

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Національний аерокосмічний університет ім. М.Є. Жуковського
«Харківський авіаційний інститут»

Гуманітарно-правовий факультет

Кафедра психології

Кваліфікаційна робота

(тип кваліфікаційної роботи)

Магістр

(освітній ступінь)

на тему **«Індивідуально-психологічні чинники збільшення споживання
алкоголю в період пандемії COVID-19»**

ХАІ.704.7-96П1.21О.053.77-9/20-7 КР

Виконав: здобувач б курсу групи №7-96П1

Галузь знань: 05 «Соціальні та поведінкові науки»
(код та найменування)

Спеціальність: 053 «Психологія»
(код та найменування)

Освітня програма: «Психологічне консультування
та психотерапія»
(найменування)

Харченко С. О.
(прізвище та ініціали здобувача)

Керівник: Долгополова О. В.
(прізвище та ініціали)

Рецензент: Большакова А. М.
(прізвище та ініціали)

Харків – 2021

ЗМІСТ

<u>ВСТУП.....</u>	<u>3</u>
<u>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПАНДЕМІЇ COVID-19.....</u>	<u>5</u>
<u>1.1 Вплив пандемії COVID-19 на психологічне здоров'я населення різних країн.....</u>	<u>5</u>
<u>1.2 Опосередковуюча роль мотивів вживання алкоголю.....</u>	<u>15</u>
<u>1.3 Мотиваційні моделі вживання алкоголю.....</u>	<u>19</u>
<u>1.4 Типологія та мотиви вживання алкоголю як прогностичний фактор.....</u>	<u>25</u>
<u>РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....</u>	<u>30</u>
<u>2.1 Характеристика вибірки.....</u>	<u>30</u>
<u>2.2 Характеристика методів дослідження.....</u>	<u>31</u>
<u>РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ....</u>	<u>41</u>
<u>3.1 Загальний опис результатів.....</u>	<u>41</u>
<u>3.2 Результати дослідження.....</u>	<u>56</u>
<u>ВИСНОВКИ.....</u>	<u>67</u>
<u>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....</u>	<u>69</u>
<u>ДОДАТКИ.....</u>	<u>75</u>

ВСТУП

Актуальність дослідження – негативний вплив ситуації пандемії COVID-19 і пов'язаних з нею заходів боротьби з поширенням захворювання на психологічне здоров'я населення. Уведення обмежень і масштабна економічна криза виступають сильними факторами стресу й можуть викликати такі симптоми, як почуття самотності, депресивні прояви, тривогу, порушення сну й харчування, низьку фізичну й соціальну активність, суїцидальну поведінку, а також надмірне споживання алкоголю. Збільшення споживання алкоголю також могло сприяти поширення міфу про те, що вживання алкоголю може допомогти уникнути зараження COVID-19. Крім того, з точки зору мотиваційного підходу, мотиви вживання алкоголю є фактором, який пророкує надмірне споживання алкоголю, у тому числі, у період пандемії.

Об'єкт дослідження – індивідуально-психологічні чинники збільшення споживання алкоголю в період пандемії COVID-19.

Предмет дослідження – мотиви вживання алкоголю, кількість і частота вживання алкоголю в осіб, що вживають алкоголь.

Мета дослідження – вивчення індивідуально-психологічних чинників збільшення споживання алкоголю в період пандемії COVID-19.

Реалізація цієї мети передбачає розв'язання таких завдань:

- 1) оцінка рівня споживання алкоголю респондентами;
- 2) виявлення відмінностей у соціально-демографічних характеристиках між респондентами з різним рівнем споживання алкоголю;
- 3) виявлення відмінностей в індивідуально-психологічних характеристиках між респондентами з різним рівнем споживання алкоголю;
- 4) аналіз взаємозв'язків між досліджуваними параметрами;
- 5) визначення змінних – предиктором збільшення споживання алкоголю;

б) розробка дискримінантної моделі класифікації з можливістю подальшого використання для розробки програм профілактики зловживання алкоголем.

Методи дослідження:

- 1) теоретичний аналіз наукової літератури;
- 2) госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS);
- 3) опитувальник регуляції емоцій Гросса;
- 4) опитувальник «Спектр психологічного здоров'я»;
- 5) бланк коротка шкала самоконтролю;
- 6) методика «ТІРІ»;
- 7) опитувальник Карвера-Уайта;
- 8) тест AUDIT;
- 9) опитувальник Перелік ситуацій вживання алкоголю-27 (IDS-27);
- 10) математико-статистичні методи.

Дослідження проводилося шляхом опитування на предмет бажання взяти участь в дослідженні через соціальну мережу «Instagram».

Загальна чисельність вибірки склала 54 осіб, 37 – жінки (68,5%), 17 – чоловік (31,5%).

Критеріями включення в дослідження були: вік від 18 років, непомірність прийому алкоголю.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПАНДЕМІЇ COVID-19

1.1 Вплив пандемії COVID-19 на психологічне здоров'я населення різних країн

Незважаючи на визнання заходів щодо стримування поширення інфекції COVID-19 ефективними, було висловлено припущення, що соціальне дистанціювання і самоізоляція може негативно вплинути на суспільство в цілому. Для виявлення факторів ризику психосоціальної напруги під час спалаху COVID-19, у квітні 2020 року було проведено міжнародне онлайн-опитування.

Опитування ECLB-COVID-19 було розроблене керівною групою міждисциплінарних учених після структурованого огляду літератури. Опитування було завантажено й поширено на платформі «Google Online Survey» і просувалося тридцятьма п'ятьма дослідними організаціями з Європи, Північної Африки, Західної Азії й Америки. Було проаналізовано 1047 відповідей (54% жінок) із Західної Азії (36%), Північної Африки (40%), Європи (21%) та інших континентів.

Результати опитування показали, що рівень психічного благополуччя й задоволеності життям у цілому знизився, з більшою частотою виявлялися депресивні тенденції і потреба в психосоціальній підтримці. Значно знизилася (на 42% і 24% відповідно) соціальна й фізична активність. Більшість опитаних, у порівнянні з періодом до введення заходів соціального дистанціювання, заявляли про погану якість сну й нездорове харчування. Ізоляція у зв'язку з COVID-19 негативно вплинула на психічне благополуччя й емоційний статус, особливо в осіб з психічними розладами. Негативний вплив, зокрема, пов'язаний з нездоровим способом життя, фізичною й соціальною гіподинамією, погіршенням якості сну, нездоровим харчуванням, безробіттям.

Під час спалаху COVID-19 велика кількість людей в Китаї повідомляли

про симптоми тривоги й депресії. Дослідження, проведене на загальній вибірці населення Іспанії, показало, що протягом перших тижнів ізоляції (з 19 по 26 березня) найбільш часто спостерігалися патологічні психологічні реакції, депресивні симптоми (46,7%), уникання поведінки (44,3%). Крім того, усупереч очікуванням, тривожні реакції були менш частотними, вони торкалися 6,1% населення.

Як потенційно найбільш частих наслідків ізоляції були висунуті наступні: стрес, депресія, дратівливість, безсоння, страх, розгубленість, гнів, розчарування, нудьга або стигматизація. Існують побоювання, що ці симптоми можуть зберігатися тривалий час після карантинного періоду.

Небезпечне вживання алкоголю – це споживання алкоголю, що збільшує ризик шкідливих наслідків для користувача або інших осіб. Небезпечні форми вживання алкоголю мають важливе значення для громадської охорони здоров'я, незважаючи на відсутність будь-яких поточних розладів у споживача. Шкідливе вживання відноситься до споживання алкоголю, яке призводить до наслідків для фізичного й психічного здоров'я, іноді також розглядають соціальні наслідки. Залежність від алкоголю – це сукупність поведінкових, когнітивних і фізіологічних феноменів, які можуть розвинути після багаторазового вживання алкоголю. Як правило, ці явища включають сильне бажання вживати алкоголь, порушення контролю над його вживанням, постійне вживання алкоголю, незважаючи на шкідливі наслідки, більший пріоритет віддається вживанню алкоголю, ніж іншим видам діяльності й зобов'язанням, підвищену толерантність до алкоголю й фізіологічну реакцію абстиненції, коли вживання алкоголю припиняється.

Дослідники з Італії виділили куріння й вживання алкоголю в якості факторів ризику зараження й важкого перебігу COVID-19. У цілому, в Італії високий відсоток осіб, які споживають алкоголь – більше 34 мільйонів, практично 14 з яких вживають алкоголь щодня, більше 2 мільйонів мають високий ризик розвитку залежності й захворювань, пов'язаних з вживанням

алкоголю. Відомо, що існує кореляція між вірусними інфекціями й споживанням алкоголю. Близько 30-40% пацієнтів з розладами вживання алкоголю страждають від вірусу гепатиту і / або вірусу імунодефіциту людини. Крім того, споживання алкоголю збільшує ризик придбаних інфекцій, які є найбільш поширеною причиною пневмонії.

Зловживання алкоголем є однією з провідних причин смертності, адже щорічно призводить до близько 3 мільйонів смертей у всьому світі. У деяких людей у довгостроковій перспективі зловживання алкоголем може перерости в розлад, пов'язаний із вживанням алкоголю. Стрес є важливим фактором ризику виникнення й продовження зловживання алкоголем. Наприклад, хронічне вживання алкоголю призводить до нейроадаптації в системах стресу й винагороди, що спричиняє порушення регуляції кортизолу й дефіциту емоційної координації. У свою чергу, ці нейроадаптації призводять до посилення тяги до алкоголю у відповідь на стрес.

Фактором ризику зловживання алкоголем також є така риса, як імпульсивність (тобто схильність ризикувати або діяти без адекватної передбачливості або рефлексії). Імпульсивність може посилити викликане стресом споживання алкоголю й також пов'язана з рецидивом у залежних людей. Період ізоляції може призвести до поштовху зловживання алкоголем, рецидиву і, можливо, розвитку розладу вживання алкоголю в осіб з групи ризику.

Згідно поведінкових теорій депресії і «самолікування» за допомогою алкоголю передбачається, що соціальні та економічні обмеження й підвищення рівня психологічного стресу під час пандемії може призвести до збільшення споживання алкоголю, щоб впоратися з негативним афектом.

Пандемія COVID-19 може сприйматися як надзвичайна ситуація, що насамперед може спровокувати ризиковану поведінку, таку як зловживання алкоголем. Вплив ситуацій, здатних викликати посттравматичні стресові розлади, таких як терористичні атаки, природні катаклізми або нещасні випадки, часто пов'язується з підвищеним рівнем зловживання алкоголем і

залежності в деяких дослідженнях.

Як повідомляється в дослідженні Szajnoga і співавторів, у Польщі алкоголь вживають в основному в соціальному контексті, як наслідок, соціальна ізоляція могла послужити зниження споживання алкоголю. У той же час, через соціальні обмеження зросла кількість людей, які вживають алкоголь наодинці, що вважається більш небезпечним.

Раніше, у кризові періоди в усьому світі спостерігалася тенденція до зниження загального споживання алкоголю серед населення. Така тенденція, ймовірно, пояснюється тим, що під час економічної кризи насамперед скорочуються витрати на предмети розкоші й психоактивні речовини, такі як алкогольні напої. Проте відзначалося збільшення частоти запоїв і шкідливого вживання алкоголю в певних групах населення. Хоча зв'язок між економічною ситуацією й споживанням алкоголю були широко вивчені, про вплив загальнонаціональної ізоляції на характер споживання алкоголю відомо менше.

Мета дослідження D. Szajnoga і співавторів полягала в тому, щоб вивчити вплив загальнонаціональної ізоляції в Польщі під час пандемії COVID-19 на середній обсяг і характер споживання алкоголю. Це дослідження одне з новітніх і найбільш великих популяційних когортних досліджень, що стосуються вживання алкоголю під час пандемії COVID-19. Збір даних проводився в період з 8 по 18 квітня 2020 року шляхом анонімного онлайн-опитування з використанням Google-форм за участю 4072 добровольців, які проживають у Польщі, 84,4% склали жінки, середній вік 29,6 років (респонденти від 11 до 77 років).

Були виявлені значні зміни: переважна більшість опитаних знизили частоту споживання всіх видів алкоголю, крім того, були виявлені групи ризику. Так більш уразливі до зловживання алкоголем виявилися чоловіки й люди у віці від 18 до 24 років, жителі великих міст і співробітники, що працюють віддалено.

Більшість респондентів (57,2%) заявили про зміну частоти вживання

алкоголю під час пандемії. Частка респондентів, які вживають алкогольні напої частіше, склала 17,9%, у той час як 39,3% заявили про менш частотне споживанні алкоголю, 42,8% респондентів заявили, що не змінили своїх звичок щодо частоти вживання алкоголю. Найбільше зросло споживання вина – 14,2% респондентів заявили, що п'ють вино частіше. У той же час значне зниження спостерігалось в споживанні міцних напоїв – 37,2% респондентів заявили, що п'ють ці напої рідше. Зміна типової схеми роботи на дистанційну або тимчасове звільнення призвело до зміни частоти вживання алкоголю в 59% респондентів. Частота вживання алкоголю найбільше зроста серед людей, які працюють віддалено – 22,5%. Респонденти, які працюють дистанційно, заявили про більш високе споживання алкоголю.

Дослідження Chodkiewicz J. і співавторів було направлено на вивчення вживання алкоголю в Польщі протягом усієї пандемії, щоб досліджувати ті фактори, які вважаються найбільш релевантними – соціально-демографічні та клінічні. Особливий інтерес представляв взаємозв'язок між споживанням алкоголю, психічним стресом і копінг-стратегіями.

Перший етап дослідження проходив у період з 10 по 20 квітня 2020 року, під час ізоляції, методом онлайн-опитування за допомогою форми Google, набір проводився в основному за допомогою соціальної мережі Facebook. У дослідженні взяли участь 443 дорослих респондентів.

Клінічні параметри оцінювалися за допомогою наступних тестів: розлади вживання алкоголю оцінювалися за допомогою тесту ідентифікації розладів вживання алкоголю (AUDIT), для оцінки психічного здоров'я застосовувався адаптований у Польщі опитувальник загального здоров'я Голдберга (GHQ-28), для оцінки рівня стресу застосовувалася польська шкала сприйманого стресу Коена, Камарк і Мермельштейн (PSS 10), копінг-стратегії оцінювалися за допомогою польської версії опитувальника MINI-COPE.

Як і передбачалося, алкоголь виявився найбільш використовуваною

психоактивною речовиною (73%). Більше 30% змінили свої звички вживати алкоголь через пандемію, причому 16% скоротили вживання, тоді як 14% – збільшили. Перша група була значно молодшою за другу. Серед стратегій подолання стресу було виявлено, що ті, хто вживає алкоголь були значно менш здатні знайти щось позитивне в ситуації пандемії (позитивний рефреймінг) і були психічно менш здатні справлятися. Виявилося також, що ті, хто збільшив споживання алкоголю, пили більш інтенсивно до початку пандемії.

Дослідження Wang Y. і співавторів проводилося в Китаї за допомогою ретроспективного онлайн-опитування на загальній вибірці з 2229 учасників (78,7% чоловіків). Набір учасників проводився за допомогою інтернет-реклами і соціальних мереж, у період з 7 травня 2020 року по 3 серпня 2020 року.

Дослідження показало, що споживання алкоголю в цілому знизилося під час пандемії COVID-19 (з 3,5 до 3,4 напоїв на тиждень). Більшість (78,7%) тих, хто п'є виявилися чоловіками, до і під час пандемії чоловіки споживали більше напоїв на тиждень, мали більш високий відсоток зловживання, велику частоту вживання на тиждень. Також серед чоловіків значно частіше відзначалося небезпечне й ризиковане вживання алкоголю. Вживання алкоголю з високим ризиком було асоційоване з тривогою у жінок.

Мета дослідження проведеного Callinan і співавторами полягала у виявленні впливу умов пандемії COVID-19 на споживання алкоголю в період з моменту спалаху захворюваності до двох місяців соціальної ізоляції в Австралії. Збір даних проводився за допомогою онлайн-опитування, до участі запрошувалися особи від 18 до 65 років за допомогою соціальних мереж Facebook і Instagram. Дані були зібрані в період з 16 квітня 2020 року по 11 травня 2020 року. У дослідженні взяли участь 1684 респонденти, 64,6% були жінками, середній вік вибірки склав 48,9 років.

Дослідження показало, що в цілому, за час заходів соціального дистанціювання зловживання алкоголем знизилося. Особливо скоротили

споживання молоді жінки, у той час як серед жінок середнього віку, навпаки, спостерігалось невелике збільшення. Серед учасників з більш високим рівнем стресу зазначалося також збільшення споживання алкоголю. Дві третини опитаних повідомили про те, що до пандемії вживали алкоголь вдома, причому особи старші 55 років споживали значно більше алкоголю, ніж молоді (77% проти 37% відповідно).

Дослідження Neill і співавторів було направлено на вивчення того, які призводять (дистальні) та пов'язані з пандемією (проксимальні) фактори були пов'язані зі збільшенням споживання алкоголю після пандемії COVID-19.

У квітні 2020 року завершився опитування в рамках проекту «COVID-19 and you: Mental Health In Australia Now Survey» – загальнонаціонального дослідження, спрямованого на відстеження ключових проблем психічного здоров'я. У ньому взяли участь 5158 австралійців (у віці 18 років і старші), онлайн-опитування було відкрито протягом 72 годин, учасники були набрані за допомогою недискримінаційної вибірки з використанням реклами в соціальних мережах, цифрових дощок оголошень, цифрових спільнот, реєстрів учасників досліджень, що проводяться в Університеті Суинберна і електронної пошти. Учасники були розділені на 4 вікові групи: від 18 до 24; від 25 до 49; від 50 до 64; від 65 років і старші. Життєва ситуація включала наступні категорії: проживання на одинці, проживання в спільному домі, пара без дітей, пара з дітьми, батько-одинок. Дохід був розділений на дві категорії: нижче середнього двотижневого доходу і середній або вище доходу. Нарешті, в опитування було включено питання про те, чи були в респондентів в анамнезі психічні захворювання.

