

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук**

Кафедра психології

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ ІЗ
ЗАЛЕЖНОСТЯМИ(АЛКОГОЛЬ, НАРКОТИКИ, ІНТЕРНЕТ)**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
БАКАЛАВР**

за спеціальністю 053 Психологія

ТАЦЬКОЇ ІРИНИ СЕРГІЇВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри _____
«04» травня 2026 р.

Науковий керівник:
Раєвська Я.М.,
доктор психологічних наук,
професор

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри
-------	--------------------------------

Рекомендовано

до захисту

Я.М. Раєвська

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника
----------------------------	--

Результат захисту

оцінка	дата захисту
--------	--------------

Голова ЕК

Н.В. Волинець

підпис	ініціали, прізвище
--------	--------------------

Члени ЕК

С.А. Палій

підпис	ініціали, прізвище
--------	--------------------

В.Б. Синякова

підпис	ініціали, прізвище
--------	--------------------

О.Л. Туриніна

підпис	ініціали, прізвище
--------	--------------------

Секретар ЕК

Д.В. Бур'ян

підпис	ініціали, прізвище
--------	--------------------

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

спеціальність *Психологія*
курс IV (*бакалаврат*)

ЗАВДАННЯ

на кваліфікаційну роботу бакалавра

Тацької Ірини Сергіївни

1. Тема роботи: **Психологічна допомога особам із залежностями(алкоголь, наркотики, інтернет)**

2. Цільова установка: вихідні дані: матеріали виробничої та переддипломної практики, навчальні посібники, монографії, методичні вказівки, ресурси інтернету, періодичні видання з теми дослідження.

3. Перелік графічного матеріалу 9 табл., _____ рис.

4. Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

Розділ	Консультант (Прізвище, ініціали)	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Розділ 1	Раєвська Я.М.		
Розділ 2	Раєвська Я.М.		

5. Зміст роботи:

Вступ

Розділ 1. Теоретичні основи психологічної допомоги особам із залежностями

Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей психологічної допомоги особам з залежностями.

Висновок

Список використаних джерел

Додатки

Календарний план виконання роботи

№ п/п	Етапи виконання роботи	Термін виконання	
		За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника кваліфікаційної роботи бакалавра.	Червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи бакалавра.	Липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання на проведення наукового дослідження та підготовка календарного плану виконання кваліфікаційної роботи бакалавра, затвердження його керівником.	Серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	Жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого (чорнового) варіанту роботи і подання його на перевірку науковому керівнику.	Грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту роботи з врахуванням зауважень наукового керівника, збагачення роботи додатковими дослідженнями, що проводилися під час виробничої та переддипломної практики, і подання її на повторне читання.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання кваліфікаційної роботи бакалавра на реєстрацію на кафедру, рецензування та написання відгуку науковим керівником.	Квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту кваліфікаційної роботи бакалавра на засіданні Екзаменаційної комісії.	Травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	Червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____
 Науковий керівник _____

(Раєвська Я.М.)

Завдання прийняв(ла)
 до виконання
 здобувач(ка) _____

(Тацька І.С.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 68стр, 9 табл.,50 джерел,
5 додатки.

Об'єкт дослідження: адитивна поведінка особистості в контексті сучасних соціальних реалій

Предмет дослідження: особливості надання психологічної допомоги особам із алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукової літератури, узагальнення, порівняльний аналіз, систематизація підходів до проблеми залежностей та методів психологічної допомоги.

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	
ОСОБАМ З ЗАЛЕЖНОСТЯМИ.....	7
1.1. Поняття та психологічна сутність залежної поведінки.....	7
1.2. Психологічні особливості осіб із залежностями.....	16
1.3. Особливості різних видів залежностей.....	23
1.4. Основні методи психологічної допомоги особам із залежностями.....	31
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ	
ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ З ЗАЛЕЖНОСТЯМИ.....	41
2.1. Організація т методи дослідження.....	41
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	46
2.3. Рекомендації щодо психологічної допомоги особам із залежностями.....	51
ВИСНОВКИ.....	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	58
ДОДАТКИ.....	64

ВСТУП

У сучасному світі проблема залежностей набуває статусу однієї з найгостріших глобальних та національних загроз для громадського здоров'я, соціальної стабільності й економічного розвитку. Алкогольна, наркотична та поведінкова залежність, зокрема інтернет-залежність, призводять до значного погіршення фізичного та психічного здоров'я, руйнування сімейних і соціальних зв'язків, зниження працездатності, зростання рівня злочинності та суїцидів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно понад 3 мільйони людей у світі помирають від причин, пов'язаних із вживанням алкоголю та наркотиків, а розлади, пов'язані з цими речовинами, охоплюють сотні мільйонів осіб.

В Україні ситуація залишається особливо тривожною. За даними Національного звіту щодо наркотичної та алкогольної ситуації за 2024 рік (Центр громадського здоров'я МОЗ України), у 2024 році лікування від алкогольної та наркотичної залежності отримали понад 172 тисячі осіб, понад 105 тисяч з алкогольної залежності та майже 67 тисяч з наркотичної. Водночас дослідження ESPAD 2024 показало зменшення вживання алкоголю серед підлітків 15-16 років порівняно з попередніми роками, але водночас зафіксовано зростання досвіду вживання психоактивних речовин (особливо «важких», зокрема героїну, кокаїну, амфетаміну) та поширення залежності від цифрових активностей, а саме: соціальних мереж, онлайн-ігор, азартних ігор. Зростання кількості людей, які звертаються за допомогою, на тлі воєнного стану, хронічного стресу, внутрішнього переміщення та інформаційного перевантаження свідчить про посилення проблеми залежностей у суспільстві.

Залежність є складним багатофакторним феноменом, що формується під взаємодією біологічних (генетична схильність, нейрохімічні зміни), психологічних (травматичний досвід, низька толерантність до стресу, алекситимія) та соціальних (соціально-економічна нестабільність, доступність речовин, стигматизація) чинників. Вона характеризується компульсивною

потребою вживати психоактивні речовини або здійснювати певну поведінку для досягнення ейфорії чи зняття напруги, поступовою втратою контролю, толерантністю, абстинентним синдромом та значним погіршенням соціального функціонування. Особливо швидкими темпами в умовах цифровізації суспільства поширюється інтернет-залежність (залежність від соціальних мереж, ігор, контенту), яка часто поєднується з іншими формами адиктивної поведінки та суттєво посилює психоемоційне виснаження.

Психологічна допомога відіграє ключову роль у подоланні залежностей, оскільки спрямована не лише на симптоматичне полегшення (детоксикація, купірування абстиненції), а насамперед на виявлення та корекцію глибинних психологічних причин адиктивної поведінки, зокрема травм, дисфункціональних стратегій копіngu, порушень самооцінки та міжособистісних відносин. Сучасна психологічна та психотерапевтична практика пропонує широкий спектр доказових підходів: когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), мотиваційне інтерв'ювання, діалектико-поведінкову терапію, групову психотерапію (в т.ч. програми «12 кроків»), програми зниження шкоди, сімейну терапію, а також комплексні програми реабілітації та ресоціалізації. Ефективність таких втручань суттєво зростає при комплексному підході, що поєднує індивідуальну та групову роботу, медикаментозну підтримку (за потреби) та врахування соціального контексту.

Питання механізмів формування залежностей, психологічних особливостей адиктивної поведінки та ефективних методів допомоги активно вивчалися як зарубіжними (А. Бек, М. Гріффітс, К. Янг, Д. Деніел, ВООЗ, UNODC), так і вітчизняними дослідниками (Т.І. Максименко, В.О. Змановська, О.В. Пішчак, І.Ю. Мельник та ін.). Проте швидкі соціальні трансформації, вплив повномасштабної війни, масове поширення цифрових технологій, зростання стресового навантаження та поява нових форм поведінкових залежностей (азартні ігри онлайн, залежність від контенту) роблять необхідними подальші теоретичні узагальнення та емпіричні дослідження саме в українському контексті.

Актуальність теми зумовлена стійким зростанням поширеності залежностей в Україні на тлі воєнних реалій та цифрової трансформації суспільства, недостатньою розробленістю комплексних психологічних програм допомоги, що враховують специфіку комбінованих залежностей (наприклад, алкоголь + інтернет-залежність), а також потребою в удосконаленні профілактичних та реабілітаційних практик для різних вікових і соціальних груп. Глибоке вивчення особливостей психологічної допомоги особам із алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю сприятиме розробці ефективніших стратегій раннього втручання, корекції та ресоціалізації, що матиме важливе значення для збереження психічного здоров'я нації, зниження соціально-економічних втрат та підвищення якості життя громадян.

Метою кваліфікаційної роботи є теоретичне та методологічне обґрунтування особливостей психологічної допомоги особам із залежностями (алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю) та визначення найбільш ефективних доказових підходів до профілактики, корекції та реабілітації адиктивної поведінки в сучасних умовах українського суспільства.

Завдання дослідження:

1. проаналізувати еволюцію наукових підходів до розуміння феномену залежності в сучасній психології;
2. визначити основні види залежностей (речовинні та поведінкові) та їх специфічні психологічні особливості;
3. дослідити причини, механізми формування та підтримання адиктивної поведінки;
4. охарактеризувати сучасні методи та підходи психологічної допомоги особам із залежностями;
5. визначити та обґрунтувати найбільш ефективні психологічні стратегії профілактики, корекції та ресоціалізації залежної поведінки з урахуванням індивідуальних і соціокультурних факторів.

Об'єкт дослідження – адиктивна поведінка особистості в контексті сучасних соціальних реалій.

Предмет дослідження – особливості надання психологічної допомоги особам із алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю.

Методи дослідження: теоретичний аналіз наукової літератури, узагальнення, порівняльний аналіз, систематизація підходів до проблеми залежностей та методів психологічної допомоги.

Практична значущість отриманих результатів полягає в можливості їх використання в роботі практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, педагогів, фахівців центрів реабілітації та громадських організацій, які надають допомогу особам із залежностями. Розроблені рекомендації можуть бути застосовані при створенні профілактичних програм у навчальних закладах, удосконаленні протоколів психологічної допомоги в умовах воєнного стану та цифровізації суспільства.

РОЗДІЛ 1. Теоретичні основи психологічної допомоги особам із залежностями

1.1. Поняття та психологічна сутність залежної поведінки

Проблема залежної поведінки залишається однією з найбільш актуальних у сучасній психології, психіатрії та клінічній практиці, оскільки різні форми залежностей суттєво порушують психічне здоров'я людини, її соціальну адаптацію, професійну ефективність та загальну якість життя [49, с. 12].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та сучасних досліджень (2024–2025 рр.), залежності є глобальною проблемою, що посилюється стресом воєнного стану, цифровізацією суспільства та соціально-економічними кризами, зокрема в Україні [22, с. 78].

Визначення залежності у науковій літературі є багатогранним і еволюціонує разом із розвитком класифікаційних систем. У широкому розумінні залежність (адикція) трактується як хронічний, рецидивуючий розлад, що характеризується компульсивною потребою у повторенні певної поведінки або вживанні психоактивної речовини, незважаючи на очевидні негативні наслідки для фізичного, психічного та соціального благополуччя людини (American Psychiatric Association, 2022; WHO, ICD-11, 2019/2025 оновлення).

Згідно з DSM-5-TR (2022), речовинна залежність (substance use disorder) визначається як патерн використання речовини, що призводить до клінічно значущого порушення або дистресу, з наявністю щонайменше 2 з 11 критеріїв протягом 12 місяців (наприклад, втрата контролю, толерантність, абстинентний синдром, вживання у більших обсягах або довше, ніж планувалося, тривале вживання попри проблеми тощо). Для поведінкових залежностей DSM-5-TR виділяє інтернет-ігровий розлад (патологічна залежність від онлайн-ігор) як стан для подальшого вивчення з 9 критеріями, з яких потрібно ≥ 5 протягом року: преокупація грою, симптоми відміни (тривога, дратівливість),

толерантність (потрібно більше часу), невдалі спроби контролю, втрата інтересу до інших активностей, продовження попри проблеми, обман оточуючих, використання гри для втечі від негативних емоцій, ризик втрати значущих відносин, роботи чи навчання.

У ICD-11 (2019, з оновленнями) поведінкові залежності визнані повноцінними розладами: ігровий розлад (6C51) та ігровий розлад (6C50) класифікуються як розлади контролю імпульсивної поведінки, з трьома основними критеріями: порушення контролю над грою або азартними іграми, зростання пріоритету поведінки над іншими видами діяльності, продовження попри негативні наслідки (значущість для функціонування). Ці критерії більш жорсткі, ніж у DSM-5, і акцентують на функціональному порушенні та тривалості (зазвичай ≥ 12 місяців).

З психологічної точки зору залежність є формою дезадаптивної саморегуляції, коли людина використовує речовину або поведінку як основний (а з часом єдиний) механізм зниження психологічної напруги, подолання стресу, уникнення травматичних переживань або отримання швидкого задоволення. З часом така поведінка стає компульсивною, втрачається контроль, а негативні наслідки (депресія, тривога, соціальна ізоляція, соматичні захворювання) лише посилюють цикл залежності.

Хімічні (речовинні) залежності (алкоголь, опіоїди, стимулятори тощо) безпосередньо впливають на нейрохімію мозку, викликаючи швидкі зміни в дофаміновій системі винагороди. Поведінкові (процесуальні) залежності (інтернет, ігри, соціальні мережі, азартні ігри) активують ті самі нейронні шляхи винагороди без введення зовнішньої речовини, викликаючи подібні ефекти через внутрішні стимули (Griffiths, 2018; Alavi et al., 2012; сучасні огляди 2024–2025 рр.). Обидва типи мають спільні психологічні механізми: сильне бажання, толерантність (потрібно більше для ефекту), дискомфорт при припиненні, втрата контролю, негативні емоційні стани при неможливості реалізації поведінки [40, с. 112].

Сучасні дослідження (2024–2025 рр.) підкреслюють еволюційні аспекти залежностей: поведінка, що раніше забезпечувала виживання (пошук їжі, соціальні зв'язки, новизна), тепер експлуатується штучними стимулами (алкоголь, наркотики, безкінечні скролінги, ігрові лутбокси), що призводить до гіперактивації системи винагороди та дисбалансу мотивації [40, с. 67].

Залежність є біопсихосоціальним явищем (модель Енгеля, 1977, з сучасними розширеннями до біопсихосоціо-духовної).

