

Міністерство освіти і науки України
ПВНЗ «Міжнародний економіко-гуманітарний університет
імені академіка Степана Дем'янчука»
педагогічний факультет
кафедра психології

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
НА ЗДОБУТТЯ СТУПЕНЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ «БАКАЛАВР»**

**ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ
НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ**

Виконав:

студентка педагогічного факультету
спеціальності 053 «Психологія»

Патрікац Лілія Вікторівна

Науковий керівник:

доктор психологічних наук,
професор Юрченко В.М.

Рецензент:

кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної
психології та психотерапії РДГУ

Сторож О.В.

УДК 159.923

ПАТРИКАЦ Л. В.

**ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ
НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ**

У науковому дослідженні здійснено психологічний аналіз особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років, розглянуті наукові підходи до розгляду поняття «наркозалежності», вивчено особистісні прояви наркозалежності у молоді, проаналізовано шляхи надання психологічної допомоги молоді з особистісними проявами наркозалежності. Автор вдало підібрав психодіагностичний інструментарій для дослідження особистісних проявів наркозалежності. Результати емпіричного дослідження показали, що

при наркозалежності спостерігаються деструктивні особистісні прояви, а саме: тривожність, агресивність, депресивність, роздратування, почуття провини, відчуженість, невпевненість, образливість, безвідповідальність тощо. Автором розроблено і впроваджено програму психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років. За допомогою результатів формувального експерименту автор робить висновок, що при комплексному психокорекційному підході лікування наркозалежності у молоді, враховуючи біологічні, психологічні, соціальні і духовні фактори, то є шанси вирівняти особистісні прояви наркозалежних в площину конструктивності.

Ключові слова: наркозалежність, наркоманія, адиктивна поведінка, особистісні прояви, психоактивні речовини, психокорекційний вплив.

PATRICAC L.V.

**PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF PERSONAL MANIFESTATIONS
OF DRUG ADDICTION IN YOUNG PEOPLE AGED 18-25**

The research conducted a psychological analysis of personal manifestations of drug addiction in young people aged 18-25 years, considered scientific approaches to the concept of «drug addiction», studied personal manifestations of drug addiction in young people, analyzed ways to provide psychological assistance to young people with personal manifestations of drug addiction. The author has successfully selected psychodiagnostic tools for the study of personal manifestations of drug addiction. The results of an empirical study showed that in drug addiction there are destructive personal manifestations, namely: anxiety, aggression, depression, irritation, guilt, alienation, insecurity, resentment, irresponsibility, and so on. The author has developed and implemented a program of psychological correction of personal manifestations of drug addiction in young people aged 18-25 years. With the help of the results of the formative experiment, the author makes a conclusion that with a comprehensive psycho-correctional approach to drug treatment in young people, taking into account biological, psychological, social and spiritual factors, there are chances to align the personal manifestations of drug addicts in the plane of constructiveness.

Key words: drug addiction, addictive behavior, personal manifestations, psychoactive substances, psychocorrective influence.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ	12
1.1. Наукові підходи до розгляду поняття «наркозалежності».....	12
1.2. Характеристика розвитку особистості у юнацькому віці.....	18
1.3. Особистісні прояви наркозалежності у молоді.....	22
1.4. Шляхи надання психологічної допомоги молоді з особистісними проявами наркозалежності.....	27
Висновки до першого розділу.....	33
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ.....	35
2.1. Методика, організація і процедура дослідження.....	35
2.2. Аналіз результатів дослідження.....	45
Висновки до другого розділу.....	61
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ.....	66
3.1. Розробка програми психологічної корекції особистісних проявів наркозалежних у молоді 18-25 років.....	66
3.3. Результати ефективності впровадження програми психокорекційного впливу.....	73
Висновки до третього розділу.....	81
ВИСНОВКИ.....	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	89
ДОДАТКИ.....	97

ВСТУП

Актуальність дослідження. Розвиток нашої країни в умовах сьогодення висуває на передній план глобальну проблему наркотизації молоді. На сучасному етапі розвитку нашого суспільства спостерігається відсутність будь-яких правил моралі, дотримання норм культури, ідеології. Проблемою наркоманії держава займається лише поверхнево, в засобах масової інформації все частіше пропагують не лише алкоголь, а й деякі наркотичні речовини, схвалюють їх легалізацію. Це, в свою чергу, створює сприятливі умови для поширення наркоманії, та суттєве зниження віку залежних.

Вживання наркотичних речовин серед сучасної молоді стає звичним явищем ще тому, що сьогодні наркотики продаються майже відкрито, і навіть поширюються через соцмережі та спеціальні сайти. Окрім того, деякі медичні препарати, в яких містяться наркотичні речовини, вільно відпускаються в аптеках без рецепта. Юнацький вік розглядали у працях наступні вчені: Б. Г. Ананьєв, Л. В. Бернацька, О. Ю. Дроздов, Ю. Д. Іщенко, І. С. Коң, С. Л. Кравчук, А. Е. Мелоян, С. Г. Шебанова та інші. Цим пояснюється важливість організації та підтримки всебічного розвитку особистості саме в цьому віці, коли людина починає будувати свій життєвий шлях.

Залежність від психоактивних речовин є однією з найбільш давніх загальнолюдських проблем. Ця хвороба вражає не тільки тіло, але і всі рівні особистості людини. З огляду на, етіологічні і патогенетичні механізми розвитку залежності, її лікування є складним процесом, що являє собою сполучення різних методів впливу: медикаментозного, психотерапевтичного, соціального і духовного. Лікування наркозалежності вимагає спільних зусиль лікарів, психологів, соціальних працівників, представників духовності, а також виняткову роль відіграють залежні наркомани, що видужали і мають власний досвід, знають проблему «зсередини».

Як повідомляють експерти ВОЗ, проблема вживання наркотичних речовин дуже поширена в країнах СНД. У нашій країні зловживання адиктивними речовинами (речовинами, що викликають залежність), набуло характер епідемії. Це потребує невідкладного втручання для зменшення шкоди від цього явища. Однак відповідних фахівців у цій справі досі недостатньо.

Проблематика наркозалежності та її корекція займає істотне місце у психологічній науці. Залежно від позиції автора, проблема наркоманії розглядається як психологічна (В. С. Бітенський, О. Лічко,), особистісна (С. В. Березін, К. С. Лісецький, В. Д. Менделевич), соціальна (Дж. А. Соломзес, Г. Соколовський, В. Чеурсан) або медична (М. А. Винників, М. М. Іванець,).

Відзначається загальна низька розробленість проблем наркоманії та наркотизму, наявні психологічні дані неоднорідні і суперечливі за характером, а кореляти вживання наркотиків часто плутають з їх причинами. Не дивлячись на різноманіття концепцій, теорій та практик, в літературі поки не представлено системного опису психологічної залежності. Крім того, присутня термінологічна невизначеність щодо поняття залежності і її профілактики, на що, вказують багато вчених (С. В. Березін, А. Ю. Єгоров, М. М. Іванець, О.Є. Лічко, В. М. Менделевич та ін.).

Практично всі автори, що описують особливості особистості наркозалежних, відзначають їх інфантилізм. Психіка людей, залежних від наркотичних речовин, зберігає риси, якості та особливості, притаманні дитячому віку, для якого характерні незрілість емоційно-вольової сфери, що знаходить своє відображення в несаможиттєвості рішень та дій, почутті незахищеності, заниженою критичності по відношенню до себе, підвищеної вимогливості до турботи інших про себе і т.д. Цей факт неодноразово був підтверджений даними емпіричних досліджень (С. В. Березін, С. В. Кривцова, К. С. Лісецький, Є. В. Литягіна, Д. Д. Козлов, М. Ю. Самікіна, М. Є. Серебрякова, О. В. Соболева, О. В. Сухарев та ін.).

Тому профілактика наркотизму необхідно повинна бути пов'язана з проблемою дорослішання особистості, як основний у подоланні залежності.

Проблемі аналізу соціально-психологічних факторів, що впливають на наркозалежність людини, присвячені дослідження В. С. Бітенського, В. В. Гульдана, О. Є. Лічко, І. А. Романової, Б. Г. Херсонського та інші. Психологія наркотичної залежності та співзалежності вивчалася такими вченими, як С. В. Березін, К. С. Лисецький, Є. А. Назаров.

У сучасних дослідженнях, спрямованих на вивчення причин наркотизації, значне місце приділяється аналізу соціально-психологічним чинникам (В. С. Бітенський, В. В. Гулдан, О. Є. Лічко, А. Л. Романова, Б. Г. Херсонський).

Зокрема проблемою класифікації механізмів психологічного захисту у наркозалежних займались: Є. Л. Доценко, Р. Лазарус, В. М. Мельников, Р. Плутчик, Л. Ю. Суботіна та інші.

Більшість робіт з проблем наркозалежності фокусуються або на окремих моментах даної проблеми, або розглядаються досить фрагментально. Справедливо зазначити, що на сьогоднішній день практично відсутні системні дослідження ряду соціально-психологічних особистісних структур, найбільш тісно пов'язаних з характеристикою наркозалежної особи.

Сучасні дослідження вітчизняних авторів показують, що проблема наркоманії повинна розглядатися і як фізіологічна проблема, і як проблема особистості, яка вдається до використання наркотичних речовин в конкретній соціальній ситуації (Н. А. Сироти, С. О. Шеїна, Т. Л. Чугунова, В. М. Ялтинський та інші).

Вже багато років наркоманія є серйозною проблемою сучасного світу. З кожним роком наркотичні речовини стають дедалі небезпечнішими і важчими, звикання до них стає швидшим, а наслідки більш катастрофічними. На наших вулицях з кожним днем все більше синтетичних речовин, які несуть незворотні наслідки для організму людини. Вік сучасного наркомана

все зменшується, це стає не тільки особистою проблемою, а й проблемою для нації. Сучасний наркотик не залишає шансів, і за найкоротші терміни завдає колосальної шкоди фізичному та емоційному здоров'ю людини; руйнує центральну нервову систему, клітини головного мозку, що може привести до вторинних психіатричних діагнозів і незворотніх наслідків. Таким чином, даний аспект зумовив вибір теми нашого наукового дослідження: **«Психологічна корекція особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років».**

Об'єкт дослідження – особистісні прояви наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

Предмет дослідження – психологічна корекція особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

Мета дослідження – здійснити теоретичний аналіз і емпірично дослідити рівень розвитку особистісних проявів наркозалежності у молоді та розробити шляхи психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

В основу дослідження покладена наступні **гіпотези**:

1. При наркозалежності спостерігаються деструктивні особистісні прояви, а саме: тривожність, агресивність, депресивність, роздратування, почуття провини, відчуженість, невпевненість, образливість, безвідповідальність тощо.

2. При комплексному психокорекційному підході лікування наркозалежності у молоді, враховуючи біологічні, психологічні, соціальні і духовні фактори, то є шанси вирівняти особистісні прояви наркозалежних в площину конструктивності.

Відповідно до мети та гіпотез дослідження ми визначили такі **завдання**:

1. Розглянути теоретичні засади дослідження психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

2. Емпірично дослідити рівень розвитку особистісних проявів

наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

3. Розробити і впровадити програму психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

Для розв'язання поставлених завдань та перевірки гіпотез ми застосували комплекс **методів**: теоретичні – узагальнення, моделювання; емпіричні – тестування: 1. Опитувальник діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. К. Осницького). 2. Опитувальник РСК (рівень суб'єктивного контролю) модифікація Е. Ф. Бажина, Є. А. Голинкіної, А. М. Еткінда. 3. П'ятифакторний опитувальних особистості 5PFQ. 4. Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту ЛОБІ; статистичні – непараметричний статистичний метод відмінностей для залежних вибірок Т– критерій Вілкоксона з наступною якісною інтерпретацією та змістовим узагальненням.

Статистичний аналіз даних та графічна презентація результатів здійснювалися за допомогою комп'ютерного пакету статистичних програм SPSS (версія 17.0).

Методологічною та теоретичною основою дослідження стали загальні принципи психологічної науки. У дослідженні наркотичної залежності ми спиралися на підходи таких вчених як Л. М. Барденштей, О. Ж.Бузик, Є. А. Брюн, С. В. Зінов'єв, Н. Н. Іванець, Б. Д.Карвасарський, Г. Корвін, Л. М. Литвинчук, С. В. Люїз, І. Н. П'ятницька, А. Т. Сазонов, К. С. Фрідман Л. А. Чистякові та інші.

Важливі наукові розробки стали у дослідженні феномену адикції (залежності) наступних авторів: зарубіжних: Е. Берн, Л. Вёрмсер, Ст. Гроф, Г. Кристал, А. Менегетті, Н. Пезешкіан Е. Ханзян та інші, і вітчизняних дослідники: В. Ю. Александрова, Н. Н. Апетіка, Б. С. Братуся, Н. П. Бурмака, В. Я. Гіндкіна, В. Ю. Зав'ялова, О. Є. Івашко, Т. В. Кириченка, Н. Ю. Максимової, М. Н. Овчинникової, Т. В. Кимира, С. В. Ціцарева та ін.

У вивченні агресії ми спиралися на підходи таких вчених як (А. Басс, А. Бандура, С. Берковіц, К. Лоренц та ін.).

У розробці психокорекційної програми щодо подолання наркозалежності у молоді ми спиралися на такі роботи зарубіжних і вітчизняних науковців як: К. Додж, А. Я. Віліс, А. А. Габіані, Я. І. Гілінський, Н. А. Голярдник, М. Каплан, Л. М. Литвинчук, А. Патерсон, М. М. Райської, В.М. Рибачук, А. І. Стаценко, Г. Е. Сухаревої, Р. Хусман та інші.

Організація та емпірична база дослідження. Дослідження проводилось з наркозалежною молоддю віком 18-25 років (реабілітантами) на базі Наркологічного Центру: детоксикація і реабілітація - «Реабілітаційний Центр «12+»» м. Рівне. До дослідження було залучено 50 осіб: 8 дівчат та 42 хлопця. Вік даних реабілітантів був в межах 18-25 років, з тривалістю наркотичної залежності від 1 до 10 років. Дослідження проводилось індивідуально, в комфортних умовах та за особистою згодою досліджуваних.

Наукова новизна. Дослідження психокорекції наркозалежних не є поширеним явищем і як наслідок, не є повністю вивченим. Тому, дослідження у цьому напрямку має важливе значення як для науковців, які займаються питанням корекції наркозалежності, так і для самих реабілітантів, для роботи над собою. Наукова новизна отриманих результатів виявляється у тому, що досліджено вплив психологічної корекції на особистісні прояви наркозалежних у молоді 18-25 років з метою вирівнювання їх особистісного потенціалу у фокус конструктивності.

Теоретична і практична значимість роботи полягає в: уточненні сутності поняття «наркозалежність», розкритті особистісних проявів наркозалежності у молоді; розробці шляхів надання психологічної допомоги молоді з особистісними проявами наркозалежності. Розгляд даної теми надасть можливість проаналізувати методи корекції та її вплив на особистісні прояви наркозалежних у віці 18-25 років, що в свою чергу розширить межі кращого розуміння проблеми наркозалежності та її важливості для сучасного суспільства. Дане наукове дослідження допоможе покращити процес лікування залежності.

