

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

бакалавра

на тему: **«СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНА КОРЕКЦІЯ АДИКТИВНОЇ  
ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ»**

Виконала: студентка 5 курсу, групи 6.2319-сп-з  
спеціальності 231 «Соціальна робота»  
освітньої програми «Соціальна педагогіка»  
О. А. Чайка

Керівник: кандидат педагогічних наук,  
професор, завідувач кафедри соціальної  
педагогіки та спеціальної освіти Н. В. Заверико

Рецензент: \_\_\_\_\_

---

(посада, вчене звання, науковий ступінь, ініціали, прізвище)

Запоріжжя  
2024

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 73 с., 3 рисунки, 53 джерела.

Мета дослідження: теоретичне обґрунтування та розробка змісту, методів та форм соціально-педагогічної корекції адиктивної поведінки у молоді.

Об'єкт дослідження – адиктивна поведінка у молоді.

Предмет дослідження – зміст, методи та форми соціально-педагогічної корекції адиктивної поведінки у молоді.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення наукових джерел; спостереження.

Теоретичне значення: глибоко досліджено та обґрунтовано поняття адиктивної поведінки у молоді. Проаналізовано типи адиктивної поведінки, їх основні характеристики, а також чинники, що сприяють формуванню таких видів поведінки. Дослідження допомагає зрозуміти сутність та механізми виникнення адиктивних тенденцій, що важливо для розробки ефективних стратегій корекції та профілактики.

Практичне значення: кваліфікаційна робота містить детальний опис програм та підходів, які можуть бути використані в освітніх та соціальних установах для роботи з молоддю, схильною до адиктивної поведінки. Також пропонуються конкретні рекомендації щодо системного та індивідуалізованого підходу до корекційної роботи, підкреслюючи важливість інтеграції зусиль різних соціальних суб'єктів.

Галузь використання: заклади освіти; соціальні служби; організації, що працюють у сфері профілактики та лікування залежностей.

АДИКТИВНА ПОВЕДІНКА, ЗАЛЕЖНІСТЬ, МОЛОДЬ, ХІМІЧНІ АДИКЦІЇ, НЕХІМІЧНІ АДИКЦІЇ, ПРОМІЖНІ АДИКЦІЇ, КОРЕКЦІЯ

## SUMMARY

### **Chaika O. O. Socio-pedagogical correction of addictive behaviour of young people**

The qualification work consists of an introduction, 2 parts, findings, a list of references (53 items, 8 of foreign origin).

Nowadays, such negative phenomena as deviant behaviour, bullying, cyberbullying, violence, and various types of addictions are common. In particular, the addictive behaviour of young people today remains a relevant direction of the social pedagogue, because addictive behaviour negatively affects the physical and mental health, emotional state, social life, and financial condition of young people. It also has a negative impact on society: it increases the burden on the health care system, reduces labour productivity, and increases the crime rate.

The research purpose: theoretical reasoning and development of the content, methods and forms of socio-pedagogical correction of addictive behaviour of young people.

The research tasks:

1) to reveal the concepts, main characteristics and types of addictive behaviour of young people;

2) on the basis of a scientific analysis of the literature, describe the peculiarities of the manifestation of chemical, behavioural and intermediate types of addiction of young people;

3) consider approaches to correction of addictive behaviour of young people, its content, forms and methods;

4) describe programs for the correction of addictive behaviour that exist in Ukraine and abroad.

The research object of the qualifying work is the addictive behaviour of young people.

The research subject: content, methods and forms of socio-pedagogical

correction of addictive behaviour of young people.

The part 1 “Theoretical foundations of addictive behaviour of young people” determines the notion, main characteristics and types of addictive behaviour, chemical addictions as a type of addictive behaviour, behavioural addictions, intermediate addictions of young people.

The part 2 “Content and directions of socio-pedagogical correction of addictive behaviour of young people” considers socio-pedagogical correction of addictive behaviour; concept, structure and directions of work with youth are highlighted; characteristics of addictive behaviour correction programs are given.

**Keywords:** addictive behaviour, chemical addictions, behavioural addictions, socio-pedagogical correction, intermediate addictions, youth, young people.

## ЗМІСТ

Вступ.....	8
Розділ 1. Теоретичні основи адиктивної поведінки у молоді.....	11
1.1. Поняття, основна характеристика та типи адиктивної поведінки.....	11
1.2. Хімічні адикції як різновид адиктивної поведінки.....	21
1.3. Поведінкові адикції у молоді.....	30
1.4. Проміжні адикції.....	39
Висновки до першого розділу.....	42
Розділ 2. Зміст та напрями соціально-педагогічної корекції адиктивної поведінки у молоді.....	44
2.1. Соціально-педагогічна корекція адиктивної поведінки: поняття, структура та напрями роботи з молоддю.....	44
2.2. Характеристика програм з корекції адиктивної поведінки.....	56
Висновки до другого розділу.....	70
Висновки.....	72
Список використаних джерел.....	74

## ВСТУП

Молодь є важливою складовою сучасного українського суспільства, носієм інтелектуального потенціалу, визначальним фактором соціально-економічного прогресу. З перших років незалежності України молодіжна політика стала одним з найважливіших напрямів діяльності органів державної влади.

15 грудня 1992 року Верховна Рада України прийняла Декларацію «Про загальні засади державної молодіжної політики в Україні», а 5 лютого 1993 року Закон України «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні», яким визначаються загальні засади створення організаційних, соціально-економічних, політико-правових умов соціального становлення та розвитку молоді, основні напрями реалізації державної молодіжної політики в Україні. Відповідно до статті 1 вищезгаданого Закону, молодь – молоді громадяни віком від 14 до 35 років [29].

В сьогоденні поширені такі негативні явища як девіантна поведінка, булінг, кібербулінг, насилля, різні види адикцій. Зокрема, адиктивна поведінка молоді сьогодні залишається актуальним напрямом соціального педагога, тому що адиктивна поведінка негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я, емоційний стан, соціальне життя, фінансовий стан молоді. А також негативно впливає на суспільство: збільшує навантаження на систему охорони здоров'я, знижує продуктивність праці, підвищує рівень злочинності.

Цими проблемами переймалися різні науковці. Профілактикою та корекцією адиктивної поведінки: Н. Заверико, А. Капська, В. Оржеховська, Т. Федоренко та ін. Проблемою корекції та профілактики інтернет-залежності: С. Берштейн, І. Голдберг, М. Смітко та ін. Комп'ютерними адикціями підлітків: Т. Більбот, М. Сергєєва, Л. Юр'єва та ін.

В Україні з 1995 року на регулярній основі здійснюється опитування учнівської молоді в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування

учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин – ESPAD», яке проводиться за підтримки Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності (м. Лісабон, Португалія).

Опитування проводиться кожні 4 роки, та охоплює учнівську молодь у віці 14-17 років. У 2019 році в Україні відбулася сьома хвиля опитування, яка охопила 8 509 респондентів (4 108 хлопців та 4 401 дівчат), які є учнями сільських та міських закладів загальної середньої освіти, закладів професійної технічної освіти.

За результатами проведеного у 2019 році опитування спостерігається стійка тенденція до зменшення куріння серед підлітків. У 2003 році досвід куріння мали 70% опитуваних, а в 2019 цей показник склав – 50%. У той же час збільшився доступ до алкоголю – більша половина опитаних відзначили, що легко можуть дістати пиво, вино або слабоалкогольні напої. Переважна більшість (85,7%) опитаних підлітків має досвід вживання алкоголю, та кожен п'ятий (22,5%) підліток зазначив, що п'є алкогольні напої майже щотижня.

Частка підлітків, які вживали хоча б один раз в житті які-небудь наркотичні речовини, склала 18%, а серед дівчат зросла в 1,5 рази у порівнянні з 2015 роком (з 12,7% у 2015 році до 18,1% у 2019 році). 8,7% підлітків вживали марихуану, а 9,2% – вживали інгалянти, вживання двох і більше наркотичних речовин серед усіх опитаних склала 4,2%.

У 2021 році виявлено незначне зростання вживання опіоїдів – 42 711 осіб на кінець 2021 року проти 41 095 осіб на кінець 2020 року (3,8%); канабіноїдів – 4 811 осіб (на кінець 2021 року) проти 4 735 осіб на кінець 2020 року (1,6%) та вживання кількох речовин – 16 633 особи (на кінець 2021 року) проти 16 096 осіб на кінець 2020 року (3,2%) [13].

Незважаючи на достатнє розкриття даної проблеми в наукових джерелах, дана тема залишається актуальною, особливо для практиків соціальної сфери. Тому ми обрали тему нашої кваліфікаційної роботи «Соціально-педагогічна корекція адиктивної поведінки у молоді».

Об'єкт дослідження – адиктивна поведінка у молоді.

Предмет дослідження – зміст, методи та форми соціально-педагогічної корекції адиктивної поведінки у молоді.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці змісту, методів та форм соціально-педагогічної корекції адиктивної поведінки у молоді.

Завдання:

1. Розкрити поняття, основні характеристики та типи адиктивної поведінки у молоді.
2. На основі наукового аналізу літератури описати особливості прояву хімічних, поведінкових і проміжних видів залежності у молоді.
3. Розглянути підходи до корекції адиктивної поведінки у молоді, її зміст, форми та методи.
4. Описати програми з корекції адиктивної поведінки, які існують в Україні та за кордоном.



## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

#### 1.1. Поняття, основна характеристика та типи адиктивної поведінки

Для визначення напрямків соціально-педагогічної корекції адиктивної поведінки у молоді нам необхідно розібратися з поняттям та сутністю адиктивної поведінки як явищем.

Адиктивна поведінка – одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою приймання деяких речовин чи постійної фіксації уваги на певних предметах або активностях (видах діяльності) [11].

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 постійній 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 [16].

Адиктивну поведінку неповнолітніх визначають ще як поведінку, яка передуює формуванню патологічної залежності від наркотичних речовин. При цій формі поведінки негативна пристрасть людини до хімічних речовин ще не досягла стадій психічної та фізичної залежностей, тобто захворювання на наркоманію, алкоголізм та токсикоманію [4, с. 142].

З духовної точки зору [41], адикція – це сильне і тривале прагнення, яке через егоїстичне спрямування еросу руйнує гармонію духовного буття та пригнічує свободу особистості. Адикція (пристрасть, залежність) завжди є проявом егоїзму. Будь-яка пристрасть має таку загальну картину виникнення і

відтворення: вторгнення у духовне життя особистості певного феномену, пов'язаного з тим чи іншим об'єктом і відповідним станом, повернення до нього в уяві, звернення до об'єкта, повторне переживання подібного духовного стану, знову уява. Слід наголосити, що не дисфункція волі (бажання), а саме дисфункція еросу лежить в основі будь-якої адикції. А уява та інтелектуальна діяльність (що ґрунтується на оцінюванні) створюють центр тяжіння еросу. Отже, якщо пристрасть не підсилюється уявою, вона втрачає свою силу. Це має практичне значення для боротьби з різними видами адикції. Дисфункція еросу як прояву свободи особистості тягне за собою дисфункцію інших проявів свободи, волі й оцінювання.

Оскільки такий прояв егоїзму, як адикція, не лише перешкоджає проникненню в духовне буття особистості буття іншого, виникненню нових духовних феноменів, а й сприяє пригніченню усіх подій духовного буття, то відбувається не лише гальмування розвитку особистості, а її деградація, тобто збіднення буття. Також при адикції завжди маємо справу не лише з егоїстичним спрямуванням еросу, а з дисфункцією усіх проявів свободи (волі, еросу, оцінювання), їхнім хибним функціонуванням: недосконалії оцінці, неналежному спрямуванні еросу, бажанні неналежного, втраті ними мотиваційної потужності. дисфункція одного з проявів свободи тягне за собою дисфункцію інших. Перше знайомство з об'єктом пристрасті відбувається незалежно від свободи особистості, а подальша реакція на нього є проявами свободи. Таким чином, руйнація особистості є наслідком дії її свободи. І особистість несе моральну відповідальність за саморуйнацію [41].

Адиктивна поведінка пов'язана зі зловживанням чимось або кимось з метою саморегуляції свого настрою. Говорячі про фактори залежної поведінки, слід підкреслити, що в її основі лежать природні потреби людини. Схильність до залежності в цілому є універсальною особливістю людини. За певних умов, однак, деякі нейтральні об'єкти перетворюються на життєво важливі для особистості, а потреба в них посилюється до неконтрольованого стану. Рівень тяжкості адиктивної поведінки може бути різноманітним: від практично

нормальної поведінки до важких форм біологічної залежності, які супроводжуються вираженою соматичною та психічною патологією. У зв'язку з цим є потреба розрізняти адиктивну поведінку і шкідливі звички, які не досягають ступеня залежності й не становлять психологічної загрози. Вибір особистістю конкретного об'єкта залежності частково визначається його специфічною дією на організм людини. Як правило, люди відрізняються індивідуальною схильністю до тих чи інших об'єктів адикції [11].

- хімічні адикції (вживання та вдихання психоактивних речовин: тютюну, алкоголю, наркотиків, медичних препаратів, речовин побутової хімії).

- нехімічні адикції (поведікові): патологічна схильність до азартних ігор (гемблінг), комп'ютерна адикція, трудовоголізм.);

- проміжні форми адикції (біохімічні): анорексія – відмова від їжі, булімія – прагнення до постійного споживання їжі).

Фахівці з адиктивної поведінки людини дотримуються думки, що психологічний процес формування залежності від об'єкта адикції має три етапи [19]. У різних дослідників назви цих етапів дещо відрізняються, але переважають такі: етап готовності до першої проби; етап експериментування або навчання; етап сформованої залежності. Найвищу виховну цінність мають знання про сутність перших двох етапів, бо на їхній основі доцільно розробляти пропагандистські заходи, метою яких буде зменшення кількості молоді з адиктивною поведінкою [15].

Характерно, що для тривалості епізодів психологічного процесу формування залежності визначені орієнтовні часові рамки. Зокрема для двох перших етапів встановлені такі орієнтири: для паління тютюну – по 10 років; для вживання алкогольних напоїв – по 2–3 роки; для вживання наркотиків перший етап 2–3 роки, але другий всього декілька місяців [15].

О. Змановська виділяє загальні ознаки адиктивної поведінки:

1. Наявність постійного імпульсивного ненасичуваного, нездоланного потягу до зміни психофізичного стану, якому індивід не в змозі протистояти.

2. Процесуальний та циклічний характер адикції, яка має свій початок,

індивідуальний перебіг і завершення та проходить через певні фази:

- наявність внутрішньої готовності до адиктивної поведінки;
- посилення бажання і напруження;
- очікування і активний пошук об'єкту адикції;
- одержання об'єкта і досягнення специфічних переживань;
- розслаблення;
- фаза ремісії, після якої все починається спочатку.

3. Результатом адикції виступає трансформація особистості та соціальна дезадаптація. Особа поступово втрачає колишні інтереси та соціальні зв'язки, здійснюється перебудова ієрархії її цінностей, все сприймається та оцінюється нею через призму адиктивної потреби. Остання набуває адцінного емоційного забарвлення, стає метою існування. Життєвий простір звужується до ситуації одержання об'єкта. Все інше – колишні моральні цінності, інтереси, взаємини – втрачають значущість. Залежність настільки домінує, що індивід здатен подолати будь-які перешкоди. Спостерігається зниження критичності, людина виправдовує свою поведінку, знаходить причини, які перешкоджають їй відмовитись від предмету залежності. Характерною ознакою адиктивної поведінки є анозогнозія – заперечення хвороби, небажання визнати наявності залежності. З'являється недовіра до людей (до родичів, друзів, до спеціалістів, які можуть надати допомогу), які намагаються надати допомогу. Людина вдається до брехні. Посилюється агресивно-захисна поведінка, наростають ознаки соціальної дезадаптації

Особливості поведінки молодих людей-адиктів в міжособистісних відносинах:

1. Знижена переносимість труднощів, яка обумовлюється наявністю гедоністичної установки (прагненням до негайного отримання задоволення). Якщо бажання адиктів не задовольняються, вони реагують або спалахами негативних емоцій, або відходом від проблем.

2. Підвищена уразливість і підозрілість, які у свою чергу спричиняють часті конфлікти.

3. Поверхневий характер соціабельності та її обмеженість у часі поєднується з загостреним прагненням справити на оточуючих позитивне враження. Адикти – одноманітні люди в повсякденному житті, вони не здатні до глибоких емоційних відносин.

4. Адикти часто не стримують своїх обіцянок, відрізняються необов'язковістю, недотриманням договорів, прагненням говорити неправду.

5. Прагнення до звинувачування.

6. Відхід від відповідальності в прийнятті рішень і звалювання її на інших, пошук виправдувальних аргументів у потрібний момент.