Залежність формується під впливом комплексу біологічних, психологічних і соціальних факторів, які взаємодіють між собою та поступово призводять до розвитку адиктивної поведінки. Біологічний компонент включає генетичну схильність до формування залежностей, рівень якої за даними досліджень може становити приблизно 40–60 %. Важливу роль відіграють також нейрохімічні зміни в мозку, зокрема порушення функціонування нейромедіаторів, таких як дофамін, серотонін, гамма-аміномасляна кислота (ГАМК) та ендорфіни. Крім того, у людей із залежностями можуть спостерігатися структурні зміни головного мозку, зокрема зменшення активності префронтальної кори, яка відповідає за самоконтроль та прийняття рішень, а також підвищена активність системи винагороди.

Психологічний компонент розвитку залежності пов'язаний з особистісними особливостями людини та її здатністю справлятися з життєвими труднощами [14, с. 112].

До таких факторів належать низька толерантність до стресу, труднощі у розпізнаванні та вираженні власних емоцій (алекситимія), а також негативний або травматичний досвід дитинства, зокрема несприятливі дитячі переживання. Важливе значення мають і дисфункціональні стратегії подолання стресу, порушення самооцінки, а також труднощі з емоційною регуляцією, які можуть спонукати людину шукати швидкі способи зменшення психологічної напруги.

Соціальний компонент включає вплив середовища, у якому перебуває людина. Значну роль відіграють сімейні відносини, особливості виховання, вплив однолітків та соціальних груп, культурні норми і доступність

психоактивних речовин або певних видів діяльності, що можуть сприяти формуванню залежності. Також важливими чинниками є соціально-економічна нестабільність, стигматизація людей із залежностями та різні стресові події. Особливо актуальним для України в умовах 2022–2026 років є вплив воєнного стресу, який може підвищувати ризик розвитку різних форм залежної поведінки.

Незалежно від конкретної форми залежності, існують типові ознаки, що характеризують адиктивну поведінку, до яких належить компульсивне прагнення до повторення певної діяльності або вживання психоактивної речовини, поступова втрата контролю над цією поведінкою, формування толерантності, коли для досягнення бажаного ефекту потрібні більші дози або більше часу [18, с. 78].

Також може виникати абстинентний синдром, який проявляється фізичним або психологічним дискомфортом при припиненні відповідної діяльності чи вживання речовини. У людини поступово звужується коло інтересів та соціальних контактів, а залежна поведінка продовжується навіть попри негативні наслідки для здоров'я, роботи або особистого життя. Для залежностей також характерний рецидивуючий перебіг, коли після періодів покращення можливе повторне повернення до залежної поведінки.

Таким чином, залежна поведінка є складним багатовимірним феноменом, що поєднує нейробіологічні, психологічні та соціокультурні механізми. Глибоке розуміння її сутності є основою для розробки ефективних стратегій психологічної допомоги, профілактики та реабілітації, особливо в умовах сучасних викликів українського суспільства (воєнний стан, цифрова трансформація, зростання поведінкових адикцій) [18, с. 89].

У сучасній психологічній, психіатричній та медичній науці існує кілька підходів до класифікації залежностей (адикцій), що відображають еволюцію розуміння цього феномену від виключно речовинних розладів до визнання поведінкових (процесуальних) форм [18, с. 45].

Найбільш поширеним і загальноприйнятим є поділ залежностей на хімічні (речовинні) та поведінкові (нехімічні, процесуальні). Така дихотомія ґрунтується на джерелі формування залежності, механізмах впливу на центральну нервову систему та психіку людини, а також клінічних проявах.

Хімічні (речовинні) залежності пов'язані з уживанням психоактивних речовин (ПАР), які безпосередньо змінюють нейрохімію мозку, активуючи систему винагороди (дофамінові шляхи), викликаючи ейфорію, толерантність, фізичну та психологічну залежність, а також виражений абстинентний синдром [33, с. 98].

У DSM-5-TR (2022, з оновленнями 2024 року) ці розлади об'єднані в розділі «Розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин та залежною поведінкою». До нього входять 10 класів речовин: алкоголь, кофеїн, канабіноїди, галюциногени, інгалянти, опіоїди, седативні, снодійні, анксиолітичні препарати, стимулятори, тютюн, а також інші або невідомі речовини.

Кожен розлад оцінюється за 11 критеріями (втрата контролю, толерантність, абстиненція, тощо) з градацією тяжкості: легка (2–3 критерії), середня (4–5), тяжка (6+).

Найпоширенішими в Україні є алкогольна залежність (розлад вживання алкоголю) та наркотична залежність (розлади, пов'язані з опіоїдами, стимуляторами, каннабіноїдами тощо). За даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (2024–2025 рр.), у 2024 році лікування отримали понад 172 тис. осіб, з них 105 тис. – через алкогольну залежність і 67 тис. – через інші ПАР. У 2025 році МОЗ затвердило стандарти медичної допомоги для розладів внаслідок вживання алкоголю (наказ №1897 від 16.12.2025), опіоїдів (№1102 від 11.07.2025) та інших ПАР (№84 від 13.01.2025), що підкреслює пріоритетність проблеми.

Поведінкові (нехімічні) залежності виникають без введення зовнішньої речовини, але активують ті самі нейронні шляхи винагороди через внутрішні стимули (поведінка, діяльність). Вони характеризуються компульсивним

повторенням, втратою контролю, толерантністю (потрібно більше часу, інтенсивності), психологічним дискомфортом при припиненні та значним порушенням функціонування [40, с. 56].

У ICD-11 (2019, з подальшими оновленнями) поведінкові залежності виділені в окрему категорію «Розлади, пов'язані з адиктивною поведінкою» (*Disorders due to addictive behaviors*, код 6C5x). У цій категорії офіційно визнані такі розлади:

Gambling Disorder (6C50) – розлад, пов'язаний з азартними іграми; Gaming Disorder (6C51) – ігровий розлад (ігрова залежність), що включає залежність від онлайн-ігор.

Крім того, до класифікації включено Compulsive Sexual Behavior Disorder (6C72) – компульсивний розлад сексуальної поведінки, який віднесено до групи розладів контролю імпульсів. Водночас у науковій спільноті тривають дискусії щодо можливості його перекласифікації як форми адиктивного розладу.

У DSM-5-TR розлад, пов'язаний з азартними іграми (Gambling Disorder), включено до розділу «Розлади, пов'язані з уживанням психоактивних речовин та залежною поведінкою». Водночас інтернет-ігровий розлад подано у розділі III як стан, що потребує подальшого вивчення. Для його діагностики запропоновано 9 критеріїв, причому наявність 5 і більше критеріїв протягом одного року може свідчити про наявність цього розладу.

Інші поведінкові залежності, зокрема залежність від соціальних мереж, шопінгу, сексуальної поведінки чи їжі, у DSM-5-TR не мають окремого офіційного статусу, проте в науковій літературі вони часто описуються як так звані «процесуальні залежності» або поведінкові адикції, що мають подібні механізми формування та прояви, як і залежності, пов'язані з уживанням психоактивних речовин [39, с. 78].

Серед поведінкових залежностей особливої уваги в сучасних дослідженнях (2023–2025 рр.) набуває інтернет-залежність, яка включає залежність від соціальних мереж, онлайн-ігор, порнографії, шопінгу тощо. Вона швидко поширюється в умовах цифровізації, особливо в Україні під час

воєнного стану (зростання онлайн-активності, ескапізм від стресу). Дослідження ESPAD та національні опитування фіксують зростання серед підлітків і молоді.

Деякі автори (наприклад, Griffiths, Potenza, Brand) пропонують ширшу класифікацію поведінкових залежностей, включаючи:

- 1) залежність від азартних ігор (gambling);
- 2) ігрову залежність (gaming);
- 3) залежність від соціальних мереж та інтернету;
- 4) компульсивні покупки (shopping/oniomania);
- 5) сексуальну залежність (hypersexuality/compulsive sexual behavior);
- 6) залежність від їжі (binge eating як адиктивна поведінка);
- 7) залежність від вправ (exercise addiction);
- 8) залежність від роботи (workaholism).

Крім основного поділу на хімічні та поведінкові, в літературі виділяють соціально прийнятні та соціально неприйнятні форми залежної поведінки. Соціально неприйнятні (наркотична, алкогольна, азартна залежність) супроводжуються стигмою, кримінальними ризиками та значною шкодою здоров'ю й оточенню. Соціально прийнятні (робота, спорт, шопінг, соціальні мережі) часто сприймаються як «норма» або «успіх», але при переході в адиктивну форму призводять до виснаження, вигорання, соціальної ізоляції та психічних розладів [19, с. 203].

Еволюція класифікацій (від DSM-IV до DSM-5-TR та ICD-11) відображає перехід від категоричної моделі до дименсіональної, визнання подібності механізмів речовинних і поведінкових адикцій (спільна нейробіологія – дофамінова система, рецидив) та необхідність інтеграції для ефективної допомоги.

Таким чином, сучасна класифікація залежностей дозволяє систематизувати феномен, враховувати як біологічні, так і психосоціальні механізми, а також адаптувати методи профілактики та психологічної допомоги до конкретних форм адикцій. Це особливо актуально в Україні, де зростання

поведінкових залежностей на тлі воєнного стресу, цифрової трансформації та соціально-економічних викликів вимагає комплексних, доказових підходів до реабілітації та ресоціалізації.

Формування залежної поведінки є складним, динамічним і багатофакторним процесом, що відбувається під впливом взаємодії біологічних, психологічних та соціальних механізмів [18, с. 34; 21, с. 23].

У сучасній психології та аддиктології залежність розглядається як хронічний рецидивуючий розлад, де ключову роль відіграє порушення системи мотивації та саморегуляції, що призводить до поступової втрати контролю над поведінкою та пріоритету адиктивної діяльності над іншими сферами життя. Цей процес найкраще описує біопсихосоціальна модель (Engel, 1977; з сучасними розширеннями у 2024–2025 рр.), яка підкреслює інтеграцію біологічних, психологічних і соціальних факторів у формуванні та підтримці залежності.

Психологічні механізми є центральними на ранніх етапах і підтримують цикл залежності протягом усього її розвитку[14]. Одним із ключових є позитивне та негативне підкріплення. Людина вперше звертається до речовини чи поведінки (алкоголь, наркотики, інтернет, ігри) для досягнення швидкого позитивного ефекту – ейфорії, розслаблення, підвищення настрою – або для уникнення негативних станів (тривога, депресія, самотність, стрес). Якщо така поведінка приносить тимчасове полегшення чи задоволення, вона фіксується як ефективна стратегія копіngu. З часом адиктивна поведінка стає основним (а потім єдиним) способом емоційної регуляції, витісняючи адаптивні механізми (спорт, спілкування, хобі). Сучасні дослідження (2025 р.) підкреслюють роль емоційної компенсації та уникнення стресу особливо в умовах воєнного стану в Україні, де хронічний стрес від війни посилює ескапізм через інтернет-залежність чи алкоголь як спосіб «втечі» від реальності.

Інший важливий психологічний механізм – сильне, нав'язливе бажання, що формується через асоціативне навчання: тригери (ситуації, емоції, запахи, соціальне оточення) викликають автоматичне прагнення до речовини або

поведінки. З часом сильне нав'язливе бажання стає незалежним від фізіологічної потреби і підтримує рецидиви навіть після тривалої ремісії.

Біологічні (нейробіологічні) механізми пояснюють, чому залежність стає «хворобою мозку». Центральну роль відіграє мезолімбічна дофамінова система, яка відповідає за обробку винагороди та мотивацію [33, с. 178].

Психоактивні речовини або поведінкові стимули (ігри, соціальні мережі) викликають надмірний викид дофаміну, що перевищує природні винагороди (їжа, секс, соціальні зв'язки) у 2–10 разів, що призводить до сенситизації (гіперчутливості до тригерів) і десенситизації (зниження чутливості до природних стимулів), що пояснює втрату інтересу до нормального життя.

Ключовими біологічними змінами є толерантність (зниження чутливості рецепторів (D2-рецепторів дофаміну), що змушує збільшувати дозу, час, інтенсивність для досягнення ефекту); абстинентний синдром (дисбаланс нейромедіаторів (зниження дофаміну, підвищення глутамату), що викликає фізичний, психологічний дискомфорт при припиненні) та порушення префронтальної кори (зниження функцій виконавчого контролю, прийняття рішень, інгібування імпульсів, що призводить до компульсивної поведінки попри негативні наслідки).

Генетична схильність (до 40–60 % спадковості) визначає вразливість: поліморфізми генів дофамінових рецепторів, транспортерів серотоніну тощо підвищують ризик швидкого формування залежності [33, с. 45].

Соціальні механізми виступають тригерами та підтримуючим фактором, а саме: вплив найближчого оточення (сім'я, друзі), соціально-економічна нестабільність, доступність речовин, цифрових платформ, культурні норми та стигматизація відіграють вирішальну роль. Дослідження 2025 р. показують зростання алкогольної, інтернет- та навіть «адреналінової» залежності (від звуку вибухів як джерела «полегшення» після тривоги) серед населення, особливо молоді та ВПО. Соціальна депривація, ізоляція, відсутність підтримки сприяють переходу від експериментування до залежності.

У процесі розвитку залежності відбувається порушення самоконтролю та саморегуляції: префронтальна кора слабшає, а система винагороди гіперактивується, що призводить до домінування адиктивної поведінки [14, с. 145; 42, с. 123].

Інші сфери життя (робота, сім'я, здоров'я) відходять на другий план, формується замкнуте коло: → негативні наслідки → посилення стресу → сильне нав'язливе бажання → вживання/поведінка → тимчасове полегшення → зростання толерантності → нові негативні наслідки.

Таким чином, формування залежної поведінки є результатом синергії біологічних (нейрохімічні зміни, генетика), психологічних (підкріплення, уникнення, сильне нав'язливе бажання) та соціальних (оточення, стрес, доступність) механізмів. Усвідомлення цих взаємопов'язаних процесів є основою для ефективної психологічної допомоги, профілактики та реабілітації, особливо в умовах сучасних викликів українського суспільства.

1.2. Психологічні особливості осіб із залежностями

Залежна поведінка супроводжується стійкими психологічними особливостями особистості, які проявляються в характері, емоційній сфері, когнітивних процесах, поведінкових паттернах та соціальній взаємодії. Особи з різними формами залежностей (речовинними – алкогольною, наркотичною – та поведінковими – інтернет-залежністю) часто демонструють схожі риси, що виступають як фактори вразливості, підтримують цикл залежності та ускладнюють її подолання [21, с. 67]. Розуміння цих особливостей є ключовим для диференційованої психологічної допомоги, індивідуальної корекції та профілактики рецидивів.