Апробація результатів дослідження. Головні положення роботи дістали своє відображення в публікації автора, доповідалися й обговорювалися на науково-практичній інтернет-конференції з міжнародною участю «Сучасні тенденції соціально-гуманітарного розвитку України та світу» (Випуск 31).

Публікації. Результати дослідження відображено у одній науковій публікації, яка представлена у матеріалах виступів на науковій конференції.

Структура роботи. Наукова робота присвячена вивченню психологічної корекції наркозалежності у молоді 18-25 років. Складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел, що налічує 75 найменування та 5 додатків. Основний зміст роботи викладений на 88 сторінках друкованого тексту і включає 6 таблиць і 2 рисунка. Повний обсяг наукової роботи складає 163 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ

1.1. Наукові підходи до розгляду поняття «наркозалежності»

Нажаль в Україні з кожним роком зростає кількість людей, які вживають наркотичні речовини, що збільшує рівень злочинності, ВІЛ захворювань і розпад сімейних цінностей.

На зламі багатьох соціальних і економічних ситуацій в житті особливого значення набувають ті аспекти особистості, що визначають механізми формування структур її індивідуальної свідомості. Досліджуючи поняття «наркотичної залежності» зустрічаємось із тим, що існують певні термінологічні труднощі, що стосуються розкриття даного поняття. Оскільки відсутнє точне розуміння важливих аспектів цього явища. Наприклад, як і чому виникає наркотична залежність, що сприяє вживанню наркотичних речовин. Існують різноманітні підходи до вивчення проблеми наркотичної залежності, таких як медико-біологічний, психологічний, соціальний – і кожен з них робить свій ґрунтовний внесок в пояснення адиктивних порушень [45].

Прогресивно наростаючі вимоги соціального середовища, соціально-економічна криза викликали появу масових станів психоемоційного напруження, збільшення форм саморуйнівної поведінки, на перше місце з яких вийшла наркотизація, а також різні види зловживання психоактивними речовинами (ПАР), як зазначає О. О. Доля [14].

Питання наркотичної залежності розглянуто в дослідженнях наступних науковців: Л. М. Барденштей, О. Ж.Бузик, Є. А. Брюн, С. В. Зінов'єв, Н. Н. Іванець, Б. Д. Карвасарський, Г. Корвін, С. В. Люїз, І. Н. П'ятницька, А. Т. Сазонов, К. С. Фрідман Л. А. Чистяков та інші [16; 20; 26; 27; 45; 55].

Зазначені вчені констатують, що існує термінологічний зсув при позначенні одурманюючих, п'яних засобів. Тому препарати, які вживають молоді люди з метою отримання ейфорії і зміни психічного стану, нерідко називають терміном «психоактивні речовини» - (ПАР), а термін «наркотик» (від грец. *narcoticus* – заколисливий) вживається вузько у ситуації поширення зловживання стимулюючими речовинами, так як ефект стимуляторів поняттю «наркотик» прямо протилежний. З цього випливає, що наркотиками можна називати лише незначну частину речовин та препаратів, що використовуються для одурманення.

Варто здійснити аналіз поняття «адикція», так у короткому психологічному словнику адикція (залежність) визначається як «нав'язлива потреба в певній діяльності. Даний термін вживається для таких явищ як залежність від ліків. Слово «наркоманія» застосовується і до нехімічних залежностей, таких як ігроманія, шопоголізм, психогенне переїдання, гіперрелігіозність і т. ін. [60, с.147]. В енциклопедичному словнику «адикція» визначається як специфічний відхід від дійсності в результаті сп'яніння від алкоголю, наркотиків, меломанії, азартних ігор (карт, рулетки, комп'ютерних ігор тощо). [74, с. 125]. В медичному тлумачному словнику «адикція» має таке значення як: «стан залежності, що розвивається в результаті звикання до того чи іншого лікарського препарату..., стан фізичної залежності, що спричинений прийомом таких речовин як морфін, героїн або алкоголь, стан психологічної залежності, що є результатом прийому таких лікарських препаратів, як барбітурати...». [55, с. 101]. Отже, поняття «адикція» окреслює стан фізичної та психологічної залежності, відхід від реальності за допомогою вживання певних речовин чи специфічної діяльності.

Феномен адикції (залежності) від будь-якої психоактивної речовини - це фактично саморуйнівна поведінка, яка закономірно призводить до незворотних змін психіки, дисфункціям внутрішніх органів і систем, а також до деградації особистості. Дослідженням проблеми адиктивної поведінки

займалися багато вчених: як зарубіжні: Е. Ханзян, Л. Вёрмсер, Г. Кристал, Е. Берн, Ст. Гроф, А. Менегетті, Н. Пезешкіан і ін., так і вітчизняні дослідники: В. Ю. Александрова, Н. Н. Апетік, Б. С. Братусь, Н. П. Бурмака, В. Я. Гіндкін, Н. Е Завадська, В. Ю. Зав'ялов, О. Є. Івашко, Т. В. Кириченко, Н. С. Курек, І. П. Лисенко, Н. Ю. Максимова, Е. С. Меньшикова, М. Н. Овчинникова, Т. В. Кимир, С. В. Ціцарев, О. Т. Середніченко [14; 32; 37; 38].

Слід зауважити, що у вітчизняній офіційній наркології, наркоманією вважалася група захворювань, яка викликається систематичним вживанням наркотичних речовин та проявляється у змінах реактивності психіки, фізіологічної залежності та інших психологічних і соціальних явищах [1-3].

Сучасні дослідження вітчизняних авторів показують, що проблема наркоманії повинна розглядатися і як фізіологічна проблема, і як проблема особистості, яка вдається до використання наркотичних речовин в конкретній соціальній ситуації (С. О. Шеїна, Т. Л. Чугунова, В. М. Ялтонський, Н. А. Сироти) [14].

За визначенням ВООЗ: «...наркоманія – це стан періодичної чи хронічної інтоксикації, шкідливої для людини та суспільства, що спричинений вживанням наркотику. Умови, за яких особу слід вважати наркоманом: а) непереборний потяг до наркотичного засобу; б) толерантність, що поступово зростає; в) неможливість утриматися, оскільки психічно і фізично людина настільки залежить від цієї отрути і її дії, що раптове припинення (абстиненція) викликає фізично важкий і психічно нестерпний стан...» [68].

Слід зазначити, що в медико-психологічній літературі [1; 26] розрізняють: 1) наркоманію як захворювання, що проявляється як «потяг до постійного прийому із поступовим зростанням кількості наркотичних засобів через виникнення стійкої психічної і фізичної залежності із розвитком абстиненції в разі припинення вживання»; 2) наркотизм або періодичну наркотизацію як епізодичне або помірне вживання речовин наркотичного чи

стимулюючого характеру [55; 69]. А в клінічному розумінні наркотизація – це «...вид індивідуальної поведінки, спрямованої на досягнення стану сп'яніння за допомогою вживання наркотиків та інших психоактивних речовин. Наркотизація може бути проявом як соціально-ситуативної поведінки, так і залежності...» [72, с. 166-178].

Як описав О. О. Доля: «...Б. С. Братусь в дослідженнях аномалії особистості зазначає, що **наркозалежність**, що має в якості сенсотворчої цінності наркотичний засіб, в ході свого розвитку неминуче нав'язує суб'єкту систему специфічних особистісних смислів, які визначаються характерними особливостями наркотичного засобу в якості мотиву різних актуальних потреб. У міру закріплення наркоманізації як способу задоволення актуальних потреб система породжуваних наркозасобів особистісних смислів набуває стабільність, ригідність, стійкість, перетворюючись в систему специфічних установок особистості...».

Так, зауважуємо, що як прояв залежності наркотизація виступає осьовим симптомом захворювання «наркоманія». Дане захворювання характеризується певною сукупністю симптомів та синдромів, і також медичними наслідками, особистісними змінами та асоціальною поведінкою [1; 69; 70]. Отже, наркоманія є психічним захворюванням, що є результатом систематичного вживання наркотиків.

Дослідження І. Н. П'ятницької показали, що ще до зловживання наркотиками багато хворих виявляли ознаки психопатій, акцентуацій характеру, органічного ураження мозку, алкоголізму, шизофренії тощо. При цьому, зазначається, що наркоманами частіше стають ті особи, які через конституціональну схильність під час прийому наркотиків відчували суб'єктивно приємні відчуття [55]. Як вказують Бласксон та Голдстейн у наркозалежних існує преморбідна обтяженість як неврозами та психопатіями, так і афективними розладами, латентними формами ендогенних захворювань [45; 55].

Дослідники профілів ММРІ і інших опитувальників теж стверджують,

що наркоманія є наслідком наявної психопатології. На думку І. Маєрса та Р. Брауна невротики-наркомани застосовують наркотики, щоб втікти від тих почуттів, які зазвичай пригнічують.

Як зазначають дослідження провідних напрямків: соціологічного, біхевіористського, психоаналітичної теорії, гештальт, когнітивної психології та інші, проблема хімічної адикції пояснюється як форма адаптації до складних життєвих реалій, результат проблем дитинства, зокрема батьківської деривації, непродуктивний стиль життя особистості тощо. В соціологічній концепції Р. Мертонна наркотизм розглядається як форма адаптації, що виявляється через втечу від дійсності, коли людина заперечує цілі і засоби для їх досягнення, що соціально схвалюються. Схожу позицію віддзеркалює біхевіористська теорія виникнення залежності від вживання психоактивних речовин. Так, споживання психоактивних речовин дає тимчасовий підкріплюючий ефект в випадках станів стресу, нервового напруження, відсутності хорошого настрою, втоми, особистого горя та болю. Дана теорія заснована на можливості формування певних форм поведінки на відповідь під час дії специфічних стимулів. [33; 35; 36]. Таким чином, вживання наркотичних речовин стає «парадоксальною» формою адаптації до соціального середовища, так би мовити формою захисту від життєвих проблем, засобом долання стресу, втоми тощо.

Якщо розглядати наркозалежність з точки психоаналізу, то бачимо, що особа прагне позбутися тривоги вживаючи ПАР. Вона не усвідомлює витоків відчуття тривоги і вдається до зовнішніх засобів її нівелювання. Заперечення як механізм психологічного захисту стає важливим у розвитку хімічної залежності, зокрема особа, яка вживає такі речовини, довгий час може не усвідомлювати їхньої шкоди. Заперечуючи факт залежності, особа витісняє негативні почуття, замінюючи душевний конфлікт штучними засобами З.Фрейд [10].

З точки зору М. Кляйн, К. Хорні наркозалежність виникає у тих випадках, коли людині важко встановлювати контакт з іншими, комунікувати

на рівних, відчуття новизни, придушення несамотійності, депресивності і замкнутості тощо. Тому, вживання наркотичних речовин має глибинно-психологічну зумовленість, детермінантом якої є батьківсько-дитячі відносини. Порушення взаємин між дитиною і батьками спричиняє відчуття базальної тривожності, що з часом може призвести до виникнення оральної фіксації [10; 27].

З позиції гештальт-психології науковці пояснюють наркозалежність як пошук природного гомеостазу деструктивними способами через вживання ПАР, що створюють ілюзію гармонії. Тому вживання наркотичних речовин пов'язується із саморуйнівною поведінкою, що виникає внаслідок нерозв'язаних конфліктів. Отримання внутрішнього спокою за допомогою ПАР і стає ілюзорним способом вирішення внутрішнього конфлікту.

Щодо когнітивного напрямку, то варто зазначити, що представники його У. Роджерс і М.І. Розеншток розглядають наркозалежність через вплив сприймаючих особою витрат та вигод. В рамках даного підходу найбільш істотний вплив на ухвалення особою рішення вживати наркотики має очікування та установка щодо наркоспоживання [6; 55; 69; 45]. Гуманістичний напрямок розглядає особистісний сенс наркотизації, який полягає у доступі до психологічних ресурсів, що полегшують міжособистісну комунікацію, самоактуалізацію, вивільнення творчої енергії особистості тощо. Відомі представники діяльнісного підходу Р. А. Лурія, В. Н. Мясіщев наголошували, що вживання наркотичних речовин залежить від культурного і соціального рівня особистості. На їх думку, сприйняття хвороби самим хворим є суб'єктивним та залежить від психологічних особливостей суб'єкта, ментальних і культурних характеристик [48].

Таким чином, можемо відзначити, що жодна з існуючих моделей адикцій не є цілком задовільною для пояснень та досліджень полярності позицій здорова і не здорова особистість, конструктивна та деструктивна тенденція конкретної особистості.

Емпіричні дослідження О. О. Долі показали: «...До основних факторів

формування **наркозалежності** відносять: недостатню соціальну адаптацію, особистісні особливості людини (низький культурний рівень, установки особистості, змістотворних цінності, порушення емоційної сфери) і ситуативні чинники. Аналіз результатів діагностики особистісних характеристик наркозалежних визначив домінуючі мотиви споживання наркотиків, з яких найбільш виражені, атарактичних мотиви і адиктивні мотиви. У більшості випробовуваних виявлено низький рівень вольового самоконтролю і свідомості життя. Для досліджуваних виявилось характерним використання копінг-стратегії «Втеча-уникнення» і високий рівень мотивації до уникнення невдач...» [14].

На сьогоднішній день не існує загальної психологічної теорії адикції, оскільки наявні наукові уявлення є недостатніми в розгляді питання особистості і детермінант її поведінки, тому для всебічного вивчення внутрішньої картини хвороби необхідно розглядати її в більш широкому контексті, враховуючи також ставлення особистості до тих сфер свого функціонування, на які може вплинути як сам факт захворювання, так і відношення соціуму.

1.2. Характеристика розвитку особистості у юнацькому віці

До характеристик розвитку особистості у юнацькому віці відносять старший юнацький або студентський вік (17-23 років) як спеціальний об'єкт психолого-педагогічних досліджень виділений порівняно недавно (у 70-і роки ХХ століття), коли інтенсифікувалися дослідження у галузі педагогіки та методики викладання в вищій школі [34].

Зокрема, для України портрет сучасного молодого покоління, який створений за даними соціологічних досліджень, висвітлює певні типові риси:

А. Молодь в цілому має бажання вчитися та набувати вищої освіти, що дає можливість більш упевнено почуватися у житті, саморозвиватися і

самореалізовуватися;

Б. Вона вирізняється зниженням культурних запитів та нехтуванням ціннісних орієнтацій і певною кризою ідеалів і втратою духовних орієнтирів (О. О. Яременко, М. П. Лукашевич та ін.);

В. Молодь стала більш прагматичною та самостійною в своїх діях. Вона більше покладається на власні сили і можливості, а не на державу чи будь-кого іншого в вирішенні власних проблем. Значно зменшуються патерналістські орієнтації;

Г. Молоді люди мають у цілому досить низький рівень соціальної активності, участі у діяльності політичних партій та громадських організацій. Даний процес відбувається на тлі достатньої активності невеликих груп молодих людей, які зорієнтовані на політичну діяльність.

Водночас юнацькамолодь має свою специфіку. Юнацтво є в першу чергу особливий віковий період, період переходу «від старшого шкільного віку до дорослості», місток між дитинством і дорослим життям. Цей період характеризується настанням психологічної та фізичної зрілості. Проте особистісне формування молодого людини відбувається досить складно, має свої протиріччя та труднощі, які необхідно урахувати у навчально-виховному процесі [34].