7. Стереотипність, повторюваність поведінки.

8. Підпорядкування впливу інших людей з адиктивною спрямованістю, Іноді спостерігається пасивність, відсутність самостійності, прагнення до отримання підтримки.

9. Тривожність, яка тісно пов'язана з комплексом неповноцінності, залежності. Особливість полягає в тому, що у кризових ситуаціях тривожність може відступати на другий план, у той час як у звичайному житті вона може виникати без видимих причин або обставин, які не є дійсним приводом для переживань [11].

Передбачуваність, заданість власної долі – дратуючий момент адиктивної особистості. Кризові ситуації з їх непередбачуваністю, ризиком і вираженими афектами є для них тим ґрунтом, на якому вони набувають впевненості у собі, самоповаги, відчуття переваги над іншими. Відзначається феномен «спраги гострих відчуттів» (В. Петровський).

Е. Берн виділив шість типів голоду, які є в людини:

- за сенсорною стимуляцією;
- за визнанням;
- за контактом і фізичним прогладжуванням;
- сексуальний;
- структурний, або за структуруванням часу;
- за інцидентами [27, с. 70].

У людей, що схильні до адиктивних форм поведінки, спостерігається посилення певних типів поведінки. Вони не можуть знайти задоволення голоду в реальному житті та прагнуть зняти незадоволення і дискомфорт загостренням активності, зміни побутових умов і пошуку нових інтенсивних вражень. Ця активність часто полягає у перевантаженні сенсорної стимуляції, звертанні уваги на яскраві зовнішні подразники, намаганні досягти визнання неординарними вчинками (в тому числі сексуальними), наповнити час подіями.

Разом із тим, об'єктивно і суб'єктивно погана переносимість труднощів повсякденного життя, постійні докори в непристосованості і відсутності життєлюбства з боку близьких та оточуючих формують у адиктивних осіб прихований «комплекс неповноцінності». Вони страждають від того, що відрізняються від інших, від того, що не здатні «жити, як люди».

Проте такий тимчасово виникаючий «комплекс неповноцінності» обертається гіперкомпенсаторною реакцією: від заниженої самооцінки індивіди переходять відразу до завищеної, міняючи адекватну. Поява почуття переваги над оточуючими виконує функцію психологічного захисту, сприяючи підтримці самоповаги в несприятливих мікросоціальних умовах – умовах конфронтації особи з сім'єю або колективом. Почуття переваги засновується на порівнянні «сірого обивательського болота», в якому знаходяться оточуючі, зі «справжнім, вільним від зобов'язань життям» адиктивної людини.

Враховуючи той факт, що тиск на таких людей з боку соціуму виявляється достатньо інтенсивним, адиктивним особам доводиться підстроюватися під норми суспільства, грати роль «свого серед чужих». Внаслідок цього вони навчаються формально виконувати ті соціальні ролі, які йому нав'язуються суспільством (зразкового сина, чемного співбесідника, добродішного колеги). Зовнішня соціабельність, легкість налагодження контактів супроводжується маніпулятивною поведінкою і поверхневостю емоційних зв'язків. Така людина страшисться стійких і тривалих емоційних контактів внаслідок швидкої втрати інтересу до однієї і тієї ж людини або виду діяльності і побоювання приписування відповідальності за яку-небудь справу.

Адиктивна особистість намагається уникнути зіткнення з реальністю шляхом зосередження на одному конкретному аспекті життя, ігноруючи інші аспекти.

Н. Пезешкіан виділяє чотири види «втечі» від реальності:

- «втеча в тіло» – переорієнтація на діяльність, спрямовану лише на власне фізичне чи психічне удосконалення; гіперкомпенсаторним стає захоплення оздоровчими заходами («параноя здоров'я»), сексуальними взаємодіями, власною зовнішністю, якістю відпочинку і способами розслаблення;

- «втеча в роботу» – дисгармонійна фіксація на службових справах;

- «втеча в контакти чи самотність» – спілкування стає або єдино бажаним способом задоволення потреб, заміщуючи інші, або кількість контактів зводиться до мінімуму;

- «втеча в фантазії» – схильність до роздумів і відсутність бажання щось утілювати в життя [27, с. 71].

Втечу від реальності у літературі часто називають ескапізмом (з англ. escape – втеча; втекти, врятуватись).

Деякі дослідники визначають ескапізм як добровільну самотність та відмову від участі у соціальному житті. Вивчаючи ескапізм з цієї точки зору, віртуальна реальність є основним фактором, що спотворює ставлення людини до дійсності, оскільки вона починає підміняти реальний світ. Через доступність та легкість віртуальної комунікації інтерес та бажання підтримувати якісну інтеракцію в реальному світі падає та веде до добровільної ізоляції.

Сучасність привнесла в наше життя абсолютно нові способи уникнення реальності. У людей ще не виробилося чітке ставлення до них, і відрізнити їхню відмінність від нормальної поведінки іноді теж є великою проблемою. Гаджет-залежність, ургентна залежність, ігрова залежність, шопоголізм, речизм, інтернет-залежність і це не повний список адикцій, які останнім часом стають все більш поширеними. Зазначимо, що всі вищезгадані залежності поведінкові та нехімічні. За кордоном поведінкові адикції активно вивчаються,

і зокрема Isaac Marks [50] запропонував такі критерії, що дозволяють виділити поведінкову адикцію:

- спонукання до контрпродуктивної поведінкової діяльності;
- наростаюча напруга, доки діяльність не буде завершена;
- завершення цієї діяльності негайно, але ненадовго знімає напругу;
- повторна тяга та напруга через години, дні або тижні;
- зовнішні прояви унікальні для даного синдрому адикції;
- подальше існування визначається зовнішніми та внутрішніми проявами (дисфорія, туга);
- гедоністичний відтінок на ранніх стадіях адикції.

П. Карнес [48] майже 30 років тому виділив десять ознак, які він назвав «знаками адикції»:

- 1) патерн неконтрольованої поведінки;
- 2) серйозні наслідки через подібну поведінку;
- 3) нездатність припинити подібну поведінку, незважаючи на негативні наслідки;
- 4) стійке продовження саморуйнівної або ризикованої поведінки;
- 5) мається бажання або зусилля обмежити таку поведінку;
- 6) використання поведінки в якості копінг-стратегії;
- 7) зростаюча інтенсивність такої поведінки, оскільки та, що мається на даний момент, є недостатньою;
- 8) серйозні зміни настрою, пов'язані з поведінкою;
- 9) непомірна кількість часу віддається цій поведінці і спробам позбавитися від неї;
- 10) важлива соціальна, професійна та рекреаційна діяльність приносяться в жертву або скорочуються через цю поведінку.

На сьогоднішній день найбільш поширені серед професіоналів універсальні критерії адиктивної поведінки Брауна-Гріффітса:

- надцінність певної поведінки;
- зміна настрою, пов'язані з цією поведінкою;



- симптоми відміни; конфлікти із самим собою та оточуючими;
- рецидиви, зростання толерантності.

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 неблагоустрій, 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 поступаючі 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.) [37, с. 14-15].

Т. Роббінс і Л. Кларк [52] підтверджували, що хімічні і поведінкові залежності мають ряд загальних психо-біологічних механізмів і, відповідно, можуть відповідати на схожі види терапевтичного втручання.

## **1.2. Хімічні адикції як різновид адиктивної поведінки**

Розповсюдженість у студентському середовищі таких поведінкових чинників ризику як тютюнопаління, зловживання алкоголем та наркотичними засобами вивчали О. Касіян, С. Матисік та ін. Характер сприйняття ризиків тютюнопаління українською молоддю досліджували О. Балакірева, Д. Павлова, О. Левцун та ін. Закономірності формування залежності від нікотину жінок-курців розкриті в роботі А. Бедзай, О. Щербини та ін. Процес формування залежності у старшокласників-курців був предметом дослідження В. Крамченкової. Розв'язання проблем забезпечення особистої безпеки від шкідливих звичок та формування інтересу до неї у студентів висвітлювалося в дослідженнях А. Іванчука, Т. Зузяк, О. Марущак, В. Глуханюка та ін. Проблему адаптації описів механізмів метаболізму нікотину, алкоголю, опіатів та опіоїдів до змісту безпеки життєдіяльності розкрили А. Ткачук, О. Гуцалюк, О. Барно та ін. Науковці з різних країн світу, наприклад, Ю. Рахмаваті, Е. Ердаваті, А. Рідван та ін. консолідовані в переконанні щодо необхідності формування в студентів компетентностей, які дозволять їм вирішувати проблеми повсякденного життя [15, с. 112].

Результати опитування учнівської молоді в рамках міжнародного проекту «Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших

наркотичних речовин – ESPAD» 2019 року демонструють, що доступ до алкоголю збільшився – більша половина опитуваних відзначили, що легко можуть дістати пиво, вино або слабоалкогольні напої.

Переважна більшість (85,7%) опитаних підлітків має досвід вживання алкоголю (82,7% серед хлопців та 88,4% серед дівчат).

Майже половина (46,3%) респондентів мають «значний» досвід вживання алкоголю – пили алкогольні напої десять разів і більше.

У десять років або раніше вперше спробували алкоголь 13,4% опитаних.

Протягом останніх 30 днів принаймні один раз вживала алкоголь майже половина (46,5%) опитаних. Кожен п'ятий (22,5%) підліток вживав алкоголь більш ніж три рази протягом останніх 30 днів.

Кожен п'ятий підліток уперше відчував стан значного алкогольного сп'яніння у віці 14 років або раніше (21,2% серед хлопців та 20,3% серед дівчат).

З огляду на випадки вживання упродовж останнього місяця, найбільшою популярністю у підлітків користуються, насамперед, вино та слабоалкогольні напої.

Більш ніж чверть респондентів (28,3%) повідомили, що вживали алкоголь тиждень тому або раніше. Дівчата під час останнього вживання алкоголю найчастіше пили вино (37,5%) та шампанське (31,7%). Хлопці порівняно частіше вживали пиво – про це зазначили 28,1% респондентів.

Майже половина (45,0%) опитаних підлітків принаймні один раз у житті відчували стан алкогольного сп'яніння, третина (31,1%) – упродовж останнього року, а 12,8% респондентів – за останній місяць [13].

Кількість дівчат, які вживали алкогольні напої впродовж року та впродовж останнього місяця, більше, ніж хлопців. Про недавнє вживання алкоголю (тиждень тому або раніше) частіше повідомляли дівчата, ніж хлопці.

Вино й шампанське користується більшою популярністю серед дівчат, ніж серед хлопців. Пиво – найбільш популярний алкогольний напій серед хлопців.

Можна виділити чотири групи актуальних причин (мотивів) вживання алкогольних напоїв:

- для покращення настрою – 39,4% (36,5% серед хлопців та 42,2% серед дівчат);
- вирішення внутрішніх проблем – 26,8% (23,4% серед хлопців та 30,1% серед дівчат);
- «отримання кайфу» – 17,3% (16,7% серед хлопців та 17,9% серед дівчат);
- для схвалення іншими – 12,5% (13,5% серед хлопців та 11,5% серед дівчат).

За даними Центру медичної статистики МОЗ (Форма № 32 «Звіт щодо осіб, які мають розлади психіки через уживання ПАР, за 2021 рік») на 01.01.2022 року з діагнозом «Розлади психіки та поведінки через уживання алкоголю» в диспансерній групі перебувало 4 особи віком до 17 років та в профілактичній групі – 433 особи віком до 17 років, з них з вперше виявленим діагнозом – 2 особи в диспансерній групі, 264 – в профілактичній групі [13].

Існує кілька визначень алкоголізму. З медичної точки зору алкоголізм – це хронічне захворювання, що характеризується нестерпною пристрастю до спиртних напоїв. З соціальних позицій алкоголізм – це форма девіантної поведінки, що характеризується патологічним прагненням до спиртного і наступною соціальною деградацією особистості.

Початкова стадія розвитку алкоголізму, яка відрізняється особливим хворобливим станом людини, що розвивається в результаті надмірного і систематичного споживання спиртних напоїв, називається пияцтвом. Особливістю пияцтва та алкоголізму як форм відхиляючоїся поведінки є те, що ці явища передбачають пов'язані з ними інші соціальні відхилення: злочинність, правопорушення, соціальний паразитизм, аморальну поведінку, самогубства [14, с. 227-228].

В розвитку алкоголізму виділяють початкову (неврастенічну), середню і кінцеву (енцефалопатичну) стадії. Кожна з цих стадій має свої характерні

ознаки і закономірності перебігу.

На першій стадії алкоголізму зникає захисний блювотний рефлекс, змінюється чутливість до алкоголю, формується неврастенічний синдром з початковими проявами розладів у психічній сфері. У значної частини людей виникають шлунково-кишкові розлади. Одночасно знижується контроль за кількістю випитих спиртних напоїв.

На другій стадії алкоголізму симптоми загострюються, стають більш грубими, з'являється абстинентний синдром, виникають нові форми психопатичної поведінки, прогресують різні захворювання внутрішніх органів (гастрит, гепатит) та систем (серцево-судинної, дихальної, видільної тощо), втрачається інтерес до своєї особистості, до власної сім'ї, виникають психози.

Третя стадія алкоголізму характеризується посиленням психічного та фізичного потягу до алкоголю, прогресує руйнація особистості з помітними змінами інтелектуальних функцій (недоумкуватість), відзначаються помітні незворотні зміни в окремих органах та системах – цироз печінки, серцево-судинна недостатність, психози тощо [33, с. 21-22].

У однієї людини початкова стадія може настати через 4-5 років, у іншої – через 7-8.

Вживання спиртних напоїв почалося понад вісім тисяч років тому. Відкриття етилового спирту – продукту бродіння різних рослинних речовин – арабським хіміком і лікарем Альбу-Казисом Коза, призвело до поширення та вживання цієї речовини.

Винахід горілки відносять до VI століття, і його приписують монахам-бенедиктинцям, які поширили цей напій в усіх монастирях. В Русі вживання спиртних напоїв почалося з моменту створення Київської держави і розвивалося серед усіх верств населення: князів, бояр, духовенства, простих людей, але приготування та продаж спиртних напоїв перебували в руках князів та вищих станів.

Ні спроби Іоанна Калити запобігти народньому пияцтву, ні потоплення кабачників у Волхові Василем III, ні жорсткі постанови Стоглавого Собору при

Івані Грозному і заборона торгівлі спиртним Борисом Годуновим, ні знищення кабаків Єкатериною II, ні поява громад трезвості та антиалкогольного руху не призвели до зникнення спиртних напоїв, ані до зникнення самої проблеми алкоголізації населення.

Цьому сприяло кілька причин. По-перше, пияцтво як соціальне явище відволікає народ від існуючих в суспільстві проблем. По-друге, торгівля спиртним приносила і приносить значний прибуток державі. Виробництво алкоголю завжди було й є однією з провідних галузей промисловості та експорту будь-якої країни.

Виробництво та споживання алкоголю в нашій країні постійно зростає. Так, за обчисленнями статистиків, в 1980 році в порівнянні з 1950 роком воно зросло в 10,4 рази. І це без врахування «домашніх вин», самогону та інших спиртовмісних рідин, споживання яких, за думкою соціологів, становить 100% до спирту, виробленого державою. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, споживання алкоголю понад 8 літрів на душу населення на рік призводить до зміни генофонда нації, оскільки дітей з психічними та фізичними відхиленнями від норми при такому становищі народжується більше, ніж здорових. Особливо турбіністим фактором є раннє залучення та швидка звикання до спиртного дітей і підлітків.

Розширення в сучасній Україні ринку алкогольних напоїв, їх розмаїття та легкість придбання, нав'язлива реклама, а також дуже розповсюджена серед населення традиція вживання алкоголю стають причинами раннього вживання алкоголю молоддю [45, с. 28].

Основними мотивами вживання алкоголю є субкультурний, а також особистісний та комунікаційний, бажання підняти настрій та ін. [3, с. 86].

Під впливом засобів масової інформації, реклами, усталених традицій у молоді формується неправильне уявлення про алкоголь. Тут звичайна заборона споживати спиртне не є ефективна і на якомусь етапі може призвести до того, що людина спробує алкоголь в іншому місці.

Попри сформовані думки у студентів стосовно значного та величезного

ризик у вживання будь-якого з видів наркотиків все ж залишається своєрідна «група ризику», які наголошують на відсутності або слабкому ризику їх для життя людини, а то і взагалі не знають нічого з даного питання. Тому основна профілактична діяльність має бути спрямована саме на таку молодь, яка потребує об'єктивних сучасних знань, правдивої інформації в поєднанні слів і практичних дій, викорінення певних стереотипів щодо вище окреслених проблем, розвитку навичок здорового способу життя тощо [32].