Дистальні й проксимальні чинники були оцінені на предмет їх зв'язку зі збільшенням вживання алкоголю з початку пандемії COVID-19. Дистальні чинники, такі як більш важке вживання алкоголю до пандемії, середній вік і середній або вищий дохід, а також проксимальні чинники, такі як втрата роботи, більше споживання їжі, зміна режиму сну, а також стрес і депресія, були пов'язані зі збільшенням споживання алкоголю в умовах пандемії

COVID-19. Жіноча стаття і самозвіт про історії психічних захворювань стали несуттєвими після того, як в модель були додані проксимальні вимірювання. Проживання на одинці, фізичні вправи, тривога й статус важливого або медичного працівника не були пов'язані з підвищеним споживанням алкоголю.

Дослідники J. U. Kim і співавтори припускали, що соціально-економічні умови під час ізоляції у зв'язку з пандемією COVID-19 можуть вплинути на споживання алкоголю населенням. Опитування населення Британії, що вживає алкоголь, показав, що 21% збільшили споживання алкоголю під час ізоляції, у той час як 35% скоротили споживання алкоголю. В опитуванні взяли участь 1555 чоловік.

В пост-ізоляційний період з 21 травня по 10 червня 2020 проводився телефонне опитування пацієнтів із залежністю від алкоголю, зареєстрованих в одній з клінік Лондона, 182 людини погодилися взяти участь (73% чоловіки, середній вік 57 років). З 182 учасників 43 (24%) повідомили про збільшення споживання алкоголю, 34 (19%) повідомили про зниження споживання алкоголю.

Частина пацієнтів, які перебувають до пандемії і ізоляції в ремісії, із середнім періодом ремісії 19,5 місяців, була виділена в окрему групу, їх число склало 69 осіб (38%). З цієї групи у 12 (17%) під час ізоляції трапився рецидив.

Таким чином, ізоляція являє собою фактор ризику збільшення споживання алкоголю у людей з розладами вживання алкоголю і рецидиву для тих, хто раніше перебував в ремісії.

Протягом семи тижнів з 1 березня по 18 квітня 2020 року в США спостерігалось значне зростання продажів алкоголю. Дані за тиждень з 15 до 21 березня, показали, що продажі алкоголю в неспеціалізованих місцях виростили на 54%, а онлайн-продажу алкоголю зросли на 262% в порівнянні з даними про продажі за ту ж тиждень в 2019 році. Однак неясно, збільшували чи люди споживання алкоголю або тільки збільшили запаси алкогольних

напоїв.

Деякі дані свідчать про те, що споживання алкоголю зросло під час пандемії COVID-19. У дослідженні Grossman E. R. і співавторів оцінювалося змінилося споживання алкоголю під час пандемії, як на ці зміни вплинув стрес, пов'язаний з COVID-19. У травні 2020 був проведений крос-секційний онлайн-опитування, в якому взяли участь 832 учасника старше 21 років (84% жінки, 85% білих, 72% у віці від 26 до 49 років). Набір учасників проводився за допомогою соціальних мереж – Facebook, Twitter, Instagram і розсилки електронної пошти від Альянсу за алкогольною політикою США й Американської асоціації громадської охорони здоров'я в травні 2020 року. Респондентам за участь в опитуванні пропонувався шанс виграти одну з п'ятнадцяти подарункових карт Amazon вартістю 25 доларів.

Учасники повідомили, що вживали в середньому 26,8 порцій алкогольних напоїв протягом 12,2 з 30 днів; 34,1% учасників повідомили про запої, а 7,0% – про важкі запої. Учасники, які відчували стрес, пов'язаний з COVID-19, повідомляли про споживання більшої кількості напоїв і більшу кількість днів вживання алкоголю. Крім того, 60% повідомили про збільшення споживання алкоголю, але 13% зазначили про зниження споживання алкоголю в порівнянні з періодом до пандемії. Більше половини (58,1%) повідомили, що їх вживання алкоголю зменшилось через зниження доступності алкоголю, 29,7% зауважили, що їх вживання алкоголю зменшилось через зменшення вільного часу, а 12,2% повідомили, що їх вживання алкоголю зменшилось через те, що у них стало менше грошей. Причини збільшення вживання алкоголю включали підвищений стрес (45,7%), підвищену доступність алкоголю (34,4%) й нудьгу (30,1%). Учасники, які повідомили про стрес, викликаний пандемією, споживали більше напоїв протягом більшого числа днів, що викликає заклопотаність з точки зору індивідуальної й суспільної охорони здоров'я.

У дослідженні Barbosa і співавторів оцінювалися відмінності в характері вживання алкоголю до і після прийняття наказів про самоізоляції.

У травні 2020 року, для оцінки моделей вживання алкоголю до (лютий 2020 року) і після (квітень 2020 року) введення наказів про самоізоляцію серед тих, хто вживав алкоголь, було проведено крос-секційне онлайн-опитування. У дослідженні взяли участь 993 осіб. Використовувалася ймовірнісна панель, призначена для репрезентації населення США у віці 21 року і старші.

У порівнянні з лютим респонденти повідомили про споживання більшої кількості напоїв на день у квітні, а більшість повідомили про перевищення рекомендованих меж вживання алкоголю й запої у квітні. Середня кількість днів вживання алкоголю збільшилася на 20%, а кількість уживаних напоїв в день на 10%. Ці відмінності були виявлені в усіх оцінюваних соціально-демографічних підгрупах. З лютого по квітень відмінності в частці перевищують межі вживання алкоголю більше для жінок, ніж для чоловіків.

У дослідженні Pollard і співавторів дані були зібрані за допомогою RAND Corporation American Life Panel (ALP) національно репрезентативною, ймовірно-вибірковою групою з 6000 учасників віком 18 років і старші, які говорять англійською або іспанською. Вибірка з 2615 членів ALP у віці від 30 до 80 років була запрошена для участі в першому етапі опитування, який був закритий через 6 тижнів (29 квітня – 9 червня 2019 року) з 1771 завершенням. Дані другого етапу було зібрано з 28 травня по 16 червня 2020 року, через кілька місяців після широкого впровадження пов'язаного з COVID-19 соціального дистанціювання. Поточна аналітична вибірка склала 1540 дорослих (середній вік – 56,6 років); 825 (57,3%) жінки.

Порівняння до і під час пандемії COVID-19 проводилися за кількістю днів будь-якого вживання алкоголю й зловживання (визначається як 5 або більше напоїв для чоловіків і 4 або більше напоїв для жінок протягом декількох годин), а також по середній кількості напоїв, спожитих за останні 30 днів. Порівняння проводилися в цілому, а також за статтю, віком і расо-етнічною приналежністю. Частота вживання алкоголю збільшилася в цілому на 0,74 дня, що представляє собою збільшення на 14%; для жінок – на 0,78

дня (17%); для дорослих у віці від 30 до 59 років – 0,93 дня (19%); і для неіспаномовних білих осіб – 0,66 дня (10%).

У середньому алкоголь споживали на 1 день більше на місяць 3 з 4 дорослих. Для жінок також спостерігалось значне збільшення на 0,18 дня інтенсивного вживання алкоголю, що являє собою збільшення на 41% в порівнянні з вихідним рівнем. Це прирівнюється до збільшення на 1 день для 1 з 5 жінок. Для жінок спостерігалось середнє збільшення шкали Короткого переліку проблем на 0,09 (збільшення на 39%), що свідчить про зростання пов'язаних з алкоголем проблем незалежно від рівня споживання майже в 1 з 10 жінок.

1.2. Опосередковуюча роль мотивів вживання алкоголю

Дослідження McPhee і співавторів мало дві мети: оцінити зміни у вживанні алкоголю під час пандемії COVID-19, перевірити гіпотетичні моделі медіації для пояснення індивідуальних відмінностей у самозвітах про зміну рівня депресії й споживання алкоголю. Вибірку склали 833 жителі США, які взяли участь в онлайн-опитуванні. Набір учасників проводився за допомогою Amazon Mechanical Turk, звідки бажаючі переходили за посиланням до онлайн-опитування на майданчику Qualtrics. Опитування проводилося в період з 12 по 23 травня 2020 року. Для оцінки мотивів вживання алкоголю застосовувався опитувальник DMQ-R.

До крос-секційного опитування входили питання, що оцінюють фактори середовища, депресію, пов'язану з COVID-19, дистрес, мотиви вживання алкоголю й результати вживання алкоголю. Результати оцінювалися за допомогою ретроспективного самозвіту протягом двох тимчасових періодів у рамках одного опитування: 30 днів до санкціонованого державою соціального дистанціювання і 30 днів після початку.

Тяжкість депресії, копінг-мотиви й деякі показники споживання алкоголю були значно вищими в період після введення обмежень. І, навпаки, підкріплюють фактори середовища та інші мотиви вживання алкоголю

(соціальні, поліпшення стану і конформізм) були значно нижчі в період ізоляції.

Медіаційний аналіз показав, що наростання тяжкості депресивних симптомів і копінг-мотиви значно опосередковують зв'язок між зниженням чинників середовища й кількістю / частотою вживання алкоголю. У той час як мотиви вживання алкоголю значно опосередковують зв'язок між стресом від COVID-19 і кількістю / частотою вживання алкоголю.

Мета дослідження Vollen і співавторів полягала в оцінці вживання алкоголю під час ізоляції студентами коледжу, які, зазвичай, характеризуються високим рівнем вживання алкоголю, особливо в соціальному контексті. Також оцінювалася прогностична роль мотивів вживання алкоголю до і під час введення режиму ізоляції. Оскільки різні мотиви вживання алкоголю спонукають людей шукати різні контакти, і оскільки на ці контакти по-різному впливала ізоляція (тобто зниження соціальних контактів, збільшення контактів совладання), перед дослідниками постало питання, що прогнозує, як саме мотиви, характерні для людини до ізоляції, змінилися в споживанні у зв'язку з ізоляцією.

У період з 1 квітня до 3 травня 2020 року здійснювали крос-секційне онлайн-опитування, у якому взяли участь 1951 бельгійський студент, що говорять французькою мовою, у період з 1 квітня до 3 травня 2020 року.

Результати показали, що 68,2% реципієнтів повідомили про зниження споживання алкоголю в ізоляції в порівнянні з попереднім періодом, а 17,2%, навпаки, повідомили про збільшення рівня споживання. Мотиви поліпшення стану, подолання й соціальні мотиви були пов'язані з більш високим рівнем споживання алкоголю до введення режиму ізоляції. Соціальні мотиви і мотиви поліпшення стану передбачали зниження вживання алкоголю під час ізоляції серед важко питущих. У той же час, мотиви опанування й соціальні мотиви серед меншості людей, що п'ють, передбачали збільшення споживання під час ізоляції. Мотиви конформізму й мотиви поліпшення стану в тих, хто п'є з низьким і помірним рівнем споживання, не передбачали

збільшення споживання алкоголю до або під час ізоляції.

Таким чином, деякі мотиви вживання алкоголю до ізоляції передбачали споживання алкоголю під час її введення, і, таким чином, могли бути використані для виявлення груп ризику.

Мотивація – це спонукання до дії; динамічний процес фізіологічного та психологічного плану, керуючий поведінкою людини, який визначає її організованість, активність і стійкість; здатність людини діяльно задовольняти свої потреби. Раніше мотиваційна поведінка пояснювалася з точки зору задоволення базових потреб, таких як спрага або голод. Проте, багато видів поведінки викликані зовнішніми стимулами, які сприймаються як корисні, бажані або неприємні. Мотиваційну поведінку, таким чином, можемо визначати як біологічними потребами, так і асоціаціями між сигналами середовища і цінністю, пов'язаної з вчиненням конкретних дій.

У вітчизняній літературі поняття мотивація як психічне явище трактується по-різному. Мотивація може розглядатися як сукупність факторів, що лежать в основі поведінки, сукупність мотивів або спонукання, що викликає активність і задає її спрямованість. Також вона може трактуватися як механізм, що визначає виникнення, способи здійснення й напрямок конкретної діяльності, як процес дії мотиву і як процес психічної регуляції діяльності. Можна сказати, що мотивація – система процесів, що відповідають за спонукання і діяльність.

Існує два напрямки в трактуванні поняття мотивація. Перше розглядає мотивацію з позиції структури, таким чином, мотивація являє собою сукупність факторів і мотивів. Згідно з другим, мотивація являє собою механізм або процес – динамічне утворення. Тут мотивація є вторинним явищем по відношенню до мотиву.

Можна виділити два види обумовленості мотивації: екстремивна мотивація обумовлена зовнішніми обставинами й умовами, тоді як інтенсивна – внутрішніми, пов'язаними з особистісними диспозиціями: потребами, установками, інтересами, потягами, бажаннями, при якій дії і

вчинки відбуваються волею суб'єкта.

Зовнішні мотиви і мотивація мають на увазі певні умови, що впливають на ефективність діяльності, або будь-які зовнішні чинники, що впливають на прийняття рішення на користь мотиву (наприклад, винагорода), а також цих факторів самим суб'єктом.

З точки зору В. Г. Асєєва важливою особливістю мотивації є позитивно-негативна будова. Протилежно модальності мотивації проявляються у вигляді прагнення до чого-небудь або уникнення, заохочення або покарання, задоволення або незадоволення, що проявляється з одного боку в потягах і безпосередньо реалізується потребами, а з іншого в необхідності. Ключову роль відіграють емоції, що супроводжують прийняття рішення, його виконання.

У своїй теорії О. Маурер стверджує, що приймати рішення гнучко й адекватно, а також контролювати свою поведінку людині допомагають емоції – вони викликають реакції, які посилюють надію, що зменшують розчарування й страх. Якщо зв'язати уявлення О. Маурера про емоції з гіпотезою В.Г. Асєєва про двомодальні мотивації, то можна припустити, що висока ймовірність задоволення потреби й можливість це спрогнозувати викликає позитивні емоції, тоді як проходження заданої необхідності в силу жорстких обставин викликають негативні емоції.

В.І. Ковальов ототожнює мотив зі спонуканням, а також відзначає його одномодальність. Ільїн Є.П. ж зазначає, що мотив – це не тільки спонукання. З його точки зору, у мотиві висловлюється ставлення до майбутньої дії. У свою чергу відношення двомодальне. Таким чином, побудова мотиву і, отже, мотиваційний процес може супроводжуватися як позитивними, так і негативними емоційними переживаннями, які зберігаються під час діяльності.

1.3 Мотиваційні моделі вживання алкоголю

Слово мотивація походить від латинського слова «*movere*» що означає приводити в рух. Отже, поняття засноване на метафорі і означає рух до досягнення бажаного стану (або цілі) або уникнення небажаного. Увага дослідників часто повертає питання про те, які стану або мети мотивують споживання алкоголю. А також той факт, що поведінка, пов'язане з вживанням алкоголю, формується унікальним чином в залежності від лежачих в його основі потреб і бажань.

Ключовою передумовою мотиваційного підходу є те, що в залежності від потреби (позбутися негативних емоцій, підтримати норму, прийняту в колективі, повеселитися в дружній компанії), психологічно різниться поведінка: воно зумовлене різними диспозиціями, унікальними умовами ситуації або зовнішніми обставинами, характеризується якісно різним стилем, почуттями і в кінцевому підсумку призводить до різних наслідків.

Соорер виділяє деякі припущення, що лежать в основі мотиваційного підходу:

1. Люди використовують психоактивні речовини для зміни афективного стану - або безпосередньо через фармакологічні ефекти, або побічно через вплив на інші значущі сфери (в першу чергу соціальну).

2. Люди дотримуються переконань про ефекти речовин, які в свою чергу формують мотиви або цілі, для досягнення яких людина буде використовувати дану речовину.

3. Люди вибирають, хоча цей вибір може бути не цілком усвідомленим і обґрунтованим, чи слід і в якій мірі використовувати дану речовину для досягнення афективно значущих, цінних результатів.

4. Мотиви забезпечують остаточний загальний шлях до вживання речовин, через який опосередуються впливу більш дистальних змінних.

У 1988 році Cox W. M. і Klinger E. розробили мотиваційну модель вживання алкоголю, засновану на переконанні, що люди вживають алкоголь з метою досягнення певних ефектів, а також приймають рішення чи варто їм

пити. В основі рішень лежать емоційні та раціональні процеси, обумовлені афективними змінами, які досягаються шляхом вживання алкоголю.

Модель Cox і Klinger стала найбільш широко відомої і впливової мотиваційної моделлю вживання алкоголю. На думку авторів, життя людей організована навколо стимулів, що представляють собою сукупність потреб людини і умов навколишнього середовища, що володіють потенціалом для їх задоволення.

Відповідно до цієї моделі, мотивація людини до вживання алкоголю може розглядатися як складне поєднання стимулів, пов'язаних з вживанням, поряд з доступними в інших сферах життя. Таким чином, людина приймає рішення про вживання алкоголю в залежності від ступеня привабливості очікуваних афективних змін вживання або відмови від нього.

Передбачається, що очікувані афективні зміни - зменшення негативних емоцій або збільшення позитивних - певною мірою раціонально впливають на прийняття рішень щодо вживання алкоголю. Автори визначили цілий ряд факторів, які формують очікування індивіда щодо наслідків вживання алкоголю, це такі фактори як біохімічна реактивність на алкоголь, особистісні характеристики і соціокультурний контекст.

Актуальні стимули, які представляються більш-менш привабливими, ніж вживання спиртних напоїв, також формують очікування індивіда, поряд з ситуаційними чинниками, і визначаються як безпосередній контекст, в якому знаходиться людина, коли приймається рішення про вживання алкоголю. До таких факторів належать фізичні умови (наприклад, знаходження в барі або вдома), доступність речовини, знаходження в самоті або в компанії, якщо в компанії, то в якій мірі в ній підтримується і заохочується або засуджується споживання алкоголю.