В ранній юності, який притаманний старшому шкільному віку і початку студентського життя, зі сторони фізичного розвитку згладжуються ті диспропорції, які характерні для підлітків. У основному завершується статеве дозрівання, загальний темп росту сповільнюється, однак зміцнення фізичних сил та здоров'я продовжується. Роки юнацтва характеризуються глибокими емоційними переживаннями та першим коханням і студентською дружбою, які нерідко накладають справжній відбиток на все життя. Тому у цьому сенсі перед педагогами вищої школи постає проблема обережного та надзвичайно тактовного відношення до почуттів вихованців та у той же час необхідністю гендерної просвіти, виховання почуття відповідальності за своє майбутнє.

Так, розвиток емоційно-почуттєвої сфери та свідомості студентів

здійснює значний вплив на вольові процеси і перебіг вольових актів, де першочергового значення набуває обдумування певних своїх дій та усвідомлення їх наслідків. Варто зазначити, що для розвитку особистісних рис юнацтва великого значення набувають їх внутрішні чинники, а саме цілі, мотиви, установки та ідеали [34].

Соціолог В. Шубкін дослідив, що вік від 17 до 25 років доленосним. Тому що саме в цей період найсприятливіший для формування багатьох психічних функцій та розвитку інтелектуальних можливостей особистості. Він зазначає, що юнацький організм має високу працездатність та високий рівень активності і витривалості. Іноді це призводить до дещо ейфоричних, ілюзорних уявлень про невичерпність та безмежність такого стану, що може стати причиною нераціонального та безцільного і безплідного витрачання фізичних і духовних сил [50].

В студентські роки формуються характер та світогляд молодої людини. Саме в цей період відбувається формування самосвідомості юнака, його здібності до прийняття відповідальних рішень та потреби емоційної близькості, коли цінності дружби та кохання стають визначальними. В період юності відбувається формування: самосвідомості, як цілісного уявлення про себе та емоційного ставлення до власного «Я»; світогляду, як системи поглядів та знань, переконань, власної життєвої філософії; індивідуальності, що знаходить прояв в створенні власних теорій сенсу життя, кохання, щастя тощо.

В період юності становлення самосвідомості, світогляду і самоствердження індивідуальності відбувається за наступними напрямками:

- а) усвідомлення неповторності часу та розуміння необхідності завершення свого існування, що спонукає до роздумів і над проблемами життя і смерті;
- б) рефлексії, самоаналізу внутрішнього світу, а також виникнення почуття власної неповторності, індивідуальності, несхожості на інших тощо;
- в) формування цілісного уявлення про самого себе та ставлення до себе.

Самооцінка розпочинається з аналізу свого тіла і зовнішності, її

привабливості, а потім вже відбувається оцінка моральних, інтелектуальних, вольових якостей; г) суперечності студентського віку і шляхи їх розв'язання;

д) усвідомлення сексуальної чуттєвості.

За дослідженнями Б. А. Бараша у студентському віку притаманна кризова насиченість. Вікова криза характеризується різкими і суттєвими психологічними зрушеннями і змінами особистості, розвиток набуває бурхливого стрімкого характеру. Ознаками кризи є такі: а) загострення рольових конфліктів «студент і викладач», «студент і студент»; б) ціннісно-сміслова невизначеність, неструктурованість особистості; в) сильна фрустрація, із-за якої виникають сильні переживання незадоволеної потреби; г) інфантильність або пияцтво, сексуальна розпуста, вживання наркотиків [10].

В студентські роки розрізняють нормативну кризу, яка переборюється у період адаптації до навчання у ВНЗ. Однак ця криза може набувати зтяжнього характеру, а саме труднощі не вирішуються і відкладаються на потім через небажання їх розв'язувати. Також у студентів можуть виникати негативні почуття від необхідності відвідувати заняття і критичне ставлення до викладачів та конфлікти з товаришами. Найбільш кризовими ситуаціями студентського віку виділяють наступні: а) криза професійного вибору; б) криза залежності від батьківської сім'ї; в) криза інтимно-сексуальних стосунків; г) кризові ситуації в навчально-професійній діяльності.

Л. Г. Подоляк переконана, що криза може виникнути і на старших курсах. Головна проблема юнацтва – це побудова планів на майбутнє, але все обмірковується з максималістських позицій, так як все має бути найкращим, унікальним, неповторним (усе або нічого). Часто кризовою є також ситуація працевлаштування після закінчення вищого навчального закладу. У умовах сьогодення, багато випускників, не пов'язують своє майбутнє з обраною професією. До того ж ця серйозна проблема ще більше посилюється у умовах економічної скрути та відсутності стабільного ринку праці і падіння

соціального престижу праці загалом [34].

Як зовнішнє, так і внутрішнє життя юнаків є насичене і багате на переживання, яке сповнене протиріччями: дружба і самотність; критичність і самокритичність; сором'язливість і самовихваляння; самовідданість і егоїзм тощо. Серед суперечностей юнацького віку особливо важливу роль має криза ідентичності, яка пов'язана зі системою «Я». Так, ідентичність – це стійкий образ «Я», це збереження та підтримка своєї особистісної цілісності, тотожності, це нерозривності історії свого життя та власного «Я». Сутність кризи ідентичності можна обґрунтувати так: відбувається зіткнення цінностей, які інтеріоризовані у ранній юності, з тими, які формуються під час навчання в вищій школі через ідентифікацію себе із професійною моделлю. Е. Еріксон писав, що юнак наповнений бажанням злитися з ідентичністю інших та водночас уперто і наполегливо відстоює свою ідентичність, її неповторність та самобутність. Вся складність в тому, що людина у цей період амбівалентна, у неї з'являються суперечливі почуття, які можуть виникати навіть щодо однієї і тієї ж людини [10].

Аналіз літератури розкриває, що юнаки, коли усвідомлюють зміни, які відбуваються у них і дякуючи рефлексії переборюють кризу ідентичності. В студентів має бути свій визначальний погляд, своя думка, а також свої оцінки, погляди на різні життєві ситуації, своє ставлення та свій власний вибір життєвого спрямування. Однак, розквіт інтелектуальних та фізичних сил, зовнішньої привабливості в деяких юнаків створює ілюзію легкості досягнення будь-яких цілей і тоді виникає необміркований нігілізм, категоричність оцінок, недовіра до старших та дорослих.

1.3. Особистісні прояви наркозалежності у молоді

При вживанні психоактивних речовин сучасною молоддю можемо спостерігати різноманітні порушення психіки, а саме особистісних структур на рівні поведінковому, когнітивному і емоційному.

Так, на думку провідних дослідників (Г. М. Ентін, Д. Повел Н. Кле та інші), для резистентного перебігу наркоманії характерні такі прояви як: схильність до підозрливості та образ, недовірливість, неадекватне сприйняття світу, жорсткість, злостивість. ригідні установки до зовнішніх впливів, перенапруження психічних процесів, замкнутість, відчуженість, виражена анозогнозія [45]. За дослідженнями С. П. Косарева, варто відзначити наявність наступних проявів у залежних осіб: вторинна психопатизація, псевдоаутистичні реакції з відчуженням, апатією, замкнутістю, порушення у сфері мотивації, емоційного реагування, вольової регуляції, деградація тощо [39; 40; 41].

Дослідження таких науковців як Ю. П. Сиволап, Н. Н. Іванець, М. Л. Рохліна показують, що у осіб з опіоїдною залежністю спостерігаються наступні розлади: 1) розлади невротичного спектру; 2) мотиваційні та особистісні порушення; 3) афективні розлади; 4) порушення харчової поведінки [13; 20; 62]. Наявні типові для синдрому відміни порушення сну, дратівливість, млявість, тривожно-фобічні, тривожно-іпохондричні, астено-депресивні розлади [20]. Також автори зазначають, що у ранньому постабстинентному періоді спостерігаються найбільш часті дисфоричні розлади, при більш тривалому терміні утримання від наркотизації може спостерігатися депресія. Серед особистих порушень можна спостерігати акцентуації характеру, рідше – розлади особистості [56; 57]. Також із формуванням залежності відбувається загострення характерологічних особливостей, яке потім змінюється їх нівелюванням. Для опіоїдної залежності характерні невротичні розлади (надмірна тривожність, емоційна вибуховість, агресивність, неврастенія тощо), відсутність соціальної мотивації, труднощі у підтриманні соціальних зв'язків, емоційних відносин, булімія, анорексія, втрата сну, дратівливість, апатичність тощо.

Формування залежності змінює соціальну орієнтацію особистості, знижує продуктивність пізнавальних процесів [37; 38], спричиняє виникнення емоційно-вольових порушень та патологічних особистісних змін,

які, у свою чергу, накладають відбиток на клінічні особливості захворювання, визначають специфіку терапевтичного та психотерапевтичного підходів, впливають на якість ремісій (А. Н.Ланда, Р.Лайбов, А. А. Козлов, М. Л. Рохліна) [37].

Наукові спостереження таких науковців як В. М. Аліна, Г. В. Кузнецова, А. Н. Ланда виділили наступні особистісні порушення, які відбуваються у залежних особистостей. До них належить: серйозні порушення когнітивної сфери, низький рівень знань, мала вираженість інтелектуальних інтересів (крім осіб з початково високим рівнем інтелекту), відволікання, відсутність переживання невдачі, порушення зорової пам'яті та зорово-просторової координації, труднощі засвоєння нового матеріалу тощо. Варто виділити і наступні особистісні зміни, до яких належать зміни іпохондричного типу, що проявляються тривогою, фіксацією на своєму соматичному стані, що зазвичай полегшується наркозалежними за допомогою ПАР [45].

Таким чином, залежність впливає на емоційну та когнітивну сфери особистості, зумовлюючи ригідність мислення, порушення пам'яті, мислення, уваги, труднощі у плануванні майбутнього тощо.

Однак, не всі науковці погоджуються з певними особистісними порушеннями у наркозалежних, спираючись на те дивлячись які саме вживає особа ПАР і які можуть бути наслідки від такого вживання. Так фіксуємо, що є такі симптоми як: знижується, збільшується стомлюваність, планомірна психічна діяльність утруднюється елементи інтелектуально-мнестичного зниження, і є астенія, пригальмовування всіх пізнавальних процесів, емоційна нестабільність тощо.

У своїх дослідженнях С. С. Корсаков, підмітив що «в психічній сфері стають помітними легковажність, схильність до брехливості, особливо по відношенню до величини дози морфію, моральне розбещення, зменшення енергії та обмеження інтересів. Під кінець залежні люди стають нездатними до жодної роботи, слабшають розумово; нерідко в кінці спостерігаються

епілептичні напади, в яких і закінчується життя...» [31; 56]. Слід зазначити що майже всі дослідники відзначали про те, що тривала хронічна інтоксикація опіоїдами призводить до зміни особистості в основному в емоційно-вольовій сфері. Ці зміни особистості відбуваються у бік зниження самоконтролю, моральних якостей (брехливість, розбещеність, агресивність), зміни інтересів, їх звуження до сфери наркотиків і осіб, що розділяють цей інтерес.

Аналізуючи дослідження В. О. Русакова можемо побачити, що серед типологічних характеристик у осіб, які вживаю ПАР переважають такі: циклоїдний, емотивний, гіпертимний, які полегшували протікання процесу адекватного переживання хвороби і пов'язаних з цим змін у фізичній і психічній сферах. Також цінним є прояви темпераменту у тих осіб, які вживають ПАР. Однак, не дивлячись на специфіку типів, наркозалежні особи набувають спільних рис – егоцентризм, тенденцію до уникнення дискомфорту, брехливість, конфліктність, схильність до перебільшення власних достоїнств, звинувачення оточуючих у своїх проблемах, відсутність критики до себе [19].

Так, як зазначає Ю. П. Сиволап про те, що деформація особистості по адиктивному типу включає в себе: а) стійке прагнення до модуляції власного стану за допомогою ПАР; б) зниження порогів сприйняття психогенних подразників; в) зниження здатності долати психофізичний дискомфорт; г) поведінку, спрямовану на отримання задоволення; д) мотиваційний колапс [62].

Слід зазначити, що особливістю деяких хворих є іпохондричність. Ряд дослідників фіксували тривожні побоювання наркозалежних осіб про те, що у результаті наркотизації вони можуть захворіти невиліковними хворобами. Однак, з цим, критика щодо вживання опіоїдів у них була відсутня. Їх іпохондричні висловлювання не відповідали поведінці і ставленню до наркотизації у цілому [18; 19].

А. Р. Кузнєцов і В. В. Білокрилов запропонували оцінювати потенціал

особистісних розладів за такими параметрами: а) наявність імпульсивної поведінки; б) рівні викривлення самооцінки та загальної критичності; в) ступінь вираженості афективної лабільності [45].

Слід розглянути запропоновані К. Г. Юнгом кілька етапів особистісно-емоційних змін, через які проходить реабілітант в процесі психотерапії до моменту повного відновлення від тієї чи іншої психічної / психологічної проблеми: **прозріння, розуміння, навчання, привласнення**. Як зазначає К. Г. Юнг етапи «прозрівання» і «розуміння» легше проходить реабілітант, ніж етапи «навчання» та «присвоєння», так як для їх виконання необхідно пройти через певні емоційні переживання. Тут істотну роль можуть відігравати структурно-динамічні особливості соціального і емоційного інтелекту залежної особистості [10; 20; 16], які сприяють втечу від соціальної реальності, підвищену агресивність, використання неадекватних психологічних захистів [45].

Деякі автори (Ю. А. Бубеєв, В. Я. Гиндикін) вважають, що для наркозалежних осіб типові невротичні стани і реакції, коли патологічний потяг замінюється невротичними захисними механізмами. Перехід від заперечення до агресії часто характеризується тим, що реабілітант чи особа, яка вживає ПАР починає застосовувати в цей період низку інших психологічних захистів, зокрема: раціоналізацію, інтелектуалізацію, ідентифікацію, при цьому критичність залежних осіб до свого захворювання різко знижується при загостренні патологічного потягу до ПАР. Тому таким особам потрібно працювати над регресивною поведінкою, ідентифікацією, з неусвідомленими конфліктами, особливо з агресивністю і депресією [45].

Як зазначає Р. Д. Ілюк, підвищена агресивність майже неминуча залежних від ПАР осіб. Агресія може бути спрямована на зовні, або на себе, аутоагресія – самозвинувачення, самоприниження. Тут в поміч ідуть психотерапевтичні і психокорекційні заходи [21].

Не менш складним і явним особистісним проявом у залежних осіб виступає депресія. Найчастіше певними прихованими формами депресії

виступають: порушення сну, загострення хронічних захворювань, біль внутрішніх органів, часті головні болі, тривожність без особливих зовнішніх причин та підвищена турбота про інших людей при відсутності уваги до себе і своєї реабілітації [25].

Найбільш поширеним в ситуації реабілітанта стає відчуття невеликої емоційної втоми від лікувальних заходів [45]. Саме у період депресії залежний починає повертатися до вживання ПАР, які позбавлять його відчуття самотності, непотрібності, байдужості, неприйняття оточуючими, тривожності тощо. Так, занижена самооцінка, розгубленість, нездатність протистояти проблемам, депресивні прояви можуть призвести до вороття у залежність.

