між показниками учасників груп ЕГ2 та ЕГ3 не відмічається .

Існує статистично значуща різниця на рівні $p<0,05$ між показниками груп ЕГ1 та ЕГ3. Також є статистична значуща різниця між показниками учасників ЕГ1 та КГ на рівні $p<0,05$. Такі рехзультати вказують на ефективність запропонованих програм.

Отже, за результатами нашого дослідження, ми можемо зробити висновок що найбільш ефективною у зниженні тривожності військовослужбовців є комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки та тренінгова програма підвищення стресостійкості.

На рівні констатувального експерименту ми вирішили включити в дослідження діагностику стресостійкості, яку ми не включали в емпіричне дослідження.

Для діагностики стресостійкості нами було обрано методику «Бостонський тест на стресостійкість». Результати тесту відображені на рис. 3.5.

За результатами нашого дослідження ми виявили, що у всіх експериментальних групах ми відмічали підвищення показників стресостійкості.

Так, показник стресостійкості в ЕГ1, складав $55,4\pm8,2$ балів до корекції та $42,6\pm6,3$ балів після проведеної програми психологічної корекції. Однак, незважаючи на зміну показника, ця різниця не є статистично значущою.

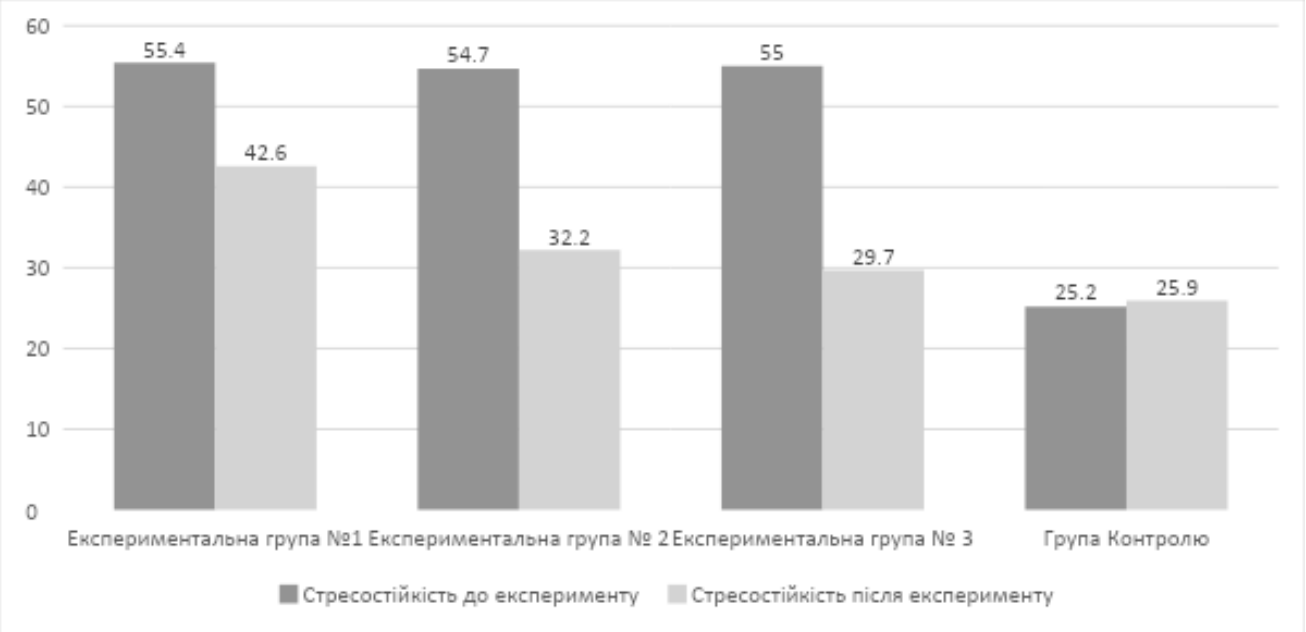


Рис. 3.5. Результати Бостонського тесту стресостійкості у військовослужбовців експериментальних груп до та після реалізації тренінгових програм

Ефективніши виявилась програма розвитку стрестостійкості, що є цілком логічним. У представників ЕГ2 відбулись значні зрушення в середніх показниках: 54,7±6,6 до та 32,2±5,0 після реалізації програми. При чому, ця різниця є значущою на рівні $p<0,01$.

Найкращій результат характерний для учасників ЕГ3, де проводилась комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки. До реалізації програми середній результат був 55,0±7,1, після - 29,7±4,2. При чому, ця різниця є статистично значущою на рівні $p<0,01$). Необхідно відмітити, що в жодній з груп показники так і не досягли рівня показників КГ. За допомогою Z тесту ми виявили, що зміни в ЕГ1 можуть бути викликані випадковими факторами, а в групах ЕГ2 та ЕГ3 вони є результатом організації тренінгових програм..

Отже за результатами Бостонського тесту стресостійкості ми встановили статистично достовірне збільшення показника стресостійкості в ЕГ2 та в ЕГ3.

Наступна методика, яку ми використали у констатувальному експерименті, була методика «Ставлення до здоров'я. Результати показників за опитувальником «Ставлення до здоров'я» в експериментальних групах до та після проведеної корекції (в балах) відображені на рис 3.6-3.9.