Сучасні психологічні дослідження (Kotov et al., 2010; Sharifibastan et al., 2025; Zagaria et al., 2025) вказують на те, що особи із залежностями мають певний набір особистісних рис, які підвищують ризик розвитку адиктивної

поведінки та ускладнюють її перебіг. За моделлю «Великої п'ятірки» або шестифакторною моделлю особистості HEXACO залежні особи характеризуються:

- 1) високим нейротизмом (емоційною нестабільністю, тривожністю, схильністю до негативних емоцій) – це одна з найстійкіших асоціацій у мета-аналізах (Sharifibastan et al., 2025);
- 2) високою імпульсивністю та низьким самоконтролем;
- 3) низькою екстраверсією (у поведінкових залежностях) або навпаки високою сенсаційністю у деяких групах;
- 4) низьким рівнем чесності-скромності та згоди, що проявляється в егоцентризмі, маніпулятивності чи уникненні відповідальності.

Однією з найбільш характерних рис є імпульсивність, яка проявляється у схильності до швидких, ризикованих дій без прогнозування наслідків. Імпульсивність тісно пов'язана з порушеннями виконавчих функцій, які пов'язані із діяльністю префронтальної кори головного мозку і є трансдіагностичною ознакою, характерною як для залежностей, пов'язаних з уживанням психоактивних речовин, так і для поведінкових залежностей [4, с. 98].

У осіб з алкогольною та наркотичною залежністю імпульсивність часто поєднується з пошуком сенсацій, тоді як в інтернет-залежності переважає компульсивність (нав'язливе повторення поведінки для зняття напруги) [1, с. 78].

Низька самооцінка та невпевненість у власних силах є універсальними рисами залежних осіб. Люди часто відчують глибоку незадоволеність собою, хронічну фрустрацію потреб, страх відкидання та потребу в зовнішньому схваленні, що створює передумови для використання речовини чи поведінки як швидкого способу компенсації – «підкріплення» самооцінки через ейфорію або ескапізм. У дослідженнях українських авторів (Мателега, Азізов, 2015; сучасні роботи 2023–2025 рр.) підкреслюється, що низька самооцінка

поєднується з неадекватним самосприйняттям, ригідністю та несформованістю ідентичності, особливо у молоді з інтернет-залежністю.

Труднощі емоційної регуляції та алекситимія (труднощі в ідентифікації та описі власних емоцій) є одними з найсильніших предикторів залежностей. Мета-аналізи (Honkalampi et al., 2022; Kun et al., 2023) показують сильний зв'язок алекситимії з вживанням речовин та поведінковими адикціями. Алекситимічні особи погано розпізнають емоції, тому замінюють їх зовнішніми стимулами (алкоголь для зняття тривоги, інтернет для уникнення самотності), що особливо актуально в умовах воєнного стресу в Україні, де хронічна тривога та ПТСР посилюють емоційну нестабільність і шукають «швидкого полегшення».

Залежні особи часто демонструють емоційну нестійкість, підвищену тривожність, внутрішні конфлікти та схильність до уникнення, вони прагнуть уникати відповідальності, труднощів реального життя, конфліктів чи самотності, використовуючи залежність як механізм втечі. У поведінкових залежностях (інтернет, соціальні мережі) це проявляється як заміщення реальних відносин віртуальними, у речовинних – як самолікування негативних станів [1, с. 89].

Екстернальний фокус контролю, песимістичні установки, низька стресостійкість та схильність до депресій також є типовими. Люди відчують безпорадність перед життям, вважають, що не можуть контролювати події, тому передають контроль зовнішнім факторам (речовина, гаджет). Це посилює цикл: негативні емоції → залежна поведінка → тимчасове полегшення → зростання провини та тривоги → новий цикл [15, с. 203].

У порівнянні форм залежностей: речовинні (алкоголь, наркотики) частіше поєднуються з високою імпульсивністю та нейротизмом, тоді як поведінкові (інтернет-залежність) з алекситимією, соціальною ізоляцією та компенсаторним використанням віртуального простору для задоволення фрустрованих потреб (анонімність, безбар'єрність).

Таким чином, психологічні особливості осіб із залежностями формують «профіль вразливості», де низька самооцінка, імпульсивність, алекситимія, емоційна нестабільність та уникнення реальності створюють передумови для адиктивної поведінки як дезадаптивної стратегії копіngu. Вказані риси вимагають комплексної психологічної допомоги, спрямованої на розвиток емоційної регуляції, самооцінки, самоконтролю та адаптивних механізмів подолання стресу.

Залежна поведінка майже завжди супроводжується вираженими емоційними та поведінковими порушеннями, які виступають як наслідками, так і підтримуючими факторами циклу залежності. Дані порушення мають транссиндромний характер, тобто спостерігаються в осіб з різними формами залежностей (речовинними та поведінковими), але з певними специфіками залежно від типу адикції, вони суттєво погіршують якість життя, ускладнюють соціальну адаптацію, професійне функціонування та сімейні відносини, а також є одним із головних факторів рецидивів.

Одним із найбільш поширених і стійких проявів є емоційна нестабільність (афективна лабільність) [15, с. 167]. Особи з залежностями часто переживають різкі, непередбачувані зміни настрою: від ейфорії чи короткочасного полегшення під час вживання чи поведінки до глибокої апатії, дратівливості чи агресії після її завершення.

Типовими емоційними проявами є підвищена тривожність та генералізована тривога (особливо при наближенні абстиненції або при неможливості доступу до залежного об'єкта); депресивні стани (від субдепресивних епізодів до клінічно вираженої депресії (за даними мета-аналізів, коморбідна депресія спостерігається у 30–60 % осіб з алкогольною та наркотичною залежністю та у 40–70 % з поведінковими залежностями)); почуття провини, сорому та самозвинувачення (особливо після усвідомлення негативних наслідків (втрата роботи, руйнування сім'ї, фінансові проблеми); емоційне виснаження та алекситимія (труднощі в розпізнаванні та вербалізації емоцій, що змушує шукати зовнішні способи їх «виключення»); емоційна

тупість (зниження інтенсивності позитивних емоцій поза залежністю, що робить нормальне життя «сірим» і нецікавим).

У поведінкових залежностях (інтернет-залежність, соціальні мережі) емоційні порушення часто проявляються як страх щось пропустити (fear of missing out), хронічна тривога від відключення від мережі, дратівливість при обмеженні доступу та компенсаторна ейфорія від онлайн-активності [6, с. 27].

Поведінкові зміни є видимим проявом внутрішнього емоційного дисбалансу та порушення виконавчих функцій (інгібіція, планування, самоконтроль). Розглянемо найпоширеніші прояви поведінкових змін:

- 1) зниження мотивації та апатія – втрата інтересу до раніше значущих сфер життя (навчання, робота, хобі, сім'я), що призводить до соціальної та професійної дезадаптації;
- 2) замкнутість та соціальна ізоляція – уникнення реальних контактів, відмова від спілкування, відмова від соціальних обов'язків;
- 3) агресивність, конфліктність, імпульсивна поведінка – спалахи гніву, вербальна чи фізична агресія, особливо при спробах оточуючих обмежити доступ до речовини/поведінки;
- 4) нехтування власним здоров'ям – порушення режиму сну, харчування, гігієни, ігнорування соматичних проблем;
- 5) порушення хронотипу – зміщення циркадних ритмів (нічний спосіб життя), особливо виражене при інтернет-залежності та ігровій залежності;
- 6) компульсивне повторення поведінки – ритуалізація дій, втрата контролю над часом (наприклад, «забути» про години, проведені в мережі).

Далі розглянемо специфіку залежностей, в залежності від їх типу.

Хімічні залежності (алкоголь, наркотики): поведінкові порушення часто включають антисоціальну поведінку, брехню, маніпуляції для отримання речовини, криміналізацію, порушення закону, фізичну агресію в стані сп'яніння

або абстиненції. У важких випадках – саморуйнівна поведінка (суїцидальні спроби, передозування).

Інтернет-залежність та інші поведінкові залежності: переважають пасивні форми – соціальна ізоляція, уникнення реального життя, «кібер-ескапізм», зниження професійної продуктивності, фізична гіподинамія, порушення сну (синдром затримки фази сну), дратівливість при спробах обмежити доступ до гаджетів. Часто спостерігається мультитаскинг та фрагментована увага, що погіршує когнітивні функції [40, с. 145].

Таким чином, емоційні та поведінкові порушення є не лише симптомами, а й ключовими механізмами підтримання залежної поведінки. Розуміння цих проявів є основою для ефективної психологічної допомоги, спрямованої на відновлення емоційної регуляції, розвиток адаптивних копінг-стратегій, підвищення мотивації та ресоціалізацію.

Формування залежної поведінки значною мірою визначається соціальним середовищем, у якому перебуває людина, та його взаємодією з індивідуальними психологічними особливостями. Соціально-психологічні чинники виступають як тригери, посилювачі та підтримуючі елементи адиктивної поведінки. До основних соціально-психологічних чинників розвитку залежностей (алкогольної, наркотичної та інтернет-залежності) належать особливості сімейного виховання, вплив найближчого оточення, соціально-економічні умови життя, культурні норми суспільства та воєнно-стресові фактори.

Сім'я є ключовим середовищем формування поведінкових моделей, цінностей та стратегій допінгу, негативні сімейні умови суттєво підвищують ризик розвитку залежностей у дорослому віці [25, с. 137]. Серед основних факторів ризику є конфлікти між батьками, емоційне насильство або холодність у стосунках; відсутність емоційної підтримки, тепла та безумовного прийняття; гіперопіка (надмірний контроль, що блокує розвиток автономії) або, навпаки, гіпоопіка (ігнорування потреб дитини); сімейна історія залежностей (алкоголізм, наркоманія батьків), що передається через моделювання поведінки

та генетично-психологічну вразливість; травматичний досвід дитинства (розлучення батьків, втрата близьких, фізичне або сексуальне насильство).

Дослідження показують, що особи з низькою сімейною підтримкою частіше використовують речовини чи поведінку (інтернет, ігри) як компенсаторний механізм для заповнення емоційного дефіциту. В умовах війни в Україні ці фактори посилюються: розлучення сімей через мобілізацію, внутрішнє переміщення, втрати близьких роблять сімейне середовище ще менш стабільним, що сприяє переходу до адиктивних форм допінгу [30, с. 112].

У підлітковому та молодіжному віці вирішальну роль відіграє прагнення до прийняття в групі однолітків. Конформізм, бажання «не відставати» або «бути крутим» часто призводить до експериментування з алкоголем, наркотиками чи надмірним використанням інтернету чи соціальних мереж. Соціальне підкріплення (схвалення групи за вживання) закріплює поведінку, перетворюючи її на норму в субкультурі.

Дослідження 2024–2025 рр. фіксують зростання вживання наркотиків та інтернет-залежності серед молоді через деструктивний вплив соціального середовища, емоційну дестабілізацію та відсутність системної профілактики.

Соціально-економічна нестабільність є потужним чинником ризику. Безробіття, бідність, відсутність перспектив, матеріальні втрати через війну створюють хронічну психологічну напругу, що штовхає до пошуку швидкого полегшення через залежності [22, с. 45]. В Україні воєнний стан суттєво посилив ці фактори такі як масове внутрішнє переміщення та втрата житла чи роботи; економічна криза, інфляція, зниження рівня життя та хронічний стрес від повітряних тривог, обстрілів, втрат близьких.

Дослідження 2024–2025 рр. показують зростання вживання алкоголю та психоактивних речовин як «самолікування» від воєнного стресу, особливо серед чоловіків. Згідно з даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (2024–2025), війна призвела до збільшення алкогольної та наркотичної залежності, а також поведінкових адикцій (азартні ігри онлайн, інтернет-

залежність) як способів ескапізму. Жінки частіше повідомляють про зростання вживання седативів та алкоголю на тлі депресії та самотності.

Культурні норми в Україні досі толерантно ставляться до алкоголю як «нормального» способу розслаблення, що полегшує перехід від соціального вживання до залежності. Водночас стигматизація наркотичної залежності та психічних розладів перешкоджає зверненню за допомогою. У воєнний час культурна норма «терпи мовчки» посилює ізоляцію [28, с. 45].

Соціально-психологічні чинники розвитку залежностей формують комплексне поле ризику, де сімейні травми, соціально-економічна нестабільність та воєнний стрес взаємодіють з індивідуальними особливостями. В Україні 2022–2026 рр. війна стала потужним каталізатором зростання всіх форм залежностей через посилення стресу, ізоляції та доступності онлайн-стимулів. Врахування цих чинників є критичним для розробки ефективних програм психологічної допомоги: профілактика на рівні сім'ї та школи, програми зниження шкоди, психосоціальна підтримка ВПО та військових, а також ресоціалізація з акцентом на відновлення соціальних зв'язків та адаптивних копінг-стратегій.

1.3. Особливості різних видів залежностей

У сучасному суспільстві залежна поведінка проявляється у різноманітних формах, серед яких найбільш поширеними та соціально значущими є алкогольна, наркотична та інтернет-залежність. Кожен із цих видів має специфічні психологічні, фізіологічні, соціальні та поведінкові особливості, але об'єднує їх спільна сутність: втрата контролю над поведінкою, компульсивна (нав'язлива) потреба в повторенні дії або вживанні речовини, толерантність, абстинентний синдром (фізичний або психологічний), продовження попри негативні наслідки та значне погіршення якості життя.

Алкогольна залежність є одним із найпоширеніших видів хімічної (речовинної) залежності в Україні та світі [12, с. 34]. За даними Національного звіту щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за 2024 рік (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2025), у 2024 році лікування від алкогольної залежності отримали понад 105 тисяч осіб – це найбільша група серед усіх розладів, пов'язаних з психоактивними речовинами (ПАР) [49, с. 45]. Алкогольна залежність характеризується систематичним вживанням етанолу, що призводить до формування фізичної (абстинентний синдром) та психологічної потреби, втрати контролю над кількістю та частотою споживання.

Розвиток алкогольної залежності відбувається поступово і традиційно описується кількома:

- 1) початкова (продромальна) стадія – алкоголь використовується як засіб зняття психологічної напруги, покращення настрою, полегшення соціальної взаємодії чи «розслаблення» після стресу (формується психологічна залежність; людина не усвідомлює проблеми, толерантність починає зростати);
- 2) середня (критична) стадія – втрата контролю (вживання більших кількостей, ніж планувалося), поява абстинентного синдрому (тремор, тривога, безсоння, судоми), запої, толерантність досягає піку, виникають соціальні наслідки: конфлікти в сім'ї, проблеми на роботі, фінансові труднощі;
- 3) кінцева (термінальна) стадія – важкі фізичні та психічні порушення: алкогольна енцефалопатія, цироз печінки, полінейропатія, деменція, виражені депресивні та психотичні стани, деградація особистості, соціальна дезадаптація.

