
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

ВІСНИК

МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 886 (додаток 4) від 02.07.2020 р.)
Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

№ 1 (110)
(січень - березень)

Одеса 2026

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А. І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Н. С. Бадюк, Є. П. Белобров, Р. С. Вастьянов, В. С. Гойдик, М. І. Голубятніков, А. А. Гудима, Г. С. Манасова, В. В. Огоренко, Т. П. Опаріна, І. В. Савицький, С. М. Пасічник, Н. Д. Філінець, В. В. Шухтін, Якименко О. О.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х. С. Бозов (Болгарія), Денисенко І. В. (МАММ), В. А. Жуков (Польща), С. Іднані (Індія), А. Г. Кириченко (Днепр), М. О. Корж (Харків), М. М. Корда (Тернопіль), Н. Ніколіч (Хорватія), М. Г. Проданчук (Київ), М. С. Регеда (Львів), К. О. Талалаєв (Одеса)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
e-mail nymba.od@gmail.com
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору 24.03.2026 р.. Підписано до друку 27.03.2026 р. Формат 70×108/164
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам № 2/9/15 Тираж 100 прим.

ISSN 2707-1324

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005

MINISTRY OF HEALTH CARE OF UKRAINE

State enterprise Ukrainian Research Institute of Transport
Medicine

JOURNAL OF MARINE MEDICINE

Scientific and practical journal
It is published 4 times a year

Founded in 1997. The magazine is a professional publication of the main results of thesis's and
works in the field of medical sciences

(Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine No. 886 (Appendix 4)
dated July 2, 2020)

Certificate of state registration of printed mass media series KV No. 18428-7228PR

No. 1 (110)
(January - March)

Odessa 2026

EDITORIAL BOARD

Chief editor A. I. Gozhenko

O. M. Ignatiev (deputy editor-in-chief), N. A. Matsegora (responsible secretary), N. S. Badiuk, E. P. Belobrov, R. S. Vastyanov, V. S. Hoydyk, M. I. Golubyatnikov, A. A. Gudyma, G. S. Manasova, V. V. Ogorenko, T. P. Oparina, I. V. Savitsky, S. M. Pasichnyk, N. D. Filipets, V. V. Shukhtin, Yakymenko O. O.

EDITORIAL COUNCIL

H. S. Bozov (Bulgaria), I. V. Denysenko (IMHA), V. A. Zhukov (Poland), S. Idnani (India), A. G. Kyrychenko (Dnipro), M. O. Korzh (Kharkiv), M. M. Korda (Ternopil), N. Nikolic (Croatia), M. G. Prodanchuk (Kyiv), M.S. Regeda (Lviv), K. O. Talalaev (Odessa)

Address of the editorial office

Address of the editorial office
65039, SE UkrNDI for medicine of transport
Odessa, str. Kanatna, 92
e-mail nymba.od@gmail.com
Our website - www.medtrans.com.ua; herald.org.ua

Editor N. I. Yefremenko

Submitted for typing on 03/24/2026. Signed for printing on 03/27/2026. Format 70×108/164
Offset paper No. 2. Offset printing. Terms and conditions - print sheet. .
Deputy No. 2/9/15 Circulation 100 approx.

Висновок комісії по біоетиці/Institutional Review Board Statement

Дослідження проводилось із суворим дотриманням принципів біоетики, згідно з Гельсінською декларацією «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей», розробленою Всесвітньою медичною асоціацією, «Загальною декларацією про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)» і ухвалено комісією з питань біомедичної етики Дніпровського державного медичного університету (протокол № 27 від 16.04.2025 р.).

Заява про поінформовану згоду /Informed Consent Statement

Від пацієнтів було отримано письмову поінформовану згоду на обробку персональних даних та їх подальше використання.

Заява про доступність даних / Data Availability Statement

Вся інформація знаходиться у відкритому доступі, дані щодо конкретного пацієнта можуть бути отримані на запит у провідного автора.

Подяка /Acknowledgments

Авторка висловлює подяку за сприяння написанню роботи науковому колективу свого закладу

Конфлікт інтересів

Авторка заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Використання штучного інтелекту

Автори не використовували ШІ під час написання роботи

Робота надійшла в редакцію 28.01.2026 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.89-008.441.13:355.01

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19372745>

*Д. Г. Пилипенко, О. Є. Мякішев, А. О. Перчик, Л. С. Орловська, В. Й. Націнець, Є. В. Опря,
О. Ю. Донець*

АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК КОМПЛЕКСНА ПРОБЛЕМА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ

Одеський національний медичний університет

Authors' Information

Пилипенко Д.Г. <https://orcid.org/0009-0002-0919-393X>
Мякішев О.Є. <https://orcid.org/0009-0002-3541-8282>
Перчик А.О. <https://orcid.org/0009-0007-2354-8625>
Орловська Л.С. <https://orcid.org/0009-0008-3069-701X>
Націнець В.Й. <https://orcid.org/0009-0001-6166-6776>
Опря Є.В. <https://orcid.org/0000-0001-5232-1891>
Донець О. Ю. <https://orcid.org/0000-0002-9644-2799>

Summary. Pylypenko D. G., Myakishev O. E., Perchik A. O., Orlovskam L. S., Natsinets V. Y., Oprya Ye. V., Donets O. Yu. **ALCOHOL DEPENDENCE AS A COMPLEX PROBLEM IN CONDITIONS OF MARTIAL LAW.** - *Odesa National Medical University; e-mail: yoprya@yahoo.com.* This article examines alcohol dependence as a complex medical and psychosocial problem among the Ukrainian population, characterized by disturbances in psychological and emotional well-being, impaired social functioning, the development of comorbid anxiety and depressive disorders, and an increased risk of suicide. The research design involved assessing six interrelated components: the causes of alcohol use initiation (the role of chronic stress, psychological