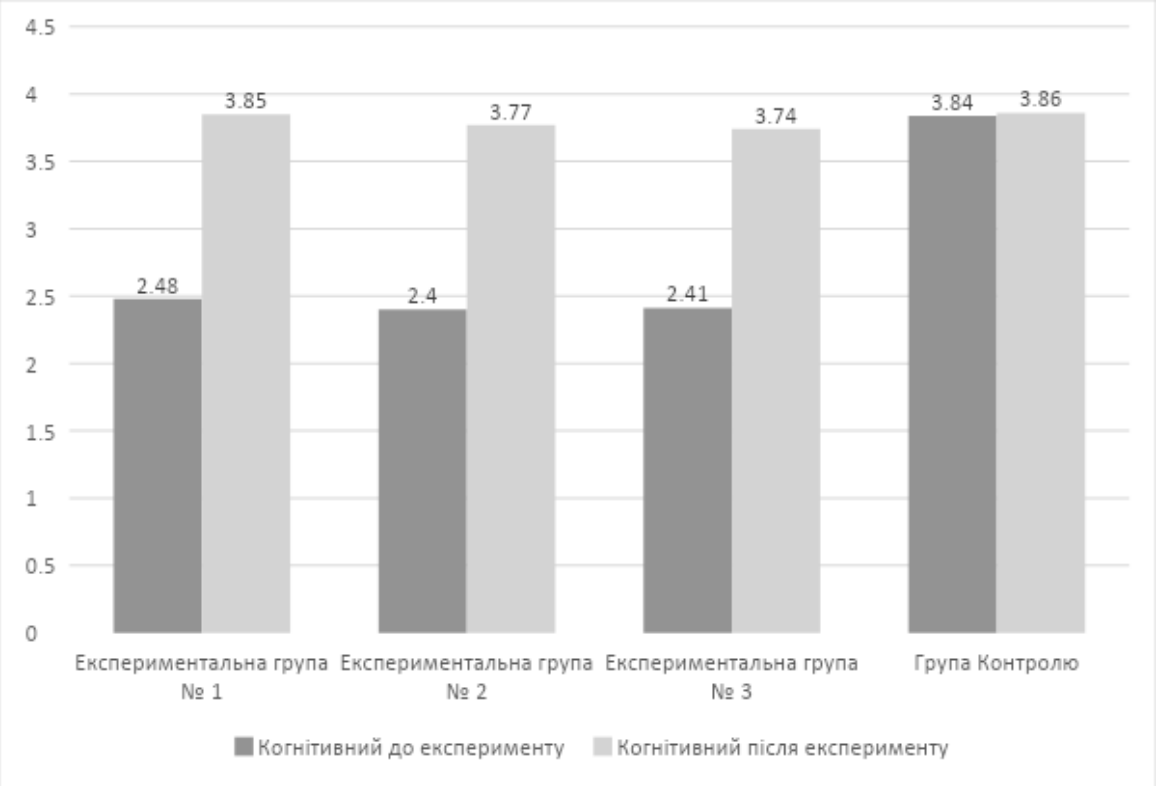


Рис. 3.6. Результати за опитувальником «Ставлення до здоров'я» в експериментальних групах до та після реалізації тренінгових програм (когнітивний компонент)

Розглядаючи динаміку змін показників когнітивного компоненту, ми виявили, що в усіх групах спостерігається його збільшення, при чому в ЕГ1, в якій проводилась програма з підвищення рівня знань про здоровий образ життя, підвищення було найбільшим та статистично зачущим на рівні $p<0,05$.

Показники в ЕГ2 мали динаміку від 2,4±0,51 до впровадження тренінгової програми до 3,77±0,57 після її впровадження на рівні статистичної значущості $p<0,05$. Також відмічено позитивні зміни показників ЕГ3 від 2,41 ± 0,53 до впровадження до 3,74 ±0,56 після впровадження програми на рівні значущості $p<0,05$.

Крім того, за результатами Z тесту зміни в усіх трьох експериментальних групах не були випадковими, а викликані результатами формувального експерименту.

Також необхідно відмітити, що майже всі результати за когнітивним компонентом досягли показників КГ та знаходяться в межах середніх значень.

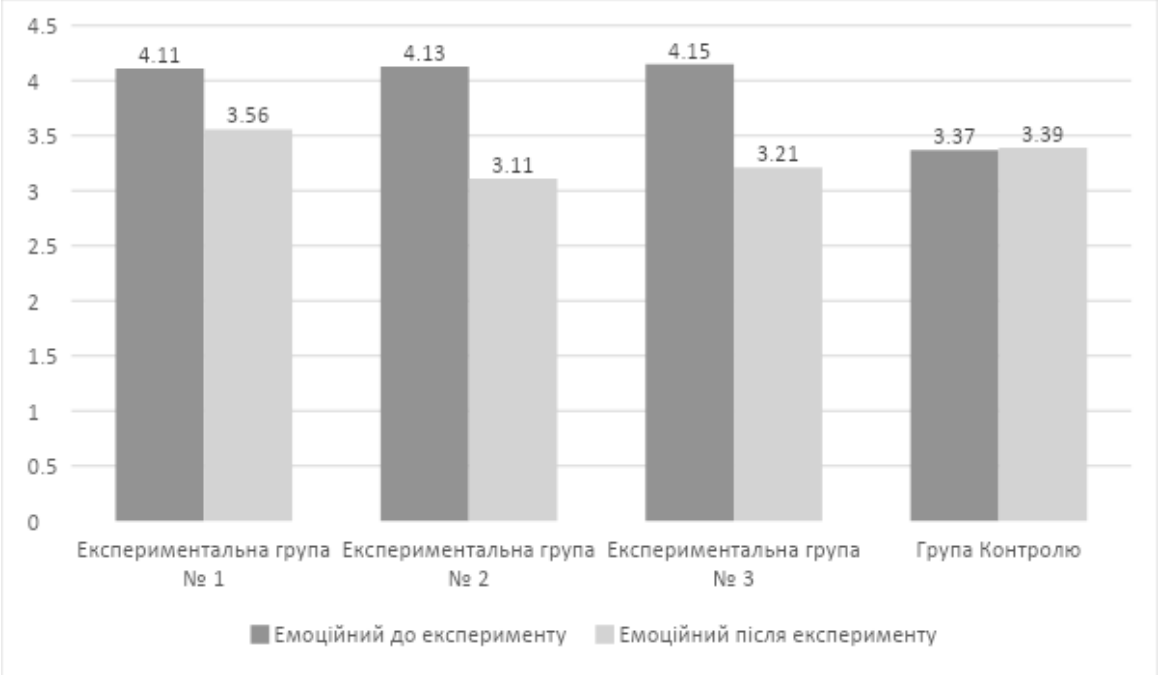


Рис. 3.7. Результати показників за опитувальником «Ставлення до здоров'я» в експериментальних групах до та після реалізації тренінгових програм (емоційний компонент)

За результатами нашого дослідження емоційний фактор в усіх експериментальних групах мав тенденцію до зниження. Найбільш виражене

зниження характерне для ЕГ2 (результат 4,13 ± 0,57 до впровадження програми та 3,11 ± 0,45 після неї).