В Україні дослідження поширеності вживання наркотичних речовин серед населення у віковій категорії 15-64 років не проводяться. Саме тому на сьогодні Україна не має повного обсягу зведеної інформації з цього питання.

Останні дані про споживання різних речовин (алкоголю, тютюну, наркотиків) серед 15-17-річних учнів були отримані в 2019 році в рамках міжнародного проекту ESPAD [13, с. 20].



Рисунок 1.1. – Вживання речовин серед 15-17 річної учнівської молоді.

(Уточнюючі дані за 2015 рік зроблені в 2019 році, джерело дослідження ESPAD за 2019 рік. Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2022 рік (за даними 2021 року) : ДУ «ІСП МОЗ України».)

За результатами проведеного у 2019 році опитування спостерігається стійка тенденція до зменшення куріння серед підлітків. У 2003 році досвід куріння мали 70% опитуваних, а в 2019 цей показник склав – 50%. У той же час збільшився доступ до алкоголю – більша половина опитаних відзначили, що



легко можуть дістати пиво, вино або слабоалкогольні напої. Переважна більшість (85,7%) опитаних підлітків має досвід вживання алкоголю, та кожен п'ятий (22,5%) підліток зазначив, що п'є алкогольні напої майже щотижня.

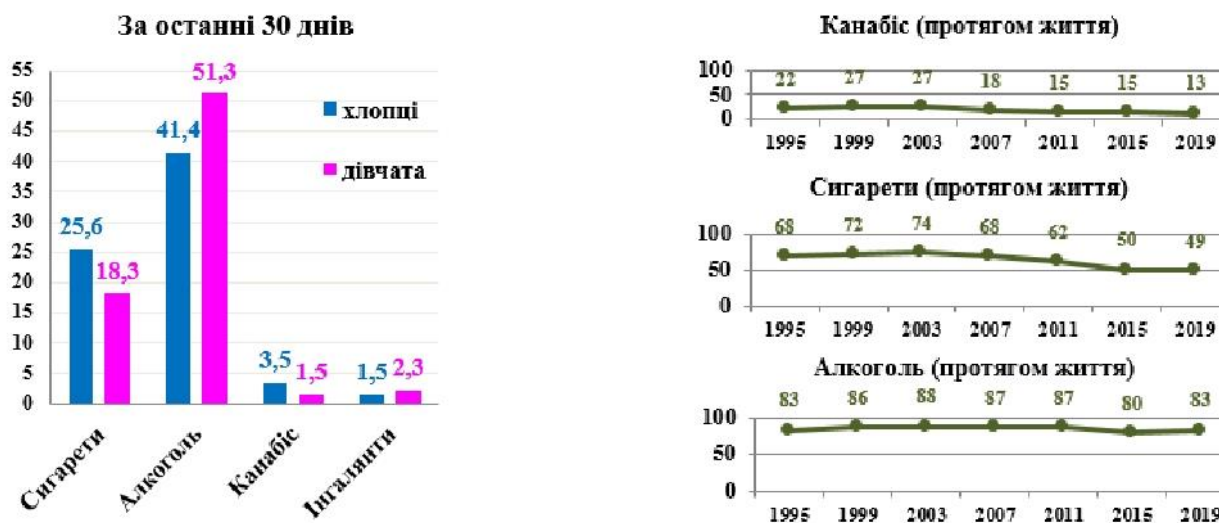


Рисунок 1.2. – Поширеність вживання психоактивних речовин, у %.

(Джерело – дані дослідження ESPAD за 2019 рік. Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2022 рік (за даними 2021 року) : ДУ «ІСП МОЗ України»).

Частка підлітків, які вживали хоча б один раз в житті які-небудь наркотичні речовини, склала 18%, а серед дівчат зросла в 1,5 рази у порівнянні з 2015 роком (з 12,7% у 2015 році до 18,1% у 2019 році). 8,7% підлітків вживали марихуану, а 9,2% – вживали інгалянти, вживання двох і більше наркотичних речовин серед усіх опитаних склала 4,2%.

В Україні не здійснюється аналіз комунальних стічних вод на наркотики та продукти їх метаболізму, щоб оцінити їх споживання в громаді.

В Україні вживання наркотиків, які відносяться до групи високого ризику, в основному, пов'язане з ін'єкційним способом введення опіатів, виготовлених в «домашніх» умовах, (розчин екстракту опію («ширка»)) та стимуляторів амфетамінового ряду. Внутрішньовенне ведення наркотичних речовин призводить до ризику інфікування ВІЛ-інфекцією, гепатитом В та С, сифілісом через використання однієї голки декількома особами.

У 2021 році виявлено незначне зростання вживання опіоїдів – 42 711 осіб на кінець 2021 року проти 41 095 осіб на кінець 2020 року (3,8%); вживання канабіноїдів – 4 811 осіб на кінець 2021 року проти 4 735 осіб на кінець 2020 року (1,6%) та вживання кількох речовин – 16 633 особи на кінець 2021 року проти 16 096 осіб на кінець 2020 року (3,2%).

Майже незмінними залишилися показники вживання кокаїну та інших стимуляторів [13, с. 20-21].

Питання, що стосуються наркоманії розроблені у працях А. Музики, В. Смітєнка, О. Рощина, Ю. Заросинського [39, с. 1].

Термін «наркоманія» походить від грецьких слів «нарко» – заціпеніння, отупіння, одуріння та «манія» – пристрасть, божевілля [30]. Під поняттям «наркоманія» розуміють не тільки стимулювання наркотичними речовинами появи збудженого чи пригніченого стану центральної нервової системи, але й призвичаювання організму до них, бажання їх приймати й за відсутності безпосередніх причин: болю, втоми, страху тощо (тобто проявляється психічна та фізична залежність від наркотиків). Головною причиною такої пристрасті є ейфоричний ефект, який виникає при вживанні наркотиків. Слово «ейфорія» також давньогрецького походження й означає – піднесений, радісний настрій, почуття задоволення, певного благополуччя, що не відповідає об'єктивним обставинам та реальному стану організму [17]. Саме тому наркотики відіграють подвійну роль: є помічниками людини, коли їх використовують у медичних цілях, та ворогами, коли викликають фізичну та психологічну залежність. Про користь та шкоду лікувальних речовин ще в середньовіччі писав лікар-алхімік Парацельс: «... усе є ліками, усе є отрутою. Все залежить від кількості. Отрута є в усьому, але тільки у визначеній кількості вона стає небезпечною...» [31, с. 11].

Н. Максимова виділяє три основні стадії наркоманії, а саме: на першій стадії фіксується синдром психічного uzалежнення, який виявляється спочатку неусвідомленим, а потім цілком усвідомленим потягом до наркотику. Тривалість захворювання в середньому становить від 1-2 до 8-10 років для

дорослих і від 0,5-1 до 3-5 років для тих, хто почав уживати наркотики ще неповнолітнім. На другій стадії – окрім вищезазначеного, додається ще й фізичне узалежнення. На цій стадії повністю зникає захисний рефлекс організму на передозування. І на третій стадії наркоманії стійкість до наркотику пропадає. Попередні дози викликають гостре отруєння, а стан ейфорії повністю відсутній. Тому до третьої стадії мало хто доживає [25, с. 90].

На основі висновків Всесвітньої організації здоров'я можна виділити чотири основні групи факторів, що сприяють вживанню наркотиків молодими людьми, зокрема:

1. Моральна незрілість особистості: негативне відношення до навчання, відсутність соціальної активності; вузьке коло і нестійкість інтересів, відсутність захоплень і духовних запитів; невизначеність у питаннях професійної орієнтації, відсутність установки на трудову діяльність, дефіцит мотивації досягнень, відхід від відповідальних ситуацій і рішень; утрата «перспективи життя»; терпимість до пияцтва.

2. Порушене соціальне мікросередовище: неповна родина; зайнятість батьків; неправильне виховання; передчасне (12-13 років) звільнення від опіки батьків; легкий і неконтрольований доступ до грошей і нерозуміння того, як вони дістаються; алкоголізм або наркоманія в кого-небудь із близьких родичів; низький освітній рівень батьків.

3. Індивідуально-біологічні особливості особистості: спадкова обтяженість у відношенні психологічних захворювань і наркоманії, важкі соматичні захворювання і нейроінфекції у ранньому дитинстві; травми головного мозку, розумові порушення і психологічний інфантилізм.

4. Індивідуально-психологічні особливості і нервово-психічні аномалії особистості: низька стійкість до емоційних навантажень, підвищена тривожність, імпульсивність, схильність до ризикованого поведіння, недостатня соціальна адаптація, особливо в складних умовах, неврози і психопатії. [31, с. 13]

### 1.3. Поведінкові адикції у молоді

В теперішній час дослідники приділяють дедалі більше уваги таким видам адикції, при яких предмет залежності стає поведінковий патерн. Нехімічна адиктивна поведінка – будь-яка діяльність, що характеризується прагненням відходу від реальності, змінюючи свій психічний стан без використання хімічних речовин (В. Менделевич).

А. Єгоров трактує нехімічні адикції як адикції, за яких об'єктом залежності стає поведінковий патерн, а не психоактивні речовини. У західній літературі частіше використовують термін «поведінкові адикції» [8]. Розглянемо деякі з них.

За швидкоплинністю змін життя людства з'являються нові форми залежності. Так, наприклад, швидкого поширення на сьогоднішній день набуває комп'ютерна залежність. Поява таких, невідомих раніше людству залежностей, як Інтернет-залежність, комп'ютерна залежність та власне ігроманія, пов'язане з бурхливим втіленням у життя суспільства новітніх мультимедійних технологій, які у свою чергу неабияк впливають на психіку людини. Звісно, дане захоплення не є таким шкідливим, як, наприклад, вживання алкоголю чи наркотиків, проте наслідки можуть бути не менш фатальним, адже результаті тривалого використання віртуальних програм та ігор, свідомість особистості починає пригнічуватись [23].

Комп'ютерна або Інтернет залежність – це потреба отримання задоволення від комп'ютерних ігор або Інтернету, що в подальшому призводить до шкоди для всіх інших сфер життя. Варто зазначити, що ці дві форми адикції зазвичай проявляються разом, оскільки використання Інтернету і робота в мережі неможлива без комп'ютера, а робота з комп'ютером, у своєму адиктивному прояві, неможлива без ресурсів Інтернету. Тому її часто позначають як Інтернет-Комп'ютерну адикцію, а людей, які страждають від цієї адикції, зазвичай називають «інтернетомани», «комп'ютеромани» або «Інтернет-комп'ютеромани». Для стислості, вони зазвичай називаються

«інтернетоманами» [5].

Різновидом комп'ютерної залежності є ігрова залежність. Вона може виникнути в різних формах. Тому її можна розділити на декілька основних класифікацій. За видами ігор [18]:

1. Азартні ігри. Ця залежність характеризується неспроможністю контролювати бажання грати, незважаючи на негативні соціальні, фінансові та особисті наслідки. Це може включати різні форми гемблінгу, наприклад ставки на спорт, покер, ігрові автомати, лотереї та інше [46, с. 486].

В Україні питання залежності від азартних ігор досліджено в рамках міжнародного проекту ESPAD, яке проведено в 2019 році та охопило 8509 респондентів (4108 хлопців і 4401 дівчат) віком 14-17 років, які є учнями, слухачами та студентами сільських та міських закладів загальної середньої освіти, закладів професійної (професійно-технічної) освіти та закладів фахової передвищої освіти.

За результатами такого дослідження у 2019 році 85,9% опитаних підлітків грали в азартні ігри на гроші протягом останніх 12 місяців.

Ключові результати проведеного дослідження:

- Третина (27,5%) опитаних підлітків вважає, що проводить забагато часу за комп'ютерними іграми. 13,9% зізнаються, що в них псується настрої через відсутність можливості грати в ігри на комп'ютері, планшеті, в смартфоні тощо.

- Чверть (25,7%) респондентів повідомили, що їхні батьки вказують їм на те, що вони проводять забагато часу за комп'ютерними іграми.

- 6,2% опитаних підлітків повідомили, що вони грали в азартні ігри на гроші більше, ніж 2 години за один раз протягом останніх 12 місяців – про це заявив кожен десятий хлопець (10,5%) та 2,3% дівчат.

- Практично кожен десятий (9,6%) опитаний зізнався, що використовував інтернет, якщо грав в азартні ігри на гроші протягом останніх 12 місяців.

- Серед усіх респондентів 6,7% перебувають у залежності від азартних ігор (10,8% серед хлопців та 2,9% серед дівчат).

- Проблематичну залежність від азартних ігор мають 1,5% підлітків (2,6% серед хлопців та 0,5% серед дівчат) [13].

2. Відеоігри. Залежність від відеоігор від-носно новий феномен, який отримав широке визнання в науковому співтоваристві. Основними симптомами залежності від відеоігор є загальна нездатність контролювати час, проведений за грою, втрата інтересу до інших видів діяльності, та нездатність припинити грати, незважаючи на негативні наслідки.

3. Онлайн-ігри. Це підтип залежності від відеоігор, що включає масові багатокорис-тувацькі онлайн-ігри, соціальні ігри та інші форми ігор, доступних через мережу Інтернет. Особливість цього типу залежності полягає в тому, що вона створює віртуальне співтовариство, яке може посилити залежну поведінку.

За рівнем важкості:

1. Легка ігрова залежність. Індивідууми з цим типом залежності можуть відчувати тільки невеликий дискомфорт у разі відмови від гри. Їхнє повсякденне життя та обов'язки значно не страждають.

2. Помірна ігрова залежність. Люди, що належать до цієї категорії, можуть стикнутися з проблемами в особистому житті та професійній діяльності. Вони відчують вищий рівень стресу, коли не можуть грати.

3. Важка ігрова залежність. Індивіди з цим типом залежності переживають сильні несвідомі відчуття тривоги та розпачу, коли від них відбирають можливість грати. Їхнє здоров'я, соціальні відносини та професійні обов'язки можуть бути серйозно пошкоджені [51, с. 147; 18].

Ігрова залежність виникає поступово та має кілька стадій розвитку: підготовчу, стадію виграшу, стадію програшу, розпачу та стадію безнадійності.

Підготовча стадія – у гравця виникає сильне бажання ризикувати та підтримувати своє самолюбство, розвивається потяг до певного виду ігор.

Стадія виграшу – гравець впадає в ілюзію творіння, зверхності над світом, при цьому не усвідомлюючи наслідків своїх дій.

Стадія програшу – особа відчуває стан емоційного спустошення,

життєвого глухого кута. Бажання грати підкріплюється наявністю матеріальної можливості взяти в борг або кредит.

Стадія розпачу – гравець втрачає інтерес до всього соціально значимого (школа, робота). Він часто розуміє, що причина всьому – його патологічна залежність, але він не може контролювати себе та починає зловживати алкогольними напоями або наркотиками. Одна залежність стає причиною захворювання, в результаті якого породжуються нові залежності.

Стадія безнадійності – гравець бажає отримувати старі звичні емоції та відчуття ейфорії. Збудливі імпульси надходять у мозок людини та призводять до подразнення нервової системи [51, с. 148; 18].

Залежність має тривати принаймні 12 місяців для постановки діагнозу, хоча термін може бути скорочений, якщо всі діагностичні критерії присутні, а симптоми є серйозними [53, с. 681; 18].

Однією із найбільш обговорюваних проблем сучасної людини є поширення серед молодих людей залежності від спілкування у соціальних мережах. Активність в соціальних мережах дає можливість молодим людям підтримувати постійні контакти з широким колом знайомих, отримувати від них актуальну інформацію, шукати однодумців або осіб, близьких за інтересами, шукати роботу та заводити ділові контакти, обмінюватись фотографіями, аудіо та відеозаписами тощо. Проте значна поширеність, доступність і зручність соціальних мереж несе й певні ризики для їх користувачів, серед яких частіше за все називають можливість надмірного занурення у віртуальне спілкування, розриву реальних соціальних зв'язків та формування шкідливої залежності (адикції) [7].

Об'єктом прив'язаності при цьому виступає віртуальна спільнота, метою – постійна взаємодія з її представниками, адиктивною поведінкою – різні види активності в соціальних мережах (оновлення персональної сторінки, перегляд сторінок «друзів», обмін повідомленнями та даними, спілкування на тематичних форумах, прослуховування музики, перегляд фото та відео), а Інтернет, веб-сервіси та спеціальні програми для електронних приладів

(комп'ютерів, смартфонів тощо) виступають засобами реалізації адиктивного потягу. Критеріями діагностики даного виду адикції не можуть бути лише час, що людина проводить в соціальних мережах, та нездатність відмовитись від такого способу спілкування [7].