Серед особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років варто відмітити такі: тривожність, агресивність, депресивність, егоїстичність, конфліктність, образливість, недовірливість, неадекватне сприйняття світу, жорсткість, злостивість, ригідні установки до зовнішніх впливів, перенапруження психічних процесів, замкнутість, відчуженість, емоційна вибуховість, неврастенія, дратівливість, млявість, obsesivna-fobichnist, іпохондричність, астеничність, байдужість тощо.

Після проходження лікування у реабілітантів виникають відчуття хронічної емоційної незадоволеності, негативна оцінка рівня соціопсихологічного благополуччя; погіршення в емоційній сфері; зниження пізнавальних функцій; зниження сексуальної активності; зниження життєвої активності, енергії; погіршення особистих відносин зі звичним оточенням, що потребує подальших психотерапевтичних і психокорекційних впливів.

1.4. Шляхи надання психологічної допомоги молоді з особистісними проявами наркозалежності

Розглядаючи питання наркозалежності відразу виявляється, яка ця тема важлива у всьому світі. Варто зазначити те, що стан наркотизації суспільства

знаходиться в тісній залежності від державної політики. Попередній досвід говорить про те, що нинішня практика реалізації Україною та іншими державами наркополітики зменшує попит на цю продукцію, що в свою чергу є гарною ознакою для суспільства і людей.

У наукових роботах Л. Ф. Анн, Д. Бьюдженталя, С. К. Агарвала, Т. Рієскмана та Д. Л. Вентера і інших стверджується, що лікування наркозалежних хворих на сучасному етапі не має чіткої позиції у зв'язку з наявністю різних малопомітних функціональних змін фізіологічних та біохімічних процесів, які відбуваються у центральній нервовій системі [42; 44; 45].

Реально на сьогодні відсутні чіткі шляхи надання психологічної, медичної і соціальної допомоги людям з наркозалежністю. Реабілітація стає одним із провідних методів лікування людей, які вживають ПАР. Відповідна будь-яка реабілітаційна структура включає в себе ряд психологічних, психокорекційних, психотерапевтичних методів.

Так, на думку низки авторів, як зазначає Л. М. Литвинчук: «реабілітація наркозалежних включає в себе кілька етапів [45]:

1) дезінтоксикація і купірування синдрому відміни, від чого залежить успіх подальшої терапії; 2) період становлення ремісії на тлі подальшого уточнення симптомокомплексу психічної залежності, психопатологічних проявів, загострення потягу до наркотиків крім психотропних засобів рекомендується проведення відновлювальної терапії. Замісна підтримувальна терапія (ЗПТ); 3) початок ремісії; 4) заключний етап – особистісна і соціальна реабілітація...» [45].

Представлені етапи є послідовними та вимагають від фахівця знання динаміки протікання захворювання, його етіології та витоків. Слід зазначити, що психологічна реабілітація є суттєвою складовою даних етапів реабілітації наркозалежних осіб та має різний зміст та методи, виходячи зі складової конкретного етапу. На сучасному етапі у світі налічується близько п'яти тисяч реабілітаційних програм, які відповідають за психіатричний та

наркологічний напрямок у роботі з особами, які є наркозалежними.

Відмічаємо, що сьогодні в наркологічних реабілітаційних установах Західної Європи, Америки, Канади, Австралії набули поширення наступні реабілітаційні форми: а) терапевтичні співтовариства; б) сімейні клуби тверезості; в) організація наркологічних реабілітаційних центрів у структурі різних конфесій; г) програми допомоги дітям з алкогольних сімей; д) Мінесотська модель стаціонарної та амбулаторної 12 – крокової реабілітаційної програми – групи само- та взаємодопомоги [22; 24; 45].

Більшість країн Європи і США в основному використовують змішані програми реабілітації наркозалежних і обов'язковим є принцип поєднання медичного та соціального аспектів. Серед психотерапевтичних та реабілітаційних програм у розвинутих країнах переважають ті, які засновані на методології подолання залежності від ПАР та відновлення особистості за програмою «12 кроків».

Мінесотська модель стаціонарної та амбулаторної 12-крокової реабілітаційної програми та рух Анонімних алкоголіків (далі АА) та Анонімних наркоманів (далі АН) були створені в США у 1935 році. Такі створені групи як АА та АН є соціальними спільнотами, які об'єднують чоловіків і жінок, для яких наркологічне захворювання стало основною і довготривалою проблемою. Так як їхня особистісна та соціальна реадаптація та реабілітація, здійснюються завдяки послідовній реалізації 12-ти крокової програми. Основні принципи цієї програми використовуються при роботі із хворими з різними формами залежності в 80% лікувально-реабілітаційних центрів в США і у 50% центрів аналогічного профілю у Західній Європі. Відповідно до звітної інформації Американської психіатричної асоціації, «Модель штату Мінесота» використовується у 70% лікувальних центрів з лікування залежності [38; 42; 45].

Досить часто у лікувальних програмах, які базуються на програмі «12 - кроків», використовуються наступні психотерапевтичні методи як біхевіоральна психотерапія, когнітивна терапія, раціонально-емотивна

терапія, гештальт-терапія, рольові ігри, елементи психодрами, деякі види аналітичної терапії тощо [10].

Як зазначають Л. Фатторе та Т. Мацумото [10; 26; 27] методи психотерапії наркозалежних спрямовані саме на формування мотивації задля припинення вживання наркотику. Тому проходження психотерапії і успішна організація реабілітаційного середовища для наркозалежних призводить до корекції поведінки та особистості в цілому.

Таким чином, необхідною передумовою реабілітації та соціальної адаптації наркозалежного є комплексний підхід, де використовуються активні психологічні методи, за допомогою яких особа, яка вживала ПАР виробляє продуктивні поведінкові реакції, толерантності до стресу, вміння суб'єкта реагувати на конфліктну ситуацію конструктивним шляхом тощо.

Якщо охарактеризувати програму АА і АН, то слід зазначити, що вона відкриває шлях до особистісного відновлення та ресоціалізації. Дана програма передбачає покроковий перехід з статусу психічно нездорової особи, яка залежна від ПАР до успішної людини, яка здатна виконувати сімейні та соціальні обов'язки.

Кожен крок даної програми, яку використовують реабілітаційні центри вимагає від реабілітанта багато зусиль і праці. Стадії, які він проходить від заперечення, агресії, пошуку, депресії аж до адаптації є непрості і часозатратні. І ці всі стадії фахівці-психологи наповнюють своїм психокорекційним і психотерапевтичним змістом для отримання найкращого результату. Тому останній, 12-й крок є логічним завершенням дуже важкого шляху. Спеціалісти спостерігають, що в кінці реабілітаційного процесу настає зрілість та відповідальність у реабілітантів, вони проявляють здатність відповідати за свої вчинки і допомагати іншим хворим. Особливо допомога іншим стає джерелом укріплення сил реабілітанта, стабілізації життя, підтримки стану одужання, зміцнення волі і вміння протистояти спокусі вживання ПАР.

Виходячи з вище описаних позицій, програма «12 кроків» являє собою

сукупність духовних по своїй суті принципів, які, втілюючись у життя наркозалежного, призводять до подолання пристрасті до алкоголю та наркотиків, стати суспільно корисною людиною.

Важливою умовою будь-якого реабілітаційного центру має бути його структурність і наповненість різними видами соціально-корисної активності. Однією найефективнішою методою у роботі з наркозалежними є і залишається *трудотерапія* (В. А. Ананьєв, А. О. Бухановский, З. Петке та інші), яка повинна бути орієнтована на особистість пацієнта, так як робота має бути осмисленою і викликати почуття відповідальності. Тому що така програма діє на психологічному та фізичному рівнях, так як реабілітанта навчають підкорювати власні потяги та долати емоційні проблеми. Головне ця програма спрямована на формування у реабілітанта залежності внутрішнього потенціалу, що спрямований на підкорення власних деструктивних потреб у бік соціальної активності. Також у програмі передбачено пролонгованість дій, під час яких залежного реабілітанта навчають соціальним діям, розвивають критичність його мислення, розкривають можливості соціальної реалізації і підтримують у цьому. Так, соціально-корисна праця стає компенсацією деструктивного задоволення (вживання ПАР), що полегшує процес реабілітації та запобігає регресивній поведінці. Американські дослідники Ф. С. Гіберт і Г. Б. Грос виявили, що успішність ресоціалізації у осіб, які були залежними здійснюється у випадку, коли вони постійно відвідували збори АН/АА, а також додержання ними рекомендацій АН та використання ресурсів цієї спільноти для підтримки. Плюс до цього ще є їх турбота про інших, які знаходяться в групах АА/АН. Ці результати свідчать про те, що віра у взаємну підтримку та прийняття філософії програми «12 кроків» мають неабияке значення для процесу відновлення реабілітантів [45].

Отже, такі високі показники за цією програмою засвідчують її ефективність, але за умови дотримання усіх 12 кроків. Як засвідчує практика, у багатьох реабілітаційних закладах дотримуються лише перших трьох та

останніх кроків, що впливає на якість та тривалість ремісії.

Наступним найбільш поширеним шляхом реабілітації наркологічних хворих є так звані терапевтичні співтовариства. Під терапевтичними співтовариствами розуміється досить широке коло різноманітних установ. Ці установи ставлять перед собою завдання створити терапевтичні (реабілітаційні) середовища для людей, які страждають на психічні захворювання, алкоголізм або наркоманію [42; 45]. Існують дані, які вказують на те, що існування терапевтичних співтовариств призводить до помітного скорочення використання наркотиків, поліпшення якості життя хворих та їх сімей (С. А. Кошкалда, Б. П. Гейслер, А. Гхош, Д. М. Хартунг) [22; 30; 37; 38; 45; 54]. Також існують професійні, напівпрофесійні, релігійні, традиційні непрофесійні терапевтичні співтовариства. До таких установ можуть відноситись спеціальні школи, психіатричні лікарні, тюремні заклади, гуртожитки, громади, амбулаторії та ін. [45].

Таким чином, загальним для будь-якої програми є триступенева **допомога**: медична, психологічна, соціальна. Так, слід зауважити, що медичне втручання відбувається виходячи з підходів до лікування хворих із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР. Психологічна допомога передбачає розкриття внутрішнього потенціалу особистості шляхом розв'язання її внутрішніх конфліктів. Психологічна незрілість, травми, отримані протягом життя, впливають на світосприйняття особистості, яке деформується надалі під впливом наркотичних засобів. Соціальна реабілітація є невід'ємним компонентом у наданні допомоги, адже ефективна самореалізація є заміщенням залежної поведінки.

Аналізуючи шляхи надання психологічної допомоги молоді з особистісними проявами наркозалежності, слід зазначити, що проаналізовані реабілітаційні форми є продуктивними, але їх використання у повному обсязі відбувається далеко не завжди, до того ж наявні певні етнокультурні, організаційні та економічні перепони для їх впровадження в Україні. Тому, важливою є розробка комплексної психокорекційної програми, яка буде

ефективною та не надто пролонгованою у часі.

Висновки до першого розділу

Розглянуто теоретичні засади дослідження психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років:

1. З'ясовано, що існує термінологічний зсув при позначенні одурманюючих, п'яних засобів. Тому препарати, які вживають молоді люди з метою отримання ейфорії і зміни психічного стану, нерідко називають терміном «психоактивні речовини» - (ПАР), а термін «наркотик» (від грец. narcoticus – заколисливий) вживається вузько у ситуації поширення зловживання стимулюючими речовинами, так як ефект стимуляторів поняттю «наркотик» прямо протилежний. З цього випливає, що наркотиками можна називати лише незначну частину речовин та препаратів, що використовуються для одурманення.

Обґрунтовано, що наркозалежність, яка має в якості сенсотворчої цінності наркотичний засіб, в ході свого розвитку неминуче нав'язує суб'єкту систему специфічних особистісних смислів, які визначаються характерними особливостями наркотичного засобу в якості мотиву різних актуальних потреб. У міру закріплення наркоманізації як способу задоволення актуальних потреб система породжуваних наркозасобів особистісних смислів набуває стабільність, ригідність, стійкість, перетворюючись в систему специфічних установок особистості. Розкрито, що до основних факторів формування наркозалежності відносять: недостатню соціальну адаптацію, особистісні особливості людини (низький культурний рівень, установки особистості, змістотворних цінності, порушення емоційної сфери) і ситуативні чинники.

2. Науково досліджено, що юнацький вік характеризується завершенням формування морально-етичної сфери, становленням та стабілізацією характеру й, що конче важливо, прийняттям статусу та відповідальності дорослої людини відповідно до своєї статі. Із цим періодом пов'язаний початок «економічної активності», під якою демографи

розуміють включення людини в самостійну виробничу діяльність, початок трудової біографії, а також формування близьких інтимних стосунків.

3. Проаналізовано, що при вживанні психоактивних речовин сучасною молоддю можемо спостерігати різноманітні порушення психіки, а саме особистісних структур на рівні поведінковому, когнітивному і емоційному.

Розкрито потенціал особистісних розладів за такими параметрами: а) наявність імпульсивної поведінки; б) рівні викривлення самооцінки та загальної критичності; в) ступінь вираженості афективної лабільності.

З'ясовано, що серед особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років варто відмітити такі: тривожність, агресивність, депресивність, егоїстичність, конфліктність, образливість, недовірливість, неадекватне сприйняття світу, жорсткість, злостивість, ригідність, перенапруження психічних процесів, замкнутість, відчуженість, емоційна вибуховість, неврастенія, дратівливість, млявість, obsesivna-fobichnist, іпохондричність, астеничність, байдужість тощо.

4. З'ясовано, що лікування наркозалежних хворих на сучасному етапі не має чіткої позиції у зв'язку з наявністю різних малопомітних функціональних змін фізіологічних та біохімічних процесів, які відбуваються у центральній нервовій системі.

Розкрито наступні реабілітаційні форми для надання психологічної допомоги особам, які вживають ПАР: а) терапевтичні співтовариства; б) сімейні клуби тверезості; в) організація наркологічних реабілітаційних центрів у структурі різних конфесій; г) програми допомоги дітям з алкогольних сімей д) Мінесотська модель стаціонарної та амбулаторної 12 – крокової реабілітаційної програми – групи само- та взаємодопомоги.

Більшість країн Європи і США в основному використовують змішані програми реабілітації наркозалежних і обов'язковим є принцип поєднання медичного та соціального аспектів. Серед психотерапевтичних та реабілітаційних програм у розвинутих країнах переважають ті, які засновані на методології подолання залежності від ПАР та відновлення особистості за

програмою «12 кроків».

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ

2.1. Методика, організація і процедура дослідження

Для проведення дослідження була залучена молодь, яка вживає психоактивні речовини (ПАР). Так, дослідження проводилось з наркозалежною молоддю віком 18-25 років (реабілітантами) на базі Наркологічного Центру: детоксикація і реабілітація - «Реабілітаційний Центр «12+»» м. Рівне. До дослідження було залучено 50 осіб: 8 дівчат та 42 хлопця. Вік даних реабілітантів був в межах 18-25 років, з тривалістю наркотичної залежності від 1 до 10 років. Отже всі реабілітанти були повнолітніми (див. додаток А). Дослідження проводилось індивідуально, в комфортних умовах та за особистою згодою досліджуваних.