Зрушення відбулись в групі ЕГ3, в якій проводилась комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки.

Цікаво, що найменші зміни емоційної складової характерні для ЕГ1, де ми проводили програму підвищення обізнаності з принципів здорового способу життя.

В усіх трьох групах різниця показників не є статистично достовірною в той же час за допомогою Z тесту ми встановили, що всі зміни в групах викликані результатами формувального експерименту та не є випадковими.

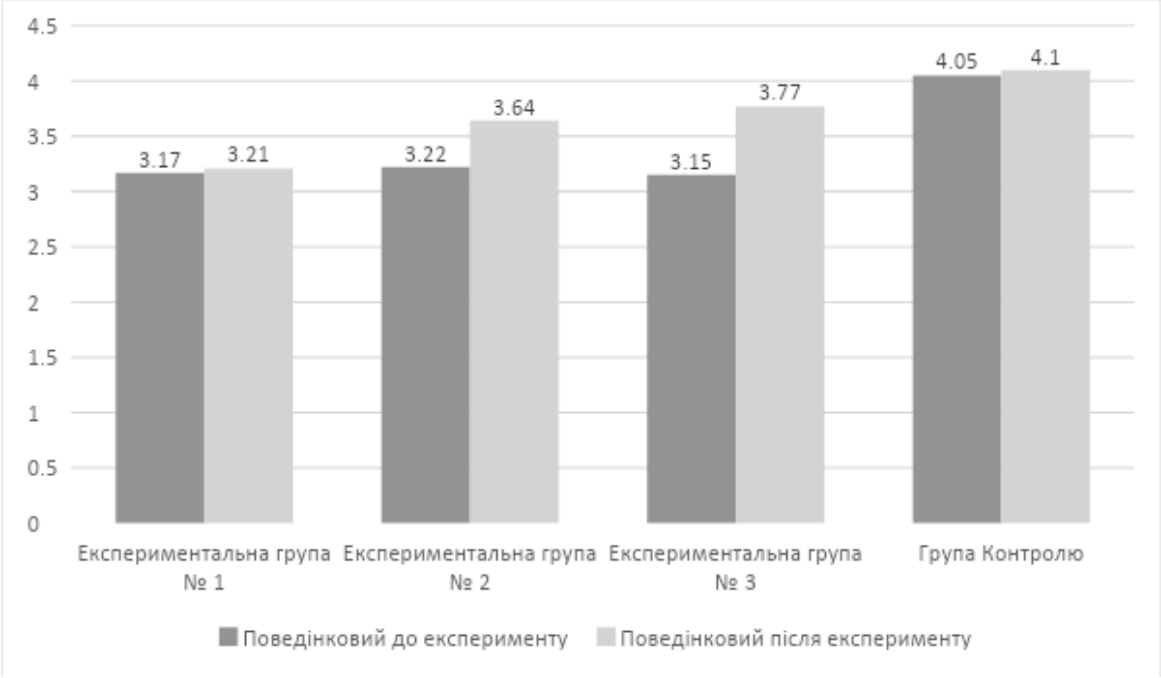


Рис. 3.8. Результати показників за опитувальником «Ставлення до здоров'я» в експериментальних групах до та після реалізації тренінгових програм (поведінковий компонент)

За результатами нашого дослідження ми спостерігаємо динаміку ставлення до здоров'я за поведінковим компонентом, яка найбільш виражена у

представників ЕГ3, де проводилась комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки (до проведення програми результат був 3,15±0,48 балів, після проведення програми 3,77±0,45 балів).

Незначні зрушення відбулись у показниках ЕГ2 та ще менші – у учасників ЕГ1. Ці зрушення не є статистично значущими.

За результатами Z тесту ми встановили, що всі зміни є випдковими, а отже жодна з розроблених нами тренінгових програм не вплину ла поведінковий компонент ставлення до здоров'я.