Спираючись на діагностичні критерії синдрому залежності та ознак комп'ютерної та Інтернет-залежностей, представлених в роботах А. Голдберга, К. Янг, М. Орзак, Л. Юрьєвої та Т. Больбот, такими критеріями можна визначити: 1) наділення соціальних мереж особливою цінністю та переживання у зв'язку із активністю в соціальних мережах особливих емоційних станів (яскравих і незвичних почуттів, піднесення при передчутті можливості заходу у мережу, втрати почуття реальності у мережі, дискомфорту при неможливості відвідування мережі, самотності та нудьги при виході із мережі); 2) втрату здатності контролювати початок, тривалість й інтенсивність даної активності (незаплановані відвідування мережі, приділення спілкуванню у мережі надмірного з точки зору самої людини часу, неспроможність зупинитися та обмежити час, проведений у мережі); 3) наявність у даної поведінки прямих негативних наслідків (запізнь, незадоволення інших потреб, невиконання важливих справ, конфліктів із оточуючими тощо) [10; 7].

Спілкування в соціальних мережах властиво практично всім студентам вищих навчальних закладів та є необхідною складовою сучасного способу життя; емпіричне дослідження, проведене у м. Києві, показало, що виражені ознаки залежності від спілкування в соціальних мережах характерні для кожного десятого студента; залежність від соціальних мереж більшою мірою поширена серед жінок, серед тих хто проживає з батьками та постійно мешкає у великому місті; чинниками формування залежності від соціальних мереж у студентів є мотивація збільшення часу та розширення кола спілкування, відволікання від проблем і контролю власного емоційного стану за допомогою Інтернету, труднощі у стосунках з батьками за умов спільного з ними проживання, наявність великого кола неподоланих проблем, зокрема комунікативних і матеріально-побутових, орієнтація на зовнішню допомогу при



подоланні проблем [7].

Особливе місце серед цих видів залежності посідає трудоголізм, бо: 1) і досі не визначено прийнятних для всіх науковців засобів вимірювання цього явища, а тому важко його визначити, особливо на початкових стадіях; 2) трудоголізм є соціально схвалюваною адикцією.

Необхідно відрізнити трудоголізм як девіацію, від трудолюбства, особливо це актуальне на ранніх стадіях адикції [34].

Трудоголізм (трудоголія, роботоголізм, ергономанія) – це надмірна залежність від роботи, постійні спроби вдосконалювати результати діяльності та отримання задоволення від них. Внаслідок цього, інтереси людини обмежуються тільки роботою, на шкоду всім іншим сферам життя. Найчастіше таких людей називають «трудоголіками» [5].

Одним із проявів поведінкового відхилення є шопоголізм. Шопоголізм або ж оніоманія – нав'язливе бажання здійснювати необдумані покупки у великих обсягах [43].

Неконтрольовані витрати (шопінг-синдром, синдром імпульсивних покупок, синдром непотрібних витрат, шопінг-адикція) – це нездоланне бажання робити непотрібні покупки та витратити гроші, отримуючи від цього задоволення. Люди, які мають цю адикцію, зазвичай називаються «шоппінгоманами» [5].

Шопоголізм як суттєва проблема привернув до себе увагу науковців лише недавно. Тому багато хто не усвідомлює важливості та небезпечності такого феномену [43].

Шопоманія як хвороба була описана П. Слатером ще 30 років тому та дістала назву – «адикція до багатства». Р. Фабер і Т. О'Гуїн охарактеризували шопінг, описавши його як «хронічне, повторюване здійснення покупок, яке стає первинною відповіддю на негативні події і почуття». Задля визначення основних симптомів, притаманних шопоголікам, Фабером і О'Гуїном у 1990-х рр. було запропоновано 4 критерії, з яких достатньо наявності одного, щоб поставити діагноз:

- часто виникає заклопотаність покупками або раптові пориви щось купити, що відчуваються як непереборні, нав'язливі і безглузді;

- регулярно відбуваються покупки «не по кишені», часто купуються непотрібні речі або ходіння по магазинах займає значно більше часу, ніж спочатку планувалося;

- заклопотаність покупками, раптові пориви купити або пов'язані з цим особливості поведінки супроводжуються яскраво вираженим дистресом, неадекватною тратою часу, стають серйозною перешкодою як у повсякденному житті, так і в професійній сфері або тягнуть за собою фінансові проблеми (наприклад, борги або розорення);

- надмірне захоплення покупками або ходінням по магазинах не обов'язково проявляється в періоди гіпоманії або манії.

Психіатр Р. Мілтенбергер та його колеги визначили, що захворювання зароджується ще в молодому віці (14–18 років). А за даними дослідника Д. Блека оніоманія притаманна у 2–8 % усього населення планети, серед яких переважає жіноча стать (80 – 95 %) [43].

Один з найменш досліджених, проте вельми актуальний феномен – сексуальна адикція. Сексуальна адикція (сексуальна залежність) означає, що людина не може контролювати свої сексуальні потреби, регулювати або відкладати ці потреби. Деякі навіть не можуть вибрати місце, час та обставини для задоволення своїх сексуальних потреб. Носії цієї адикції зазвичай називаються «сексуальними адиктами» [5].

Досліджуючи феномен аддиктивної поведінки та її проявів, російські вчені проф. Ц. Короленко та проф. Н. Дмитрієва (2000) виділяють окремий вид «адикції стосунків» з акцентуванням на явищі созалежності як її основи, та розділяють її на аддикцію любовну, аддикцію уникнення та сексуальну аддикцію, виокремлюючи, проте, у них загальні передумови виникнення, що лежать, на думку авторів, в психологічній площині, а саме, неадекватну самооцінку, нездатність самоприйняття, труднощі у встановленні функціональних кордонів між собою та іншими, проблеми з духовністю,

труднощі у вираженні інтимних почуттів [26, с. 60].

Адикція від відносин – це патологічна залежність від конкретних людей або відносин з ними. Людина має спонукання до розвитку тільки певного типу взаємовідносин з такими людьми, перебування в яких приносить задоволення [5].

Психіатр проф. В. Жмуров (2002), описуючи різні види сексуальної залежності, окрім трьох вище перелічених, додає ще донжуанізм, який він порівнює із залежністю від психоактивних речовин та вважає «втечею від реальності через емоційне одурманювання свідомості».

Російський авторитет в галузі психології залежностей, зокрема, поведінкових аддикцій, проф. О. Єгоров (2007), виокремлює феномен еротичної аддикції, який, на його думку, може реалізуватись як любовна або сексуальна аддикція. На його переконання, любовна аддикція – це аддикція відносин з фіксацією на конкретній іншій особі, що виникає між двома об'єктами як прояв созалежності, для якій на перший план виступає інтенсивність та екстремальність їхніх емоційних проявів, може спостерігатись між подружжям, батьками та дитиною, друзями та т. ін. СА дослідник відносить до прихованих (маскованих) аддикцій, що пов'язано, в першу чергу, з соціальною табуованістю даної тематики [26, с. 60].

Залежність від любові (любовна аддикція) – це стан, коли людина закохується в недоступну особу, відносини з якою неможливі, але безпосередні відносини приносять задоволення. Носії цієї форми аддикції зазвичай називаються «любовними адиктами» [5]. При розриві подібних зв'язків, навіть якщо вони були тільки у фантазіях, людина відчуває такий самий біль втрати, як і при смерті коханої людини при реальних відносинах [5].

Розглянемо також деякі аспекти релігійної залежності.

Серед робіт зарубіжних християнських служителів особливий інтерес представляє книга С. Артерберна та Дж. Фелтона «Toxic faith: understanding and overcoming religious addiction», в якій пропонується розглядати невротичну релігійність як форму залежності [47].

Невротична релігійність є проблемою, пов'язаною з комбінацією релігійної віри та певних психологічних розладів людської особистості [9].

Двоє американських психологів, С. Артерберн та Дж. Фельтон, пропонують таке визначення релігійної залежності: «Як і в будь-якій залежності, релігійна практика стає домінуючою відносно інших аспектів життя. Будь-які стосунки встановлюються через релігію, а залежність від релігійної практики та її прихильників відсуває особисту потребу в Бозі. Релігія та ті, хто її втілюють, отримують повну владу над залежним, який сам більше не пов'язаний із Богом» [47].

С. Артерберн та Дж. Фельтон ввели термін «токсична віра», який став найпоширенішою в США характеристикою того, що називається невротичною релігійністю. Автори пояснюють його зміст таким описом: «Токсична віра – це руйнівні та небезпечні відносини з релігією, які дозволяють контролювати життя людини саме релігії, а не стосункам з Богом. Люди, зломлені різними переживаннями, з неблагополучних сімей, із нереалістичними очікуваннями та ті, хто прагне до власної переваги або комфорту, здаються особливо схильними до цього. Це ушкоджена віра з неповним або спотвореним уявленням про Бога. Вона аб'юзивна, маніпулятивна і може викликати залежність. Вона стає настільки важливою в житті людини, що родина і друзі стають незначними порівняно з необхідністю підтримувати хибні переконання. Люди вдаються до токсичної віри, щоб уникнути реальності та відповідальності. Часто це призводить до перфекціоністського існування: люди змушені виступати та працювати в намаганні заслужити свій шлях до небес або, принаймні, здобути прихильність Бога. Як і інші шкідливі звички, постійне звернення до неї для зміни настрою призводить до небажаних наслідків, проте залежний продовжує посилювати свою залежність. Токсична віра не має нічого спільного з Богом. Це про тих чоловіків і жінок, які хочуть вигадати Бога або віру, скоріше для служіння собі, ніж для поклоніння Богу. Коротше кажучи, токсична віра – це виправдання» [47].

Невротична релігійність, а також токсична віра, (термін, введений

С. Артерберном та Дж. Фелтоном і більш поширений у США) або екклезіогенний невроз (термін, введений в науковий обіг берлінським гінекологом Е. Шетцингом в середині ХХ століття, також екклезіоморфічний розлад (О. Пфайфер) – в основному в європейській психіатрії) – є поняттями в психології та психіатрії, що розкриває причинно наслідковий зв'язок між релігійною вірою (або релігійним вихованням) та розвитком невротичних розладів. Цим поняттям описують різномірні явища та чинники у релігійному житті людини, що надають негативний вплив на його психологічний стан та психічне здоров'я [9].

#### **1.4. Проміжні адикції**

«Довідник з діагностики та систематики психічних розладів» Американської психіатричної асоціації (DSM-IV) передбачає такі види порушень харчової поведінки: нервову анорексію, нервову булімію та інші. Отже, розглянемо види розладів харчової поведінки [2, с. 22-23].

Вивченню психологічних аспектів харчової поведінки, її розладів та порушень присвятили свої роботи багато дослідників, зокрема Х. Долл, Г. Ашурова, А. Марков, Дж. Терренс Уілсон, Кетлін М. Пайк, І. Федорова; Н. Красноперова, В. Менделевич, І. Малкіна-Пих, Ю. Савчикова, С. Дж. Фрайберн, В. Семке; Т. Вознесенська, А. Вахмістров, П. Норман, Б. Девіс та інші. Але, незважаючи на те, що накопичено багатий досвід із вивчення особливостей харчової поведінки, ця проблема ще не достатньо вивчена [2, с. 21].

Харчова поведінка та її порушення є предметом комплексного дослідження, а розлади харчової поведінки розглядаються як серйозна проблема багатофакторної етіології, загрозна для здоров'я індивіда. Серед розладів харчової поведінки найбільш відомі нервова булімія та нервова анорексія.

Нервова булімія – розлад, що характеризується повторюваними приступами переїдання й надмірною заклопотаністю контролюванням ваги тіла, що приводить до вживання крайніх заходів. Хворі намагаються викликати блювоту, прийняти проносне, щоб позбутися з'їденого. Цікаво, що при збалансованих циклах «переїдання – звільнення від їжі» вага хворих булімією близька до нормальної.

Зовнішні ознаки порушення харчової поведінки помітні лише у хворих, у яких домінує цикл очищення від їжі. Для нервової булімії характерні такі ознаки: переїдання (безконтрольне вживання їжі у великій кількості), регулярне застосування методів очищення шлунково-кишкового тракту, строга дієта, виснажливі фізичні вправи, а також надмірна залежність самооцінки від фігури та маси тіла. Іноді булімія є результатом зниження почуття насичення (акорія), при цьому спостерігається поліфагія – приймання надмірно великої кількості їжі [2, 25-26].

Адикція до їжі – це, з одного боку, психологічна залежність, а з іншого – вгамування голоду. У міру того, як їжа набуває все більший адиктивний потенціал, з'являється штучна стимуляція відчуття голоду. У людини, яка переїдає, змінюється обмінний баланс. Відчуття голоду починає з'являтися відразу з падінням концентрації глюкози в крові після чергової їжі. Фізіологічні механізми розузгоджуються. Людина починає їсти надто багато і занадто часто. На якомусь етапі вона вже соромиться переїдання і прагне приховати факт адикцій. Вона починає їсти самотійно, в проміжках між будь-якою активною діяльністю. Усе це призводить до небезпечних для здоров'я наслідків: наростання ваги, порушення обміну речовин і втрати контролю, внаслідок чого людина вживає таку кількість їжі, що представляє небезпеку для життя [1, с. 11].

Зниження апетиту аж до повної втрати називається анорексією (an – заперечення, orexis – апетит, греч.). Причинами її є діяльність харчового центру й травної системи, ендокринні, нейрогенні й психогенні розлади, інтоксикації. Нервова анорексія – це розлад, який характеризується навмисним зниженням ваги. За даними останніх досліджень, анорексією страждає кожна сота

дівчинка-підліток. Більше того, з кожним роком анорексія «молодіє» – зафіксовані випадки госпіталізації восьмирічних дівчаток із цим діагнозом. Нервова анорексія характеризується такими ознаками: аномально низька маса тіла, аменорея та порушення сприйняття власної маси тіла та власної фігури [2, с. 26].

Існують два варіанти виникнення адикції до голодування: медичний і немедичний (Короленко, Дмитрієва). При медичному варіанті адикція характеризується труднощами, пов'язаними з необхідністю подавити апетит. Потім стан міняється – з'являються нові сили, апетит зникає, підвищується настрій, посилюється рухова активність, невротичні прояви редукуються. Деяким пацієнтам подобається стан голоду, коли вже зник апетит, і вони прагнуть його подовжити. Повторне голодування здійснюється вже самостійно. На рівні досягнутої за допомогою голодування ейфорії відбувається втрата контролю, і людина продовжує голодувати навіть тоді, коли це стає небезпечним для здоров'я, втрачаючи критичне відношення до свого стану.

При немедичному варіанті голодувати починають самостійно з метою схуднення, іноді віддаючи данину моді, для цього використовують незвичайну дієту. Одним із психологічних механізмів, що провокують голодування, є бажання змінити себе фізично, виглядати краще, відповідати модному на сьогоднішній день образу. Інший механізм полягає в самостійній постановці завдання і відчутті задоволення і гордості від його виконання. У міру голодування з'являються ознаки фізичного виснаження. Контроль втрачається, тому спроби оточення вплинути на ситуацію ні до чого не приводять. Адикти живуть в уявному світі; у них виникає відраза до їжі, а жувальну гумку або зубну пасту, що потрапила в рот під час чищення зубів, вони вважають достатньою кількістю їжі [1, с. 10].

Ще один вид розладів апетиту – його перевертання, прагнення вживати неїстівні речовини (крейда, земля, вугілля, гас, папір і т.д.). В одних випадках це результат вираженого специфічного апетиту, в інших – одне із психічних розладів і порушення діяльності харчового центру. Такий розлад має назву

«геофагія». Отже, всі ці розлади пов'язані з хворобливим станом та вказують на фізичне та психічне нездоров'я.

Серед розладів харчової поведінки має місце бігорексія – що являє собою психічне захворювання, яким страждають в основному чоловіки, які неадекватно оцінюють власну фігуру й оцінюють інших виходячи з того, наскільки ті добре складені. Таким аналогом чоловічої булімії страждають переважно культуристи.

Ще одним розладом харчової поведінки є сітофобія – (sitophobia; греч. sitos їжа) – це страх вживання їжі, що спостерігається переважно при неврозах та психопатіях.

Останнім часом набуває поширення такий вид розладу, як орторексія (від гр. «ortho» правильний) – це комплекс правильного харчування. Такі люди одержимі здоровим харчуванням, більше турбуються про якість свого харчування, ніж про кількість, постійно коректують свою дієту залежно від їхньої особистої уяви про те, які продукти шкідливі, а які – ні. Багато орторексиків, наприклад, їдять тільки сирі фрукти й овочі, або є веганами, фруктаріанами. Деякі з них їдять тільки продукти певного кольору. Правомірність віднесення такого розладу як орторексія до хвороби є спірною [2, с. 26-27].