© Пилипенко Д. Г., Мякішев О. Є., Перчик А. О., Орловська Л. С., Націнець В. Й., Опря Є. В., Донець О. Ю.

trauma, loss, social isolation, and professional burnout); the level of awareness of the problem and frequency of use; the psychoemotional state (sleep disturbances, anxiety and depressive symptoms, suicidal thoughts and attempts); markers of addiction severity (tolerance, alcohol-induced amnesia, aggressive behavior, use to relieve withdrawal and avoid discomfort); the presence of existential distress and a loss of meaning in life; readiness for change and the need for specialized help. The results demonstrate a high prevalence of poly-substance use and severe markers of alcohol dependence, including the development of tolerance, withdrawal syndrome, and loss of control. A paradoxical combination of a high level of critical awareness of the problem and readiness for change was observed in individuals with low success rates in previous attempts to stop using, which justifies the need for integrated treatment and rehabilitation programs. Therefore, the implementation of comprehensive medical-psychological approaches that combine addiction treatment, psychotherapeutic support, correction of anxiety-depressive states, assessment of suicide risk, and the development of alternative stress-coping strategies is a key condition for improving the effectiveness of alcohol dependence therapy and reducing the risk of relapse. The proposed framework for assessing patients' condition can serve as a practical basis for screening, referral, and planning individualized medical and psychological care programs in the context of the current challenges facing Ukraine's healthcare system.

Key words: alcohol dependence, psychoemotional disorders, depressive disorders, suicidal risk, medical and psychological rehabilitation.

Реферат. Пилипенко Д. Г., Мякішев О. Є., Перчик А. О., Орловська Л. С., Націнець В. Й., Опря Є. В., Донець О. Ю. **АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК КОМПЛЕКСНА ПРОБЛЕМА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ.** У статті розглянуто алкогольну залежність як комплексну медико-психосоціальну проблему населення України, що супроводжується порушенням психоемоційного стану, зниженням соціального функціонування, формуванням коморбідних тривожних і депресивних розладів, а також підвищенням суїцидального ризику. Концепція дослідження передбачала оцінку шести взаємопов'язаних компонентів: причин початку вживання алкоголю (роль хронічного стресу, психотравми, втрат, соціальної ізоляції та професійного вигорання); рівня усвідомлення проблеми та частоти вживання; психоемоційного стану (порушення сну, тривожні й депресивні симптоми, суїцидальні думки та спроби); маркерів важкості залежності (толерантність, алкогольна амнезія, агресивна поведінка, вживання для зняття абстиненції та уникнення дискомфорту); наявності екзистенційних переживань і втрати сенсу життя; готовності до змін і потреби у спеціалізованій допомозі. Отримані результати демонструють високу поширеність поліадиктивної поведінки та тяжких маркерів алкогольної залежності, зокрема формування толерантності, синдрому відміни та втрати контролю. Встановлено парадоксальне поєднання високого рівня критичного усвідомлення проблеми та готовності до змін у осіб із низькою ефективністю попередніх спроб припинення вживання, що обґрунтовує необхідність інтегрованих програм лікування й реабілітації. Тому реалізація комплексних медико-психологічних підходів, які поєднують наркологічне лікування, психотерапевтичну підтримку, корекцію тривожно-депресивних станів, оцінку суїцидального ризику та формування альтернативних стратегій подолання стресу, є ключовою умовою підвищення ефективності терапії алкогольної залежності та зниження ризику рецидивів. Запропонована структура оцінювання стану пацієнтів може бути використана як практична основа для скринінгу, маршрутизації та планування індивідуалізованих програм медико-психологічної допомоги в умовах сучасних викликів для системи охорони здоров'я України.

Ключові слова: алкогольна залежність, психоемоційні порушення, депресивні розлади, суїцидальний ризик, медико-психологічна реабілітація.

Алкогольна залежність є однією з провідних медико-соціальних проблем сучасного суспільства та входить до числа основних причин втрати здоров'я, працездатності й передчасної смертності у світі [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, зловживання алкоголем асоціюється з високим тягарем соматичних і психічних захворювань, соціальною дезадаптацією та значними економічними втратами, що зумовлює її пріоритетність у системі громадського здоров'я [2, 3].

Сучасні наукові дослідження розглядають алкогольну залежність як хронічне

рецидивуюче захворювання з вираженою нейробиологічною основою, що супроводжується порушенням систем винагороди, контролю імпульсів і механізмів стрес-реакції [4]. Формування толерантності, розвиток синдрому відміни та втрата контролю над вживанням алкоголю визначають прогресуючий перебіг захворювання і потребують комплексного підходу до діагностики та лікування відповідно до міжнародних класифікацій DSM-5 та МКБ-10 (F10.2) [5, 6].

Особливу актуальність проблема алкогольної залежності набуває у зв'язку з її тісним зв'язком із психоемоційними порушеннями. Доведено, що хронічне вживання алкоголю значно підвищує ризик розвитку депресивних і тривожних розладів, порушень сну та емоційної нестабільності, які, у свою чергу, підтримують і поглиблюють адиктивну поведінку [7]. Коморбідність алкогольної залежності з афективними розладами ускладнює клінічний перебіг, погіршує прогноз і знижує ефективність лікувальних заходів.

Тривожним аспектом алкогольної залежності, що потребує особливої уваги, є підвищений суїцидальний ризик. Результати метааналізів свідчать, що особи з розладами, пов'язаними з уживанням психоактивних речовин, мають значно вищу частоту суїцидальних думок, спроб і завершених суїцидів порівняно із загальною популяцією [8]. Алкоголь у цьому контексті виступає як фактор, що знижує критичність мислення, підвищує імпульсивність і посилює депресивні переживання, створюючи небезпечне поєднання для суїцидальної поведінки.