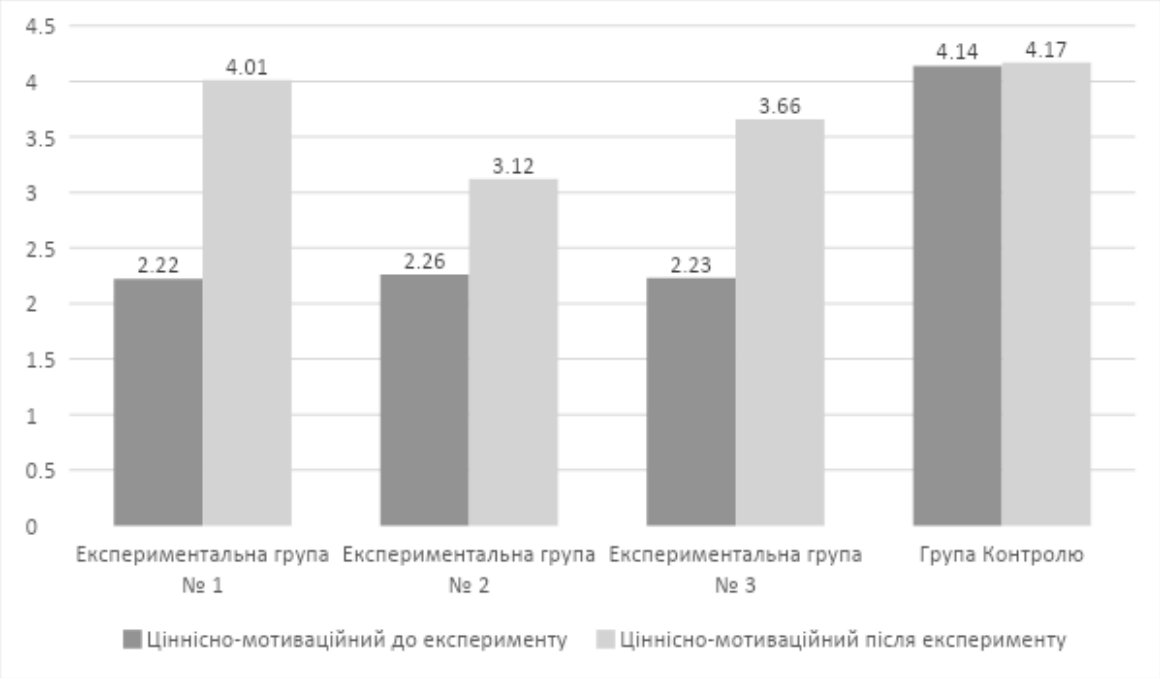


Рис. 3.9. Результати показників за опитувальником «Ставлення до здоров’я» в експериментальних групах до та після реалізації тренінгових програм (ціннісно-мотиваційним компонент)

За результатами нашого дослідження ми мали можливість констатувати підвищення ціннісно-мотиваційного компоненту у військовослужбовців всіх груп.

Найменші зрушення встановленя у показниках учасників ЕГ2 (до реалізації програми середні значення були 2,26±0,4, після впровадження стали 3,12±0,47). Крім того, ця різниця не є статистично значущою.

Найбільші зрушення показників відбулись в результатах ЕГ1, де проводилась програма підвищення рівня обізнаності щодо здорового способу життя (до впровадження середнє значення складало 2,22±0,42, після - 4,01±0,58. Різниця є статистично значущою.

Менш вираженим було зрушення показників ЕГ3, де проводилась комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінки (до впровадження середнє значення складало 2,23±0,38 , після - 3,66±0,44). Різниця є статистично значущою. Слід зазначити, що показники ЕГ1 результати наблизились до показників КГ.

За допомогою Z тесту ми виявили, що зміни в усіх групах не були випадковими, стали результатом впровадження тренінгових програм.

Отже, за результатами аналізу показників методики «Ставлення до здоров'я» ми маємо можливість говорити про те, що вплив на формування позитивних установок щодо здорового способу життя мають всі три програми, при чому програма підвищення рівня обізнаності щодо здорового способу життя позитивно впливає на когнітивний та ціннісно-мотиваційний компоненти, а її слабким місцем є вплив на поведінковий та емоційний компоненти.

Щодо програми підвищення стресостійкості, тут спостерігається зворотня картина - поведінковий та емоційний компоненти мають згначущі зрушення. Ефективність комплексної програми профілактики узалежненої від алкоголю поведінки показала свою ефективність за показниками емоційного та поведінкового компонентів.

Висновки до розділу 3

Спираючись на результати теоретичного та емпіричного аналізу, ми дійшли припущення про те, що підвищення стресостійкості військовослужбовців має позитивно вплинути на зниження ризику розвитку адиктивної поведінки. Крім того, враховуючи результати ставлення до здоров'я військовослужбовців, ми припустили, що підвищення обізнаності щодо принципів та створення стійкого образу здорового типу поведінки стане ефективною мірою профілактики виникнення узалежненої поведінки.

З метою перевірки наших припущень, нами було сформовано три експериментальні групи по 10 військовослужбовців в кожній, відносно рівнозначні за своїм складом.

Для групи ЕГ1 було реалізовано тренінгову програму, спрямовану на профілактику виникнення узалежненої поведінки шляхом розвитку обізнаності щодо принципів здорового способу життя.

Для учасників ЕГ2 було проведено тренінгову програму, спрямовану на розвиток стресостійкості.

Щодо ЕГ3, для учасників цієї групи два попередні тренінги було об'єднано в одну тренінгову програму.

За результатами нашого дослідження найбільш ефективною виявилась саме комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінка, яка дала зниження показників схильності до зловживання алкоголем за показниками тесту AUDIT та за MAST тестом.

Не настільки вражаючими виявились отримані показники після реалізації тренінгової програми із збільшення стресостійкості. Нажаль, показники учасників після реалізації тренінгової програми із покращення обізнаності про здоровий образ життя виявились найменш значними.

Програма, спрямована на підвищення стресостійкості показала свій вплив на зниження рівня тривожності, підвищення стійкість особистості до дії стресу та та позитивний вплив компонентів ставлення до здоров'я.

Програма, спрямована на розвиток обізнаності щодо принципів здорового способу життя виявилась ефективною у впливі на когнітивний та ціннісно-мотиваційний компоненти ставлення до здоров'я.

Комплексна програма з профілактики узалежненої від алкоголю поведінки показала свою ефективність, вплинувши на зниження тривожності, підвищення рівня стресостійкості та всіх компонентів ставлення до здоров'я військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

В результаті грунтовно дослідження нами було сформульовано наступні висновки.

Найбільш типовими проявами делінквентної поведінки військовослужбовців є вживання алкогольних напоїв, вживання наркотичних речовин, самовільне залишення місця несення служби, бійки. Також встановлено, що найпоширенішою адиктивною поведінкою серед військовослужбовців є вживання алкогольних напоїв.

Узалежнена (адиктивна) від алкоголю поведінка – це прогредієнтне захворювання, що визначається патологічним потягом до спиртного, психічною і фізичною залежністю, розвитком дисфункціонального стану при припиненні вживання алкоголю, а в тяжких формах і стійкими сомато вегетативними розладами та психічною деградацією. Вона має різноманітні фактори ризику виникнення, серед яких генетичні, фізіологічні, культурно-етичні, соціальні, сімейні, тощо. Складність профілактики узалежненої поведінки полягає саме в різноманітності індивідуальних тригерних факторів, та впливів зовнішньої середи на особистість, які необхідно враховувати при розробці комплексу профілактичних заходів. На наш погляд, ефективними засобами психологічної профілактики узалежненої від алкоголю поведінки можуть стати підвищення стресостійкості та покращення обізнаності із принципів здорового образу життя.

