

**ЧЕРНІГІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ Т.Г.ШЕВЧЕНКА**

*Психолого-педагогічний факультет
Кафедра екологічної психології та психічного здоров'я*

В.А. Пушкар

**ПСИХОЛОГІЯ АДИКТИВНОЇ
ПОВЕДІНКИ**

Методичні рекомендації до курсу
«Психологія адиктивної поведінки»
для студентів IV курсу
спеціальності «Психологія»

Чернігів – 2012

УДК 159.9.019.4 (076)

ББК Ю936.2 я73

П 91

Рецензенти:

Білоус Р.В. – кандидат психологічних наук, доцент кафедри
Кременчуцького педагогічного університету

Данильченко Т.В.– кандидат психологічних наук, доцент кафедри
соціальної психології Чернігівського
національного педагогічного університету імені
Т.Г.Шевченка

Пушкар В.А.

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

УДК 159.9.019.4 (076)

ББК Ю936.2 я73

В даному курсі «Психологія адиктивної поведінки» розглядаються основні види хімічних та нехімічних залежностей, аналізуються причин та передумови формування адиктивних форм поведінки, беруться до уваги клінічні прояви адикцій, напрямки соціально-педагогічної профілактики, методи діагностики і корекції адиктивної поведінки. Методичні рекомендації призначені для студентів IV курсу психолого-педагогічного факультету спеціальності «Психологія».

Рекомендовано до друку рішенням вченої ради психолого-педагогічного факультету

(Протокол №8 від 30 квітня 2012 р.)

© В.А. Пушкар, 2012

ЗМІСТ

Передмова	5
Позначки та символи, які використовуються в текстах.....	7
Частина I. Навчально-тематичний план	8
Частина II. Зміст дисципліни за темами	9
Модуль I. Теоретичні аспекти адитивної поведінки	
Тема 1. Адиктологія як галузь наукового знання	9
Тема 2. Адиктивна поведінка як одна з форм девіантної поведінки	11
Тема 3. Фактори ризику розвитку адиктивної поведінки	13
Тема 4. Вікові аспекти адиктології	15
Питання для самоконтролю до I змістовного модуля	19
Модуль II. Основні форми хімічних залежностей та їх профілактика	
Тема 5. Механізми формування хімічної залежності	20
Тема 6. Алкогольна залежність	22
Тема 7. Токсикоманія	25
Тема 8. Наркоманія як соціально-психологічне явище.....	27
Тема 9. Профілактика та лікування хімічної залежності	30
Питання для самоконтролю до II змістовного модуля	34
Модуль III. Нехімічні залежності	
Тема 10. Харчова залежність.....	35
Тема 11. Технологічні адикції.....	37
Тема 12. Патологічна схильність до азартних ігор	40
Тема 13-14. Соціально-прийнятливі форми нехімічних залежностей.....	42
Питання для самоконтролю до III змістовного модуля	46
Частина III. Теми та плани семінарських занять	47
Заняття 1. Загальна характеристика адиктивної поведінки,закономірності розвитку.....	47
Заняття 2. Алкогольна залежність.....	48
Заняття 3. Наркотична залежність.....	49
Заняття 4 . Огляд діагностичних та психотерапевтичних методів при залежній поведінці.....	50
Заняття 5. Залежність від деструктивних культів.....	51
Заняття 6. Різні види нехімічних (поведінкових) залежностей.....	52
Частина IV. Методичні рекомендації з підготовки до семінарських занять.....	53
Підготовка доповідей до семінарських занять.....	54
Семінар по типу «Малих груп».....	55
Семінар-практичне заняття.....	56
Семінар – відповіді на питання	58
Частина V.Методичні вказівки по виконанню самостійної роботи.....	60
Завдання до самостійної роботи	60
Питання, що виносяться на самостійне опрацювання.....	62
Завдання до індивідуальних творчих робіт студентів.....	63
Завдання для поточного контролю знань	68

Питання до заліку	70
Література	72
Додатки	75

ПЕРЕДМОВА

Складна соціально-економічна ситуація, поглиблення кризового стану одночасно в трьох сферах життєдіяльності – духовній, соціальній і матеріальній, спричинила глибокі зрушення у світосприйманні, орієнтації молоді у сферах культури, освіти, професійного самовизначення. Типовою ситуацією особистісного сприйняття умов життя, соціального середовища є стан невизначеності серед молоді, щодо перспектив свого життя, свого місця в умовах суспільних змін. Від нестабільності суспільства потерпають насамперед діти. Особливо шкідливим є невизначеність, втрата ідеалів, неоптимістичне сприйняття життя, відчуження від суспільства. Погіршення соціальної ситуації, насамперед, призвело до збільшення кількості дітей з девіантними та адиктивними формами поведінки.

Адиктивна поведінка особистості, як одна з форм деструктивної поведінки, набула в останні роки масового характеру і стала центром уваги соціологів, психологів, медиків, працівників правоохоронних органів та громадськості.

Курс «Психологія адиктивної поведінки» розрахований на один семестр, викладається студентам-психологам четвертого курсу та являє собою один із важливих напрямів професійної підготовки. В даному курсі розглядаються основні види хімічних та нехімічних залежностей, аналізуються причин та передумови формування адиктивних форм поведінки, розглядаються клінічні прояви адикцій, напрямки соціально-психологічної профілактики, методи діагностики і корекції адиктивної поведінки.

Метою вивчення курсу є засвоєння студентами знань з питань етіології, патогенезу, клінічних проявів хімічних та нехімічних залежностей, оволодіння методами ранньої діагностики та профілактики адиктивної поведінки для забезпечення професійної компетентності майбутніх психологів.

Завданням курсу є ознайомлення студентів з поняттями, термінологією, клініко-феноменологічними проявами основних видів хімічних та нехімічних залежностей, з основними психологічними та нейрофізіологічними механізмами формування залежностей; із загальною структурою психопрофілактичних підходів до попередження розвитку залежностей та їх подолання; формування у майбутніх спеціалістів розуміння напрямів застосування теоретичних знань у практичній діяльності.

Методи оволодіння курсом:

- конспектування лекцій і самостійне опрацювання лекційного матеріалу за конспектом;
- підготовка до семінарських занять та робота протягом семінарів;
- робота зі спеціальною літературою у наукових бібліотеках, пошук потрібної літератури, опрацювання бібліотечних каталогів.

Після закінчення вивчення курсу студенти повинні:

знати:

- основні види хімічних та нехімічних залежностей;

- клінічні прояви різних видів адикцій та методи їх психологічної діагностики та корекції;
- основні теоретичні чинники розвитку залежної поведінки;
- наслідки зловживання хімічними речовинами;
- теорії та моделі психологічної роботи в галузі превентивної психології;
- особливості індивідуальної та групової соціальної роботи з дітьми узалежненими від хімічних речовин;
- уміти:
- диференціювати різні форми залежних розладів;
- інтегрувати теоретичні знання з питань превенції у практичну діяльність;
- використовувати знання, форми, методи для проведення превентивної роботи;
- діагностувати різні форми хімічних та нехімічних адикцій;
- планувати та розробляти програми і заходи профілактики хімічної та нехімічної залежності серед неповнолітніх;

Курс розраховано на 81 годину, з них 40 години аудиторних:

28 годин – лекційних. В лекційний блок курсу входять загальні теоретичні питання, які забезпечують цілісне розуміння основних проблем сучасної адиктології і створюють методологічні основи наступної самостійної роботи студентів;

12 годин – семінарських.

41 годину передбачено на самостійну роботу студентів. У перелік видів самостійних завдань включено: опрацювання літератури, написання рефератів, проведення досліджень, розробку прийомів діагностики і корекції поведінки дітей з різними видами залежної поведінки та ін.

Закінчується вивчення курсу заліком як формою підсумкового контролю.

ПОЗНАЧКИ ТА СИМВОЛИ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ТЕКСТАХ



відновіть знання;



зверніть увагу (увага);



запам'ятайте;



визначення;



основні питання;



прочитайте;



виконайте тест;



основні поняття;



питання для самоконтролю.

ЧАСТИНА I. НАВЧАЛЬНО-ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛІНИ

№п/ п	Назва розділу, теми	Кількість годин				
		Всього	Аудиторна робота			
			ауд ито рна	лек.	сем.	сам. роб
Модуль I. Теоретичні аспекти адиктивної поведінки						
1.	Тема 1. Адиктологія як галузь наукового знання	6	2	2	0	4
2.	Тема 2. Адиктивна поведінка як одна з форм девіантної поведінки	6	2	2	0	4
3	Тема 3. Фактори ризику розвитку адиктивної поведінки	8	4	2	2	4
4	Тема 4. Вікові аспекти адиктології	7	2	2	0	5
	Всього по 1-му модулю	27	10	8	2	17
Модуль II. Основні форми хімічних залежностей та їх профілактика						
5	Тема 5. Механізми формування хімічної залежності	5	2	2	0	3
6	Тема 6. Алкогольна залежність	5	4	2	2	1
7	Тема 7. Токсикоманія	5	2	2	0	3
8	Тема 8. Наркоманія як соціально-психологічне явище	5	4	2	2	1
9	Тема 9. Профілактика та лікування хімічної залежності	7	4	2	2	3
	Всього по 2-му модулю	27	16	10	6	11
Модуль III. Нехімічні залежності						
10	Тема 10. Харчова залежність	6	2	2	0	4
11	Тема 11. Технологічні адикції	7	4	2	2	3
12	Тема 12. Патологічна схильність до азартних ігор	6	2	2	0	4
13	Тема 13-14. Соціально-прийнятливі форми нехімічних залежностей	8	6	4	2	2
	Всього по 3-му модулю	27	14	10	4	13
	Всього:	81	40	28	12	41

ЧАСТИНА II. ЗМІСТ ДИСЦИПЛІНИ ЗА ТЕМАМИ

МОДУЛЬ I. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ



ТЕМА 1: Адиктологія як галузь наукового знання

1. Психологія адиктивної поведінки як міждисциплінарна галузь наукового знання.
2. Групи різновидів адиктивної поведінки.
3. Концептуальні моделі походження залежної поведінки.
4. Поняття про поведінкову норму і патологію.
5. Підходи до оцінки поведінкової норми, патології і девіацій.



Ключові слова: адиктологія, адиктивна поведінка, адикція, адиктивна установка, девіантна поведінка, залежна поведінка, поведінкова норма, патологія, поведінкові залежності.

Навчально-методичний матеріал

Суспільство завжди надає особливої уваги проблемі поведінки людей, яка не відповідає встановленим соціальним нормам. За останні роки у зв'язку із кризою нашого суспільства інтерес до проблеми відхиленої поведінки значно зріс, що обумовило необхідність більш ретельно дослідити причини, форми, динаміку відхиленої від норми поведінку. Адиктивна поведінка в останні роки стала центром уваги соціологів, психологів, медиків, працівників правоохоронних органів та громадськості, які з різних боків розглядають і оцінюють це явище та намагаються знайти найбільш ефективні засоби соціального контролю.

Психічні і поведінкові розлади, з якими доводиться зіштовхуватися психіатрам, психотерапевтам і клінічним психологам в сучасних умовах, кардинально і стрімко змінюються, зростає кількість поведінкових девіацій і розладів, які 10-15 років тому здавалися виключенням з практичної психіатрії і психології (Дод. 1.). До них можна віднести ненормальні поведінкові стереотипи наркоманічної, сексуальної, релігійної, фанатичної поведінки, патологічний потяг до крадіжок, Інтернет-залежність, розлади прийому харчування та ін., які виходять за межі психологічно і соціально схваленої поведінки.

В зв'язку з видозмінами структури психічних і поведінкових розладів і девіацій на сучасному етапі виникла необхідність виділення нової області знань – **адиктології**. До сфери її основних інтересів відноситься проблематика залежних (адиктивних) форм поведінки як психологічного так і психопатологічного рівня.




Адиктологія – наука про хімічні і нехімічні залежності, яка вивчає механізми їх формування, розвиток, діагностику, профілактику, лікування і

реабілітацію.

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

Згідно класифікації О.В.Змановської адиктологія вивчає всі форми і типи адиктивної (залежної) поведінки. Виділяють наступні форми залежної поведінки:

- хімічна залежність (паління, токсикоманія, наркозалежність, залежність від ліків, алкогольна залежність);
- порушення харчової поведінки (переїдання, голодування, відмова від їжі);
- гемблінг – ігрова залежність (комп'ютерна залежність, азартні ігри);
- сексуальні адикції (зоофілія, фетишизм, трансвестизм, ексбіціонізм, вуайеризм, садомазохізм);
- релігійна деструктивна поведінка (релігійний фанатизм, залученість до секти).

 Адиктивна поведінка є виявом бажання змінити свій психічний стан в напрямку виникнення інтенсивних позитивних емоцій насамперед за допомогою вживання певних речовин (тютюну, алкоголю, наркотичних, психоактивних речовин, медичних препаратів), до того як від них сформувалась фізична залежність, або ж шляхом здійснення специфічної активності, яка характеризується порушенням контролю за спонуканнями, неподоланністю прагнень, ненаситністю та обов'язковістю виконання (порушення харчової поведінки, пристрасть до азартних і комп'ютерних ігор, до Інтернету, kleptomанія тощо).

Термін «адиктивна поведінка» часто вживають в тих випадках, коли мова йде не про хворобу, а лише про порушення поведінки. На відміну від адиктивної поведінки сам термін «адикція» у закордонній літературі часто використовують як синонім залежності. Цей стан передбачає зростання толерантності до засобу, яким зловживають, постійне занепокоєння тим, як його здобути і вжити, не дивлячись на усвідомлення негативних наслідків, а також численні безуспішні спроби перервати вживання.

Різні види адиктивної поведінки мають свої специфічні особливості, прояви і наслідки, але етапи формування адикції є спільними. Початок формування адиктивного процесу завжди відбувається на емоційному рівні як переживання гострої зміни психічного стану у вигляді підвищеного настрою, почуття радості, екстазу, неймовірного підйому у зв'язку з вживанням певних речовин чи певними діями. Наступний етап характеризується формуванням певної послідовності звернення до засобів адикції. Поступово адиктивна поведінка стає стереотипною, типовою, яка повністю домінує і витісняє всі інші сфери.


Незалежно від виду залежності існують загальні ознаки адиктивної поведінки: стійке прагнення до зміни психофізичного стану; безперервний процес формування і розвитку адикції; циклічність узалежненої поведінки;

закономірне виникнення особистісних змін і соціальної дезадаптації; формування адиктивної установки, тобто сукупності когнітивних, емоційних і поведінкових особливостей, які викликають адиктивне відношення до життя; надмірне емоційне відношення до об'єкту залежності; недовіра до спеціалістів, що намагаються здійснити медико-соціальну допомогу; перетворення об'єкту адикції в мету існування; заперечення залежності та її тяжкості.


Література: основна – 2, 4, 6, 7, 8, 10; додаткова – 12, 17, 30.

ТЕМА 2: Адиктивна поведінка як одна з форм девіантної поведінки.

1. Взаємодія індивіда з реальністю і типи девіантної поведінки.
2. Делінквентний тип девіантної поведінки.
3. Патохарактерологічний тип девіантної поведінки.
4. Психопатологічний тип девіантної поведінки.
5. Оснований на гіперздібностях тип девіантної поведінки.
6. Адиктивний тип девіантної поведінки.

 **Ключові слова:** адиктивна поведінка, девіантна поведінка, делінквентна поведінка, психопатологічна девіантна поведінка, патохарактерологічна девіантна поведінка, девіантна поведінка заснована на гіперздібностях.

Навчально-методичний матеріал

 Девіантною поведінкою вважається будь-яка по ступеню вираженості, направленості або мотивам поведінка, що відхиляється від критеріїв тієї чи іншої суспільної норми. При цьому критерії обумовлюються нормами слідування правовим вказівкам і регламентаціям (норми законопослушання), моральними, морально-етичними предписаннями, етикету і стилю. Деякі з даних норм мають абсолютні й однозначні критерії, зафіксовані в законах і указах, інші – відносні, які передаються з вуст в уста, транслуються в виді традицій, вірувань або сімейних, професійних і суспільних регламентацій.

Основою оцінки девіантної поведінки людини є аналіз її взаємодії з реальністю, тому що головний принцип норми – адаптивність – виходить із пристосування до чогось або когось, тобто до реального оточення індивіда. Взаємодія індивіда з реальністю має 5 способів:

1. У разі *протидії реальності* індивід активно намагається руйнувати ненависну йому дійсність, змінювати її відповідно до власних установок і цінностей. Протистояння реальності має місце у випадку кримінальної та делінквентної поведінки.

2. *Хворобливе протистояння реальності* обумовлене ознаками

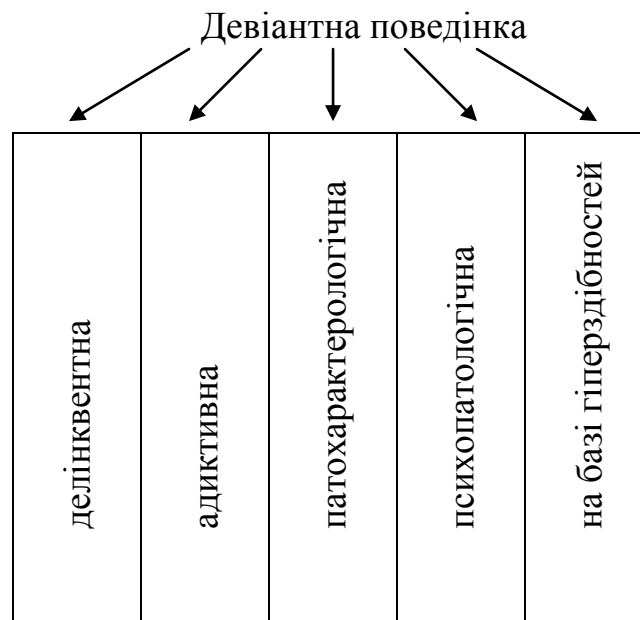
психічної патології та психопатологічних розладів, при ньому оточуючий світ сприймається ворожим у зв'язку із суб'єктивним спотворенням його сприйняття й розуміння. Такий спосіб взаємодії характерний для патохарактерологічного та психопатологічного типу девіантної поведінки.

3. Спосіб взаємодії з дійсністю у вигляді *відходу від реальності*. Усвідомлене або неусвідомлене уникнення дійсності, коли розцінюють реальність негативно й опозиційно, вважаючи себе не здатними адаптуватися до неї. Такий шлях обирають люди з адиктивним типом девіантної поведінки.

4. *Ігнорування реальності* є автономізацією життя й діяльності людини, коли вона не бере до уваги вимоги та норми реальності, існуючи у власному вузькопрофесійному чи особистісному світі. Притаманний людям з гіперздібностями.

5. Гармонійна людина обирає *пристосування до реальності*.

В залежності від способу взаємодії з реальністю і порушенням тих чи інших норм суспільства девіантна поведінка розподіляється на п'ять типів: делінквентна поведінка, адиктивна поведінка, патохарактерологічна, психопатологічна, на базі гіперздібностей.



Типи девіантної поведінки

Делінквентний тип девіантної поведінки – сукупність протиправних вчинків та злочинів, які не відповідають формально зафіксованим соціальним та юридичним нормам. У широкому значенні делінквентна поведінка – це злочинна (кримінальна) поведінка, правопорушення некримінального характеру, порушення офіційно визначених правил поведінки та дисциплінарних вимог. У вузькому значенні делінквентною поведінкою в літературі називають некримінальні правопорушення чи протиправну поведінку дітей та підлітків. Протиправну дію, що лежить в основі делінквентної поведінки, називають деліктом, а особу, якій властива така поведінка, делінквентом.

Патохарактерологічний тип девіантної поведінки – поведінка, що

зумовлюється патологічними змінами характеру, що сформувалися в процесі виховання. Серед найбільш типових для дітей та молоді видів такої поведінки вчені виокремлюють аутоагресивну поведінку, дисморфоманічну поведінку, гебоїдну поведінку.

Психопатологічний тип девіантної поведінки – ґрунтується на психопатологічних симптомах та синдромах – це прояви тих чи інших психічних порушень та захворювань.

Девіантний тип поведінки, що ґрунтується на базі гіперздібностей – це спотворений прояв обдарованості, таланту, геніальності в якійсь сфері діяльності, що виходить за рамки звичайного, нормального сприйняття.