Водночас, незважаючи на високу поширеність проблеми та її тяжкі наслідки, алкогольна залежність часто залишається недооціненою як самими пацієнтами, так і суспільством загалом. Навіть за наявності усвідомлення негативного впливу алкоголю на життя, значна частина осіб не звертається по спеціалізовану допомогу або здійснює неефективні самостійні спроби припинення вживання, що зумовлює високий ризик рецидивів [2, 5].

У цьому контексті особливої актуальності набуває комплексне дослідження алкогольної залежності з урахуванням етіологічних чинників, психоемоційного стану, поведінкових маркерів важкості залежності, рівня усвідомлення проблеми та готовності пацієнтів до змін. Такий підхід дозволяє не лише поглибити розуміння механізмів формування й перебігу алкогольної залежності, але й створити науково обґрунтовані підходи до профілактики, лікування та медико-психологічної реабілітації осіб із розладами, пов'язаними з уживанням алкоголю [1–8].

Метрью даного дослідження є аналіз етіологічних, психопатологічних і соціальних чинників формування алкогольної залежності на основі клінічних даних, дослідити особливості її перебігу з урахуванням психоемоційного стану, мотивації до змін та впливу хронічного стресу та запропонувати науково обґрунтовані підходи до профілактики, лікувальної тактики та комплексної медико-психологічної допомоги особам із алкогольною залежністю, що дозволить знизити ризик розвитку рецидивів і сприятиме відновленню психосоціального функціонування.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження базується на комплексному підході та реалізоване у кілька етапів. Перший етап передбачав ґрунтовний аналіз наукової літератури [1, 4, 6, 8], офіційних звітів Всесвітньої організації охорони здоров'я [2], а також сучасних міжнародних публікацій, зокрема положень DSM-5 [5] та МКБ-10 (F10.2) [6], присвячених проблемі алкогольної залежності, механізмам її формування, психоемоційним наслідкам та принципам медико-психологічної корекції. Особлива увага приділялася питанням формування толерантності, синдрому відміни [1, 4], коморбідних тривожних і депресивних розладів [1, 7], а також ризику суїцидальної поведінки у пацієнтів із хронічною алкогольною залежністю [8].

Другий етап дослідження передбачав розробку авторської анкети для збору емпіричних даних. Анкета була сформована з урахуванням сучасних підходів до діагностики алкогольної залежності, психоемоційних порушень та мотивації до змін, із використанням елементів міжнародної класифікації DSM-5, а також враховувалися клінічні критерії важкості залежності, рівень усвідомлення проблеми, наявність абстинентних проявів, порушень сну, тривожних і депресивних симптомів, а також суїцидальних думок і спроб [1-8].

Ініціатива проведення дослідження виникла в межах практичної та наукової діяльності медичного центру «Vector Plus» за участю лікарів-наркологів та здобувачів

вищої медичної освіти Одеського національного медичного університету (ОНМедУ). Анкетування проводилося серед осіб, які зверталися по медичну або медико-психологічну допомогу до медичного центру «Vector Plus».

Для проведення статистичного дослідження було здійснено анонімне опитування 100 респондентів віком від 16 до 75 років (середній вік 41 ± 1 роки). До вибірки увійшли особи різної статі, рівня освіти та професійного статусу, зокрема військові, військові медики, цивільні лікарі, працівники сфери торгівлі, логістики, адміністративної сфери, підприємці, пенсіонери, безробітні та інші соціальні групи. Значну частку вибірки становили респонденти, чия діяльність пов'язана з високим рівнем хронічного стресу.

Програма дослідження передбачала використання бібліографічного, аналітичного, соціологічного та соціально-психологічного методів. Комплексне застосування зазначених підходів дозволило оцінити поширеність алкогольної залежності, визначити ступінь її важкості, виявити психоемоційні порушення та встановити зв'язок між вживанням алкоголю, соціальним функціонуванням і психічним станом респондентів.

Анкета включала шість тематичних частин, що дозволило отримати комплексну характеристику стану респондентів:

Перша частина була спрямована на дослідження причин початку вживання алкогольних напоїв, зокрема ролі хронічного стресу, соціальних факторів, психологічних травм та втрат.

Друга частина оцінювала рівень усвідомлення респондентами власної алкогольної залежності, частоту вживання алкоголю та суб'єктивну оцінку контролю над вживанням.

Третя частина була присвячена дослідженню психоемоційного стану - наявності тривожних і депресивних симптомів, порушень сну, суїцидальних думок і спроб.

Четверта частина аналізувала прояви важкості алкогольної залежності, зокрема алкогольну амнезію, агресивну поведінку, вживання алкоголю для зняття синдрому відміни та уникнення психічного або фізичного дискомфорту.

П'ята частина була спрямована на оцінку наявності депресивного стану, втрати сенсу життя та суб'єктивного усвідомлення респондентами негативного впливу алкоголю на власне життя.

Шоста частина досліджувала готовність респондентів до змін, наявність спроб припинення вживання алкоголю, звернення за спеціалізованою допомогою та фактори, які, на думку респондентів, можуть сприяти зміні ставлення до алкоголю.

Анкетування проводилося в анонімному форматі з використанням друкованих та електронних форм. Участь у дослідженні була добровільною, що сприяло підвищенню широті відповідей і достовірності отриманих даних.

Зібрані дані аналізувалися з використанням методів описової статистики. Відкриті запитання та коментарі респондентів оброблялися методом контент-аналізу з подальшою якісною інтерпретацією результатів.