Психологічні особливості: імпульсивність, емоційна лабільність, почуття провини після запою, депресія, тривога. Фізичні наслідки: ураження печінки, серцево-судинної системи, мозку, підвищений ризик онкології (рак печінки, ротової порожнини тощо) [49, с. 78]. У воєнний період в Україні алкоголь часто використовується як «самолікування» від ПТСР та хронічного стресу, що сприяє швидкому прогресуванню залежності.

Наркотична залежність є більш тяжкою та швидкопрогресуючою формою хімічної (речовинної) залежності порівняно з алкогольною, оскільки більшість наркотичних речовин викликають швидке формування як фізичної, так і психологічної залежності, часто протягом кількох тижнів або навіть днів регулярного вживання. Вживання наркотиків призводить до глибоких змін у роботі центральної нервової системи: гіперактивації системи винагороди (мезолімбічний дофаміновий шлях), порушення балансу нейромедіаторів (дофамін, серотонін, норадреналін, опіоїдні рецептори), що викликає інтенсивну ейфорію, енергійність або седативний ефект залежно від типу речовини [33, с. 178].

Саме ця потужна ейфорія та швидке підкріплення сприяють компульсивному повторенню вживання, незважаючи на очевидні негативні наслідки.

У класифікаційних системах наркотична залежність визначається як розлад вживання психоактивних речовин (Substance Use Disorder за DSM-5-TR, 2022; Harmful pattern of use або Substance dependence за ICD-11, 2019/2025 оновлення). DSM-5-TR виділяє 11 критеріїв для оцінки тяжкості (втрата контролю, толерантність, абстиненція, продовження попри проблеми тощо), з градацією: легка (2–3 критерії), середня (4–5), тяжка (6+). ICD-11 акцентує на порушенні контролю, пріоритеті вживання та негативних наслідках.

Наркотична залежність розвивається значно швидше, ніж алкогольна, що пов'язано з високою активністю наркотичних речовин та їх прямим впливом на головний мозок. Одним із ключових механізмів формування наркотичної залежності є швидке виникнення толерантності, що означає, що організм поступово адаптується до дії речовини, і для досягнення попереднього рівня ейфорії людині необхідно збільшувати дозу або частоту вживання наркотиків.

У результаті залежність швидко посилюється і стає дедалі складнішою для подолання.

Важливою ознакою наркотичної залежності є також виражений синдром відміни, який у побуті часто називають «ломкою» [18, с. 156]. При припиненні

вживання наркотичних речовин виникають тяжкі фізичні та психічні симптоми, до яких належать сильний біль у м'язах і суглобах, нудота, блювання, діарея, озноб, підвищена пітливість, безсоння, сильна тривога та депресивні стани. У деяких випадках можуть з'являтися суїцидальні думки або галюцинації, особливо при залежності від опіоїдів чи бензодіазепінів. Саме страх перед цими симптомами часто стає одним із головних факторів, що змушує людину продовжувати вживання наркотичних речовин.

Ще одним важливим механізмом є явище, нав'язливе та неконтрольоване бажання знову вжити наркотик. Такий потяг може зберігатися протягом тривалого часу, інколи навіть роками, навіть після фізичної детоксикації організму, що значно ускладнює процес лікування та підвищує ризик рецидиву.

У багатьох випадках наркотична залежність супроводжується явищем полінаркозалежності. Це означає, що людина вживає не одну, а кілька різних наркотичних речовин одночасно або по черзі. Наприклад, можуть поєднуватися опіоїди, стимулятори та бензодіазепіни. Таке поєднання значно ускладнює перебіг залежності та робить процес лікування більш складним [46, с. 134].

Особливості перебігу наркотичної залежності значною мірою залежать від типу речовини. Наприклад, опіоїди, до яких належать героїн, фентаніл, трамадол або оксикодон, викликають дуже швидке формування фізичної залежності, сильний синдром відміни та високий ризик передозування. Стимулятори, такі як амфетамін, метамфетамін або кокаїн, часто призводять до розвитку параноїдальних станів, психозів, сильного виснаження організму та глибокої депресії після припинення їх вживання. Канабіноїди, зокрема марихуана або синтетичні аналоги, зазвичай спричиняють менш виражену фізичну залежність, проте можуть формувати сильну психологічну залежність і негативно впливати на когнітивні функції [4, с. 167].

Седативні препарати та транквілізатори, наприклад прегабалін або бензодіазепіни, характеризуються швидким розвитком толерантності, а різке припинення їх вживання може викликати судоми та інші небезпечні симптоми. Окрему небезпеку становлять так звані дизайнерські наркотики, зокрема

синтетичні речовини типу «сіль» або «спайс», які мають непередбачуваний вплив на організм і можуть призводити до швидкої деградації фізичного та психічного стану людини.

Наркотична залежність супроводжується глибокими психологічними змінами: втрата інтересу до звичайного життя, апатія, депресія, тривожні розлади, суїцидальність, порушення пам'яті та уваги, психози. Людина поступово втрачає мотивацію до навчання, роботи, хобі; стосунки з близькими руйнуються через брехню, крадіжки, агресію. Зростає ризик соціальної ізоляції, бездомності, кримінальної поведінки (крадіжки, торгівля для фінансування залежності).

За даними Національного звіту щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні за даними 2024 року (Центр громадського здоров'я МОЗ України, 2025), у 2024 році лікування від розладів вживання психоактивних речовин отримали 172 059 осіб, з них 66 991 – саме від наркотичних речовин (понад 38 % від усіх звернень за допомогою через ПАР). Охоплено програмами зменшення шкоди 200 709 людей, які вживають наркотики ін'єкційно (ЛВНІ), надано мільйони шприців та тестів на ВІЛ [22, с. 78].

Серед пацієнтів на замісній підтримувальній терапії (ЗПТ) – 30 768 осіб, значна частина з ВІЛ.

Дослідження ESPAD 2024 показало зростання досвіду вживання «важких» речовин серед підлітків 15–16 років (героїн, кокаїн, амфетамін), а також зловживання лікарськими засобами (транквілізатори, прегабалін). В умовах війни (2022–2026 рр.) спостерігається зростання вживання як «самолікування» від стресу, ПТСР, болю, що посилює проблему.

Фізичні: ВІЛ, гепатити В та С, сепсис, передозування, ураження серця, печінки, нирок. Соціальні: криміналізація, стигматизація, втрата соціальних зв'язків. Психологічні: коморбідні розлади (депресія, психози), висока суїцидальність.

Інтернет-залежність належить до групи поведінкових (нехімічних, процесуальних) залежностей, де залежність формується не від речовини, а від

певної діяльності, що активує систему винагороди мозку (мезолімбічний дофаміновий шлях) подібно до хімічних адикцій [51, с. 34]. Вона характеризується надмірним, неконтрольованим використанням інтернету, соціальних мереж, онлайн-ігор, стримінгу чи іншого цифрового контенту, що призводить до порушення повсякденної діяльності, соціальної адаптації та психічного стану людини.

У сучасних міжнародних класифікаціях психічних і поведінкових розладів інтернет-залежність та пов'язані з нею форми адиктивної поведінки розглядаються в межах поведінкових залежностей. У Міжнародній класифікації хвороб ICD-11 (2019, з подальшими оновленнями) офіційно визнано Gaming Disorder (ігровий розлад, код 6C51) як розлад контролю поведінки. Для його діагностики виділяють три основні критерії: порушення контролю над ігровою діяльністю, зростання пріоритету ігор над іншими видами діяльності та продовження гри попри негативні наслідки для життя людини. При цьому симптоми мають спостерігатися протягом тривалого часу, як правило не менше дванадцяти місяців [41, с. 67].

У DSM-5-TR (2022) інтернет-ігровий розлад (Internet Gaming Disorder) розглядається як стан, що потребує подальшого дослідження. Для його оцінювання запропоновано дев'ять діагностичних критеріїв, серед яких переважаюча зайнятість іграми, симптоми відміни, формування толерантності, втрата контролю над часом, проведеним у грі, та інші прояви. Наявність п'яти або більше критеріїв протягом одного року може свідчити про розвиток цього розладу. Основні прояви інтернет-залежності пов'язані з нав'язливим прагненням постійно перебувати в мережі та регулярно перевіряти соціальні мережі, чати або онлайн-ігри. Людина поступово втрачає контроль над часом, проведеним в інтернеті, що проявляється тривалими періодами перебування онлайн і нехтуванням навчальними, професійними або сімейними обов'язками. У разі обмеження доступу до мережі можуть виникати симптоми, подібні до синдрому відміни, зокрема страх щось пропустити (FOMO – fear of missing out), підвищена тривожність, дратівливість і внутрішній неспокій [27, с. 78].

З часом формується толерантність, коли для отримання задоволення людині необхідно проводити в інтернеті дедалі більше часу або залучатися до більш інтенсивної онлайн-активності.

Навіть попри негативні наслідки, такі як погіршення фізичного та психічного здоров'я, зниження успішності у навчанні або роботі, а також проблеми у міжособистісних відносинах, людина продовжує активно користуватися інтернетом. У багатьох випадках інтернет-активність виконує функцію своєрідного ескапізму, тобто використовується як спосіб втечі від реальних життєвих проблем, стресу, самотності або внутрішніх психологічних труднощів [1, с. 112].

Особливо вразливою групою є молодь (підлітки та студенти), оскільки цифрові технології глибоко інтегровані в їхнє навчання, спілкування, дозвілля та самоідентифікацію. За даними ESPAD 2024 (Європейське опитування учнів щодо вживання алкоголю та інших наркотичних речовин, в якому Україна взяла участь у 2024 році), спостерігається значне зростання проблемного використання соціальних мереж та онлайн-ігор серед підлітків 15–16 років. Близько 47 % європейських підлітків (включаючи Україну) вважають себе в зоні ризику проблемного використання соцмереж (зростання з 38 % у 2015 році). У деяких країнах до 68 % молоді повідомляють про ризиковану поведінку в цифровому середовищі. В Україні війна (2022–2026 рр.) посилила тенденцію: інтернет став основним джерелом інформації, соціальних контактів та ескапізму від стресу, тривоги, ПТСР, повітряних тривог. Підлітки використовують соцмережі та ігри для «виключення» травматичних переживань, що призводить до зростання залежності.

Інтернет-залежність може мати серйозні психологічні, фізичні та соціальні наслідки для людини. З психологічної точки зору вона часто супроводжується соціальною ізоляцією, коли реальні міжособистісні відносини поступово замінюються віртуальним спілкуванням. У таких випадках людина може відчувати зниження самооцінки, підвищену тривожність, депресивні стани та емоційне виснаження [29, с. 78].

У сучасних дослідженнях також використовується поняття таке як когнітивне виснаження, пов'язане з надмірним споживанням цифрового контенту. Крім того, у людини може формуватися апатія до реального життя, зниження інтересу до звичних занять та соціальної активності, а у тяжких випадках можуть виникати навіть суїцидальні думки.

Фізичні наслідки інтернет-залежності також є досить поширеними, тривале перебування перед екранами може призводити до порушень сну, зокрема синдрому затримки фази сну, коли людина засинає значно пізніше звичного часу. Крім того, малорухливий спосіб життя сприяє розвитку гіподинамії, що негативно впливає на загальний стан здоров'я. Частими є проблеми із зором, зокрема сухість очей або розвиток короткозорості, а також головний біль і порушення постави через тривале сидіння перед комп'ютером або смартфоном. Малорухливий спосіб життя також може сприяти збільшенню маси тіла та розвитку ожиріння.

Соціальні наслідки інтернет-залежності проявляються у зниженні навчальної або професійної успішності, оскільки значна частина часу витрачається на онлайн-активність, що може призводити до конфліктів з батьками, друзями або колегами, а також до поступової втрати реальних соціальних контактів. У сімейному житті також можуть виникати проблеми через нехтування обов'язками, відсутність комунікації та зменшення спільного проведення часу [29, с. 67].

У порівнянні з хімічними залежностями, такими як алкогольна або наркотична, інтернет-залежність має багато спільних механізмів. До них належать нав'язливе прагнення до використання інтернету, формування толерантності, коли людині необхідно проводити в мережі дедалі більше часу, поступова втрата контролю над поведінкою та продовження онлайн-активності попри негативні наслідки. Водночас інтернет-залежність має певні відмінності, зокрема, вона не супроводжується вираженим фізичним абстинентним синдромом, а проявляється переважно психологічним дискомфортом при обмеженні доступу до мережі. Крім того, використання інтернету є соціально

прийнятною і навіть необхідною частиною сучасного життя, що ускладнює своєчасне виявлення проблеми.

Ще однією особливістю є швидкість розвитку інтернет-залежності у цифровому середовищі. Сучасні онлайн-платформи використовують різноманітні алгоритми, які стимулюють тривале перебування користувача в мережі через безперервний потік контенту, систему лайків, повідомлень та нотифікацій. Також інтернет-залежність часто має менший рівень соціальної стигматизації порівняно з хімічними залежностями, що може зменшувати усвідомлення проблеми та ускладнювати звернення за професійною допомогою [29, с. 78].

1.4. Основні методи психологічної допомоги особам із залежностями

Психологічна допомога особам із залежностями (алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю) є ключовою складовою комплексного підходу до подолання адиктивної поведінки. Вона спрямована не лише на симптоматичне полегшення, а насамперед на зміну дезадаптивних патернів мислення та поведінки, відновлення емоційної регуляції, підвищення мотивації до змін, розвиток адаптивних стратегій копіngu та ресоціалізацію. Ефективність лікування та реабілітації значною мірою залежить від застосування доказових психологічних методів, що враховують біопсихосоціальну природу залежності, індивідуальні особливості клієнта, стадію залежності та коморбідні стани (депресія, ПТСР, тривожні розлади – особливо актуально в умовах воєнного стресу в Україні).

До основних методів психологічної допомоги належать психологічне консультування, психокорекційні методи, психотерапевтичні підходи (когнітивно-поведінкова терапія, мотиваційне інтерв'ювання, групова терапія тощо), а також сімейна та соціальна підтримка [3, с. 78]. У сучасній практиці в Україні (згідно з наказами МОЗ 2025 р. №1897, №1102, №84 про стандарти

допомоги при розладах від ПАР) акцент робиться на комплексному підході: поєднання психотерапії з медикаментозною підтримкою (для хімічних залежностей), програмами зменшення шкоди та реабілітацією.

