

НАУКОВА РЕФЛЕКСІЯ РІЗНОМАНІТНИХ ФОРМ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИСТОСТІ

SCIENTIFIC REFLECTION OF VARIOUS FORMS OF ADDICTIVE PERSONAL BEHAVIOR

Виклики сьогодення, які постають перед людиною, зумовлюють появу різного роду нових страхів чи метаморфоз старих. Страх перед дійсністю породжує прагнення втекти від реальності. Страх як афективне віддзеркалення у свідомості людини загрози власному життю чи благополуччю більшою мірою схильні переживати інтолерантні особистості з низькою спроможністю до подолання труднощів та низькими адаптаційними здібностями. У пошуках засобів захисту від напруги, дискомфорту, стресу така особистість часто вдається до стратегії адиктивної поведінки.

Статтю присвячено розгляду адиктивної поведінки як одного з різновидів девіантної, що характеризується непереборним бажанням переживати інтенсивні емоції за допомогою штучної зміни свого психічного стану внаслідок уживання деяких речовин або постійної фіксації уваги на певних видах діяльності. Проаналізовано види адиктивної поведінки фармакологічного (алкоголь, наркотики, лікарські препарати, токсичні речовини) і нефармакологічного (азартні ігри, голодування та переїдання, роботоголізм, тривале прослуховування ритмічної музики) характеру. Виявлено, що у формуванні адиктивної поведінки значну роль відіграють як генетичні чинники, так і чинники навколишнього середовища, хоча взаємодія між ними все ще недостатньо вивчена. З'ясовано, що схильність до адиктивної поведінки формується поступово і складається з таких компонентів, як: низький рівень самосвідомості та самоповаги; суперечливість самооцінки та рівня досягнень; несформованість функції прогнозування поведінки; екстернальний локус контролю; тенденції до втечі від реальності. Охарактеризовано ключові особливості поведінки та міжособистісної взаємодії адиктів із фармакологічною та нефармакологічною залежністю. Констатовано, що індивідуально-біологічні та психологічні особливості особистості, дефіцит ресурсів, моральна незрілість та специфіка компенсаторних механізмів закладають фундамент розвитку адиктивної поведінки. Профілактика адиктивної поведінки передбачає соціальні, медико-психологічні та медико-біологічні технології, що реалізують конкретні цілі та методи. Велике значення для профілактики адиктивної поведінки мають навчальні та інформаційні кампанії для цільових груп про ризики такої поведінки, а також соціально-економічні наслідки, які з них випливають.

Ключові слова: особистість, девіантна поведінка, види, залежність, адикція, схильність, технології профілактики.

Today's challenges, which appear in front of a person, lead to the appearance of various kinds of new fears or the metamorphosis of old ones. Fear of reality creates a desire to escape from reality. Fear, as an affective reflection in a person's consciousness of a threat to their own life or well-being, is more likely to be experienced by intolerant individuals, with low tolerance of difficulties and low adaptation abilities. In search of means of protection against tension, discomfort, stress, such a person often resorts to strategies of addictive behavior. The article is devoted to consideration of addictive behavior, as one of the types of deviant behavior, characterized by an irresistible desire to experience intense emotions with the help of artificially changing one's mental state due to the use of certain substances or constant fixation of attention on certain types of activities. Types of addictive behavior of a pharmacological (alcohol, drugs, medicinal preparations, toxic substances) and non-pharmacological nature (gambling, starvation and overeating, roboticism, long-term listening to rhythmic music) were analyzed. It has been found that genetic and environmental factors play a significant role in the formation of addictive behavior, although the interaction between these factors is still not well understood. It was found that the tendency to addictive behavior is formed gradually and consists of the following components: lack of formation of the function of predicting behavior; low level of self-awareness and self-esteem; external locus of control; inconsistency of self-esteem and level of achievements; tendencies to escape from reality. The key features of addicts' behavior in interpersonal relationships are characterized. It was established that individual biological and psychological features of the personality, lack of resources, moral immaturity and the specificity of compensatory mechanisms lay the foundation for the development of addictive behavior. Prevention of addictive behavior involves social, medical-psychological and medical-biological technologies that implement specific goals and methods. Education and information campaigns for target groups about the risks of such behavior, as well as the socio-economic losses that result from them, are of great importance for the prevention of addictive behavior.