Адиктивний тип девіантної поведінки – поведінка, що зумовлюється залежністю від різних хибних пристрастей. Адиктивна поведінка – це поведінка людини, для якої притаманне прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійної фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій. У результаті такої поведінки людина існує у своєрідному «віртуальному» світі. Вона не тільки не вирішує своїх проблем, але й зупиняється в особистісному розвитку, а в окремих випадках навіть деградує.

Кожна з клінічних форм залежної поведінки може бути обумовлена якимось із наведених типів девіантної поведінки, а іноді мотивом вибору тієї чи іншої форми слугує декілька типів відхиленої поведінки одночасно. Так, наприклад, алкоголізація може бути пов'язана з адикціями (відходом від реальності); з патологією характеру, при якій вживання та зловживання спиртними напоями виступає в ролі своєрідної терапевтичної компенсації і зняття внутрішньоособистісного конфлікту; з психопатологічними проявами (маніакальний синдром) чи з свідомим доведенням себе до певного психічного стану з метою здійснення делінквентних вчинків (Дод. 2.).

Література: основна – 7, 8, 9, 10; додаткова –17, 25, 26,28, 30, 36;



ТЕМА 3: Фактори ризику розвитку адиктивної поведінки.

1. Соціальні фактори в походженні адиктивної поведінки.
2. Біологічні фактори адиктивної поведінки.
3. Психологічні фактори адиктивної поведінки.



Ключові слова: *об'єктивні фактори, суб'єктивні фактори, мікропричини, макропричини, стилі сімейного виховання, дезадаптивні сім'ї, гіперопіка, гіпоопіка, біологічна схильність, особистісні риси.*

Навчально-методичний матеріал

Залежна поведінка вважається багатофакторним явищем. Сучасний стан науки дозволяє говорити, про існування декількох груп факторів в розвитку адиктивної поведінки, кожен з яких взятий окремо, не являється визначальним. Фактори, які сприяють розвитку адиктивної поведінки розділяють на соціальні, індивідуально-психологічні, індивідуально-біологічні:

- соціальні фактори не залежать від індивіда, це об'єктивно існуючі умови, впливати на які людина практично не може, визначаються несприятливими соціальними, економічними, політичними умовами існування суспільства;
- індивідуально-психологічні – це особливості когнітивної, емоційно-вольової сфери, які обумовлюють виникнення та розвиток адиктивних форм поведінки;
- індивідуально-біологічні – відносять спадковість стосовно психічних захворювань, алкоголізму, тяжкі соматичні захворювання і нейроінфекції в ранньому дитинстві, органічні враження головного мозку. Ці порушення виступають скоріше передумовами, тобто обумовлюють індивідуально-психологічні причини. Органічні враження головного мозку впливають на психоемоційний стан, знижують здатність індивіда переносити фізичні і психологічні навантаження, протистояти стресу і негативним впливам оточуючого середовища. Це відображається на адаптаційних можливостях людини, внаслідок чого формується хімічна та нехімічна залежність.

Серед соціальних факторів виділяють макропричини і мікропричини. Макропричини – це умови, які існують в суспільстві в цілому, а мікропричини – це умови в середині тієї соціальної групи, в якій знаходиться суб'єкт.

- До *макропричин* відносяться економічне та соціальне неблагополуччя, протиріччя і неузгодженість в законодавстві, неблагоприємне оточення і суспільний благоустрій, доступність психоактивних речовин, реклама, стан аномії суспільства;
- До *мікропричин* відносяться невмілість та непослідовність в вихованні, сімейна схильність, сімейні традиції, клімат в сім'ї, школі, невмілість та непослідовність в вихованні, гіперопіка та гіпоопіка в сім'ї, невстигання в школі та відсутність бажання продовжувати навчання, часта зміна місця проживання, спілкування з ровесниками, які зловживають психоактивними речовинами, стиль сімейного виховання.

До індивідуально-біологічних факторів відносяться:

- *ступінь початкової толерантності* – спостерігається пряма залежність: чим менша індивідуальна непереносимість психоактивних речовин (підліток переживає негативні відчуття навіть від малої дози алкоголю чи слабого наркотика), тим більша вірогідність того, що розвинеться алкоголізм чи наркоманія;
- *природна детоксикуюча функція організму*. Головну детоксикуючу функцію в організмі виконує печінка. Чим краще печінка буде

розщеплювати поступаючи в організм алкоголь та наркотики і краще справлятися з цією функцією, тим менше буде виникати негативних відчуттів і соматичних розладів і тим більша вірогідність розвитку алкоголізму та наркоманії;

- *природа психоактивної речовини.* Це важливий біологічний фактор, який приводить до розвитку адиктивної поведінки, і переходу в хворобу. Важливим являється хімічна речовина, яка вживається. Швидше залежність настає від наркотичних речовин, ніж алкоголю та тютюну.

До індивідуально-психологічних факторів, які сприяють розвитку адикцій відносять осіб для яких характерними є :

- знижена схильність до психічних перенавантажень, стресів, слабка пристосованість до нових ситуацій, конфліктів, схильність до депресій;
- вираженість тривожності, невпевненості в собі, занижена самооцінка;
- імпульсивність, зокрема, з намаганням отримати задоволення з чітко вираженим гедоністичним спрямуванням;
- психічна незрілість – інфантилізм, схильність до наслідування в поведінці, зокрема, її негативних проявів;
- слабкий розвиток самоконтролю;
- емоційна нестійкість, схильність неадекватно реагувати на перешкоди, невміння знайти продуктивний вихід із психотравмуючої ситуації;
- акцентуації характеру (нестійкий, комфортний, гіпертимний, циклоїдний та ін.).

Узагальнюючи фактори підліткової наркотизації, як сукупність внутрішніх та зовнішніх умов, що впливають на формування схильності до вживання психоактивних речовин та розвитку нехімічних (поведінкових) адикцій, можна виділити наступні: особливості когнітивної, емоційно-вольової, мотиваційної сфери, особливості умов проживання та виховання, мікросоціальне та макросоціальне середовище, спадкова схильність.

Література: основна – 2, 4, 6, 8; додаткова – 17, 22, 25, 26, 27, 30.



Тема 4: Вікові аспекти адиктології

1. Особистісні риси підлітків схильних до адиктивної поведінки.
2. Поведінкові реакції підліткового віку.
3. Прояв адиктивної поведінки залежно від типу акцентуації характеру.




Ключові слова: *психічний інфантилізм, навіюваність, наслідування, прогностична некомпетентність, егоцентризм, юнацький максималізм, реакція емансипації, реакція опозиції, хобі-реакції, реакція компенсації, акцентуації характеру.*

Навчально-методичний матеріал

Спеціалісти, які вивчають наркоманію, алкоголізм, нікотинізм та інші форми залежної поведінки, вважають, що в основі адиктивної поведінки лежать особистісні особливості, в силу чого у індивіда формується залежність. Найбільш часто згадуються такі характеристики, як інфантильність, чи психічний інфантилізм (Личко А.Є, Житловский В.Є.), навіюваність (В.Д.Менделевич, І.Р.Хусаїнова), прогностична некомпетентність (Менделевич В.Д.), ригідність (Березін Ф.Б), впертість, допитливість і пошукова активність (В.С.Ротенберг, В.В.Аршавський), юнацький максималізм, егоцентризм, схильність до ризику і «смаку небезпеки», нетерпеливість, страх бути покинутим.

Порушення у поведінці дитини можуть наставати в різні вікові періоди. Жодний вік від них не застрахований, але найбільш вразливими вважаються раннє дитинство і пубертатний період. Прагнення до пізнання всього нового, незвичайного, бажання стати дорослішим, перейняти звички і засоби поведінки старших – усе це ситуації, які підштовхують підлітка до вживання психоактивних речовин. Для підлітків є характерною концентрація інтересів, що можуть бути досить міцними, під впливом емоційних захоплень, а не внаслідок індивідуальних рішень. Як результат, підлітки, часто виявляють інтерес до предметів, що надто далекі від їх призначення. З одного боку, це збагачує їх, а з іншого – стає перепорою для навчання у школі. Поряд із проявом типологічних рис та інших особливостей характеру підліткам властиві певні загальні якості, так звані «поведінкові моделі» або поведінкові реакції на вплив зовнішнього середовища, перш за все, близького оточення, домівки і школи.


 *Поведінкові реакції* - узагальнені особистісні якості підлітків, що яскраво виявляються як реакції на вплив факторів оточуючого середовища. До специфічних поведінкових реакцій (за А.Є Личко) відносяться: реакції емансипації, реакції захоплення або хобі-реакції, реакції опозиції, реакції компенсації, реакції гіперкомпенсації, реакції групування, реакції імітації.

- реакція опозиції (викликається завищеними претензіями до діяльності й поведінки підлітка, зайвими обмеженнями, неповагою до інтересів підлітка з боку дорослих та оточення; проявляється в утечах з дому, в прогулах, іноді в пиятиці тощо);
- реакція імітації (проявляється в наслідуванні певної особи, героя фільму як із соціальною, так і антисоціальною поведінкою);
- реакція негативної імітації (поведінка, яка спеціально протиставляється нормі або моделі, якщо модель негативна, то ця реакція є позитивною);
- реакція компенсації (невдачі в одній галузі підкреслюються успіхами в іншій);
- реакція гіперкомпенсації (велике бажання успіху в найважчій для індивіда галузі діяльності);
- реакція емансипації (намагання звільнитися від нав'язливої опіки старших, самоствердитися; крайня форма прояву — заперечення стандартів, загально визнаних цінностей, норм, закону тощо);

- реакція групування (об'єднання в групи однолітків, які різняться територіальною спільністю, примітивною символікою та ін.);
- реакція захоплення (проявляється в численних підліткових захопленнях музикою, спортом, колекціонуванням тощо).

Такі реакції можуть відігравати як роль умови, що підвищує інтерес підлітків до психоактивних речовин, але можуть і перешкоджати адиктивній поведінці.

За рахунок індивідуально-психологічних особливостей, як, наприклад, акцентуації характеру, неадекватна самооцінка, порушення емоційно-вольової та емоційно-комунікативної сфери, можуть виникнути стійкі форми психосоціальної дезадаптації. Підлітки з акцентуацією характеру складають групу підвищеного ризику розвитку розладів психічного здоров'я у зв'язку з їх вразливістю до певних згубних впливів середовища. Акцентуйовані риси визначають психічний склад та обумовлюють специфіку адаптації людини до навколишнього соціального середовища. Ця специфіка виявляється в тому, що до деяких психогенних впливів людина дуже вразлива, а до інших нормально і навіть підвищено стійка.

 *Акцентуації характеру* – це варіанти нормального характеру, деякі риси якого занадто яскраво виражені, посилені (акцентуйовані). Акцентуації характеру проявляються або протягом усього життя, або відносно довгий період. Вони виникають у відповідь на ті психогенні фактори, до яких вразливий той чи інший тип акцентуації. Враховуючи той факт, що підлітковий вік є кризовим у розвитку особистості, акцентуації характеру проявляються саме в цей період.

Найбільш тісно пов'язані із вживанням психоактивних речовин, нестійкий, гіпертимний, епілептоїдний, експлозивний, істероїдний типи акцентуації характеру.

Нестійкі особистості втікають від навчання та праці, як від непосильних для них психічних навантажень. Одночасно, не будучи в силах самі себе чимось зайняти, вони постійно потребують певної зовнішньої стимуляції, розваг. При цьому перевага надається простій інформації, яка не потребує інтелектуального напруження для її переробки.

Така гедоністична установка (прагнення брати від життя лише розваги та насолоду) стає невід'ємною рисою їх характеру. Соціально прийнятні способи розваг швидко набридають і виникають потреби у більш гострих та неординарних відчуттях, які задовольняються вживанням одурманюючих речовин.

Наступним за нестійким типом акцентуації, характеру та психопатії відносно ризику розвитку наркозалежності знаходяться *епілептоїдний, гіпертимний та істероїдний типи*. Такий ризик особливо зростає у випадку, якщо ці типи виявляються поєднаними, зокрема, «амальгамними» (на конституціональне ядро однієї психопатії накладаються набуті риси іншої).

Тип особистісного радикалу має значний вплив на процес вибору психоактивної речовини (ПАР), якій надають перевагу.

Гіпертими, як правило, схильні до вживання алкоголю, гашишу,

інгалянтів або стимуляторів. Виражена ейфорія, відчуття групової згуртованості («сигарета по колу») та спільне переживання незвичних відчуттів роблять наркотизацію надзвичайно привабливою для них. А ось опійний «кайф» у бездіяльній самоті видається не таким бажаним, як і розслабленість та сонливість під дією транквілізаторів.

Таким особистостям часто буває характерний «первинний пошуковий полінаркотизм» - бажання перепробувати на собі дію різноманітних речовин. Однак, завдяки високому біологічному тону, активності та лідерським амбіціям, вони відносно довго уникають розвитку вираженої залежності.

Шизоїди можуть надавати перевагу таким наркотичним препаратам, як опій та гашиш. Лінивий спокій, усамітнення та мрійливість, які супроводжують опійний «кайф», дуже імпонують шизоїдному характеру, інгалянти у підлітковому віці допомагають стимулювати фантазії та візуалізувати їх, гашиш створює враження стимулятора творчих здібностей, а алкоголь виступає у ролі комунікативного допінгу.

Епілептоїдам часто властива гіперсоціальність і тоді вони підкреслено негативно ставляться до наркотиків, але можуть зловживати речовинами, які такими не вважають (алкоголь, інгалянти). Епілептоїдний радикал особистості обумовлює прагнення пережити якомога сильніші відчуття, вживати речовини, які «сильно б'ють по мізкам», тому, наприклад, спиртні напої вживають міцні й у великих дозах. Найменш привабливими для таких осіб є стимулятори, адже під їх дією у них часто виникають дисфоричні стани.

Література: основна – 2, 6, 8, 10, 12; додаткова – 17, 22, 25, 26, 27, 30.


??? Питання для самоконтролю до I модуля

1. Дайте визначення поняттю «адиктивна поведінка» та «залежність». В чому їх схожість та відмінність?
2. Проаналізуйте гіпотези походження адиктивної поведінки?
3. Поясніть соціально-психологічні механізми формування адиктивної поведінки в молодіжних і підліткових субкультурах?
4. Порівняйте особливості розвитку адиктивної поведінки у підлітків та осіб зрілого віку.
5. Опишіть вплив акцентуації характеру на особливості формування адиктивної поведінки підлітків.
6. Визначте критерії поведінкової норми та патології?
7. Охарактеризуйте вплив соціальних факторів на становлення адиктивної поведінки.
8. Поясніть як впливають на розвиток адикції умови сімейного виховання.
9. Дайте характеристику психологічним і біологічним факторам, які впливають на формування адиктивної поведінки.
10. Дайте характеристику соціальним факторам, що впливають на перехід адиктивної поведінки в хворобу.
11. Розкрийте зміст понять: «девіація», «відхилення поведінки», «соціальне відхилення», «асоціальна поведінка», «антисоціальна поведінка», «аутодеструктивна поведінка», «адиктивна поведінка», «дезадаптація», «десоціалізація».
12. Які поведінкові реакції підліткового віку сприяють розвитку адиктивної поведінки?
13. Назвіть характерні для адиктивних риси особистості.
14. Які типи акцентуації найчастіше поєднуються з залежними формами поведінки?
15. Опишіть типи акцентуації, при яких адикції майже не зустрічаються. Чому?
16. Охарактеризуйте види взаємодії індивіда з реальністю.
17. Дайте визначення поняттям делінквентна поведінка та кримінальна. В чому їх схожість та відмінність?
18. Дайте характеристику основним формам і видам девіантної поведінки.
19. Опишіть девіантні прояви поведінки при патохарактерологічній поведінці.

МОДУЛЬ II. ОСНОВНІ ФОРМИ ХІМІЧНИХ ЗАЛЕЖНОСТЕЙ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

ТЕМА 5. Механізми формування хімічної залежності

1. Загальна характеристика і класифікація хімічної залежності.
2. Етапи формування хімічної залежності.
3. Основні нейрофізіологічні механізми формування залежності від психоактивних речовин.
4. Біологічна схильність до алкоголізму та наркоманії.

 **Ключові слова:** *етапи розвитку хімічної залежності, нейромедіатори, дофамін, кетохламіни, психоактивні речовини, система підкріплення, психічна залежність, фізична залежність, абстинентний синдром, біологічна схильність.*

Навчально-методичний матеріал

Поняття пристрасть до наркотичних речовин, зловживання наркотичними речовинами чи алкоголем охоплює різноманітні аспекти життєдіяльності. Алкоголь і наркотики здатні досить швидко змінювати стани свідомості, викликати відчуття ейфорії. І у людини може з'явитися звика кожного разу використовувати психоактивні речовини (ПАР) в тих випадках, коли в неї з'являються неприємності. Якщо людина регулярно звертається до алкоголю чи наркотиків, щоб почувати себе краще чи комфортніше, то вона розвиває в себе звичку до цих речовин. Так формується своєрідний вихід з поганого настрою чи неприємностей за допомогою ПАР.

Хімічна залежність починається з первинних позитивних емоцій, які виникають завдяки вживанню психоактивних речовин – *це перший етап формування хімічної залежності*. Вживши ПАР людина відчуває як у неї покращується настрій, з'являється легкість та спокій. Вірогідність того, що адиктивна поведінка перейде в хімічну обумовленість, залежить, перш за все, від двох факторів:

- від ступеня сприйняття організмом ПАР;
- від інтенсивності отриманого приємного відчуття.

На *другому етапі хімічної залежності з'являється емоційна прив'язаність до ПАР*. Поступово людина, яка потрапила в залежність від ПАР, починає планувати своє життя з врахуванням періодично виникаючого стану зміненої психіки, викликану вживанням психоактивних речовин. *Третій етап формування хімічної залежності – прив'язаність до зміненого настрою*. Залежна людина все частіше починає шукати привід привести себе в стан

підйому настрою (за допомогою ПАР), таким чином стає все більш залежною від алкоголю та наркотиків. Отримання приємних переживань пов'язане лише з психоактивною речовиною. Для *четвертої стадії хімічної залежності* характерна *одержимість алкоголем і наркотиками*, яка проявляється збільшенням дози ПАР з метою отримання стану ейфорії (ейфорія на цій стадії не виникає). Збільшення доз призводить до глибокого сп'яніння, тяжкого похмільного синдрому, вийти з якого допомагає нова доза ПАР. Таким чином виникає замкнене коло. Організм людини перебудовується і ПАР включається в обмін речовин без якої «нормальне» існування людини неможливе.

Механізм формування психологічної залежності згідно теорії І. П. Анохіна пов'язаний з впливом психоактивної речовини на «систему підкріплення», що знаходиться у стовбуровому відділі мозку. Ця система бере участь в регуляції мотивацій та регуляції емоційного стану. Вона функціонує за участю нейромедіаторів з групи катехоламінів і в першу чергу дофаміну. Наркотики і алкоголь хімічним шляхом активують цю систему, причому її збудження значно вище, ніж в нормі, що багато в чому визначає позитивну емоційну реакцію після прийому психоактивних речовин.

Психоактивні речовини впливають безпосередньо на мозок. При вживанні алкоголю та наркотиків виникає підсилений викид нейромедіаторів, що викликає занадто сильне збудження системи підкріплення, набагато сильніше від того, яке людина може отримати в реальному житті.

При тривалому вживанні психоактивних речовин відбувається постійне велике вивільнення запасів нейромедіаторів, так як ПАР провокують їх підвищений викид. Відповідно, за відсутності наркотиків при нормальному проходженні імпульсу виникає дефіцит нейромедіатора. Це призводить до недостатнього збудження системи підкріплення, що виражається відчуттям занепаду сил, зниженням настрою, психоемоційним дефіцитом, апатією. Тому при прийомі психоактивної речовини відбувається поліпшення стану людини, причому на самих ранніх стадіях наркоманії та алкоголізму це поліпшення не тільки суб'єктивне, а й об'єктивне. Ці причини значною мірою можуть служити основою *психічної залежності* від алкоголю та наркотиків. На початковій стадії людина краще себе почуває на фоні помірною вживання алкоголю чи наркотиків і набагато гірше коли їх немає. Однак досить швидко формується порочне коло: після прийому наркотику нейромедіатор вивільняється швидше і у великих кількостях, але і руйнування його теж відбувається досить швидко, а стан людини погіршується.