Поточні стимулюючі і інгібуючі фактори в сукупності з минулим досвідом формують очікування або переконання про наслідки споживання алкоголю. Вони стосуються як безпосередніх, так і довгострокових наслідків вживання психоактивних речовин, а також прямих (фармакологічних) і

непрямих (функціональних, в основному соціальних) ефектів. Непрямі або функціональні ефекти - це очікування, що вживання алкоголю сприятиме отриманню задоволення, позитивного досвіду (наприклад, спілкування з друзями), або перешкоджати отриманню негативного (наприклад, соціального несхвалення).

Таким чином, існує складний набір очікувань, що стосуються як позитивних, так і негативних фармакологічних і нефармакологічних (в основному соціальних) ефектів використання алкоголю, і саме баланс цих очікувань схиляє рішення до вживання або відмови.

У 1971 році J. Gray запропонував теорію поведінкових систем активації і гальмування. Відповідно до цієї теорії, поведінка, спрямоване на досягнення і поведінку, спрямоване на уникнення, регулюється двома неврологічески різними мотиваційними системами.

Система гальмування поведінки обумовлює реакцію на умовні сигнали покарання або скасування позитивного підкріплення, на стимули «новизни», крім того, ця система пов'язана з переживанням негативних емоцій. Система активації поведінки регулює мотивацію, спонукає до досягнення мети і контролює переживання позитивних емоцій. Систему активації (BAS) можна описати як «систему відкритості», вона відповідає за бажання отримати винагороду і готовність боротися за нього. Її діяльність прийнято пов'язувати з катехоламінергічеських і дофамінергічеськими шляхами (в тому числі з «системою внутрішнього винагороду»).

Вважається, що особи з високою чутливістю системи активації сильніше реагують на сигнали винагороду, що відбивається в поведінці, і відчують при цьому позитивні емоції (в порівнянні з особами з низькою чутливістю системи активації). Передбачається, що ці особи схильні до пошуку винагороду і позитивних емоцій. Надактивна система активації поведінки викликає екстрені відповіді на сигнали винагороду і може бути пов'язана з імпульсивністю. Відповідно, люди з високою чутливістю системи гальмування гіперчутлива до сигналів загрози і покарання. Ці особи схильні

відчувати негативні емоції і реагувати на них тривогою або уникає поведінкою. Підвищена індивідуальна чутливість даної системи зумовлює схильність людини до високої тривожності.

Теорія спонукальної сенсibilізації була запропонована авторами Robinson T.E. і Berridge K.C. в 1989 році. Відповідно до цієї теорії, активація в системі винагороди складається з декількох компонентів, таких як прагнення до задоволення від наркотику (liking), прагнення до задоволення потреби (wanting), і навчання (learning). Активація об'єднує емоційні, мотиваційні і когнітивні аспекти в рамках складних поведінкових актів.

Основну ідею теорії спонукальної сенсibilізації можна резюмувати в чотирьох пунктах:

1) Речовини, потенційно здатні викликати залежність, можуть створювати тривалі адаптації в нейронних системах (тобто, змінювати структуру мозку);

2) Змінені системи мозку включають ті, які зазвичай беруть участь у процесі мотивації та винагороди;

3) Адаптації в нейронних системах винагороди мозку роблять їх гіперчутливими (сенсibilізованими) до наркотиків і пов'язаними з ними стимулами.

4) Сенсibilізовані системи мозок не опосередковують задоволення від наркотиків (liking), але замість цього виступають посередником в підкомпоненте винагороди, яке є стимулом або «потребою».

Автори вважають, що вплив стимулів специфічним чином впливає на поведінку, пов'язану з пошуком і вживанням наркотика (задоволенням потреби) (wanting). Завдяки асоціативного навчання підвищена суб'єктивна цінність фокусується саме на стимулах, пов'язаних з наркотиками, що призводить до все більш нав'язливого характеру поведінки їх споживачів.

Дослідження нейробіології задоволення (liking), потреби (wanting) і навчання (learning) як компонентів винагород показали, що ці психологічні процеси в значній мірі співвідносяться з різними нейроанатоматическими і

нейрохимическими системами винагороди мозку. Вивчення цих співвідношень може призвести до кращого розуміння того, як генерується нормальна нагорода, а також встановити причини мотиваційних і афективних дисфункцій.

Головна особливість даної теорії полягає в тому, що в системі винагороди виділяються два різних психологічних процесу: суб'єктивне задоволення (liking) і прагнення до задоволення потреби (wanting). Ці два психологічних процесу опосередковуються різними нейронними системами. Крім того, передбачається, що нейронні системи, сенсibiliзовані наркотиками, головним чином пов'язані з атрибуцією стимулів (Robinson, Berridge, 1993). Нейронні системи, які опосередковують суб'єктивні приємні (гедоніческие) ефекти наркотику, як передбачається, що не сенсibiliзують. Ось чому, можливо, залежність у міру її розвитку, характеризується дедалі більшою потребою в наркотичному, що досягає характеру нездоланності, спраги (craved), незважаючи на те що суб'єктивно приємні відчуття від їх вживання зменшуються.

Авторами G.F. Koob і M. Le Moal була запропонована Нейробіологічна модель емоційних систем мозку, щоб пояснити стійкі зміни в мотивації, що призводять до рецидиву при залежності від психоактивних речовин. Ця модель також може бути поширена на інші психопатології, пов'язані з порушеннями в роботі мотиваційних систем.

Система винагороди мозку являє собою сукупність процесів, що беруть участь в підкріпленні, з накладенням позитивної гедоністичної валентності. В результаті надмірної активації системи винагороди порушується робота систем, що відповідають за стрес і емоційний стан, що призводить до виникнення джерела негативної гедоністичної валентності (система антівознаграження). Поєднання дефіциту в вихідній системі (негативна гедоністична валентність) і профіциту в системах стресу (негативна гедоністична валентність) забезпечує потужне мотиваційний стан, опосередковане частково системою антівознаграження.

В рамках цієї теорії, залежність визначається як циклічне зниження функцій систем винагороди і «антівознаграження», що призводить до поступового погіршення роботи цих систем і компульсивному вживанню психоактивних речовин.

На думку авторів, мотивація - це стан, який варіюється в залежності від збудження; мотивація визначає поведінку у зв'язку зі змінами у навколишньому середовищі. Навколишнє середовище може бути зовнішньої (стимулами) або внутрішньої (мотиви, потягу, настрої). Стану навколишнього середовища не є постійними і змінюються з часом.

У нормі кількість винагороди обмежується, при порушенні цієї функції нормальний гомеостаз порушується і виникає аллостатическое стан. Це аллостатическое стан, передбачається, є реакцією на хронічні відхилення в системі винагороди, яке підкріплюється шляхом збільшення мозкових і гормональних стресових реакцій. Надмірне вживання алкоголю за короткий час призводить не тільки до надмірної активації системи винагороди, а й до придушення системи антівознаграження.

Аллостаз визначається як стабільність через зміну. Аллостаз набагато складніший процес, ніж гомеостаз, і має кілька унікальних характеристик, які його відрізняють. Він включає випереджаюче механізм, який має багато переваг. Так, порушення гомеостазу формує потребу, негативний зворотний зв'язок спрямована на її задоволення - це вимагає великої кількості часу і ресурсів, які можуть бути недоступні. При аллостазе, навпаки, відбувається безперервна переоцінка потреб і ресурсів, і безперервна коригування всіх параметрів по відношенню до нового набору вимог. Таким чином, існує відповідність ресурсів потребам. Проте, саме ці можливості швидко мобілізувати ресурси і використовувати механізми випередження і призводять в остаточному підсумку до аллостатическому станом, більш відомому як аллостатическая навантаження.

Аллостатическая навантаження є наслідком багаторазових відхилень від гомеостазу, що вимагають збільшення кількості енергії для захисту і, в

кінцевому рахунку, досягає рівня патології.

Аллостатическі-подібні зміни у функції винагороди також можуть застосовуватися до будь-якого з патологічних станів, включаючи депресію і залежність від алкоголю.

1.4 Типологія та мотиви вживання алкоголю як прогностичний фактор

Мотиви вживання алкоголю детермінують кілька психологічно різних видів поведінки й служать різним базових функцій. Найчастіше, мотиваційні теорії припускають обмежений набір основних мотивів чи потреб, які активізують, спрямовують і визначають людську поведінку, однак не існує єдиної думки про точну природу і кількість цих мотивів.

Фундаментальною відмінністю в мотивації вживання алкоголю є характер поведінки – вона може відображати прагнення до позитивних або приємних ефектів, або прагнення уникати негативних і хворобливих. Друга відмінність стосується джерела стимулу – є він внутрішнім або зовнішнім (соціальним) за своєю природою.

Таким чином, з точки зору Соорер і її співавторів, мотиви вживання алкоголю можуть бути класифіковані за двома основними вимірами, що відображає валентність (позитивну або негативну) ефекту, який людина очікує отримати, вживаючи алкоголь і джерело стимулу (внутрішній або зовнішній). Передбачається, що людина п'є, щоб отримати позитивний ефект (позитивне підкріплення) або уникнути негативних наслідків (негативне підкріплення). Крім того, мотиви можуть бути внутрішніми, такими як поліпшення внутрішнього емоційного стану, або зовнішніми, такими як соціальне схвалення або прийняття. Перетин цих двох вимірів призводить до чотирьох різних категорій мотивів вживання алкоголю:

А. Внутрішні мотиви з позитивною валентністю (вживання алкоголю для поліпшення емоційного стану);

В. Зовнішні мотиви з позитивною валентністю (вживання алкоголю,

для отримання соціальних вигод);

С. Внутрішні мотиви з негативною валентністю (вживання з метою регуляції негативних емоцій);

Д. Зовнішні з негативною валентністю (вживання алкоголю з метою уникнути соціального відкидання).

Схожу типологію запропонували Annis і співавтори. На підставі дослідження Marlott і Gordon вони зробили висновок, що вживання алкоголю обумовлено наступними факторами:

А. Позитивне підкріплення / негативне підкріплення;

В. Міжособистісні мотиви / внутрішньоособистісні мотиви.

Ці два набори чинників виражаються в 8 типах ситуацій: переживання неприємних емоцій, конфлікти з оточенням, фізичний дискомфорт, зниження самоконтролю, спонукання і спокуси, соціальний тиск, приємне проведення часу з іншими, переживання позитивних емоцій. Ця типологія використовувалася в дослідницькій діяльності, зазнаючи різних змін, так у новітніх дослідженнях у якості ключових виділяються мотиви пошуку приємних відчуттів (позитивне підкріплення) і мотиви уникнення неприємних (негативне підкріплення).

Деяко іншу, але в цілому схожу типологію, пропонує В.Ю. Зав'ялов:

А. Група соціально-психологічних мотивів споживання алкоголю, в яку входять як позитивно, так і негативно оцінювані зовнішні мотиви – обумовлені традиціями, культурою, і підпорядковані загальному тиску, впливом референтної групи, а також бажанням виправдати зловживання алкоголем нормами мікросередовища.

В. Група особистісних мотивів, по суті, являє собою внутрішні мотиви різної валентності – це гедоністичні, мотиви гіперактивації / стимуляції.

С. Група так званих патологічних мотивів, властивих людям, що страждають залежністю від алкоголю – це мотиви полегшення абстентних явищ, дисфорії, адиктивні мотиви, що відображають «спрагу» алкоголю, мотиви самоушкодження.

Досвід численних зарубіжних досліджень показує, що провідними мотивами серед осіб, які не страждають на алкогольну залежність, є соціальні мотиви, найрідше зустрічаються мотиви опанування. Ця закономірність може пояснюватися тим, що реципієнтами були в основному студенти коледжу, де домінують соціальні мотиви, що відображає специфіку групових норм вживання алкоголю в студентському середовищі. У міру розвитку залежності, частіше відзначаються мотиви опанування й мотиви поліпшення стану. Крім того, мотиви поліпшення стану можуть передбачати надмірне вживання алкоголю у вихідні дні. Таким чином, мотиви опанування (негативного підкріплення) частіше за інших зв'язуються з проблемним вживанням алкоголю.

У вітчизняних дослідженнях мотивів вживання алкоголю в осіб з контрольної групи переважають гедоністичні мотиви, у поєднанні з псевдокультуральними, що може відображати прагнення отримати задоволення від вживання алкоголю в компанії. Практично не актуальні мотиви корекції фізіологічного стану, а також мотиви самоушкодження, тобто в цілому мотиви з групи патологічних, що пояснюється відсутністю в цих осіб залежності. У групі осіб із залежністю домінують мотиви корекції емоційного дискомфорту і лише потім отримання задоволення. Досить високе значення мають абстинентні мотиви. Мотиви гіперактивації входять до п'ятірки провідних, свідчать про проблеми в кінестетичній сфері й сенсорної депривації. У цілому, змістом мотивації зловживання алкоголем є опредмечене в алкоголі й ритуалах його споживання нереалізовані потреби людини, внутрішні плани й програми розвитку особистості. У мотивах споживання алкоголю відображаються найбільш важливі психологічні фактори розвитку алкоголізму.

Дослідники Kuntsche і Cooper поставили собі за мету з'ясувати чи можуть мотиви передбачати вживання алкоголю в конкретних обставинах. На першому етапі оцінювалися мотиви вживання алкоголю, оцінки використовувалися для прогнозування кількості випивки у вихідні дні. Через

два тижні починався другий етап, під час якого респонденти повинні були повідомляти про споживання алкоголю через службу коротких повідомлень (SMS). Багаторівневі регресивні моделі були оцінені на основі 391 звіту від 55 учасників (середній вік 22,7 років). Результати показали, що мотиви поліпшення стану, а не стать, вік, соціальні мотиви або мотиви конформізму передбачали надмірне вживання алкоголю у вихідні дні.

Дослідження A.L. Curcio, A.M. George проводилося з метою оцінки опосередкованої ролі мотивів між вживанням алкоголю і такими диспозиціями як імпульсивність, прагненням до пошуку нових відчуттів. Виділялися відмінності в характері імпульсивної поведінки – чи є воно результатом переживання максимально позитивного або вкрай негативного афекту. Для оцінки мотивів використовувалася первинна версія опитувальника мотивів вживання алкоголю DMQ для дорослих. Той факт, що зв'язок між пошуком відчуттів і вживанням алкоголю була частково опосередкована мотивами поліпшення стану, підтверджує теорію про те, що особи, які прагнуть до пошуку нових відчуттів, швидше за все, вживають алкоголь у спробі випробувати більший афект. Цей результат повторює попередні дослідження, які показали, що пошук відчуттів провокує вживання алкоголю як прямо, так і опосередковано, через мотиви поліпшення стану.

У дослідженні Нам і співавторів вивчався взаємозв'язок між мотивами вживання алкоголю й соціальної тривожністю в 239 добровольців (студентів). Мотиви вивчалися за допомогою версії методики DMQ-R. Усупереч гіпотезам, групи з високою ($n = 83$), помірною ($n = 90$) і низькою ($n = 66$) соціальною тривожністю не розрізнялися за ступенем вираженості комфортних мотивів вживання алкоголю. Крім того, соціальна тривожність була негативно пов'язана з щотижневим вживанням алкоголю й не пов'язана з проблемами, викликаними алкоголем. Множинний регресійний аналіз, проведений для кожної групи соціальної тривожності, показав, що мотиви опанування були пов'язані з великим вживанням алкоголю й проблемами для тих, хто знаходився в групах з високою і помірною соціальною тривожністю,

але не для групи з низькою соціальною тривожністю. Мабуть, мотиви вживання алкоголю, особливо мотиви опанування, мають багатообіцяюче значення для забезпечення більш глибокого розуміння взаємозв'язку між тривогою і зловживанням алкоголем. Мотиви вживання алкоголю можуть допомогти у виявленні соціально тривожних студентів, схильних до ризику виникнення проблем з алкоголем, і інформувати про стратегії втручання (Ham etc., 2007).

Дослідження на неклінічній вибірці провели Buskner і співавтори в 2006 році в США. Вони розглядали зв'язок між вживанням алкоголю й соціальною тривожністю. Вибірку склали 293 студенти (171 жіночої статі) курсу психології, які повідомили, що не утримуються від алкоголю, середній вік склав 20,4 року. Результати продемонстрували кореляцію між соціальною тривожністю й мотивами споживання алкоголю, пов'язаними з позитивними емоціями, з чого автори зробили висновок про те, що подібні мотиви можуть підвищувати ризик розвитку залежності в осіб з соціальної тривожністю.

РОЗДІЛ 2. ПРОЦЕДУРА ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Характеристика вибірки

Дослідження проводилося шляхом опитування на предмет бажання взяти участь в експерименті через соціальну мережу «Instagram».

Загальна чисельність вибірки склала 54 особи, 37 – жінки (68,5%), 17 – чоловіки (31,5%).

Критеріями включення в дослідження були: вік від 18 років, непомірність прийому алкоголю.

Таблиця 2.1.

Розподіл респондентів за статтю

Стать	Кількість осіб	%
Чоловік	17	31,5
Жінка	37	68,5
Всього	54	100

В опитуванні взяли участь особи у віці від 18 до 65 років ($M \pm m = 30,09 \pm 8,53$), віковий розподіл вибірки представлено на рис. 2.1.