### **Висновки до першого розділу**

Аналіз наукової літератури дав нам підстави зробити наступні висновки. Під адиктивною поведінкою ми розуміємо поведінку людини, для якої притаманне прагнення до відходу від реальності шляхом штучної зміни свого психічного стану завдяки прийому різноманітних хімічних речовин чи постійній фіксації уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій. По-друге, серед проявів адиктивної поведінки у молоді найпоширенішими є алкогольна залежність, тютюнопаління, ігрова залежність та залежність від соціальних мереж. По-третє, адиктивна поведінка у



молоді, незалежно від її прояву, формується поступово, і, як правило, можна виокремити певні стадії її появи. Тому соціально-педагогічна робота з профілактикою та корекцією адиктивної поведінки у молоді має певні особливості, про які ми будемо говорити у другому розділі.

## РОЗДІЛ 2

### ЗМІСТ ТА НАПРЯМИ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

#### **2.1. Соціально-педагогічна корекція адиктивної поведінки: поняття, структура та напрями роботи з молоддю**

Український дослідник Н. Заверико у своїй статті «Соціально-педагогічна корекція: розвиток поняття в історичній перспективі» провела аналіз наукової літератури для з'ясування різних підходів до трактування змісту поняття «соціально-педагогічна корекція» та конкретизації його суті з огляду на сучасні умови соціального виховання молоді [12].

Наявні проблеми в державі, зростання злочинності, занепад моралі, відчуження підлітків від соціальних інституцій, які займаються вихованням молоді, спричиняють різного роду девіації в молодіжному середовищі, зокрема серед підлітків [12].

Особливості становлення та розвитку соціальної педагогіки як науки вимагають детального розгляду її основних дефініцій, до яких можна віднести поняття «соціально-педагогічна корекція». «Корекція» в сучасній науковій літературі належить до термінів соціальної педагогіки (М. Галагузова, О. Безпалько, Р. Вайнола, А. Капська); спеціальної педагогіки (С. Гончаренко, І. Підласий), корекційної педагогіки (Т. Нікуленко, І. Підласий), психології (О. Степанов та ін.), соціальної роботи (В. Курбатов, Е. Холостова) і визначається як:

- виправлення, часткове виправлення або змінення;
- виправлення, усунення, подолання недоліків чи порушень, вад психічного або фізичного розвитку;
- виправлення (часткове або повне) вад психічного або фізичного розвитку в дітей, порушення тієї чи іншої психічної функції в дорослих;

- активна робота практичного психолога чи інших спеціалістів, спрямована на подолання чи послаблення вад психічного або фізичного розвитку в дітей, порушення тої чи іншої психічної функції в дорослих;

- здійснення психолого-медико-педагогічних заходів із метою усунення відхилень у психофізичному та індивідуальному розвитку і поведінці, схильності до залежності та правопорушень, подолання різних форм девіантної поведінки, формування соціально корисної життєвої перспективи;

- система соціально-педагогічних заходів, спрямованих на забезпечення процесу і досягнення успішного результату в соціальному розвитку особистості [12].

У зарубіжній психології можна умовно виділити 2 групи підходів до корекції психічного розвитку дитини. Критерієм такого виділення є орієнтація підходу, або теорії на парадигму визначення предмета психології – якість (структура) свідомості, або поведінка особистості. Виходячи з означеного критерію, усі концепції, процедури та методики можна звести до двох підходів щодо корекції психічного розвитку дитини: психодинамічного та поведінкового. Найвпливовішими і добре розробленими як у категоріальному, так і в прикладному плані в межах психодинамічного підходу є психоаналітичний напрямок (З. Фрейд та його послідовники) і гуманістична психологія (К. Роджерс). Поведінковий підхід представлено теоріями, що відображають історичну послідовність етапів розвитку теорії наuczіння біхевіоризму: теорія класичної обумовленості, теорією оперантного наuczіння, когнітивна психологія.

Поведінковий підхід («модифікація поведінки») виник як опозиція фрейдистському психоаналітичному підходу в 30-х роках минулого століття і сформувався як самостійний напрямок у 50-х роках ХХ ст. У процесі розвитку поведінкового підходу окреслилась чітка тенденція до поєднання з психоаналітичним підходом як у формі прямого запозичення принципів і технік побудови корекційного впливу, так і в формі перекладу традиційних психоаналітичних процедур у терміни теорії наuczіння [12].

Мета корекції в поведінковому підході формулюється: 1) як научіння новим адаптаційним формам поведінки; 2) згасання, гальмування дезадаптивних форм, що є в суб'єкта. А. Бандура виокремлює чотири основні моделі корекційного та терапевтичного впливу в межах поведінкового підходу: 1) пригнічення (витіснення) зворотної реакції; 2) актуалізація (звільнення) пригніченої реакції; 3) фасилітація реакції, загальмованої негативними соціальними санкціями; 4) набуття реакції [40]. Перші три моделі об'єднують те, що кінцева мета корекції – адаптована поведінка, що вимагається (поведінкова реакція) – з самого початку імпліфікується як уже існуюче в поведінковому репертуарі суб'єкта в латентному вигляді. Завдання корекції зводиться до підбору стимулів, що сприяють переходу латентної поведінки в активну форму. Четверта модель принципово відрізняється від попередніх тим, що визначає завдання корекції як научіння новим формам поведінки.

Перша модель представлена терапією аверсивної обумовленості, побудованої на принципах класичного обумовлювання небажаної поведінки негативними стимулами, що призводить до елімінації дезадаптованої поведінки. Друга і третя моделі включають такі широко відомі техніки, як метод систематичної десенсибілізації та імпульсивну терапію. Остання не знаходить широкого застосування в роботі з дітьми, оскільки її процедури вимагають високого рівня розвитку уяви в дитини чи підлітка, що не завжди виявляється на практиці. Четверта модель поведінкового підходу надзвичайно важлива, тому що мета корекції формулюється в термінах научіння новій поведінки, яка була відсутня в поведінковому репертуарі підлітка, необхідність якої обумовлена вимогами суспільства. До четвертої моделі можна віднести оперантне научіння («жетонні» програми корекції, поведінковий тренінг, когнітивну терапію в таких її формах, як раціонально-емотивна терапія, семантична терапія, скіл-терапія тощо) [12].

У нових соціальних умовах з'являється поняття «соціальна корекція – це діяльність соціального суб'єкта щодо виправлення тих особливостей психологічного, педагогічного і соціального плану, що не відповідають

прийнятим у суспільстві моделям і стандартам». На нашу думку, це визначення досить широке, оскільки в ньому не визначеним залишається соціальний суб'єкт. Як відомо, ним може бути той, хто здійснює корекційний вплив, і той, на кого цей вплив спрямовано. Як правило, коли мова йде про дитину або молоду людину, агентом корекційного впливу можуть бути батьки, сім'я, однолітки, школа, громадські організації, соціальні інституції тощо. Але на державному рівні такий вплив організується відповідними соціальними службами і фахівцями – соціальними педагогами та соціальними працівниками [12].

На думку А. Кочетова корекція виконує такі функції:

- відновлення (відтворення тих позитивних якостей, які переважали в підлітка до появи педагогічної занедбаності, важковиховуваності, девіантної поведінки тощо). Ця ж функція спрямована на звернення до пам'яті підлітка про його добрі справи;

- компенсування (формування в підлітка прагнення компенсувати той чи інший недолік участю в діяльності, яка його захоплює (спорт, праця, музика, мистецтво, спілкування, допомога іншим тощо));

- стимулювання (спрямована на активізацію позитивної суспільно-корисної діяльності підлітка) здійснюється завдяки схваленню або осуду його дій, тобто демонструє небайдуже емоційне ставлення до особистості підлітка, до його вчинків;

- виправлення (заміна негативних властивостей, якостей підлітка на позитивні) передбачає застосування різноманітних прийомів та методів корекції поведінки [12].

Організація корекційно-педагогічної роботи з підлітками, що потребують особливої уваги, передбачає врахування цілої низки принципів, а саме: поваги до особистості дитини в поєднанні з вимогливістю до неї; опори на позитивне в дитині; гуманістичної спрямованості корекційних дій; системності, врахування індивідуальних та вікових особливостей, комплексного застосування корекційних методів та прийомів; інтеграції зусиль близького соціального

оточення дитини [12].

М. Галагузова розглядала наступну структуру соціально-педагогічної діяльності з дітьми, схильними до вживання алкоголю:

Соціально-педагогічна діяльність – це діяльність, спрямована на кожну окрему дитину, сприяючи вирішенню її індивідуальних проблем через вивчення особистості дитини та соціуму, що її оточує; пошук адекватних способів спілкування з дитиною; виявлення засобів, які допоможуть дитині самостійно вирішити свою проблему.

Принципи діяльності:

1. Індивідуально-особистісний підхід
2. Спирання на позитивні сторони особистості
3. Об'єктивність у підході
4. Конфіденційність

Мета діяльності:

Усунення негативних факторів, що сприяють алкоголізації дітей, та допомога їм у соціалізації.

Завдання діяльності:

1. Створення форм активної соціально-педагогічної допомоги та захисту для конкретної дитини.
2. Формування у підлітка позитивних ціннісних орієнтацій у процесі соціально-педагогічної та корекційної роботи.
3. Залучення підлітків до соціально-корисної діяльності, формування у них різноманітних інтересів і захоплень.
4. Виховання активної особистості, надання їй якостей громадянина, сім'янина, формування позитивної самооцінки.
5. Посилення фізичного та психічного здоров'я дитини шляхом здійснення комплексу медичних, психолого-педагогічних та інших заходів.
6. Формування основ правової культури дитини.
7. Формування навичок «виживання» в умовах кризи сучасного суспільства.

Суб'єкти діяльності – соціальний педагог, спеціаліст з соціальної роботи, валеолог, психолог, батьки.

Об'єкт діяльності – діти з різним рівнем втягнутості у процес алкоголізації.

Функції діяльності:

- соціального педагога: соціально-педагогічна, соціально-навчальна, правозахисна.

- спеціаліста з соціальної роботи: соціально-побутова, соціально-економічна.

- валеолога: соціально-медична.

- психолога: соціально-психологічна.

- батьків: виховна.

Методи діяльності:

1. Залежать від специфіки діяльності суб'єктів, віку дитини та рівня її втягнутості у процес алкоголізації.

2. Пов'язані з організацією, мотивацією та осмисленням діяльності.

3. Сприяють формуванню соціально значущих якостей особистості дитини.

Форми реалізації методів визначаються відповідно до конкретних методів.

Таким чином, ця соціально-педагогічна технологія може бути розглянута як комплексна, об'єднана єдиною концепцією діяльності різних фахівців, спрямована на досягнення єдиної мети.

О. Змановська та В. Рибников визначають такі види соціально-педагогічної роботи з адиктивними людьми [10]: соціально-педагогічна реабілітація (включення особистості з адиктивною поведінкою в групу підтримки з метою відновлення втрачених соціальних навичок та інтеграції в суспільство); педагогічне консультування (сімейне, групове, індивідуальне) з метою орієнтації в проблемі особистості та визначення способів її ефективного вирішення; кризова допомога (надається, коли особистість знаходиться у

складній життєвій ситуації, з метою відновлення психологічного стану, завдяки активній психологічній підтримці); соціально-педагогічний тренінг (проводиться у формі активного групового навчання з метою підвищення ефективності соціального функціонування особистості).

Найбільш дієвим засобом протидії розвитку адиктивної поведінки у підлітків є її профілактика.

О. Безпалько визначає, що профілактика «ґрунтується на своєчасному виявленні та виправленні негативних інформаційних педагогічних, організаційних факторів, що зумовлюють відхилення в психологічному та соціальному розвитку дітей і молоді, в їхній поведінці, стані здоров'я, а також в організації життєдіяльності та дозвілля» [2, с. 35]. Профілактика у розумінні А. Капської – це «комплекс економічних, політичних, правових, медичних, психолого-педагогічних заходів, спрямованих на попередження, обмеження, локалізацію негативних явищ у соціальному середовищі» [16, с. 32].

Отже, профілактика може бути визначена як комплекс заходів, спрямованих на своєчасне виявлення та попередження негативних явищ у суспільстві. Профілактика адиктивної поведінки у підлітків має на меті виявлення груп ризику, просвітницьку діяльність педагогів, соціальних працівників та попередження її розвитку серед учнів старших класів [40].

На основі термінології Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я Л. Корсун визначає три види профілактики адиктивної поведінки у підлітків залежно від етапу її сформованості [21, с. 126–127].

Первинна педагогічна профілактика передбачає виховання, спрямоване на формування морально-психологічної стійкості як основного характерологічного утворення, що відіграє вирішальну роль у критичних ситуаціях.

Вторинна профілактика передбачає переважно діагностування та виявлення адиктивної залежності особистості.

Третинна педагогічна профілактика передбачає корекцію поведінки підлітка та його реабілітацію системою заходів, спрямованих на корекцію



поведінки особистості, перевиховання, на переорієнтацію та реабілітацію хворих алкоголізмом та наркоманією. Завданнями третинної профілактики є: здійснення індивідуального виховного профілактичного впливу на особистість учнів у встановлених групах ризику шляхом використання доцільного та професійно виваженого арсеналу відповідних педагогічних засобів; створення сприятливих для корекції адиктивної поведінки умов соціального оточення, психологічного клімату, позитивного психологічного самопочуття.

Відповідно до видів профілактики адиктивної поведінки у підлітків, О. Ратинська визначає такі форми і методи профілактики [38, с. 234]: інструктаж та консультування, лекції та практикум для вчителів із методики антинаркогенного виховання, розроблення і проведення в ході навчального процесу занять із предметів, які торкаються сутності та впливу психоактивних речовин, лекції для батьків щодо видів психоактивних речовин, їх сутності та причин уживання, практикум для учителів щодо особливостей освіти і виховання учнів з акцентуаціями характеру, повідомлення психолога для батьків про особливості вікової психології періоду раннього юнацтва, психологічні тренінги спілкування, формування впевненості в собі та вміння виходу зі стресових ситуацій, а також масові розважальні заходи як умова змістовного проведення дозвілля. До форм і методів вторинної профілактики О. Ратинська відносить: відвідування наркодиспансеру та бесіди старшокласників із наркоманами, що знаходяться на лікуванні; бесіди із запрошеними на виховні години працівниками кримінальної служби міліції у справах неповнолітніх, відділу з незаконного обігу наркотичних речовин, працівниками Центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, працівниками медико-соціального реабілітаційного центру, лікарями-валеологами; це конкурси плакатів та стіннівок; соціально-психологічні тренінги з профілактики адиктивної поведінки старшокласників. До форм і методів третинної профілактики автор відносить психологічний практикум для батьків щодо техніки безпеки тютюнопаління та вживання алкоголю в сім'ї, а також індивідуальну роботу психолога та соціального педагога з учнями групи

ризик: бесіди, консультації, навчання методам релаксації [40].

Методологічною основою формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у молоді є гуманістична модель освіти, суть якої полягає у створенні сприятливої соціокультурної ситуації, готовності до формування у них суспільно значущої життєвої стратегії, базовими принципами якої є: принцип науковості, системності, наскрізності і доступності знань; принцип безперервності; принцип інтегративності, відкритості; принцип плюралізму уможливорює варіативність авторських проектів, планів, програм на основі інваріативного рівня знань для різних, відносно самостійних типів навчальних закладів з урахуванням потреб, інтересів, нахилів; принцип превентивності та гуманізму; принцип цілеспрямованості, що утверджує спрямованість на досягнення основної мети – підвищення ефективності функціонування власного організму і свідомого позитивного ставлення до нього [20, с. 25].

З метою превентивної та корекційної діяльності з формування здорового способу життя пропонується актуальний проект соціально-педагогічної служби вищого навчального закладу, яка б стала суб'єктом формування здорового способу життя студентів, діяльність якої ґрунтується на впровадженні програм навчального характеру, акцентується на особистому і соціальному розвитку молоді.

Соціально-педагогічна діяльність – різновид педагогічної діяльності, спрямованої на надання допомоги студенту в процесі його соціалізації, освоєння ним соціокультурного досвіду і на створення умов його самореалізації. Саме соціально-педагогічна діяльність у вищому навчальному закладі потребує наявності соціального педагога, на якого б було покладено виконання ним діагностичної, прогностичної, освітньо-виховної, правозахисної, організаторської, комунікативної, послужливо-профілактичної функції. Соціальний педагог у своїй соціально-педагогічній діяльності виступає у трьох ролях: радника, консультанта, захисника тощо. Успішна реалізація його діяльності можлива лише при значній підготовці, що включає широке коло знань, умінь і навичок.