Формування *фізичної залежності*, на думку Анохіна І.П., починається з виникнення посиленого синтезу катехоламінів. Катехоламіни — фізіологічно активні речовини, що виконують роль хімічних посередників (медіаторів та нейрогормонів) у міжклітинних взаємодіях. Це відбувається через те, що при частому прийомі психоактивних речовин може виникнути надзвичайно серйозний недолік нейромедіаторів. Організм реагує на це збільшенням синтезу необхідних йому речовин. Кожного разу при вживанні

наркотиків або алкоголю відбувається викид дофаміну і його надмірне руйнування. Виникає прискорений колообіг дофаміну. За припинення прийому психоактивної речовини посилений синтез нейромедіаторів зберігається (оскільки ферментна система перебудувалася), а посилене вивільнення не відбувається, оскільки людина перестала вживати ПАР, а в нормальному стані їх виділяється небагато. Внаслідок цього дофамін починає накопичуватися в мозку і крові. Підвищення рівня дофаміну в значній мірі обумовлює основні симптоми **абстинентного синдрому** – занепокоєння, безсоння, збудження, вегетативні розлади, підйом артеріального тиску та інші.

Таким чином, синдром фізичної залежності пов'язаний з певними змінами нейрохімічних функцій мозку. Рівень дофаміну крові визначає тяжкість абстинентного синдрому.

Кожна психоактивна речовина діє на нервову систему людини по-різному, взаємодіючи з різними нейромедіаторними системами (оскільки в організмі людини все взаємозв'язано, то зачіпаються, звичайно ж, всі системи, але для кожного виду наркотичної речовини існує найбільш «підходящий» йому медіатор). Такий вибірковий вплив наркотиків пояснює схожість їх хімічної будови з будовою нейромедіаторів, наприклад, опіати схожі з ендорфінами, галюциногени – з серотоніном. Абсолютно всі ПАР збільшують викид дофаміну, хоча вони можуть мати різну хімічну структуру і викликати абсолютно різні побічні явища.

Література: основна – 2, 8, 10, 12; додаткова – 22, 25, 27, 30.



Тема 6. Алкогольна залежність

1. Основні ознаки алкоголізму.
2. Теоретичні моделі виникнення алкоголізму.
3. Мотивація вживання спиртних напоїв.
4. Форми вживання алкоголю.
5. Границі і стадії алкоголізму як наркологічного захворювання.



Ключові слова: побутове пияцтво, зловживання спиртними напоями, алкоголізм, абстинентний синдром, психічна залежність, фізична залежність, гедоністична мотивація, аттарактична мотивація, субмісивна мотивація, псевдокультурна мотивація, традиційна мотивація, мотивація з гіперактивацією поведінки, алкогольне сп'яніння.

Навчально-методичний матеріал

Зловживання спиртними напоями входить в групу хімічної (фармакологічної) залежності і являється самим розповсюдженим.

Зловживання алкоголем (побутове пияцтво) – це надмірне вживання спиртних напоїв, частіше за все ситуаційне, традиційне, або основане на невірних переконаннях. В цьому випадку спиртні напої приймаються з різною частотою і в різних дозах – або систематично приймаються невеликі дози алкоголю, або несистематично – велика кількість спиртного. При цьому немає потягу до алкоголю або якихось характерних ознак алкоголізму. Крім того у побутового п'яниці зберігається контроль за кількістю випитого, а також за своєю поведінкою в стадії сп'яніння.

📁 *Алкоголізм* – це прогресивне захворювання, яке розвивається внаслідок тривалого зловживання спиртними напоями і характеризується хронічним потягом до алкоголю, зміною реактивності організму, психічною, а потім фізичною залежністю від алкоголю зі специфічними психічними, неврологічними і соматичними порушеннями, що мають зворотний характер спочатку захворювання і незворотний в подальшому та приводять до психічної деградації й ущербу для суспільства.

Кількість випитого за день алкоголю не є визначальним чинником, оскільки його переносимість у різних людей різна. Однак часто за порогову величину приймають добове споживання більше 1 мл чистого спирту на 1 кг маси тіла, тобто 750 мл сухого вина для людини масою близько 70 кг.

Можна виділити наступні мотиви вживання психоактивних речовин:

- 1) Соціально-психологічні:
 - традиції;
 - особливості культури;
 - особистісна нестійкість;
- 2) Ті, які відображають бажання змінити самопочуття:
 - гедоністичні (бажання отримати задоволення);
 - атарактичні (бажання знизити тривожність);
 - гіперактиваційні (бажання підвищити працездатність);
- 3) «Патологічна мотивація»:
 - фіксація патологічного потягу у свідомості;
 - прагнення уникнути абстиненції;
 - цілеспрямована саморуйнівна поведінка.

Мотивація початку наркотизації і подальшого зловживання може бути різною. У зарубіжній літературі часто домінуючим мотивом адиктивної поведінки у молоді визнають так звану конфронтацію поколінь – протест проти духовних цінностей батьків і суспільства загалом. З неофрейдистської точки зору, головний мотив адиктивної поведінки полягає у домінуючому в нашу епоху культі споживання, бажанні споживати щастя, як товар. Певну роль у поширенні наркотиків відіграють і міфи стосовно їх ефектів, які поширюються у суспільстві. Так, близько 20% підлітків вірять у те, що наркотики стимулюють творчі здібності, і багато хто переконаний у цілющій дії алкоголю в малих дозах.

Мотивація певним чином залежить від акцентуації характеру. Особи нестійкого типу, як правило, просто шукають можливість розважитись. Гіпертимів та істероїдів приваблює неординарність подій та можливість завоювати престиж у компанії. Шизоїду важливо заглушити внутрішні

переживання, полегшити контакт з однолітками та стимулювати аутистичні фантазії, у той час як емоційно-лабільна особистість шукає релаксації і можливостей «забутись», втекти від труднощів.

Коли формується психічна залежність, то базовою мотивацією стає потяг – потреба певним чином змінити свій психічний стан. А при фізичній залежності – головним мотивом зловживання стає страх перед абстиненцією.

Алкоголізм, наркоманія і токсикоманія викликають залежність. *Залежність*, по визначенню ВОЗ (1965), це «стан періодичної чи хронічної інтоксикації, яка викликається повторним вживанням органічної чи синтетичної речовини». Залежність розподіляють на психічну і фізичну.

☞ *Психічна залежність* - характеризується оволодіваючим бажанням чи непереборним потягом до вживання психоактивної речовини, з тенденцією до збільшення дози для досягнення бажаного ефекту, неприйняття речовини викликає психічний дискомфорт і тривогу.

☞ *Фізична залежність* - стан, коли вживана речовина стає постійно необхідною для підтримки нормального функціонування організму і включається в схему його життєзабезпечення. Позбавлення цієї речовини породжує синдром віднімання (абстинентний синдром), який проявляється соматичними, неврологічними і психологічними розладами.

☞ *Абстинентний синдром* – це комплекс соматичних, неврологічних і психічних розладів, що виникають у хворого алкоголізмом при припиненні вживання алкоголю або різкому зниженні доз, що приймаються, причому ці розлади знімаються за допомогою прийому спиртних напоїв.

Виділяють три стадії алкоголізму згідно класифікації І.В. Стрельчука.

Для I (легкої, компенсованої) стадії алкоголізму найбільш важливим є синдром патологічної зміни реактивності на алкоголь в виді патологічного потягу до спиртних напоїв і втрати кількісного контролю (втрата відчуття міри). Збільшується толерантність до алкоголю, сп'яніння в вигляді передозування алкоголю закінчуються амнезією, а також настають зворотні порушення функцій внутрішніх органів та нервової системи. Працездатність хворих не порушується або порушується мало.

II стадія (середня, субкомпенсована) характеризується окрім патологічного потягу до алкоголю і втрати кількісного контролю, спостерігається абстинентний синдром. Толерантність до алкоголю стає максимальною. Можливі епілептиформні випадки та алкогольні психози. З'являються ознаки алкогольної деградації і афективні порушення в виді алкогольної дисфорії чи депресії. Соматичні розлади важко зворотні. Відмічається соціальна дезадаптація.


В III стадії (тяжкій, некомпенсованій) алкоголізму спостерігається зниження толерантності чи навіть інтолерантність до алкоголю. З'являється амнезія сп'яніння після прийому відносно невеликих доз алкоголю. Стають максимально тяжкими всі розлади, характерні для II стадії: патологічний потяг до алкоголю, втрата кількісного контролю, абстинентний синдром. До алкогольної деградації особистості приєднуються ознаки органічного враження центральної нервової системи. Виникають алкогольні психози.

Соматична патологія стає незворотною. Відмічається глибока соціальна дезадаптація з різким порушенням працездатності.

Література: основна – 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 12; додаткова – 2, 4, 5, 7, 22, 27, 30, 31, 34.


Тема 7 . Токсикоманія


1. Загальне уявлення про токсикоманію.
2. Причини та моти вживання інгалянтів.
3. Ознаки інтоксикації різноманітними токсикоманічними речовинами.
4. Наслідки токсикоманії.

 **Ключові слова:** *зловживання токсикоманічними речовинами, інгалянти, литкі органічні сполучення, токсикоманія, інтоксикація.*

Навчально-методичний матеріал:

Якщо звернутися до міжнародної класифікації хвороб, підготовленої експертами ВОЗ (10 перегляд, то токсикоманія (вживання органічних розчинників, як і вживання алкоголю та нікотину відноситься до загальної групи наркоманій). Як і будь-яка хімічна залежність, токсикоманія починається з зловживання.

 *Зловживання токсикоманічними речовинами* – це епізодичне, хоча і неодноразове немедичне вживання психоактивних препаратів чи одурманюючих засобів різноманітної природи з метою зміни психічного стану і при відсутності основних ознак захворювання. Люди даної категорії підлягають профілактичному огляду в наркологічних закладах. Якщо на етапі зловживання вживання токсикоманічних речовин не попередити, то зловживання переходить в токсикоманію.

 *Токсикоманія* – захворювання, яке проявляється психічною, а іноді фізичною залежністю від речовини, хоча вона і не включена в офіційний список наркотиків. Психоактивні токсичні речовини володіють тими ж якостями, що і наркотики (викликають привабливі психічні переживання і залежність) (Ц.П.Короленко, М.В.Коркіна, Н.Д.Лакосіна, А.Є.Личко).

Токсикоманія викликає серйозне руйнування організму і сильну залежність. Відрізняється токсикоманія від наркоманії лише в юридичному аспекті: вона викликається вживанням речовин, не віднесених Мінздравом охорони здоров'я до групи наркотиків, і на неї не поширюються правові та кримінальні акти, що діють відносно наркоманів. Середній вік споживача продукції хімічної промисловості – 8-15 років. Враховуючи масштаби поширення токсикоманії і ті незворотні наслідки до яких вона призводить дитячий організм і психіку, можна серйозно говорити про загрозу майбутньому нації.

Як правило, токсикомани для отримання одурманюючого ефекту використовують інгалянти, в американській літературі використовуються аббревіатура ЛОС – літучі органічні сполучення.

📁 *Інгалянти* – це широка група органічних літучих рідин і газів, які вдихаються для отримання стану ейфорії. До токсиманічних речовин відносяться такі токсичні речовини різних хімічних груп, що вживаються, як інгалянти, шляхом вдихання: ефір, бензин, різні розчинники, лаки, клеї, очисні рідини, аерозолі. Окрім п'яних властивостей, виділяється спільна якість цих речовин – розчинність в жирах, що веде до хімічного руйнування тканин і органів. Основою препаратів може слугувати ацетон, перхлоретілен, чотири-хлористий вуглець, толуол, бутан та ін.

Різнманітні фактори роблять інгалянти популярними в якості речовин, які викликають пристрасть. До них відносяться: низька ціна, відсутність строгого контролю, доступність і навіть поширеність у торговій сітці предметів побутової хімії, які містять інгалянти, швидке наступання ефекту сп'яніння, невеликий термін дії та відносно швидке відновлення з рідко виникаючими гострими пібічними ефектами. Ці якості роблять прийом інгалянтів досить популярним серед підлітків, особливо серед тих хто вперше починає приймати речовини, для зміни психічних станів.

В.Ф. Пірожков виділяє такі мотиви вживання токсичних речовин: цікавість, потяг самоствердитись в середовищі собі подібних, групова приналежність, бажання розвіятися, отримати розслаблення та незвичайні нові емоції, бажання відійти від складних життєвих проблем, зняти психологічний бар'єр перед здійсненням асоціальної та кримінальної поведінки.

Спеціалісти, що працюють з залежними підлітками, виділяють декілька ознак підліткового вживання токсичних речовин:

- характерний хімічний запах, який відчувається при диханні підлітка та надходить від їх одягу, від речей, які вони з собою носять (целофанові пакети, пляшечки);
- незвичайні больові ділянки тіла, почервоніння або висипання навколо рота і носа;
- постійний кашель;
- порушення координації рухів та нерозбірлива мова;
- пусті ємності від розчинників, бензину, тубики з-під клею, забуті або покинуті підлітками в різних місцях;
- потяг до угрупування чи усамітнення в перервах між заняттями;
- порушення сну, зниження апетиту, втрата маси тіла, підвищена стомлюваність;
- часті зміни настрою, роздратування та гарячковість, потайливість та брехливість;
- не акуратний зовнішній вид, помітні сліди клею;
- пропуски шкільних занять, втрата інтересу до навчання;
- грубість, агресивність, роздратованість, байдужість до батьків та вчителів.

В організмі будь-якої людини, нехай навіть в мізерних дозах, але виробляються алкоголь і деякі органічні наркотики (ендорфіни), які необхідні для нормальної життєдіяльності. Природа передбачила ферменти для їх розкладу і виведення із організму продуктів їх розпаду. У випадку з інгалянтами, в організм потрапляє абсолютно чужорідна речовина, проти якої в організмі немає ніяких протияд і засобів нейтралізації. Постійно накопичуючись в організмі, ці чужорідні речовини призводять до незворотних наслідків, викликаючи структурні зміни в нервових клітинах.

Література: основна – 2, 4, 6, 7, 11,12; додаткова –1, 3,10, 11, 23, 27, 31, 33.




Тема 8. Наркоманія як соціально-психологічне явище

1. Загальне уявлення про наркоманію.
2. Формування психофізіологічної залежності від наркотичних речовин.
3. Класифікація наркотичних речовин.
4. Вплив наркотичних речовин на фізичне та психічне здоров'я.




Ключові слова: *наркотична речовина, наркоманія, наркотизм, психічна залежність, фізична залежність, абстинентний синдром, толерантність, опіати, каннабіноїди, галюциногени, барбітурати, психостимулятори.*

Навчально-методичний матеріал

 Наркоманія (від грецьких слів *narke* — заціпеніння, сон, і *mania* — божевілля, пристрасть, потяг) — група хвороб, що виникає внаслідок систематичного, у наростаючій кількості вживання речовин, які включені до затвердженого на офіційному рівні списку наркотиків. Проявами наркоманії є психічна та фізична залежність від цих речовин, а також розвиток абстиненції внаслідок припинення їх прийому.

Наркоманія розвивається при зловживанні наркотичними речовинами.

 Наркотичні речовини – це хімічні сполуки, які входять до складу спиртних напоїв, лікарських препаратів, або харчових продуктів і мають рослинне або синтетичне походження та здатні змінювати психічний стан людини і здійснюють на організм людини специфічну дію (ейфорізуючу, стимулюючу, седативну, галюциногенну і т.п.).

Термін «наркотична речовина» включає три критерії:

- 1) медичний;
- 2) соціальний;
- 3) юридичний.

Вони пов'язані між собою і в правовому аспекті зобов'язують визнавати речовину наркотичною лише за умови, якщо вона відповідає всім трьом критеріям.

Медичний критерій полягає у тому, що речовина повинна справляти специфічну дію на ЦНС (стимулюючу, седативну, галюціногенну та ін.), яка і є безпосередньою причиною її немедикаментозного застосування.

Під *соціальним критерієм* мається на увазі, те що немедикаментозне вживання даного засобу набуває таких масштабів, які становлять серйозну суспільну небезпеку.

Юридичний критерій базується на обох вищезгаданих і вимагає, аби відповідна речовина була законодавчо внесена до списку наркотиків.

Для наркотичної залежності характерним є сформований великий наркоманічний синдром. Він проявляється наступними ознаками:

I. Психічна залежність - стан (умова), за якого ПАР викликає потужне бажання періодично чи постійно вживати її з метою викликати задоволення або уникнути дискомфорту.

Її ознаками є: незадоволення відсутністю наркотика, похвалення при згадці про нього, причину, яка стоїть на заваді його вживання, або свій наркотичний досвід (як правило, це єдина у хворого тема для розмови), ставлення до наркотизації некритичне, все, що пов'язане з нею набуває позитивного забарвлення. Поступово формується стійке переконання, що існуючий дискомфорт можна здолати тільки за допомогою чергової дози ПАР, і що її вживання і є найвищою в житті насолодою. Якщо звичайна людина здатна радіти з різних приводів у своєму житті, то наркоман – лише від вживання наркотику. Тільки у стані інтоксикації він відчуває прилив сил, підвищення працездатності, позбавляється тривог та турбот. Стан інтоксикації стає для нього синтонічним (новою нормою).

II. Фізична залежність - стан нездатності переносити значні відхилення у фізичному статусі (абстинентні розлади), які виникають за умови припинення надходження в організм речовини, що його викликала. Він має наступні компоненти:

а) компульсивний потяг - (compulsion - примушування) нездоланне прагнення до наркотизації, яке сягає інтенсивності вітальних потягів (голоду, спраги). Він визначає настрій хворого, його поведінку, нівелює критику. Всі думки та прагнення хворого спрямовуються на пошук наркотику і подолання перешкод на цьому шляху. Компульсивний потяг, на відміну від психічного, супроводжується вегетативними ознаками: розширенням зіниць, гіпергідрозом, сухістю у роті та тремором. Задовольнити його може лише вживання наркотика.

б) абстиненція - (abstinence - позбавлення задоволення) це сукупність соматичних, нейро-вегетативних та психічних порушень, що виникають після припинення наркотизації за умови сформованої залежності від наркотика.

Існує думка, що фізична та психічна залежність характеризують єдиний адиктивний стан і не можуть бути розділені, адже, імовірно, мають спільні молекулярно-клітинні механізми.

в) *спроможність досягати стану фізичного комфорту тільки за умов інтоксикації*. Цю ознаку фізичної залежності виділяють за аналогією із симптомом спроможності досягнення психічного комфорту тільки за умов інтоксикації при психічній залежності. Практично одночасно з розвитком компульсивного потягу поза інтоксикацією хворий переконується, що його самопочуття поліпшується тільки при вживанні психоактивної речовини, а без наркотику він не почуває себе вдоволеним і здоровим. При вживанні індивідуальної дози наркоман відчуває і психічний, і фізичний комфорт, хоча вона може бути недостатньою для розвитку ейфорії. Таку кількість називають «дозою вдоволення потреб».

III. Зміна первинної реактивності щодо ПАР - компонентами цього синдрому являються:

а) *зміна форми вживання* - систематичне вживання хворим ПАР, від якої у нього сформувалась залежність. Якщо здорова людина протягом декількох днів вживає, наприклад, спиртні напої, то вона швидко вимушена буде припинити це через погане самопочуття. А ось для алкоголіків щоденна алкоголізація є не тільки нормальною, а й бажаною, оскільки перерва у вживанні викликає погіршення соматичного стану.

б) *зміна форми сп'яніння* - дія наркотику на організм за умов сформованої наркоманії суттєво відрізняється від звичної. Якщо на здорову людину морфін діє седативно, то хворого опійною наркоманією він стимулює, а барбітурати, основним ефектом яких є здатність викликати сон, на барбітуромана можуть діяти стимулююче.

Першою змінюється інтенсивність ейфорії без зміни її якості і фаз, потім поступово змінюється її якість, аж до розвитку лише тонізуючого ефекту замість ейфоричного. Сюди ж можна віднести і амнестичні форми сп'яніння, які зустрічаються при всіх (крім опійної) формах наркоманій, коли у хворого має місце випадання з пам'яті подій, що відбувалися під час сп'яніння.

в) *зміна толерантності* клінічно проявляється зниженням біологічної або поведінкової реакції організму на повторне введення однієї і тієї ж кількості наркотичної речовини, або необхідності збільшення дози наркотику для досягнення бажаного ефекту.