Результати досліджень та їх обговорення

У дослідженні взяли участь респонденти різної статі та різних вікових груп. Серед респондентів 80% становили чоловіки, а 20% - жінки. Віковий діапазон учасників був широким - від 16 до 75 років (середній вік 41 ± 1 рік), що дозволяє розглядати результати як репрезентативні для різних вікових категорій дорослого населення.

З приводу освітнього рівня, переважна більшість респондентів отримали вищу освіту: 82% - рівень магістра, 15% - бакалавра, ще 3% становили учні старшої школи. Це свідчить про участь у дослідженні соціально активної та освіченої частини населення, що дозволяє оцінити алкогольну залежність не лише як соціальну, але і як медико-психологічну проблему серед осіб із високим рівнем когнітивних і професійних вимог.

Професійний статус респондентів був різноманітним. Найбільшу частку становили військові (21%), приватні підприємці (11%), працівники адміністративної сфери (11%), працівники сфери торгівлі (12%), а також медичні працівники, зокрема цивільні лікарі та військові медики. Значна частина опитаних належала до професій із підвищеним рівнем психоемоційного навантаження та відповідальності, що може відігравати роль у формуванні та підтриманні алкогольної залежності.

Аналіз результатів свідчить про високу поширеність адиктивної поведінки серед опитаних. Усі респонденти (100%) зазначили вживання алкогольних напоїв, що підтверджує релевантність вибірки для аналізу проблеми алкогольної залежності. Водночас 76% опитаних

повідомили про тютюнопаління, а 10% - про вживання наркотичних засобів у різні періоди життя. Жоден із респондентів не зазначив повної відсутності шкідливих звичок, що вказує на поширеність поліадиктивних патернів у досліджуваній групі.

Аналіз віку початку вживання алкоголю продемонстрував значну варіабельність та наявність кількох критичних періодів. Частина респондентів розпочала вживання у підлітковому віці (14-17 років), що свідчить про ранній дебют адиктивної поведінки. Найбільша кількість опитаних вказала початок вживання у 18 років, що може бути пов'язано з переходом до дорослого життя та зниженням зовнішнього контролю. Водночас простежуються повторні піки початку вживання у вікових групах 28-30 років та 38-45 років, які часто збігаються з періодами підвищеного психоемоційного навантаження, життєвих криз і професійного вигорання. Поодинокі випадки пізнього початку вживання після 45 років можуть відображати реакцію на втрати, соматичні захворювання або психотравматичні події.

Провідними причинами початку вживання алкоголю респонденти вказували хронічний стрес (97%) та неможливість отримувати задоволення від життя іншим шляхом (94%). Це свідчить про виражене зниження психологічного благополуччя та порушення механізмів емоційної саморегуляції, у межах яких алкоголь використовується як засіб зняття напруження.

Значущими також були соціальні та міжособистісні чинники. Соціальну ізолюваність зазначили 37% респондентів, проблеми в родині - 34%, а втрату близьких - 30%. Вплив оточення як причину початку вживання алкоголю вказали 30% опитаних, що підкреслює роль соціальних норм і групового тиску у формуванні алкогольної поведінки.

Окрему групу становлять професійно зумовлені фактори. 22% респондентів пов'язали початок вживання алкоголю з військовою службою, що свідчить про зв'язок між діяльністю в умовах підвищеного ризику, психотравматичним досвідом та формуванням дезадаптивних стратегій подолання стресу.

Серед додаткових причин опитані зазначали бажання почувати себе впевненіше (26%), що вказує на використання алкоголю як засобу соціальної адаптації. Родинний приклад мав значення у 15% випадків, що може свідчити про спадкову передачу адиктивних моделей поведінки. Менш поширеними, але клінічно значущими були такі фактори, як психологічна травма з дитинства (6%), страх соціального осудження (7%), фізична травма або соматична патологія (8%), втрата роботи чи бізнесу (5%) та втрата можливості досягти власної мети (9%).

Важливо зазначити, що жоден з респондентів не вказав інших причин початку вживання алкоголю, що свідчить про достатню повноту запропонованого переліку факторів і його відповідність реальному досвіду опитаних.

Підсумовуючи, отримані результати вказують на те, що початок вживання алкоголю у більшості респондентів зумовлений поєднанням хронічного стресу, втрати життєвого задоволення, соціальної ізоляції та психотравматичних подій. Алкоголь у цьому контексті використовується не як рекреаційний засіб, а як дисфункціональна стратегія подолання психологічного й емоційного напруження, що створює передумови для подальшого формування алкогольної залежності.

Усвідомленість респондентів щодо наявності алкогольної залежності виявилася неоднорідною. Більшість опитаних - 69% - прямо визнають, що мають проблеми з алкоголем. Водночас 22% респондентів заперечують наявність залежності, а ще 9% вагаються у відповіді. Такий розподіл свідчить про співіснування критичного ставлення до власного стану з механізмами психологічного заперечення, що є типовим для алкогольної залежності.

Частота вживання алкогольних напоїв у досліджуваній групі вказує на значну поширеність регулярного споживання. Хоча найбільша частка респондентів (49%) вживає алкоголь один раз на місяць, 38% опитаних зазначили регулярне вживання - від одного разу на тиждень до щоденного (8%). Така частота прийому алкоголю свідчить про підвищений ризик формування та прогресування залежності.

Оцінка здатності контролювати вживання алкоголю викликає занепокоєння. Лише 24% респондентів впевнені, що можуть «вчасно зупинитися», тоді як більшість - 58% - не мають такої впевненості, а 18% сумніваються. Це свідчить про порушення самоконтролю, що є ключовим критерієм важкості алкогольної залежності.

Соціальне оточення відіграє важливу роль у формуванні усвідомлення проблеми. Так, 93% респондентів зазначили, що чули від близьких зауваження щодо наявності проблем з

алкоголем. При цьому 72% погодилися з цією думкою, тоді як 28% її не поділяють, що може вказувати на збереження захисних психологічних механізмів.