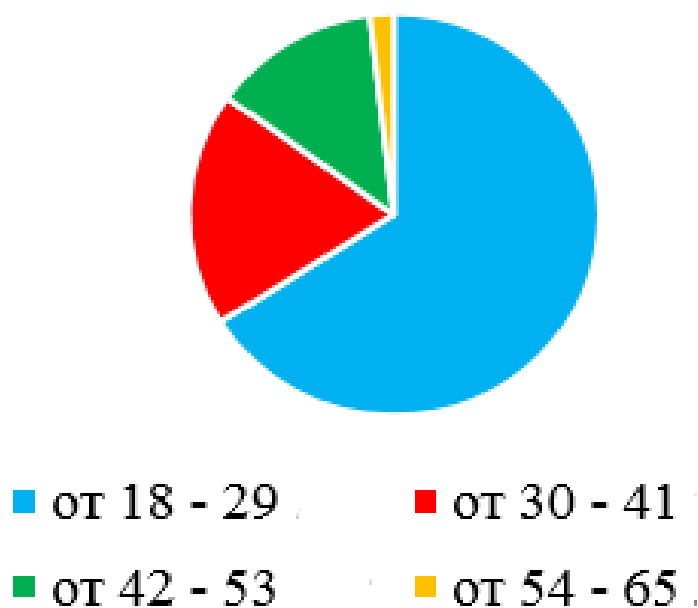


Рис. 2.1 Розподіл респондентів за віком

3 березня 2020 року 44,4% опитаних не змінили свого рівня споживання алкоголю, 38,9% опитаних збільшили або значно збільшили споживання алкоголю, у 16,7% респондентів кількість споживаного алкоголю скоротилося. Розподіл учасників за параметрами змін у вживанні алкоголю в період пандемії COVID-19 представлено в таблиці 2.2

Таблиця 2.2

Розподіл учасників за параметрами зміни у вживанні алкоголю
в період пандемії COVID-19

Зміни у вживанні алкоголю в період пандемії COVID-19	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Збільшилося	9	52,9	12	32,4	21	38,9
Залишилося на колишньому рівні	7	41,2	17	45,9	24	44,4
Скоротилося	1	5,9	8	21,6	9	16,7
Всього	17	100	37	100	54	100

Учасники була розподілені на групи відповідно до досліджуваних ознак. Далі групи позначаються наступним чином: «Група 1» – скоротили споживання алкоголю в період пандемії COVID-19; «Група 2» – збільшили споживання алкоголю в період пандемії COVID-19; «Група 3» – не змінили споживання алкоголю в період пандемії COVID-19.

2.2 Характеристика методів дослідження

Для вирішення завдань, було обрано такі діагностичні методики:

1. Госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS)

Госпітальна шкала тривоги й депресії HADS розроблена Zigmond AS, Snaith RP для первинного виявлення депресії і тривоги в медичній практиці. Переваги шкали: легкість у виконанні для пацієнта, простота обробки й інтерпретації результатів, на заповнення й обробку не потрібно значних

часових ресурсів. Опитувальник складається з 14 питань (7 для оцінки депресії і 7 – тривоги). Шкала заповнюється респондентом самостійно, протягом 10-15 хвилин, відповіді повинні бути обрані для всіх пунктів шкали. Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, необхідно вибрати той, який найбільше відповідає стану протягом останніх 7 днів.

При створенні шкали були виключені соматичні симптоми депресії й тривоги, такі як головний біль, запаморочення та ін. Так як вони можуть бути проінтерпретовані як симптоми інших захворювань. Пункти субшкал відбиралися за скаргами й симптоми, які найбільш часто зустрічалися, у разі депресії вони відображають переважно гедоністичний компонент розладу, а в разі тривоги спираються на психологічні прояви.

Інтерпретація проводиться за кожною субшкалою окремо, виділяються градації:

- 1) норма – відсутність достовірно виражених симптомів тривоги й депресії;
- 2) субклінічна виражена тривога, депресія;
- 3) клінічно виражена тривога, депресія.

2. Опитувальник регуляції емоцій Гросса

Методика розроблена Дж. Гроссом у 2003 році у Стенфордському університеті та Університеті Каліфорнії-Берклі (США). Вона розроблена у рамках процесуальної моделі емоційної регуляції й спрямована на діагностику двох стратегій регуляції емоцій – когнітивної переоцінки й придушення експресії. Версія опитувальника згадується в статтях Падун М.А. і Панкратової А.А., однак дані про її апробацію авторам статті не відомі. Має двухфакторну структуру й високу внутрішню узгодженість. Методика є дійсним і надійним діагностичним інструментом.

Опитувальник складається з 10 пунктів, 6 з яких відносяться до шкали когнітивної переоцінки, а 4 – до шкали придушення експресії. Респондент

повинен відзначити ступінь згоди із запропонованими твердженнями за шкалою Лайкерта від 1 (категорично не згоден) до 7 (повністю згоден).

Як показують дані досліджень, стратегія когнітивної переоцінки корелює з більш низькими показниками депресивних симптомів і більш високими показниками задоволеності життям, самооцінкою, рівнем оптимізму і благополуччям. У той час як стратегія придушення експресії асоціюється з більш високими показниками депресії й з більш низькими показниками за всіма іншими шкалами.

3. Опитувальник «Спектр психологічного здоров'я»

Методика «Спектр психологічного здоров'я (коротка версія)» (MHCSF) була розроблена К. Кізом у 2009 році. Методика включає індикатори психологічного здоров'я, а також оцінює характеристики психологічних процесів, що лежать у його основі й описаних в теоретичних моделях.

Спектр психологічного здоров'я спирається на модель континууму психологічного здоров'я К. Кіза, згідно з якою психологічне здоров'я і психічна хвороба є незалежні (ортогональні) вимірювання.

Опитувальник складається з 14 тверджень, які описують різні переживання, які міг відчувати респондент за минулий місяць. Випробуваному пропонується оцінити за 6 бальною шкалою (від 0 до 5), наскільки часто він відчував ті чи інші переживання за минулий місяць. У цьому дослідженні інструкція була модифікована таким чином – респонденту пропонувалося оцінити частоту тих чи інших переживань за часовий проміжок.

Твердження згруповані в три шкали: емоційне гедоністичне благополуччя (затвердження 1-3, що відображають позитивні емоції), соціальне евдемоністичне благополуччя (затвердження 5-8, що відображають внесок у суспільство, відчуття приналежності, розвитку, прийняття та зв'язності суспільства), психологічне евдемоністичне благополуччя (затвердження 9-14, зміст яких відповідає компонентам моделі психологічного благополуччя К. Ріфф і відображає прийняття себе,

управління оточенням, позитивні відносини, особистісний ріст, автономію і наявність мети в житті).

4. Коротка шкала самоконтролю

Шкала самоконтролю була запропонована в 2004 році Дж. Тенгні і співавторами, самоконтроль був представлений як риса, що включає здатність керувати своєю поведінкою, емоціями, бажаннями, утримуватися від імпульсивних вчинків і діяти обдумано. Опитувальник став широко застосовуватися в дослідницькій діяльності і на сьогодні є основним інструментом для вимірювання самоконтролю.

Шкала відрізняється досить високою надійністю й теоретично передбачуваною структурою, що дозволяє успішно застосовувати її як для діагностичних, так і для дослідницьких цілей. Може бути рекомендована для вирішення практичних завдань у рамках комплексної психодіагностики особистості і мотивації.

Шкала складається з 13 пунктів. Випробуваному пропонується відзначити для кожного твердження зі списку наскільки правильно цей пункт описує його, звичний для нього стан за шкалою Лайкерта (від 1 – «повністю не згоден» до 7 – «повністю згоден»).

5. Методика «ТІРІ»

Методика ТІРІ базується на п'ятифакторній моделі особистісних рис (BIG-5). Опитувальники, побудовані на базі цієї моделі, широко використовуються в цілях діагностики особистості як в наукових дослідженнях, так і в прикладних цілях. Ця модель включає такі чинники як «нейротизм», «екстраверсія», «відкритість досвіду», «дружелюбність», «сумлінність». На відміну від більшості методик, заснованих на п'ятифакторній моделі, у методиці ТІРІ вимірюється не рівень нейротизму, а рівень емоційної стабільності, таким чином шкала виявляється «перевернутою».

Опитувальник рис особистості ТІРІ, що складається з 10 питань, був розроблений С. Гослінгом і співавторами в 2003 році. Задовільні

психометричні характеристики й численні успішні міжнародні адаптації цього опитувальника зробили його найкращим. Гослінгом і співавторам в основу методики було покладено список уніполярних і біполярних конструктів Голдберга, а також методика ВФІ, яка представляє собою список особистісних прикметників. Вибір конструктів для методики ТІРІ ґрунтувався на: 1) широкому охопленні (загальні, «ядерні» конструкти), 2) відображенні елементів обох полюсів конструкту, 3) виключенні конструктів заперечень, 4) відсутність надмірності в описах.

У вихідній методиці ТІРІ на кожне з п'яти вимірювань пятифакторної особистісної моделі наводиться по два твердження. Випробуваний повинен оцінити, наскільки кожне з них відповідає його особистісним характеристикам за шкалою Лайкерта (від 1 «повністю не згоден» до 7 «повністю згоден»).

Методика ТІРІ добре підходить для використання в якості короткого тесту особистісних характеристик у неклінічних умовах, наприклад, під час інтернет-опитувань.

6. Опитувальник Карвера-Уайта.

Опитувальник BIS / BAS Scales створений К. Карвером і Т. Уайтом, в адаптації Г.Г. Князева і співавторів. Методика заснована на теорії Дж. Грея і призначена для діагностики двох нейропсихологічних систем – системи активації поведінки (BAS – САП) і системи гальмування поведінки (BIS – СГП).

Теорія Дж. Грея є однією з найбільш впливових у поясненні фізіологічних основ мотивації і поведінки. Для пояснення індивідуальних відмінностей Дж. Грей постулював наявність двох нейропсихологічних систем – системи гальмування поведінки (СГП) і системи активації поведінки (САП). СГП чутлива до стимулів покарання або позбавлення нагороди і викликає поведінку уникнення і суб'єктивного почуття тривоги. САП чутлива до стимулів нагороди або позбавлення від покарання і є субстратом поведінки наближення і гедонізму.

Методика містить 4 субшкали: 1) СГП (система гальмування поведінки) – складається з 7 пунктів і відображає чутливість до негативних сигналів і тривогу на емоційному рівні; 2) САП-Драйв (система активації поведінки) – складається з 4 пунктів, відображає наполегливість у досягненні мети; 3) САП-Реактивність – складається з 5 пунктів, відображає тенденцію реагувати збудженням і підвищенням енергії на стимули винагороди; 4) САП-Пошук розваг – складається з 4 пунктів і відображає схильність до імпульсивної прагненню до отримання задоволення.

Для побудови шкал методики були використані не тільки теоретичні уявлення, але й подальший факторний аналіз емпіричних даних, що дозволило отримати інструмент з бажаними психометричними властивостями. Однак, сенс виділених підшкал BAS не цілком обгрунтований і не впливає безпосередньо з теорії Дж. Грея. Незважаючи на викладені вище факти, опитувальник ОКУ знайшов широке застосування в клінічній психології. Співвідношенням нейропсихологічних систем пояснюється широке коло патопсихологічних явищ. Гіперактивація системи гальмування зв'язується з тривожністю і депресією, а гіпоактивація – із синдромом гіперактивності та дефіциту уваги. Гіперактивація системи активації зв'язується з розладами особистості та поведінки.

7. Тест AUDIT

Тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) був розроблений у 1982 році міжнародною групою дослідників на прохання ВООЗ. Тест призначений для виявлення надмірного вживання алкоголю й ранньої діагностики проблем, викликаних вживанням алкоголю. Тест AUDIT дозволяє визначити, чи має людина небезпечне (або ризиковане) вживання алкоголю, шкідливе вживання алкоголю або алкогольну залежність.

Цей тест може застосовуватися для скрінігових діагностик для наступних категорій осіб:

- пацієнти загального профілю, які мають соматичні захворювання, пов'язані з алкогольною залежністю (наприклад,

панкреатит, цироз печінки, гастрит, туберкульоз, неврологічні розлади, кардіоміопатія);

- особи з афективними розладами або мають суїцидальні нахили;
- інші психіатричні пацієнти;
- пацієнти, які звертаються в служби швидкої та невідкладної допомоги;
- пацієнти, які відвідують лікарів загальної практики;
- бездомні;
- укладені;
- особи, залучені до відповідальності за юридичні правопорушення, пов'язані з пияцтвом.

Крім того, ВООЗ виділяє групи осіб, що мають підвищений ризик розвитку проблем, викликаних вживанням алкоголю: чоловіки середнього віку, підлітки, мігранти, які працюють, та деякі професійні групи (керівники підприємств, артисти, особи, які надають послуги сексуального характеру, працівники ресторанів і барів, службовці військово-морського флоту).

Тест складається з 10 питань про недавнє вживання алкоголю (протягом останніх 12 місяців), симптоми алкогольної залежності і проблеми, пов'язаних з вживанням алкоголю, і може проводитися як у формі інтерв'ю, так і в формі самозвіту. Число балів 8 або більше (у жінок 7 балів) вказує на високу ймовірність небезпечного або шкідливого вживання алкоголю. Число балів 20 і більше вказує на можливу алкогольну залежність і необхідність спеціалізованого лікування.

Питання тесту супроводжуються згадуванням про найбільш поширені алкогольні напої, які, ймовірно, будуть споживатися, і про кількість напою, що становить стандартну дозу (містить близько 13 грам етанолу).

AUDIT має такі переваги:

- міжнаціональна стандартизація: був використаний на пацієнтах первинної медико-санітарної допомоги в шести країнах. Це єдиний скринінг-тест, спеціально розроблений для міжнародного

використання;

- визначає небезпечне й шкідливе вживання алкоголю, а також можливу залежність;
- відрізняється стислістю, швидкістю проведення та гнучкістю;
- узгоджується з визначеннями МКБ-10 алкогольної залежності й шкідливому вживанню алкоголю;
- фокусується на недавньому вживанні алкоголю.

8. Опитувальник Перелік ситуацій вживання алкоголю-27 (IDS-27)

Перелік ситуацій вживання алкоголю-27 результат прямого й зворотного опитувальника Inventory of Drinking Situations (IDS). Опитувальник був розроблений Annis НМ і співавторами в 1987 році як метод виявлення ситуацій, у яких особам з алкогольною залежністю найбільш складно контролювати кількість споживаного спиртного.

Матеріалом для створення послужило дослідження Marlott, Gordon 1985 року – інтерв'ювання осіб з алкогольною залежністю, що пройшли лікування, на предмет рецидиву: які ситуації найчастіше призводили до зриву. Після контент-аналізу, Annis і співавторами було виділено 8 категорій ситуацій, а саме: 1) неприємні емоції, 2) конфлікти з оточенням, 3) фізичний дискомфорт, 4) рівень самоконтролю, 5) спонукання й спокуси, 6) соціальний тиск, 7) приємне проведення часу з іншими, 8) приємні емоції. Ці категорії організовуються в 2 набори факторів: 1) негативне / позитивне підкріплення, 2) міжособистісні / внутрішньоособистісні причини. Категоріям відповідали 8 підшкал, загальне число питань за якими становила 100.

Witkiewicz і співавтори в 2019 році в Канаді запропонували модифікацію опитувальника, що складається з 27 пунктів (IDS-27). Пункти були обрані на основі перетину з версією IDS-30 і концептуального огляду версії IDS-42. З 42-х пунктів, 12 були відібрані для оцінки вживання в соціально-обумовлених ситуаціях і ситуаціях з позитивним підкріпленням і 15 пунктів для оцінки вживання з метою полегшити емоційний і фізичний

стан. Валідність і надійність цієї версії опитувальника була доведена емпірично.

Респонденту необхідно відзначити, як часто за останній рік він вживав алкоголь в кожній з ситуацій, наведеною в списку, за шкалою від 0 (ніколи) до 3 (завжди). За результатами методики передбачається отримати інформацію про домінуючих мотивах обстежуваного при вживанні ним алкоголю.

Дослідження проводилося методом онлайн-опитування з використанням онлайн-платформи «Google Forms». Набір випробовуваних проводиться шляхом опитування на предмет бажання взяти участь у дослідженні через соціальну мережу «Instagram». До дослідження запрошувалися особи старші 18 років, які не утримуються від прийому алкоголю. Бажаючі могли перейти за електронним посиланням з інформаційного поста в соціальній мережі, де була представлена загальна інформація про дослідження, а також про те, що участь займе від 15 до 30 хвилин. У формі дослідження була надана детальна інформація про дослідження в письмовому вигляді й інформована згода. Після підтвердження згоди на участь у дослідженні, респонденту пропонувалося відповісти на анкетні питання, що включають питання про COVID-19.

Доцільність використання платформи пояснюється наступним:

- 1) виключається особистий контакт респондента з дослідником, що сприяє стримуванню поширення інфекції COVID-19;
- 2) виключається можливість випадкового або навмисного пропуску респондентом питання або пункту методики, що дозволяє отримувати більш повну інформацію;
- 3) інтерфейс програми простий і зрозумілий у використанні;
- 4) респондент має можливість заповнити форму в зручний для неї час;
- 5) відповіді методик автоматично зберігаються в таблицю, зручну для подальшої обробки даних.

По закінченню проходження методики протягом 1-3 місяців респондентам надавався зворотний зв'язок з короткою інтерпретацією результатів.

Для первинної обробки результатів дослідження використані математико-статистичні методи описової статистики:

Метод аналізу таблиць спряженості або кросстабуляції (критерій χ^2 – Пірсона) застосовувався з метою дослідження взаємозв'язку показників, представлених в номінальних шкалах.

Метод порівняння незалежних вибірок (непараметричний критерій U-Манна-Уїтні) використовувався з метою виявлення відмінностей розподілу показників у групах. Вибір цього критерію обґрунтовується невеликою чисельністю вибірки дослідження.

Кореляційний аналіз використовувався з метою виявлення зв'язків між змінними.

Дискримінантний аналіз застосовувався з метою виявлення змінних-предикторів збільшення споживання алкоголю, у якості альтернативи регресійному аналізу, тому що залежна змінна є номінальною змінною.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

3.1 Загальний опис результатів

Під час заповнення соціально-біографічної анкети учасники відповідали на ряд питань.