г) *мітридатизм* - зникнення захисної реакції на передозування. На початку наркотизації захисні вегетативні реакції присутні завжди. При алкоголізмі це блювотний рефлекс, при – передозуванні опіатів – свербіж, снодійних та гашишу – нудота, блювота, профузний піт та гіперемія обличчя. А ось у наркоманів навіть при значному отруєнні клінічні прояви можуть бути відсутні. Зменшення, а потім і зникнення захисних реакцій свідчить про перехід організму на новий рівень реагування, на якому попередні високі дози тепер не мають токсичної дії і не вимагають додаткового захисту від них.

IV. Психотоксична дія психоактивної речовини – під цим розуміють зміну психічної діяльності при одноразовому вживанні наркотику та зміни особистості при тривалому вживанні. В цьому сенсі найбільш страждає енергетична система організму. При будь-якій формі наркотизації спостерігається прогресуюче зниження енергетичного потенціалу, згасання

потягів та потреб, як у біологічному, так і в соціальному аспекті, загальне виснаження організму.

V. Соматотоксична дія психоактивної речовини – це поняття включає в себе усі різноманітні розлади соматоневрологічної сфери, які виникають внаслідок зловживання ПАР. Провідними порушеннями при цьому є трофічні зміни організму (втрата тургору шкіри, випадіння волосся, ламкість нігтів, кахексія). Важливу роль відіграє також загальний негативний вплив алкоголю та особливо наркотичних і токсичних речовин на механізми нейрорегуляції та імунного захисту організму, що призводить до цілої низки хронічних уражень різних органів і систем.

Клінічна картина окремих форм наркоманій та прояв абстинентного синдрому залежить від особливостей наркотичної речовини, яка є предметом зловживання. Останнім часом набули широкого поширення групи наркотичних речовин такі як:

- засоби на опійній основі: натуральні – опій, екстрагований опій, морфін, кодеїн; напівсинтетичні – героїн, гідроморфін; синтетичні – метадон, мепередін тощо;
- снодійні ліки (барбітурати): барбаміл, нембутал, ноксірон;
- заспокійливі ліки (транквілізатори): радедорм, сибазон, седуксен, реланіум, діазепам тощо;
- група стимулюючих засобів - амфетаміни: фенамін, наркотики групи «екстазі»; ефедрин; кофеїн (кава, чай) тощо;
- препарати з коки – кокаїн (порошок, паста), крек (синтетичний кокаїн);
- препарати канабісу: марихуана, гашиш (смола, паста);
- група галюциногенних засобів: ЛСД, мескалін, псилобіцин.

Ознаки вживання наркотиків дитиною можуть бути різними, залежно від виду наркотичної речовини, доз та частоти вживання.

Література: основна – 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12; додаткова – 1, 3, 6, 10, 11, 14, 23, 26, 27, 29, 31, 33, 34, 35.



Тема 9. Профілактика та лікування хімічної залежності


1. Види профілактики хімічної залежності.
2. Програми профілактики хімічної залежності.
3. Основні напрямки профілактики.
4. Моделі та методи профілактики.
5. Традиційні моделі та методи лікування хімічних залежностей.



Ключові слова: *первинна профілактика, вторинна профілактика, третинна профілактика, програми інформаційного типу, програми тренування навиків здорового способу життя, програми актуалізації*

внутрішніх ресурсів, навчальна модель профілактики, медична модель профілактики, психосоціальна модель профілактики, групова та індивідуальна психотерапія, програма «12 кроків», детоксикація, кодування.

Навчально-методичний матеріал

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

- *Первинна профілактика* зловживання ПАР включає комплекс соціальних, навчальних і медико-психологічних заходів, які попереджають залучення до вживання ПАР та викликають хворобливу залежність.
- *Вторинна профілактика* зловживання ПАР включає комплекс соціальних, навчальних і медико-психологічних засобів, які попереджають рецидив після лікування ранніх форм наркоманії та алкоголізму, залежність від комп'ютера, азартних ігор і т.д.
- *Третинна профілактика* - це комплекс соціальних, навчальних і медико-психологічних заходів направлених на попередження зривів і рецидивів захворювань та котрі спрямовані на відновлення особистісного і соціального статусу хворого, повернення в сім'ю, в навчальний заклад, в трудовий колектив.

У підлітковій наркології *первинна профілактика* – це попередження адиктивної поведінки підлітків (залежності від психоактивних речовин). *Вторинна* – попередження рецидиву після лікування ранніх форм алкоголізму та наркоманії. *Третинна* – реабілітація в тяжких випадках неодноразових рецидивів і безуспішного лікування.

Міри *первинної, превентивної профілактики* направлені на підтримку і розвиток умов, що сприяють збереженню фізичного, особистісного та соціального здоров'я, на попередження неблагосприятливого впливу чинників соціального та природного середовища.

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

Основна мета програм інформаційного типу первинної профілактики адиктивної поведінки – інформування підлітків, батьків, вчителів про

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

В основі програми тренування навиків соціальної адаптації лежать засоби формування копінг-стратегій. Сюди ж відносяться програми, направлені на засвоєння адаптивних способів існування в умовах стресу, навчання навичкам здорової поведінки, умінням, здатностям і можливостям здійснювати оцінку проблемної ситуації. Спосіб самостійно контролювати свою поведінку з попередження вживання наркотиків шляхом забезпечення готовності підлітків сказати усвідомлене «ні».

При їх розробці виходять з необхідності розвивати в учнів уміння ідентифікувати неблагосприятливий соціальний вплив і доцільності формування навички протистояння цьому впливові. В соціальному впливі профілактичних заходів можна виділити три компоненти: 1) інформація про негативні соціальні ефекти і їх фізіологічні наслідки; 2) корекція перебільшених уявлень про поширення наркотизму серед підлітків; 3) тренування, рольові ігри, як практика і засоби попередження наркоманії серед молоді та юнацтва.

Програми актуалізації внутрішніх ресурсів орієнтовані на пошук ресурсів для виходу із постійно виникаючих проблемних ситуацій і внутрішньоособистісних протиріч підлітка. Провідними цілями такого типу програм являються: допомога в усвідомленні життєвих перспектив та емоційної привабливості майбутнього; створення умов, що сприяють набуттю підлітками нового суб'єктивного досвіду і особистісного розвитку в процесі змістовного спілкування.

Моделі профілактики

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

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

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

Література: основна – 2, 6, 10, 11, 12; додаткова – 3, 6, 7, 11, 12, 14, 18, 21, 24, 31, 34.

???

Питання для самоконтролю до II модуля.

1. Охарактеризуйте формування хімічної залежності від психоактивних речовин на нейрофізіологічному рівні?
2. Дайте характеристику основним теоріям алкоголізму.
3. Які основні форми зловживання алкоголем виділяють в сучасній науці.
4. Дайте коротку характеристику основним формам зловживання алкоголем?
5. Які ступені алкогольного сп'яніння виділяють в сучасній наркології? Охарактеризуйте їх.
6. Які зміни особистості відбуваються при алкоголізмі?
7. Дайте загальну характеристику токсикоманії. Розведіть поняття «зловживання токсиманічними речовинами» і «токсикоманія».
8. Охарактеризуйте ознаки початкової стадії зловживання токсикоманічними речовинами.
9. До яких негативних наслідків в психічній і фізичній сферах призводить токсикоманія?
10. Охарактеризуйте кожен етап формування наркотичної залежності.
11. Дайте характеристику основним реабілітаційним програмам позбавлення від наркотичної залежності.
12. Дайте характеристику опіумній наркоманії. За якими ознаками можна визначити, що людина вживає даний вид наркотиків?
13. Опишіть зловживання препаратами групи каннабіноїдів. Чи насправді це безпечний вид наркотиків? Обґрунтуйте свою відповідь.
14. Що таке барбітуратова наркоманія? Які її наслідки для людини?
15. Дайте характеристику основним освітнім моделям профілактики?
16. Охарактеризуйте методи, які застосовуються в профілактиці хімічних залежностей?



ТЕМА 10. Харчова залежність

1. Загальна характеристика та види нехімічних адикцій.
2. Харчові адикції (переїдання, голодування).
3. Розлади харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булімія)



Ключові слова: нехімічні адикції, переїдання, голодування, нервова анорексія, нервова булімія.

Навчально-методичний матеріал

Нехімічними називаються адикції, при яких об'єктом поведінки стає поведінковий патерн, а не психоактивна речовина. В західній літературі для позначення цих видів адиктивної поведінки частіше застосовують термін поведінкові чи нефармакологічні адикції. Адиктивна поведінка, як вид поведінки, що відхиляється від норм у поведінці, в свою чергу має багато підвидів. Вони диференціюються переважно за критерієм предмету. Найбільш поширеними є такі нехімічні залежності (А.Ю.Єгоров):

- 1) патологічна схильність до азартних ігор (гемблінг, лудоманія);
- 2) технологічні залежності: інтернет-залежність, комп'ютерні ігри, залежність від мобільних телефонів, телевізійна залежність;
- 3) еротичні залежності: залежність від закоханості, залежність від сексу;
- 4) соціально-прийнятливі залежності: працеголізм, залежність від спортивних вправ, залежність від стосунків та спілкування (болтоголізм), залежність від покупок (шопоголізм), релігійна залежність (релігійний фанатизм, включеність в секту);
- 5) харчові залежності: переїдання, голодування.

Харчові адикції переїдання і голодування займають проміжний стан між хімічними й нехімічними залежностями, оскільки у формуванні даних адикцій задіяні поведінкові й біохімічні механізми. Переїдання і голодування відносяться до групи проміжних адикцій. В літературі можна зустріти розширене трактування харчових адикцій, куди відносять нервову анорексію і булімію. Ц.П.Короленко, А.Ю. Єгоров вказують на той факт, що не можна змішувати розлади харчової поведінки, якими являються нервова анорексія і булімія з харчовими адикціями (переїдання та голодування). Нервова анорексія і булімія являються іншими психопатологічними феноменами, ніж адикція до їжі. Причини нервової анорексії це, як правило, дисморфобічні переживання, пов'язані з незадоволенням власною зовнішністю, в тому числі і зайвою вагою. «Недоліки» фігури, з точки зору хворої людини, настільки кидаються в очі оточуючим, що вони всіляко «дають зрозуміти», наскільки масивні індивіди є потворними.

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

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

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

До харчових адикцій відносяться такі стани як переїдання та голодування.

Переїдання. Адикція до їжі виникає тоді, коли їжа використовується в вигляді адиктивного агента, застосовуючи яку людина відходить від суб'єктивної реальності (Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитрієва). Під час фрустрації виникає потяг «заїсти» неприємність. Це вдається, оскільки відбувається фіксація на смакових відчуттях і витіснення неприємних переживань. Може з'явитися потяг затягнути процес їжі в часі – довше і більше їсти.

Адикція до їжі – це, з одного боку, психологічна залежність, а з іншого – подолання голоду. По мірі того, як їжа набуває все більший адиктивний потенціал, самоплинно здійснюється штучне стимулювання відчуття голоду. Переїдаюча людина входить в зону підвищеного обмінного балансу. Відчуття голоду починає з'являтися відразу з падінням концентрації глюкози в крові після попереднього прийому їжі. Фізіологічні механізми розбалансовуються. Людина починає їсти дуже багато і дуже часто. На певному етапі вона соромиться переїдання і прагне приховати факт адикції. Адикт починає їсти наодинці, в проміжках між активною діяльністю. Все це призводить до небезпечних для здоров'я наслідків: зростання ваги, порушення обміну речовин і втрати контролю, в результаті чого людина вживає непомірну кількість їжі, що представляє небезпеку для життя.

Голодування. Існує два механізми виникнення адикції до голоду: медичний і немедичний (Ц.П.Короленко, Н.В.Дмитрієва). При медичному варіанті використовується розвантажуюча дієтотерапія. Фаза входження в голод характеризується труднощами, пов'язаними з необхідністю подавити

апетит. Потім стан змінюється – з'являються нові сили, апетит зникає, підвищується настрій, підсилюється рухова активність. Деяким пацієнтам подобається відчуття голоду, коли зникає апетит, і вони намагаються його продовжити. Повторне голодування уже здійснюється самостійно. Завдяки виникненню стану ейфорії, який ґрунтується на досягнутому ефекті голодування, відбувається втрата контролю та критичне відношення до свого стану і людина продовжує голодувати навіть тоді, коли це стає небезпечним для здоров'я.

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

Література: основна – 3, 5, 7, 8; додаткова – 12, 16, 18.



ТЕМА 11. Технологічні адикції

1. Інтернет-залежність.
2. Комп'ютерна залежність.
3. Залежність від мобільних телефонів.
4. Телевізійна залежність.



Ключові слова: *нехімічні адикції, Інтернет-залежність, гаджет-адикції, телевізійна залежність, комп'ютерна залежність, SMS-залежність, залежність від мобільних телефонів.*

Навчально-методичний матеріал

Нехімічну залежність може викликати будь-яка діяльність, для якої характерне прагнення відходу від реальності за допомогою зміни свого психічного стану без застосування хімічних речовин. Об'єктом такої діяльності є певний поведінковий патерн, що займає домінуюче положення в житті й свідомості індивіда і здійснюється ним на шкоду соціальним зв'язкам та іншим життєво важливим сферам. Це може бути захоплення, хобі, вподобання.

Захоплення являє собою безперервний динамічний, процес, який

характеризується усвідомленістю мотиву й цілі, у результаті якого формується упереджене, емоційне відношення до об'єкта або предмета активності. Захоплення у вигляді надцінних утворень передбачає надзвичайне захоплення предметом або об'єктом, у результаті якого будь-який інший вид діяльності набуває другорядного значення або повністю блокується.

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

Найбільш поширеною адикцією в наш час являється Інтернет-адикція, яка визначається, як залежність від користування Інтернетом. Родоначалниками психологічного вивчення феноменів залежності від Інтернету вважаються американські дослідники: клінічний психолог К.Янг і психіатр І. Гольберт.

До Інтернет-залежності відносять:

- залежність від комп'ютера, тобто пристрасть до роботи з комп'ютером (ігри, програмування або інші види діяльності);
- «інформаційне перевантаження», тобто компульсивну (від англ. compulsive — нездоланий) навігацію по www, пошук у вилучених базах даних;
- компульсивне застосування Інтернету, тобто патологічну схильність до азартних ігор, онлайн-аукціонів або електронних покупок в Інтернеті;
- залежність від «кібер-стосунків», тобто від соціальних застосувань Інтернету — спілкування в чатах, групових іграх і телеконференціях, що може зрештою призвести до заміни наявних у реальному житті родини і друзів віртуальними;
- залежність від «кіберсексу», тобто від порнографічних сайтів в Інтернеті, від обговорення сексуальної тематики в чатах або спеціальних телеконференціях «для дорослих».

Велика частина Інтернет-залежних «сидить» у глобальній мережі заради спілкування. Інтернет-залежність стає можливою завдяки відмінностям реального спілкування від віртуального. Важливим фактором, завдяки якому явище одержало широке поширення, є анонімність особистості в мережі. Таким чином, Інтернет є привабливим, як засіб відходу від реальності за рахунок можливості анонімних соціальних інтеракцій. Особливе значення тут має почуття безпеки, як і свідомість своєї анонімності при здійсненні інтеракцій, включаючи користування електронною поштою, чатами. По-друге, це можливість для реалізації якихось уялень, фантазій зі зворотним зв'язком. І останній пункт — це необмежений доступ до інформації — інформаційний вампіризм.


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

Адикція до мобільних телефонів являється самою поширеною формою гаджет-адикції. Характерна вона для людей, які відчують непереборну потребу користуватися мобільним телефоном більше півгодини на день. Залежність від мобільного телефону проявляється наступними ознаками:

- занепокоєння через відсутність телефону, яке проявляється надмірним хвилюванням, панікою, зміною артеріального тиску, які можуть нести загрозу здоров'ю;
- sms-адикція. Написання та відправка десятків і сотень sms у день, неможливість зупнитися, хоча в більшості випадків простіше зателефонувати. Зареєстровані випадки, коли люди потрапляли до лікарні з запаленням сухожилів, оскільки щодня відправляли сотні sms;
- інформаційна залежність. Користувач телефону весь час знаходиться в очікуванні дзвінка або sms, постійно дістає свій мобільник, щоб перевірити пропущені виклики і sms. У підсумку, людина не розрізняє інформацію за важливістю, і звертається до свого мобільного знову і знову;
- адикція стосунків (болтологізм) – безкінечні розмови по телефону.
- прагнення виділитися. Телефон – це не тільки засіб зв'язку, але і набір різноманітних функцій. Телефон сприймають навколишні, його дзвінок привертає увагу. Тому власник телефону прагне купити нову модель, різні аксесуари, що виділяють його мобільний з маси звичайних телефонів. У цьому людина відчуває підвищення свого соціального статусу і готова витратити великі гроші.

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

- манія прослуховування виражається у сильній боязні того, що телефон користувача знаходиться на прослуховуванні, а зміст його розмови може дізнатися власна дружина або начальник на роботі;
- манія дзвінка. Іноді людям здається, що вони чують дзвінок свого мобільного телефону, хоча насправді апарат не телефонував або взагалі вимкнений. Такі випадки хоча б раз відбуваються з кожним власником мобільника, однак у деяких людей неіснуючі дзвінки стають хронічною фобією.

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

На думку психіатра В.Кукк, телевізійна залежність є «електронним наркотиком». Згідно статистичними даними В.Скосар, (2007), телеглядачі, схильні до телевізійної залежності, проводять перед «блакитним екраном» по 2-3 години щоденно, а це становить понад 9 років життя, причому, 10% дорослих телеглядачів відносять себе до категорії телеманів.

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

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

Література: основна – 3, 5, 7, 8; додаткова – 8, 9, 12, 15, 24.



ТЕМА 12. Патологічна схильність до азартних ігор


1. Фактори, які сприяють розвитку ігроманії.
2. Ознаки характерні азартним гравцям.
3. Стадії та цикли протікання ігрової залежності.



Ключові слова: лудоманія, гемблінг, азартні ігри, стадії ігрового циклу, азарт, захоплення.

Навчально-методичний матеріал

Захоплення азартними іграми (гемблінг, лудоманія) становить самостійний специфічний вид поведінкових адикцій. Адикція до азартних ігор, ігроманія, має англійську назву «гемблінг» – від англійського game – гра та gamble – гра в азартні ігри, ризик, чи латинську – «лудоманія» ludo – граю.

 За визначенням міжнародної класифікації хвороб гемблінг (патологічна схильність до азартних ігор) відноситься до хвороби, що полягає у частих повторних епізодах участі в азартних іграх, що домінує в житті суб'єкта і веде до зниження соціальних, професійних, матеріальних і сімейних цінностей, втрати належної уваги до своїх обов'язків.

Існує велика кількість ігр: карточні ігри, рулетка, тоталізатор, спортивні ігри, ігрові автомати, лотереї, кросворди, казіно, які особливо інтенсивно витісняють активні, творчі види проведення дозвілля.

Фактори, які можуть привести до ігрової залежності :

- неправильне виховання у сім'ї (тиск на дитину);
- участь у грі батьків, знайомих (має велике значення на початковому етапі);
- прагнення брати участь у грі з дитинства (карти, доміно, шахи);
- переоцінка значення матеріальних цінностей (можливо найголовніший фактор);
- увага на фінансових можливостях;
- заздрість більш багатим людям;
- переконання в тому, що все можна вирішити за допомогою грошей.

До критеріїв F 63.0 (за МКХ-10) діагнозу «Патологічний потяг до азартних ігор» належать:

- повторні епізоди азартних ігор протягом одного року;

- поновлення цих епізодів, незважаючи на відсутність матеріальної вигоди, порушення соціальної і професійної адаптації;
- неможливість контролювати інтенсивний потяг до гри, перервати її вольовим зусиллям;
- постійна фіксація думок на азартній грі і всьому, що з нею пов'язано.

Патологічна пристрасть до азартних ігор пояснюється неправильною роботою мозку. У патологічних гравців порушені такі психічні функції як сила волі і здатність до прийняття рішень. Ці функції пов'язані з префронтальною областю кори головного мозку.

Саме порушення процесів прийняття рішення і гальмування імпульсивного потягу призводить до того, що хронічний гравець прагне до миттєвого задоволення, не звертаючи уваги на такі серйозні наслідки як руйнування сім'ї, втрата роботи і т.ін.