Key words: personality, deviant behavior, types, dependence, addiction, propensity, prevention technologies.

УДК 159.922.736.4

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.31>

Волянюк Н.Ю.

д.психол.н., професор,
завідувачка кафедри психології
і педагогіки

Національний технічний університет
України «Київський політехнічний
інститут імені Ігоря Сікорського»

Ложкін Г.В.

д.психол.н., професор,
професор кафедри психології
і педагогіки

Національний технічний університет
України «Київський політехнічний
інститут імені Ігоря Сікорського»

Фомич М.В.

к.психол.н., доцент,
начальник кафедри психології
діяльності в особливих умовах
Черкаський інститут пожежної безпеки
імені Героїв Чорнобиля Національного
університету цивільного захисту України

Постановка проблеми. Модель соціальної реальності може бути представлена у вигляді двох континуумів: макро і мікро. Зміст і характер взаємодій цих континуумів становлять динамічну якість соціальної реальності. Основними маркерами протікання цих явищ та процесів в українському соціумі на макрорівні

є невизначеність, варіативність та інтеграція в нові глобалізаційні умови соціалізації особистості. На мікрорівні реаліями життя та діяльності в окремо взятої особистості є актуалізація таких нерівноважних станів, як: фрустрація, тривога, стрес щодо розвитку небажаних подій, неможливості досягти бажані цілі, зміни

їх якісного чи кількісного вираження. Виклики сьогодення, які постають перед людиною, зумовлюють появу різного роду нових страхів чи метаморфоз старих. Страх перед дійсністю породжує прагнення втекти від реальності. Страх як афективне віддзеркалення у свідомості людини загрози власному життю чи благополуччю більшою мірою схильні переживати інтолерантні особистості з низькою спроможністю до подолання труднощів та низькими адаптаційними здібностями. У пошуках засобів захисту від напруги, дискомфорту стресу така особистість часто вдається до стратегій адиктивної поведінки.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Феномен непереборного бажання пережити інтенсивні емоції за допомогою штучної зміни свого психічного стану досліджували Л.Ф. Лара, С. Вастведт, Д.С. Нодгес, П. Вітковсі, С. Чварзенберг, Т. Пруетт, З. Зоу, Н. Ванг, Дж. Дінг, Н. Чен та ін. Питання профілактики адиктивної поведінки розглядали Н. Максимова, В. Свідовська, О. Сантангело, С. Провензано, А. Фірензе та ін.

Адиктивна поведінка – одна з форм деструктивної поведінки, що характеризується наявністю непереборної потреби у зміні свого психічного стану за допомогою адиктивного агента (психоактивних речовин або певних видів активності). Удаючись до адиктивної поведінки, особистість де-факто отримує лише ілюзію безпеки та тимчасове відновлення рівноваги. Цей процес настільки захоплює людину, що починає керувати її життям. Людина стає безпорадною перед своєю пристрастю. Вольові зусилля слабшають і не дають змоги протистояти адикції. Виникають взаємні труднощі у процесі спільної діяльності адикту з іншими людьми. Потреба у самопізнанні, самоствердженні особистості з адиктивними особливостями реалізується, насамперед, у контактах із собі подібними.

Термін «адиктивна поведінка» (від англ. addiction – хибна звичка, пристрасть до чого-небудь, порочна схильність) у науковий обіг було введено В. Міллером та М. Ландрі [3].

У своїх працях Дж. Алтман із колегами окреслили різницю між поняттями «адикція» та «залежність», обмежуючи «адикцію» екстремальним або психопатологічним станом, коли втрачено контроль над уживанням психоактивних речовин. У спеціальній літературі термін «залежність» є досить поширеним. У Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (п'яте видання (DSM-5)) зазначено, що цей термін використовується для опису важких розладів, пов'язаних із уживанням психоактивних речовин.

Американське товариство наркологічної медицини не розглядає адикцію виключно як процес уживання речовин/наркотиків або як

компульсивну поведінку, яка продовжується, незважаючи на шкідливі наслідки для людини. Значний вплив на розвиток адиктивної поведінки мають біологічні та генетичні передумови залежності, а також аспекти середовища та способу життя. Зокрема, визначення Американського товариства наркологічної медицини таке: «Адикція – це хронічне медичне захворювання, яке піддається лікуванню, яке включає складну взаємодію генетичних факторів, навколишнього середовища і життєвого досвіду людини. Зусилля щодо профілактики та підходи до лікування залежності загалом такі ж успішні, як і для інших хронічних захворювань» [4].