Як зазначає Л. М. Литвинчук, при діагностиці наркоманії, а в нашому випадку наркозалежності, виникають великі труднощі, так як хворі частіше приховують відомості про своє зловживання ПАР. Тут слід особливу увагу приділити пошуку об'єктивних критеріїв, що і намагаються здійснювати в Наркологічному Центрі. До цих критеріїв належать відомості від родичів про регулярне вживання обстежуваною особою того чи іншої психоактивної речовини, а також виявлення в аналізах біологічних рідин слідів наркотичних препаратів або їх метаболітів; встановлення соматичних і неврологічних розладів, що можуть бути імовірно пов'язані з досить тривалим вживанням ПАР.

Наукове дослідження проводилась в комфортній атмосфері в «Центрі Реабілітації 12 +», яка сприяла усуненню емоційних бар'єрів між реабілітантами та дослідником. Досліджувані особи з наркозалежністю по-

різному ставились до тестування, однак виконували всі запропоновані бланки психодіагностичних методик.

Основою дослідження стала діагностика особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

Наукове дослідження складається із двох етапів. Відповідно до завдань дослідження **I етап** спрямований на підбір психодіагностичного інструментарію для дослідження особистісних проявів наркозалежності; а **II етап** спрямований на виявлення рівня розвитку особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

Для дослідження особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років і реалізації **I етапу** дослідження було використано наступні методики [9; 15; 50; 54; 69]:

1. Опитувальник діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. К. Осницького).

2. Опитувальник РСК (рівень суб'єктивного контролю) модифікація Е. Ф. Бажина, Є. А. Голинкіної, А. М. Еткінда.

3. П'ятифакторний опитувальник особистості 5PFQ.

4. Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту ЛОБІ

Представляємо детальний розгляд перерахованих психодіагностичних методик.

1. Опитувальник діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)

Особистісний опитувальник, розроблений А. Бассом і А. Дарки в 1957 р. і призначений для діагностики агресивних і несприятливих реакцій. На думку авторів, під агресивністю можна розуміти властивість особистості, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, в основному в області суб'єктно-суб'єктних відносин. Агресивність має якісну і кількісну характеристики. Як і всяка властивість, вона має різну міру вираженості: від майже повної відсутності до її граничного розвитку. Кожна людина повинна володіти певним ступенем агресивності. Відсутність її веде до пасивності,

відомості, конформності і т. д.

Виходячи з цього, автори ділять агресивні прояви на два типи: мотиваційна агресія, як самоцінність; інструментальна – як засіб.

Визначивши рівень таких деструктивних тенденцій, можна з більшою ймовірністю прогнозувати можливість прояву агресивності. А. Басс розділив поняття агресії та ворожості і визначив останню як «...реакцію, розвиваючу негативні почуття та негативні оцінки людей і подій».

Створюючи свій опитувальник, А. Басс і А. Дарка виділили такі типи реакцій:

- 1) *фізична агресія* – використання фізичної сили проти іншої особи;
- 2) *непряма агресія* – агресія обхідним шляхом спрямована на іншу особу або ні на кого не спрямована;
- 3) *роздратування* – готовність до прояву негативних почуттів при найменшому порушенні (запальність, грубість);
- 4) *негативізм* – опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти встановлених звичаїв і законів.
- 5) *образа* – заздрість і ненависть до оточуючих за дійсні та вигадані дії;
- 6) *підозрілість* – в діапазоні від недовіри і обережності по відношенню до людей у переконанні в тому, що інші люди планують завдати тобі шкоди;
- 7) *вербальна агресія* – вираз негативних почуттів, як через форму, так і через зміст словесних відповідей;
- 8) *почуття провини* – висловлює можливе переконання суб'єкта в тому, що він є поганою людиною, що надходить зло, а також відчуються їм докори сумління.

Опитувальник складається з 75 тверджень, на які випробовуваний відповідає «так» або «ні». Відповіді оцінюються за вісьмома зазначеними шкалами. У випадку збігу відповіді з ключем, ставиться 1 бал. Сума балів, помножена на коефіцієнт, вказаний внизу таблиці кожного параметру

агресивності, дає можливість одержати нормовані показники, які характеризують індивідуальні й групові результати (нульові значення не враховуються) (див. додаток Б.1, Б.2) [47].

2. Опитувальник РСК (рівень суб'єктивного контролю) модифікація Е. Ф. Бажина, Є. А Голинкіної, А. М. Еткінда

Методика є оригінальною вітчизняною адаптацією шкали локусу контролю Дж. Роттера (J. V. Rotter), створеної в США в 60-і рр.

Теоретичною основою методики виступає положення про те, що однією з найважливіших психологічних характеристик особистості є ступінь незалежності, самостійності та активності людини в досягненні цілей, розвиток почуття особистої відповідальності за ті події, що відбуваються з нею. Виходячи з цього, розрізняються особи, з певним контролем за значущими для себе подіями зовні (екстернальний тип контролю), тобто вважає, що відбуваються з ним події є результатом зовнішніх сил – випадку, інших людей і т. д., і особи, які мають внутрішню локалізацію контролю (інтернальний тип контролю) – такі люди пояснюють значущі події як результат своєї власної діяльності [40].

На відміну від концепції Дж. Роттера, постулював універсальність локусу контролю індивіда стосовно будь-яким типам подій і ситуацій, з якими йому доводиться стикатися, автори методики РСК показали недостатність ситуативних поглядів на локус контролю. Вони (Е. Ф. Бажин, Є. А Голинкіна, А. М. Еткінд) запропонували вимір локусу контролю як багатовимірний профіль, компоненти якого прив'язані до типів соціальних ситуацій різного ступеня узагальненості. Тому в методиці виділяються кілька шкал – загальної інтернальності *Iz*, інтернальність в галузі досягнень *Id*, інтернальності в області невдач *In*, інтернальності в сімейних відносинах *Ic*, інтернальності у сфері виробничих відносин *Iv*, інтернальності в області міжособистісних відносин *Im*, інтернальності стосовно здоров'я і хвороби *Ix*.

1. Шкала загальної інтернальності (*Iz*). Високий (23-44) показник за

цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їхніх дій. Таким чином, вони відчувають власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. *Низький (0-22)* показник за шкалою **Iз** відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі досліджувані не бачать зв'язку між своїми діями та значущими для них подіями в житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток та вважають, що більшість їх — результат випадку або дій інших людей.

2. Шкала **інтернальності в галузі досягнень (Ід)**. *Високі (7-12)* показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі досягли всього того, що було і є у їхньому житті, і що вони здатні успішно досягати своєї мети в майбутньому. *Низькі (0-6)* показники за шкалою **Ід** свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення та радість зовнішнім обставинам — везінню, щасливій долі або допомозі інших людей.

3. Шкала **інтернальності в галузі невдач (Ін)**. *Високі (7-12)* показники за цією шкалою свідчать про розвинене відчуття суб'єктивного контролю стосовно негативних подій та ситуацій, які виявляються у схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях та стражданнях. *Низькі (0-6)* показники **Ін** доводять, що досліджуваний схильний приписувати відповідальність іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

4. Шкала **інтернальності у сімейних стосунках (Іс)**. *Високі (6-10)* показники **Іс** означають, що людина вважає себе відповідальною за події, які відбуваються в її подружньому житті. *Низькі (0-5)* **Іс** вказують на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, які виникають у його сім'ї.

5. Шкала **інтернальності в галузі виробничих відносин (Ів)**. *Високий*

(5-8) **Iв** підтверджує те, що людина вважає свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності, в стосунках у колективі, у своєму просуванні тощо. *Низький (0-4) Iв* вказує на те, що досліджуваний схильний приписувати важливіше значення зовнішнім обставинам – керівництву, співробітникам, везінню-невезінню.

6. Шкала **інтернальності в області міжособистісних відносин (Iм)** *Високий (3-4)* показники свідчить про те, що людина вважає себе в силах контролювати свої формальні і неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу та симпатію. *Низькі (0-2) Iм*, навпаки, вказує на те, що людина не може активно формувати своє коло спілкування і схильний вважати свої міжособистісні стосунки результатом активності партнерів.

7. Шкала **інтернальності стосовно здоров'я і хвороб (Iх)**. *Високі (3-4)* показники **Iх** свідчать про те, що досліджуваний вважає себе відповідальним за своє здоров'я: якщо він хворий, то звинувачує в цьому самого себе і вважає, що одужання багато в чому залежить від його дій. Людина з *низьким (0-2) Iх* вважає здоров'я та хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Методика складається з 44 тверджень, на кожне з яких відповідь дається за бінарною шкалою «згоден – не згоден» та обраховується відповідно до спеціального ключа (див. додаток В.1, В.2).

3. П'ятифакторний опитувальник особистості 5PFQ. П'ятифакторний особистісний опитувальник, більш відомий як «**Велика п'ятірка**» («**Чудова п'ятірка**») був розроблений в 1983-1985 рр.. американськими психологами Р. Мак Крає і П. Коста. У подальшому опитувальник удосконалювався і в остаточному вигляді в 1992 р. представлений тестом NEO PI (нейротизм, екстраверсія, відкритість досвіду, співпраця, сумлінність).

На думку авторів виділених на основі факторного аналізу п'яти незалежних змінних цілком достатньо для адекватного опису психологічного портрету особистості.

Опитувальник створювався в розрахунку на чесного випробуваного і не містить шкал, призначених для перевірки правдивості відповідей. П'ятифакторний опитувальник особистості являє собою набір з 75 парних, протилежних за своїм значенням, стимульних висловлювань, що характеризують поведінку людини. Стомлений матеріал має п'ятиступінчасту оціночну шкалу Лайкерта (-2; -1; 0; 1; 2), за допомогою якої можна вимірювати ступінь вираженості кожного з п'яти факторів (екстраверсія - інтроверсія; прихильність - відособленість; самоконтроль - імпульсивність; емоційна нестійкість - емоційна стійкість; експресивність - практичність). Методика призначена для обстеження дорослих (старше 15-17 років), психічно здорових людей (мається на увазі відсутність вираженої психопатології). Специфіка досліджуваного феномена (самоактуалізації) і характер самого тесту, складність складових його суджень, що вимагають серйозного осмислення, дозволяють рекомендувати його для обстеження переважно осіб з вищою освітою (див. додаток Д.1).

Інструкція: Прочитайте парні висловлювання і визначте, яке з двох альтернативних висловлювань вам найбільше підходить. Якщо підходить вислів, записане зліва від оціночної шкали, то використовуйте для оцінки цього висловлювання значення «-2» або «-1». Якщо вам підходить праве висловлювання, то воно оцінюється значеннями «2» або «1». Значення «-2» або «2» вибираються в тому випадку, якщо оцінюється висловлювання виражено сильно. Якщо це висловлювання виражено слабо (слабше), то вибирається значення «-1» або «1». У тому випадку, коли жодна з альтернатив вам не підходить, а підходить щось середнє між ними, то вибирається значення «0». Вибране значення записується в бланк відповідей в лівий осередок.

Аналіз результатів за П'ятифакторним опитувальником особистості 5PFQ (див. додаток Д.2).

4. Особистісний опитувальник Бехтерєвського інституту – ЛОБІ.

Опитувальник розроблений співробітниками Інституту

ім. В. М. Бехтерева (м. Санкт-Петербург) за участю психологів та психіатрів наукових та лікувальних установ СРСР. Опублікований у 1983 р [].

Теоретичною основою ЛОБІ є положення психології відношень, згідно з якими особливості особистості розглядаються як суттєвий фактор, що визначає ставлення людини до хвороби. Ставлення до хвороби обумовлюються рядом факторів (А. Є. Лічко, Н. Я. Іванов):

- А) природою самого захворювання;
- Б) типом особистості, зокрема, типом акцентуації характеру;
- В) ставленням до захворювання значимого для хворого оточення.

ЛОБІ використовують у клінічній психології для діагностики типів ставлення до хвороби та лікування хворих з хронічними соматичними захворюваннями. ЛОБІ є особистісним опитувальником.

Опитувальник складається з 12 наборів фраз-тверджень, які описують різні аспекти ставлення до хвороби. Кожен набір включає 10-16 тверджень.

За допомогою ЛОБІ діагностують такі *типи ставлення* до захворювання (типологія А.Є Лічко) (див. додаток Ж.1, Ж.2):

Гармонійний (Г). Твереза оцінка свого стану без схильності переоцінювати його складність, але й без недооцінки складності захворювання. Прагнення у всьому активно сприяти успіху лікування. Небажання обтяжувати інших необхідністю догляду. У випадку несприятливого прогнозу хвороби та можливій інвалідизації – переключення інтересів на ті сфери життя, які залишаються доступними для хворого, зосередження уваги та турботи на близьких та своїй справі.

Тривожний (Т). Постійне занепокоєння щодо несприятливого протікання захворювання, можливих ускладнень, неефективності та небезпеки захворювання. Пошук нових способів лікування, потреба у додатковій інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи лікування, постійний пошук «авторитетів». На відміну від іпохондрії, більшою мірою цікавлять об'єктивні дані про хворобу (результати аналізів, висновки

спеціалістів), а не власні відчуття, тому частіше слухають висловлювання інших, а не скаржаться самі. Настрій часто тривожний, пригнічений.

Іпохондричний (I). Зосередженість на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розповідати про це оточуючим. На цій основі формується перебільшення дійсних та вишукування неіснуючих хвороб та страждань, перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікування та невіри в успіх, вимог ретельного обстеження та боязні шкоди і болючості процедури.

Меланхолійний (M). Пригнічення хворобою, невіра в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на все навколо. Невіра в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

Апатичний (A). Повна байдужість до власної долі, хвороби, результатів лікування. Пасивне підкорення процедурам і лікуванню при наполяганні інших. Втрата інтересу до всього, що раніше цікавило.

Неврастенічний (H). Поведінка по типу «роздратованої слабкості». Спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдалому лікуванні, несприятливих даних обстеження. Роздратування нерідко виливається на першого ліпшого та нерідко завершується каяттям та сльозами. Неперенесення больових відчуттів. Нетерплячість. Нездатність дочекатися полегшення.

Обсесивно-фобічний (O). Тривожні думки перш за все стосуються побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень захворювання, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач у житті, роботі, сім'ї, пов'язаних з хворобою. Уявна небезпека хвилює більше, ніж реальна. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

Сенситивний (C). Надмірне занепокоєння з приводу можливого неприємного враження, яке може справити на оточуючих інформація про хворобу. Побоювання, що оточуючі уникатимуть, вважатимуть неповноцінним, будуть ставитися зневажливо або з пересторогою,

поширюватимуть чутки або неприємну інформацію про причини та природу захворювання. Страх стати тягарем для близьких через хворобу та страх негативного ставлення з їх боку у зв'язку з цим.

Егоцентричний (Я). Виставляння напоказ близьким та оточуючим своїх страждань та переживань з метою повністю заволодіти їх увагою. Вимога виключної турботи – усі мають забути і закинути все та лише піклуватися про хворого. Розмови оточуючих швидко переводяться «на себе». В інших людях, які також потребують уваги та турботи, бачать лише «конкурентів» та ставляться до них неприязно. Постійне бажання продемонструвати своє особливе положення, свою виключність відносно захворювання.