Алкогольна поведінка суттєво впливає на міжособистісні взаємини. 54% респондентів повідомили про випадки нанесення психологічної або фізичної шкоди іншим у стані алкогольного сп'яніння. Втрата соціальних зв'язків також є поширеною проблемою: 34% опитаних втрачали друзів або близьких через алкоголь, що свідчить про значний деструктивний вплив залежності на соціальне функціонування.

Економічні наслідки вживання алкоголю також відіграють важливу роль. Майже чверть респондентів (24%) повідомили про втрату роботи або бізнесу внаслідок алкогольного сп'яніння, що вказує на порушення професійної адаптації та зниження працездатності.

Особливо тривожним є ризикована поведінка, пов'язана з керуванням транспортними засобами. За даними анкетування, 20% респондентів підтвердили, що сідали за кермо автомобіля у стані алкогольного сп'яніння, що свідчить про втрату критичної оцінки власних дій і підвищений ризик травматичних наслідків.

Формування толерантності до алкоголю є одним з найбільш виражених показників залежності. 92% респондентів зазначили, що з часом змушені збільшувати кількість алкоголю для досягнення бажаного ефекту «розслабленості» або задоволення. Це свідчить про прогресуючий характер залежності та високий рівень її важкості.

Загалом, результати дослідження вказують на високий рівень усвідомлення проблеми у значної частини респондентів, поєднаний із вираженими ознаками втрати контролю, толерантності та негативних соціально-поведінкових наслідків, що відповідає помірному та тяжкому ступеню алкогольної залежності.

Аналіз даних анкетування виявив суттєві порушення якості сну у більшості респондентів. Лише 1% опитаних повідомили про регулярний сон оптимальної тривалості, ще 3% - про практично регулярний сон. Водночас переважна більшість респондентів (93%) мають різні форми порушень сну: 61% зазначили нерегулярний сон змінної тривалості, 18% - нерегулярний і нетривалий сон, а 14% - майже повну відсутність сну. 3% респондентів повідомили про наявність безсоння як стійкого стану, тривалість якого у поодиноких випадках сягала від кількох днів до одного тижня поспіль. Такий розподіл свідчить про хронічні розлади сну, які є важливим фактором підтримання тривожних і депресивних станів.

Аналіз емоційного стану показав високу поширеність депресивних проявів. Часті періоди засмучення та поганого настрою, не завжди зумовлені об'єктивними причинами, відзначили 69% респондентів, ще 15% повідомили про дуже часті епізоди без чіткої причини. 3% опитаних перебувають у такому стані постійно. Лише 13% респондентів зазначили рідкісні епізоди пригніченого настрою, а жоден з опитаних не повідомив про повну відсутність таких станів. Це вказує на високу поширеність депресивного афективного фону серед досліджуваної групи.

Подібна картина спостерігається і щодо тривожних симптомів: 65% респондентів зазначили часте виникнення відчуття тривоги, не завжди пов'язане з об'єктивними причинами, а 14% - дуже часті епізоди без чіткого тригера. 6% опитаних перебувають у стані постійної тривоги, що у частині випадків триває близько одного або двох місяців. Лише 15% респондентів повідомили про рідкісні тривожні епізоди, тоді як жоден не зазначив повної відсутності тривоги. Такі дані свідчать про домінування генералізованої тривожної симптоматики.

Особливо тривожними є результати щодо суїцидальних проявів: 23% респондентів повідомили про наявність думок, пов'язаних зі скороченням життя, і така ж частка - 23% - зазначили наявність спроб суїцидальної поведінки в анамнезі. Водночас 77% опитаних заперечили як наявність суїцидальних думок, так і спроб. Отримані показники свідчать про високий рівень психічного ризику у досліджуваній групі та потребу в обов'язковому врахуванні суїцидального компоненту при оцінці важкості психічного стану пацієнтів із алкогольними розладами.

Загалом, результати вказують на поєднання виражених порушень сну, високого рівня тривожності та депресивних проявів, що формує несприятливий психоемоційний фон і суттєво підвищує ризик суїцидальної поведінки. Виявлені порушення мають системний характер і тісно взаємопов'язані між собою, що свідчить про необхідність комплексного медико-психологічного підходу з обов'язковою оцінкою афективного стану, якості сну та рівня суїцидального ризику.

Зібрані дані також свідчать про наявність виражених ознак прогресування алкогольної залежності у значній частини респондентів. Зокрема, 66% опитаних повідомили про епізоди втрати пам'яті після вживання алкоголю, що відповідає феномену алкогольної амнезії. Наявність таких станів є маркером високої дози споживання алкоголю та свідчить про суттєве ураження центральної нервової системи, характерне для середнього та важкого ступеня алкогольної залежності.

Поведінкові порушення після вживання алкоголю також мали значну поширеність. 56% респондентів зазначили випадки агресивної поведінки у стані алкогольного сп'яніння, тоді як 44% таких проявів не відзначали. Ці дані вказують на порушення емоційної регуляції, зниження контролю над імпульсами та зростання ризику міжособистісних конфліктів, що є типовими наслідками хронічного вживання алкоголю.

Одним із найбільш показових результатів є вживання алкоголю з метою зняття синдрому відміни: 92% респондентів підтвердили, що використовують алкоголь для полегшення похмільного стану, тоді як лише 8% заперечили таку поведінку. Це свідчить про сформований синдром відміни та наявність фізичної залежності, що є ключовою ознакою важкого перебігу алкогольної залежності.