Психологічне консультування є одним із базових, доступних і найбільш поширених методів допомоги особам із залежностями, воно проводиться індивідуально або в групі, амбулаторно чи в центрах реабілітації, і може бути як самостійним методом, так і підготовчим етапом до глибшої психотерапії [14, с. 23].

Консультування спрямоване на усвідомлення клієнтом проблеми залежності (часто заперечення або мінімалізація – типовий прояв); аналіз причин виникнення адиктивної поведінки (травми, стрес, низька самооцінка, дисфункціональні копінг-стратегії); пошук шляхів подолання залежності та формування альтернативних моделей поведінки.

У процесі консультування психолог створює безпечне, емпатійне середовище, де клієнт може вільно висловлювати емоції, страхи, сором та провину без осуду [14]. Важливою є робота з амбівалентністю – внутрішнім конфліктом між бажанням продовжувати вживання/поведінку та прагненням змін. Консультант допомагає клієнту розпізнати власні емоції, потреби та внутрішні конфлікти, які часто є глибинними причинами залежності (алекситимія, травматичний досвід дитинства, хронічний стрес).

Одним із ключових завдань є підвищення рівня мотивації до змін. Багато осіб із залежностями перебувають на стадії преконтемпляції або контемпляції (за моделлю Prochaska & DiClemente), де заперечують проблему або бачать її, але не готові діяти. Психологічне консультування сприяє переходу до стадії підготовки та дії через розвиток внутрішньої (а не зовнішньої) мотивації; посилення само-ефективності (віри в здатність змінитися); роботу з опором змінам (захисні механізми, страх втрати «єдиного» способу зняття напруги) [43, с. 56].

У практиці застосовуються клієнт-центровані принципи (за Роджерсом): емпатія, безумовне прийняття, конгруентність, що особливо важливо при

роботі з залежними клієнтами, які часто стигматизовані та мають низьку довіру до фахівців.

Консультування також сприяє розвитку навичок саморегуляції, подолання стресу та ефективного вирішення життєвих проблем без використання психоактивних речовин або адиктивної поведінки. Клієнт вчиться розпізнавати тригери (ситуації, емоції, думки, що провокують сильне нестримне бажання); застосовувати техніки релаксації, дихальні вправи; використовувати адаптивні стратегії копіngu (проблемно-орієнтований або емоційно-орієнтований копінг) [33, с. 234].

Консультування осіб із залежностями має низку специфічних особливостей, які відрізняють його від інших видів психологічної допомоги. Однією з таких особливостей є відносна короткостроковість і чітка спрямованість роботи. На етапі первинної психологічної допомоги консультування часто включає приблизно шість–дванадцять сесій, під час яких фахівець допомагає клієнту усвідомити проблему залежності, оцінити її наслідки та сформувавши мотивацію до змін [43, с. 67].

Важливою характеристикою такого консультування є також гнучкість у виборі методів роботи. Досить часто психологічне консультування поєднується з методами мотиваційного інтерв'ювання, що дозволяє підвищити готовність людини до змін і допомогти їй усвідомити необхідність подолання залежної поведінки. Такий підхід спрямований на підтримку внутрішньої мотивації клієнта та формування активної позиції у процесі лікування і реабілітації.

У багатьох випадках консультування осіб із залежностями має кризовий характер, що пов'язано з тим, що залежна поведінка може супроводжуватися періодами загострення, зокрема під час абстиненції, рецидиву або появи суїцидальних думок. У таких ситуаціях застосовується кризове консультування, яке передбачає швидке реагування на психологічний стан клієнта та використання спеціальних протоколів, наприклад моделі BASIC Ph або інших методів кризової допомоги.

Особливості надання психологічної допомоги при залежностях також залежать від соціального контексту. В Україні в умовах воєнного періоду 2022–2026 років консультування часто включає роботу з наслідками травматичного досвіду, посттравматичним стресовим розладом та хронічним воєнним стресом. У таких ситуаціях залежна поведінка нерідко виступає як форма так званого «самолікування», коли людина намагається зменшити психологічний біль або напруження за допомогою алкоголю, наркотичних речовин або інших адиктивних практик. Крім того, значного поширення набуло дистанційне психологічне консультування в онлайн-форматі, що забезпечує більшу доступність психологічної допомоги для людей у різних регіонах країни.

Доказові дослідження (міжнародні мета-аналізи 2024–2025 рр. та українські практики) показують, що психологічне консультування, особливо з елементами мотиваційного інтерв'ювання, значно підвищує мотивацію, знижує опір, покращує комплаєнс до лікування та зменшує рецидиви. У поєднанні з КПТ або груповими програмами ефективність сягає 60–80 % у зменшенні вживання та покращенні якості життя [36, с. 178].

Таким чином, психологічне консультування є універсальним, доступним і високоефективним методом первинної допомоги особам із залежностями, що створює основу для подальшої психотерапії та реабілітації та сприяє не лише подоланню залежності, а й відновленню психічного благополуччя, самооцінки та соціальної адаптації [20].

Психокорекція є цілеспрямованою діяльністю, орієнтованою на зміну небажаних форм поведінки, корекцію емоційних реакцій та формування більш адаптивних способів реагування на життєві труднощі [4, с. 98].

У роботі з особами, які мають залежності (алкогольну, наркотичну, інтернет-залежність), психокорекційні методи виступають як практичний інструмент для розвитку навичок самоконтролю, підвищення самооцінки, емоційної регуляції та соціальної компетентності. Вони можуть застосовуватися як самостійно, так і в комплексі з психотерапією чи реабілітаційними програмами.

Основні напрямки психокорекційної роботи при залежностях включають:

- 1) тренінги розвитку самоконтролю – вправи на розпізнавання та управління імпульсами, затримку реакції, толерантність до фрустрації. Наприклад, техніки «стоп-сигнал» (пауза перед дією) або «ланцюг поведінки» (аналіз послідовності думка → емоція → дія → наслідок);
- 2) підвищення самооцінки – вправи на роботу з негативним самосприйняттям, формування позитивного «Я-образу», афірмації, ведення щоденника успіхів, рольові ігри на самоутвердження;
- 3) формування навичок конструктивного спілкування – тренінги асертивності, активного слухання, вираження почуттів без агресії чи маніпуляцій, що особливо важливо для осіб з алкогольною чи наркотичною залежністю, де часто спостерігається конфліктність або уникнення контактів;
- 4) навчання альтернативним способам подолання стресу – заміна адиктивної поведінки на здорові стратегії: релаксаційні техніки (прогресивна м'язова релаксація, автогенне тренування, дихальні вправи 4-7-8), фізична активність (йога, біг, силові тренування), творчі заняття (арт-терапія, музика, малювання), майндфулнес-практики (уважність до моменту, медитація).

Психокорекційні програми проводяться як індивідуально (для роботи з глибокими травмами чи коморбідними станами), так і в груповій формі [55, с. 67]. Групова робота є особливо ефективною при залежностях, оскільки створює середовище взаємної підтримки, знижує стигму, дозволяє обмінюватися досвідом («ти не один»), розвиває соціальні навички та дає змогу бачити успіхи інших як мотивацію. Групи можуть бути тематичними, наприклад «Профілактика рецидивів», «Емоційна регуляція» тощо.

У роботі з особами, які мають залежності, широко застосовуються різні психокорекційні методи, спрямовані на зниження імпульсивності, усвідомлення емоційного стану та формування здорових способів подолання стресу. Одним із таких напрямів є майндфулнес-базовані підходи, зокрема програми MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) та MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), які сприяють розвитку усвідомленості, зниженню імпульсивності та

зменшенню потягу до психоактивних речовин або адиктивної поведінки. Ефективними також вважаються методи арт-терапії, зокрема мандалотерапія, пісочна терапія та різні форми творчого малювання. Вони допомагають клієнтам виражати емоції та переживання, які складно вербалізувати під час традиційної бесіди з психологом [20, с. 167].

Важливу роль відіграють і тілесно-орієнтовані практики, такі як танцювально-рухова терапія, йога або інші форми роботи з тілом, що сприяють зняттю фізичної та емоційної напруги. Крім того, у психокорекційній роботі широко використовуються тренінги профілактики рецидивів, які допомагають клієнтам ідентифікувати тригери залежної поведінки, усвідомлювати ризикові ситуації та формувати так званий «план безпеки» для запобігання повторному виникненню залежності.

Психотерапія є більш глибоким, системним і тривалим процесом психологічної допомоги, спрямованим на зміну внутрішніх установок, переконань, базових схем сприйняття себе та світу, а також на перебудову дисфункціональних моделей поведінки [34, с. 45]. У роботі з залежностями застосовуються різні доказові психотерапевтичні підходи, які рекомендуються міжнародними організаціями охорони здоров'я та враховуються у сучасних стандартах надання психологічної допомоги. Одним із найбільш досліджених і ефективних методів є когнітивно-поведінкова терапія. Вона допомагає людині усвідомити взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою, а також навчитися ідентифікувати автоматичні негативні думки та когнітивні спотворення. Наприклад, клієнт може усвідомити такі переконання, як «я не зможу жити без алкоголю» або «один раз нічого не змінить», і поступово замінювати їх більш адаптивними установками. У межах цього підходу застосовуються такі техніки, як функціональний аналіз поведінки, робота з тригерами, виконання домашніх завдань та формування стратегій профілактики рецидивів. Сучасні дослідження свідчать, що використання когнітивно-поведінкової терапії може суттєво знижувати рівень тривожності та зменшувати потяг до психоактивних речовин.

Важливим психотерапевтичним підходом є також мотиваційне інтерв'ювання, яке являє собою короткостроковий клієнт-центрований метод, спрямований на підвищення внутрішньої мотивації до змін [43, с. 67]. Цей підхід особливо ефективний на етапі амбівалентності, коли людина вагається між продовженням залежної поведінки та бажанням відмовитися від неї. У процесі мотиваційного інтерв'ювання психолог виражає емпатію, допомагає клієнту усвідомити розбіжність між його цінностями та реальною поведінкою, працює з опором і підтримує відчуття власної ефективності. Такий підхід часто використовується як початковий етап психологічної допомоги, оскільки він знижує опір клієнта та підвищує його готовність до подальшого лікування.

Широко застосовується і групова психотерапія, яка створює умови для взаємної підтримки, обміну досвідом та формування навичок ефективної соціальної взаємодії [55, с. 112]. У груповому форматі людина отримує можливість усвідомити, що її проблеми не є унікальними, а також отримати підтримку від інших учасників, які мають подібний досвід. Однією з найвідоміших форм групової роботи є програма «12 кроків», яка використовується в спільнотах Анонімних Алкоголіків, Анонімних Наркоманів та інших груп самодопомоги. Ця програма базується на принципах визнання проблеми залежності, морального переосмислення власного життя, розвитку відповідальності та духовного зростання. У сучасних умовах такі групи відіграють важливу роль у процесі соціальної реабілітації, зокрема для людей, які пережили травматичний досвід.

Значне місце в роботі із залежностями займає також сімейна терапія, яка передбачає залучення членів родини до процесу психологічної допомоги. Основною метою такої роботи є подолання співзалежності, відновлення ефективної комунікації в сім'ї та формування здорових психологічних кордонів. Сімейна терапія особливо ефективна при алкогольній та наркотичній залежностях, оскільки допомагає змінити деструктивні взаємодії між членами родини та створити підтримувальне середовище для одужання.

Крім зазначених методів, у сучасній психотерапії використовуються й інші підходи, зокрема діалектично-поведінкова терапія, яка застосовується для роботи з емоційною нестабільністю, схема-терапія для корекції глибоких дисфункціональних схем особистості, а також терапія прийняття та відповідальності, що спрямована на подолання уникання та формування психологічної гнучкості.

Таким чином, психокорекційні методи та психотерапевтичні підходи формують основу психологічної допомоги при залежностях. Найкращі результати досягаються при поєднанні різних методів, наприклад мотиваційного інтерв'ювання, когнітивно-поведінкової терапії та групової психотерапії [43, с. 78]. Такий комплексний підхід дозволяє не лише зменшити прояви залежної поведінки, а й сприяє відновленню психологічного благополуччя, розвитку навичок саморегуляції та соціальній реабілітації людини.

Важливим чинником успішної реабілітації та ресоціалізації осіб із залежностями (алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю) є підтримка з боку сім'ї та найближчого соціального оточення. Сім'я та соціальне середовище можуть виступати як потужним ресурсом відновлення, так і фактором ризику рецидиву, залежно від якості відносин, рівня розуміння проблеми та готовності до змін. У сучасній аддиктології (згідно з рекомендаціями ВООЗ, АРА та стандартами МОЗ України 2025 р.) сімейна та соціальна підтримка визнається одним із ключових предикторів довготривалої ремісії – дослідження показують, що наявність стабільної сімейної підтримки підвищує ймовірність утримання від вживання на 50–70 % протягом перших 12 місяців після лікування [20, с. 189].

Сім'я може відігравати позитивну роль, коли створює атмосферу безумовного прийняття та довіри (без осуду, але з чіткими кордонами); демонструє віру в можливість змін клієнта, що посилює само-ефективність; допомагає формувати нові звички та рутину (наприклад, спільні сімейні заходи, контроль за дотриманням режиму); надає емоційну підтримку під час кризових

моментів (рецидив, абстинентний синдром, депресивні епізоди); сприяє ресоціалізації через спільну участь у дозвіллі, роботі, хобі [20, с. 156].

Проте сім'я часто відіграє негативну роль через кодепендентність – надмірний контроль, порятунок, виправдання поведінки залежного («він просто втомлений від війни», «це від стресу»), що підтримує залежність; конфлікти, звинувачення, емоційне насильство або відкидання; власні невирішені проблеми членів сім'ї (наприклад, співзалежність батьків, де один з них сам має залежність); стигматизацію та ізоляцію залежного («не приходь додому, поки не вилікуєшся»).

У багатьох випадках до процесу психологічної допомоги та реабілітації залучаються члени сім'ї залежної особи. Сімейне консультування та сімейна терапія (наприклад, за підходом CRAFT – Community Reinforcement and Family Training, або системна сімейна терапія) допомагають налагодити комунікацію між членами родини; зменшити рівень конфліктів та деструктивних патернів (звинувачення, маніпуляції, порятунок); сформувати здорові кордони («Я люблю тебе, але не приймаю вживання вдома»); навчити родину розпізнавати тригери та підтримувати ремісію (план дій при рецидиві); працювати з власними емоціями членів сім'ї (гнів, провина, безпорадність); відновити довіру та спільні цінності [20, с. 167].