Мета статті – здійснити теоретичний аналіз сучасного стану дослідження різних видів адиктивної поведінки особистості як фармакологічного, так і нефармакологічного характеру.

Виклад основного матеріалу дослідження. Останніми роками поряд із класичною пристрастю до наркотиків або психоактивних речовин, наприклад куріння та алкоголю, з'являються нові форми поведінкової адикції, так звана залежність від неактивних речовин. Існують різні види адиктивної поведінки як фармакологічного, так і нефармакологічного характеру. Вони є серйозною загрозою для психологічного та фізичного здоров'я не лише самих адиктів, а й тих, хто їх оточує. Адиктивна поведінка стає реальною проблемою реалізації ментальних ресурсів, що є важливою ланкою у повноцінному функціонуванні у суспільстві. Бажання змінити настрій досягається за допомогою різних адиктивних агентів. До таких агентів слід віднести дві групи форм, що змінюють психічний стан:

1. Фармакологічні форми: алкоголь, наркотики, лікарські препарати, токсичні речовини.
2. Нефармакологічні форми: азартні ігри, комп'ютер, секс, голодування або переїдання, роботоголізм, тривале прослуховування ритмічної музики та ін.

Види адиктивної поведінки мають свої специфічні особливості та прояви, вони нерівнозначні і за своїми наслідками.

Початком розвитку алкогольної адикції може стати перша зустріч з алкоголем, коли сп'яніння супроводжують інтенсивні емоційні переживання. Вони фіксуються у пам'яті та провокують повторне вживання алкоголю. На якомусь етапі завдяки дії алкоголю відбувається підйом активності, підвищується творчий потенціал, поліпшуються настрої, працездатність, але ці відчуття, як правило, короточасні, вони можуть змінитися зниженням настрою, апатією та психологічним дискомфортом. Поява такого стану є одним із варіантів розвитку алкогольної (адиктивної) поведінки, оскільки людина починає прагнути до його відтворення, посилено вдаватися до вживання алкоголю. Особливо

небезпечна поява механізмів адиктивної поведінки, пов'язаних з алкогольним ефектом у випадках, якщо останній виражається у виникненні психічного стану, що суб'єктивно полегшує творчий процес в осіб творчих професій: художників, письменників, поетів, музикантів та ін. Уживання алкоголю пов'язане, як правило, з підвищенням активності: рухової, емоційної, комунікативної.

Згубність зловживання алкогольними напоями відома давно і докладно розглянута в популярних виданнях медичного, соціального, економічного, психологічного характеру. Алкоголь не входить до необхідних людині продуктів. Особлива потреба виникає і розвивається якісно іншим шляхом, аніж потреба у їжі. Уживання алкоголю – це певний соціокультурний атрибут, пов'язаний із конкретними подіями в житті. Важливими чинниками є традиції, ритуали застілля, уявлення про алкоголь як обов'язковий супутник урочистостей, зустрічей та проводів (прощань). Проте традиції, що неспроможні вкоренитися самі собою, знайдуть опору у свідомості людей. Привабливість алкоголю (і сп'яніння) криється не просто в його дії на фізіологічному рівні, а й у тих бажаннях та потребах, які людина задовольняє за його допомогою. Бажання повеселитися, підвищити настрій, процес підготовки до свята, новий одяг та святковий стіл створюють особливу атмосферу дружнього застілля. Але при цьому часто відбувається змішування причин та наслідків: веселощі, які приписують не святковій атмосфері дружнього застілля, не настроєм людей, а випитому алкоголю.

Будь-яка компанія, що розпиває спиртні напої, являє собою «театр із глядачами та акторами». У спектаклі кожен реалізує свої ролі: генія та його шанувальників, невизнаного авторитету, винуватця та кривдника. У п'яній компанії не може бути тверезої людини, яка не п'є: вона заважає, не дає розіграватися ілюзорній алкогольній дії, яка компенсує рекламну роботу над собою і своїми розчаруваннями в житті. Людина, яка сповідує пияцтво як спосіб життя, починає шукати у вині не тільки дорогу до веселощів та задоволення.