Крім того, 68% опитаних вказали, що вживають алкоголь для уникнення ментального або фізичного дискомфорту. Така поведінка демонструє чіткий причинно-наслідковий зв'язок за типом «проблема - рішення», де алкоголь виступає основним засобом регуляції емоційного стану та соматичних відчуттів. Це підтверджує закріплення алкоголю як центрального елементу адаптаційної стратегії пацієнта.

Втрата контролю над вживанням алкоголю є ще одним важливим показником важкості залежності. Лише 24% респондентів вважають, що здатні «вчасно зупинитися», тоді як переважна більшість (76%) прямо зазначили відсутність такої здатності. Це свідчить про виражене порушення самоконтролю, що є одним з базових діагностичних критеріїв алкогольної залежності.

Підсумовуючи, результати демонструють поєднання алкогольної амнезії, агресивної поведінки, сформованого синдрому відміни, використання алкоголю як універсального засобу усунення психічного й фізичного дискомфорту та втрати контролю над вживанням. Така сукупність ознак відповідає важкому ступеню алкогольної залежності та вказує на необхідність негайного комплексного медико-психологічного втручання з акцентом на лікування фізичної залежності, корекцію поведінкових порушень і формування альтернативних стратегій подолання стресу.

Відповіді респондентів також свідчать про наявність у частини респондентів виражених депресивних переживань, пов'язаних із втратою сенсу життя. Протягом останніх двох тижнів 20% опитаних зазначили виникнення думок про втрату життєвого сенсу, тоді як 80% таких переживань не відзначали. Наявність подібних думок у п'ятій частини вибірки є клінічно значущим показником депресивного стану, особливо в контексті раніше зафіксованих тривожних симптомів та суїцидальних проявів, зазначених вище.

Аналіз відкритих відповідей щодо причин втрати сенсу життя показав, що ці переживання мають багатофакторний характер. Респонденти пов'язували їх із власною знецінювальною самооцінкою, втратою близьких, самотністю, професійними та економічними труднощами, хронічним стресом, розчаруванням у професії, а також із неможливістю вплинути на трагічні події або врятувати інших. Частина відповідей відображала глибокі екзистенційні конфлікти та почуття провини, що є характерними для депресивних станів із підвищеним суїцидальним ризиком. Водночас значна частка респондентів (79%) утрималася від коментарів, що може свідчити як про емоційне виснаження, так і про труднощі вербалізації власних переживань.

Важливим аспектом є сприйняття алкоголю як засобу емоційної регуляції. Майже половина респондентів (48%) вважають вживання алкоголю єдиним методом «розслаблення», тоді як 52% заперечують таку позицію. Отримані дані вказують на те, що для значної частини опитаних алкоголь виконує функцію основного або домінуючого способу зниження емоційної напруги, що підсилює ризик закріплення залежності та поглиблення депресивних симптомів.

Високий рівень усвідомлення причинно-наслідкового зв'язку між алкоголем і життєвими труднощами підтверджується тим, що 83% респондентів прямо пов'язують власні проблеми з вживанням алкогольних напоїв. Лише 17% не вбачають такого зв'язку.

Це свідчить про сформовану рефлексію щодо негативного впливу алкоголю на якість життя, соціальне функціонування та психічний стан.

Показовим є також рівень самоідентифікації із залежністю. 77% опитаних вважають себе залежними від алкоголю, тоді як 23% заперечують наявність залежності. Така динаміка свідчить про відносно високий рівень усвідомлення проблеми у більшості респондентів, що є важливим прогностичним фактором готовності до лікування та змін.

Загалом, результати демонструють поєднання депресивних переживань, екзистенційної дезорієнтації, високого рівня усвідомлення негативного впливу алкоголю та часткового прийняття власної залежності. Втрата сенсу життя у частини респондентів тісно пов'язана з соціальними втратами, професійним вигоранням і хронічним стресом, а алкоголь у цьому контексті часто використовується як засіб емоційної компенсації. Отримані дані підкреслюють необхідність комплексного підходу, що поєднує лікування алкогольної залежності з корекцією депресивного стану та відновленням життєвих смислів.

Під час анкетування у більшість респондентів зазначили про наявність спроб змінити алкогольну поведінку, однак із вкрай низькою ефективністю цих зусиль. Зокрема, 78% опитаних зазначили, що вже мали спроби припинити вживання алкогольних напоїв, тоді як 22% ніколи таких спроб не робили. Водночас серед тих, хто намагався припинити вживання алкоголю, лише 10% оцінили ці спроби як успішні, тоді як 68% визнали їх неуспішними. Це свідчить про високу частоту рецидивів та недостатню ефективність самостійних або неструктурованих спроб відмови від алкоголю.

Низький показник успішних спроб припинення вживання алкоголю вказує на сформовану залежність із вираженими психологічними та, ймовірно, фізичними компонентами, що потребують професійного втручання. Відсутність спроб у п'ятій частини вибірки може бути зумовлена як запереченням проблеми, так і відсутністю внутрішньої мотивації або віри у можливість змін.

Додатково встановлено, що 63% респондентів стикалися з ситуаціями, коли виникала потреба звернення до наркологічної клініки, що підтверджує суб'єктивне усвідомлення серйозності проблеми. Частота такої потреби варіювала: 36% зазначали її періодично або іноді, 14% - періодично, 9% - часто, а 3% - після кожного вживання алкоголю. Ці показники свідчать про нестабільний перебіг залежності з повторюваними епізодами загострення, які змушують пацієнтів замислюватися про спеціалізовану допомогу. Водночас 37% респондентів не стикалися з потребою звернення до наркологічних служб, що може відображати як нижчу клінічну вираженість залежності, так і механізми заперечення.

Незважаючи на складність перебігу залежності, більшість опитаних демонструють готовність до змін. Так, 79% респондентів заявили про готовність змінити власне ставлення до алкоголю, тоді як 21% не виявляють такої готовності. Високий рівень заявленої мотивації є позитивним прогностичним фактором, однак потребує обережної інтерпретації з огляду на попередні неуспішні спроби припинення вживання.