На доклінічному етапі, при повторних ігрових епізодах «накопичується досвід» ігрової поведінки і формується певна перевага ігрового мислення. При реалізації бажання вступу в гру виникає ілюзорно-компенсаторне сприйняття дійсності, що робить гру привабливою, призводить до збільшення частоти і тривалості ігрових ексцесів. Тривалість цієї стадії, за сучасними спостереженнями, становить від 2 до 5 років. З цього моменту потяг до азартних ігор стає непереборним, з'являються перші ознаки дезадаптації особистості. Синдром залежності представлений спочатку obsesивним (психопатологічний стан з переважанням явищ нав'язливості), а потім obsesивно-компульсивним потягом. Проявляється психічний комфорт в ситуації гри і психічний дискомфорт поза нею. Гемблер комфортно почуває себе, на відміну від людей без адикцій, тільки в ситуації гри. При цьому процес гри сприяє зміні актуального психічного стану зі знаку «мінус» на знак «плюс». Одночасне припинення гри в силу непереборної перешкоди вводить пацієнта в стан психічного дискомфорту. Саме це в сукупності з obsesивним потягом формує *психічну залежність* від азартних ігор і робить потребу в грі нездоланною, а поведінку примусовою.

Другою складовою синдрому *психофізичної залежності* є синдром фізичної залежності. Фізичний потяг приходить на зміну obsesивному потягу і проявляється непереборним прагненням до процесу гри, причому за ступенем вираженості він досягає рівня вітальних потягів і навіть пригнічує їх, тобто блокується потреба в їжі, сні. При цьому зникає боротьба мотивів, грати чи не грати, і відбувається повне поглинання свідомості пацієнта ігровою ситуацією. Зупинитися у разі програшу набагато важче, ніж у випадку виграшу. Поза грою спостерігається збереження компульсивного потягу до гри та виникає стан загального соматичного неблагополуччя, тяжкий психоемоційний стан. Про «абстиненцію» можна говорити у разі непередбаченого вимушеного припинення гри.


На більш пізніх етапах відбувається загострення і деформація особистісних рис, аж до їх зубожіння, наростання психосоціальної дезадаптації, яка проявляється фінансовою неспроможністю, кримінальними діями, зниженням професійної продуктивності, конфліктами в сім'ї, її розпадом. Звужується коло інтересів, припиняється розвиток особистості, кругозір

обмежується іграми та усім тим, що з ними пов'язано.

Література: основна – 3, 5, 7, 8; додаткова – 15, 35.

ТЕМА 13-14. Соціально-прийнятливі форми нехімічних залежностей

1. Загальна характеристика та ознаки соціально-прийнятливих форм залежностей.
2. Працеголізм.
3. Спортивна залежність
4. Релігійна залежність.
5. Адикція стосунків.
6. Адикція покупок

 **Ключові слова:** *працеголізм, параноя здоров'я, релігійний фанатизм, спортивний фанатизм, музичний фанатизм, шопоголізм, адикція стосунків.*

Навчально-методичний матеріал

Нехімічна залежність (або поведінкова аддикція) – це залежність від поведінкового шаблону. Будь-яке захоплення людини, яке має зверхнє значення, при якому об'єкт захоплення чи діяльність стає визначальним напрямком поведінки і витісняє на інший план або блокує всі інші види діяльності і є поведінкова аддикція.

До соціально-прийнятливих форм нехімічних залежностей відносяться наступні: працеголізм, колекціонування, шопоголізм, параноя здоров'я, залежність від спортивних вправ, залежність від стосунків, залежність від покупок, фанатизм, релігійна залежність (релігійний фанатизм, включеність в секту).

Ознаками надцінних захоплень психологічного рівня є:

- глибока і тривала зосередженість на об'єкті захоплення;
- пристрасне емоційно-насичене ставлення до об'єкта захоплення;
- втрата відчуття контролю за часом, який відводиться на це;
- ігнорування будь-якої іншої діяльності або захоплення;
- поява відчуття дискомфорту при втраті можливостей реалізувати своє захоплення.

Часто непродуктивна поведінка людини проявляється як своєрідна «втеча» від реальності. Згідно з концепцією Н.Пезешкіана існує чотири види «втечі» від реальності:

а) «втеча в тіло», коли виникає заміщення традиційної життєдіяльності, спрямованої на сім'ю, кар'єру чи хобі, зміна ієрархії цінностей буденного життя, переключення на діяльність, спрямовану на власне фізичне чи психічне вдосконалення (так звана параноя здоров'я);

б) «втеча в роботу» характерна дисгармонійна фіксація на службових справах;

в) «втеча в контакти чи самотність» формується зміна цінності

комунікації, при якій спілкування стає або єдино бажаним засобом задоволення потреб, заміщуючи все, або зводиться до мінімуму;

г) при «втечі у фантазії» особистість проявляє інтерес до псевдо-філософських пошуків, життя у світі ілюзій, релігійного фанатизму.

Працеголізм – передбачає втечу людини від реальності у сферу діяльності і досягнень посередництвом зміни свого психічного стану, який досягається фіксацією на роботі. При цьому захопленням стає робота або інша діяльність, де людина прагне досягнути великих успіхів. Якщо для звичайної людини робота стає засобом підвищення власного престижу, авторитетності, матеріального благополуччя, задоволення потреби володарювати та домінувати, або вона розглядається як обов'язок, то у працеголіка робота стає самоціллю, а не засобом досягнення чого-небудь. Робота для нього замінює собою прив'язаність, любов, розваги та інші види активності. Працеголік отримує задоволення від самого процесу, а не від її результату, хоча результат також важливий для продовження даного виду діяльності. Працеголік зосереджений на діяльності, що цікавить його, практично постійно, він не здатний відвернутися від думок про роботу навіть на відпочинку або при навмисній зміні діяльності.

Однією з важливих особливостей працеголізма – це компульсивний потяг до постійного успіху і одобрення зі сторони оточуючих. Адикт відчуває страх потерпати невдачу, бути звинуваченим в некомпетентності, ліні, бути гіршим за інших у очах керівництва. В таких людей наростає постійне відчуження від родини та друзів. Працеголік все більше замикається в системі власних переживань з фіксацією на роботі.

Адикт переконує себе та інших в тому, що він працює виключно заради грошей чи іншої мети. Такий захист приймається суспільством. Людина не усвідомлює, що такий засіб «трати» заганає його в кут і не реалізує його потенціальні можливості. В випадку захворювання чи звільнення з роботи така адикція легко змінюється на іншу, частіше хімічну залежність.

Фанатизм – захоплення певним видом діяльності, слідування певній ідеї, пристрасне поклоніння будь-чому чи будь-кому, обоження, ідеалізація об'єкта захоплення, сліпа віра в будь-що чи будь-кого. Загальною характеристикою фанатизму є вироблення людиною стереотипу підпорядкування власних інтересів і потягів інтересам конфесій, команди, музичного колективу, зосередження уваги і сил на підтримці ідола і надання йому активної допомоги. В межах девіантної поведінки у вигляді фанатизму людина починає діяти за психологічними законами групи, вона не здатна критично відноситися до висловів кумира, ідола і усвідомлювати відхилення власної поведінки, що може полягати у відриві від сім'ї, ігноруванні роботи. В міжнародній класифікації хвороб (психічних розладів) виділяють сім видів фанатизму: релігійний, політичний, ідейний, фанатизм здоров'я, науковий фанатизм, спортивний, фанатизм в системі мистецтва. Найбільш поширеними видами є релігійний фанатизм (культи, секти), спортивний (частіше футбольний – вболівальники) і фанатизм мистецтва (коли об'єктами поклоніння являються артисти, актори та інші працівники мистецтва).

Спортивна аддикція або параноя здоров'я – захоплення оздоровчими

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

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

Адикція стосунків характеризується звичкою людини до певних видів стосунків. Адикти стосунків створюють «групи по інтересам». Члени цієї групи постійно і з задоволенням зустрічаються, ходять один до одного в гості, де проводять багато часу. Життя між зустрічами супроводжується постійними думками про побачення з друзями. Передумовами такої поведінки є неадекватна самооцінка, нездатність любити себе. Крім того, люди, які не здатні встановити границі власного «Я» і не можуть здійснити реальної оцінки оточуючих також схильні до такого виду адикцій. Існує три види адикцій стосунків – любовні, сексуальні та адикція уникання.

Ознаки любовних адикцій:

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

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

Ознаки адикції уникання:

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

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

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

Ознаки сексуальних адиктів:

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

В розвитку сексуальних адикцій велике значення має рання сексуальна травматизація в дитячому віці: наприклад, інцест чи закладання в дитину

переконань, що вона представляє інтерес виключно як сексуальний об'єкт. Таким чином, формується комплекс неповноцінності, ізоляція, недовіра та зависть до оточуючих, відчуття загрози ззовні і зверхцінне відношення до сексуальних контактів.

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

Література: основна – 3, 5, 7, 8; додаткова – 19, 20, 21, 30.

???

Питання для самоконтролю до III змістовного модуля

1. Охарактеризуйте види нехімічних адикцій.
2. В чому полягає відмінність між розладами харчової поведінки та харчовими адикціями?
3. Дайте визначення технологічним адикціям та проаналізуйте фактори, які сприяють їх розвитку.
4. Опишіть ознаки Інтернет-залежності.
5. Проаналізуйте наслідки залежності від Інтернету.
6. Ознаки залежності від мобільних телефонів.
7. Опишіть види та ознаки фанатизму.
8. Вплив деструктивних релігійних сект на психіку людини.
9. Охарактеризуйте концепції виникнення спортивної адикції.
10. Дайте визначення гаджет-адикціям, опишіть їх види, ознаки, наслідки.
11. Охарактеризуйте стадії протікання ігрового циклу.
12. Опишіть ознаки характерні азартним гравцям
13. Працеголізм: ознаки працеголізму, причини, наслідки.
14. Визначте причини та ознаки шопоголізму.

ЧАСТИНА ІІІ. ТЕМИ ТА ПЛАНИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ.

МОДУЛЬ І.

Заняття 1. Загальна характеристика адиктивної поведінки, закономірності розвитку



Питання для обговорення:

1. Загальне поняття про адиктивну поведінку.
2. Етапи розвитку адиктивної поведінки.
3. Фактори, які провокують виникнення адиктивної поведінки.
4. Особистісні та вікові особливості адиктивних підлітків (акцентуації характеру, реакції підліткового віку, особистісні риси).



Ключові слова: *залежність, девіантна поведінка, адиктивна поведінка, адиктивна установка, хімічна залежність, поведінкові залежності, акцентуації характеру, гедоністична мотивація, аттарактична мотивація, псевдокультурна, субмісивна мотивація.*

Семінар проходить по типу семінару- відповіді на питання.

Методичні вказівки

Вивчаючи цю тему студентам слід ознайомитися з основними поняттями «адикція», «адиктивна поведінка», «девіація», «залежність», визначити їх значення та співвідношення. Охарактеризувати основні мотиви звернення до залежних форм поведінки в різні вікові періоди. В другому питанні висвітлити етапи розвитку адиктивної поведінки (етап перших спроб, етап пошукового полінаркотизму, перехід адиктивної поведінки в хворобу) та проаналізувати на кожному етапі провідні чинники розвитку адиктивної поведінки.

Важливо проаналізувати фактори, які провокують виникнення адиктивної поведінки: соціальні, індивідуально-психологічні, біологічні, педагогічні. Розглянути вікові особливості адиктивних підлітків та охарактеризувати особистісні риси людей, схильних до залежної поведінки. Ознайомитися з реакціями підліткового віку та проаналізувати їх роль в формуванні залежної поведінки підлітків. Вивчити особливості прояву різних типів акцентуацій характеру та прослідкувати взаємозв'язок з адиктивною поведінкою.

Питання для самоконтролю

1. Що таке адиктивна поведінка?
2. Дайте визначення поняттю «залежність» та охарактеризуйте ознаки залежності.
3. Які основні мотиви особистостей, схильних до залежності?
4. Дайте характеристику соціальним факторам, які впливають на перехід адиктивної поведінки в хворобу.
5. Які біологічні та психологічні фактори впливають на формування

- адиктивної поведінки?
6. Розкажіть про вплив акцентуації характеру та особливості формування адиктивної поведінки підлітків?

Література: основна – 2, 4, 6,7,8, 10; додаткова – 6, 12, 17, 22, 25, 28, 30.

Модуль II.

Заняття 2. Алкогольна залежність.



Питання для обговорення:

1. Основні нейрофізіологічні механізми формування хімічної залежності.
2. Класифікація стадій алкоголізму і основні клінічні закономірності захворювання.
3. Симптоми і синдроми при алкоголізмі.
4. Соматичні ускладнення алкоголізму.
5. Співзалежність: ознаки, причини, наслідки.



Ключові слова: *алкоголізм, психічна залежність, фізична залежність, абстинентний синдром, зловживання алкоголем, побутове пияцтво, толерантність, алкогольні амнезії, істинні запої, псевдозапої, патологічний потяг до алкоголю, компульсія, obsesія.*

Семінар проходить по типу семінару- відповіді на питання

Методичні вказівки

Вивчаючи дану тему слід звернути увагу на формування психічної та фізичної залежності, особливості розвитку абстинентного синдрому на нейрофізіологічному рівні, розглянути механізми їх розвитку та проаналізувати перспективи одужання людини зі сформованими проявами (психічною залежністю, фізичною залежністю, абстинентним синдромом).

Охарактеризувати алкоголізм, як наркологічне захворювання, та розглянути клінічні прояви симптомів алкоголізму в залежності від стадії хвороби.

Ознайомитися з характерними для алкоголізму симптомами та синдромами (патологічний потяг до спиртного, абстинентний синдром, зміна толерантності, зміна картини сп'яніння, алкогольні амнезії, зміна форми вживання алкоголю) та дати їм характеристику. Обґрунтувати за якими ознаками можна розрізнити зловживання спиртними напоями від алкоголізму як захворювання.

При вивченні ускладнень при алкоголізмі слід звернути уваги на соматичні порушення при алкоголізмі: хвороби печінки, підшлункової залози, шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи, зміни картини крові та зміна шкіряних покривів при алкоголізмі.

Проаналізувати причини виникнення співзалежності, охарактеризувати особистісні риси, характерні співзалежним особам, типи співзалежних та перспективи на одужання сімей зі співзалежністю від хімічної залежності.

Питання для самоконтролю

1. Розкажіть як формується хімічна залежність від психоактивних речовин на нейрофізіологічному рівні?

2. Охарактеризуйте стадії алкоголізму як наркологічного захворювання.
3. Опишіть основні симптоми та синдроми, які характерні для алкоголізму.
4. Розкрийте поняття «співзалежність».
5. Дайте характеристику основним типам співзалежних сімей.

Література: основна – 1, 2, 4, 6, 7,8,9,10, 12; додаткова – 2, 3, 4, 5, 6, 7, 22, 32.

Заняття 3. Наркотична залежність



Питання для обговорення:

1. Формування психофізіологічної залежності від наркотичних речовин.
2. Характеристика опіумної наркоманії. Ознаки вживання наркотичних речовин групи опіатів.
3. Зловживання препаратами коноплі.
4. Барбітуратова наркоманія.
5. Дія на організм психостимуляторів.
6. Вплив на організм галюциногенів і наслідки зловживання.



Ключові слова: *наркоманія, наркотична речовина, зловживання наркотичними речовинами, психофізична залежність, опіати, галюциногени, барбітурати, каннабіноїди, психостимулятори.*

Семінар проходить по типу «Малих груп».

Методичні вказівки:

Вивчаючи цю тему студенти повинні розглянути характеристику кожного етапу (I етап – експеримент; II – етап періодичного вживання; III – етап регулярного вживання; IV – етап нав'язливих ідей; V – етап формування психофізичної залежності) формування психофізіологічної залежності від наркотичних речовин. Проаналізувати причини вживання наркотичних речовин на кожному етапі. Ознайомитись з ознаками та клінічними проявами, які виникають при вживанні наркотичних речовин. Охарактеризувати соціальну залежність від наркотичних речовин, як передумову розвитку наркоманії.

Вивчаючи наступні питання студенти повинні охарактеризувати групи наркотичних речовини та наслідки при їх вживанні для фізичного та психічного здоров'я. Вказати особливості стану сп'яніння та прояву абстенентного синдрому вживаючи наркотичні речовини різних груп.

Питання для самоконтролю

1. Дайте коротку характеристику наркоманії, як соціально-психологічному явищу.
2. Охарактеризуйте кожен етап формування наркотичної залежності.
3. Дайте характеристику опійній наркоманії. По яким ознакам можна визначити, що людина вживає даний вид наркотиків?
4. Опишіть зловживання препаратами коноплі.
5. Охарактеризуйте дію на організм психостимуляторів.

6. Що таке барбітуратова наркоманія? Які її наслідки для людини?
7. Галюциногени, їх дія на організм.

Література: основна – 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11; додаткова – 1, 3, 10, 11, 23, 25, 26, 27, 29, 33.

Заняття 4.

Огляд діагностичних та психотерапевтичних методів в роботі при залежній поведінці



Питання для обговорення:

1. Групова психотерапія в комплексній терапії залежних станів.
2. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів.
3. Сімейна психотерапія залежних станів.
4. Замісні програми в подоланні хімічної залежності.
5. Методи діагностики алкогольної, нікотинової та наркотичної залежності.
6. Методи діагностики особистісної схильності до залежної поведінки.



Ключові слова: *профілактика, гіпнотерапія, аутогенна релаксація, кодування, гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, сімейна психотерапія, замісні програми.*

Семінарське заняття проходить по типу семінар-практичне заняття.

Методичні вказівки.

Вивчаючи цю тему слід ознайомитися з методами та програмами (вільна дискусія, проєктивні малюнки, рольові ігри, психогімнастика, програма 12 кроків) групової психотерапії при хімічних залежностях та особливостями їх застосування у хворих на різних етапах залежності.

Описати основні методи сугестивної психотерапії, охарактеризувати механізм їх дії та ефективність.

Ознайомитись з програмами замісної терапії охарактеризувати механізм їхньої дії на пацієнтів в подоланні хімічної залежності.

Вивчити особливості застосування сімейної психотерапії в подоланні хімічної залежності та особливості застосування у хворих на алкоголізм.

Ознайомитись з методами діагностики хімічної залежності, процедурою дослідження та з особливостями їх застосування в роботі психолога.

Питання для самоконтролю:

1. Охарактеризуйте основні методи групової психотерапії та специфіку їх застосування.
2. Дайте характеристику емоційно-стресовій терапії в подоланні хімічної залежності.

3. Обґрунтуйте ефективність застосування сімейної психотерапії в подоланні алкогольної залежності.
4. Опишіть основні замісні програми в подоланні хімічних залежностей.
5. Охарактеризуйте методики діагностики залежних станів.

Література: основна – 2, 5, 6, 8, 10, 12; додаткова – 1, 3, 6, 7, 14, 15, 21, 24, 31, 34, 35.

Модуль III.

Заняття 5. Залежність від деструктивних культів.



Питання для обговорення:

1. Залежність від деструктивних культів.
2. Різновиди деструктивних культів.
3. Ознаки деструктивних культів.
4. Вплив деструктивних культів на психіку людини.



Ключові слова: *фанатизм, культова залежність, деструктивні культури, релігійна залежність, психотехніки.*

Семінар проходить по типу «Малих груп».

Методичні вказівки

Вивчаючи дану тему, ознайомитись з поняттями «релігійний фанатизм», «тоталітарні секти», «деструктивні культури». Ознайомитись з різновидами деструктивних культів, ознаками та їх впливом на психічний розвиток людини.

Проаналізувати негативний вплив деструктивних культів на особистість. Розглянути психотехніки, як метод маніпулювання свідомістю при релігійній залежності.

Питання для самоконтролю

1. Дайте визначення основним ознакам деструктивних культів.
2. Опишіть основні психотехніки для маніпулювання свідомістю в тоталітарних релігійних сектах.
3. Опишіть особистісні зміни членів тоталітарних сект.
4. Охарактеризуйте наслідки для фізичного і психічного здоров'я членів деструктивних культів.

Література: основна – 3, 7, 8, 10; додаткова – 6, 20.

Заняття 6. Різні види нехімічних (поведінкових) залежностей



Питання для обговорення:

1. Загальна характеристика, критерії та види нехімічних залежностей.
2. Сексуальні адикції :теорії походження, форми прояву, особистісні риси сексуальних адиктів.
3. Любовні адикції (адикція уникання, сталкерство).
4. Принципи та методи психологічної корекції адиктивних розладів



Ключові слова: сексуальні адикції, сталкерство, адикції уникання, любовні адикції, комунікативні адикції.