В результаті еміричного дсолідження, в якому приймали участь військовослужбовці – учасники бойових дій, які на момент дослідження не перебувають в зоні бойових дій (46 осіб, серед низ 32 чоловіки та 14 жінок віком від 31 до 47 років), було встановлено, що за даними тесту AUDIT у військовослужбовців найбільш вираженим є середній та низький показник показник ризику для здоров’я. В результаті дослідження також виявлено, що

більше, ніж у половини військовослужбовців є ймовірність розвитку адиктивної поведінки.

За результатами MAST тесту виявлено, що більше половини досліджуваних осіб мають загрозливий стан виникнення зловживання алкоголем, загроза не виявлена у приблизно чверті досліджуваних, така сама кількість досліджуваних досліджуваних мають ймовірні ознаки адиктивної поведінки.

За тестом STAI, найбільший показник тривожності спостерігається у військовослужбовців з загрозою виникнення адиктивної поведінки Найменший показник тривожності у осіб, не схильних до зловживання

За результатами Бостонського тесту на стресостійкість у групі дорослих осіб не схильних до розвитку зловживання алкоголем показники стресостійкості знаходяться в межах нормального показника. В той же час ми спостерігаємо статистично достовірне зниження показників стресостійкості в групі військовослужбовців з ризиком виникнення узалежненої поведінки. В групі військовослцжбовців з ймовірним чи вірогідним розвитком узалежненої від алкоголю поведінки ми спостерігали підвищений рівень показників тесту.

За отриманими даними, шкали ставлення до здоров’я у групи дорослих осіб не схильних до розвитку узалежненої поведінки знаходяться на середньому рівні. В групі з ризиком виникнення зловживання алкоголем емоційна складова ставлення до здоров’я більше середнього показника та показника в групі осіб не схильних до розвитку узалежненої від алкоголю поведінки.

У групі військовослужбовців з ймовірним або явним розвитком узалежненої від алкоголю поведінки ми спостерігаємо зниження показників за всіма шкалами здоров’я, при чому воно є статистично значущим при порівнянні із показниками групи військовослужбовців, не схильних до розвитку зловживання алкоголем

Спираючись на результати теоретичного та емпіричного аналізу, ми дійшли припущення про те, що підвищення стресостійкості військовослужбовців має позитивно вплинути на зниження ризику розвитку адиктивної поведінки. Крім того, враховуючи результати ставлення до здоров'я військовослужбовців, ми припустили, що підвищення обізнаності щодо принципів та створення стійкого образу здорового типу поведінки стане ефективною мірою профілактики виникнення узалежненої поведінки.

З метою перевірки наших припущень, нами було сформовано три експериментальні групи по 10 військовослужбовців в кожній, відносно рівнозначні за своїм складом.

Для першої експериментальної групи було реалізовано тренінгову програму, спрямовану на профілактику виникнення узалежненої поведінки шляхом розвитку обізнаності щодо принципів здорового способу життя. Для учасників другої експериментальної групи було проведено тренінгову програму, спрямовану на розвиток стресостійкості. Для учасників третьої експериментальної групи два попередні тренінги було об'єднано в одну тренінгову програму.

За результатами нашого дослідження найбільш ефективною виявилась саме комплексна програма профілактики узалежненої від алкоголю поведінка, яка дала зниження показників схильності до зловживання алкоголем за показниками тесту AUDIT та за MAST тестом.

Не настільки вражаючими виявились отримані показники після реалізації тренінгової програми із збільшення стресостійкості. Нажаль, показники учасників після реалізації тренінгової програми із покращення обізнаності про здоровий образ життя виявились найменш значними.

Програма, спрямована на підвищення стресостійкості показала свій вплив на зниження рівня тривожності, підвищення стійкість особистості до дії стресу та та позитивний вплив компонентів ставлення до здоров'я.

Програма, спрямована на розвиток обізнаності щодо принципів здорового способу життя виявилась ефективною у впливі на когнітивний та ціннісно-мотиваційний компоненти ставлення до здоров'я.

Комплексна програма з профілактики узалежненої від алкоголю поведінки показала свою ефективність, вплинувши на зниження тривожності, підвищення рівня стресостійкості та всіх компонентів ставлення до здоров'я військовослужбовців.

Отримані результати не вирішують всіх поставлених питань. Перспективу подальших наукових пошуків вбачаємо в дослідженні спектру чинників виникнення адиктивної поведінки у військовослужбовців, розширенню дослідження іншими видами адикцій.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Артеменко О. М. (2017) Типологія особи злочинця-військовослужбовця, який порушив порядок проходження військової служби. *Трибуна докторанта, аспіранта, здобувача*.,34, 118-128

2. Бондар А. Я., Макаренко Н. Г. (2011) Особливості проявів делінквентної поведінки в Збройних Силах України. *Наукові записки НаУКМА. Серія: Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота*,123, 35-39

3. Бойко О.В., Кожевніков В.М., Романишин А.М., Чепур О.М., Яцентюк В.М. (2009) *Військова девіантологія*: Львів: Астон,.5– 45

4. Баюрка, С. В., Бондар, В. С., Карпушина, С. А., Погосян, О. Г., Полуян, С. М., Степаненко, В. І. … Нетьосова, К. Ю. (2017) *Фармацевтичні аспекти тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії і токсикоманії: Навчальний посібник для студентів денної та заочної (дистанційної) форми навчання (дисципліна за вибором студента).* Харків: НФаУ.

3. Сосіна, І. К., Чуєва, Ю. Ф. (Ред.) (2014) *Наркологія : національний підручник*. Харків : Видавництво «Колегіум».