Ейфорійний (Ф). Необґрунтовано підвищений настрій, нерідко наганий. Зневажливе, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Сподівання на те, що «все саме пройде». Бажання одержати від життя усе, незважаючи на хворобу. Легкість порушення режиму, хоча ці порушення можуть несприятливо вплинути на перебіг захворювання.

Анозогностичний (З). Активне відкидання думок про хворобу та її можливі наслідки. Заперечення очевидного у проявах хвороби, приписування їх випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження та лікування. Бажання «обійтись своїми засобами».

Ергопатичний (Р). «Втеча від хвороби у роботу». Навіть при складності захворювання та страждань намагаються продовжувати роботу. Працюють ще наполегливіше, ніж до хвороби, роботі віддають увесь час, намагаються лікуватися та проходити обстеження так, щоб це залишало можливість для продовження роботи.

Параноїдальний (П). Переконаність, що хвороба – результат чийось зумисних дій. Надмірна підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення лікування або побічній дії ліків, недбалості лікарів та медперсоналу. Звинувачення та вимога покарання у зв'язку з цим.

Особливості поведінки, пов'язані з хворобою, можуть не підходити однозначно під опис жодного з типів. У цьому випадку діагностують змішані типи, близькі за картиною (тривожно-обсесивний, ейфорично-аназогнозичний, сенситивно-ергопатичний тощо).

Статистичний аналіз даних та графічна презентація результатів здійснювалися за допомогою комп'ютерного пакету статистичних програм SPSS (версія 17.0) [5; 52].

Таким чином, у дослідженні особистісних проявів наркозалежності у молоді 18-25 років було використано 4-и методики з наступною якісною інтерпретацією даних.

2.2. Аналіз результатів дослідження

Дослідження особистісних проявів наркозалежності проводилось з наркозалежною молоддю віком 18-25 років (реабілітантами) на базі Наркологічного Центру: детоксикація і реабілітація - «Реабілітаційний Центр «12+»» м. Рівне. У дослідженні брали участь 50 осіб: 8 дівчат та 42 хлопця. Вік даних реабілітантів був в межах 18-25 років, з тривалістю наркотичної залежності від 1 до 10 років. Отже всі реабілітанти були повнолітніми і лише поодинокі мали вже сім'ї. У відсотковому співвідношенні вибірка дослідження була представлена наркозалежними особами, серед яких 84% хлопців і 16% дівчат; 62% особи, які вживають ПАР мають 18-21 рік і 38% осіб – мають 22-25 років (див. додаток А). Дослідження проводилось індивідуально і за особистою згодою досліджуваних.

II етап дослідження *етап* спрямований на виявлення рівня розвитку особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

Послідовність виконання реабілітантом представлених методик відбувалась за чітким графіком. Для дослідження психолог підбирав період найкращого самопочуття, яке можна було фіксувати у реабілітанта для отримання достовірних адекватних результатів психологічної діагностики.

1. Провівши дослідження за допомогою опитувальника **діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. К. Осницького)** ми отримали результати, які представлені у табл. 2.1 (див. додаток Б.3).

Аналізуючи дані за таблицею 2.1, слід зазначити, що особи, які вживають ПАР мають високі показники агресивності. Це свідчить про їх емоційно нестабільні стани. Реабілітанти не можуть контролювати свої агресивні потоки та активно їх проявляють на зовні.

Характеризуючи кожний показник агресії, слід зазначити, що показник *«фізична агресія»* отримав наступні результати: 29,7% досліджуваних мають високий рівень прояву, 57,5% досліджуваних отримали середній рівень і лише 12,8% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про досить часті прямі фізично-агресивні прояви, які дозволяють собі особи, що вживають психоактивні речовини. Такі фізичні агресивні тенденції існують в частих випадках, особливо у сімейній і неформальній обстановці, коли реабілітант хоче отримати бажане не зважаючи ні на що (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

За показником *«непряма агресія»* отримані наступні результати: 26,2% досліджуваних мають високий рівень прояву, 62,6% досліджуваних отримали середній рівень і лише 11,2% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про виражену непряму агресію досліджуваних. Вони намагаються обхідним шляхом впливати на іншу особу через злісні плітки, жарти, глузування, здійснити несподівані емоційні вибухи тощо, щоб досягнути своїх намірів. Також у реабілітантів часто виникають ні чим не пояснювані зриви люті, елементи тупання ногами, биття кулаками по столу тощо (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

Показник *«вербальна агресія»* отримав наступні результати: 39,3% досліджуваних мають високий рівень прояву, 50,1% досліджуваних отримали середній рівень і лише 10,6% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про яскраво виражену вербальну агресію досліджуваних. Вони

виражають свої негативні почуття через часті сварки, крики. Це свідчить про наявні вербальні агресивні тенденції у реабілітантів. Такі особи легко можуть нагрубити, вони не стримують свої емоції, захищаючи свої потреби і бажання (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

Таблиця 2.1

Розподіл досліджуваних (у %) за рівнями прояву показників агресії

Показники агресії	Рівні прояву показників агресії		
	Високий	Середній	Низький
1. фізична агресія	29,7	57,5	12,8
2. вербальна агресія	39,3	50,1	10,6
3. непряма агресія	26,2	62,6	11,2
4. негативізм	35,1	48,2	16,7
5. роздратування	36,8	55,1	8,1
6. підозрілість	23,7	65,4	10,9
7. образа	31,7	54,8	13,5
8. почуття провини	28,5	61,8	9,7
9. індекс агресивності	38,8	50,8	10,4
10. індекс ворожості	25,6	68,9	5,5

За показником «негативізм» отримані наступні результати: 35,1% досліджуваних мають високий рівень прояву, 48,2% досліджуваних отримали середній рівень і лише 16,7% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про виражений негативізм у досліджуваних. Такі реабілітанти виражають опозиційну манеру в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів. Вони не хочуть миритися з тим станом речей, який є соціально визнаним і готові протидіяти нормам і законам суспільства. Особливо проявляють протести проти авторитетів, керівників, людей від яких вони залежать фінансово, соціально тощо (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

Показник «роздратування» отримав наступні результати: 36,8% досліджуваних мають високий рівень прояву, 55,1% досліджуваних отримали середній рівень і лише 8,1% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про чітко виражене роздратування у досліджуваних. Вони готові

при найменшому збудженні проявити запальність, різкість, грубість. Такі особи проявляють негативні почуття при найменшому порушенні своєї поведінки (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

За показником *«підозрілість»* отримані наступні результати: 23,7% досліджуваних мають високий рівень прояву, 65,4% досліджуваних отримали середній рівень і лише 10,9% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про явну виражену підозрілість у досліджуваних. Такі реабілітанти виражають недовіру та обережне відношення до людей, тому що мають переконання, що оточуючі можуть завдати їм шкоди. Вони в першу чергу не довіряють собі, знаючи що під впливом ПАР, вони не пам'ятають своїх вчинків і дій. Тож довіра до оточуючих має підґрунтя власної недовіри до себе. Так як оточуючі можуть те саме здійснити по відношенню до них, що і вони часто роблять по відношенню до себе і оточуючих – брехливі, ухиляючі вчинки і наміри (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

Показник *«образа»* отримав наступні результати: 37,1% досліджуваних мають високий рівень прояву, 54,8% досліджуваних отримали середній рівень і лише 13,5% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про образливість у досліджуваних. Вони проявляють заздрість і ненависть до оточення за дійсні і вигадані дії. Такі особи часто ображаються без причин. Їх поведінка несе інфантильний характер і відсутність тестування реальності (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

За показником *«почуття провини»* отримані наступні результати: 28,5% досліджуваних мають високий рівень прояву, 61,8% досліджуваних отримали середній рівень і лише 9,7% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про почуття провини у досліджуваних. Такі реабілітанти вважають себе такими, що чинять негарно, в них високий рівень почуття провини. Вони соромляться своїх вчинків, брехливості і адитивної поведінки, але нічого з цим не можуть зробити. Однак, почуття провини у них часто виникає і ними не контролюється (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

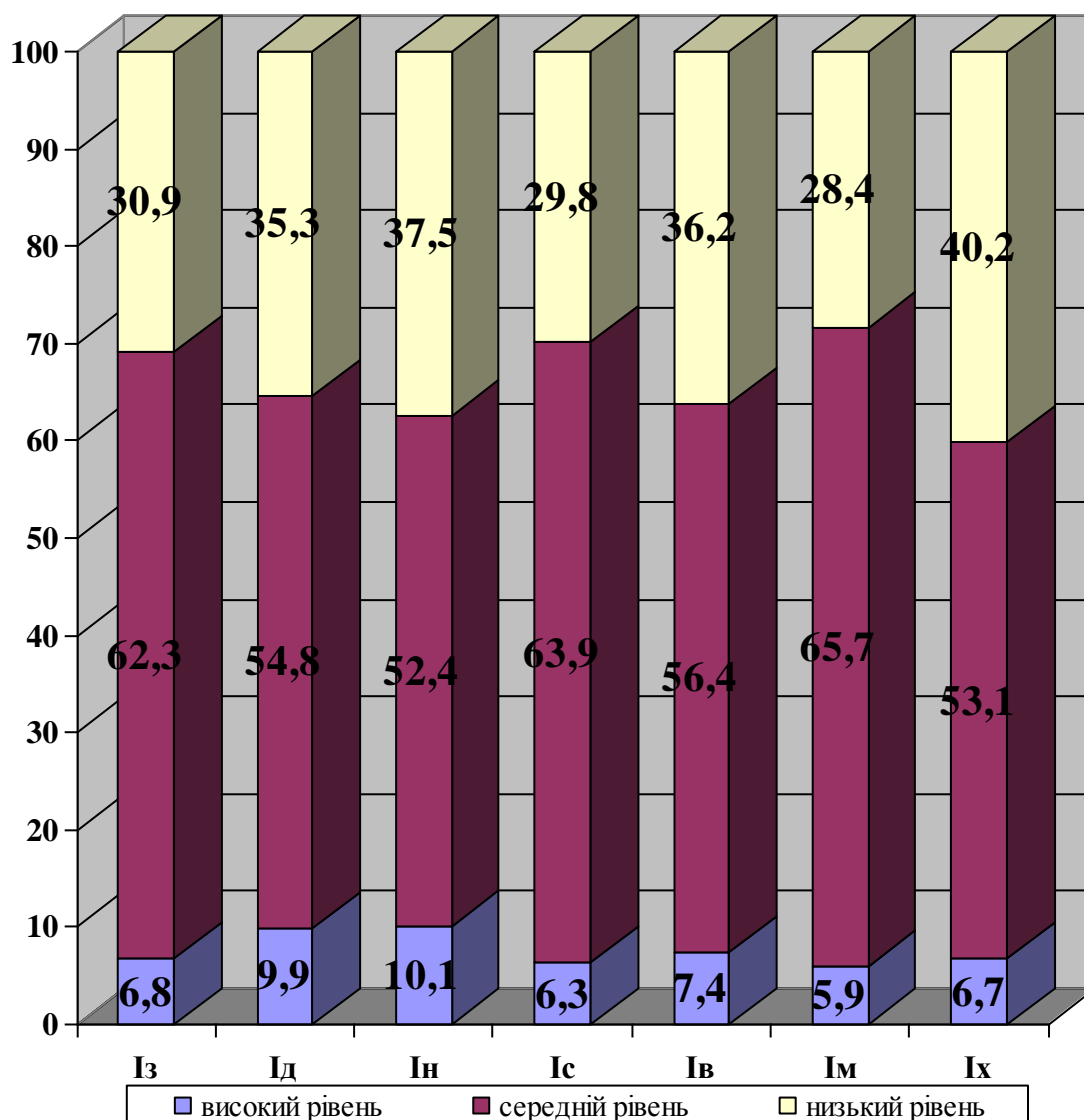
Показник *«індекс агресивності»* отримав наступні результати: 38,8% досліджуваних мають високий рівень прояву, 50,8% досліджуваних отримали середній рівень і лише 10,4% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про високі тенденції до агресії у осіб, які вживають ПАР. Їх агресивність часом не контролювана і має негативне відображення на оточуючих і для самого реабілітанта. Виходячи з того, що агресія породжує агресію, вони можуть бути не тільки катувальниками, але і жертвами в соціальному середовищі (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

За показником *«індекс ворожості»* отримані наступні результати: 25,6% досліджуваних мають високий рівень прояву, 68,9% досліджуваних отримали середній рівень і лише 5,5% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про вороже налаштування реабілітантів до оточуючих їх людей. Вони весь світ сприймають вороже, тому так і прагнуть потрапити в світ ейфорії і там віднайти тимчасове розслаблення і забуття (див. табл. 2.1 та додаток Б.3).

Підводячи підсумки за опитувальником діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки слід зазначити, що особи, які вживають ПАР і перебувають у «Реабілітаційному Центрі 12+» мають високі показники по всім шкалам агресії, що свідчить про наявну агресивність з їх сторони до себе і до життя. Реабілітанти є чутливі до навколишньої дійсності та вразливо реагують у міжособистісних взаєминах. Для них характерною є звинувачення інших у своїх бідах і в той же час відчуття вини за свої вчинки; вони проявляють неконтрольоване фізичне насилля, коли не отримують бажане, або коли їх ображають і хочуть контролювати; дані особи весь час роздратовані і підозрілі, негативізм – це єдина сфера їх реакції з навколишнім середовищем. Вони не контролюють себе в стані люті, або максимальної ворожості до когось. Їм не підвладна саморегуляція агресивних імпульсів, що є однією з особистісних характеристик реабілітантів.

2. За опитувальником РСК модифікація Є. Ф. Бажина, Є. А. Голинкіної, А. М. Еткінда ми отримали такі результати (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).

Варто зазначити, що даний опитувальник складається з шістьох шкал інтернальності, які позначаються скорочено. Цими шкалами є наступні: **Із** – загальна інтернальність; **Ід** – інтернальність в галузі досягнень; **Ін** – інтернальність в галузі невдач; **Іс** – інтернальність у сімейних стосунках; **Ів** – інтернальність в галузі виробничих відносин; **Ім** – інтернальність в області міжособистісних відносин; **Іх** – інтернальність стосовно здоров'я і хвороб (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).



*Примітка:

- Із – загальна інтернальність;

- Ід – інтернальність в галузі досягнень;
- Ін – інтернальність в галузі невдач;
- Іс – інтернальність у сімейних стосунках;
- Ів – інтернальність в галузі виробничих відносин;
- Ім. – інтернальність в області міжособистісних відносин;
- Іх – інтернальність стосовно здоров'я і хвороб.

Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних (у %) за рівнем прояву РСК

Аналізуючи результати за інтернальністю, слід зазначити, що показник «загальна інтернальність Із» має наступні результати: 6,8% досліджуваних мають високий рівень прояву даного показника, 62,3% досліджуваних отримали середній рівень і 30,9% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про не бажання осіб, які вживають ПАР нести відповідальність за своє життя. Суттєва більшість із них не бачать зв'язку між своїми діями та значущими для них подіями в житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток. Вони вважають, що більшість подій – це результат випадку або дій інших людей (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).