Крім того, превентивну освіту слід розглядати не як систему правил, настанов та заходів, а як індивідуально спрямовану діяльність, що, перебуваючи в постійному режимі соціально-педагогічного моніторингу, який коригує особистість, допомагає їй зберегти здоров'я та безпечно поводитися тощо.

Завданням проекту є: створення соціальних умов для усунення факторів адиктивної поведінки; навчання молоді навичок прийняття рішень, визначення мети, встановлення норм, вміння цінувати себе, а також власне життєвих навичок; формування навичок відмови від пропозицій вживання психоактивних речовин; визначення найбільш ефективних індивідуальних засобів, форм, методів розвитку особистості; відповідно до загальної програми роботи з молоддю та індивідуальної програми роботи з окремим студентом, здійснення комплексної системи заходів щодо діагностики, профілактики, корекції, особистого і соціального розвитку, що спрямовані на забезпечення реалізації положень Державної програми «Освіта» (Україна XXI століття), «Національної доктрини розвитку освіти України у XXI столітті» та ін.

Одним із найсуттєвіших напрямків роботи соціально-педагогічної служби є профілактика, складовими якої є створення: комплексних груп спеціалістів, які забезпечують соціальний захист молоді; виховного середовища, яке дозволяє гармонізувати відносини молодого покоління зі своїм найближчим оточенням в сім'ї, за місцем навчання, роботи; системи підготовки спеціалістів, здатних здійснювати професійну психологічну, соціальну, медичну допомогу, займатися профілактично-виховною роботою з людьми групи ризику, їх родинами; суспільних освітніх програм для підсилення усвідомлення і привернення уваги до проблем молоді з ненормативної поведінкою (телевізійні, освітні програми тощо); умов для соціалізації вільного часу молодого покоління; системи інформаційно-просвітницької діяльності тощо [6, с. 63-66].

Діагностико-корекційне забезпечення системи педагогічної профілактики адиктивної поведінки підлітків передбачає:

- 1) створення високоякісних діагностико-моніторингових підсистем

пофакторного вивчення адиктивності неповнолітніх;

2) розробку і практичне впровадження інваріантних програм корекційно-виховного впливу на дітей різних вікових категорій та однотипних груп з відповідною наркогенною орієнтацією;

3) досконале володіння педагогом (на основі співпраці з психологом) засобами психолого-педагогічної діагностики та корекції, у т. ч. кваліфіковану постановку психолого-педагогічного діагнозу, професійну інтерпретацію системних даних, використання необхідного корекційно-виховного інструментарію [16, 368-369].

Наркоманія є проблемою соціальною, економічною, медичною, а профілактика наркоманії – проблема передусім соціально-психологічна та педагогічна.

Важливим соціально-виховним завданням у плані профілактики наркоманії є розробка і пошук еквівалентів наркотику як засобу об'єднання людей у певні моменти спілкування. У вищому навчальному закладі слід проводити такі види робіт з молоддю:

1. Діагностичну, що спрямована на ліквідацію факторів ризику залучення молодої людини до наркотиків. Реалізується шляхом збору інформації про неї, вивчення особливостей її особистості та негативних факторів, що провокують наркоманію.

2. Прогностичну, суть якої полягає в тому, що на основі встановленого діагнозу розробляється конкретна соціально-педагогічна програма діяльності з молодою людиною, яка передбачає етапні зміни і кінцевий результат соціальної адаптації, корекції чи реабілітації.

3. Виховну, що передбачає визначення змісту соціально-педагогічної діяльності, методів його реалізації, а також тих соціально важливих якостей, які повинні бути виховані у молодої людини у процесі її соціальної реабілітації.

4. Правозахисну, що передбачає як дотримання, так і захист прав людини.

5. Організаторську, яка полягає в створенні умов для повноцінного проведення вільного часу і дозвілля, організації соціально значимої діяльності

молодої людини, схильної до наркоманії.

6. Комунікативну, суть якої полягає в тому, що в ході реалізації соціально-педагогічної діяльності виникає необхідність встановлення безлічі контактів між її учасниками з метою обміну інформації.

7. Попереджувально-профілактивну, яка забезпечує закріплення отриманих позитивних результатів і попереджую можливість появи рецидивів наркоманії, що досягається соціальним патронажем підопічних і оперативним реагуванням в екстремальній ситуації [31, с. 13].

Розглянемо методичні рекомендації з подолання інтернет-залежності для студентів [22, с. 79-80]:

1. Обмежте використання Інтернету за часом. Коли входите в Інтернет, прослідкуйте скільки часу на день ви витрачаєте на знаходження в мережі. Виходячи з цього треба окреслити собі відповідні часові рамки проведення в віртуальному світі. Використовуйте таймер.

2. Входячи в Інтернет, ви повинні знати чітку мету для чого вам це потрібно. Метою є пошук інформації, перегляд відео для навчальної чи трудової діяльності, або просто сумно і ви безцільно проводите час в мережі.

3. Приділяйте більше часу своїм хобі та інтересам поза Інтернетом. Намагайтеся зробити своє дозвілля насиченим. Щоб у вас не вистачало часу на зазірання до мережі та мали заряд енергії при якому не хочеться сидіти на дивані та нудьгувати. Займіться тим, чим давно мріяли, але постійно відкладали на потім.

4. Змінюйте віртуальний світ на реальний. Зустрічайтесь з друзями, гуляйте в парку, відвідуйте розважальні заклади, але з умовою відключення інтернету на вашому гаджеті.

5. Переведіть текст в розмови. Якщо хочеться поспілкуватись з друзями, ріднею і т.д., краще подзвонити, аніж спілкуватись в месенджерах.

6. Позбавтесь звички перегляду «лайків». На даний час, більшість користувачів Інтернету кожен день додають в свої профілі соціальних мереж фото кожного свого кроку. Позбудьтесь від залежності перегляду «лайків» та

коментарів в соціальній мережі.

7. Доповніть запас знань. Читайте друковані книги з цікавих вам тем, прочитайте те, що давно хотіли. Але обов'язково в офлайн-режимі.

8. Влаштуйте сімейний вечір. Зберіться всі, приготуйте разом вечерю, пограйте в настільні ігри.

9. Зверніть увагу на всебічний розвиток особистості (духовний, культурний, емоційний) [22, с.79-80].

## **2.2. Характеристика програм з корекції адиктивної поведінки**

Паралельно з наркотизацією, пропагандою наркотичних речовин, розповсюдженням наркоманії в маси люди шукали вихід. Однією з проблем при лікуванні алкоголізму вступала ситуація підміни, коли після лікування наркоманії людина розпочинала вживати алкоголь, захоплювалася азартними іграми, і одна залежність змінювалася іншою.

Програма «12 кроків», що була задумана для лікування залежності від алкоголю, стала справжнім порятунком і при інших залежностях. Її унікальність полягає в тому, що вона бореться з адиктивною поведінкою в різних проявах (гра, спиртне, психоактивні речовини).

Програма спрямована допомогти людині:

- об'єктивно оцінити життєву ситуацію;
- позбутися залежної поведінки;
- провести переоцінку життя, цінностей;
- налагодити відносини з сім'єю, суспільством, самим собою;
- попередити можливі зриви;
- соціально відновитися;
- підвищити рівень духовності, моральності.

Програма була придумана в 30-х роках минулого століття в групі Анонімних Алкоголіків. Засновником групи виступив Білл Уїлсон, колишній

алкозалежний. Разом зі своїми однодумцями він розробив перший варіант тексту програми, який повністю регулював роботу групи. Програма мала релігійний підтекст, спираючись на принципи християнства:

- чесність перед оточуючими, собою;
- допомога ближнім;
- чистота думок, духу;
- любов до ближнього.

З цього моменту популярність методу росла, його визнавали, відкриваючи групи при психіатричних клініках. Кожен новий випадок хвороби вдосконалював програму. Визначилися головні ідеї методу:

- визнати свою слабкість перед хворобою;
- усвідомити необхідність віри в щось вище (Бога, сім'ю, любов). Віра в силу, яка допоможе позбутися залежності;
- взаємодопомога «друзів по нещастю».

Підтримка людини, яка не з чуток знає про всі труднощі залежності стала вирішальною в написанні остаточного варіанту програми «12 кроків».

Історія методу «12 кроків» писалася завдяки Біллу Уїлсону, який на власному досвіді підтвердив ефективність, удосконалив метод, зробив його безпечнішим, доступнішим перед іншими. Використання програми не виключає необхідності в будь-яких інших методах, але робить процес реабілітації комплексним.

Головна зброя програми – кроки. Щире виконання кожного кроку змінює залежного. Розглянемо кожен крок окремо.

1-й. Ми визнали, що ми безсилі перед залежністю, визнали, що життя наше стало некерованим.

Факт, що всі залежні заперечують проблему. Момент осяяння настає іноді дуже пізно. Для початку лікування важливо, щоб людина самотійно визнала свою хворобу, всю серйозність становища.

2-й. Ми прийшли до переконання, що тільки Сила, більш могутня, ніж наша власна, може повернути нам розсудливість.

Залежний визнав, що він слабкий, що справа не в наркотиках, алкоголі, картах, а в самій хворобі. Він визнає, що власних сил йому недостатньо для боротьби, він потребує чогось більшого. Він звертається до віри в щось сильніше, ніж він сам. Необов'язково, що ця сила буде чимось божественним. В якості вищої сили може виступати:

- Бог, віра;
- сім'я, близькі;
- любов до близьких, дітей, рідних;
- допомога друзів, колишніх залежних;
- віра в допомогу програми.

Важливо, щоб залежний самостійно визначив, що надає йому сил.

3-й. Ми прийняли рішення доручити нашу волю і життя Богу, як ми його розуміємо.

Людина відпускає свій егоїзм, вчиться довіряти, позбавляється від ідеї виправдання залежності, стає більш відповідальною, відповідає за власні вчинки.

4-й. Ми глибоко й безстрашно досліджували себе і своє життя з моральної точки зору.

Подивитися об'єктивно на життя — велике досягнення. Дослідження себе допомагає виявити проблеми, протиріччя в житті, дізнатися про себе з сильного і слабого боку.

5-й. Ми визнали перед Богом, собою і будь-якою третьою людиною справжню природу своїх помилок.

Полегшити душу перед близьким, чесно розповісти про своє минуле перед Вищою Силою – велика праця. Такий відчайдушний крок знімає тягар з плечей, допомагає почати все з початку.

6-й. Ми повністю підготували себе до того, щоб Бог позбавив нас від цих дефектів характеру.

Розуміння того, що причина наших бід – не речовини, а ми самі, наш характер, захоплення, слабкості. Взнявши на себе відповідальність за минуле,



без труднощів можна почати будувати майбутнє.

7- й. Ми смиренно просили Його позбавити нас від недоліків.

Немає ідеальних людей. До зміни ми йшли всі 6 кроків. Підтримка Сили, досвід колишніх залежних, які пройшли через кроки, вселяє нам мужність, рішучість побороти свої недоліки.

8-й. Ми склали список всіх тих людей, кому ми заподіяли шкоду, і сповнилися бажанням відшкодувати їм усім збиток. Уміння прощати, просити вибачення – унікальна навичка. Будучи під впливом своїх слабкостей, ми зробили багато шкоди близьким, залишаючи фізичні, психологічні, моральні рани. Пробачення себе допоможе широко попросити вибачення в оточуючих.

9-й. Ми особисто відшкодовували цим людям збиток, крім тих випадків, коли це могло зашкодити їм або кому-небудь іншому.

Позбавляємося почуття провини, виправляючи помилки. Міняємо відлуння минулого в сьогодні, тим самим змінюючи своє сьогодні і майбутнє.

10-й. Ми продовжували спостерігати за собою і, коли допускали помилки, відразу визнавали це.

Тривала робота над собою, своєю поведінкою, думками, бажаннями вчить визнавати свої помилки.

11-й. Шляхом молитви й роздумів ми намагалися поліпшити наш свідомий контакт з Богом, як ми його розуміли, молячись лише про знання сил для цього.

Пройшовши шлях від першого до одинадцятого кроку, ми тільки зміцнювали віру в Вищу Силу, яка протегує над нами, наділяючи цю силу своїм особливим змістом, обличчям, образом, розвиваючи власну силу духу.

12-й. Досягнувши духовного пробудження в результаті виконання всіх цих кроків, ми прагнули донести зміст наших ідей до інших залежних, застосовуючи ці принципи у всіх наших справах.

Пройшовши всі кроки, ми починаємо нове життя, знайшовши свою силу, яка допомогла нам змінитися. Ми несемо цю ідею через все життя,

допомагаючи іншим людям пройти всі труднощі.

По суті, програма не є християнською, а виховує духовність у людині, підтримуючи ідею віри (в щось вище для кожної конкретної людини) для отримання сили.

Важлива послідовність кожного кроку. Залежний набуває вміння керуватися цими принципами у своєму житті, не здійснюючи більше помилок [44].

Профілактичні програми, що впроваджуються на основі традиційних освітніх підходів, не можуть забезпечити засвоєння підлітками й молодими людьми необхідних знань та навичок. Адже здебільшого їх проведення не передбачає активного залучення учасників до навчального процесу, відпрацювання ними практично отриманих знань та позитивного їх закріплення. Відтак, набули актуальності програми, які проводяться у формі інтерактивних тренінгових занять, що надають учасникам необхідну інформацію та можливість отримати корисні уміння і навички поведінки.

Із цією метою фахівцями міжнародної організації «Право на здоров'я» (HealthRight International) було розроблено програму просвітницько-профілактичного тренінгу «Сходи́нки».

Програма складається з десяти тематичних занять. Змістовні інформаційні блоки та практичні вправи дають змогу не лише поінформувати підлітків про різноманітні аспекти здорового способу життя, але й сприяють зміні їхнього уявлення про здоров'я, формуванню важливих життєвих цінностей, вмінню приймати відповідальні рішення, допомагають учасникам оцінити власні ризики щодо інфікування ВІЛ, а також змінити своє ставлення до людей, які живуть з ВІЛ. У тренінгу використовується інтерактивний підхід, що дає можливість підліткам виробити навички відповідальної поведінки [24, с. 5].

Технологія соціального виховання «Сходи́нки до твого здоров'я» дітей підліткового та юнацького віку – це технологія соціального виховання особистості, спрямована на розвиток, формування фізично, психічно, духовно,

соціально здорової особистості. Завданнями цієї технології є формування здоров'язбережувальної компетентності дітей підліткового та юнацького віку. Визначена технологія характеризується такими особливостями:

- 1) модульна (складається з трьох блоків (модулів): перший – чотири, другий – вісім, третій – п'ять занять);
- 2) групова (проводиться тренінг з групою дітей підліткового та юнацького віку);
- 3) інтерактивна (використовуються інтерактивні форми та методи соціального виховання особистості).

Із метою ефективного формування здоров'язбережувальної компетентності особистості в реалізації технології соціального виховання «Сходи до твого здоров'я» дітей підліткового та юнацького віку фахівцями із соціальної роботи, соціальними педагогами, педагогами закладів загальної середньої освіти пропонуємо її характеристику на основі компетентнісного підходу [42].

Комплексна корекційно-розвивальна програма для старшокласників.

«Підліткові девіації. Шляхи подолання» була створена з метою відкоригувати та врівноважити динаміку психічних процесів; підвищення кількості способів регулювання мислення та поведінки; підтримка та активізація гармонічного розвитку основних сфер діяльності підлітка: фізичної, емоційно-вольової, інтелектуальної та духовної; формувати активну життєву позицію; пропагандувати здоровий спосіб життя [36, с. 71-72].

Компоненти корекційно-розвивальної програми для старшокласників «Підліткові девіації. Шляхи подолання» [36]:

#### 1. Освітній компонент.

Специфічний аспект – мати уявлення про наслідки, до яких приводять ті або інші девіантні відхилення в поведінці і як вони можуть вплинути на життя і долю людини.

Мета: навчити молоду людину розуміти й усвідомлювати, що відбувається з людиною (з будь-ким, можливо, і не з ним самим) при тих або

інших способах девіантного реагування на проблемні ситуації.

Неспецифічний аспект – знання про себе, розуміння своїх відчуттів, емоцій, можливі способи роботи з ними, турбота про себе.

Мета: формування розвинутої концепції самосвідомості у молодій людині.

2. Психологічний компонент – корекція певних психологічних особливостей особистості, що сприяють прояву девіантних відхилень у поведінці, створення сприятливого довірчого клімату в колективі, психологічна адаптація школярів групи ризику та ін. Робота з почуттями вини, страху, невпевненості в собі, проблемами відповідальності, прийняття рішень.

Мета: психологічна підтримка дитини. Формування адекватної самооцінки, навичок прийняття рішень, уміння сказати «ні», постояти за себе, визначати і нести відповідальність за себе, свої дії та свій вибір.