Психологічні причини криються у тих можливостях вирішення внутрішньоособистісних конфліктів, котрі дає стан сп'яніння для людини, яка п'є. Людина в такому стані може задовольнити свої соціальні потреби: честолюбство, потребу у повазі. Тому навряд чи виправдано зводити причини випивки виключно до традицій, а того, хто п'є, розглядати як пасивного і слабовільного виконавця традицій. Тиск традицій можна враховувати на початкових стадіях випивки. Формування та розвиток ілюзорно-компенсаторної діяльності формує нові особливості поведінки, у яких протиріччя і конфліктність вирішуються за рахунок реаль-

ної активності суб'єкта, занурення в ірреальну сферу свідомості.

Ілюзорно-компенсаторна діяльність віддаляє людину від дійсності і занурює її у ірреальний світ, обставлений новими атрибутами, що стають важливішими, значущими і привабливими. Остання обставина якісно перебудовує всі системи організму та психіку до залежності від алкоголю.

Ілюзорно-компенсаторна діяльність стає примітивною, ритуал випивки згортається, сп'яніння стає швидким, а похмілля – важким і принизливим. Мислення втрачає оперативність та переходить на стереотипи. Потреба в алкоголі вимагає вгамування бажання та пошуку коштів на випивку. Докорінно змінюються мотиви поведінки, ставлення до роботи, друзів, сім'ї. Інтереси сім'ї починають поступатися алкогольній залежності. Сім'я сприймається як бар'єр на шляху до задоволення пристрасті, і, як наслідок, виникають озлобленість, агресивність. Робота втрачає самостійний інтерес і стає лише джерелом добування коштів на алкоголь. Усе це відбувається не раптово, а як неминучий результат розвитку ілюзорно-компенсаторної діяльності.

Експериментально доведено, що алкоголізм є етіологічно та клінічно гетерогенним розладом, за якого компульсивний пошук і вживання алкоголю є основними симптомами. Безсумнівно, спадковість відіграє значну роль в індивідуальній вразливості до розвитку зловживання алкоголем; своєю чергою, хронічний вплив алкоголю та алкогольна інтоксикація є необхідними умовами для розвитку алкоголізму. Генетичні чинники та чинники навколишнього середовища відіграють значну роль у формуванні пристрасті до алкоголю, хоча взаємодія між ними все ще недостатньо вивчена [5].

Не менш поширеним та загрозливим явищем у сучасному світі є наркотична залежність. Близько 270 млн людей (або близько 5,5% населення світу у віці 15–64 років) уживали психотропні препарати в минулому році, і приблизно 35 млн людей, за оцінками, страждають від розладів, пов'язаних із уживанням наркотиків (шкідливі моделі вживання наркотиків або наркотична залежність). За оцінками, приблизно 0,5 млн смертей щорічно пов'язані з уживанням наркотиків, причому близько 350 тис смертей чоловіків і 150 тис смертей жінок. У світі налічується майже 11 млн людей, які вживають ін'єкційні наркотики, з яких 1,4 млн живуть із ВІЛ, а 5,6 млн – із гепатитом [8; 9].

Найчастіше прийом наркотичних речовин пов'язують із прагненням особистості відчути нові враження, розширити їх спектр. Наркотична залежність має більш виражений характер порівняно з алкогольною. Дуже швидко витісняється все те, що не стосується адик-

ції, швидше настає спустошеність. Зростає інтровертованість. Коло спілкування охоплює переважно тих, кого об'єднує наркотична пристрасть. Особи, які вживають наркотики, намагаються залучити до свого кола все більше adeptів, перешкоджають виходу із цього середовища [14]. Уживання опіатів пов'язане з відчуженістю від світу, відсутністю бажань, що супроводжується пасивно споглядальним ставленням до життя. Марихуана (висохлі листя коноплі), яку використовували колись як сировину для тканин і мотузок, дає виражений психоделічний ефект. Уживання марихуани активізує ідеомоторну сферу, уяву, галюцинації, але знижує енергетичний потенціал (тривожно-апатичний тип реагування). Особи, що вживають марихуану, намагаються уникнути міжособистісних і соціально-рольових проблем, занурившись в інший світ, який і компенсує брак активності. Частота виникнення залежності від різних психоактивних речовин після їх першого вживання: для нікотину – 80%, опіатів – 60%, алкоголю – 20–40%. Наркотична залежність є найбільш небезпечною.