4. Приходько, І. І., Байда, М. С. (2018) Теоретичні аспекти адиктивної поведінки військовослужбовців. *Честь і закон.* 3 (66), 67–74.

5. Сердюк, О. О., Бурлака, В. В. (ред). (2015) *Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей. Частина 1. Посібник*. Харків : Діса плюс.

6. Чулков, О. М., Григорян, А. З., Сінча, К. А. (2017) *Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів I та II медичного факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія*. Запоріжжя : ЗДМУ.

7. Гавенко, В.Л., Бітенський, В.С., Абрамов ,В.А., Влох, І.Й., Кожина, Г.М., Коростій, В.І. … Юр'єва, Л.М. (2020) *Психіатрія і наркологія: підручник. 3-є видання.* Київ : «Медицина».

8. Напрєєнко, О.К. (Ред.) (2017) *Психіатрія і наркологія: підручник (ВНЗ III—IV р. а.) 3-є вид., випр.* Київ : «Медицина»

9. Гапонов, К. Д. (2019) Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 1, 40-52.

10. Міщук, В. Г., Скоропад, К. М. (2015) Поширеність поєднаного алкогольного ураження печінки та підшлункової залози: оцінка критеріїв ідентифікації. *Буковинський медичний вісник.* 19;1(73), 108–12.

11. Лінський, І. В. , Кузьмінов, В. Н., Мінко, О. І., Кожина, Г. М., Гриневич, Є. Г., Овчаренко, М. О. … Герасимов, Д. О. (2022) Вплив питущих на алкогольний статус представників їхнього мікросоціального оточення. *Український вісник психоневрології.* 30;1(110), 4-17.

12. Yang, H. C., Chen, I. C., Tsay, Y. C., Li, Z. R., Chen, C. H., Hwu, H. G., Chen, C. H. (2017) Using an Event-History with Risk-Free Model to Study the Genetics of Alcoholism. *Sci Rep. 16;7(1),* 1975.

13. Cservenka, A. (2016) Neurobiological phenotypes associated with a family history of alcoholism. *Drug Alcohol Depend. 1(158),* 8-21.

14. Lai, D., Wetherill, L., Kapoor, M., Johnson, E.C., Schwandt, M., Ramchandani, V.A. … Schuckit, M. (2020) Genome-wide association studies of the self-rating of effects of ethanol (SRE). *Addict Biol.* 25(2), 12800.

15. Ostromov, A., Thomas, A. M. , Dani, J. A. , Doyon, W. M. (2015) Cigarettes and alcohol: The influence of nicotine on operant alcohol self-

administration and the mesolimbic dopamine system. *Biochemical Pharmacology. 97(4),* 550—7.

16. Johnson, E.C., Sanchez-Roige, S., Acion, L., Adams, M.J., Bucholz, K.K., Chan, G. … Edwards, A.C. (2021) Polygenic contributions to alcohol use and alcohol use disorders across population-based and clinically ascertained samples. *Psychol Med. 51(7),* 1147-56.

17. Sullivan E. V., Pfefferbaum A. (Eds.). (2014) *Alcohol and the Nervous System.* Amsterdam : Elsevier.

18. Strine, T.W., Dube, S.R., Edwards, V.J., Prehn, A.W., Rasmussen, S., Wagenfeld, M … Croft, J.B. (2012) Associations between adverse childhood experiences, psychological distress, and adult alcohol problems. *Am J Health Behav. 36(3),* 408-23.

19. Afifi, T.O., Enns, M.W., Cox, B.J., Asmundson, G.J., Stein, M.B., Sareen, J. (2008) Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health.* 98(5), 946-52.

20. Pilowsky, D.J., Keyes, K.M., Geier, T.J., Grant, B.F., Hasin, D.S. (2013) Stressful Life Events and Relapse Among Formerly Alcohol Dependent Adults. *Social Work in Mental Health*. 11(2), 184-97.

21. Гапонов, К. Д. (2018) Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 26(1), 104-9.

22. Palmisano, M., Pandey, S.C. (2017). Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders. *Alcohol*. 60, 7-18.

23. Cadet, J.L. (2016) Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications. *Molecular Neurobiology*. 53(1), 545–60.

24. Jones, L., Sumnall, H. (2016). *Understanding the relationship between poverty and alcohol misuse.* Liverpool : Centre for Public Health, Faculty of Education, Health and Community.

25. Burge, S.K., Katerndahl, D.A., Becho, J., Wood, R., Rodriguez, J., Ferrer, R. T. (2019) The Dynamics of Partner Violence and Alcohol Use in Couples: Research Methods. *Violence and Victims*. 34(1), 136—56.

26. Karriker-Jaffe, K. J., Li, L., Greenfield, T. K. (2018) Estimating mental health impacts of alcohol's harms from other drinkers: Using propensity scoring methods with national cross-sectional data from the United States. *Addiction.* 113(10), 1826—39.

27. Mack, A. H. Harrington, A. L., Frances, R. J. (2010) *Clinical manual for treatment of alcoholism and addictions.* Washington : American Psychiatric Publishing, Inc.

28. Reus, V.I., Fochtmann, L.J., Bukstein, O., Eyler, A.E., Hilty, D.M., Horvitz-Lennon, M. … Hong, S.H. (2018) The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Pharmacological Treatment of Patients With Alcohol Use Disorder. *Am J Psychiatry.* 175(1), 86-90.

29. Максимова, Н. Ю. (Ред.) (2021) *Система ранньої діагностики відхилень в розвитку особистості: методичний посібник*. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська.

30. Гайдамашко, В. (2016, Квітень 12) Пиво – крок до алкоголізму. *Подолянин* Відновлено з https://podolyanin.com.ua/health/3216/

31. Краснова, О. І., Плужнікова, Т. В., Краснов, О. Г. (2020) Проблема вживання алкогольних та слабоалкогольних напоїв в підлітковому віці. *Сучасні медичні технології*. 2, 44-8.