Результати соціально-біографічної анкети представлені з досліджуваних груп. Проаналізовано характеристики груп за такими показниками: сімейний стан, основний вид діяльності, рівень освіти, спадкова обтяженість, супутні розлади, перенесена коронавірусна інфекція COVID-19 за період з березня до грудня 2020 року, наявність контакту з зараженим COVID-19, неспокій / страх з приводу зараження COVID-19, дотримання запобіжних заходів, негативні зміни у зв'язку з пандемією COVID-19, дискомфорт через діючі обмеження. Результати представлені нижче у вигляді таблиць спряженості.

Учасники були розділені на групи відповідно до досліджуваних ознак. Далі групи позначаються наступним чином: «Група 1» – скоротили споживання алкоголю в період пандемії COVID-19; «Група 2» – збільшили споживання алкоголю в період пандемії COVID-19; «Група 3» – не змінили споживання алкоголю в період пандемії COVID-19.

У таблиці 3.1 наведено розподіл учасників за сімейним станом.

Таблиця 3.1

Розподіл учасників за сімейним станом

Сімейний стан	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Одружений одружена	2	22,2	10	47,6	8	33,3
Самотній (а)	2	22,2	4	19,0	6	25,0
Перебуває у стосунках	5	55,5	7	33,3	5	20,8
Розлучений (а)	0	0	0	0	5	20,8
Усього	9	100	21	100	24	100

Статистично значущих відмінностей за сімейним станом не виявлено, проте, можна відзначити, що в Групі 1 переважають особи, які перебувають у незареєстрованих стосунках, а в Групі 2 – перебувають у шлюбі.

У таблиці 3.2 представлено розподіл учасників за рівнем освіти.

Таблиця 3.2

Розподіл учасників за рівнем освіти

Рівень освіти	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Вища освіта	4	44,4	11	52,4	14	58,3
Незакінчена вища освіта	3	33,3	8	38,1	8	33,3
Середня спеціальна освіта	1	11,1	2	9,5	1	4,2
Науковий ступінь	1	11,1	0	0	0	0
Повна загальна освіта	0	0	0	0	1	4,2
Усього	9	100	21	100	24	100

Статистично значущих відмінностей за рівнем освіти не виявлено, однак можна відзначити, що більшість учасників мають вищу або незакінчену вищу освіту.

У таблиці 3.3 представлено розподіл учасників за параметрами основного виду діяльності.

Таблиця 3.3

Розподіл учасників за параметрами основного виду діяльності

Основний вид діяльності	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Трудова діяльність	3	33,3	11	52,4	14	58,3
Отримання освіти	5	55,5	7	33,3	7	29,2

Ведення домашнього господарства	1	11,1	2	9,5	1	4,2
Тимчасова непрацездатність	0	0	0	0	1	4,2
Безробітний (а)	0	0	1	4,2	0	0
Пенсіонер	0	0	0	0	1	4,2
Усього	9	100	21	100	24	100

Статистично значущих відмінностей за параметрами основного виду діяльності не виявлено, однак можна відзначити, що в Групі 1 переважають особи, які отримують освіту (студенти), тоді як в групах 2 і 3 – працюючі громадяни.

У таблиці 3.4 представлено розподіл учасників за параметрами спадкової навантаженості.

Таблиця 3.4

Розподіл учасників за параметрами спадкової обтяженості

Спадкова обтяженість	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Афективні розлади (депресія, бар, гострі психотичні стани)	1	11,1	3	14,3	1	4,2
Алкогольна або наркотична залежність (у батька або матері)	6	66,7	8	38,1	7	29,2
Невротичні розлади (фобії, панічні атаки, нав'язливості і ін.)	0	0	3	14,3	1	4,2
Шизофренія	1	11,1	1	4,8	0	0

Нічого з перерахованого	1	11,1	7	33,3	15	62,5
Усього	9	100	21	100	24	100

Статистично значущих відмінностей за параметрами спадкової навантаженості не виявлено, проте можна відзначити, що в більшості учасників Групи 1 в анамнезі є алкогольна або наркотична залежність у батька або матері.

У таблиці 3.5 представлено розподіл учасників за параметрами супутніх розладів.

Таблиця 3.5

Розподіл учасників за параметрами супутніх розладів

Супутні розлади	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Залежність від алкоголю	1	11,1	1	4,8	1	4,2
Залежність від інших психоактивних речовин, азартних ігор тощо.	1	11,1	1	4,8	0	0
Афективний розлад	2	22,2	0	0	0	0
Невротичний розлад	1	11,1	0	0	0	0
$\chi^2 = 18,445, p = 0,018$						
Нічого з перерахованого	4	44,4	19	90,5	23	95,8
Усього	9	100	21	100	24	100

Виявлено статистично значущі відмінності за параметрами супутніх розладів ($\chi^2 = 18,445, P = 0,018$). Відзначається, що в Групі 1 значно більшу кількість учасників мають в анамнезі супутній розлад.

У таблиці 3.6 представлено розподіл учасників за параметрами перенесеної коронавірусної інфекції COVID-19.

Таблиця 3.6

Розподіл учасників за параметром перенесеної інфекції COVID-19

Перенесена інфекція COVID-19	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Так	6	66,7	14	66,7	13	45,8
Немає	3	33,3	7	33,3	11	54,2
Усього	9	100	21	100	24	100

Статистично значущих відмінностей за параметрами перенесеної коронавірусної інфекції COVID-19 не виявлено.

У таблиці 3.7 представлено розподіл учасників за параметром занепокоєння у зв'язку з можливістю зараження COVID-19.

Таблиця 3.7

Розподіл учасників за параметром занепокоєння з приводу зараження COVID-19

Занепокоєння з приводу зараження COVID-19	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Відчувають страх, занепокоєння	5	55,6	9	42,9	4	16,7
Не відчувають страх, занепокоєння	4	44,4	12	57,1	20	83,3
Усього	9	100	21	100	24	100

Статистично значущих відмінностей за параметром занепокоєння у зв'язку з можливістю зараження COVID-19 не виявлено, при цьому можна

відзначити порівняно більшу кількість осіб в Групі 1, що відчувають страх або занепокоєння з приводу можливого зараження коронавірусною інфекцією COVID-19.

У таблиці 3.8 і на рис. 3.8 представлено розподіл учасників за параметром дотримання заходів з боротьби з поширення інфекції COVID-19.

Таблиця 3.8

Розподіл учасників за параметром дотримання заходів з боротьби з розповсюдження COVID-19

Дотримання заходів з боротьби з поширення захворювання	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Повністю дотримуються	1	11,1	2	9,5	6	25
Частково дотримуються	7	77,8	15	71,4	16	66,7
Не дотримуються	1	11,1	4	19	2	8,3
Усього	9	100	21	100	24	100

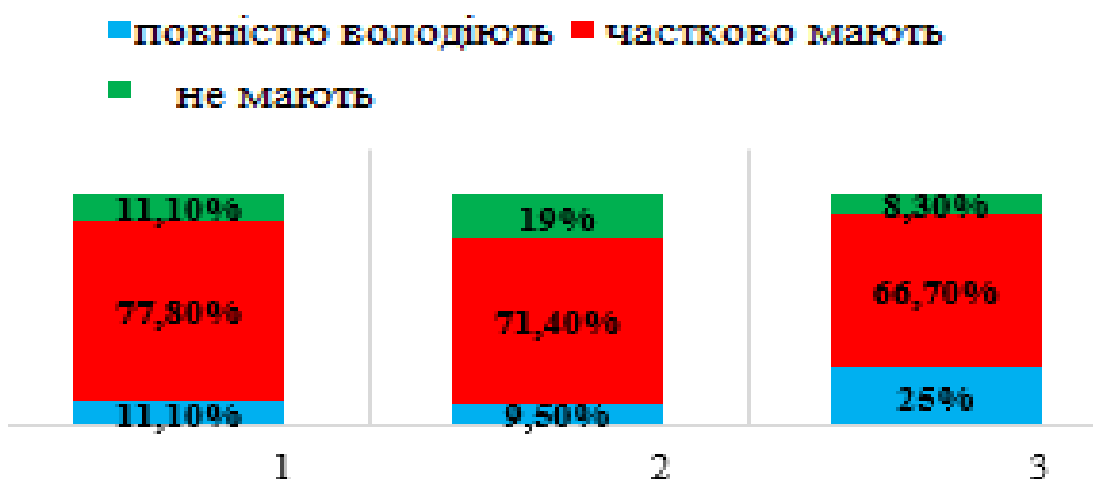


Рис. 3.8 Розподіл учасників за параметром дотримання заходів з боротьби з поширення захворювання.

Статистично значущих відмінностей за параметром дотримання заходів з боротьби з поширення інфекції COVID-19 не виявлено. Можна відзначити, що більшість учасників частково або повністю дотримуються заходів з боротьби з поширення інфекції COVID-19.

У таблиці 3.9 і на рис. 3.9 представлено розподіл учасників за параметром контакту з зараженими COVID-19.

Таблиця 3.9

Розподіл учасників за параметром контактів із зараженими COVID-19

Контакти з зараженими COVID-19	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
З членом сім'ї	6	66,7	9	42,9	4	16,7
У зв'язку з професійною діяльністю	1	11,1	5	23,8	4	16,7
$\chi^2 = 6,570, P = 0,037$						
Ні / Не відомо	2	22,2	7	33,3	16	66,7
Усього	9	100	21	100	24	100

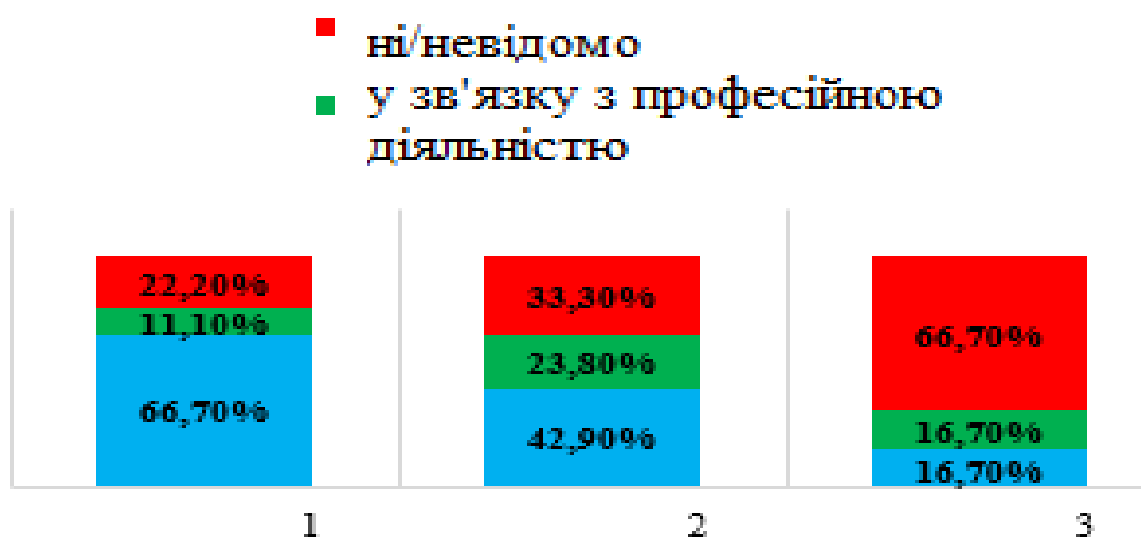


Рис. 3.9 Розподіл учасників за параметром контактів із зараженими COVID-19

Виявлено статистично значущі відмінності за параметром контактів із зараженими COVID-19 ($\chi^2 = 6,570$, $P = 0,037$). Відзначається, що в Групі 1 більшість учасників мали контакт із зараженими COVID-19. Виявлено статистично значущі відмінності за характером контактів ($\chi^2 = 8,062$, $P = 0,018$). Відзначається, що в Групі 1 більшість учасників мали контакт з членом сім'ї.

У таблиці 3.10 і на рис. 3.10 представлено розподіл учасників за параметром негативних змін у зв'язку з COVID-19. Тут і далі перший рядок у параметрі відображає кількість учасників, що позитивно відповіли на питання.

Таблиця 3.10

Розподіл учасників за параметром негативних змін
у зв'язку з COVID-19

Негативні зміни у зв'язку з COVID- 19	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Втрата роботи / джерела доходу	2	22,2	2	9,5	5	20,8
	7	77,8	19	90,5	19	79,2
Смерть близької людини	1	11,1	1	4,8	2	8,3
	8	88,9	20	95,2	22	91,7
Смерть близької людини через COVID-19	3	33,3	1	4,8	1	4,2
	6	66,7	20	95,2	23	95,8
Неможливість виїхати з іншої країни	2	22,2	1	4,8	0	0
	7	77,8	20	95,2	24	100
Важкий емоційний стан	5	55,6	8	38,1	9	37,5
	4	44,4	13	61,9	15	62,5
Важка хвороба	2	22,2	1	4,8	2	8,3
	7	77,8	20	95,2	22	91,7

Розставання / розлучення	0	0	1	4,8	4	16,7
	9	100	20	95,2	20	83,3
Переїзд	0	0	1	4,8	0	0
	9	100	20	95,2	24	100



Рис. 3.10. Розподіл учасників за параметром негативних змін у зв'язку з COVID-19

Виявлено статистично значущі відмінності за параметром неможливість виїхати з іншої країни ($\chi^2 = 6,202$, $P = 0,045$). Відзначається, що в Групі 3 більшість учасників не мали можливість виїхати з іншої країни.

Виявлено статистично значущі відмінності за параметром смерть близької людини у зв'язку з захворюванням на COVID-19 ($\chi^2 = 7,455$, $P = 0,024$). Відзначається, що в Групі 1 значно більшу кількість учасників втратили близьку людину внаслідок захворювання COVID-19.

У таблиці 3.11 і на рис. 3.11 представлено розподіл учасників за параметром дискомфорту через чинні обмеження у зв'язку з COVID-19.

Таблиця 3.11

Розподіл учасників за параметром дискомфорту через чинні обмеження
у зв'язку з COVID-19

Негативні зміни у зв'язку з COVID- 19	Група 1		Група 2		Група 3	
	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%	Кількість осіб	%
Страх повторної ізоляції	1	11,1	6	28,6	2	8,3
	8	88,9	15	71,4	22	91,7
Зниження доходу	2	22,2	2	9,5	5	20,8
	7	77,8	19	90,5	19	79,2
Неможливість подорожувати, "жити повним життям"	6	66,7	10	47,6	7	29,2
	3	33,3	11	52,4	17	70,8
Дискомфорт	9	100	15	71,4	12	50
	0	0	6	28,6	12	50



Рис. 3.11 Розподіл учасників за параметром дискомфорту через чинні обмеження у зв'язку з COVID-19

Виявлено статистично значущі відмінності за параметром відчуття дискомфорту через чинні обмеження у зв'язку з COVID-19 ($\chi^2 = 7,714$, $P = 0,021$). Відзначається, що в Групі 1 значно більшу кількість учасників переживають відчуття дискомфорту.

Таким чином, математичний аналіз проілюстрував, що істотних відмінностей за соціально-демографічними характеристиками між групами не виявлено, групи порівняні. Виняток становлять такі параметри як: 1) супутні розлади – у Групі 1 більшість учасників мають в анамнезі супутні розлади; 2) контакт із зараженою на COVID-19 людиною – у Групі 1 більшість учасників мали контакт із зараженими на COVID-19, значно більшу кількість учасників мали контакт з членом сім'ї; 3) неможливість виїхати з іншої країни – у Групі 3 більшість учасників не мали можливість виїхати з іншої країни; 4) смерть близької людини у зв'язку із захворюванням COVID-19 – у Групі 1 значно більшу кількість учасників втратили близьку людину внаслідок захворювання на COVID-19.

З метою оцінки рівня споживання алкоголю застосовувалася методика AUDIT.

У таблиці 3.12 наведені результати порівняння центральних тенденцій (медіан) показників рівня споживання алкоголю респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.12

Порівняння центральних тенденцій (медіан) показників рівня споживання алкоголю респондентів

Показник и	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
Рівень споживання алкоголю	3,0	10,5	10,0	13,5	5,0	7,0	0,882

Статистично значущих відмінностей за рівнем споживання алкоголю між порівнюваними групами виявлено не було. Однак, можна відзначити, що

в Групі 2 рівень споживання алкоголю в цілому вищий і досягає рівня вживання зі шкідливими наслідками.

Для дослідження мотивів споживання алкоголю застосовувалася методика Перелік ситуацій вживання алкоголю – 27.

У таблиці 3.13 наведені результати порівняння центральних тенденцій (медіан) показників мотивів споживання алкоголю респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.13

Порівняння центральних тенденцій (медіан) показників за шкалами мотивів споживання алкоголю респондентів

Показник и	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
«reward»	10,0	11,5	13,0	9,0	14,0	10,5	0,545
«relief»	1,0	13,0	3,0	6,0	2,0	6,0	0,255

Статистично значущих відмінностей між мотивами споживання алкоголю між порівнюваними групами виявлено не було. Однак, можна відзначити в Групі 2, Групі 3 порівняно більш високі значення за шкалою «Reward», що відбиває мотивацію споживання алкоголю з метою досягнення позитивних, гедоністичних ефектів – поліпшення емоційного стану, отримання соціальних вигод, отримання задоволення.

У цілому, відносно низькі значення за шкалою «relief» серед респондентів Групи 1, групи 2, групи 3 можуть вказувати на те, що респонденти у цілому мають відносно невисокий рівень споживання алкоголю.

Емоційний стан респондентів вивчався за допомогою методики Госпітальна Шкала Тривоги й Депресії (HADS).