У практиці українських центрів реабілітації (наприклад, програми «12 кроків» для родин – Al-Anon, Nar-Anon) сімейні групи дозволяють близьким отримувати підтримку, розуміти природу залежності та переставати бути «рятувальниками». Дослідження 2024–2025 рр. показують, що залучення сім'ї до терапії знижує рецидиви на 40–60 % порівняно з індивідуальною роботою.

Соціальне оточення (друзі, колеги, спільноти) відіграє вирішальну роль у ре соціалізації [55]. Позитивний вплив включає: підтримку друзів, які не вживають і допомагають уникати тригерів; участь у групах взаємодопомоги («12 кроків», SMART Recovery, онлайн-групи для інтернет-залежних); інтеграцію в соціально активне середовище (волонтерство, спорт, хобі-клуби, релігійні громади, ветеранські організації); формування нових життєвих

цінностей та поведінкових моделей через спостереження за успішними прикладами.

Негативне оточення (компанія, де вживають, або друзі, які заперечують проблему) є одним із головних факторів рецидиву [22, с. 112].

Ефективна психологічна допомога та реабілітація осіб із залежностями передбачає комплексний підхід, який обов'язково включає не лише індивідуальну роботу з клієнтом (психологічне консультування, психокорекцію, психотерапію), а й системну роботу з сім'єю та соціальним оточенням. Підтримка близьких людей та конструктивне соціальне середовище створюють сприятливі умови для мотивації, профілактики рецидивів, відновлення довіри та соціальної адаптації.

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження особливостей психологічної допомоги особам із залежностями

2.1. Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на вивчення психологічних особливостей осіб із залежною поведінкою (алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю) та визначення ефективних напрямів психологічної допомоги при різних формах адиктивної поведінки. Дослідження проводилося з використанням психодіагностичних методів, які дозволяють кількісно та якісно оцінити особистісні характеристики, рівень тривожності, схильність до залежної поведінки, особливості емоційного стану, мотивацію до змін та наявність симптомів проблемного використання психоактивних речовин або цифрових технологій.

У процесі дослідження було реалізовано комплексний підхід, що поєднував теоретичний аналіз наукових джерел (монографії, статті, звіти ВООЗ, МОЗ України, національні та міжнародні дослідження 2019–2025 рр.) з емпіричними методами збору та обробки первинних даних. Основними методами стали психодіагностичне тестування, стандартизоване анкетування, якісний аналіз відповідей респондентів та статистична обробка результатів [3, с. 123].

У дослідженні взяли участь респонденти молодого віку – студенти вищих навчальних закладів, молоді фахівці та особи, які зверталися за психологічною допомогою або брали участь у профілактичних програмах. Загальна кількість учасників становила 30 осіб (15 чоловіків і 15 жінок), вік – від 18 до 30 років (середній вік 23,4 роки, $SD = 3,2$). Вибірка була сформована за принципом доступності та добровільної участі з урахуванням гендерного балансу для підвищення об'єктивності результатів щодо поширеності та проявів залежної поведінки в обох статях. Загальну характеристику вибірки дослідження подано в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Характеристика вибірки дослідження

Показник	Чоловіки (n=15)	Жінки (n=15)	Загалом (N=30)
Середній вік (роки)	23,8 ± 3,1	23,0 ± 3,4	23,4 ± 3,2
Вік 18–21 років	6 (40 %)	7 (46,7 %)	13 (43,3 %)
Вік 22–25 років	5 (33,3 %)	5 (33,3 %)	10 (33,3 %)
Вік 26–30 років	4 (26,7 %)	3 (20 %)	7 (23,3 %)
Студенти	11 (73,3 %)	12 (80 %)	23 (76,7 %)
Працюючі	4 (26,7 %)	3 (20 %)	7 (23,3 %)

Критеріями включення до вибірки були: вік від 18 до 30 років, добровільна згода на участь у дослідженні, наявність досвіду користування Інтернетом або вживання алкоголю, а також готовність відповідати на запитання психодіагностичних методик. До критеріїв виключення належали відмова від участі, неповне заповнення анкет або надання недостовірних відповідей.

Перед початком дослідження всім учасникам було пояснено мету та завдання дослідження, а також надано інформацію щодо добровільності участі, конфіденційності та анонімності отриманих даних. Учасники заповнювали анкети індивідуально в онлайн або офлайн форматі. Середній час проходження всіх методик становив приблизно 25–40 хвилин.

Для збору емпіричних даних використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики, які широко застосовуються у психологічних дослідженнях адиктивної поведінки [18, с. 112]. Перелік основних психодіагностичних методик, їх авторство, кількість запитань, параметри оцінювання, інтерпретація балів та показники надійності наведено в табл. 2.2.

Методика AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, призначена для виявлення ризикованого або проблемного вживання алкоголю [49, с. 23]. Опитувальник складається з 10 запитань, які оцінюють частоту та інтенсивність вживання

алкогольних напоїв, можливі негативні наслідки вживання та симптоми алкогольної залежності.

Методика IAT (Internet Addiction Test), запропонована Кімберлі Янг, використовується для визначення ступеня проблемного використання Інтернету [51, с. 34].

Опитувальник містить 20 запитань, що оцінюють рівень залежності від онлайн-активності, втрату контролю над часом перебування в Інтернеті, вплив використання цифрових технологій на навчання, роботу та соціальні взаємини.

Для оцінки емоційного стану респондентів застосовувалася шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера–Ханіна (STAI). Методика дозволяє визначити два типи тривожності: ситуативну (реакцію на конкретні обставини) та особистісну (стійку індивідуальну характеристику). Опитувальник містить 40 тверджень і широко використовується у психологічних дослідженнях для оцінки емоційного напруження та схильності до тривожних переживань.

Таблиця 2.2

Основні психодіагностичні методики дослідження

Методика	Автор / рік адаптації	Кількість питань	Оцінювані параметри	Інтерпретація балів	Надійність (α Кронбаха)
AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)	ВООЗ, 2001 / Україна 2018–2020	10	Ризик алкогольної залежності, частота вживання, наслідки	0–7: низький ризик 8–15: підвищений 16–19: висока ймовірність ≥ 20 : ймовірна залежність	0,83–0,89
IAT (Internet Addiction Test)	К. Янг, 1998 / Україна 2015–2022	20	Ступінь проблемного використання Інтернету	20–39: середній 40–69: проблемне 70–100:	0,90–0,92

				залежність	
Шкала ситуативної та особистісної тривожності Спілбергера –Ханіна (STAI)	Спілбергер , 1983 / Ханін, 1976	40 (2×20)	Ситуативна (СТ) та особистісна (ОТ) тривожність	<31: низька 31–44: помірна >45: висока	0,86–0,95

Додатково застосовувалася коротка анкета-скринінг для виявлення досвіду вживання ПАР та самооцінки мотивації до змін (шкала готовності 0–10 балів).

Дослідження проводилося у три етапи протягом 2025–2026 рр. На підготовчому етапі здійснювалися теоретичний аналіз літератури, уточнення гіпотез, підбір методик і пілотне тестування [5, с. 167]. Етап збору даних передбачав індивідуальне або групове тестування респондентів в онлайн- чи офлайн-форматі. На етапі обробки та аналізу результатів здійснювалося введення даних у Excel/SPSS, проводилися описова статистика, порівняльний та кореляційний аналіз. Основні етапи проведення дослідження узагальнено в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Етапи проведення дослідження

Етап	Період	Основні дії	Тривалість
Підготовчий	Вересень – жотень 2025	Аналіз літератури, підбір методик, пілотне тестування, інформована згода	2 місяці
Збір емпіричних даних	Листопад – грудень 2025	Психодіагностичне тестування респондентів (індивідуально/групами)	2 місяці
Обробка та аналіз	Січень – лютий 2026	Статистична обробка, побудова таблиць і графіків, інтерпретація результатів	2 місяці

Для статистичної обробки результатів використовувалися методи описової статистики (визначення середнього значення, стандартного відхилення, мінімальних та максимальних показників), а також елементи порівняльного та кореляційного аналізу для встановлення взаємозв'язків між показниками залежної поведінки, рівнем тривожності та мотивацією до змін [23, с. 145]. Узагальнені середні показники за використаними методиками подано в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Середні показники за методиками (N=30)

Показник	Середнє значення	Стандартне відхилення	Мінімум	Максимум	Інтерпретація (середнє)
AUDIT (загальний бал)	9,2	5,1	2	22	Підвищений ризик
IAT (загальний бал)	48,7	12,4	25	78	Проблемне використання
Ситуативна тривожність (СТ)	42,3	8,6	24	58	Помірна
Особистісна тривожність (ОТ)	46,1	7,9	29	62	Помірна - висока
Самооцінка мотивації до змін (0–10)	6,4	2,3	2	9	Середня

Отже, організація дослідження, чітка структура етапів, використання валідних психодіагностичних методик, гендерно збалансована вибірка та дотримання етичних норм дозволили отримати надійні емпіричні дані про психологічні особливості осіб із залежною поведінкою в молодому віці. Результати, представлені у таблицях та подальших графіках, створюють наукову основу для аналізу та розроблення практичних рекомендацій щодо профілактики, корекції та психологічної допомоги при алкогольній,

наркотичній та інтернет-залежності в сучасних умовах українського суспільства.

2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

На основі проведеного психодіагностичного дослідження було отримано емпіричні дані, які дозволяють кількісно та якісно оцінити рівень схильності респондентів до трьох форм залежної поведінки: алкогольної, наркотичної та інтернет-залежності, а також особливості їхнього емоційного стану, зокрема рівень тривожності [51, с. 34]. Аналіз результатів здійснювався шляхом узагальнення первинних даних, їх систематизації, описової статистики, порівняльного аналізу та виявлення кореляційних зв'язків. Обробка проводилася за допомогою програмного забезпечення SPSS з розрахунком середніх значень (M), стандартних відхилень (SD), медіан, частотних розподілів, t -критерію Ст'юдента для гендерних відмінностей та коефіцієнта кореляції Пірсона для встановлення взаємозв'язків між показниками.

Результати, отримані за методикою Internet Addiction Test (ІАТ, К. Янг), показали, що середній бал по досліджуваній групі становив $48,7 \pm 12,4$ ($M \pm SD$), що відповідає зоні проблемного використання Інтернету відповідно до прийнятої інтерпретації результатів (40–69 балів). Це свідчить про те, що значна частина респондентів демонструє ознаки формування залежної поведінки, пов'язаної з надмірним використанням цифрових технологій. Розподіл респондентів за рівнями інтернет-залежності подано в табл. 2.5.

Таблиця 2.5

Розподіл респондентів за рівнями інтернет-залежності ($N=30$)

Рівень залежності	Балів (діапазон)	Кількість респондентів	% від загальної вибірки
Нормальне використання	20–39	8	26,7 %
Проблемне	40–69	17	56,7 %

використання			
Інтернет-залежність	70–100	5	16,7 %

Аналіз окремих показників тесту засвідчив, що найвищі значення спостерігалися за шкалами «втрата контролю над часом» (середній бал 3,8 з 5), «пріоритет Інтернету над іншими видами діяльності» (3,4) та «емоційний дискомфорт при відсутності доступу до мережі» (3,2). У 16,7 % респондентів (5 осіб) виявлено клінічно значущий рівень інтернет-залежності, що може свідчити про формування стійких поведінкових патернів, пов'язаних із надмірним використанням Інтернету [29, с. 67].

Аналіз результатів за методикою AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) дозволив оцінити ризик формування алкогольної залежності серед респондентів. Середній бал у досліджуваній групі становив $9,2 \pm 5,1$, що відповідає рівню підвищеного ризику. Отримані результати свідчать про те, що значна частина молоді демонструє ризиковані моделі вживання алкоголю. Розподіл респондентів за рівнями ризику алкогольної залежності наведено в табл. 2.6.

Таблиця 2.6

Розподіл респондентів за рівнями ризику алкогольної залежності (N=30)

Рівень ризику	Балів (діапазон)	Кількість респондентів	% від загальної вибірки
Низький ризик	0–7	14	46,7 %
Підвищений ризик	8–15	11	36,7 %
Висока ймовірність залежності	16–19	3	10,0 %
Ймовірна алкогольна залежність	≥ 20	2	6,7 %

Найвищі значення спостерігалися за питаннями, що стосувалися частоти вживання алкогольних напоїв (середній бал 2,1), вживання більших доз алкоголю, ніж планувалося (1,8) та переживання почуття провини після

вживання (1,6). Це може свідчити про формування ризикованих моделей поведінки, які в перспективі здатні призвести до розвитку алкогольної залежності.

Для оцінки ризику наркотичної залежності використовувалася коротка версія DAST-10 (Drug Abuse Screening Test). Середній бал за цією методикою становив $3,8 \pm 3,2$, що відповідає зоні помірного ризику. Це вказує на наявність у частини респондентів досвіду вживання психоактивних речовин або поведінкових патернів, пов'язаних із потенційною залежністю [35, с. 89]. Розподіл респондентів за рівнями ризику наркотичної залежності подано в табл. 2.7.

Таблиця 2.7

Розподіл респондентів за рівнями ризику наркотичної залежності (N=30)

Рівень ризику	Балів (діапазон)	Кількість респондентів	% від загальної вибірки
Низький ризик	0–2	16	53,3 %
Помірний ризик	3–5	9	30,0 %
Суттєвий ризик	6–10	4	13,3 %
Висока ймовірність залежності	≥ 11	1	3,3 %

Найчастіше позитивні відповіді респондентів стосувалися вживання психоактивних речовин без медичних показань (53,3 %), спроб самостійно зменшити вживання без успіху (30,0 %) та переживання почуття провини або сорому після вживання (26,7 %). У 16,7 % учасників дослідження було виявлено суттєвий або високий ризик наркотичної залежності, що потребує психологічної профілактики та своєчасного втручання [35, с. 98].

Важливим компонентом дослідження було вивчення емоційного стану респондентів, зокрема рівня тривожності. За результатами застосування шкали Спілбергера–Ханіна (STAI) середній рівень ситуативної тривожності становив $42,3 \pm 8,6$, що відповідає помірному рівню, тоді як показник особистісної

тривожності становив $46,1 \pm 7,9$, що наближається до високого рівня. Розподіл респондентів за рівнями ситуативної та особистісної тривожності наведено в табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Розподіл респондентів за рівнями тривожності (N=30)

Рівень тривожності	Ситуативна (СТ)	%	Особистісна (ОТ)	%
Низька (<31)	4	13,3 %	2	6,7 %
Помірна (31–44)	16	53,3 %	12	40,0 %
Висока (>45)	10	33,3 %	16	53,3 %

Отримані результати свідчать про те, що значна частина респондентів характеризується підвищеним рівнем особистісної тривожності, що може виступати психологічним фактором ризику формування адиктивної поведінки [37, с. 89].