Семінар проходить по типу семінару- відповіді на питання

Методичні вказівки:

Дати характеристику нехімічним (поведінковим) залежностям, описати основні види в залежності від об'єкту пристрасті та описати основні критерії нехімічних залежностей за (І. Маркс).

Ознайомитися з формами прояву, теоріями походження сексуальних адикцій, дати пояснення фазам формування сексуальних адикцій за Ц.П.Короленком, Н.В.Дмитрієвою, охарактеризувати особистісні риси характерні сексуальним адиктам.

Охарактеризувати любовні адикції, основні форми їх прояву. Описати адикції уникання та сталкерство, як вид любовних адикцій.

Розглянути методи надання психологічної допомоги при різних видах нехімічних адикцій.

Питання до самоконтролю

1. Опишіть основні критерії нехімічних залежностей
2. Які основні форми прояву сексуальних адикцій?
3. Охарактеризуйте основні теорії походження сексуальних адикцій.
4. Охарактеризуйте основні прояви та ознаки любовних адикцій.
5. Дайте характеристику методам психологічної корекції при різних видах нехімічних адикцій.

Література : основна – 3, 7, 8; додаткова – 12, 18, 20.

ЧАСТИНА IV. МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПІДГОТОВКИ ДО СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ

У традиційній моделі викладу семінар орієнтований на засвоєння (найчастіше на переказ) інформації, викладеної на лекції або прочитаної в підручниках. У моделі трансформованої вищої освіти семінар стає самостійною та основною формою організації навчального процесу. І це пов'язано не тільки зі зменшенням кількості лекцій, а й і зі специфікою соціального та гуманітарного знання, коли слід самостійно вивчити інформацію, а потім здійснювати її проблемне обговорення в аудиторії: це і навчальний матеріал, і проблемні та аналітичні документи тощо. Зокрема, студент повинен вивчити відповідний матеріал самостійно і бути підготовлений до його обговорення в аудиторії. Характер, способи організації і проведення семінару обирає викладач залежно від змісту і специфіки курсу. Проте в будь-якому разі повинен використовуватися основний критерій ефективності семінару: включення в певній формі активності всіх студентів у творче обговорення проблемного поля.

Над завданнями будь-якого семінару є розгляд найважливіших і найскладніших питань курсу і перевірка засвоєння студентами матеріалу лекцій та навчальних літературних джерел. У такий спосіб семінари сприяють підвищенню якості знань, формуванню навичок самостійної роботи, здійсненню з боку викладача поточного контролю знань студентів. Крім того, у завдання семінарського заняття входять:

- закріплення теоретичних знань, набутих під час прослуховування лекційного матеріалу;
- ознайомлення з навчальними і науковими літературними джерелами;
- розвинення здатності осмислювати питання і проблеми курсу;
- закріплення і розширення знань з теоретичного курсу;
- формування навичок самостійної роботи з першоджерелами і довідковою літературою;
- формування умінь вести діалог, дискусію, обґрунтовувати власні позиції, прихильно ставитися до точки зору інших;
- формування навичок діалогічного і критичного мислення;
- розв'язування комбінованих завдань, тестів (кількісних і якісних).

Починаючи підготовку до семінарського заняття з конкретної теми, насамперед, потрібно ознайомитися з його планом (за планами семінарських занять), а також з навчальною програмою з теми. Навчальна програма покликана якісно сформулювати короткий план відповіді, краще зорієнтуватися при опрацюванні питання, структурувати знання.

Пам'ятка студентам:

- почніть підготовку до семінарського заняття з повторення матеріалу за конспектом лекцій;
- вивчіть відповідний матеріал, поданий у навчальних посібниках (бажано не одного, а кількох навчальних посібників — порівняння сприяє засвоєнню матеріалу і структуруванню майбутнього виступу на семінарському занятті);
- для якнайґрунтовнішого вивчення питань семінарського заняття опрацюйте першоджерела і додаткову літературу;
- обов'язковий момент самостійної підготовки — робота зі словниками та іншою довідниковою літературою. Вивчіть термінологію;
- складіть і запишіть плани відповідей на питання семінарського заняття;
- зверніться до викладача, якщо матеріал недостатньо зрозумілий;
- намагайтеся сформулювати і висловлюйте на заняттях власне ставлення до обговорюваних питань. При цьому пам'ятайте, що оцінюються не ваші переконання, а вміння їх обґрунтовувати (тобто знання, уміння і навички в галузі психології адиктивної поведінки).

Підготовка доповідей до семінарських занять

До підготовки доповідей залучаються кілька студентів, між якими розподіляються окремі питання.

Перший крок підготовки доповіді — окреслити мету та завдання виступу, визначити коло питань за запропонованою темою. Другий крок — добір допоміжної інформації. Висвітлювані питання необхідно обґрунтовувати даними, отриманими на лекції, матеріалом підручника та рекомендованими публікаціями. При доборі інформації слід пам'ятати, що вона повинна бути обґрунтована та актуальна.

Отриману інформацію слід організувати в певні категорії, надати їй чіткості, визначити та сформулювати основні положення проблеми. Пропонується до найважливіших і найскладніших питань теми складати конспекти відповідей. Конспектування додаткової літератури так само сприяє глибшому засвоєнню навчального матеріалу.

Пам'ятка студентам:

- якщо вас представили аудиторії, подякуйте;
- чітко назвіть тему вашої доповіді та проблему;
- стисло поясніть, у який спосіб аналізуватимете проблему, на що насамперед звернете увагу;
- обмежте кількість аналізованих у доповіді питань.

Студенти повинні готувати всі питання відповідного заняття і, крім того, знати визначення основних категорій та понять, необхідних для запам'ятовування до кожної семінарської теми.

Доповідь слід будувати з дотриманням таких вимог:

- теоретична обґрунтованість;
- спирання на фактичний матеріал;
- наведення переконливих прикладів, власне бачення проблеми.

Наступний крок — написання плану доповіді. Будь-який план містить:

- вступ;
- основний текст;
- висновки.

Вступ. Початок доповіді визначальний і повинен чітко та переконливо відтворювати причину та мету виступу, розкривати сутність теми, містити докази. Першочергове завдання доповідача на цьому етапі полягає у приверненні та утриманні уваги аудиторії. Для того, щоб слухачі не відволікалися вже з перших речень, у доповіді необхідно висловлюватися чітко, логічно та змістовно, уникаючи зайвого. Відповідно, речення повинні бути короткі й стосуватися виключно суті питань; слід інтонаційно виокремлювати найважливіші місця і виявляти власне ставлення до предмета мовлення.

Основний текст. В основній частині викладається сутність проблеми, наводяться докази, пояснення, міркування. Слід пояснювати кожний аспект проблеми, підібрати переконливі цифри, факти, цитати (проте кількість таких прикладів не повинна бути надто великою; кількість ілюстративного матеріалу не повинна поглинати зміст доповіді). Необхідно логічно поєднувати частини доповіді. Усі питання висвітлюються збалансовано (при цьому не обов'язково кожному з них приділяти однакову кількість часу). Надзвичайно важливо продумувати невеликі приклади, які ілюструють повідомлення.

Висновки повинні узгоджуватися зі вступом і не випадати із загального стилю викладу.

Семінар по типу «Малих груп»

Завдання семінарського заняття цього типу передбачають:

- розвиток теоретичного мислення, його мобільності;
- формування вміння аналізувати й узагальнювати навчальний матеріал, результати спостережень, «бачити» приклади з життєвого досвіду через призму психології;
- вироблення навичок залучати знання інших тем і галузей психології та споріднених наук, прикладів із життя навколишнього оточення для розуміння й пояснення психологічних явищ;
- активізація творчого мислення у пошуках шляхів вирішення конкретних завдань;
- формування досвіду вироблення колегіальної думки, обґрунтування та відстоювання її.

Методичні *вимоги* до проведення семінару: всі студенти академічної групи поділяються на малі групи по 4 - 5 осіб. У кожній групі визначається лідер (староста), який повинен організувати відповідно до визначеної ролі групи роботу студентів: підготовку відповідей на винесене на обговорення

питання, продумування логіки самої відповіді, обґрунтування та доведення теоретичними положеннями вчених чи прикладами з реального життя правильності відповіді, думки групи тощо.

За підготовленою студентами вдома темою семінарського заняття викладач пропонує всім студентам (малим групам) одне проблемне питання (ситуацію, завдання). Питання виголошується так, щоб студенти не могли знайти готової відповіді в конспекті чи підручнику. Наприклад: «Порівняйте особливості розвитку адиктивної поведінки у підлітків та осіб зрілого віку», «Доведіть, що у розвитку адиктивної поведінки соціальний фактор є вирішальним», «Дайте характеристику особистісним рисам людей схильних до залежності» і ін.

На підготовку відповідей на питання дається не більше 5 хв. Усі групи працюють одночасно над питанням, кожна готує свій варіант відповіді. По закінченні часу, відведеного на підготовку відповідей, викладач визначає ролі груп: група – основний доповідач, група – опонент, група підтримки, група суддів (журі). Визначаються завдання кожної групи. *Група - основний доповідач* готує повну відповідь на питання. Кожен член групи може доповнювати свого основного доповідача. *Група підтримки* слідує за змістом відповіді основного доповідача, фіксує прогалини, неточності і після завершення основної доповіді доповнює відповідь на питання. *Опонуєча група* слідує за змістом, логікою виступу, аргументованістю положень тощо, готує критичні зауваження, приклади нових ситуацій, що суперечать висловленим думкам доповідача з проханням пояснити певні явища, ставить запитання проблемного змісту і т. ін. *Група журі* на основі запропонованих критеріїв повинна перш за все оцінити роботу групи – основного доповідача і групу опонентів, а потім групу підтримки та інші групи, якщо такі були та залучалися до обговорення питання.

Після виступу групи – основного доповідача надається право групам ставити запитання для уточнення відповідей, їх доповнення і т. п. Група підтримки має право пропонувати свій варіант відповіді, доповнює й уточнює відповіді основного доповідача, наводить необхідні докази, приклади, аргументи. Група-опонент, спираючись на підготовлений нею варіант відповіді та згідно зі своїми функціями і завданнями повертається до виступів обох груп, висловлює свої заперечення, ставить додаткові запитання, пропонує навести додаткові докази, приклади, якщо такі були відсутні. Група суддів на основі критеріїв аналізує роботу груп і окремих студентів і оцінює їх у балах. Для обговорення наступного питання групи міняються ролями.

В кінці заняття підсумок підводить сам викладач: робить зауваження, виголошує остаточну оцінку (за сумарною кількістю набраних балів упродовж роботи на семінарі в цілому), пропонує тему для наступного заняття.

Семінар-практичне заняття

Розпочинається зі вступного слова викладача, який у процесі постановки завдання підкреслює необхідність розвитку творчої особистості спеціаліста,

формування його професійних знань, умінь і навичок. Такі завдання можуть бути вирішені, коли кожен, у тому числі і студент, як майбутній фахівець, на своєму місці буде шукати шляхи вдосконалення професійної діяльності, підвищення її ефективності.

Отож студентам даної академічної групи надається можливість віднайти, запропонувати й обговорити, наприклад, умови активізації творчого потенціалу учнів і студентів вузів у контексті навчальної діяльності, шляхи ефективного формування професійних знань, умінь і навичок майбутніх спеціалістів, а також сформулювати поради й пропозиції педагогам з активізації пізнавальної діяльності школяра чи дитини в дитячій дошкільній установі, їх особистісного становлення.

Завдання семінару:

- виробляти вміння аналізувати й узагальнювати теоретичні знання з позиції їх практичного значення й застосування в певній галузі діяльності;
- формувати навички з вироблення конкретних практичних рекомендацій, опираючись на узагальнені теоретичні знання, а також впровадження даних рекомендацій у практику професійної, зокрема, психологічної діяльності;
- виховання самостійності мислення, уміння самостійно знаходити шляхи практичного вироблення професійних завдань.

Після короткого обговорення (20-30 хв.) найбільш важливих теоретичних питань за темою семінарського заняття перед студентами ставиться завдання: узагальнити знання у вигляді практичних рекомендацій, психологічних порад, пропозицій, зокрема, вчителям шкіл, учням різного шкільного віку, студентам та викладачам ВНЗ, практичним психологам, працівникам соціальних служб, працівникам підприємницької діяльності і т. ін. Наприклад, з психології за темою «Діагностико-корекційна робота по попередженню виникнення хімічної залежності» студенти розробляють рекомендації учням. «Організація вільного часу» - батькам, вчителям, вихователям, для вчителів різних навчальних закладів, викладачів вузів, педагогів дошкільних дитячих установ, учнів спеціальних шкіл тощо.

Досвід засвідчує, що студенти досягають кращих результатів, коли вони працюють малими групами (по 4-5 осіб), завдяки чому можна досягти чіткості формулювання рекомендацій, їх лаконічності, а також інтеграції знань. Кожна група має право й можливість запропонувати власний проект, варіант рекомендацій чи порад. Розроблені однією групою рекомендації, які визнаються студентами як найбільш «повний» варіант, обговорюються, доповнюються й доводяться до такого рівня, який може бути рекомендований як зразок студентам-практикантам, учителям шкіл, учням різного шкільного віку, батькам, викладачам, наставникам академічних груп вузу для їх практичного застосування. Даний варіант може бути розмножений для користування, залучений до документації практик студентів, надрукований у матеріалах студентських конференцій тощо.

Розробляючи практичні рекомендації з певної теми, студенти можуть використати як теоретичний матеріал за планом конкретного семінарського

заняття (за списком рекомендованої літератури), так і власний досвід роботи з навчальним матеріалом, дослідницької роботи, а також досвід роботи своїх шкільних учителів, викладачів вузу тощо.

Отже, семінари-практикуми корисні для практичної діяльності майбутнього спеціаліста (особливо якщо програмою певного предмета не передбачені, окрім семінарів, практичні заняття): вони вчать інтегровано застосовувати набуті знання з різних навчальних дисциплін, узагальнювати матеріал, аналізувати всебічно ті чи інші позиції, окремі явища, встановлювати закономірності певного виду діяльності чи процесу; наприклад, виявляти закономірності та визначати особливості навчально-виховного процесу в умовах шкільного чи вузівського навчання; семінари такого типу формують важливі для професійної практичної діяльності здібності, творче професійне мислення, особистісні якості, вміння доцільно й продуктивно їх реалізовувати.

Семінар-відповіді на питання

Композиційна структура: викладач повідомляє тип семінарського заняття, характер роботи студента-доповідача й усієї групи: студент-доповідач виголошує тему семінару, вказує на літературу, за якою він готувався до заняття, група чи викладач визначає питання з плану заняття, згідно з яким доповідач буде розкривати зміст, відповідаючи на запитання групи. Студенти пропонують будь-які (самостійно сформульовані) запитання по даному пункту плану семінарського заняття, конкретні ситуації для аналізу, завдання в площині цього питання тощо. Студент-доповідач зобов'язаний оперативно, чітко, правильно відповідати на кожне з поставлених запитань, пояснити ситуацію, обґрунтувати й підтвердити прикладами свою відповідь. Під час відповіді на запитання аудиторії студент має право використовувати записи своїх конспектів з даної теми обговорення та попереднього матеріалу, в яких зафіксовані посилання на джерела інформації, думки вчених, результати досліджень, описаних у науковій літературі чи власних (до курсової чи дипломної роботи), наведених у науково-популярній чи художній літературі, залучати знання з різних інших навчальних дисциплін, посилатись на приклади з життя тощо. Кількість поставлених запитань одному доповідачу залежить від якості його відповідей на них. Після відповіді доповідача на поставлені йому запитання студенти групи доповнюють його, обговорюють доцільність і відповідність наданої ним інформації змісту запитань та обговорюваного питання плану семінару, аргументованість відповідей, оцінюють його підготовленість до заняття з теми чи окремого питання, керуючись певними критеріями.

Під час відповіді студента вся академічна група може виступати в ролі опонента, або ж викладач на власний розсуд визначає групу опонентів. У процесі обговорення кожного наступного питання за планом семінару викликається інший студент, а група опонентів може залишатися та ж сама, або створюється нова (в залежності від обсягу і якості зробленої нею роботи). Для оцінки знань студента-доповідача може бути обрана група арбітрів.

Критерії оцінки відповідей студента-доповідача:

- глибина знань, повнота відповіді;
- оперативність, рівень готовності студента до відповіді;
- вмiле користування конспектом, не прив'язаність до нього;
- уміння переконувати, аргументувати свої повідомлення;
- вільне володіння інформацією, вміння орієнтуватися в ній, у власних записах;
- підтвердження теоретичних міркувань прикладами з життя, з професійної діяльності оточуючих;
- уміння в процесі підготовки відповіді узагальнювати, залучати знання з інших навчальних дисциплін, власного досвіду та досвіду інших людей;
- обсяг опрацьованої літератури до теми семінару та вміння орієнтуватись у ній.

Найкраще обговорювати й оцінювати відповідь студента-доповідача відразу ж після його виступу і тільки після цього призначати нового доповідача для обговорення наступного питання за планом заняття.

Обрати наступне питання для обговорення можна дозволити й самому студенту-доповідачу.

ЧАСТИНА V. МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ПО ВИКОНАННЮ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Самостійна робота з дисципліни «Психологія адиктивної поведінки» передбачає підготовку студентів до лекцій та виконання практичної роботи і реферативних робіт.

Для роботи над кожною темою студентів потрібно спочатку перечитати конспект лекцій із відповідної теми. Для вивчення матеріалу студентів необхідно опрацювати відповідні питання та дати на них розгорнуту відповідь. Для такої підготовки необхідно користуватися не тільки конспектом лекцій, а літературою – обов'язковою та додатковою.

Для написання реферативної роботи студент повинен опрацювати лекційний матеріал, обов'язкову літературу та додаткову літературу. Реферат – це письмовий виклад ідей опрацьованої літератури з теми, результатів наукового дослідження, власного досвіду роботи, досвіду роботи інших психологів, що написаний на основі критичного огляду літератури, матеріалів інтернету та інших джерел.

Реферат обов'язково містить: назву, план, текст, висновки, список використаних джерел.

Реферат повинен мати: титульну сторінку (назва навчального закладу, заголовок, прізвище, ім'я та по батькові автора, місце і рік написання), план, зміст, список використаних джерел.

Реферат має бути оформлений відповідно з вимогами до рефератів, також потрібно приготувати коротку доповідь за темою реферату (5 хвилин) для можливості обговорення на занятті або під час складання семестрового контролю.

Питання, що виносяться на самостійну роботу включені в тестовий контроль знань і оцінюються за результатами написання модульних контрольних робіт.

Виконання самостійної роботи оцінюється у балах, які розподіляються на бали, отримані за зміст роботи (коректність проведеного завдання, якість обробки та інтерпретації результатів, грамотність зроблених висновків) або зміст реферату (повнота та обсяг викладеної інформації) та бали за своєчасність виконання роботи. Кількість балів установлюється викладачем згідно з робочою програмою дисципліни на поточний навчальний рік.

Завдання до самостійної роботи

Самостійна робота з дисципліни «Психологія адиктивної поведінки» передбачає підготовку студентів до лекцій та виконання 2-х практичних робіт, 1-ї реферативної роботи :

I. Перша практична робота передбачає розробку програми профілактики виникнення хімічної залежності для дітей різних вікових категорій за такими

напрямами:

- розробити профілактичну програму інформаційного типу по попередженню вживання хімічних речовин.
- розробити тренінгові програми попередження хімічної залежності для дітей молодшого шкільного віку.
- розробити тренінгові програми з попередження хімічної залежності для підлітків.
- розробити тренінгові програми попередження хімічної залежності для осіб юнацького віку.
- підготувати рекомендації батькам (вчителям, вихователям) дитини, яка має Інтернет-залежність.
- розробити тренінгову програму по актуалізації внутрішніх ресурсів для учнів підліткового віку
- підібрати корекційні вправи на засвоєння адаптивних способів існування.
- розробити рекомендації батькам дитини, яка надмірно захоплюється комп'ютерними іграми.

II. Друга практична робота спрямована на вивчення методів психологічної діагностики особистісної схильності до залежної поведінки. Робота передбачає тестування 3-х досліджуваних за допомогою наступних методик: методики «Схильність до залежної поведінки» В. Д. Менделевича», «Опитувальник схильності до відхиленої поведінки А.Н.Орел», «ІТО Л.Н.Собчик». Отримані результати необхідно оформити у звіт, у якому потрібно висвітлити мету роботи, зробити опис психодіагностичних методів, характеристику досліджуваних, розкрити основні результати та сформулювати висновки.