Аналіз відкритих відповідей щодо чинників, які могли б змінити ставлення до алкоголю, показав значну гетерогенність мотиваційних орієнтирів. Найчастіше респонденти вказували роботу з психологом (36%), що свідчить про усвідомлення психологічної природи проблеми та потреби у фаховій підтримці. Водночас 44% опитаних не змогли чітко визначити фактор, здатний змінити їх ставлення, відповівши «не знаю», що вказує на внутрішню дезорієнтацію, емоційне виснаження та відсутність чітких життєвих орієнтирів.

Інші відповіді відображали переважно зовнішні або пасивні очікування змін, зокрема зміну роботи, зменшення стресу, «спокій і тишу» або відсутність соціального тиску. Частина відповідей свідчить про знецінення проблеми або збереження адиктивних когнітивних установок. Таким чином, попри загальну декларовану готовність до змін, внутрішня мотиваційна структура у значній частини респондентів залишається нечіткою або недостатньо сформованою.

Оцінка впливу алкоголю на власне життя була переважно негативною. 79% респондентів зазначили, що алкоголь негативно впливає на їхнє життя, а ще 15% вказали, що він фактично його зруйнував. Лише 5% не відчувають впливу алкоголю, і 1% вважають його вплив позитивним. Такий розподіл підтверджує високий рівень критичного усвідомлення деструктивних наслідків залежності, що є важливим компонентом мотивації до лікування.

Загалом, результати анкетування демонструють парадоксальне поєднання високого

рівня усвідомлення проблеми та готовності до змін із низькою ефективністю попередніх спроб і розмитою мотивацією. Це свідчить про необхідність не лише інформування пацієнтів про шкоду алкоголю, а й системної медико-психологічної роботи, спрямованої на формування внутрішньої мотивації, навичок подолання стресу та альтернативних стратегій регуляції емоційного стану. Саме комплексний підхід є ключовим для переходу від декларативної готовності до реальних і стійких змін поведінки.

Висновки

1. Проведене дослідження дозволило комплексно оцінити особливості формування, перебігу та усвідомлення алкогольної залежності у досліджуваній вибірці, а також пов'язані з нею психоемоційні, соціальні та поведінкові порушення. Отримані результати свідчать, що алкоголь у більшості респондентів виконує не рекреаційну, а компенсаторну функцію, виступаючи дисфункціональним способом подолання хронічного стресу, емоційного виснаження, втрати життєвого задоволення та психотравматичного досвіду.

2. Одним із ключових висновків є надзвичайно висока поширеність чинників, що сприяють формуванню залежності, зокрема хронічного стресу, соціальної ізоляції, втрат близьких, професійного вигорання та неможливості отримувати задоволення від життя альтернативними шляхами. Початок вживання алкоголю часто припадає на критичні вікові періоди, пов'язані з життєвими кризами та зростанням відповідальності, що підтверджує тісний зв'язок алкогольної поведінки з психосоціальними навантаженнями.

3. Результати дослідження засвідчили високий рівень усвідомлення проблеми серед респондентів: більшість визнають наявність алкогольної залежності, пов'язують власні життєві труднощі з вживанням алкоголю та критично оцінюють його вплив на своє життя. Водночас встановлено виражену диспропорцію між рівнем усвідомлення проблеми та ефективністю спроб її подолання. Незважаючи на численні спроби припинити вживання алкоголю, переважна їх частина виявилася неуспішною, що свідчить про сформовану залежність із високим ризиком рецидивів та необхідність професійного медико-психологічного втручання.

4. Особливо тривожними є дані щодо психоемоційного стану респондентів. У значній частині опитаних виявлено симптоми тривожності, депресивного синдрому, порушення сну, емоційної нестабільності, а також наявність суїцидальних думок і спроб. Поєднання алкогольної залежності з депресивними проявами та суїцидальним ризиком формує надзвичайно вразливий клінічний контингент, який потребує негайної та комплексної допомоги.

5. Важливим є й те, що алкогольна залежність у більшості випадків не є ізольованою проблемою, а поєднується з іншими формами адиктивної поведінки, зокрема тютюнопалінням і, у частини респондентів, вживанням наркотичних речовин. Це ускладнює перебіг залежності, погіршує прогноз та підвищує потребу у мультидисциплінарному підході до лікування.

6. Попри тяжкість клінічної картини, результати дослідження демонструють позитивний потенціал для змін: більшість респондентів декларують готовність переглянути своє ставлення до алкоголю та визнають необхідність психологічної допомоги. Особливо значущим є високий запит на роботу з психологом, що підкреслює усвідомлення психоемоційної природи залежності. Водночас відсутність чітких уявлень про шляхи змін у частини опитаних вказує на потребу у формуванні мотивації, психоосвітній роботі та підтримці процесу прийняття рішень.

7. Отримані результати підтверджують, що алкогольна залежність у досліджуваній групі має хронічний, багатofакторний характер та тісно пов'язана з психоемоційними розладами, соціальними втратами й порушенням адаптації. Це обґрунтовує необхідність системного підходу до діагностики та лікування, який має включати раннє виявлення залежності, інтеграцію наркологічної та психологічної допомоги, корекцію депресивних і тривожних станів, а також формування альтернативних, здорових стратегій подолання стресу. Реалізація таких підходів є ключовою умовою підвищення ефективності медико-психологічного втручання та покращення якості життя осіб із хронічною алкогольною залежністю.