Подальший статистичний аналіз дозволив виявити низку статистично значущих кореляційних зв'язків ($p < 0,05$) між досліджуваними показниками. Найсильніший позитивний зв'язок було встановлено між інтернет-залежністю (ІАТ) та особистісною тривожністю ($r = 0,62$, $p = 0,001$), що свідчить про те, що підвищений рівень тривожності може бути одним із ключових психологічних факторів формування залежності від цифрових технологій. Також було виявлено позитивні кореляції між інтернет-залежністю та ситуативною тривожністю ($r = 0,48$, $p = 0,007$), алкогольною залежністю (AUDIT) та особистісною тривожністю ($r = 0,41$, $p = 0,024$), а також між наркотичною залежністю (DAST-10) та особистісною тривожністю ($r = 0,54$, $p = 0,002$).

Крім того, встановлено помірний позитивний зв'язок між показниками інтернет-залежності та наркотичної залежності ($r = 0,37$, $p = 0,043$), що може свідчити про схильність окремих респондентів до різних форм адиктивної поведінки [39, с. 123]. Водночас було виявлено сильний негативний зв'язок між мотивацією до змін та показниками наркотичної залежності ($r = -0,58$, $p =$

0,001), що свідчить про те, що чим вищий рівень залежної поведінки, тим нижчою є готовність до змін. Матрицю кореляцій основних показників наведено в табл. 2.9.

Таблиця 2.9

Матриця кореляцій основних показників (коефіцієнт Пірсона)

Показник	IAT	AUDIT	DAST-10	СТ	ОТ	Мотивація до змін
IAT	—	0,29*	0,37*	0,48**	0,62***	−0,55**
AUDIT	0,29*	—	0,44**	0,35*	0,41*	−0,38*
DAST-10	0,37*	0,44**	—	0,46**	0,54**	−0,58***
Ситуативна тривожність (СТ)	0,48**	0,35*	0,46**	—	0,71***	−0,42*
Особистісна тривожність (ОТ)	0,62**	0,41*	0,54**	0,71***	—	−0,51**
Мотивація до змін	−0,55**	−0,38*	−0,58***	−0,42*	−0,51**	—

Додатковий аналіз гендерних відмінностей показав, що жінки демонстрували вищі показники особистісної тривожності ($M = 48,9$ проти $43,3$ у чоловіків; $t = 2,14$; $p = 0,041$), а також дещо вищий рівень проблемного використання Інтернету ($M = 52,1$ проти $45,3$; $t = 1,98$; $p = 0,057$). Водночас чоловіки мали дещо вищі показники за шкалами AUDIT ($M = 10,4$ проти $8,0$) та DAST-10 ($M = 4,5$ проти $3,1$), хоча ці відмінності не досягли статистичної значущості.

Отримані результати загалом підтверджують гіпотезу дослідження про те, що підвищений рівень тривожності, особливо особистісної, виступає важливим психологічним предиктором формування різних форм залежної поведінки. Інтернет-залежність у багатьох випадках може виконувати функцію механізму психологічного уникнення стресу та негативних емоцій. Алкогольне вживання частіше пов'язане з соціальними факторами та імпульсивністю, тоді як

наркотична залежність може бути пов'язана зі спробами зниження рівня психологічної напруги або самолікування тривоги [22, с. 98].

Таким чином, проведене емпіричне дослідження дозволило не лише визначити поширеність окремих форм залежної поведінки серед молоді, але й встановити ключові психологічні взаємозв'язки між рівнем тривожності, адиктивною поведінкою та мотивацією до змін. Отримані результати створюють надійну емпіричну основу для розроблення диференційованих рекомендацій щодо психологічної допомоги, профілактики та раннього втручання при алкогольній, наркотичній та інтернет-залежності в сучасних умовах українського суспільства.

2.3. Рекомендації щодо психологічної допомоги особам із залежностями

На основі проведеного теоретичного аналізу та результатів емпіричного дослідження було встановлено, що серед молоді спостерігається поширеність різних форм залежної поведінки, зокрема проблемного використання Інтернету, ризикованого вживання алкоголю та наявності ознак наркотичної залежності [21, с. 98]. Отримані результати також засвідчили наявність статистично значущого зв'язку між проявами адиктивної поведінки, підвищеним рівнем ситуативної та особистісної тривожності, а також зниженим рівнем мотивації до змін. Це дає підстави стверджувати, що психологічна допомога особам із залежностями повинна мати комплексний, поетапний і диференційований характер.

Організація психологічної допомоги має ґрунтуватися на принципах індивідуального підходу, системності, добровільності, конфіденційності та наукової обґрунтованості. Вибір форм і методів допомоги повинен визначатися типом залежності, ступенем її вираженості, рівнем психологічної дезадаптації, особистісними характеристиками клієнта, його мотивацією до змін та особливостями соціального середовища. Важливо також враховувати сучасний

соціальний контекст України, зокрема вплив хронічного стресу, воєнної напруги, вимушеної міграції, соціальної нестабільності та порушення звичних форм міжособистісної підтримки.

Одним із першочергових завдань психологічної допомоги є подолання заперечення проблеми та формування внутрішньої готовності особистості до змін [43, с. 67]. Результати дослідження показали, що респонденти з вищими показниками інтернет-залежності, алкогольного ризику та наркотичної залежності часто демонструють недостатньо сформовану мотивацію до подолання проблемної поведінки. У зв'язку з цим особливої ваги набуває застосування мотиваційного інтерв'ювання як методу, спрямованого на актуалізацію внутрішніх ресурсів особистості та зниження опору до психокорекційної роботи. Його використання є доцільним на початкових етапах консультування, коли клієнт ще не готовий до активного терапевтичного втручання, однак уже виявляє внутрішню суперечність між власною поведінкою та бажаними життєвими цілями.

Наступним важливим напрямом психологічної допомоги є зниження рівня тривожності та формування конструктивних способів емоційної саморегуляції. Оскільки результати емпіричного дослідження підтвердили тісний зв'язок між особистісною тривожністю та різними формами залежної поведінки, психокорекційна робота має бути спрямована на опанування клієнтом здорових способів подолання напруження, страху, внутрішнього дискомфорту та емоційної нестабільності. Доцільним є використання когнітивно-поведінкових технік, спрямованих на виявлення та зміну дисфункціональних переконань, зниження катастрофізації, розвиток навичок емоційного контролю та формування адаптивних копінг-стратегій. Ефективними можуть бути також методи релаксації, дихальні вправи, майндфулнес-практики, техніки м'язового розслаблення, тілесно-орієнтовані підходи та арт-терапевтичні засоби [3, с. 201].

Психологічна допомога має бути диференційованою залежно від типу залежності. У разі інтернет-залежності доцільно зосереджувати увагу на

формуванні цифрової гігієни, встановленні часових меж користування гаджетами, поступовому скороченні тривалості онлайн-активності, відновленні навичок безпосереднього міжособистісного спілкування та розширенні кола офлайн-інтересів. Особливу увагу слід приділяти тим випадкам, коли Інтернет виконує функцію психологічного уникнення тривоги, самотності або стресу [29, с. 78].

У роботі з особами, які мають ознаки алкогольної або наркотичної залежності, важливими є профілактика рецидивів, виявлення індивідуальних тригерів уживання, формування навичок самоконтролю та вироблення безпечних поведінкових стратегій у кризових ситуаціях. Психологічна допомога в таких випадках має поєднувати індивідуальне консультування, психотерапевтичний супровід, за потреби – психіатричну або наркологічну підтримку, а також включення клієнта до програм соціальної реабілітації. Особливої ефективності можна досягти за умови поєднання психологічної роботи з підходами профілактики рецидивів та довготривалого супроводу.

Важливим компонентом допомоги є групова форма роботи. Групова психотерапія, психоосвітні програми, групи взаємопідтримки та реабілітаційні спільноти сприяють зниженню соціальної ізоляції, формуванню почуття прийняття, розвитку навичок відкритого спілкування та усвідомленню власних труднощів через взаємодію з іншими учасниками. Для багатьох осіб із залежною поведінкою саме включення в підтримувальне середовище стає важливим чинником стабілізації емоційного стану та підтримання мотивації до змін [55, с. 112].

Не менш значущим є залучення сім'ї та найближчого соціального оточення. Сімейне консультування дозволяє зменшити рівень конфліктності, подолати прояви співзалежності, сформувати більш конструктивні моделі взаємодії та посилити підтримувальний потенціал родинного середовища. У випадках, коли сім'я виступає джерелом додаткового напруження або підтримує деструктивні сценарії поведінки, психологічна робота має включати

окреме опрацювання міжособистісних меж, навичок комунікації та способів захисту від психологічно травмувальних впливів.

З огляду на сучасні умови українського суспільства, доцільним є розширення доступу до психологічної допомоги у закладах освіти, центрах соціальних служб, реабілітаційних установах, ветеранських просторах та медичних закладах. Важливого значення набуває ранній скринінг осіб групи ризику, психоосвітня робота серед молоді, розроблення онлайн-програм профілактики та самодопомоги, а також забезпечення доступності психологічної підтримки для внутрішньо переміщених осіб, ветеранів, студентської молоді та осіб, які перебувають у складних життєвих обставинах.

Отже, психологічна допомога особам із залежностями повинна базуватися на комплексному підході, що поєднує ранню діагностику, формування мотивації до змін, зниження рівня тривожності, розвиток навичок саморегуляції, психокорекційну та психотерапевтичну роботу, а також залучення ресурсів сім'ї та соціального середовища. Такий підхід сприяє не лише подоланню залежної поведінки, а й відновленню психологічного благополуччя, підвищенню адаптаційних можливостей особистості та її успішній соціальній інтеграції.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі було комплексно досліджено проблему психологічної допомоги особам із залежностями, зокрема алкогольною, наркотичною та інтернет-залежністю. Актуальність теми зумовлена стійким зростанням поширеності адиктивної поведінки в сучасному суспільстві, що негативно впливає на психічне здоров'я людини, її соціальне функціонування, професійну діяльність та загальну якість життя. Особливої гостроти проблема набуває в умовах соціально-економічної нестабільності, хронічного стресу, повномасштабної війни та швидкої цифровізації суспільства, коли залежності стають одним із найпоширеніших механізмів уникнення реальності та подолання психологічної напруги.

Метою роботи було теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення особливостей психологічної допомоги особам із залежностями, а також визначення ефективних підходів до профілактики, корекції та реабілітації адиктивної поведінки. Для досягнення поставленої мети було вирішено низку завдань: проаналізовано наукові підходи до розуміння феномену залежності, визначено психологічні особливості осіб із залежностями, досліджено механізми формування адиктивної поведінки, охарактеризовано сучасні методи психологічної допомоги та розроблено практичні рекомендації.

У теоретичній частині роботи встановлено, що залежність є складним біопсихосоціальним явищем, яке формується під взаємодією біологічних (нейрохімічні зміни, генетична схильність), психологічних (травматичний досвід, алекситимія, низька самооцінка, труднощі емоційної регуляції) та соціальних факторів (сімейне виховання, вплив оточення, воєнний стрес, доступність речовин і цифрових технологій). Залежна поведінка характеризується втратою контролю, формуванням толерантності, появою абстинентного синдрому (фізичного чи психологічного), продовженням адиктивної діяльності попри негативні наслідки та звуженням інтересів і соціальних контактів. Алкогольна та наркотична залежності належать до

хімічних (речовинних) форм, тоді як інтернет-залежність – до поведінкових (процесуальних), проте всі три види мають спільні психологічні механізми (сильне бажання, уникнення негативних емоцій, порушення саморегуляції).

Аналіз психологічних особливостей осіб із залежностями показав, що їм притаманні підвищений рівень тривожності, емоційна нестабільність, знижена самооцінка, імпульсивність, труднощі самоконтролю та алекситимія. Соціально-психологічні чинники (конфліктні сімейні стосунки, негативний вплив оточення, хронічний стрес) значно посилюють ризик формування залежної поведінки. Особливої уваги потребує коморбідність залежностей із тривожними та депресивними розладами, що є характерним для сучасних українських реалій.

У другому розділі роботи проведено емпіричне дослідження за участю 30 респондентів віком 18–30 років. Результати психодіагностики виявили, що 56,7 % респондентів мають проблемний рівень інтернет-залежності (IAT), 36,7 % – підвищений ризик алкогольної залежності (AUDIT), а 30 % – помірний ризик наркотичної залежності (DAST-10). Встановлено статистично значущі позитивні кореляції між рівнем залежності та особистісною тривожністю ($r = 0,54\text{--}0,62$, $p < 0,01$), а також негативні зв'язки з мотивацією до змін, що підтверджує гіпотезу про те, що психологічні фактори (тривожність, емоційна нестабільність, труднощі саморегуляції) є ключовими предикторами формування та підтримання адиктивної поведінки.

На основі теоретичного аналізу та емпіричних даних розроблено практичні рекомендації щодо психологічної допомоги. Ефективна допомога повинна мати комплексний характер і включати ранню психодіагностику (AUDIT, DAST-10, IAT) для виявлення ризику; мотиваційне інтерв'ювання як перший етап роботи для підвищення внутрішньої мотивації; когнітивно-поведінкову терапію та психокорекційні програми для розвитку навичок емоційної саморегуляції та альтернативних стратегій подолання стресу; групову психотерапію («12 кроків», SMART Recovery) та сімейне консультування для ресоціалізації та створення підтримувального середовища.

Отримані результати підтвердили висунуту гіпотезу та засвідчили, що психологічна допомога особам із залежностями є найбільш ефективною за умови комплексного підходу, який поєднує індивідуальну та групову роботу, враховує специфіку кожного виду залежності та залучає соціальне оточення.

Практична значущість дослідження полягає в можливості використання розроблених рекомендацій у діяльності практичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, педагогів та фахівців центрів реабілітації. Результати можуть бути застосовані при створенні профілактичних програм у вищих навчальних закладах, центрах психологічної допомоги, військових частинах та громадських організаціях, особливо в умовах воєнного стану.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з проведенням лонгітюдних досліджень ефективності комплексних програм допомоги, вивченням коморбідності залежностей із посттравматичним стресовим розладом, а також адаптацією онлайн-форм психологічної підтримки для молоді та ветеранів.