III. Реферативна робота на одну з запропонованих тем:

1. Психолого-педагогічні умови попередження адиктивної поведінки.
2. Сімейне неблагополуччя як фактор адиктивної поведінки.
3. Депривація як причина формування девіантної поведінки підлітків.
4. Особливості особистості підлітків з адиктивною поведінкою.
5. Особливості життєвих установок студентів з адиктивною поведінкою.
6. Дослідження впливу акцентуації характеру на девіантну поведінку підлітків.
7. Особливості девіантної поведінки підлітків.
8. Проблеми ціннісних орієнтацій в підлітковому віці.
9. Акцентуація характеру, як одна з передумов формування адиктивної поведінки підлітків.
10. Проблема соціальних норм в психології девіантної поведінки.
11. Делінквентна поведінка: соціальні, біологічні і психологічні передумови і засоби профілактики.
12. Адиктивна поведінка: соціальні, біологічні і психологічні передумови і засоби профілактики.
13. Девіантна поведінка в різних психологічних підходах.
14. Вплив стилю виховання в сім'ї на формування адиктивної поведінки

підлітків.

15. Соціально-психологічні детермінанти адиктивної поведінки.
16. Інтернет, як середовище соціальної діяльності молоді.
17. Вплив типу акцентуації характеру на формування адиктивної поведінки підлітків.
18. Особистісні і вікові особливості адиктивного підлітка.
19. Адиктивна поведінка молоді та її профілактика.
20. Патологічна схильність до азартних ігор.
21. Деструктивна поведінка та її форми.
22. Теорія соціальної аномії Е. Дюркгейма.
23. Маргінальність, маргінальний тип особистості і феноменологія маргінальної поведінки.
24. Механізм розповсюдження та етапи розвитку хімічної залежності.
25. Норми та традиції у вживанні адиктивних речовин.

Питання, що виносяться на самостійне опрацювання студентів

Питання до I змістовного модуля:

1. Історія досліджень адиктивної поведінки. Медичний та психологічний підходи.
2. Механізми формування залежних розладів. Єдність залежних розладів.
3. Правові аспекти адиктології.
4. Гендерні аспекти адиктології.
5. Судово-медична експертиза людей, які зловживають психоактивними речовинами в кримінальному процесі.
6. Роль неправильного сімейного виховання у виникненні адиктивної поведінки підлітків.

Питання до II змістовного модуля:

1. Алкогольні психози та інші форми алкогольного враження нервової системи.
2. Клінічні прояви наркоманій, токсикоманій, алкоголізму в підлітковому віці.
3. Алкоголізм жінок.
4. Алкоголізм подружніх пар.
5. Психологічні теорії наркоманій.
6. Типи реакцій дітей на алкогольну ситуацію в сім'ї.
7. Нікотинова залежність.
8. Профілактика нікотинової залежності.
9. Психологічні методи дослідження залежних форм поведінки.
10. Співзалежність: походження, основні ознаки, діагностика, психотерапія

Питання до III змістовного модуля:

1. Нехімічні адикції: діагностичні критерії, загальні риси, класифікація.
2. Порушення харчової поведінки: нервова анорексія, нервова булемія.
3. Роль нехімічних адикцій в профілактиці хімічних залежностей.
4. Психотерапевтична допомога гравцям з патологічним потягом до азартних ігор.
5. Зверхцінні захоплення: адикція до грошей, адикція до влади.
6. Сексуальна залежність та сексуальні комплекси у європейській культурі.
7. Харчова залежність та механізми стресу.

Завдання до індивідуальних творчих робіт студентів

Варіант № 1

1. Класифікація і загальні закономірності хімічної залежності.
2. Види соціальних норм і механізми їх регулювання.
3. Провести методику діагностики Інтернет-залежності і надати протокол дослідження.

Варіант № 2

1. Концептуальні моделі походження залежної поведінки.
2. Сексуальні адикції: класифікація і клінічні прояви.
3. Провести методику діагностики показників і форм агресії (А.Басса і А.Даркі) і надати протокол дослідження.

Варіант № 3

1. Адиктивний тип девіантної поведінки.
2. Особливості прояву нехімічних адикцій.
3. Провести методику «Схильність до залежної поведінки» В.Д. Менделевича і надати протокол дослідження.

Варіант № 4

1. Загальна характеристика та види нехімічних адикцій.
2. Хімічні адикції. Мотивація зловживання психоактивними речовинами.
3. Провести методику діагностики акцентуацій характеру і надати протокол дослідження.

Варіант № 5

1. Вплив сімейного виховання на виникнення адиктивної поведінки дитини.
2. Трудоголізм як нехімічна адикція.

3. Провести методику діагностики ступеню нікотинової залежності і надати протокол дослідження.

Варіант № 6

1. Співзалежність: ознаки, причини, наслідки.
2. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів.
3. Провести методику діагностики ранніх форм алкоголізму.

Варіант № 7

1. Теоретичні моделі виникнення алкоголізму.
2. Релігійна адикція.
3. Провести методику діагностики стилів сімейного виховання і надати протокол дослідження.

Варіант № 8

1. Великий наркоманічний синдром.
2. Соціальні фактори в походженні адиктивної поведінки.
3. Провести методику діагностики соціально-психологічної адаптованості К.Роджерса і Р.Даймонда і надати протокол дослідження.

Варіант № 9

1. Етапи формуванні хімічної залежності.
2. Харчові адикції (переїдання, голодування).
3. Провести методику діагностики фрустраційних реакцій С.Розенцвейга і надати протокол дослідження.

Варіант № 10

1. Види профілактики хімічної залежності.
2. Прояв адиктивної поведінки залежно від типу акцентуації характеру.
3. Провести методику діагностики самопочуття, активності, настрою (САН) і надати протокол дослідження.

Варіант № 11

1. Класифікація та характеристика груп наркотичних речовин.
2. Психологічні аспекти негативного впливу ігрової комп'ютерної залежності на особистість людини.
3. Провести методику діагностики емоційно-вольової сфери особистості і надати протокол дослідження.

Варіант № 12

1. Основні нейрофізіологічні механізми формування залежності від психоактивних речовин.
2. Патологічна схильність до азартних ігор.
3. Провести методику діагностики рівня тривожності і надати протокол дослідження.

Варіант № 13

1. Причини адиктивної поведінки підлітків і особистісні характеристики підлітків з даними проявами.
2. Психотерапія алкогольної залежності.
3. Провести методику діагностики ступеню нікотинової залежності і надати протокол дослідження.

Варіант № 14

1. Умови формування делінквентної поведінки особистості.
2. Соціально-прийнятливі форми адиктивної поведінки.
3. Провести методику діагностики акцентуацій характеру і надати протокол дослідження.

Варіант № 15

1. Загальна характеристика залежної поведінки. Феномен співзалежності.
2. Вікові особливості в прояві девіантної поведінки.
3. Провести методику діагностики ранніх форм алкоголізму.

Варіант № 16

1. Причини і особливості прояву харчової залежності.
2. Вплив насилля в сім'ї як фактор виникнення делінквентної поведінки дітей.
3. Провести методику діагностики схильності до хімічної залежності підлітків і надати протокол дослідження.

Варіант № 17

1. Сексуальні девіації: класифікація і клінічні прояви.
2. Границі і стадії алкоголізму як наркологічного захворювання.
3. Провести методику діагностики показників і форм агресії (А.Басса і А.Даркі) і надати протокол дослідження.

Варіант № 18

1. Поняття і види соціальних норм.

2. Вплив сімейного виховання на виникнення Інтернет-залежності у дитини.
3. Провести методику діагностики самотності і надати протокол дослідження.

Варіант № 19

1. Фактори ризику виникнення адиктивної поведінки.
2. Програми профілактики хімічної залежності.
3. Провести методику діагностики ступеню нікотинової залежності і надати протокол дослідження.

Варіант № 20

1. Причини та мотиви вживання інгалянтів.
2. Види гаджет-адикцій, ознаки залежності.
3. Провести методику дослідження ігрової залежності та надати протокол дослідження.

Варіант № 21

1. Вплив наркотичних речовин на психічне та фізичне здоров'я.
2. Сімейна психотерапія залежних станів.
3. Провести методику діагностики стилю сімейного виховання і надати протокол дослідження.

Варіант № 22

1. Вплив деструктивних культів на психіку людини.
2. Алкоголізм: основні ознаки, мотиви вживання.
3. Провести методику особистісної схильності до залежної поведінки А.Н.Орел і надати протокол дослідження.

Варіант № 23

1. Розлади харчової поведінки (нервова анорексія, нервова булемія).
2. Замісні програми в подоланні хімічної залежності.
3. Провести експрес-методику діагностики схильності до порушення харчування і надати протокол дослідження.

Варіант № 24

1. Комп'ютерна залежність: ознаки, причини, наслідки.
2. Біологічні фактори в походженні хімічної залежності.
3. Провести методику діагностики індивідуально-типологічних особливостей Л.С.Собчик і надати протокол дослідження.

Варіант № 25

1. Залежність від спорту: концепції, ознаки.
2. Типи девіантної поведінки в залежності від способу взаємодії індивіда з реальністю.
3. Провести методику діагностики на визначення Інтернет-адикції В.С.Нікітіна, А.Ю.Єгорова і надати протокол дослідження.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ ПОТОЧНОГО КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ

1. Дайте визначення поняттю адиктивна поведінка

2. Токсикоманія це:

- а) хвороба, яка визначається залежністю від психотропних речовин;
- б) цілком нормальна поведінка людини;
- в) моральний дефект особистості;
- г) епізодичне вживання психотропних речовин.

3. Яке визначення гострої інтоксикації адиктивними речовинами є вірним:

- а) це стан, який настає внаслідок вживання наркотичних речовин та призводить до залежності від них;
- б) це стан, який настає після прийому алкоголю чи іншої психоактивної речовини, що приводить до розладів психічних чи психофізичних функцій, поведінки та реакцій;
- в) це отруєння будь-якими хімічними речовинами, що призводить до порушення життєвих функцій та негативних наслідків для здоров'я людини;
- г) це корисний для здоров'я людини стан, що викликається систематичним вживанням адиктивних речовин.

4. Опишіть види адиктивної поведінки в залежності від об'єкту залежності

5. Наркоманія це:

- а) хвороба, яка визначається залежністю від наркотичних речовин;
- б) цілком нормальна поведінка людини;
- в) моральний дефект особистості;
- г) епізодичне вживання наркотичних речовин.

6. Що таке «стан відміни»?

- а) стан, при якому виникає патологічний потяг до психоактивної речовини після неодноразового, тривалого чи у високих дозах вживання даної речовини;
- б) психічний та фізіологічний стан людини, яка не вживає психоактивних речовин протягом останнього року;
- в) тяжкий фізичний стан, розлад здоров'я, які настають у разі припинення прийому речовини після неодноразового, тривалого чи у високих дозах вживання даної речовини;
- г) група симптомів, яка виникає у споживача в разі заміни однієї психоактивної речовини на іншу.

7. Що таке синдром залежності?

- а) поєднання фізіологічних, поведінкових та когнітивних явищ, при котрих один споживач речовини чи класу речовин починає залежати від іншого

споживача саме тих речовин;

- б) сукупність форм поведінки споживача психоактивних речовин, який знаходиться у залежності від постачальника цих речовин;
- в) поєднання фізіологічних, поведінкових та когнітивних явищ, при яких вживання речовини чи класу речовин починає займати перше місце в системі цінностей індивіда;
- г) комплекс фізіологічних та поведінкових явищ, які виникають серед групи споживачів психоактивних речовин, члени якої залежать один від одного.

8. Відсутність чи послаблення реагування на який-небудь неблагоприятний фактор в результаті зниження чутливості до його впливу називається:

- а) толерантність;
- б) адаптація;
- в) соціалізація;
- г) симуляція.

9. При аттрактивній мотивації при застосуванні психоактивних речовин відбувається:

- а) вирівнювання настрою;
- б) підвищення настрою;
- в) зниження настрою;
- г) поява патологічного ефекту.

10. Підсилення синтезу дофаміну характерне для:

- а) формування абстинентного синдрому;
- б) формування психічної залежності;
- в) формування фізичної залежності;
- г) передозуванні хімічної речовини.

ПИТАННЯ ДО ЗАЛКУ

1. Психологія адиктивної поведінки як міждисциплінарна галузь наукового знання.
2. Основні види залежної поведінки, визначення, характеристика.
3. Соціальні фактори в походженні адиктивної поведінки.
4. Біологічні фактори адиктивної поведінки.
5. Психологічні фактори адиктивної поведінки.
6. Концептуальні моделі походження залежної поведінки.
7. Поняття про поведінкову норму і патологію.
8. Підходи до оцінки поведінкової норми, патології і девіацій.
9. Взаємодія індивіда з реальністю і типи девіантної поведінки.
10. Мотиви вживання психоактивних речовин (аттариктичний, гедоністичний, псевдокультурний, субмісивний).
11. Реакції підліткового віку.
12. Особистісні і вікові особливості адиктивного підлітка.
13. Риси особистості характерні для залежних від ПАР осіб.
14. Підлітковий вік як фактор ризику виникнення адиктивної поведінки.
15. Прояв адиктивної поведінки залежно від типу акцентуації характеру підлітків.
16. Загальна характеристика і класифікація хімічних залежностей
- 17.
18. Етапи та шляхи формування хімічної залежності.
19. Нейропсихологічні основи формування хімічної залежності.
- 20.
21. Основні ознаки алкоголізму.
22. Теорії походження алкоголізму.
23. Характеристика стадії алкогольного сп'яніння.
24. Границі і стадії алкоголізму як наркологічного захворювання.
25. Зміна особистості при алкоголізмі.
26. Соматичні ускладнення алкоголізму.
27. Токсикоманія: інтоксикація інгалянтами, наслідки.
28. Загальне уявлення про наркоманію.
29. Формування психофізіологічної залежності від наркотичних речовин.
30. Форми прояву та стадії розвитку наркоманії.
31. Види наркотичних речовин: характеристика і наслідки зловживання.
32. Характеристика опіумної наркоманії. Ознаки вживання наркотичних речовин групи опіатів.
33. Вплив на організм галюциногенів і наслідки зловживання.
34. Психостимулятори: види, клінічні ознаки та наслідки зловживання.
35. Нікотинова залежність.
36. Співзалежна поведінка: визначення, причини, види, засоби профілактики.
37. Основні підходи до здійснення корекційної діяльності в області залежної поведінки.

38. Психотерапевтичні методи та програми лікування хімічної залежності.
39. Групова психотерапія в комплексній терапії залежних станів.
40. Сугестивні методи психотерапії (гіпнотерапія, емоційно-стресова терапія, «кодування», аутогенна релаксація) у комплексній терапії залежних станів.
41. Сімейна психотерапія залежних станів.
42. Замісні програми в подоланні хімічної залежності.
43. Методи діагностики алкогольної, ніотинової та наркотичної залежності.
44. Методи діагностики особистісної схильності до залежної поведінки.
45. Профілактика: моделі профілактики від психоактивних речовин, види, напрямки, методи.
46. Загальна характеристика, критерії та види нехімічних залежностей.
47. Сексуальні адикції :теорії походження, форми прояву, особистісні риси сексуальних адиктів.
48. Інтернет-залежність.
49. Комп'ютерна залежність.
50. Залежність від мобільних телефонів.
51. Телевізійна залежність.
52. Працеголізм.
53. Фанатизм: види, ознаки.
54. Спортивна залежність
55. Релігійна залежність.
56. Адикція стосунків.
57. Адикція покупок
58. Адикції до їжі: переїдання, голодування.

Література:

Основна

1. Березин С.В., Лисецкий К.С., Мотынга И.А. Психология ранней наркомании. – Самара, 1997.
 2. Гоголева А.В. Аддитивное поведение и его профилактика. — М.: Изд-во Моск.псих.-соц. ин-та, Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК. – 2002. – 240 с.
 3. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – СПбю.; Речь – 2007. – 190с.
 4. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Змановская Евгения Валерьевна – 2-е изд., испр. – М.: Издательский центр «Академия», 2004. – 288 с.
 5. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Кавасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
 6. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. Навчальний посібник – / Максимова Наталія Юрьевна. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2002. – 308 с.
 7. Менделевич В.Д. Психология девиантного поведения: Учебн. Пособ. — М.: МЕДпресс. — 2001. — 432 с.
 8. Руководство по аддиктологии / под. ред. проф. В. Д. Менделевича. – СПб.: Речь, 2007. – 768 с.
 9. Пятницкая И. Н. Злоупотребление алкоголем и начальная стадия алкоголизма. – М., 1988.
 10. Пятугин В.А. психолого-педагогические особенности девиантного поведения. Учебное пособие. Магнитогорск, 2000. – 260с.
 11. Шабанов П. Д. Основы наркологии. / Шабанов Петр Дмитриевич – СПб.: Лань, 2002. – 560 с.
- Шабалина В. Зависимое поведение школьников и профилактика его развития в образовательных учреждениях – СПб.: Медицинская пресса – 2001. – 176с.

Додаткова

1. Алмазов Б. Н., Грицаенко П. П., Ружников Ю. Н. Социальные и правовые аспекты профилактики наркозависимости. – Екатеринбург: Юридический Вестник, 1999. – 88 с.
2. Альтшулер В. Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии. — М.: «Имидж», 1994. – 216 с.
3. Анисимов Л. Н. Профилактика пьянства и наркомании среди молодежи. – М.:1989. –181с.
4. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме. - М., 1974
5. Битти М. Алкоголик в семье или преодоление созависимости; Пер, с англ. - М: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
6. Бухановский А.О., Андреев А.С., Бухановская О.А. Зависимое поведение: клиника, динамика, систематика, лечение, профилактика:

- Пособие для врачей. Ростов-на-Дону, 2002. – 35с.
7. Веко А. В. Алкоголизм: избавление от зависимости, лечение, профилактика. – Минск: Современный литератор, 1999. – 192 с.
 8. Войскунский А.Е. Актуальные проблемы зависимости от интернета // Психологический журнал. — 2004. — Т. 25. — №1.- С. 90-100.
 9. Версмер Л. Комппульсивность и конфликт: различие между описанием и объяснением при лечении аддиктивного поведения//Психология и лечение зависимого поведения/Под ред. С. Даулинга/ Пер.с англ.Р.Муртазина. М.:Независимая фирма «Класс»,2000. – С.55-79.
 10. Дунаевский В. В., Стяжкин В. Д. Наркомании и токсикомании, - Л.: Медицина, 1990.
 11. Гурски С. Внимание, родители: наркомания! – 2-е изд. – М., 1989.
 12. Егоров А.Ю. К вопросу о новых теоретических аспектах аддиктологии // В кн.: Наркология и аддиктология. Сб. науч. тр. / Под. ред. проф. В.Д. Менделевича. – Казань: Школа. – 2004. – С. 80-88.
 13. Еникеева Д. Д. Популярныe основы психиатрии. – Донецк, 1997.
 14. Егоров А.Ю., Уголев Д.А., Евсеев С.П. Прыжок от наркотиков //Адаптивная физическая культура. — 2001. — №1 (5). — С. 28—29.
 15. Зайцев В.В., Шайдулина А.Ф. Как избавиться от пристрастия к азартным играм. — СПб., Изд. дом «Нева». — 2003. — 128 с.
 16. Коркина М. В. Нервная анорексия. Учеб. пособие для мед. ин-тов / М. В. Коркина, М. А. Цивилько, В. В. Мариллов – М.: Медицина, 1986. – 176 с.
 17. Короленко Ц.П. Аддиктивное поведение. Общая характеристика и закономерности развития // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1991. — №1. — С. 8—15.
 18. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Психоанализ и психиатрия: Моногр. – Новосибирск, 2003. – 667 с.
 19. Короленко Ц.П. Работоголизм — респектабельная форма аддиктивного поведения // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. — 1993. — №1. — С. 17—29.
 20. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. — М., Академический Проект, Екатеринбург, Деловая книга. — 2000. — 460 с.
 21. Короленко, Ц. П. Семь путей к катастрофе. Деструктивное поведение в современном мире / Ц. П. Короленко, Т. А. Донских. – Новосибирск: Наука, 1990. –224 с.
 22. Кулаков С.А. Система факторов, влияющих на формирование мотивационной сферы подростков, злоупотребляющих алкоголем// Медико-биологические проблемы алкоголизма. Воронеж, 1987, с. 247-249.
 23. Левин Б. М., Левин М. Б. Наркомания и наркотики. - М.: Просвещение, 1991.
 24. Леонова Л. Г. Вопросы профилактики аддиктивного поведения в подростковом возрасте / Л. Г. Леонова, Н. Л. Бочкарева – Новосибирск, 1998. – 41 с.