3. Соціальний компонент – допомога в соціальній адаптації дитини до умов навколишнього соціуму, оволодіння навичками спілкування, здорового способу життя.

Мета: формування соціальних навичок, необхідних для здорового способу життя і комфортного існування в навколишній соціальній дійсності.

Умови, які сприяють реалізації цієї мети:

- розробка і розвиток високо функціональних стратегій поведінки і мобілізація особистісних ресурсів школярів;

- відкрите, довірче спілкування і сприйняття інформації, творча атмосфера роботи;

- цілеспрямований розвиток наявного особистісного потенціалу, який сприятиме формуванню здорового стилю життя і високоефективної поведінки;

- формування позитивної Я-концепції (самооцінки, ставлення до себе, своїх можливостей і недоліків); власної системи цінностей, мети і установок;

- наявність здатності робити самостійний вибір, контролювати свою поведінку і життя, вирішувати прості та складні життєві проблеми, уміння оцінювати ту або іншу ситуацію і свої можливості, контролювати її;

- уміння спілкуватися з оточуючими, розуміти їх поведінку і перспективи, співпереживати та надавати психологічну й соціальну підтримку; розвиток стратегій і навичок поведінки, що веде до здоров'я: прийняття рішення та подолання життєвих проблем, оцінки соціальної ситуації і прийняття відповідальності за власну поведінку в ній, відстоювання та захист меж свого персонального простору; захисту свого «Я», використання альтернативних поведінкових реакцій, безконфліктне та ефективне спілкування.

Загальний час реалізації програми: 2,5 місяця (9 занять-зустрічей з усіма учасниками процесу).

Вимірювання результатів: повторне проведення діагностики схильності до адиктивної, агресивної, деліквентної поведінки за методикою О. Орел, анкетування та бесіди з батьками і вчителями.

Для безпосередньої реалізації в діяльності соціального педагога програма має бути заповнена конкретикою кожного окремого заняття, що є можливим лише за умови знання особливостей конкретно взятого підлітка.

Можна заключити, що програма соціально-педагогічної корекції повинна мати на меті усунення причин, що породжують девіації. Корекційна робота проводиться не лише з самим підлітком, а й з оточуючими його людьми. Перед корекційною роботою завжди проводиться діагностика. По закінченні програми необхідно дослідити результати. Будь-яка програма має спиратись на особливості конкретного підлітка, що забезпечує індивідуальний підхід [36, с. 75-77].

Людина здатна змінити багато чого: свою поведінку, думки і почуття, звички, у тому числі ті, яких хочемо позбутися. З більшістю проблем можна впоратися самотійно. Для цього потрібно навчитися використовувати власні ресурси та залучити оточуючих для підтримки. У своїй книзі «Психологія позитивних змін» Джеймс Прохазка, Джон Норкросс, Карло ді Клементе [49] представили методи проведення самотійної діагностики, дали докладний опис реальних історій змін та навели конкретні приклади змін, які демонструють кожен принцип та ідею. Неважливо, чи збирається людина почати відкладати

гроші, кинути їсти вечорами або покласти край іншим формам поведінки, що самознищує і викликає залежність, цей алгоритм дозволить їй досягти бажаних результатів.

Існує шість етапів зміни:

1. Опір змінам.
2. Роздуми.
3. Підготовка.
4. Дія.
5. Збереження змін.
6. Завершення.

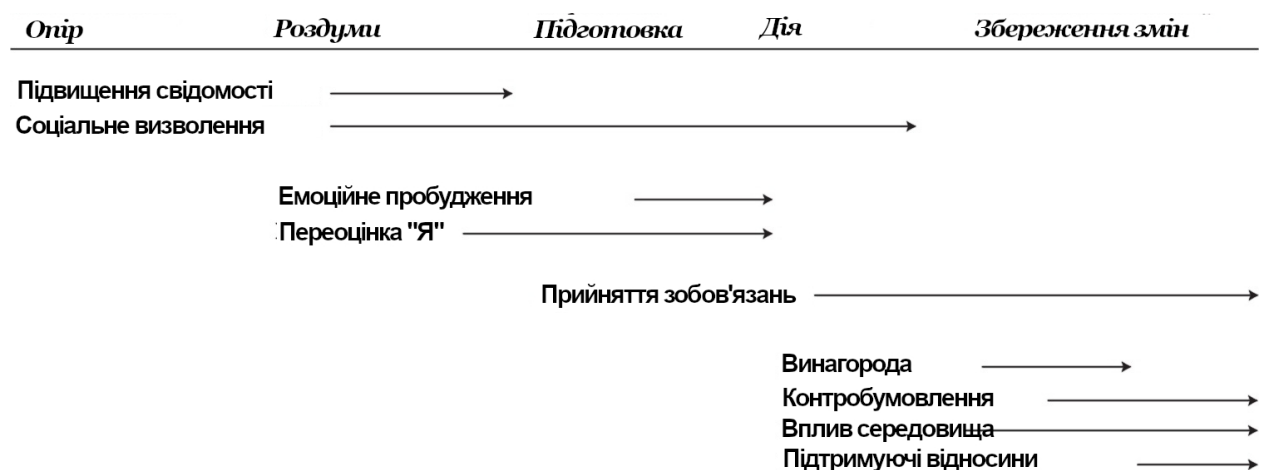


Рисунок 2.1. – Етапи зміни, на яких певні техніки зміни найефективніші (James Prochaska, John Norcross, Carlo DiClemente Changing for Good)

### 1) Опір змінам.

Англійський письменник Гілберт Честертон, мабуть, описував супротивників змін, коли говорив: «Справа не в тому, що вони не бачать рішення. Вони просто не бачать проблеми». Люди, які перебувають на цьому етапі, як правило, не збираються змінювати свою поведінку і здебільшого заперечують наявність проблеми, незважаючи на те, що їхні родини, друзі, сусіди, лікарі або колеги ясно її бачать.

Розглянемо випадок п'ятдесятип'ятирічного директора заводу, котрий

щовечора засинав перед телевізором – навіть коли в хаті збиралися гості. Зазвичай дратівливий і напружений, він втратив інтерес до всього, зокрема й до сексу, крім роботи. Він не міг зрозуміти, чому всі так про нього турбуються, і не усвідомлював, що його ухилення від життя є проблемою. Все, що він хотів змінити, – позбутися нескінченної критики з боку сім'ї та друзів. Більшість «противників» не хочуть змінюватися і зазвичай починають лікування під тиском інших – через дружину, яка загрожує розлученням, начальника, який лякає звільненням, батьків, які загрожують зреченням, суддів, які лякають покаранням. Коли їх силоміць змушують пройти курс лікування, спочатку вони думають: «Як зробити так, щоб від мене всі відстали?» Якщо цього не вдається, «противники» можуть змінитися, але лише за наявності сильного та постійного тиску з боку. Щойно пресинг слабшає, вони відразу беруться за старе.

Коротше кажучи, «супротивленці» протистоять змінам. Коли їхня проблема спливає у розмові, вони змінюють тему, коли в газетній статті розповідається про неї, перевертають сторінку. Вони не мають у своєму розпорядженні достатньої кількості інформації і мають намір залишатися в невіданні за будь-яку ціну. У США майже через тридцять років після публікації звіту головного лікаря Національної служби охорони здоров'я про куріння 10 мільйонів курців відмовляються вірити в те, що ця звичка веде до передчасної смерті. І всі ми зустрічали гірких пияків, які заперечували свій алкоголізм. Заперечення – характерна риса тих, хто «опирається», які перекладають відповідальність за свої проблеми на спадковість, фізичну залежність, сім'ю, суспільство чи «долю». Все перелічене вище, на їхню думку, неможливо контролювати. До того ж, «противники» нерідко деморалізовані. Вони не хочуть думати, говорити чи читати про свою проблему, оскільки вважають ситуацію безнадійною. Втішно усвідомлювати, що деморалізація – природний стан на етапі опору змін, і, подолавши всі етапи, можна змінитися. Багато професіоналів відзначають, що одна з дивовижних рис цієї програми полягає в тому, що вона допомагає протистояти деморалізації як з боку пацієнтів, так і з

боку лікарів.

Автори намагаються розібратися, як усе ж таки надати допомогу тим, хто змінюватися не збирається. Рішення криється в підході: навіть ті, хто «опирається», можуть просунути на шляху до змін, якщо запропонувати їм правильні аргументи в потрібний час. Велика ймовірність того, що і у вас є щонайменше одна шкідлива звичка, подолання якої ви чините опір.

## 2) Роздуми.

«Я хочу перестати себе відчувати у повному глухому куті». Ці прості слова типові тим, хто перебуває в етапі роздумів. Тут люди визнають факт проблеми та починають серйозно обмірковувати шляхи її вирішення. Вони щосили намагаються усвідомити її суть, докопатися до причин, розглядають можливі варіанти рішень. Багато хто будує невизначені плани і збирається почати діяти приблизно через півроку.

Проте ті, хто перебуває на етапі роздумів, можуть бути дуже далекі від самої події. Вони нагадують перехожого, який одного вечора зустрівся психотерапевту Альфреду Бенджаміну. Коли Бенджамін повертався додому, до нього підійшов незнайомец і спитав, як дістатися до якоїсь вулиці. Бенджамін пояснив, незнайомец же, уважно вислухавши, попрямував у протилежний від зазначеного Бенджаміном бік. Психотерапевт закричав йому: «Ви обрали неправильний напрямок». На що незнайомец відповів: Так, знаю. Але я ще не цілком готовий».

Така зазвичай природа етапу роздумів: ви вже знаєте пункт призначення і як дістатися до нього, але ще не цілком готові туди вирушити. Багато хто застряє на цьому етапі на довгий час. Так, курцям, які брали участь у дослідженні авторів, знадобилося в середньому два роки, перш ніж розпочати дії.

Немає нічого незвичайного в тому, що люди, які прагнуть змінити себе самі, роками можуть переконувати себе, що колись настане день і вони зміняться. Страх невдачі може змушувати їх шукати більш повну інформацію про проблему або сенсаційне її вирішення. Цей процес може бути



нескінченним, як у випадку з тридцятивосьмирічною дамою, яка очолює відділ аналізу інформації, яка думала про те, щоб кинути палити. Працюючи у страховій компанії, вона чудово усвідомлювала всі ризики, з якими стикаються затяті курці. Вона знала і те, що багато спеціальних лікувальних програм не підходять більшості курців. Таким чином, вона продовжувала читати всі книжкові та журнальні новинки з цієї теми, твердячи собі, що кине курити, як тільки з'явиться якась програма, що стоїть.

Проходячи лікування у спеціаліста, також можна «забуксувати». Недавно на обкладинці журналу New York було зображено людину за ґратами, що кричить «Допоможіть! Я в полоні у довгострокової терапії!». Зведіть разом психотерапевта, схильного до роздумів, і клієнта, схильного до роздумів, і лікування може тривати вічно.

Людей, які постійно замінюють дію думками, можна назвати хронічними мислителями. Але коли вони починають переходити до етапу підготовки, їхні думки зазнають двох серйозних змін. По-перше, ці люди більше фокусуються на вирішенні, а не проблемі. Потім починають більше думати про майбутнє, ніж минуле. Кінець етапу роздумів – час передчуття, активності, занепокоєння та збудження.

### 3) Підготовка.

Більшість із тих, хто перебуває на етапі підготовки, планують розпочати дії вже наступного місяця та вносять у плани останні корективи. Важливий крок на даному етапі — сповістити оточуючих про свій намір змінитись, оголосивши, наприклад: «Я перестаю переїдати з понеділка». Однак, незважаючи на те, що люди на етапі підготовки мають намір діяти і виглядають повністю до цього готовими, вони зовсім не обов'язково впоралися зі своєю нерішучістю. Можливо, їм все ще доводиться переконувати себе, що прийняте ними рішення єдине правильне.

На етапі підготовки хтось, можливо, вже зробив спроби змінитись, наприклад, зменшивши споживання алкоголю або підраховуючи калорії. Усвідомленість висока, передчуття відчутно. Ті, хто скорочує етап підготовки,

наприклад, прокинувшись одного ранку і різко «зав'язавши» з курінням, зменшують свої шанси на успіх. Можна більш ефективно використовувати цей час, ретельніше плануючи, складаючи жорстку, детальну схему дій. Треба переконатися, що знаєте техніки зміни, які застосовуватимете.

#### 4) Дія.

Саме на даному етапі люди повністю змінюють свою поведінку та оточення. Вони перестають купувати цигарки, прибирають із дому всі десерти, виливають останній кухоль пива в каналізацію чи протистоять своїм страхам. Коротше кажучи, роблять крок, до якого готувалися.

Дія, очевидно, найнапруженіший етап, що вимагає значного вкладення часу та енергії. Зміни, що відбуваються в цей час, найбільш помітні оточуючим у порівнянні з попередніми етапами і, відповідно, зустрічають шире схвалення.

Небезпека тут у тому, що багато, включаючи професійних психотерапевтів, нерідко помилково прирівнюють дію до змін, забуваючи про такі ж важливі (а часто і складніші) кроки, спрямовані на збереження змін. Іноді результат обманює очікування через те, що на етапах до і після дії підтримка оточуючих дуже мала. Коли ті, хто вступив на шлях зміни, найбільше її потребують – підтримка вичерпується.

Професіонали, що ототожнюють зміну та дію, розробляють дивовижні програми та гірко розчаровуються, коли результати не дають очікуваного ефекту або велика кількість учасників кидає заняття на середині. Успішні програми, створені для тих, хто «опирається», істотно відрізняються від розроблених для тих, хто перебуває на етапі дії. Насамперед програми повинні відповідати тому етапу зміни, на якому вони застосовуються.

Слід пам'ятати, що етап дії – не єдиний спосіб просунути на шляху боротьби з проблемою. Хоча зміни у поведінці і є основним доказом змін, цим справа не обмежується. Можна змінювати рівень усвідомлення, емоції, образ «Я», мислення тощо. Багато з цих змін відбуваються на етапах, що передують дії.

Більше того, будь-яке пересування від одного етапу до іншого – значний

прогрес. Якщо після багатьох років ігнорування проблеми людина свідомо починає визнавати її існування і серйозно думає про порятунок, перехід від етапу опору до етапу роздумів стає не менш важливим, ніж від підготовки до дії. Дія, якою б важливою вона не була, не є ні першим, ні останнім етапом у циклі змін.

#### 5) Збереження змін.

На кожному етапі є свої складнощі, і етап збереження змін – не виняток. Саме на ньому потрібно старанно працювати над закріпленням своїх досягнень і щосили намагатися не допустити повернення до колишнього стану. Зміна ніколи не закінчується етапом дії. Хоча традиційна психотерапія вважає збереження змін статичним етапом, насправді це критично важливе продовження, яке може тривати щонайменше шість місяців і навіть життя.

Без твердого наміру закріпити досягнуте рецидив може трапитися майже зі стовідсотковою ймовірністю, зазвичай аж до етапу опору змін або роздумів. Одна тридцятидев'ятирічна одинока матір після багатьох років зловживання алкоголем і марихуаною утримувалася від такої згубної пристрасті більше року. Але, незважаючи на це, вона усвідомлювала, що постійно ризикує «зірватися», тому навмисно уникала таких спокус. Вона активно та ефективно проходила етап збереження змін. Ще один чоловік, який в недавньому минулому був залежним від алкоголю, тримав в ящику столу пляшку зі спиртним, щоб, за його словами, «перевіряти свою волю». На жаль, минуло не так багато часу, і його воля піддалася спокусі.

Програми, які обіцяють результат тут і зараз, зазвичай заперечують, що збереження змін – тривалий, безперервний процес. Мільйони людей втрачають чимало кілограмів за допомогою модних дієт, але набирають початкову (а то й більшу) вагу протягом наступних шести місяців.

#### 6) Завершення.

Етап завершення – кінцева мета всіх, хто працює над собою. На даному етапі згубна пристрасть чи проблема перестають бути спокусою чи загрозою, шкідливі звички вже не повернуться, і у людини є стовідсоткова впевненість у

тому, що вона впорається, не побоюючись рецидиву. На етапі завершення це досягається без особливих зусиль з боку особистості. Вона пройшла весь цикл та виграла битву.

Щодо етапу завершення не вщухають суперечки. Деякі фахівці вважають, що певні проблеми неможливо вирішити до кінця, їх можна придушити, все життя підтримуючи збереження змін. Цілком реально кинути палити. Багато хто впорався з цією проблемою безболісно, але чимало й тих, хто залишається на етапі збереження змін, відчуваючи потяг до сигарет через п'ятнадцять років після відмови від них. [49]

### **Висновки до другого розділу**

У другому розділі ми розглянули практичну реалізацію соціально-педагогічної корекції адиктивної поведінки у молоді, зокрема роботу з підлітками, які схильні до адиктивної поведінки. Розглянуті підходи, методи та принципи корекційної роботи, підкреслюють важливість системного, індивідуалізованого та комплексного підходу до корекції.