Розглядаючи результати за показником «інтернальність в галузі досягнень Ід» варто зауважити, що 9,9% реабілітантів мають високий рівень прояву даного показника, 54,8% досліджуваних отримали середній рівень і аж 35,3% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про неможливість осіб, які вживають ПАР нести відповідальність за досягнення в своєму житті. Більшість особи з наркозалежністю переконані в тому, що їх успіхи, досягнення та радощі залежать від зовнішніх обставин і що все залежить від везіння, щасливої долі або ж дякуючи допомозі інших людей (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).

За показником «інтернальність в галузі невдач Ін» фіксуємо, що 10,1% реабілітантів мають високий рівень прояву даного показника, 52,4% досліджуваних отримали середній рівень і саме 37,5% досліджуваних отримали низький рівень, що свідчить про складність осіб, які вживають

ПАР нести відповідальність за свої помилки і невдачі у житті. Такі реабілітанти часто доводять, що інші люди винні у їх невдачах і їх життя залежить тільки від інших людей (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).

Показник *«інтернальність в сімейних стосунках Іс»* має такі результати: 6,3% досліджуваних мають високий рівень даного показника, 63,9% досліджуваних отримали середній рівень і 29,8% реабілітантів отримали низький рівень, що свідчить про складності осіб, які вживають ПАР нести відповідальність за сімейне життя. Такі результати вказують на те, що більшість реабілітантів вважають не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, які виникають у їх сім'ї (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).

Аналізуючи результати за показником *«інтернальність у галузі виробничих відносин Ів»* слід сказати, що 7,4% досліджуваних мають високий рівень даного показника, 56,4% досліджуваних отримали середній рівень і тільки 36,2% реабілітантів отримали низький рівень. Дані результати показують, особи, які вживають ПАР не є відповідальними у робочому процесі. Більшість досліджуваних вказують на те, що вони схильні приписувати відповідальність на роботі: керівництву, співробітникам, везінню-небезінню тощо (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).

За показником *«інтернальність в області міжособистісних відносин Ім»* фіксуємо, що 5,9% реабілітантів мають високий рівень прояву даного показника, 65,7% досліджуваних отримали середній рівень і 28,4% досліджуваних отримали низький рівень, що свідчить про складність наркозалежних створювати міжособистісні стосунки. Вони не можуть активно формувати своє коло спілкування і схильні вважати свої міжособистісні стосунки результатом активності партнерів (див. рис. 2.1 та додаток В.2, В.3).

Показник *«інтернальність у сфері здоров'я і хвороб Іх»* має наступні результати: 6,7% досліджуваних мають високий рівень даного показника, 53,1% досліджуваних отримали середній рівень і тільки 40,2% реабілітантів

отримали низький рівень. Отримані результати показують, що більшість реабілітантів, не несуть відповідальність за своє здоров'я. Їм легше у цьому звинуватити когось, а якщо захворіють, то одужання прийде внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів (див. рис. 2.1 та додаток Б.2, Б.3).

Таким чином, аналізуючи результати за опитувальником РСК слід зазначити, що у більшості реабілітантів переважає низький рівень інтернального локусу контролю, що свідчить про їх неспроможність брати на себе відповідальність за своє життя, свої вчинки і дії. Такі особи зазвичай звинувачують інших у своїх невдачах, хворобах. Для них характерне постійне очікування допомоги зовні, або сподівання на вдачу, успіх, випадковість тощо. Отримані результати свідчать про низький рівень відповідальності за своє життя у реабілітантів як особистісного прояву наркозалежності у молоді.

3. Згідно результатів П'ятифакторного опитувальника особистості 5PFQ Р. МакКрая та П. Коста було отримані результати (див. додаток Д.3 та рис. 2.2): фактор *«Екстраверсія-Інтроверсія»* має значення середніх показників на рівні 43,6% досліджуваних, тобто це є переважання амбівертних станів у осіб, що вживають ПАР. Це дає нам змогу зробити висновок про те, що у них одночасно можуть поєднуватись риси як інтроверта так і екстраверта. Інтроверсія виражена у 25,5% досліджуваних, а екстраверсія у 30,9% досліджуваних. Це свідчить про те, що реабілітантам притаманна як легка, невимушена контактність з іншими, так і відстороненість, пасивність, зануреність в себе у свої процеси та уникання вражень (див. рис. 2.2 та додаток Д.2, Д.3).

За фактором *«Прихильність-Відособленість»* серед досліджуваних розподіл такий: 63,7% реабілітантів мають середній рівень вираження прихильності, 4,1% досліджуваних мають високий рівень вираженості почуття прихильності, та 32,2% досліджуваних є відособленими. Дані свідчать про те, що особи, які вживають психоактивні речовини є частіше відособленими і зануреними у власні переживання або ж просто не

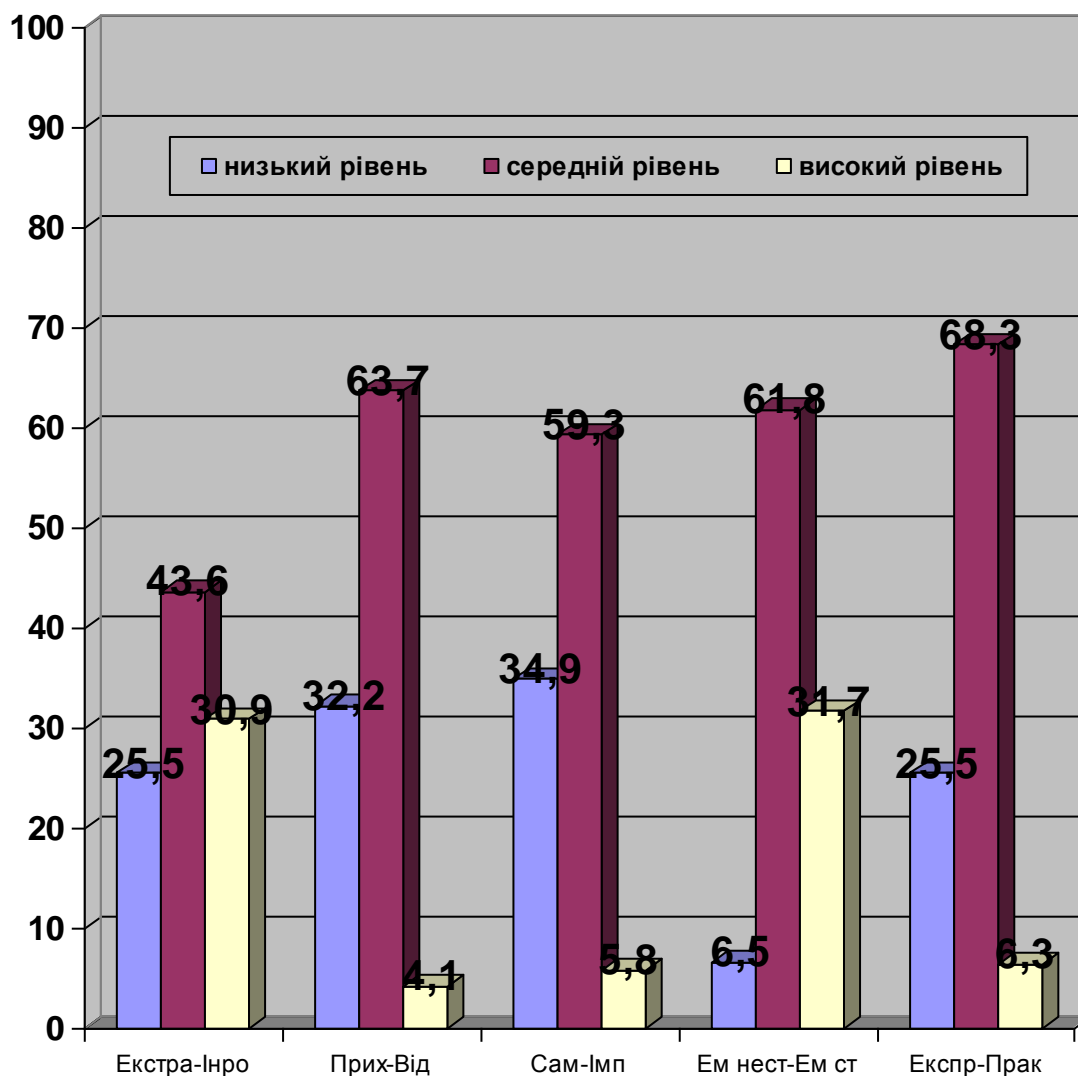
виражають до кінця прагнення емоційних контактів. Вони байдужі, підозрілі і егоїстичні. Однак, є і ті, які готові йти на контакт і проявляють довірливість до людей (див. рис. 2.2 та додаток Д.2, Д.3).

Фактор *«Самоконтроль – Імпульсивність»* має розподіл такий: 59,3% досліджуваних мають середній рівень, вони прагнуть саморегулювати свої емоції, потреби і бажання, однак у них є проблеми у самовираженні, а 5,8% опитаних мають високий рівень фактору, що підкреслює їхню здатність до певного самоконтролю, допитливості, і передбачливості. Та 34,9% реабілітантів мають низький рівень фактору, тому є імпульсивними, неконтрольованими, безвідповідальними. Це є свідченням про те, що дані особи мало відкрито самовиражаються, в більшості безвідповідальні, імпульсивні, безтурботні. Велике значення тут має явище самоприйняття та рівень самооцінки - зазвичай вона неадекватно занижена (див. рис. 2.2).

За фактором *«Емоційна нестійкість - емоційна стійкість»* 61,8% досліджуваних мають середні показники, що свідчить про їх помірну тривожність, напруженість, лабільність і комфортність. Інші 6,5% реабілітантів мають низькі показники, що свідчить про їх розслабленість, безтурботність та 31,7% осіб, які знаходяться в реабілітаційному центрі мають високий рівень, вони є емоційно нестійкі, напружені, тривожні. Емоційна нестійкість може бути наслідком тривалого переживання стану самотності з подальшими деструктивними змінами. Крім того, це ще може бути свідченням низького рівня самоконтролю та саморефлексії (див. рис. 2.2).

Останній фактор *«Експресивність-Практичність»* серед досліджуваних має такий розподіл: 68,3% реабілітантів мають середні показники, що свідчать про певну артистичність і сензитивність досліджуваних, час від часу можливі варіанти ригідності або нечутливості, що корегується по ситуації, а 25,5% досліджуваних отримали низький рівень даного фактору та 6,3% досліджуваних мають високий рівень, що свідчить про їх або практичну позицію або експресивну. Більшість реабілітантам

притаманні ригідність, нечутливість у житті, вони консервативні і неартистичні. Графічно результати представлено на рис. 2.2 та додаток Д.2, Д.3.



*Примітка: Екстра-Інтро = Екстраверсія-Інтроверсія, Прих-Від = Прихильність-Відособленість, Сам-Імп = Самоконтроль-Імпульсивність, Ем нест-Ем ст = Емоційна нестійкість-Емоційна стійкість, Експр-Прак = Експресивність-Практичність.

Рис. 2.2. Розподіл досліджуваних (у %) за рівнем прояву особистісного потенціалу

Таким чином, особистісний потенціал реабілітантів знаходиться на середньому рівні, з тенденцією до низьких проявів особистісних якостей.

Особи, які вживають ПАР по різному проявляють себе в життєвих ситуаціях, частіше можуть уникнути ситуацію відповідальності, закриватись від оточуючих і здорового глузду, іноді відчують в собі сили і проявлять ініціативність. Реабілітантам властиві наступні особистісні прояви: пасивність, депресивність, замкнутість, почуття провини, байдужість, підозрілість, імпульсивність, безвідповідальність, відсутність наполегливості, безтурботність, тривожність, нечутливість, ригідність тощо.

4. Аналізуючи дані за **особистісним опитувальником Бехтерєвського інституту ЛОБІ** слід зазначити, що у осіб, які вживають ПАР проявляються високі показники за деякими типами ставлення до захворювання.

Так, 66,3% реабілітантів отримали середній рівень за типом *«гармонійний – (Г)»*, 3,6% досліджуваних отримали високий рівень вираженості показника і 30,1% досліджуваних отримали низький рівень. Це свідчить про те, що особам, які перебувають в реабілітаційному центрі не властива твереза оцінка свого стану. Більшість із них не прагнуть у всьому активно сприяти успіху лікування і не завжди можуть переключитися на інтереси в певних сферах життя (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

За типом *«Тривожний (Т)»* 56,3% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 35,2% реабілітантів отримали високий рівень показника і лише 8,5% досліджуваних отримали низькі показники. Отримані дані свідчать про постійне занепокоєння реабілітантів щодо несприятливого протікання захворювання, можливих ускладнень, неефективності та небезпеки захворювання. Вони здійснюють пошук нових способів лікування і додаткової інформації про хворобу, можливі ускладнення, методи лікування. Такі особи постійно шукають «авторитетів», часто слухають висловлювання інших, а не скаржаться самі. Настрій зазвичай тривожний, пригнічений (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

«Іпохондричний (І)» тип отримав наступні результати: 71,4% досліджуваних мають середній рівень прояву даного типу, 15,2% реабілітантів мають високий рівень і 13,4% досліджуваних отримали низький

рівень вираженості. Такі особи часто зосереджуються на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Вони постійно розповідають про це оточуючим. На цій основі у них формується перебільшення дійсних та вишукування неіснуючих хвороб та страждань, перебільшення побічної дії ліків (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

За типом «Меланхолійний (М)» 69,9% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 14,6% реабілітантів отримали високий рівень показника і лише 15,5% досліджуваних отримали низькі показники. Отримані дані свідчать про те, що деякі реабілітанти відчувають пригнічення хворобою, невіру в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Мають песимістичний погляд на все навколо. Також вони невірять в успіх лікування навіть при сприятливих об'єктивних даних.