Паралельно з особистісним розпадом розвиваються серйозні порушення як на рівні організму, так і на психічному рівні. Зростає потреба у збільшенні дози може спричинити втрату контролю та смерть від передозування.

У адиктів, що зловживають лікарськими препаратами та іншими речовинами, поряд із психологічною звичкою з'являються різні форми фізичної та хімічної залежності, що пов'язано, своєю чергою, з порушенням обміну речовин, ураженням органів та систем організму. Спостерігаються психопатологічні явища та особистісна деградація. До основних симптомів уживання різних засобів та препаратів слід віднести: зміну поведінки (зниження мотивації, уповільненість рухів); суттєві зміни у структурі особистості; значні зміни результатів (навчальних, спортивних); апатію, байдужість; порушення логіки мислення; погану координацію; рясне потовиділення; неохайність; м'язове тремтіння.

Нині серед молоді широко поширене використання відеоігор та Інтернету, загалом це здорове хобі для більшості користувачів [12]. Проте фахівці у сфері охорони здоров'я та науковці одноставні в розумінні, що конкретні моделі відеоігор можуть призвести до помітного погіршення особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної та інших важливих сфер функціонування суб'єкта ігрової діяльності. Ігрова залежність не пов'язана з прийомом речовин, що змінюють психічний стан особистості, але відрізняється такими ознаками: постійною залученістю; збільшенням часу ігрової активності; витісненням колишніх інтересів, постійними думками про процес гри; втратою контролю (нездатністю вчасно

припинити гру); дискомфортом поза ігровою ситуацією; фізичними нездужаннями, дискомфортом; зниженням здатності чинити опір фатальній пристрасті.

Із метою стимуляції ігрової активності та загострення відчуттів може відбуватися зловживання алкоголем та наркотичними речовинами. Сприятливі ризику та розвитку пристрасті до азартних ігор можуть дефекти виховання в сім'ї, гіперопіка, емоційна нестабільність, надмірна вимогливість, прагнення престижності і переоцінка значимості матеріальних благ [10].

Важливо стисло розглянути чотири етапи розгортання ігрової залежності. Фаза перемоги. Виграш людина вважає своїм особистим досягненням, програш – лиходійка доля. Грає рідко. Часом виграє, робить частіше ставки та підвищує їх. Невиправдано оптимістичний. Фаза втрати. Людина грає вже не заради виграшу, а для того, щоб повернути те, що програв. Така людина найчастіше грає на самоті. Вихваляється виграшами, постійно думає про гру, займає гроші. Перестає дбати про сім'ю, роботу, затримує виплату боргів. Фаза нерозсудливості. Ігroman долучається до нелегальної діяльності. Починає красти, торгувати наркотиками. Докори сумління, звинувачує інших, панікує. Фаза безнадійності. Приходять думки про суїцид (у деяких про лікування).

Ігрові розлади у 2019 р. включені як новий стан до 11-ї версії Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11), що затверджена 72-ю Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я (WHA72).

Надмірне захоплення Інтернетом: іграми, спілкуванням у чатах та іншими мережевими «апгрейдами» призводить до нервових розладів. Інтернет-залежність має низку специфічних характеристик: зловживання Інтернетом пов'язане з утратою почуття часу та придушенням базових психологічних установок; абстинентний синдром, у тому числі й почуття агресії, напруженості та/або депресивний стан за відсутності доступу до комп'ютера; потреба в придбанні більш потужних комп'ютерів, оновлення та налаштування нових програм, збільшення часу роботи (гри) за комп'ютером; схильність до суперечок на будь-які теми, соціальна ізоляція та втома.

Виділяють такі причини комп'ютерної залежності: втеча від нагальних проблем (не треба ходити на роботу, спілкуватися з людьми, вирішувати побутові питання); занурення у вигаданий світ (відчуття безпеки); «вписування» у роль (подання себе у ролі вигданого персонажа).