32. Харківська, А., Прокопович, Є. (2020) Психологічні аспекти порушень інтелектуальної сфери хворих на алкоголізм. *International scientific e-*

journal ΛΟΓΟΣ. ONLINE 16. Відновлено з https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/2663-4139/article/view/6660.

33. Старков, Д. (2021) *Динаміка мотивації адиктів у процесі соціально-психологічної реабілітації*. (Дис. канд. психол. наук). Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ.

34. Моренко, А. Г. (2020) *Патофізіологія алкоголізму, наркоманії, токсикоманії.* Луцьк. Відновлено з: https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/17106.

35. Крайніков, Е., Прокопович, Є., Баланюк, А. (2019) Особливості адиктивної особистості. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Психологія.* 1(10), 55-60.

36. Doñamayor, N., Strelchuk, D., Baek, K., Banca, P., Voon, V. (2018) The involuntary nature of binge drinking: goal directedness and awareness of intention. *Addict Biol*. 23(1), 515-26.

37. Портнов, А. А. (2020) *Клініка алкоголізму.* Київ : Медицина.

38. Володько, Ю. В., Пакушина, Л. З. (2018) *Соціально-педагогічна профілактика схильності старших підлітків до алкогольної залежності.* Актуальні проблеми природничих та гуманітарних наук у дослідженнях молодих учених «Родзинка – 2018» / XX Всеукраїнська наукова конференція молодих учених.

39. Helle, A.C., Wycoff, A.M., Griffin, S.A., Fleming M., Freeman, L.K., Vebares, T.J. … Trull, T.J. (2022) Co-use of medication and alcohol: The influence on subjective effects of intoxication and affect. *Personal Disord.* 13(1), 75-83.

40. Морозов, Г. В., Іванець, Н.Н. (2021) Нові дані про клініку та лікування алкоголізму. *Питання клініки та лікування алкоголізму.* (с.3-9). Київ : Медицина.

41. Литвиненко, В.В. (2020). Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості алкогольної залежності чоловіків як мішені психоосвіти. *Експериментальна і клінічна медицина*. *83*(2), 37-42.

42. Rapsey, C.M., Wells, J.E., Bharat, M.C., Glantz, M., Kessler, R.C., Scott, K. M. (2019) Transitions Through Stages of Alcohol Use, Use Disorder and Remission: Findings from Te Rau Hinengaro, The New Zealand Mental Health Survey. *Alcohol Alcohol.* 54(1), 87-96.

43. Шапочка, Є.А., Фітькало, О.С. (2015) Алкогольна залежність: ремісія та реабілітаційні заходи (огляд літератури). *Український науково-медичний молодіжний журнал.* 2(88), 110-5.

44. Smeraldi, C., Angelone, S.M., Movalli, M., Cavicchioli, M., Mazza, G., Notaristefano A., Maffei C. (2015) Testing three theories of cognitive dysfunction in alcohol abuse. *Journal of Psychopathology.* 21, 125-32.

45. Haller, M., Wang, F. L., Bountress, K., Chassin L. (2014) The Interactive Effects of Effort to Regulate Alcohol Use, Anxiety Disorders, and Affective Disorders on Long-Term Remission from Alcohol Dependence. *Addict Res Theory*. 22(5), 371-9.

46. Lewis-Laietmark, C., Wettlaufer, A., Shield, K.D., Giesbrecht, N., April, N., Asbridge, M. … Stockwell, T. (2017) The effects of alcohol-related harms to others on self-perceived mental well-being in a Canadian sample. *Int J Public Health.* 62(6), 669-78.

47. Москаленко, В. Д. (2020) *Залежність: сімейна хвороба.* Київ : Просвіта.

48. Koob, G. F. (2015) The dark side of emotion: the addiction perspective. *European Journal of Pharmacology.* 753, 73–87.

49. Зав'ялов, В. Ю. (2020) Мотивація споживання алкоголю у хворих алкоголізмом та здорових. *Психологічний журнал.* 5, 102-11.

50. Короленко Ц. П. (2017) *Адиктивна поведінка.* Київ : Медицина.

51. Маркозова, Л. М. (2016) Причини та закономірності кооперативно-конкурентної взаємодії станів залежності різного походження. *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 3,2(6), 57-60.

52. Бондарчук, О.І. (2016) *Психологія девіантної поведінки: курс лекцій.* Київ : МАУП.

53. Сосін, І. К., Сквіра, І. М., Міцура, В. М., Чуєв, Ю. Ф., Гончарова О. Ю. (2016) Рання діагностика алкогольної залежності в практиці сімейного лікаря. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини.* 1, 69-72.

54. Воднік, В. Д. (2014) Проблеми профілактики алкоголізму в умовах побудови громадянського суспільства в Україні. *Вісник Національного університету «Юридична академія України імені Ярослава Мудрого».* 3(22), 249-65.

55. Пакушина, Л. (2018) Схильність до алкогольної залежності особистості та рання профілактика алкоголізму. *Вісник Черкаського університету. Серія «Педагогічні науки».* 1, 94-101.

56. Карачевський, А. (Ред.) (2018) *Розлади, спричинені вживанням алкоголю.* Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету.

57. Панок В.Г. (2017) *Прикладна психологія. Теоретичні проблеми : монографія.* Київ : Ніка-Центр.

58. Czapla, M., Simon, J.J., Richter, B., Kluge, M., Friederich, H.C., Herpertz, S. … Loeber, S. (2016) The impact of cognitive impairment and impulsivity on relapse of alcohol-dependent patients: implications for psychotherapeutic treatment. *Addict Biol.* 21(4), 873-84.

59. Самодай, В. (2013) Проблематика формування здорового способу життя. *Спортивний вісник Придніпров'я.* 2, 88-92.

60. Супрун, Д. М. (2010) Когнітивна, емоційна та поведінкова складова у детермінації поняття "ставлення до здоров’я". *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія.* 16. 315-8.