У таблиці 3.14 наведені результати порівняння центральних тенденцій (медіан) показників Госпітальна шкала тривоги й депресії респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.14

Порівняння центральних тенденцій (медіан) показників за шкалами
емоційного стану респондентів

Показник и	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
Тривога	9,0	6,5	6,0	4,0	6,0	7,5	0,792
Депресія	3,0	5,0	3,0	6,0	4,0	5,0	0,882

Статистично значущих відмінностей в основних характеристиках емоційного стану між порівнюваними групами виявлено не було. У Групі 1 показники за шкалою тривога досягають субклінічного рівня, що може вказувати на підвищену тривожність респондентів цієї групи. Показники за шкалою тривога в Групі 2 і Групі 3 знаходяться в межах нормативних значень. Низькі значення за шкалою депресія у всіх трьох групах можуть вказувати на відсутність депресивних тенденцій в респондентів досліджуваної вибірки.

Способи емоційної регуляції вивчалися за допомогою опитувальника регуляції емоцій Гросса (ERQ).

У таблиці 3.15 наведені результати порівняння центральних тенденцій (медіан) показників за шкалами емоційної регуляції респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.15

Порівняння центральних тенденцій (медіан) показників за шкалами
емоційної регуляції

Показник и	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
Когнітивна переоцінка	30,0	8,5	28,0	7,5	31,0	10,75	0,671
Придушення експресії	17,0	13,0	18,0	6,0	18,0	6,0	0,763

Статистично значущих відмінностей у способах емоційної регуляції між порівнюваними групами виявлено не було. У всіх трьох групах показники шкал когнітивна переоцінка знаходяться в межах нормативних значень. У Групі 1, Групі 2 і Групі 3 відзначається підвищення за шкалою придушення експресії, така стратегія емоційної регуляції вважається менш адаптованою.

Для оцінки рівня психологічного благополуччя застосовувалася методика «Спектр психологічного здоров'я».

У таблиці 3.16 наведені результати порівняння центральних тенденцій (медіан) показників рівня психологічного благополуччя респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.16

Порівняння центральних тенденцій (медіан) показників за шкалами психологічного благополуччя

Показники	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
Емоційне благополуччя	11,0	9,0	10,0	5,5	8,0	10,75	0,504
Соціальне благополуччя	11,0	9,0	8,0	8,0	9,5	6,0	0,407
Психологічне благополуччя	20,0	17,0	16,0	9,5	14,5	12,25	0,850
Загальний рівень	44,0	29,0	36,0	19,5	33,0	25,5	0,882

Статистично значущих відмінностей в рівні психологічного благополуччя виявлено не було. Можна відзначити, що в Групі 2 і Групі 3 порівняно знижені: рівень соціального благополуччя, що може відображати незадоволеність ситуацією в суспільстві і своєю роллю в ній, рівень психологічного благополуччя, що може вказувати на незадоволеність собою і своїми відносинами з оточенням.

Для оцінки рівня самоконтролю застосовувалася методика Коротка шкала самоконтролю.

У таблиці 3.17 наведені результати порівняння центральних тенденцій (медіан) показників рівня самоконтролю респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.17

Порівняння центральних тенденцій (медіан) показників рівня самоконтролю респондентів

Показники	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
Рівень самоконтролю	35,0	8,0	37,0	7,0	37,0	11,75	0,758

Статистично значущих відмінностей в рівні самоконтролю респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3 виявлено не було.

Для оцінки чутливості нейропсихологічних поведінкових систем застосовувався опитувальник Карвера-Уайта.

У таблиці 3.18 наведені результати порівняння центральних тенденцій (медіан) показників рівня чутливості нейропсихологічних поведінкових систем респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.18

Порівняння центральних тенденцій (медіан) показників шкал чутливості нейропсихологічних поведінкових систем

Показники	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
Сап-драйв	9,0	4,5	11,0	2,5	11,0	2,75	0,820
Сап-пошук відчуттів	14,0	3,0	12,0	2,5	12,0	4,0	0,504
Сап-реактивність	16,0	3,0	17,0	2,5	16,5	2,75	0,490
Стп	21,0	6,0	20,0	7,0	21,0	6,5	0,985

Статистично значущих відмінностей у рівні самоконтролю респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3 виявлено не було.

З метою дослідження особистісних особливостей у рамках п'ятифакторної моделі застосовувалася методика ТІРІ.

У таблиці 3.19 наведені результати порівняльного аналізу особистісних особливостей респондентів Групи 1, Групи 2, Групи 3.

Таблиця 3.19

Показники шкал особливостей особистості

Показники	Група 1 (n = 9)		Група 2 (n = 21)		Група 3 (n = 24)		P
	Me	Iqr	Me	Iqr	Me	Iqr	
Екстраверсія	8,0	4,5	10,0	4,0	9,5	4,5	0,845
Дружелюбність	8,0	3,0	8,0	3,5	8,5	2,0	0,685
Сумлінність	10,0	3,5	10,0	4,5	11,0	3,0	0,425
Емоційна стабільність	9,0	6,0	9,0	3,0	8,0	5,0	0,547
Відкритість досвіду	10,0	3,0	8,0	2,0	9,0	3,75	0,702

Статистично значущих відмінностей між особистісними особливостями між порівнюваними групами виявлено не було.

3.2 Результати дослідження

З метою виявлення взаємозв'язків між показниками використаних методик застосовувався кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта Ро-Спірмена.

За результатами проведеного аналізу, значимих зв'язків між досліджуваним параметром – змінами в споживанні алкоголю й іншими змінними виявлено не було.

Однак, під час кореляційного аналізу були виявлені наступні зв'язки між змінними:

1) Мінливий вік позитивно пов'язаний з такими показниками як «САП-Драйв» ($R = 0,400$, $p < 0,001$), «когнітивна переоцінка» ($r = 0,387$, $p < 0,001$) і «дружелюбність» ($r = 0,308$, $p < 0,05$).

2) Виявляється позитивний зв'язок між мотивами споживання алкоголю з метою досягнення позитивних ефектів (шкала reward) і мотивами споживання алкоголю з метою корекції негативних ефектів (шкала relief) ($r = 0,553$, $p < 0,001$), а також такими показниками як: «емоційне благополуччя» ($R = 0,351$, $p < 0,001$), «соціальне благополуччя» ($R = 0,361$, $p < 0,001$), «психологічне благополуччя» ($r = 0,360$, $p < 0,001$), «загальний рівень добробуту» ($r = 0,389$, $p < 0,001$), «САП-Реактивність» ($r = 0,359$, $p < 0,001$), «емоційна стабільність» ($r = 0,320$, $p < 0,05$), рівень споживання алкоголю за шкалою AUDIT ($r = 0,597$, $p < 0,001$), і негативний зв'язок з такими показниками як «придушення експресії» ($r = -0,328$, $p < 0,05$), «сумлінність» ($r = -0,302$, $p < 0,05$).

3) Виявляється позитивний зв'язок між мотивами споживання алкоголю з метою корекції негативних ефектів (шкала relief) і рівнем споживання алкоголю за шкалою AUDIT ($r = 0,425$, $p < 0,001$), і негативний зв'язок з таким показником як сумлінність ($R = -0,302$, $p < 0,05$).

З причини виявлення великої кількості зв'язків, інші виявлені між змінними взаємозв'язки представлені в таблицях 3.20, 3.21.

Таблиця 3.20

Коефіцієнти кореляції між змінними

	Емоційна стабільність	Когнітивна переоцінка	Reward	Relief	AUDIT	САП - Драйв	Відкритість досвіду	Сумлінність	Дружелюбність	САП - реактивність
Вік		0,387 ** 0,004				0,400 ** 0,003			0,308 * 0,023	
Прид		0,458	-							

ушен ня експр есії		** 0,000	0,328 * 0,015							
Relief			0,553 **							
			0,000							
AUDI T			0,579 **	0,425 **						
			0,000	0,001						
Відкр итість досві ду										
Емоці йна стабіл ьність			0,320 *		0,281 *					
			0,018		0,040					
Сумлі нність ь			- 0,302 *	- 0,294 *			0,378 **			
			0,026	0,031			0,005			
Друж елюб ність						0,377 **				
						0,005				
Екстр аверсі я	0,327 *						0,430 **			
	0,016						0,001			
СТП	- 0,271 *				- 0,324 *	- 0,406 **				
	0,048				0,017	0,002				
САП- реакт ивність			0,359 **			0,271 *				
			0,008			0,047				

Таблиця 3.21

Коефіцієнти кореляції між змінними

	Емоційна стабільність	Reward	Екстраверсія	Сумлінність	Загальний добробут	Психічне благополуччя	Соціальне благополуччя	Депресія	Тривога
Самоконтроль	0,355 **			0,523 **	0,282 *	0,336 *			-0,337 *
	0,008			0,000	0,039	0,013			0,013
Загальний добробут	0,575 **	0,389 **	0,527 **					-	-0,539 **
	0,000	0,004	0,000					0,546 **	0,000
Психічне благополуччя	0,568 **	0,351 **	0,445 **		0,946 **			-	-0,491 **
	0,000	0,009	0,001		0,000			0,550 **	0,000
Соціальне благополуччя	0,548 **	0,361 **	0,553 **		0,895 **	0,747 **		-	-0,486 **
	0,000	0,007	0,000		0,000	0,000		0,438 **	0,000
Емоційне благополуччя	0,538 **	0,360 **	0,448 **		0,911 **	0,844 **	0,748 **	-	-0,608 **
	0,000	0,007	0,001		0,000	0,000	0,000	0,565 **	0,000
Депресія	-0,339 *		-						
	0,012		0,382 **						
Тривога	-0,388 **		-					0,353 **	
	0,004		0,319 *					0,009	
			0,019						

З метою вивчення міжгрупових відмінностей за декількома змінними одночасно в апріорно заданих групах, а також можливості класифікації нових об'єктів, застосовувався дискримінантний аналіз.

Завданням було з'ясування відносно значущість для збільшення споживання алкоголю соціально-демографічних характеристик і індивідуально-психологічних факторів. Для відбору інформативних дискримінантних змінних застосовувався покроковий дискримінантний аналіз.

Як група змінної була обрана змінна у вживанні алкоголю в період пандемії COVID-19, зокрема, збільшення споживання алкоголю. Таким чином, в аналізі використовувалися дані респондентів Групи 2, Групи 3. Групи були перекодовані таким чином: Група 2 (споживання алкоголю збільшилася) – Група 1; Група 3 (споживання алкоголю не змінилося) – група 0.

За допомогою аналізу встановлено, що найбільш значущими змінними є: страх зараження COVID-19, контакт із зараженим родичем, важка хвороба, переїзд та мотиви вживання алкоголю з метою досягнення позитивних ефектів. Групи статистично значимо різняться за кожним з дискримінантних змінних ($p < 0,001$). Дискримінантні змінні, відібрані за критерієм статистики Уїлкса представлені в таблиці 3.22.

Таблиця 3.22

Найбільш значущі дискримінантні змінні

К рок	Введена змінна	Лямбда уїлкса	
		Точне f	
		Статистика	P
1	Страх зараження covid-19	3,897	
2	Контакт з зараженим родичем	6,515	0,003
3	Важка хвороба	6,366	0,001
4	Мотиви «reward»	6,247	0,001
5	Переїзд	7,783	0,000

У таблиці 3.23 представлено покрокове введення змінних і зміни значень Лямбда Уїлкса і F-видалення.

Таблиця 3.23

Покрокове введення змінних

К рок	Введена змінна	F для видалення	Лямбда уїлкса
1	Страх зараження covid-19	3,897	
2	Страх зараження covid-19	8,457	0,917
	Контакт із зараженим родичем	8,457	0,917
3	Страх зараження covid-19	13,729	0,911
	Контакт із зараженим родичем	11,407	0,872
	Важка хвороба	4,868	0,763
4	Страх зараження covid-19	17,215	0,880
	Контакт із зараженим родичем	12,472	0,807
	Важка хвороба	7,150	0,726
	Мотиви «reward»	4,335	0,682
5	Страх зараження covid-19	25,091	0,823
	Контакт із зараженим родичем	18,083	0,733
	Важка хвороба	10,073	0,630
	Мотиви «reward»	9,283	0,620
	Переїзд	8,958	0,616

Як представлено в таблиці, введення кожної нової змінної знижує значення Лямбда Уїлкса – зменшує залишкову дискримінантну здатність і підвищує значення F-видалення, що означає погіршення розрізнення класів при видаленні цієї змінної з набору. Найбільший внесок у розрізнення, досягнуте за допомогою інших змінних, вносить змінна «страх зараження COVID-19».

У таблиці 3.24 представлені основні характеристики канонічної функції.

Таблиця 3.24

Характеристики функції

функція	власне значення	% дисперсії	Канонічна кореляція	критерій лямбда Уїлкса	критерій χ^2	P
1	0,998	100,0	0,707	0,501	28,029	<0,001

Відзначається, що канонічна дискримінантна функція має високу попереджувальну здатність, тому що пояснює практично 100% дисперсії, має досить високий коефіцієнт канонічної кореляції і досить низьке значення Лямбда Уїлкса, розрізнення класів статистично значимо ($P < 0,001$).

Якість класифікації визначається збігом дійсної класифікації і передбаченої для кожного з об'єктів. Значення фактичної і передбаченої групи представлені в таблиці 3.25.

Таблиця 3.25

Таблиця класифікацій

Фактична група		Передбачена приналежність до групи		Всього
		0	1	
Кількість	0	19	5	24
	1	2	19	21
%	0	79,2%	20,8%	100,0
	1	9,5%	90,5%	100,0

Можна відзначити, що правильно класифіковані 84,4% вихідні дані, що також вказують на високу якість класифікації.

У таблиці 3.26 представлені стандартизовані і структурні коефіцієнти канонічної функції.

Таблиця 3.26

Стандартизовані і структурні коефіцієнти канонічної функції

Мінлива	Стандартизовані коефіцієнти	Структурні коефіцієнти
Страх зараження COVID-19	1,313	0,301
Контакт із зараженим родичем	0,992	0,301
Важка хвороба	-0,823	-0,072
Мотиви «Reward»	0,729	0,179
Переїзд	0,709	0,163

Можна відзначити, найбільші внески вносять такі змінні як страх зараження на COVID-19, контакт із зараженим родичем, важка хвороба, підвищує ймовірність збільшення споживання алкоголю, тоді як важка хвороба, навпаки, знижує таку ймовірність.

З метою візуалізації отриманих результатів застосовувався метод ROC-аналізу. Графік ROC-кривих представлений на рис. 3.12 Площа під кривою склала 0,848, що вказує на високу ефективність попереджувальної здатності моделі. На рис. 3.13 відображено якість моделі в цілому.

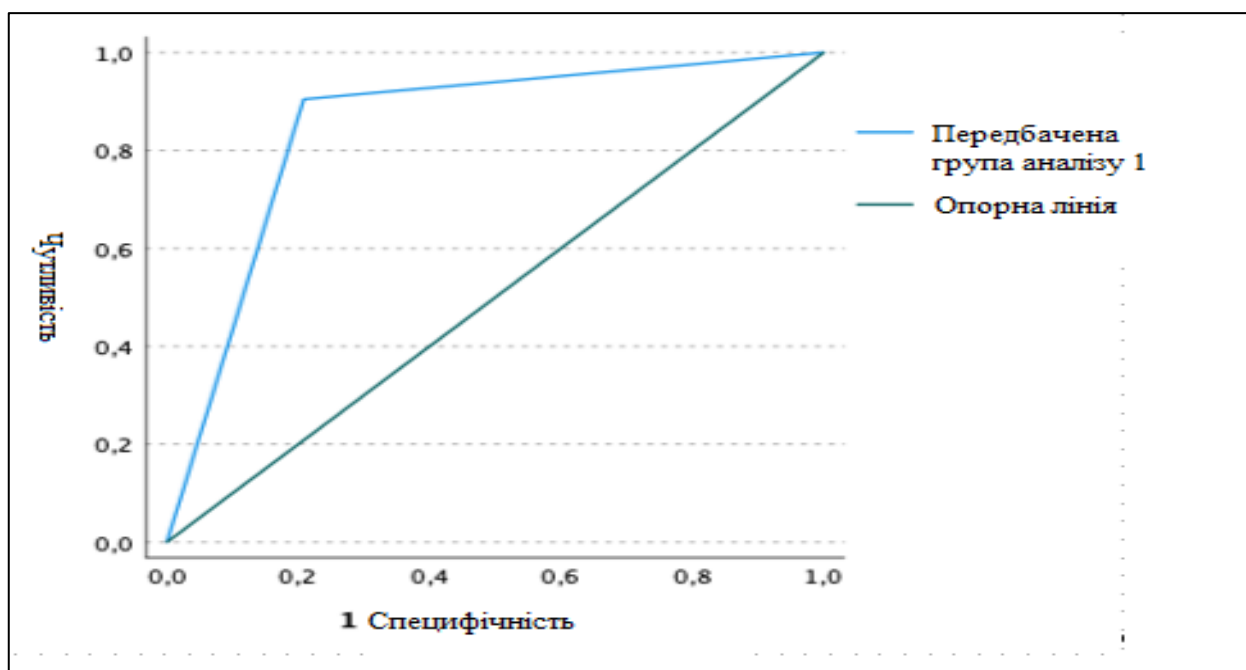


Рис. 3.12 ROC-криві

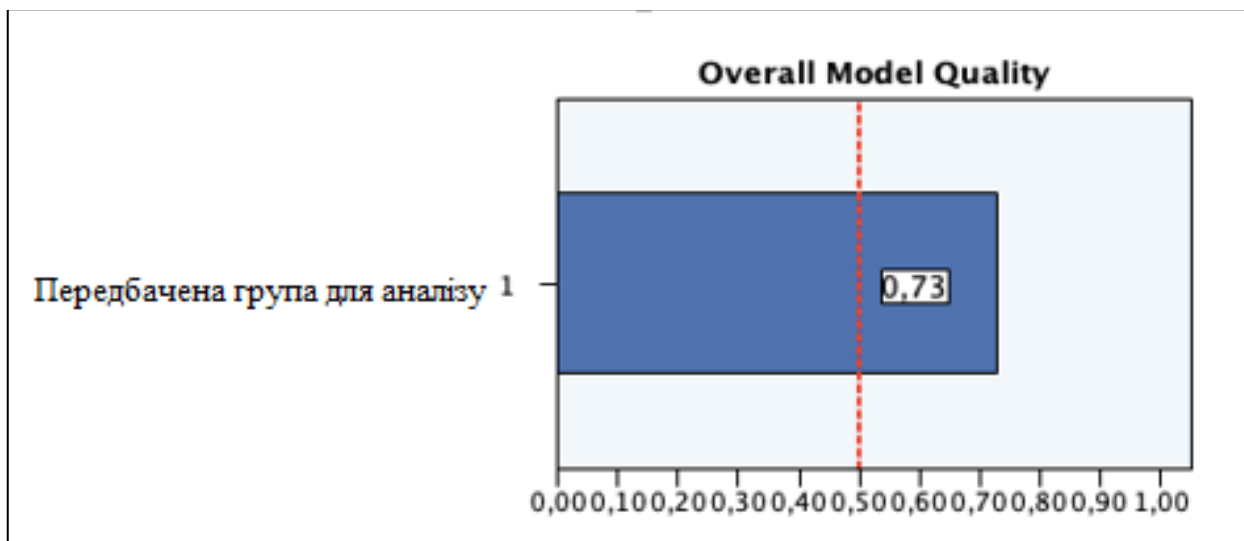


Рис. 3.13 Якість моделі

Таким чином, були представлені результати порівняльного аналізу соціально-демографічних й індивідуально-психологічних характеристик респондентів, а також результати кореляційного й дискримінантного аналізу отриманих даних.