Прицільний аналіз спеціальної літератури показав, що психологічна залежність від комп'ютерних ігор має декілька стадій: 1) легка захопленість (подобаються звук, графіка, фантастичні сюжети); 2) захопленість (часте

звернення до комп'ютера); залежність (необхідність пограти); прихильність («щільно приший гудзик») [10; 12].

Потреба у позитивній оцінці власної персоні та своєї діяльності рано чи пізно спричиняє появу залежності від роботи або трудоголізму. У суспільстві, у сфері виробничих відносин практично у будь-яких трудових колективах цінуються фахівці, які віддаються цілком роботі. Таких людей завжди ставлять у приклад іншим, їх заохочують матеріально і словами, закріплюючи у поведінці властивий їм стиль. Трудоголізм важко розпізнається як оточуючими, так і самим роботоголіком. На жаль, за зовнішньою загальноприйнятою репутабельністю трудоголіка стоять глибокі порушення в емоційній сфері особистості та міжособистісних контактах.

Термін «трудоголізм» уперше в науковий обіг увів ще в 1968 р. американський психолог Вейн Вотс. Цю патологію він описав у роботі «Визнання трудоголіка», присвяченій звільненню від залежностей, до яких нарівні з наркоманією і пияцтвом автор прирівняв і трудоголізм.

Психологічні та фізіологічні проблеми трудоголіків засновані на нездоровому способі життя. Такі люди ігнорують вихідні, нескінченно відкладають відпустку, нехтують сном, а іноді й особистою гігієною. Висока ймовірність появи у таких працівників синдрому емоційного вигорання, коли людина втрачає інтерес до життя і впадає в глибоку депресію. Основи надмірної трудової запопадливості часто закладаються в дитинстві.

Раніше трудоголізм уважався чоловічою проблемою, сьогодні ж усе частіше він уражає і жінок. Коли у людини виникають проблеми – у соціальній сфері, в особистому житті – і вона не знає, як їх вирішити, нерідко вона від них утікає. Один ховається у віртуальній реальності, інший пірнає з головою у роботу. У цьому разі відхід у залежність – захисна реакція, певне перефокусування, можливість завантажити свій мозок, убити час, забути про невдачі.

Не варто плутати працьовитість, кар'єризм та трудоголізм. Працьовита людина відповідально ставиться до своєї роботи. Кар'єрист ставить перед собою конкретні цілі, наприклад у певні терміни обійняти високу посаду чи домогтися підвищення зарплати, чи влаштуватися у більш престижну компанію. Кар'єрист не стоїть на місці, він росте особистісно та професійно. Трудоголік же відчуває нав'язливу потребу лише у своїй роботі. При цьому він рано чи пізно втрачає здатність до відпочинку, до підтримки повноцінних відносин із близькими та друзями. Як правило, трудоголіки стверджують, що завантажують себе роботою заради фінансового благополуччя.

Трудоголіки не ставлять перед собою конкретних цілей на кшталт високої зарплати, посади, вони працюють заради самого процесу. Для трудоголіків робота – це зона комфорту, куди вони тікають від проблем в інших сферах. Завантаженість роботою дає їм змогу знімати із себе відповідальність за те, що відбувається у їхньому житті. При цьому, як за будь-якої залежності, за трудоголізму у людини зростає потреба у джерелі задоволення.

Внутрішні мотиви такого явища дуже широкі і лежать у «надмотивації» професійною проблемою, що йде від захопленості і прагнення її вирішити (тобто коли професійна проблема стає особистісно значущою). Окрім цього, може включатися і мотив самозбереження у праці через прагнення «сховатися» в ній від проблем реального життя. Праця стає однією з форм адиктивної поведінки, тобто неконтрольованою. Виникає одержимість ідеєю, яка набуває самодостатнього характеру.

Розвиток адиктивного процесу цього виду спричиняє особистісні зміни: емоційну спустошеність, порушення процесів емпатії, симпатії, надання переваги спілкуванню з неживими предметами. Поза трудовою зайнятістю виникає відчуття дискомфорту. Роботоголіків відрізняють: консерватизм, ригідність, хвороблива потреба у постійній увазі та позитивній оцінці з боку керівництва, перфекціонізм, зайва педантичність, крайня чутливість до критики. Можуть бути яскраво виражені нарцисичні риси, маніпулятивні стратегії взаємодії з оточуючими, а з зони уваги випадають особисті якості та гуманістичні цінності.