Важливою складовою корекційної роботи є визначення суті та структури поняття «соціально-педагогічна корекція». Корекція включає виправлення, усунення або змінення негативних рис поведінки та психічного розвитку, що спрямоване на формування соціально корисної життєвої перспективи.

Корекційна робота може здійснюватися через різні методи, такі як психодинамічний і поведінковий підходи. Психодинамічний підхід (психоаналітичний напрямок та гуманістична психологія) фокусується на внутрішніх психологічних процесах, тоді як поведінковий підхід (теорії навчання, біхевіоризм) орієнтований на зміну зовнішньої поведінки через навчання нових адаптивних форм.

Корекційна робота включає функції відновлення, компенсування, стимулювання та виправлення негативних рис поведінки. Ці функції забезпечують всебічний вплив на особистість, сприяючи її позитивному

розвитку та соціалізації.

Основними принципами корекційної роботи є повага до особистості дитини, опора на позитивне, гуманістична спрямованість дій, системність та комплексний підхід. Важливою є інтеграція зусиль різних соціальних суб'єктів, таких як батьки, школа, громадські організації та соціальні служби.

У процесі корекційної роботи важлива роль належить різним суб'єктам – соціальним педагогам, психологам, валеологам, соціальним працівникам та батькам. Кожен із них виконує свої специфічні функції, що доповнюють загальний корекційний вплив.

Важливим аспектом є профілактика адиктивної поведінки, яка передбачає своєчасне виявлення та виправлення негативних факторів. Профілактика поділяється на первинну, вторинну та третинну, кожна з яких має свої завдання та методи впливу.

На основі аналізу теоретичних і практичних аспектів корекційної роботи з молоддю з адиктивною поведінкою, можна зробити висновок, що успішна корекція вимагає комплексного підходу, який враховує індивідуальні особливості кожної дитини та забезпечує активну взаємодію всіх суб'єктів соціального виховання. Усі програми з корекції адиктивної поведінки у молоді акцентують увагу на індивідуальному підході до кожного учасника. Важливим елементом є взаємодопомога та підтримка з боку інших учасників програм або близьких людей. Програми спрямовані на усунення не лише симптомів залежності, але й причин, що її викликають. Вони включають освітні, психологічні та соціальні компоненти для комплексного розвитку особистості. Підхід до лікування залежностей та девіантної поведінки є інтегративним, поєднуючи різні методи та техніки для досягнення найкращих результатів.

## ВИСНОВКИ

В даній кваліфікаційній роботі було детально розглянуто соціально-педагогічну корекцію адиктивної поведінки у молоді, висвітлюючи актуальність цієї проблеми, основні теоретичні аспекти та існуючі методи її вирішення. З проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

Молодь є важливою складовою українського суспільства, носієм інтелектуального потенціалу та визначальним фактором соціально-економічного прогресу. Однак сучасне суспільство стикається з поширенням негативних явищ, таких як девіантна поведінка, булінг, кібербулінг, насильство та різні види адикцій (залежностей).

Адиктивна поведінка негативно впливає на фізичне та психічне здоров'я, емоційний стан, соціальне життя та фінансовий стан молоді, а також збільшує навантаження на систему охорони здоров'я, знижує продуктивність праці та підвищує рівень злочинності.

Адиктивна поведінка визначається як деструктивна форма поведінки, спрямована на уникнення реальності через зміну психічного стану за допомогою хімічних речовин або певних видів діяльності. Вона включає хімічні адикції (алкоголь, наркотики), нехімічні адикції (азартні ігри, комп'ютерні ігри) та проміжні форми (анорексія, булімія).

Процес формування адиктивної поведінки включає три основні етапи: готовність до першої проби, експериментування та навчання, а також стадію сформованої залежності. На перших двох етапах велике значення має профілактика, оскільки саме тут можливе втручання з метою зменшення кількості молоді з адиктивною поведінкою.

Молоді люди з адиктивною поведінкою мають знижену переносимість труднощів, що обумовлюється прагненням до негайного отримання задоволення. Вони часто реагують негативними емоціями або уникають проблем. Підвищена уразливість і підозрілість призводять до частих

конфліктів, а поверхневий характер соціабельності обмежує їх у здатності до глибоких емоційних відносин.

Адиктивна поведінка призводить до трансформації особистості та соціальної дезадаптації. Особа поступово втрачає колишні інтереси та соціальні зв'язки, а життєвий простір звужується до ситуації одержання об'єкта адикції. Це призводить до деградації особистості, зниження критичності та агресивно-захисної поведінки.

Важливість профілактики та корекції адиктивної поведінки підкреслюється через навчання, пропагандистські заходи та розробку програм корекції. Існують різні підходи до корекції адиктивної поведінки, що включають соціально-педагогічні методи, програми на рівні шкіл та громад. Наприклад, міжнародний проект ESPAD, який проводить опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин, надає цінні дані для розробки профілактичних заходів.

Проблема адиктивної поведінки широко досліджувалась різними науковцями, які пропонували методи профілактики та корекції залежностей. Наприклад, профілактикою та корекцією адиктивної поведінки займалися такі дослідники, як Заверико Н.В., Капська А.Й., Оржеховська В.М., Федоренко Т.В., які пропонували різні підходи до вирішення цієї проблеми.

Описані програми з корекції адиктивної поведінки, які існують в Україні та за кордоном, спрямовані на зменшення вживання психоактивних речовин та розвиток здорових альтернативних форм поведінки. Важливість має участь державних органів, навчальних закладів та громадських організацій у реалізації цих програм.

Ми всебічно проаналізували проблеми адиктивної поведінки серед молоді, висвітлюючи як теоретичні основи, так і практичні заходи для її профілактики та корекції. Існує необхідність комплексного підходу, що включає як наукові дослідження, так і практичні програми, спрямовані на зменшення рівня адиктивної поведінки та розвиток здорового способу життя серед молоді.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Психологічні механізми адиктивних порушень харчової поведінки. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2017. Вип. 1. Т. 1. С. 1–13.
2. Абсалямова Л. М. Розлади та порушення харчової поведінки особистості. *Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України* / за ред. С. Д. Максименка, Л. А. Онуфрієвої. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. Вип. 25. С. 19–33.
3. Балакірєва О. М., Яременко О. О., Артюх О. Р. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003 роки. Київ : Державний ін-т проблем сім'ї та молоді, 2003. 174 с.
4. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2009. 207 с.
5. Березяк К., Дрогобицька І. Адикція як психологічне явище сучасного суспільства та фактори її поширення. *Гуманітарні аспекти формування особистості: матеріали VII Всеукраїнської наукової Інтернет-конференції, 29 травня 2019 р.* / за заг. ред. Нагірняка М. Я. Львів : ЛДУ БЖД, 2019. С. 26–43.
6. Бойченко Т., Колодій Н. Основи здоров'я: Експериментальний посібник для учнів. III віковий рівень. Київ : Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український ін-т соціальних досліджень, 2005. 124 с.
7. Будзак Л. Проблема залежності студентської молоді від соціальних мереж: сучасний стан та шляхи вирішення. *Освіта і наука*. 2021. № 1. С. 1–3. URL: <https://e-journals.udu.edu.ua/index.php/on/article/download/266/583> (дата звернення: 24.05.2024).
8. Вальчук О. Сутність та зміст профілактики нехімічної адикції в теорії



- соціального виховання. *Освіта і наука*. 2021. № 1. С. 1–2.  
URL: <https://e-journals.udu.edu.ua/index.php/on/article/download/268/585>  
(дата звернення: 24.05.2024).
9. Веліканов П. П. Невротична релігійність: генезис, феноменологія і перспективи взаємодії в рамках православної традиції. *Діабет. Ожиріння. Метаболічний синдром*. 2022. № 1. С. 6–16.
  10. Данько Ю. А. Феномен соціальних мереж у контексті становлення і розвитку мережевого суспільства. *Вісник Міжнародного слов'янського університету. Серія «Соціологічні науки»*. 2012. Т. 15. № 1-2. С. 53–59.
  11. Железнякова Ю. В. Основні характеристики адиктивної поведінки. *Теорія і практика сучасної психології*. 2016. № 2. С. 4–8.
  12. Заверико Н. В. Соціально-педагогічна корекція: розвиток поняття в історичній перспективі. *Вісник Запорізького національного університету*. 2010. № 2. С. 13. С. 60–64.
  13. Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2022 рік (за даними 2021 року): ДУ «ІСП МОЗ України». Київ, 2022. 77 с. URL: <https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2023/01/zvit-shhodo-narkotychnoyi-ta-alkogolnoyi-sytuacziyi-v-ukrayini-2022.pdf> (дата звернення: 23.05.2024).
  14. Змановська Є. В., Рибников В. Ю. Девіантна поведінка особистості і групи. Київ: Логос, 2010. 352 с.
  15. Іванчук А., Шимкова І., Глуханюк В. Інтерес майбутніх учителів до поведінкових чинників ризику ніотинової адикції. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. 2024. Вип. 1. С. 110–118.
  16. Капська А. Й., Безпалько О. В., Вайнола Р. Х., Вакуленко О. В. Соціальна педагогіка : підручник / за ред. А. Й. Капської. Київ : Центр навчальної літератури, 2003. 256 с.
  17. Катастрофічні масштаби наркоманії в Україні. *Реабілітаційний центр «Сила волі»*. 2016. URL: [http://silavoli.od.ua/blog/katastroficheskie\\_masshtaby\\_narkomanii\\_v\\_ukraine/2016-02-10-5](http://silavoli.od.ua/blog/katastroficheskie_masshtaby_narkomanii_v_ukraine/2016-02-10-5) (дата звернення 2.05.2024).

18. Козира П. В., Багрій В. В. Ігрова залежність: визначення, класифікація та діагностика. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ (серія психологічна)*. 2023. № 1. С. 54–61.
19. Крамченкова В. О. Особливості поведінки старшокласників-курців в емоційно напружених ситуаціях. *Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія «Психологічні науки»*. 2014. Вип. 2.12. С. 106–112.
20. Концепція формування позитивної мотивації на здоровий спосіб життя у дітей та молоді (затверджена наказом МОН України від 21 липня 2004 року № 605). *Директор школи*. 2014. № 40. С. 23-32.
21. Корсун Л. С. Характеристика адиктивних залежностей підлітка та їх подолання. *Соціальна педагогіка: виклики XXI століття* : матеріали Всеукр. студ. наук.-практ. конф., м. Луганськ, 4 квітня 2014 р. : у 2-х ч. Луганськ : ЛНУ імені Тараса Шевченка, 2014. Ч. 2. С. 122–130.
22. Костюк Ю. П. Соціально-педагогічна корекція інтернет-залежності студентської молоді : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 231 «Соціальна робота: соціальна педагогіка» / наук. керівник М. О. Гладиш. Запоріжжя : ЗНУ, 2020. 80 с.
23. Шинкаренко І. О., Міна Р., Лукомська А. А. Адиктивна (залежна) поведінка, що проявляється у формі комп'ютерної залежності молоді. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2021. № 2. С. 560–566.
24. Лях Т. Л., Журавель Т. В., Брусенко О. Л., Сергеева К. В. Сходинки до здоров'я: просвітницько-профілактична програма тренінгових занять. Київ : Видавничий дім «Калита», 2017. 232 с.
25. Максимова Н. Ю. Безпека життєдіяльності: Соціально-психологічні аспекти алкоголізму та наркоманії : навч. пос. для студ. вищ. навч. заклад. Київ : Либідь, 2006. 327 с.
26. Маркова М. В. Сексуальна аддикція: аналіз феномена. *Український вісник психоневрології*. 2013. № 21. Вип. 3. С. 59-64.

27. Мартинюк І. А. Патопсихологія : навч. посіб. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 208 с.
28. Миронова С. П., Гаврилов О. В, Матвєєва М. П. Основи корекційної педагогіки : навч. посіб. Кам'янець-Подільський : Кам'янець- Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2010. 264 с.
29. Молодь: її права та соціальне становлення в сучасній Україні. URL: [https://minjust.gov.ua/m/str\\_41555](https://minjust.gov.ua/m/str_41555) (дата звернення: 23.05.2024).
30. Неведомська Є. О., Горяна Л. Г. Щоб уникнути наркоманії серед підлітків : методичні рекомендації для педагогів. Київ: КМІУВ, 2000. 14 с.
31. Неведомська Є. О., Кадун К. О. Наркоманія серед молоді та як її уникнути. *Первый независимый научный вестник. First independent scientific journal.* 2017. № 19. С. 10-14.
32. Палько І. М. Соціально-педагогічна підтримка формування здорового способу життя студентів. *Наукові записки Ніжинського державного університету імені Миколи Гоголя. Серія «Психолого-педагогічні науки».* 2008. № 1. С. 100–103.
33. Плахтій П. Д., Соколенко Л. С., Гутарева Н. В. Основи медичних знань: навчально-методичний посібник. Кам'янець-Подільський : ТОВ «Друкарня Рута», 2013. 268 с.
34. Прокопчук І. Трудоголізм як тип адиктивної поведінки. *Політичний менеджмент.* 2011. № 1. С. 92-102.
35. Психологія адиктивної поведінки : матеріали для самостійної роботи. Київ : Національна академія внутрішніх справ. Навчально-науковий інститут № 4, 2016. URL: [https://www.naiou.kiev.ua/files/kafedru/up/zaochka/NMK\\_1.doc](https://www.naiou.kiev.ua/files/kafedru/up/zaochka/NMK_1.doc) (дата звернення: 24.05.2024).
36. Пташка О. В. Соціально-педагогічна корекція девіантної поведінки старшокласників у закладах загальної середньої освіти : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 231 «Соціальна робота: соціальна педагогіка» / наук. керівник М. О. Гладиш. Запоріжжя : ЗНУ, 2020. 123 с.
37. Пушкар В. А. Психологія адиктивної поведінки : методичні рекомендації до

- курсу «Психологія адиктивної поведінки» для студентів IV курсу спеціальності «Психологія». Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет імені Т. Г. Шевченка, 2010. 84 с.
38. Ратинська О. М. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2016. № 1(38). С. 233–237.
39. Рощина І. О. Наркоманія: стан і проблеми боротьби з нею (сучасна парадигма). *Вісник кримінального судочинства*. 2015. № 2. С. 175–180.
40. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 6. С. 108–114.
41. Сідак Л. М. Адикція як форма руйнації духовного буття особистості. *Вісник Національного університету Юридична академія України імені Ярослава Мудрого. Серія «Філософія, філософія права, політологія, соціологія»*. 2015. № 4. С. 46–55.
42. Сушик Н. С. Формування здоров'язберезувальної компетентності особистості у реалізації технологій соціального виховання дітей підліткового та юнацького віку. *Інноваційна педагогіка*. Т. 1. Вип. 32. 2021. С. 180–183.
43. Токова Є. Профілактика оніоманії у діяльності соціального працівника. *Магістр*. 2014. Вип. 20. С. 91–93.
44. Що таке програма «12 кроків»? URL: <https://maaua.com/shho-take-programa-12-kroktiv> (дата звернення: 23.05.2024).
45. Ярмоленко О. О., Балакірева О. М., Стойкота О. О. Тютюн, алкоголь, наркотики в молодіжному середовищі: вживання, залежність, ефективна профілактика. Київ: Державний інститут проблем сім'ї та молоді, Український інститут соціальних досліджень, 2005. Кн. 7. 197 с.
46. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of men-tal disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. 2013. P. 481–590.

47. Arterburn S., Felton J. Toxic faith: understanding and overcoming religious addiction. Nashville: Thomas Nelson, 1991. 240 p.
48. Carnes P. Don't call it love: recovery from sexual addiction. New York : Bantam Books, 1991.
49. Prochaska J., Norcross J., DiClemente C. Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward. New York: Harper Collins, 2010. 304 p.
50. Marks I. Behavioural (non-chemical) addictions. *British J. Addict.* 1990. V. 85. P. 1389–1394.
51. Reuter J., Raedler T. et al. Pathological gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nat. Neurosci.* 2005. Vol. 8. No 2. Pp. 147–148.
52. Robbins T.W., Clark L. Behavioural addiction. *Curr Opin Neurobiol.* 2015. Vol. 30. P. 66–72.
53. Wittek C. T., Finseras T. R. Prevalence and predictors of video game addiction: A study based on a national representative sample of gamers. *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2015. Vol. 14. No 5. Pp. 672–686.