61. Яновська, Т. А. (2018) Психологічні особливості ціннісного ставлення підлітків до здоров’я. *Молодий вчений.* 1(1), 70-3.

62. Марценюк, М. О. (2014) Особливості інтелектуального ставлення до здорового способу життя. Максименко, С. Д. , Онуфрієва, Л. А. (Ред.) *Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН* України. Вип. 25. (с.242-54). Кам’янець-Подільський: Аксіома.

63. Танасійчук, Ю. М. (2020) Ієрархія понять «здоровий спосіб життя», «здоровий стиль життя». *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету. Вип. 1.* (с. 168–75). Умань : Уманський державний педагогічний університет.

64. Оржеховська, В. М., Єжова, О. О. (2010) *Здоровий спосіб життя : навчально-методичний посібник.* Суми : Видавництво СумДПУ ім. А.С. Макаренка.

65. Коробка, Л. М. (2015) Ставлення до здоров'я як сфера застосування соціально-психологічних засобів запобігання та подолання бідності. *Психологічні науки: проблеми і здобутки.* 7, 69-81.

66. Ягенський, А.В., Hofer, S., Січкарук, І.М., Oldridge, N. (2013) Оцінка якості життя у пацієнтів з ішемічною хворобою серця: результати валідизації україномовної версії опитувальника MacNew Heart Disease Health-related Quality of Life. *Український кардіологічний журнал.* 3, 22-8.

67. Лисенко, О. (2017) Ціннісне ставлення до здоров'я як системотворча складова ціннісних орієнтацій особистості. *Освітній простір України.* 11, 144-54.

68. Андріученко, Т., Вакуленко, О., Волков, В., Дзюба, Н., Коляда, В., Комарова, Н. … Тілікіна, Н. (2018) *Формування здорового способу життя. Навчально-методичні рекомендації*. Київ : ДУ «Державний інститут сімейної та молодіжної політики».

69. Бацилєва, О. В., Пузь, І. В., Гресько, І. М. (2018) Особливості ставлення до здоров'я молоді з різним рівнем психоемоційного напруження. *Психологічний часопис.* 6, 167-83.

70. Шепітько, В. І., Єрошенко, Г. А., Лисаченко, О. Д., Климач, Т. М.,. Решта В. М (2015) Ставлення до здоров'я, як один із найбільш вагомих психологічних факторів становлення особистості. *Світ медицини та біології*. 4(54), 150-2.

71. Білоцерківська, Ю. О. (2017) Методичні аспекти профілактики та запобігання пияцтву та впровадження здорового способу життя серед особового складу Повітряних Збройних Сил України. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки.* 2(1), 21–6.

72. Hallinan, P., McGilloway, S., Dempster, M., Donnelly, M. (2011) Factor structure and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a sample of mentally disordered offenders. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 22, 586–602.

73. Співак, Л., Османова, А. (2023) *Психодіагностика в клінічній психології.* Київ : Університет "Україна".

74. Агаєв, Н.А., Кокун, О.М., Пішко, І.О., Лозінська ,Н.С., Остапчук, В.В., Ткаченко, В.В. (2016) *Збірник методик для діагностики негативних*

психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ.

75. Сікорська, Л.Б., Вовк, Л.П., Волотовська, Я.В. (2017) Психологічні умови стресостійкості майбутніх фахівців системи спеціальної освіти. *Young Scientist.* 5(45), 223-226.

76. Родигіна, В. П., Блошенко, О. І., Бабаджанян, В. В.,. Курій, О. В., Ширяєва, С. В. (2022) *Методичні рекомендації до практичної роботи «Визначення психофізичного стану здоров'я людини» з дисципліни «Фізичне виховання» для студентів НТУ «ХПІ» денної форми навчання усіх спеціальностей.* Харків: НТУ «ХПІ».

77. Кричевець, А. Н. (2022) *Математична статистика для психологів: підручник для студ. установ вищої. проф. освіти*. Київ : Академія.

78. Боснюк, В. Ф. (2020) *Математичні методи в психології: курс лекцій. Мультимедійне навчальне видання*. Харків : НУЦЗУ.

79. Бевз, Г.М., Главник, О.П. (2015) *Технологія проведення тренінгів з формування здорового способу життя молоді.* Київ : Український ін-т соціальних досліджень, 2015.

80. Максимова Н.Ю. (2017) *Психологічна профілактика вживання юнаками алкоголю та наркотиків.* Київ : ВІПОЛ.

81. Міненок А. (2016) *Ефективність соціально-просвітницьких тренінгів з формування мотивації до здорового способу життя.* Чернігів : ЧДПУ.

82. Купчишина, В., Янцаловський, О., Заводна, О. (2023). Психологічні особливості підвищення стресостійкості осіб зрілого віку. *Psychology Travelogs*, (3), 178–192.

83. Романишин А. М., Мацевко Т. М. [та ін.]. *(*2023) *Профілактика відхильної поведінки у військовослужбовців: навч.- метод. Посібн* . Київ: Вид. дім «СКІФ», 174

84. Серажим І. Р. (2022) Девіантна поведінка персоналу Державної кримінально-виконавчої служби України як соціально-психологічний та правовий феномен. *Юридичний науковий електронний журнал*,6, 447-449

85. Зівзах М. В. (2007) Психологічні дезаптаційні реакції у співробітників спеціальних підрозділів органів внутрішніх справ (діагностика, психокорекція та профілактика): автореф. дис. … канд. психол. наук. Київ,18

86. Лукашенко М. Ю. (2019)Травматичний досвід військових дій як чинник девіантної поведінки. *Юридична психологія*,1 (24), 32-38

87. Мозговий В. І. (2018) Вивчення особистості військовослужбовців схильних до делінквентної поведінки в контексті порушення їх статево-рольового статусу та родинних зв’язків. *Теорія і практика сучасної психології: Збірник наукових праць*, 4, 23 – 28.