Метою дослідження було вивчення індивідуально-психологічних чинників збільшення споживання алкоголю в період пандемії COVID-19. Актуальність проведеного дослідження обумовлена суперечливістю отриманих даних численних зарубіжних досліджень, присвячених оцінці впливу, переважно, соціальних факторів на зміни споживання алкоголю в період пандемії COVID-19, а також нечисленністю даних про значення психологічних факторів в змінах споживання алкоголю в період пандемії COVID-19.

Згідно з результатами опитування, 16,7% респондентів скоротили кількість споживаного алкоголю. Серед цієї групи респондентів значно більшу кількість учасників мають в анамнезі супутні розлади, у тому числі залежність від алкоголю. Також представники цієї групи значно частіше мали контакт із зараженими COVID-19 і пережили втрату близької у зв'язку із захворюванням COVID-19. Також представники цієї групи значно частіше відчували напругу або дискомфорт у зв'язку з чинними обмеженнями.

Порівняльний аналіз результатів психометричного дослідження між групами респондентів не виявив статистично значущих відмінностей.

Кореляційний аналіз також не показав взаємозв'язків між основним досліджуваним ознакою змінними у вживанні алкоголю і іншими змінними. Виявлено численні зв'язки між іншими досліджуваними параметрами.

Згідно з результатами дискримінантного аналізу, збільшення споживання алкоголю в період пандемії можуть передбачати такі фактори як страх зараження на COVID-19, наявність контакту із зараженим родичем, переїзд та мотиви вживання алкоголю з метою досягнення позитивних ефектів. Важка хвороба, навпаки, знижує ймовірність збільшення споживання алкоголю в період пандемії.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження щодо поставлених завдань можна зробити наступні висновки:

1. Рівень споживання алкоголю в обстеженій групі респондентів у цілому є невисоким, що також відповідає даним про низьку вираженість мотивів споживання алкоголю з метою корекції дискомфортного стану. У підгрупі респондентів, які збільшили споживання алкоголю в період пандемії COVID-19, рівень споживання алкоголю в середньому досягає значень, що відповідають вживанню зі шкідливими наслідками, і свідчить про високий ризик формування залежності.

2. У соціально-демографічних характеристиках між підгрупами з різним рівнем споживання алкоголю виявляються відмінності в таких параметрах, як супутні розлади, контакт із зараженою на COVID-19 людиною, неможливість виїхати з іншої країни, смерть близької людини у зв'язку із захворюванням на COVID-19.

3. Відмінностей між підгрупами з різним рівнем споживання алкоголю в індивідуально-психологічних характеристиках не виявлено, що може бути пов'язано з тим фактом, що вибірка є неклінічною і репрезентує відносно невелику частину генеральної сукупності, що є обмеженням дослідження. Як вираженість мотивів споживання алкоголю з метою досягнення задоволення, так і вираженість мотивів споживання алкоголю з метою зняття напруги позитивно пов'язані із загальним рівнем споживання алкоголю.

4. Як вираженість мотивів споживання алкоголю з метою досягнення задоволення, так і вираженість мотивів споживання алкоголю з метою зняття напруги негативно пов'язані з такими показниками як придушення експресії і сумлінності.

5. Найбільш значущими змінними, що провокують підвищення вживання алкоголю в обстеженій групі респондентів, є: страх зараження на COVID-19, контакт із зараженим родичем, відсутність захворювання з

тяжким перебігом, переїзд та мотиви вживання алкоголю з метою отримання задоволення, при цьому змінна страх зараження на COVID-19 є найбільш значущою.

6. Розроблена дискримінантна модель має високу якість класифікації, а значить має досить надійну попереджувальну здатність і може бути застосована для виявлення груп ризику підвищення споживання алкоголю в період пандемії.

У роботі проаналізовані дані досліджень, присвячених оцінці психологічного здоров'я населення в період пандемії COVID-19, а також змінам вживання алкоголю в період пандемії COVID-19, з акцентом на роль мотиваційної сфери. Описано існуючі підходи до розуміння й вивчення мотивації, основні мотиваційні моделі й типологія мотивів вживання алкоголю.

Дослідницька частина цієї роботи є аналіз індивідуально-психологічних чинників збільшення споживання алкоголю в період пандемії COVID-19. Обмеженням дослідження є низька чисельність вибірки, а також її відносна гомогенність, що ускладнює виділення загальних тенденцій і поширення результатів на генеральну сукупність.

Згідно з результатами цього дослідження найбільш значущими змінними, що провокують підвищення вживання алкоголю в респондентів, що представляють Неклінічні вибірку, є: страх зараження на COVID-19 (найбільш значима), контакт із зараженим родичем, відсутність захворювання з тяжким перебігом, переїзд та мотиви вживання алкоголю з метою отримання задоволення.

Таким чином, групу ризику збільшення споживання алкоголю можуть становити особи, які відчують страх зараження на COVID-19, що мають контакт із зараженим родичем, а також особи, які мають високі показники за шкалою мотивів вживання алкоголю з метою отримання задоволення, що відповідає уявленням мотиваційного підходу, і результатами досліджень Kuntsche, Cooper, зокрема.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алфимова, М. В. Оценка мотивации в контексте трансляционной психиатрии. М., 2016. 365 с.
2. Гордеева, Т. О. Самоконтроль как ресурс личности: диагностика и связи с успешностью, настойчивостью и благополучием. СПб., 2016. 358 с.
3. Завьялов, В. Ю. Мотивация потребления алкоголя у больных алкоголизмом и здоровых. *Психологический журнал*. 1986. 111 с.
4. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы. СПб.: Питер, 2012. - 512 с.
5. Климанова, С. Г., Трусова, А. В. Методы оценки эмоциональной регуляции. СПб., 2017. 251 с.
6. Князев, Г. Г. Экстраверсия, психотизм и чувствительность к награде: нейрофизиологические основы двух личностных конструктов. СПб., 2017. 159 с.
7. Копытов, А. В. Мотивы употребления алкоголя подростками и молодыми людьми с проблемами алкогольной зависимости. М., 2017. 369 с.
8. Наследов, А. Д. Математические методы психологического исследования. М., 2014 с.
9. Осин, Е. Н., Леонтьев, Д. А. Краткие шкалы диагностики субъективного благополучия: психометрические характеристики и сравнительный анализ. М., 2020. 255 с.
10. Падун, М. А., Гагарина, М. А., Зеянина, А. Н. Опосредующая роль регуляции эмоций и временной перспективы во взаимосвязи между темпераментальными чертами и эмоциональными состояниями. М., 2020. 251 с.
11. Панкратова, А. А., Корниенко, Д. С. Адаптация опросника ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж. Гросса. *Вопросы психологии*. 2017. 149 с.
12. Панкратова, А. А., Осин Е. Н. Особенности эмоциональной регуляции. *Cultural-Historical Psychology*. 2018. 122 с.
13. Сергеева, А. С., Кириллов Б. А., Джумагулова А. Ф. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (TIPI): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестовой

надежности. *Experimental Psychology*. 2016. 102 с.

14. Ammar, A. et al. Effects of Home Confinement on Mental Health and Lifestyle Behaviours During the Covid-19 Outbreak: Insights from The Eclb-Covid19 Multicenter Study. *Biology of Sport*. 2021. T. 38. №. 1. C. 9.

15. Annis, H. M., Graham J. M. Profile Types on The Inventory of Drinking Situations: Implications for Relapse Prevention Counseling. *Psychology of Addictive Behaviours*. 1995. T. 9. №. 3. C. 176.

16. Babor, T. F. et al. The Alcohol Use Disorders Identification Test. 2001.

17. Barbosa, C., Cowell A. J., Dowd W. N. Alcohol Consumption in Response to the COVID-19 Pandemic in the United States. *Journal of Addiction Medicine*. 2020.

18. Berridge, K. C., Robinson T. E. Parsing Reward. *Trends in Neurosciences*. 2003. T. 26. №. 9. C. 507-513.

19. Berridge, K. C., Robinson T. E. What Is the Role of Dopamine in Reward: Hedonic Impact, Reward Learning, Or Incentive Saliency? *Brain Research Reviews*. 1998. T. 28. №. 3. C. 309-369.

20. Berridge, K. C., Robinson T. E., Aldridge J. W. Dissecting Components of Reward: «Liking», «Wanting», And Learning. *Current Opinion in Pharmacology*. 2009. T. 9. №. 1. C. 65-73.

21. Berridge, K. C., Valenstein E. S. What Psychological Process Mediates Feeding Evoked by Electrical Stimulation of The Lateral Hypothalamus? *Behavioral Neuroscience*. 1991. T. 105. №. 1. C. 3.

22. Bollen, Z. et al. Prior Drinking Motives Predict Alcohol Consumption During The COVID-19 Lockdown: A Cross-Sectional Online Survey Among Belgian College Students. *Addictive Behaviours*. 2021. T. 115. C. 106772.

23. Buckner, J. D., Eggleston A. M., Schmidt N. B. Social Anxiety and Problematic Alcohol Consumption: The Mediating Role of Drinking Motives and Situations. *Behaviour Therapy*. 2006. T. 37. №. 4. C. 381-391.

24. Callinan, S. et al. Shifts in Alcohol Consumption During The COVID-19 Pandemic: Early Indications from Australia. *Addiction*. 2020.

25. Carver, C. S., White T. L. Behavioral Inhibition, Behavioral Activation, And Affective Responses to Impending Reward and Punishment: The BIS/BAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1994. T. 67. №. 2. C. 319.
26. Chick, J. Alcohol and COVID-19. *Alcohol and Alcoholism* (Oxford, Oxfordshire). 2020
27. Chodkiewicz, J. et. al. Alcohol Consumption Reported During The COVID-19 Pandemic: The Initial Stage. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. T. 17. №. 13. C. 4677.
28. Clay, J. M., Parker M. O. Alcohol Use and Misuse During The COVID-19 Pandemic: A Potential Public Health Crisis? *The Lancet Public Health*. 2020. T. 5. №. 5. C. 259.
29. Cooper, M. L. et al. Development and Validation of a Three-Dimensional Measure of Drinking Motives. *Psychological Assessment*. 1992. T. 4. №. 2. C. 123.
30. Cooper, M. L. et al. Motivational Models of Substance Use: A Review of Theory and Research on Motives for Using Alcohol, Marijuana, And Tobacco. 2016.
31. Cooper, M. L. et al. Motivational Models of Substance Use: A Review of Theory and Research on Motives for Using Alcohol, Marijuana, And Tobacco. 2015.
32. Cox, W. M., Klinger E. A Motivational Model of Alcohol Use. *Journal of Abnormal Psychology*. 1988. T. 97. №. 2. C. 168.
33. Curcio, A. L., George A. M. Selected Impulsivity Facets with Alcohol Use/Problems: The Mediating Role of Drinking Motives. *Addictive Behaviours*. 2011. T. 36. №. 10. C. 959-964.
34. Finlay, I., Gilmore I. COVID-19 And Alcohol A Dangerous Cocktail. 2020.
35. Fowles, D. C. The Three Arousal Model: Implications of Gray's Two-Factor Learning Theory for Heart Rate, Electrodermal Activity, And Psychopathy. *Psychophysiology*. 1980. T. 17. №. 2. C. 87-104.

36. García-Álvarez, L. et al. Will Changes in Alcohol and Tobacco Use Be Seen During The COVID-19 Lockdown? Se Observaran Cambios En El Consumo De Alcohol Y Tabaco Durante El Confinamiento Por COVID-19? *Adicciones*. 2020. T. 32. №. 2. C. 85-90.
37. Gray, J. A. Problems in the behavioral sciences, Vol. 5. 1987.
38. Grossman, E. R., Benjamin-Neelon S. E., Sonnenschein S. Alcohol Consumption During The COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey of US Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. T. 17. №. 24. C. 9189.
39. Ham, L. S., Bonin M., Hope D. A. The Role of Drinking Motives in Social Anxiety and Alcohol Use. *Journal of Anxiety Disorders*. 2007. T. 21. №. 8. C. 991-1003
40. Heubeck, B. G., Wilkinson R. B., Cologon J. A Second Look at Carver And White's (1994) BIS/BAS Scales. *Personality and Individual Differences*. 1998. T. 25. №. 4. C. 785-800.
41. Jorm, A. F. et al. Using the BIS/BAS Scales to Measure Behavioral Inhibition and Behavioral Activation: Factor Structure, Validity and Norms in A Large Community Sample. *Personality and individual Differences*. 1998. T. 26. №. 1. C. 49-58.
42. Kim, J. U. et al. Effect of COVID-19 Lockdown on Alcohol Consumption in Patients with Pre-Existing Alcohol Use Disorder. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. 2020. T. 5. №. 10. C. 886-887.
43. Knyazev, G. G., Slobodskaya H. R., Wilson G. D. Comparison of The Construct Validity of The Gray–Wilson Personality Questionnaire and The BIS/BAS Scales. *Personality and Individual Differences*. 2004. T. 37. №. 8. C. 1565-1582.
44. Koob, G. F., Le Moal M. Addiction and The Brain Antireward System. *Annu. Rev. Psychol.* 2008. T. 59. C. 29-53.
45. Koob, G. F., Le Moal M. Neurobiological Mechanisms for Opponent Motivational Processes in Addiction. *Philosophical Transactions of The Royal Society of London B: Biological Sciences*. 2008. T. 363. №. 1507. C. 3113-3123.

46. Kuntsche, E. et al. 'I Drink Spirits to Get Drunk and Block Out My Problems...' Beverage Preference, Drinking Motives and Alcohol Use in Adolescence. *Alcohol and Alcoholism*. 2006. T. 41. №. 5. C. 566-573.

47. Kuntsche, E. et al. Drinking Motives as Mediators of The Link Between Alcohol Expectancies and Alcohol Use Among Adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2007. T. 68. №. 1. C. 76-85.

48. Kuntsche, E., Cooper M. L. Drinking to Have Fun and To Get Drunk: Motives as Predictors of Weekend Drinking Over and Above Usual Drinking Habits. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010. T. 110. №. 3. C. 259-262.

49. Kuntsche, E., Stewart S. H., Cooper M. L. How Stable Is the Motive–Alcohol Use Link? A Cross-National Validation of The Drinking Motives Questionnaire Revised Among Adolescents from Switzerland, Canada, And the United States. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2008. T. 69. №. 3. C. 388-396.

50. McEwen, B. S. Allostasis And Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*. 2000. T. 22. №. 2. C. 108.

51. McPhee, M. D. et al. Depression, Environmental Reward, Coping Motives and Alcohol Consumption During The COVID-19 Pandemic. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. T. 11. C. 1128.

52. Neill, E. et al. Alcohol Use in Australia During the Early Days of the COVID-19 Pandemic: Initial Results from The COLLATE Project. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020. T. 74. №. 10. C. 542-549.

53. Pollard, M. S., Tucker J. S., Green H. D. Changes in Adult Alcohol Use and Consequences During The COVID-19 Pandemic in The US. *JAMA Network Open*. 2020. T. 3. №. 9. C. 80.

54. Read, J. P. et al. Examining the Role of Drinking Motives in College Student Alcohol Use and Problems. *Psychology of Addictive Behaviours*. 2003. T. 17. №. 1. C. 13.

55. Robinson, T. E., Berridge K. C. Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*. 2001. T. 96. №. 1. C. 103-114.