25. Личко А.Е., Попов Ю.В. Саморазрушающее поведение у подростков // В кн.: Социальная психиатрия. Фундаментальные и прикладные исследования. — Л. — 1990. — С. 75—82.
26. Личко А.Е., Битенский В.С. Подростковая наркология: Руководство. - Л.: Медицина, 1991. — 304 с.
27. Лекции по клинической наркологии/ Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Российский благотворительный фонд «Нет алкоголизму и наркомании», 1995. — 216с.
28. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русск. яз. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. — СПб.: Адис. — 1994. — 302 с.
29. Менделевич В.Д. Наркозависимость и коморбидные расстройства поведения. — М.: МЕДпресс-информ. — 2003. — 328 с.
30. Менделевич В.Д., Садыкова Р.Г. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. 2003. — Т. 1. — №2. — С. 153-158.
31. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга / Пер. с англ. Р. Р. Муртазина — М.: Независимая фирма «Класс», 2000. — 240 с.
32. Рязанцев В.А. Социально-психологические и медицинские проблемы пьянства и алкоголизма. — Киев: Здоровье, 1985. — 98 с.
33. Смирнов В. Е. Медицина. Наркомания: знак беды. — М.: Знание, 1988. — Вып. 2. — С. 33—56.
34. Уайнхолд Б. Освобождение от созависимости / Берри Уайнхолд, Джерей Уайнхолд / Перевод с англ. А. Г. Чеславской. — М.: Независимая фирма «Класс», 2002. — 224 с.
35. Уайнхолд Б. Противозависимость: бегство от близости / Берри Уайнхолд, Джерей Уайнхолд / пер. с англ. Е. Бабенко, Г. Смолин. — Каменец-Подольский: Аксиома, 2009. — 328 с.
36. Чуркин А. А. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов — М.: «Триада-Х», 2000. — 232 с.

ДОДАТКИ

Додаток 1.

Міжнародна класифікація хвороб (10-й перегляд)

Класифікація психічних і поведінкових розладів перегляду виділяє і дозволяє діагностувати такі форми поведінки, які можна віднести до залежних:

F 1 - Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин:

F 10 - алкоголю;

F 11 - опіоїдів;

F 12 - канабіноїдів;

F 13 - седативних і снодійних речовин;

F 14 - кокаїну;

F 15 - стимуляторів, включаючи кофеїн;

F 16 - галюциногенів;

F 17 - тютюну;

F 18 - летючих розчинників.

F 5 - Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами:

F50 - розлади прийому їжі:

нервова анорексія;

нервова булімія;

F 55 - зловживання речовинами, що не викликають залежності:

антидепресантами;

проносними;

анальгетиками;

засобами зниження кислотності;

вітамінами;

стероїдами і гормонами;

специфічними травами та народними засобами;

F 60.7 - Залежний розлад особистості.

F 63 - Розлади звичок і потягів:

патологічна схильність до азартних ігор (гемблінг);

патологічні підпали (піроманія);

патологічне злодійство (клептоманія);

тріхотілломанію.

F 64 - Розлади статевої ідентифікації:

трансвестизм подвійний ролі;

F 65 - Розлад сексуальної переваги (парафілії):

фетишизм;

фетишистський трансвестизм;

ексгібіціонізм;
 вуайєризм;
 педофілія;
 садомазохізм.

F91.2 - соціалізований розлад поведінки:

розлад поведінки, груповий тип;

групова делінквентність;

злодійство в компанії;

прогули школи.

F 93.0 - Тривожний розлад у зв'язку з розлукою в дитячому віці.

F 94.2 - Расторможений розлад прихильності дитячого віку.

F 98.4 - Стереотипні рухові розлади.

Додаток 2.

Частота представленості форм девіантної поведінки при різних її типах.

	<i>Делінквентний</i>	<i>Адиктивний</i>	<i>Патохарактерологічний</i>	<i>Психопатологічний</i>	<i>На базі гиперздібностей</i>
<i>Агресія</i>	***	**	****	**	
<i>Аутоагресія</i>			****	**	
<i>Зловживання речовинами</i>		****	***	**	*
<i>Порушення харчової поведінки</i>		*	***	**	
<i>Аномалії сексуальної поведінки</i>	*	*	****	***	*
<i>Зверхцінні психологічні захоплення</i>		*	*		***
<i>Зверхцінні психопатологічні захоплення</i>			***	****	
<i>Характерологічні реакції</i>	*	*	****	**	*
<i>Комунікативні девіації</i>	*	**	***	***	*

<i>Аморальна поведінка</i>	****	*	*	*	
<i>Неестетична поведінка</i>	*		***	*	**

Додаток 3

Критерії алкогольної залежності рекомендовані ВООЗ

Ознака	Основні прояви
1.Звуження репертуару (традицій) вживання алкоголю.	Проявляється стереотипним щоденним пияцтвом (пияцтво без приводу). Рівень алкоголю в крові високий.
2. Поведінка, яка спрямована на пошук спиртного.	Проявляється першочерговою значимістю для хворого прийому алкоголю та ігноруванням соціальних наслідків його вживання.
3.Підвищення толерантності.	Проявляється значно більш високою переносимістю алкоголю, ніж у не п'ючих. На пізніх стадіях зниженням набутої толерантності за рахунок ушкоджень печінки та мозку.
4. Рецидиви симптомів відміни.	Почастішання та потяжчання абстинентної симптоматики (тремору, нудоти, пітливості, дисфоричності).
5. Прагнення уникнути абстиненції.	Вживання алкоголю рано вранці, або навіть вночі, аби попередити симптоми абстиненції.
6.Суб'єктивне відчуття невідворотності випивки.	Втрата контролю над кількістю випитого і суб'єктивне відчуття нездоланної тяги до алкоголю. Причиною може бути інтоксикація, стан відміни, афективний дискомфорт чи ситуаційні обставини.
7. Відновлення після абстиненції.	Суб'єктивне відчуття пригніченості («як побитий») протягом декількох днів, яке знімається прийомом алкоголю з одночасним відновленням вищевказаних елементів синдрому.

Загальні етапи розвитку наркоманій

Назва	Загальна характеристика
Етап зловживання без розвитку залежності	Інтоксикації чергуються зі станами тверезості. Клінічна симптоматика наркоманій відсутня, неспостерігається тяжких соматичних розладів. Основні стадії: 1) ейфорія, як суб'єктивне відчуття насолоди; 2) формування надання переваги одній наркотичній речовині; 3) регулярність прийому; 4) нівелювання початкового ефекту наркотику.
Продром хвороби	Збільшується добова толерантність, можливість багаторазового на протязі доби введення наркотичної речовини, виникають явища дисинхронозу – постійно підвищений життєвий тонус, короткий неспокійний сон, невиразність добових коливань активності.
I ст. Хвороби	Регулярний прийом психоактивної речовини. Зріст толерантності, слабшання захисних реакцій, зниження імовірності токсичних реакцій, зміна форми вживання (синдром зміненої реактивності). Спостерігається obsesivний (нав'язливий) потяг до інтоксикації, здатність досягнення психічного комфорту тільки у стані сп'яніння.
II ст. Хвороби	Представлена трьома наркоманічними синдромами: 1) синдромом зміненої реактивності; 2) синдромом психічної залежності; 3) синдромом фізичної залежності.
III ст. Хвороби	Представлена більш розвиненими ніж у II стадії вищеперерахованими синдромами залежності. Психоактивна речовина виконує тонізуючу роль, тільки за допомогою неї досягається підвищення активності організму.

Наслідки вживання летких органічних сполук

Система організму	Гострі ефекти	Хронічні ефекти
ЦНС	Ейфорія, розгальмованість, дезорієнтація, запаморочення, непритомність, головний біль. При високих дозах: потьмарення свідомості, неадекватна оцінка оточуючого, порушення пам'яті, судоми, кома.	Атаксія, дизартрія, когнітивна дисфункція, гіперрефлексія, парестезії, периферична нейропатія, аносмія, психози з галюцинаціями, паранояльне маячення, дифузна нейроатрофія (особливо I і VII пар черепно-мозкових нервів), енцефалопатія, депресія.
Серцево-судинна	Аритмії (включаючи шлуночкові тахікардію/фібриляцію), раптова смерть, викликана швидким підвищенням катехоламінів крові, гіпотензія/рефлекторна тахікардія (при низьких дозах), брадікардія/зменшення серцевого викиду (при високих дозах).	
Очі	Розширення кровоносних судин склери і кон'юнктиви, лакрімація, диплопія.	-
Дихання/ЛОР-органи	Подразнення носоглотки, утруднене шумне дихання, хрипи, пневмонії.	Виразки слизової оболонки, носові кровотечі, неприємний запах з роту, нежить, шум у вухах.
Шкіра	Опіки (термічні і хімічні), дегідратація.	Дерматити.
Кров	Тимчасова панцитопенія, прелекемічний лейкоцитоз.	Лейкемія (найчастіше - гостра мієлобластична), апластична анемія.
Шлунково-кишковий тракт	Слинотеча, нудота і блювання, дифузний біль у животі, блювання кров'ю, підвищення рівня ферментів печінки, гепатит і некроз печінки.	Жирове переродження печінки, цироз.
Система виділення	Ацидоз дистальних каналців, токсична нефропатія	Гломерулопатії, нефролітіаз.
Метаболізм	Дефіцит калію, фосфатів, кальцію, метаболічний ацидоз.	
Скелетно-м'язова система	Рабдоміоліз.	Міопатія (симетрична, охоплює усі м'язові групи).

Фазність при інтоксикації стимуляторами ЦНС
(на прикладі внутрішньовенного введення ефедрону)

Фаза	Основні прояви
Перша фаза	Розвивається швидко, як розлад свідомості: суб'єкт відчуває «прозоріння», спостерігаються явища дереалізації, втрачається здатність до зовнішнього сприйняття. На фоні блаженства виникають зміни пропріочутливості: легкість в тілі, відчуття польоту, короткочасне оглушення.
Друга фаза	Розвивається при пероральному прийомі стимуляторів. Представлена звуженою свідомістю і чисельними соматичними відчуттями. Почуття легкості, здатності до польоту зберігається і деякі сп'янілі намагаються підстрибнувши, злетіти. Із поверхні шкіри, від м'язів, внутрішніх органів, сприймаються різноманітні приємні відчуття. У багатьох виникає відчуття хвиль тепла, які рухаються по тілу і соматичного блаженства в епігастральній ділянці, виникає відчуття росту волосся на голові і суб'єктивно приємного тремтіння. Увага концентрується на чуттєвих переживаннях, оточуюче не сприймається.
Третя фаза	Загострюється сприйняття оточуючого, але об'єм сприйняття звужений. Якість сприйняття характерна для симпатикотонії: воно яскраве, насичене, з фіксацією найдрібніших деталей, які набувають чіткості і контрастності. Фон настрою підвищений, благодушний з відчуттям любові до всього, всіх людей. Сп'янілі переживають прилив сил, потребу у діяльності, зокрема творчій. Вони починають малювати, складати вірші, грати на музичних інструментах, будувати «теорії» в різних галузях науки. Виникає не контрольоване бажання спілкуватись, метушливість і балакучість. У багатослівності помітна швидкість і поверхневність асоціацій, розірваність, персеверації. Часто виникають сінестезії. Різко зростають лібідо і потенція, сексуальна чуттєвість.
Четверта фаза	Фаза виходу. Починається з відновлення об'єму свідомості і його звичайного рівня ясності. Ейфорія, благодушність знижуються, іноді змінюючись пригніченістю, роздратованістю, бажанням залишитись наодинці. Поріг сприйняття залишається низьким, але враження не викликають задоволення, здаються надмірними. Спостерігається гіперестезія майже всіх органів чуття, особливо важко переноситься гіперакузія і світлобоязнь, більш виражена при денному світлі. Виникають сенестопатії у вигляді нечітких неприємних відчуттів у різних частинах тіла, «повзання мурашок», пропасниця, тремор, посмикування м'язів. Може настати поверхневий сон. Відмічаються спустошеність, млявість, сонливість без засинання.

Фазність інтоксикації снодійними речовинами

Фаза	Основні прояви
Перша фаза	Виникає одразу після введення препарату. Проявляється у вигляді раушнаркозу: миттєве відчуття потемніння в очах, можливі акозми і фотопсії (яскраві плями, кола). Ці відчуття є суб'єктивно приємними. Виникає розширення зіниць, гіперемія верхньої частини тулуба і слизових оболонок, різка м'язова слабкість. Оточуюче не сприймається, про себе хворий в такий момент каже, що він «відключився». Триває ця фаза - декілька секунд.
Друга фаза	Характеризується відчуттям безпричинної ейфорії, бажанням рухатися, діяти. Хворий знаходиться у постійному хаотичному русі. Якість осмислення і суджень зменшується. Увага вкрай відволікаєма, предмет діяльності і тематика мови постійно змінюються, емоційний фон нестійкий. Сп'янілий легко дратується і веселість швидко переходить у гнів, сприйняття оточуючого перекручується, стає кататимним. У такому стані людина може чіплятись до оточуючих з обіймами або агресивними намірами. Психічні дисфункції супроводжуються грубими неврологічними порушеннями: латеральним ністагмом, диплопією, дизартрією, дисметрією, порушенням координації, узгодженості рухів, нестійкістю ходи, зниженням рефлексів. Рухи розмашисті, зіниці розширюються, реакції їх мляві, спостерігається гіперсаливація, склери і шкіра обличчя мають сальний відлив, на язиці - коричневий наліт. Частота пульсу, АТ і температура тіла знижуються. Тривалість даної фази - 2-3 години.
Третя фаза	Спостерігається глибокий тяжкий сон, під час якого сп'янілого важко розбудити. Зберігається збліднення шкіри, брадикардія і гіпотензія. Відзначається млявість м'язів, кінцівки важкі і розслаблені. Тривалість сну - 3-4 години.
Четверта фаза	Виникає після пробудження. Спостерігається млявість, почуття розбитості, неможливість зосередитися, горизонтальний ністагм у крайніх відведеннях, зниження сухожильних рефлексів. Також відзначається м'язова слабкість, іноді тремор, головний біль, часто нудота і блювання. Апетит відсутній, але буває і підвищена спрага. При вживанні води виникає відчуття сп'яніння: запаморочення, підвищення настрою, зростання активності.

Додаток 8

Фазність абстинентного синдрому при вживанні канабіноїдів

Фази	Основні клінічні прояви
Перша фаза	Зіниці розширені, позіхання, пропасниця, млявість, м'язова слабкість, неспокій, дисфорія, порушення сну і апетиту. Розвивається через 4-5 годин після паління.
Друга фаза	Наростає загальне вегетативне збудження. М'язи напружені, з'являється тремор, гіперрефлексія, можливе посмикування окремих м'язових пучків. Підвищуються артеріальний тиск, спостерігається почастишання пульсу, дихання. З'являється наприкінці першої доби відмови від вживання наркотику.
Третя фаза	З'являються сенестопатичні скарги, прояви, характерні для гашишизму. Хворі відчують стиснення у грудях, утруднення дихання, стенокардію, відчуття стиснення в ділянці голови, особливо у скронях. На шкірі і під нею з'являється відчуття свербіння, поколювання, повзання. Хворий правильно оцінює причину обманів сприйняття. Компульсивний потяг може досягати найбільшої інтенсивності. При неускладненій абстиненції розвивається астенична депресія, при появі ознак тривожного неспокою можлива загроза розвитку абстинентного психозу на 3-5 добу утримання від наркотику.

Додаток 9

Напрямки лікування нікотинової залежності

Компонент залежності	Клінічне значення	Підхід до лікування
Звичка (паління, як щогодинна діяльність)	Дії і стимули, пов'язані з палінням продукують сильне бажання. Людина запалює цигарку під час дій, що звичайно супроводжуються палінням (розмова по телефону, керування автомобілем, тощо)	1. Попередження, зміна і запобігання дій, що були пов'язані з палінням. 2. Вироблення свідомої поведінки з метою зниження бажання, потреби в палінні. 3. Вироблення замісної звички, наприклад, використання жуйки, зубочистки, питної води.

Вдоволення (паління для досягнення почуття комфорту)	Паління після вживання їжі посилює задоволення. Близько 25% рецидивів виникають, коли палій знаходиться у доброму гуморі.	1.Пошук і використання альтернативних варіантів отримання задоволення (фізичні вправи, хоббі). 2.Здатність передбачати і (або) готуватися до ситуації, під час виникнення якої існує велика імовірність паління (вечір компанії, тощо).
Самолікування (паління для запобігання негативних реакцій і фізіологічних симптомів)	Сильне бажання запалити може виникнути через синдром відміни або стресорні агенти, ефект яких швидко зникає при палінні. Збільшення маси тіла (одина з складових синдрому відміни) є причиною рецидиву (особливо у жінок). Близько 65% рецидивів паління виникають в неприємних для пацієнта життєвих ситуаціях.	1.Фармакологічна заміна нікотину для зниження виразності абстиненції і стресорних реакцій. 2.Попередження стресових ситуацій. 3.Правильне вживання їжі і заняття спортом можуть тамувати негативні фізичні відчуття і збільшення маси тіла. 4.Спроможність свідомого використання поведінкових методів запобігання негативних емоцій (розслаблення, самонавіювання, звертання за підтримкою).

Додаток 10

Орієнтовний перелік діагностичного інструментарію для дослідження залежних форм поведінки Методики діагностики хімічних адикцій

- 1.Тест Фагестрома на визначення ніотинової залежності.
- 2.Анкета Д.Хорна на визначення типу курильної поведінки.
- 3.Мічиганський скринінг тест алкоголізму (MAST).
4. Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).
5. Скринуюча методика для виявлення алкоголізму (СМА, В.І.Полтавець).
- 6.Опитувальник схильності до відхиленої поведінки (А.Н.Орел).
- 7.Тест на діагностику хімічної залежності RAFFT.
8. Опитувальник для виявлення ранніх ознак алкоголізму (К.К.Яхін, В.Д.Менделевич).
- 9.Тест «Схильність до залежної поведінки» В.Д.Менделевич.

Методики діагностики нехімічних адикцій

- 1.Тест на виявлення ігрової залежності (спілка анонімних гемблерів).
- 2.Тест Такера на виявлення ігрової залежності.

3. Тест на виявлення любовних адикцій (спілка анонімних любовних адиктів).
4. Тест Карнеса на виявлення сексуальної адикції (CARNES, 1989).
5. Тест Кіллінджер на виявлення працеголізму (Б.Кіллінджер, 1992).
6. Тест на інтернет-залежність (С.А.Кулаков, 2004).
7. Тест на дитячу інтернет-залежність (С.А.Кулаков, 2004).
8. Тест на інтернет-адикцію (Т.А.Нікітіна, А.Ю.Єгорова).
9. Опитувальник Кімберлі Янг на інтернет-адикцію.
10. Тест на виявлення адикції стосунків (болтоголізм).

Методики дослідження індивідуально-типологічних та особистісних особливостей

1. Модифікований опитувальник для ідентифікації типів акцентуації характеру (МПДО) С.І.Подмазіна.
2. Торонтська шкала алекситимії.
3. Опитувальник «Рівень суб'єктивного контролю» Є. Ф. Бажин, Є. А. Голинкіна, Л. М. Еткінд.
4. Індивідуально-типологічний опитувальник (ІТО, Л.Н.Собчик).
5. Методика діагностики самооцінки психічних станів (по Г.Айзенку).
6. Госпітальний опитувальник тривоги і депресії.
7. Шкала Цунга для сомооцінки депресії.
8. Шкала Цунга для самооцінки тривоги.
9. Методика самооцінки психічного стану (САН) – самопочуття, активність, настрої.
10. Багатофакторний особистісний опитувальник FPI.

Методики дослідження рівня соціальної адаптації

1. Опитувальник якості життя SF-36.
2. Шкала соціальної реадaptaції по Холмсу і Райху.
3. Методика для оцінки рівня розвитку адаптаційних можливостей особистості (А.Г.Маклакова, С.В.Чермяніна).
4. Шкала соціально-психологічної адаптованості К.Роджерса в адаптації А.К.Осицького.