Розлади харчової поведінки (РХП) є поширеним явищем в Україні з тенденцією до посилення. Про харчову адикцію йдеться тоді, коли їжа використовується не як засіб угамування голоду, а як процес відволікання від чогось за допомогою ритуалу їжі: з одного боку, відбувається уникнення неприємностей, а з іншого – фіксація на приємних смакових відчуттях. Аналіз цього явища дає змогу відзначити ще один момент: у разі коли нічим зайняти вільний час або заповнити душевну порожнечу, знизити внутрішній дискомфорт, швидко включаються хімічні механізми. За відсутності їжі, навіть якщо немає голоду, виробляються речовини, що стимулюють апетит. Таким чином, збільшується кількість їжі, що з'їдається, і зростає частота її прийому, що тягне за собою збільшення ваги, судинні порушення. Ця проблема особливо актуальна в країнах із високим рівнем життя людей, супутником якого є панівний рівень напруги. Реально розвиток харчової адикції може бути і в ситуації доступності їжі у зв'язку з особливостями професії (бар, ресторан, їдальня) [6].

Голодування – зворотний бік харчової адикції. Небезпека криється у своєрідному спо-

собі самореалізації, а саме у подоланні себе, перемозі над своєю «слабкістю». Це специфічний спосіб довести собі та іншим, на що ти здатний. У період такої «боротьби» із самим собою з'являються підвищені настрої, відчуття легкості, проте коли обмеження в їжі починають мати абсурдний характер, періоди голодування змінюються періодами активного переїдання. І якщо критика своєї поведінки відсутня, відбуваються серйозні порушення у сприйнятті реальності [7].

Рефлексивний аналіз показав, що поведінка адиктів у міжособистісних відносинах характеризується низкою особливостей, таких як: зниження життєстійкості, що зумовлено наявністю гедоністичної установки (прагнення негайного задоволення своїх бажань); підвищена вразливість, підозрілість, конфліктність; прагнення справити на оточуючих позитивне враження; нездатність до глибоких позитивних емоційних відносин; уникнення відповідальності у прийнятті рішень та пошук виправдальних аргументів у потрібний момент; стереотипність, персеверація; необов'язковість, недотримання договорів; прагнення говорити неправду, часті обмани. Останні виявляються на трьох рівнях:

Обманюють самі себе. Метою цього обману є переривання контакту зі своїми почуттями, з усвідомленням того, що відбувається, зі своїми справжніми потребами.

Обман оточуючих – членів сім'ї, друзів, колег, провокування нечесності всередині сімейного чи робочого середовища.

Обман «світу загалом» – прагнення справити хибне враження на оточуючих.

Схильність до адиктивної поведінки формується поступово і складається з таких компонентів, як: несформованість функції прогнозування поведінки; низький рівень самосвідомості та самоповаги; екстернальний локус контролю; суперечливість самооцінки та рівня досягнень; тенденції до втечі від реальності [1].

Розвитку адиктивної поведінки сприяють: моральна незрілість особистості; індивідуально-біологічні та психологічні особливості особистості; дефіцит ресурсів особистості та компенсаторних можливостей.

Велике значення для профілактики адиктивної поведінки мають навчальні та інформаційні кампанії для цільових груп про ризики такої поведінки, а також про соціально-економічні втрати, які з них випливають.

Профілактика адиктивної поведінки передбачає різні технології, що реалізують конкретні цілі та методи.

1. Соціальні технології. Основна мета – профілактика розвитку залежності, а також психологічна та соціальна адаптація. До основних методів реалізації слід віднести: формування

мотивації до відмови від уживання алкоголю та наркотиків; формування мотивації на зміну поведінки; розвиток поведінки подолання; пошук соціальної підтримки у соціальних мережах.

2. Методико-психологічні технології передбачають зміну життєвих стереотипів. Методи реалізації: подолання бар'єрів зміни емоційних станів; осмислення залежності від психоактивних речовин; розвиток когнітивних стратегій поведінки подолання (вирішення проблем, пошук підтримки, прийоми уникнення); аналіз осмислення розвитку особистості; пошук ресурсів подолання залежності від психоактивних речовин.