Література/References

1. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 / L. Degenhardt et al. The lancet psychiatry. 2018. Vol. 5, no. 12. P. 987–1012. URL: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30337-7](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30337-7).
2. Global status report on alcohol and health 2018. World Health Organization (WHO). URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>.
3. Kalashnikov V.I., Stoyanov O.M., Oleksyuk-Nekhames A.G., Vastyanov R.S., Oprya Ye.V., Melnik Yu.V. Pathogenetic mechanisms and clinical features of treatment of alcohol neuropathies // International Neurological Journal (Ukraine).2025;21(4):239-247. doi: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.21.4.2025.1182>
4. Koob G. F., Volkow N. D. Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The lancet psychiatry. 2016. Vol. 3, no. 8. P. 760–773. URL: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)00104-8).
5. Alcohol use disorder. Psychiatry.org - Home. URL: <https://www.psychiatry.org/patients-families/alcohol-use-disorder>.
6. ICD-10 version:2016. ICD-11. URL: <https://icd.who.int/browse10/2016/en#F10>.
7. Boden J. M., Fergusson D. M. Alcohol and depression. Addiction. 2011. Vol. 106, no. 5. P. 906–914. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x>.
8. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: a meta-analysis / J. Poorolajal et al. Journal of public health. 2015. Vol. 38, no. 3. P. e282-e291. URL: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>.

Внесок авторів/ Authors' Contribution:

Всі автори зробили рівноцінний внесок у виконання цього дослідження.

Автори заперечують використання штучного інтелекту при написанні статті.

Фінансування/ Funding:

Це дослідження не отримало зовнішнього фінансування.

Заява про доступність даних/ Data Availability Statement

Вся інформація знаходиться у відкритому доступі.

Подяка/ Acknowledgments

Автори висловлюють подяку за сприяння написанню роботи колективу кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету

Конфлікт інтересів/ Conflicts of Interest

Автори заявлять про відсутність конфлікту інтересів.

Використання ШІ/Use of AI.

Автори не використовували ШІ під час написання роботи

Робота надійшла в редакцію 18.02.2026 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

Галицька-Пасічник Н. Р. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ТА ТРАВМАФОКУСО- ВАНИЙ ПІДХІД У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ НА ЗАМІСНІЙ ПІДТРИМУВАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ АГОНІСТАМИ ОПОЇДІВ45	Halytska-Pasichnyk N. R. COGNITIVE-BEHAVIORAL AND TRAUMA-FOCUSED INTERVENTIONS IN THE REHABILITATION OF PATIENTS UNDERGOING OPIOID AGONIST MAINTENANCE THERAPY45
Пилипенко Д. Г., М'якішев О. Є. Перчик А. О., Орловська Л. С. Націнець В. Й., Опря Є. В. Донець О. Ю. АЛКОГОЛЬНА ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК КОМПЛЕКСНА ПРОБЛЕМА В УМОВАХ ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ ...51	Pylypenko D. G., Myakishev O. E. Perchik A. O., Orlovskam L. S. Natsinets V. Y., Oprya Ye. V. Donets O. Yu. ALCOHOL DEPENDENCE AS A COMPLEX PROBLEM IN CONDITIONS OF MARTIAL LAW51
Авраменко А. О., Магденко Г. К. Короленко Р. М., Васюк В. Л. Макарова Г. В. ВПЛИВ ТЮТЮНОПАЛІННЯ НА ФОРМУВАННЯ ЕРОЗИВНО-ВИРАЗ- КОВИХ УРАЖЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ НЕАТРОФІЧНИМ ГАСТРИТОМ З НИЗЬКОЮ КОНЦЕНТРАЦІЄЮ НР-ІНФЕКЦІЇ НА СЛИЗОВІЙ ШЛУНКА61	Avramenko A. A., Magdenko A. K. Korolenko R. N., Vasuk V. L. Makarova G. V. INFLUENCE OF TOBACCO SMOKING ON THE FORMATION OF EROSIVE- ULCERATING LESIONS IN PATIENTS WITH CHRONIC NON-ATROPHIC GASTRITIS WITH LOW CONCENTRATION OF HP INFECTION ON THE GASTRIC MUCOSA61
Нікітін О. Д., Оніс Р. О. МОЖЛИВОСТІ КОМБІНОВАНОЇ ФІТОТЕРАПІЇ СИМПТОМІВ НИЖНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ТА ЕРЕКТИЛЬ- НОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ67	Nikitin O. D., Onis R. O. POSSIBILITIES OF COMBINED PHYTOTHERAPY OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AND ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND CHRONIC PROSTATITIS67
Волянчук А. В., Рожковська Н. М. ОСОБЛИВОСТІ ОВАРІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДІ ПАЦІЄНТОК З ЕНДОМЕТРІОЗОМ ЯЄЧНИКІВ У ПРОГРАМАХ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ79	Volyanyuk A. V., Rozhkovska N. M. FEATURES OF THE OVARIAN RESPONSE OF PATIENTS WITH OVARY ENDOMETRIOSIS IN ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY PROGRAMS79
Бойко А. І., Половинка В. П. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВ- НОСТІ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З КАМЕНЯМИ ПРОКСИМАЛЬНОГО ВІДДІЛУ СЕЧОВОДУ85	Boyko A., Polovynka V. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT IN PATIENTS WITH PROXIMAL URETERAL STONES85
Самойленко Г. Є., Носенко В. М. Самойленко І. Г., Носенко О. М. КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ АНЕМІЇ У ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ТУМЕСЦЕНТНОЇ ЛІПОСАКЦІЇ ВЕЛИКОГО ОБ'ЄМУ91	Samoilenko G. E., Nosenko V. M. Samoilenko I. G., Nosenko O. M. CLINICAL EXPERIENCE IN TREATING ANEMIA IN PATIENTS AFTER LARGE- VOLUME TUMESCENT LIPOSUCTION91