56. Robinson, T. E., Berridge K. C. The Neural Basis of Drug Craving: An Incentive-Sensitization Theory of Addiction. *Brain Research Reviews*. 1993. T. 18. №. 3. C. 247-291.
57. Slobodskaya, H. R. et al. Development of A Short Form of The Gray–Wilson Personality Questionnaire: Its Use in Measuring Personality and Adjustment Among Russian Adolescents. *Personality and Individual Differences*. 2003. T. 35. №. 5. C. 1049-1059.
58. Sterling, P., Eyer J. Allostasis: A New Paradigm to Explain Arousal Pathology. In ‘Handbook of Life Stress, Cognition and Health’. (Eds S Fisher, J Reason) pp. 629–649. – 1988
59. Stewart, S. H. et al. Psychometric Evaluation of The Short Form Inventory of Drinking Situations (IDS-42) In A Community-Recruited Sample of Substance-Abusing Women. *Journal of Substance Abuse*. 2000. T. 11. №. 3. C. 305-321.
60. Stewart, S. H., Zeitlin S. B., Samoluk S. B. Examination of A Three-Dimensional Drinking Motives Questionnaire in A Young Adult University Student Sample. *Behaviour Research and Therapy*. 1996. T. 34. №. 1. C. 61-71.
61. Szajnoga, D., Klimek-Tulwin M., Piekut A. COVID-19 Lockdown Leads to Changes in Alcohol Consumption Patterns. Results from The Polish National Survey. *Journal of Addictive Diseases*. 2020. C. 1-12
62. Testino, G., Pellicano R. Alcohol Consumption in the COVID-19 Era. *Minerva Gastroenterologica E Dietologica*. 2020.
63. Wang, Y. et al. Alcohol Consumption in China Before and During Covid-19: Preliminary Results from An Online Retrospective Survey. *Frontiers in Psychiatry*. 2020. T. 11.
64. Witkiewitz, K. et al. Advancing Precision Medicine for Alcohol Use Disorder: Replication and Extension of Reward Drinking as a Predictor of Naltrexone Response. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 2019.
65. Zigmond, A.C., Snaith R.P. The Hospital Anxiety And Depression. *Scale. Acta Psychiatr. Scand*. 1983 Vol.67. P.361 - 370.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник регуляції емоцій Гросса

Ми хотіли б поставити Вам кілька питань, що стосуються Вашого емоційного життя. Зокрема, нас цікавить те, яким чином Ви контролюєте (регулюєте) свої емоції (або керуєте ними). Питання, наведені нижче, стосуються двох різних аспектів Вашого емоційного життя. Один з них – це емоційні переживання (тобто те, що Ви переживаєте всередині себе). Інший аспект стосується емоційної експресії, тобто того, як Ви висловлюєте свої емоції в мові чи поведінці.

_____ Коли я хочу відчувати більше позитивних емоцій (таких, як радість), я намагаюся змінити зміст своїх думок.

_____ Я тримаю емоції в собі.

_____ Коли я хочу відчувати менше негативних емоцій (таких, як печаль або гнів), я намагаюся змінити зміст своїх думок.

_____ Якщо я переживаю позитивні емоції, то намагаюся не показувати їх іншим.

_____ Коли я стикаюся зі стресовою ситуацією, я змушую себе думати про неї таким чином, щоб це допомогло мені заспокоїтися.

_____ Я контролюю свої емоції завдяки тому, що ні висловлюю їх зовні.

_____ Коли я хочу випробувати більше позитивних емоцій, я намагаюся поглянути на ситуацію з іншого боку.

_____ Я контролюю свої емоції, змінюючи напрям думок щодо ситуації, в якій я перебуваю.

_____ Коли я переживаю негативні емоції, я обов'язково намагаюся приховати їх.

_____ Якщо я хочу знизити інтенсивність негативних емоцій, то намагаюся по-іншому думати про ситуації, що склалася.

Незважаючи на те, що деякі з нижченаведених питань можуть здатися Вам схожими, вони мають різний зміст.

Відповідаючи на питання, будь ласка, використовуйте таку шкалу:

Абсолютно не згоден

Не впевнений

Повністю згоден

Опитувальник «Спектр психологічного здоров'я»

За минулий місяць, наскільки часто Ви відчували...	Ніколи (0)	Один чи двічі (1)	Приблизно раз в тиждень (2)	Приблизно 2-3 рази на тиждень (3)	Майже кожен день (4)	Що дня (5)
1. Щастя	0	1	2	3	4	5
2. Інтерес до життя	0	1	2	3	4	5
3. Задоволення життям	0	1	2	3	4	5
4. Що Ви можете зробити щось важливе не для суспільства	0	1	2	3	4	5
5. Що Ви є частиною спільності (групи, колективу, району тощо)	0	1	2	3	4	5
6. Що жити у нашому суспільстві добре (чи стає краще) для всіх людей	0	1	2	3	4	5
7. Що люди по суті своїй добрі	0	1	2	3	4	5
8. Що наше суспільство живе по розуму ним для Вас принципам	0	1	2	3	4	5
9. Що Ви, здебільшого, задоволені самим собою	0	1	2	3	4	5
10. Що Ви успішно справляєтеся зі своїми повсякденними обов'язками	0	1	2	3	4	5
11. Що Ваші стосунки з іншими людьми сповнені тепла та довіри	0	1	2	3	4	5
12. Що Ви пережили щось, завдяки чому Ви виростили над собою і стали краще як людина	0	1	2	3	4	5
13. Що Ви впевнені у своїй думці та готові висловити свої погляди	0	1	2	3	4	5
14. Що Ваше життя має певний напрямок чи сенс	0	1	2	3	4	5

Бланк Короткої шкали самоконтролю

Інструкція: у стовпчику, що знаходиться праворуч від списку тверджень опитувальника, будь ласка, відзначте, на скільки правильно кожен з пунктів описує Вас (звичний для Вас стан).

1	2	3	4	5
Цілком не згоден	Скоріше не згоден	Щось середнє	Швидше згоден	Цілковито згоден

Мені добре вдається чинити опір спокусам.	1	2	3	4	5
Я важко відмовляюся від поганих звичок.	1	2	3	4	5
Я лінивий (а).	1	2	3	4	5
Буває, що я говорю недоречні речі.	1	2	3	4	5
Вибираючи між приємним та корисним, я вибираю приємне.	1	2	3	4	5
Я вмію відмовлятися від того, що для мене є шкідливим.	1	2	3	4	5
Мені хотілося б краще контролювати себе.	1	2	3	4	5
Я справляю враження дуже дисциплінованої людини.	1	2	3	4	5
Приказка "сім разів відміряй, один раз відріж" – не про мене.	1	2	3	4	5
Іноді я не можу доробити роботу, тому що відволікаюся на приємніші справи.	1	2	3	4	5
Мені важко сконцентруватися.	1	2	3	4	5
Мені вдається ставити і досягати довгострокових цілей.	1	2	3	4	5
Іноді я роблю щось, хоч і знаю, що цього робити не варто.	1	2	3	4	5

TIPI - UKR

Бачу себе як людину, яка є

- 1 _____ Товариська, активна
- 2 _____ Критична, конфліктна*
- 3 _____ Сумлінна, дисциплінована
- 4 _____ Тривожна, схильна перейматися *
- 5 _____ Відкрита до нового, різностороння
- 6 _____ Стримана, тиха*
- 7 _____ Тактовна, співчутлива, приязна
- 8 _____ Неорганізована, легковажна*
- 9 _____ Спокійна, емоційно стабільна
- 10 _____ Не любить змін і пошуку нових рішень*

Бланк відповідей Опитувальника Карвера-Уайта.

Твердження	Для мене абсолютно правильно 4	Для мене частково правильно 3	Для мене частково неправильно 2	Для мене абсолютно неправильно 1
1. Сім'я людини – найважливіша річ у житті.				
2. Я рідко відчуваю страх або нервозність, навіть якщо зі мною повинно статися щось погане.				
3. Я намагаюся щосили, щоб отримати те, що хочу.				
4. Коли мені щось добре вдається, мені хочеться це продовжити.				
5. Я завжди хочу спробувати що-небудь новеньке, якщо думаю, що буде весело.				
6. Для мене важливо, як я одягаюся.				
7. Коли я отримую те, що хочу, я відчуваю збудження і приплив енергії.				
8. Критика або лайка сильно зачіпають мене.				
9. Якщо я чогось хочу, я зазвичай викладаюся на всі сто, щоб це отримати.				
10. Я часто роблю щось тільки тому, що це може мене розважити.				
11. Мені важко знайти час, щоб зробити звичайні речі, наприклад, підстригтися.				
12. Якщо я бачу можливість отримати те, що хочу, я тут же хапаюся за неї.				

13. Якщо я думаю чи знаю, що хтось злиться на мене, я сильно засмучуюсь і турбуюся.				
14. Якщо я бачу можливість здійснити те, що мені хочеться, я відразу збуджуюся.				
15. Я часто дію під впливом моменту.				
16. Якщо я думаю, що повинно статися щось неприємне, я починаю сильно нервувати.				
17. Я часто дивуюся, чому люди діють таким чином.				
18. Якщо зі мною трапляється щось хороше, це сильно на мене діє.				
19. Я турбуюся, коли думаю, що зробив (а) погано що-небудь важливе.				
20. Я обожнюю нові відчуття і те, що мене збуджує.				
21. Коли я прагну до чогось, для мене немає заборонених прийомів.				
22. У порівнянні з моїми друзями в мене дуже мало страхів.				
23. Перемога в суперечці або змаганні мене б стимулювала.				
24. Я турбуюся про те, щоб не зробити помилок.				

Перелік ситуацій вживання алкоголю – 27

Будь ласка, дайте відповідь на питання: «Як часто за останній рік ви вживали алкоголь у таких ситуаціях, які описані нижче?».

Виберіть підходящий варіант відповіді: 0 – ніколи, 1 – іноді, 2 – часто, 3 – завжди.

Ситуація вживання алкоголю	Ніколи 0	Іноді 1	Часто 2	Завжди 3
Хотілося відсвяткувати з кимось щонебудь				
Зустрів друга (подругу) і він (а) запропонував (а) випити разом				
Хотілося отримати більше задоволення від зустрічі з друзями				
Зустрілися з друзями і ми всі зайшли випити в бар				
Отримуючи задоволення від вечірки, хотілося відчувати себе ще краще				
На вечірці, де інші пили				
Сталося щось хороше і був святковий настрій				
Відпочиваючи з хорошим другом (подругою), хотілося добре провести час				
Відчував (а) себе впевнено і спокійно				
Хотілося підсилити задоволення від сексу				
Все йшло добре				
Пам'ятав (а), що це приємно на смак				
Коли у мене були проблеми з людьми на роботі				
Коли я не ладнав з іншими на роботі				

Був (а) злий (зла) через те, як все вийшло				
Коли відчував (а), що підвів (а) себе (надійшов (а) неправильно)				
Навколишні напружували (дратували) мене				
Хтось критикував мене				
До мене ставилися несправедливо				
Здавалося, що я не подобаюся іншим				
Боявся (ась), що нічого не вийде				
Під час сварки з кимось				
Коли відчував (а) тиск через вимоги начальника на роботі				
Чи не розумів (а), що мені робити				
Відчував (а) себе ніяково в чийсь присутності				
Коли вдома була велика сварка				
Коли відчував (а) проблеми зі сном				

Інформація про Вас

1. Ваші П.І.Б.
2. Ваш вік
3. Ваша стать
 - Чоловік
 - Жінка
 - Інше:
4. Сімейний стан
 - Одружений, одружена
 - Неодружений
 - Перебуваю в стосунках
 - Розлучений (а)
 - Вдова / Вдівець
 - Інше:
5. Ваш основний вид діяльності
 - Отримання освіти
 - Трудова діяльність
 - Ведення домашнього господарства / догляд за дитиною
 - Тимчасова непрацездатність
 - Інше:
6. Рівень Вашої освіти
 - Основна загальна освіта
 - Повна (середня) загальна освіта
 - Середня професійна освіта
 - Незакінчена вища освіта
 - Вища освіта
 - Науковий ступінь

- Інше:

7. Якщо хто-небудь з Ваших близьких родичів страждав або страждає одним або декількома з наступних захворювань, будь ласка, вкажіть це.

- Алкогольна або наркотична залежність (у батька або матері)
- Афективні розлади (депресія, БАР, гострі психотичні стани)
- Невротичні розлади (фобії, панічні атаки, нав'язливості і ін.)
- Шизофренія
- Нічого з перерахованого
- Чи не відомо
- Інше:

8. Якщо ви страждаєте одним або декількома з наступних захворювань, будь ласка, вкажіть це.

- Залежність від алкоголю
- Залежність від інших психоактивних речовин, азартних ігор тощо.
- Афективний розлад
- Невротичний розлад
- Органічне ураження мозку
- Розлад особистості
- Шизофренія
- Нічого з перерахованого
- Чи не відомо
- Інше:

Питання, що стосуються Вашого відношення до COVID-19

1. З березня 2020 року, Ви або члени Вашої родини хворіли на COVID-19?
 - Так
 - Ні
 - Інше:
2. Чи відчуваєте Ви страх / занепокоєння з приводу можливого зараження COVID-19?
 - Так
 - Ні
 - Інше:
3. Чи дотримуетесь Ви запобіжних заходів під час відвідування громадських місць, такі як носіння захисної маски, рукавичок, обробка та миття рук?
 - Так, всі перераховані
 - Так, частково дотримуюся
 - Ні, не дотримуюся
4. Чи траплялося Вам контактувати із зараженими COVID-19?
 - Так, з членом сім'ї
 - Так, у зв'язку з професійною діяльністю
 - Так, надавав (а) допомогу добровільно
 - Не знаю
 - Ні, максимально ізолююся, дотримуюся запобіжних заходів
 - Інше:
5. Чи відбулися у Вашому житті будь-які значні негативні зміни з березня 2020 року?
 - Втратив (а) роботу / джерело доходу
 - "Застряг" в іншій країні
 - Важкий емоційний стан

- Розставання / розлучення
- Важка хвороба (Ваша або близького)
- Смерть близької людини
- Смерть близької людини через COVID-19
- Нічого з перерахованого
- Інше:

6. Які події за вказаний період переносилися Вами найбільш важко?

7. Чи відчуваєте Ви напругу, дискомфорт через чинні обмеження на цей момент?

- Так
- Так, боюся повторної ізоляції
- Так, втрачаю дохід
- Так, не можу подорожувати, "жити повним життям"
- Немає
- Інше:

8. За час пандемії (з березня 2020 року) чи змінилася кількість споживаного Вами алкоголю?

- Залишилося на колишньому рівні
- Збільшилася незначно
- Збільшилася значно
- Скоротилося
- Інше:

Додаток 3

Актуальні події у світі, такі як пандемія вірусної інфекції COVID-19, пов'язані з цим карантинні заходи, а також масштабну економічну кризу – для багатьох людей виявилася сильним фактором стресу. Втрата роботи, фінансові та житлові проблеми, порушення звичного укладу життя, ізоляція, неможливість відвідування багатьох зарубіжних країн – усе це й багато іншого могло послужити приводом для важких емоційних переживань. Подібні переживання часто стають причиною надмірного вживання алкоголю. Це дослідження присвячене оцінці кількості споживаного алкоголю, виявлення можливих проблем, пов'язаних з алкоголем, визначення домінуючих мотивів вживання алкоголю в різних соціальних групах і їх порівняльного аналізу.

Оскільки метою дослідження є виявлення поведінкових і особистісних особливостей, пов'язаних з вживанням алкоголю, будь ласка, не продовжуйте участь, якщо Ви ніколи не вживаєте алкоголь.

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА

Вам пропонується взяти участь у науковому дослідженні, присвяченому порівняльному аналізу переважаючих мотивів вживання алкоголю особами з різних соціальних груп

У дослідження включаються особи віком не менше 18 років.

Перед тим, як Ви вирішите, чи брати участь у дослідженні, Вам слід ознайомитися з цілями дослідження, можливою користю, а також з тим, що конкретно потрібно від Вас. Процедура прийняття згоди на участь в дослідженні називається – «інформована згода».

Надзвичайно важливо, щоб Ви знали наступне: ·

Ваша участь у дослідженні є абсолютно добровільним; ·

Ви можете відмовитися від участі або припинити участь у дослідженні в будь-який час без будь-яких втрат і наслідків.

Метою цього дослідження є виявлення поведінкових і особистісних особливостей індивіда, що впливають на споживання ним алкоголю в стресовій ситуації.

Потенційна вигода.

За участь в дослідженні не передбачено матеріальну або іншу винагороду, однак у Вас є можливість отримати інформацію за результатами заповнених опитувальників, що містить короткі рекомендації, для цього Вам необхідно поставити галочку в полі «Хочу отримати зворотній зв'язок». Крім того, беручи участь у дослідженні, Ви допомагаєте в розширенні діагностичної бази в області залежностей (зокрема, залежності від алкоголю).

Потенційний ризик.

Участь в цьому дослідженні не передбачає ризиків.

Етапи і методи дослідження.

Спочатку від Вас буде потрібно заповнити коротку анкету, яка містить загальну інформацію про Вас і деякі аспекти Вашого здоров'я.

Вам також буде запропоновано відповісти на питання, що стосуються Вашого ставлення до пандемії COVID-19 і зміни у Вашому житті в зв'язку з нею.

У тестовому матеріалі буде декілька блоків, присвячених Вашому емоційному стану, поведінковим і особистісним особливостям.

З метою виявлення кількості вживання і проблем, пов'язаних з вживанням алкоголю, Вам буде запропонований тест AUDIT, цей тест є структурованим інтерв'ю, що складається з 10 питань. Для оцінки мотивації вживання алкоголю Вам буде пропонуватися версія опитувальника IDS , що складається з 27 пунктів. Методика є модифікацією Witkiewitz і співавт. опитувальника «Inventory of Drinking Situations».

Конфіденційність. Для участі в дослідженні, від Вас буде потрібно вказати деякі персональні дані, такі як ПІБ, контактну адресу електронної пошти. Ці дані потрібні виключно для можливості зв'язатися з Вами з метою надання результатів тестів. На етапі первинної обробки всі дані будуть зашифровані, і Ваша особистість залишиться повністю конфіденційною. З метою дослідження буде використовуватися тільки інформація змістовного характеру. Усі матеріали дослідження, що містять інформацію про Вас, будуть зберігатися згідно з усіма етичними і юридичним нормами.