3. Медико-біологічні технології. Мета – нормалізація фізичного та психологічного стану. Методи реалізації: фармаотерапія та оздоровчі заходи.

Висновки з проведеного дослідження. Отже, вивчення досвіду вітчизняних та зарубіжних дослідників дає змогу дійти висновку, що у формуванні адиктивної поведінки значну роль відіграють як генетичні чинники, так і чинники навколишнього середовища, хоча взаємодія між ними все ще недостатньо вивчена. З'ясовано, що схильність до адиктивної поведінки формується поступово і складається з таких компонентів, як: низький рівень самосвідомості та самоповаги; суперечливість самооцінки та рівня досягнень; несформованість функції прогнозування поведінки; екстернальний локус контролю; тенденції до втечі від реальності. Виявлено, що індивідуально-біологічні та психологічні особливості особистості, дефіцит ресурсів, моральна незрілість та специфіка компенсаторних механізмів закладають фундамент розвитку адиктивної поведінки. Профілактика адиктивної поведінки передбачає соціальні, медико-психологічні та медико-біологічні технології, що реалізують конкретні цілі та методи.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Максимова Н.Ю. Соціально-психологічний аспект адиктивної поведінки підлітків та молоді. Київ, 2000. 200 с.
2. Резніченко О.О. Соціально-психологічні особливості прояву страхів у жінок середнього віку. *Теорія і практика сучасної психології*. 2020. № 1. Т. 3. С. 104–110. DOI: <https://doi.org/10.32840/2663-6026.2020.1-3.18>
3. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія «Психологічні науки»*. 2020. Вип. 6. С. 108–114. DOI: <https://doi.org/10.30970/2522-1876-2020-6-16>
4. American Society of Addiction Medicine. [accessed on 19 May 2022]. URL: <https://www.asam.org/quality-care/definition-of-addiction/dictionary-of-addiction>.

5. Ciccocioppo R. et al. Stress-related neuropeptides and alcoholism: CRH, NPY, and beyond. *Alcohol*. 2009. Nov. 43(7). P. 491–8. DOI: 10.1016/j.alcohol.2009.08.003. PMID: 19913192; PMCID: PMC2804869.
6. Gordon E.L., Ariel-Donges A.H., Bauman V., Merlo L.J. What Is the Evidence for «Food Addiction?» A Systematic Review. *Nutrients*. 2018. № 10. P. 477. DOI: 10.3390/nu10040477
7. Hone-Blanchet A., Fecteau S. Overlap of food addiction and substance use disorders definitions: Analysis of animal and human studies. *Neuropharmacology*. 2014. № 85. P. 81–90. DOI: 10.1016/j.neuropharm.2014.05.019.
8. Lara L.F. et al. The Association of Smoking and Alcohol Abuse on Anxiety and Depression in Patients With Recurrent Acute or Chronic Pancreatitis Undergoing Total Pancreatectomy and Islet Autotransplantation: A Report From the Prospective Observational Study of TPIAT Cohort. *Pancreas*. 2021. № 50. P. 852–858. DOI: 10.1097/MPA.0000000000001850.
9. Provenzano S., Santangelo O.E., Firenze A. Factors associated with the anxious symptomatology in a sample of university students. *Minerva Psichiatr.* 2018. № 58. P. 165–170. DOI: 10.23736/S0391-1772.18.01975-1.
10. Provenzano S. et al. Gambling in nursing students of the University of Palermo. *Ann. Ig.* 2020. № 32. P. 296–304. DOI: 10.7416/ai.2020.2352.
11. Santangelo O.E. et al. Is there a link between BMI and depressive symptomatology, risky consumption of alcohol and anxious symptomatology? Study in a sample of university students. *Minerva Psichiatr.* 2019. № 60. P. 69–74. DOI: 10.23736/S0391-1772.19.02011-9.
12. Santangelo O.E., Provenzano S., Firenze A. Risk Factors for Addictive Behaviors: A General Overview. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. May 28. № 19(11). P. 6583. DOI: 10.3390/ijerph19116583. PMID: 35682170; PMCID: PMC9180507.
13. World Health Organization Alcohol. [(accessed on 20 May 2022)]. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>.
14. Zou Z. et al. Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2017. № 010. P. 21–41. DOI: 10.1007/978-981-10-5562-1_2.