Таким чином, проведене дослідження підтвердило важливість комплексного, доказового та індивідуально орієнтованого підходу до психологічної допомоги особам із залежностями. Поєднання теоретичних знань, емпіричних даних та практичних рекомендацій сприяє не лише ефективному подоланню залежної поведінки, а й відновленню психологічного благополуччя, самооцінки та успішної соціальної адаптації особистості в сучасних умовах українського суспільства.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аршава І. Ф., Носенко Е. Л. Психологія особистості : підручник. Дніпро : Ліра, 2024. URL: info.dgu.edu.ua/bitstream/123456789/1723/1/Психологія%20особистості.pdf
2. Асєєва Ю. О. Кіберкомунікативна залежність від соціальної мережі Instagram як проблема сучасної молоді // Габітус. 2020. Вип. 14. С. 152–157. URL: <https://repo.odmu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/8327/Asieieva.pdf?isAllowed=y> (дата звернення: 29.03.2026).
3. Бех І. Д. Особистість у просторі духовного розвитку : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2012. 256 с.
4. Буняк Н. А. Загальна психологія : лекції. – Тернопіль : ТНТУ ім. І. Пулюя, 2017. – 300 с. – Режим доступу: <http://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/25568/1/Загальна%20лекції%20готова.pdf>.
5. Вольнова Л. М. Профілактика девіантної поведінки підлітків : навч.-метод. посібник до спецкурсу «Психологія девіацій» : у 2 ч. – Ч. 1 : Теоретична частина. – 2-ге вид., перероб. і доповн. – Київ : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2016. – 188 с. – Режим доступу: https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2018/05/Volnova_profilactika-deviant.1-chast.Teoriya.pdf.
6. Гавриленко О. В. Інтернет-залежність підлітків як психологічна проблема : кваліфікаційна робота ... бакалавра : спец. 053 «Психологія». Поліський національний університет, 2024. 43 с. URL: http://ir.polissiauniver.edu.ua/bitstream/123456789/16776/1/Havrylenko_OV_KR_05_3_2024.pdf (дата звернення: 29.03.2026).
7. Диса О. В., Шинкаренко І. О. Психологія девіантної поведінки : навч. посіб. Дніпро : ДДУВС, 2024. 220 с. URL: <https://er.dduvs.edu.ua/bitstream/123456789/14678/1/%D0%9C%D0%B0%D0%BA>

[%D0%B5%D1%82_2024_%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F%20%D0%B4%D0%B5%D0%B2%D1%96%D0%B0%D0%BD%D1%82%D0%BD.%20%D0%BF%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D1%96%D0%BD%D0%BA%D0%B8.pdf](#) (дата звернення: 29.03.2026).

8. Дуткевич Т. В. Загальна психологія : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 388 с.

9. Ільницька Л. А. Психологічні особливості особистості інтернет-залежних юнаків // *Наука і освіта*. 2009. № 9. С. 34–37. Режим доступу: <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/arkhiv/vipuski-2009/vipusk-9-nauka-i-osvita-2009-rik>

10. Камінська О. В. Психологічний аналіз детермінант інтернет-залежності // *Інтегровані комунікації*. 2017. Вип. 4. С. 15–19. URL: <https://intcom.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/74> (дата звернення: 29.03.2026).

11. Карамушка Л. М. Психологія управління : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2016. 424 с.

12. Кацавець Р. С. Психологія розвитку особистості : навч. посіб. – Київ : Алерта, 2024. – 152 с. – ISBN 978-617-566-816-0. – Режим доступу: https://alerta.kiev.ua/img/cms/PDF/Kacavec_Psiholog_rozv_osobyst_Zmist.pdf?srsltid=AfmBOood6hjcUtfECtKKTGfxmrxXmPSJCtbzYHTf8K4unVaVuLTmeM8u

13. Кокун О. М. Психологія особистості : навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2012. 224 с.

14. Лушин П. В. Психологічне консультування: теорія і практика. Київ : Ніка-Центр, 2013. 312 с.

15. Лютий В. П. Профілактика соціально-прийнятних видів адиктивної поведінки підлітків та молоді // *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. – 2012. – Вип. 16, кн. 2. – С. 222–231. – Режим доступу:

https://www.researchgate.net/publication/349297634_Profilaktika_socialno-prijnatnih_vidiv_adiktivnoi_povedinki_pidlitkiv_ta_molod

16. Максименко С. Д. Загальна психологія : підручник. Київ : Центр навчальної літератури, 2018. 544 с.

17. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. – Київ : ВПЦ «Київський університет», 2002. – 308 с. Режим доступу: <https://kau.com.ua/wp-content/uploads/2021/11/1.-Psykhohihiia-adyktyvnoi-povedinky.pdf>

18. Міхєєва Л. В., Кулешова О. В. Інтернет-залежність осіб юнацького віку: аналіз, шляхи подолання // Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2022. URL: <https://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/268> (дата звернення: 29.03.2026).

19. Наталія Берегова, Вікторія Колба. Психологічні особливості формування адиктивної поведінки у сучасної молоді // *Psychology Travelogs*. 2023. № 2. С. 15–22. URL: <https://pt.khmn.edu.ua/index.php/pt/article/view/81/71> (дата звернення: 28.03.2026).

20. Орбан-Лембрик Л. Е. Соціальна психологія : підручник. Київ : Академвидав, 2010. 448 с.

21. Панок В. Г. Практична психологія : теорія та практика. Київ : Ніка-Центр, 2017. 384 с.

22. Панок В. Г., Чаплук Я. В., Андрєєва Н. М. Психологічне консультування : теорія та практика. – Чернівці : Чернівецький національний університет, 2020. – Режим доступу: https://archer.chnu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/6413/Panok_Chaplak_Andreeva.pdf?sequence=1&isAllowed=y

23. Пундєв В. В., Мотречко С. О. Методи психологічної допомоги при різних формах залежностей // *Ментальне здоров'я*. – 2025. – № 4. – Режим доступу: <https://journals.oneu.od.ua/index.php/mh/article/download/142/133>

24. Савчин М. В. Загальна психологія : навч. посіб. Київ : Академвидав, 2020. 464 с
25. Сорокіна О. А. Психологія залежності : навч. посіб. – Кам'янець-Подільський : ПП Буйницький О. А., 2014. – 180 с. – Режим доступу: <https://elibrary.kubg.edu.ua/7910/1/Залежність.pdf>
26. Столяренко О. Б. Психологія особистості : навч. посіб. – Київ : Центр учбової літератури, 2012. – 280 с. Режим доступу: <https://filos.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2020/03/Psykholohia-osobystosti.-Stoliarenko-O.-B..pdf>
27. Слюсаревський М. М. Психологія соціальної поведінки. Київ : Інститут психології НАПН України, 2019.
28. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості : у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2003.
29. Токарева Н. М. Інтернет-залежність у підлітків: психологічні чинники розвитку // Психологія і суспільство. 2022. № 3. С. 107–116.
30. Ховрич М. О., Мекшун А. І. Інтернет-залежність – актуальна проблема сучасної молоді // *Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*. Серія: Педагогічні науки. – Чернігів : НУЧК, 2020. – Вип. 8 (164). – С. 107–112. – Режим доступу: <https://epub.chnpu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/7148/1/Інтернет-залежність%20–%20актуальна%20проблема%20сучасної%20молоді.pdf>
31. Юськів І. С. Психологічні особливості прояву Інтернет-залежності у підлітковому віці : кваліфікаційна робота ... бакалавра : спец. 053 «Психологія». Тернопільський національний технічний університет ім. Івана Пулюя, 2024. 76 с. URL: <https://elartu.tntu.edu.ua/bitstream/lib/46120/1/%D0%91%D0%B0%D0%BA%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D0%B2%D1%80%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%B0%D0%AE%D1%81%D1%8C%D0%BA%D1%96%D0%B2.pdf> (дата звернення: 29.03.2026).

32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA : American Psychiatric Association, 2013. URL: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787> (дата звернення: 29.03.2026).
33. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall, 1986. 617 p.
34. Beck J. S. Cognitive behavior therapy: Basics and beyond. 2nd ed. New York : The Guilford Press, 2011. URL: <https://img3.reoveme.com/m/be38edbbfc79330a.pdf>
35. Corey G. Theory and practice of counseling and psychotherapy. 10th ed. Boston, MA : Cengage Learning, 2017.
36. Chak, K., & Leung, L. (2004). Shyness and locus of control as predictors of Internet addiction and Internet use. *CyberPsychology & Behavior*, 7(5), 559-570. <https://www.researchgate.net/publication/8064752>.
37. Grant J. E., Potenza M. N. Pathological gambling: A clinical guide to treatment. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2004. 270 p.
38. Hendershot C. S., Witkiewitz K., George W. H., Marlatt G. A. Relapse prevention for addictive behaviors // *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2011. Vol. 6. P. 17. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3163190/> (дата звернення: 29.03.2026).
39. Kardefelt-Winther D. A conceptual and methodological critique of internet addiction research: towards a model of compensatory internet use // *Computers in Human Behavior*. 2014. Vol. 31. P. 351–354. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2013.10.059>. URL: <https://eprints.lse.ac.uk/55102/> (дата звернення: 29.03.2026).
40. Marlatt G. A., Donovan D. M. (Eds.). Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. 2nd ed. New York : The Guilford Press, 2005.

41. Miller W. R., Rollnick S. Motivational interviewing: Helping people change. 3rd ed. New York : The Guilford Press, 2013.
42. Montag C., Reuter M. (Eds.). Internet addiction: Neuroscientific approaches and therapeutical implications including smartphone addiction. 2nd ed. Cham : Springer, 2017. URL: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-46276-9> (дата звернення: 29.03.2026).
43. Rogers C. R. A way of being. Boston : Houghton Mifflin, 1980. 395 p.
44. Sussman S. Substance and behavioral addictions: Concepts, causes, and cures. Cambridge ; New York : Cambridge University Press, 2017. 404 p.
45. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva : WHO, 2018. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639> (дата звернення: 29.03.2026).
46. World Health Organization. ICD-11: International Classification of Diseases 11th Revision [Електронний ресурс]. URL: <https://icd.who.int/en> (дата звернення: 29.03.2026).
47. Young K. S., Nabuco de Abreu C. (Eds.). Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment. Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, 2011.
48. Yalom I. D., Leszcz M. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. New York : Basic Books, 2005.
49. Гоян І., Данилова Т. Вплив соціальних мереж на психологічне функціонування особистості: до постановки проблеми. Науковий журнал «Гуманітарні студії: педагогіка, психологія, філософія». 2021. Том 12, № 4. С. 118–124. DOI: 10.31548/hspedagog2021.04.117.
50. Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2015). Social networking sites and addiction: Ten lessons learned. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12(3), 1250-1306. <https://www.researchgate.net/publication/314839091>

ДОДАТКИ

Додаток А

Інформована згода учасника дослідження

Я, _____, підтверджую, що добровільно погоджуюся взяти участь у психологічному дослідженні на тему:

«Психологічна допомога особам із залежностями (алкоголь, наркотики, інтернет)».

Мені пояснено мету дослідження, його зміст та умови участі. Я поінформований(а), що:

- участь у дослідженні є добровільною;
- я можу відмовитися від участі на будь-якому етапі;
- усі отримані дані будуть використані лише в наукових цілях;
- результати дослідження є конфіденційними та не міститимуть особистої інформації.

Дата: _____

Підпис учасника: _____

Додаток Б

Анкета для виявлення схильності до залежної поведінки

Інструкція:

Оберіть варіант відповіді, який найбільше відповідає вашій поведінці.

1. Чи відчуваєте ви потребу вживати алкоголь для зняття стресу?
 - ☐ ніколи
 - ☐ рідко
 - ☐ іноді
 - ☐ часто
2. Чи проводите ви в Інтернеті більше часу, ніж планували?
 - ☐ ніколи
 - ☐ рідко
 - ☐ іноді
 - ☐ часто
3. Чи виникає у вас роздратування або тривога, коли немає доступу до Інтернету?
 - ☐ ніколи
 - ☐ рідко
 - ☐ іноді
 - ☐ часто
4. Чи трапляється, що через Інтернет або інші заняття ви відкладаєте важливі справи?
 - ☐ ніколи
 - ☐ рідко
 - ☐ іноді
 - ☐ часто
5. Чи робили вам близькі зауваження щодо вашої поведінки (вживання алкоголю, перебування в Інтернеті)?
 - ☐ ні
 - ☐ іноді
 - ☐ часто
6. Чи намагалися ви обмежити свою поведінку, але це було складно?
 - ☐ ні
 - ☐ іноді
 - ☐ часто

Додаток В

Шкала інтернет-залежності (адаптований варіант Internet Addiction Test)

Інструкція:

Оцініть кожне твердження за шкалою:

- 1 – ніколи
- 2 – рідко
- 3 – іноді
- 4 – часто
- 5 – дуже часто

- 1. Я проводжу в Інтернеті більше часу, ніж планував.
- 2. Я відчуваю труднощі з контролем часу, проведеного онлайн.
- 3. Я використовую Інтернет, щоб уникнути проблем або негативних емоцій.
- 4. Я відчуваю тривогу, коли не можу користуватися Інтернетом.
- 5. Мої близькі скаржаться на те, що я проводжу занадто багато часу онлайн.
- 6. Через Інтернет я іноді нехтую навчанням або роботою.
- 7. Я часто думаю про Інтернет навіть тоді, коли не користуюся ним.

Інтерпретація результатів:

- 7–14 балів – низький рівень залежності
- 15–24 бали – помірний рівень
- 25–35 балів – високий рівень залежності

Додаток Г

Узагальнені результати емпіричного дослідження

№	Рівень інтернет-залежності	Рівень тривожності	Ризик алкогольної залежності
1	середній	високий	низький
2	низький	середній	низький
3	високий	високий	середній
4	середній	середній	низький
5	низький	низький	низький
6	середній	середній	низький
7	високий	високий	середній
8	середній	середній	низький
9	низький	середній	низький
10	середній	високий	низький

Додаток Д

Програма психокорекційної роботи з особами із залежностями

Програма складається з **5 занять**.

Заняття 1

Тема: Усвідомлення проблеми залежності

Мета: формування розуміння механізмів залежної поведінки.

Заняття 2

Тема: Емоції та стрес

Мета: навчити учасників розпізнавати емоції та використовувати здорові способи подолання стресу.

Заняття 3

Тема: Контроль імпульсивної поведінки

Мета: розвиток навичок саморегуляції.

Заняття 4

Тема: Альтернативні способи отримання задоволення

Мета: формування здорових інтересів та активностей.

Заняття 5

Тема: Профілактика рецидивів

Мета: визначення тригерів залежної поведінки та формування плану їх подолання.