Таблиця 2.2

**Розподіл досліджуваних (у %) за рівнями прояву показників
типологічних особистісних характеристик**

Показники агресії	Рівні прояву показників агресії		
	Високий	Середній	Низький
1. гармонійний (Г)	3,6	66,3	30,1
2. тривожний (Т)	35,2	56,3	8,5
3. іпохондричний (І)	15,2	71,4	13,4
4. меланхолійний (М)	14,6	69,9	15,5
5. апатичний (А)	34,7	57,4	7,9
6. неврастенічний (Н)	28,4	60,5	11,1
7. обсессивно-фобічний (О)	37,9	58,7	3,4
8. сенситивний (С)	21,3	66,1	12,6
9. егоцентричний (Я)	33,2	56,6	10,2
10. ейфорійний (Ф)	19,9	67,8	12,3
11. анозогнозичний (З)	14,4	72,2	13,4
12. ергопатичний (Р)	7,2	70,3	22,5
13. параноїдальний (П)	13,8	73,3	12,9

«Апатичний (А)» тип отримав наступні результати: 57,4%

досліджуваних мають середній рівень прояву даного типу, 34,7% реабілітантів мають високий рівень і 7,9% досліджуваних отримали низький рівень вираженості. Отримані дані свідчать про те, що більшості реабілітантам притаманна повна байдужість до власної долі, хвороби, результатів лікування. Вони пасивно підкоряються процедурам і лікуванню при наполяганні інших. У них спостерігається втрата інтересу до всього, що раніше цікавило (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

За типом «*Неврастенічний (Н)*» 60,5% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 28,4% реабілітантів отримали високий рівень показника і лише 11,1% досліджуваних отримали низькі показники. Це свідчить про те, що більшість реабілітантів проявляють поведінку за типом «роздратованої слабкості». У них спостерігаються спалахи роздратування, особливо при болях, при неприємних відчуттях, при невдалому лікуванні, несприятливих даних обстеження. Реабілітанти виливають своє роздратування часто на першого ліпшого і часто демонструють каяття та сльози. Їм характерно неперенесення больових відчуттів, нетерплячість, нездатність дочекатися полегшення (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

Важливим є тип «*Обсесивно-фобічний «О»*» за яким 58,7% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 37,9% реабілітантів отримали високий рівень показника і лише 3,4% досліджуваних отримали низькі показники. Таких реабілітантів турбують тривожні думки, які стосуються побоювань не реальних, а малоймовірних ускладнень захворювання, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач у житті, роботі, сім'ї, пов'язаних з хворобою. Уявна небезпека хвилює реабілітантів більше, ніж реальна. Для досліджуваних захистом від тривоги стають прикмети та ритуали (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

«*Сенситивний (С)*» тип отримав наступні результати: 66,1% досліджуваних мають середній рівень прояву даного типу, 21,3% реабілітантів мають високий рівень і 12,6% досліджуваних отримали низький рівень вираженості. Ці дані показують про надмірне занепокоєння

реабілітантів з приводу можливого неприємного враження, яке може справити на оточуючих інформація про хворобу. Вони побоюються, що оточуючі уникатимуть їх і вважатимуть неповноцінними, будуть ставитися зневажливо або з пересторогою, поширюватимуть чутки або неприємну інформацію про причини та природу захворювання.

За типом *«Егоцентричний (Я)»* 56,6% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 33,2% реабілітантів отримали високий рівень показника і лише 10,2% досліджуваних отримали низькі показники. Дані результати свідчать про те, що реабілітанти виставляють на показ близьким та оточуючим свої страждання та переживання з метою повністю заволодіти їх увагою. Вони прагнуть, щоб усі мають забути і закинути все та лише піклуватися про них. Також вони вміло розмови оточуючих швидко переводяться «на себе». В інших людях вони бачать лише «конкурентів» та ставляться до них неприязно (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

Характеризуючи тип *«Ейфорійний (Ф)»* варто зазначити, що 67,8% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 19,9% реабілітантів отримали високий рівень показника і 12,3% досліджуваних отримали низькі показники. Ці дані свідчать про те, що деякі реабілітанти мають необґрунтовано підвищений настрій, нерідко награний. Зневажливо, і легковажно ставляться до хвороби та лікування. Вони сподіваються на те, що «все саме пройде», отримують від життя усе, незважаючи на хворобу та легко порушують будь-які режими (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

За типом *«Анозогностичний (З)»* 72,2% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 14,4% реабілітантів отримали високий рівень показника і лише 13,4% досліджуваних отримали низькі показники. Отримані показники говорять про те, що деякі особи, які перебувають в реабілітаційному центрі активно відкидають думки про хворобу та її можливі наслідки. Заперечують очевидне щодо хвороби, відмовляються від обстеження та лікування і хочуть «обійтись своїми засобами».

Аналізуючи тип «*Ергопатичний (Е)*» варто зазначити, що 70,3% досліджуваних отримали середній рівень прояву, 7,2% реабілітантів отримали високий рівень показника і 22,5% досліджуваних отримали низькі показники. Ці дані свідчать про те, що деякі реабілітанти не спроможні занурюватись у роботу, втікаючи від хвороби. Поки хвороба домінує у їхньому житті, доти вони не згадують про роботу (див. табл. 2.2 та додаток Е.3, Е.4).

«*Параноїдальний (П)*» тип отримав наступні результати: 73,3% досліджуваних мають середній рівень прояву даного типу, 13,8% реабілітантів мають високий рівень і 12,9% досліджуваних отримали низький рівень вираженості. Це свідчить про те, що дані особи переконані в тому, що хвороба це результат чийхось зумисних дій. Вони проявляють надмірну підозрілість до ліків та процедур. Приписують можливі ускладнення лікування або побічній дії ліків, недбалості лікарів та медперсоналу.

Таким чином, аналізуючи результати за особистісним опитувальником Бехтерєвського інституту ЛЮБІ слід зазначити, що у осіб, які вживають ПАР переважають такі особистісні прояви як тривожність, апатичність, неврастенічність, obsесивна-фобічність, егоцентричність, ейфорійність, що свідчить про неконтрольованість емоційних станів у реабілітантів, порушення вольової саморегуляції і тестування реальності.

Аналізуючи, дослідження особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років слід зауважити, що реабілітанти мають високий рівень фізичної і вербальної агресивності, роздратованості, образливості, почуття провини. Інтернальний локус контролю у них низький майже у всіх сферах життя, особливо що стосується здоров'я і хвороби, сімейних відносин і відносин на виробництві. Їм більше притаманні пасивність, відособленість, імпульсивність, безвідповідальність, тривожність, депресивність, емоційна нестійкість, нечутливість, ригідність, байдужість. Серед клінічних особистісних характеристик, то варто виділити апатичність, неврастенічність, obsесивну-фобічність, егоцентричність, ейфорійність.

Висновки до другого розділу

Досліджено особистісні прояви наркозалежності у молоді віком 18-25 років:

1. За допомогою опитувальника діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. К. Осницького) ми виявили, що особи, які вживають ПАР мають високі показники агресивності. Це свідчить про їх емоційно нестабільні стани. Реабілітанти не можуть контролювати свої агресивні потоки та активно їх проявляють на зовні.

Особи, що вживають ПАР часто проявляють прямі фізично-агресивні випадки, особливо у сімейній і неформальній обстановці, коли хочуть отримати бажане не зважаючи ні на що. Вони намагаються обхідним шляхом впливати на іншу особу через злісні плітки, жарти, глузування, а також здійснюють несподівані емоційні вибухи люті, тупання ногами тощо, щоб досягнути своїх намірів.

Реабілітанти виражають свої негативні почуття у сварках, криках. Вони легко можуть нагрубити не стримуючи свої емоції, захищаючи свої потреби і бажання. Для них властива опозиційна манера в поведінці від пасивного опору до активної боротьби проти сталих звичаїв і законів. Вони не хочуть миритися з тим станом речей, який є соціально визнаним і готові протидіяти нормам і законам суспільства. Проявити запальність, різкість, грубість – оце їх норма. При цьому, виражають недовіру та обережне відношення до людей, тому що мають переконання, що оточуючі можуть завдати їм шкоди. Вони проявляють заздрість і ненависть до оточення за дійсні і вигадані дії. Їх поведінка несе інфантильний характер без тестування реальності. Хоча, досліджувані вважають себе такими, що чинять негарно, в них високий рівень почуття провини, але нічого з цим не можуть зробити.

Таким чином, особи, які вживають ПАР і перебувають у «Реабілітаційному Центрі 12+» мають високі показники по всіх шкалах агресії, що свідчить про наявну агресивність з їх сторони до себе і до життя.

Реабілітанти є чутливі до навколишньої дійсності і вразливо реагують у міжособистісних взаєминах. Для них характерною є звинувачення інших у своїх бідах і в той же час відчуття вини за свої вчинки; вони проявляють неконтрольоване фізичне насилля, коли не отримують бажане, або коли їх ображають; дані особи весь час роздратовані і підозрілі, негативізм – це єдина їх реакція на життя. Вони не контролюють себе в стані люті, або максимальної ворожості до когось. Їм не підвладна саморегуляція агресивних імпульсів, що є одним з особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

2. За допомогою опитувальника РСК (модифікація Є. Ф. Бажина, Є. А. Голинкіної, А. М. Еткінда) ми дослідили, що особи, які вживають ПАР мають низькі показники за інтернальним локусом контролю. Це свідчить про те, що більшість із них не бачать зв'язку між своїми діями та значущими для них подіями в житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток. Вони вважають, що більшість подій – це результат випадку або дій інших людей. Такі реабілітанти часто доводять, що інші люди винні у їх невдачах і їх життя залежить тільки від інших людей і вважають не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, які виникають у їх сім'ї. Вони не можуть активно формувати своє коло спілкування і схильні вважати свої міжособистісні стосунки результатом активності партнерів. Також дані особи не несуть відповідальність за своє здоров'я. Їм легше у цьому звинуватити когось, а якщо захворіють, то одужання прийде внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Таким чином, слід зазначити, що у більшості реабілітантів переважає низький рівень інтернального локусу контролю, що свідчить про їх неспроможність брати на себе відповідальність за своє життя, свої вчинки і дії. Такі особи зазвичай звинувачують інших у своїх невдачах, хворобах. Для них характерне постійне очікування допомоги зовні, або сподівання на вдачу, успіх, випадковість тощо. Отримані результати свідчать про низький рівень відповідальності за своє життя у реабілітантів як особистісного прояву

наркозалежності у молоді.

3. За допомогою п'ятифакторного опитувальника особистості 5PFQ Р. МакКрая та П. Коста ми виявили, що особистісний потенціал реабілітантів знаходиться на середньому рівні, з тенденцією до низьких проявів особистісних якостей.

Це свідчить про те, що реабілітантам притаманна як екстраверсія, так і інтроверсія. Вони байдужі, підозрілі та егоїстичні. Однак, є і ті, які готові йти на контакт і проявляють довіру до людей. Їм властиві наступні особистісні прояви: імпульсивність, неконтрольованість, безвідповідальність, емоційна нестійкість, депресивність, замкнутість, почуття провини, напруженість, пасивність, тривожність, ригідність, нечутливість, відсутність наполегливості, безтурботність, консервативність тощо.

4. За допомогою особистісного опитувальника Бехтерєвського інституту ЛОБІ слід зазначити, що у осіб, які вживають ПАР переважають такі особистісні прояви як тривожність, апатичність, неврастенічність, obsесивна-фобічність, егоцентричність, ейфорійність, що свідчить про неконтрольованість емоційних станів у реабілітантів, порушення вольової саморегуляції і тестування реальності.

Так зафіксовано, що особам, які перебувають в реабілітаційному центрі не властива твереза оцінка свого стану. Більшість із них не прагнуть у всьому активно сприяти успіху лікування. Вони відчують пригнічення хворобою, невіру в одужання, в можливе покращення, в ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Мають песимістичний погляд на все навколо. Більшості реабілітантам притаманна повна байдужість до власної долі, хвороби, результатів лікування. Вони пасивно підкоряються процедурам і лікуванню при наполяганні інших. У них спостерігається втрата інтересу до всього, що раніше цікавило. Такі особи постійно шукають «авторитетів», часто слухають висловлювання інших, а не скаржаться самі. Настрій зазвичай тривожний, пригнічений.

Їм властиві спалахи роздратування, особливо при болях, при

неприємних відчуттях, при невдалому лікуванні, несприятливих даних обстеження. Реабілітанти виливають своє роздратування часто на першого ліпшого. Їм характерно неперенесення больових відчуттів, нетерплячість, нездатність дочекатися полегшення. Уявна небезпека хвилює реабілітантів більше, ніж реальна.

Дані результати свідчать про те, що реабілітанти виставляють на показ близьким та оточуючим свої страждання та переживання з метою повністю заволодіти їх увагою. Вони прагнуть, щоб усі забули і закинути все та лише піклуватися про них. В інших людях вони бачать лише «конкурентів» та ставляться до них неприязно. Також зафіксовано, що більшість реабілітанти мають необґрунтовано підвищений настрій, нерідко награний. Зневажливо і легковажно ставляться до хвороби та лікування. Вони сподіваються на те, що «все саме пройде», отримують від життя усе, незважаючи на хворобу та легко порушують будь-які режими. Вони активно відкидають думки про хворобу та її можливі наслідки. Заперечують очевидне щодо хвороби, відмовляються від обстеження та лікування і хочуть «обійтись своїми засобами».

Таким чином, дослідження особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років показало, що реабілітанти мають високий рівень фізичної і вербальної агресивності, роздратованості, образливості, почуття провини. Інтернальний локус контролю у них низький майже у всіх сферах життя, особливо що стосується здоров'я і хвороби, сімейних відносин і відносин на виробництві. Їм більше притаманні пасивність, відособленість, імпульсивність, безвідповідальність, тривожність, депресивність, емоційна нестійкість, нечутливість, ригідність, байдужість. Серед клінічних особистісних характеристик, то варто виділити апатичність, неврастенічність, obsesivnu-fobichnist, egoцентричність, ейфорійність. Дані особистісні прояви наркозалежності у молоді показують те, що контролювати, усвідомлювати і лікувати їх складно для реабілітантів. Тому так важливо для осіб, які вживають ПАР і перебувають у «Реабілітаційному

Центрі 12+» проводити психологічну корекцію, яка надасть можливості їм покращити свої психічні стани і вирівняти особистісні прояви.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ОСОБИСТІСНИХ ПРОЯВІВ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ У МОЛОДІ ВІКОМ 18-25 РОКІВ

3.1. Розробка програми психологічної корекції особистісних проявів наркозалежних у молоді 18-25 років

Існування психологічної залежності у особистості свідчить про руйнування її природної здатності підтримувати організм в гармонії, який отруюється психоактивними речовинами. Як було вже зазначено психологічна залежність від ПАР існує у людини із-за її невирішених психологічних проблем. Тому люди за допомогою вживання ПАР думають що вирішують всі свої проблеми і на короткий час знімають тривожність, провину, сором, відсутність інтересу до життя, страх тощо. Суб'єкт не замислюється над ефемерністю вирішення проблем, а знижує внутрішній дискомфорт штучними засобами. Тому так важливо здійснювати саме психокорекційну допомогу для осіб, які вживають психоактивні речовини.

Сучасні науковці такі як Ю. Ю. Комлев, Н. А. Марута, А. Лоугхлін, Х. Клусонов, вивчаючи і досліджуючи психологічні характеристики залежних від ПАР, зазначають, що такі особистості мають дуже вразливу психіку і порушення особистісних проявів [42; 23 45].

У розробці психокорекційної програми важливо врахувати різні стадії емоційної реакції осіб, які вживають ПАР, що виникають у процесі їх реабілітації: а саме:

1. Етап заперечення.
2. Етап агресії.
3. Етап пошуку.
4. Етап депресії.
5. Етап адаптації.

У здійсненні розробки психокорекційної програми мають значення рівні підготовки персоналу, організаційні ресурси установи, кваліфіковані психологи, психотерапевти [19; 21; 44; 45]. Серед основних параметрів

оцінювання, що свідчать про ефективність наркологічної допомоги, виокремлюють: а) ситуацію з вживанням основного наркотику, по відношенню до якого сформувалася залежність; б) психічний стан; в) показник зайнятості; г) поліпшення міжособистісних відносин; д) стан загального здоров'я; ж) правовий статус.

Багато дослідників підкреслюють значимість таких психологічних факторів як переконання, цінність здоров'я, відповідальність пацієнта за результат лікування, когнітивні уявлення про здоров'я і продумана оцінка ризику [42-45].

У Реабілітаційному центрі 12+ м. Рівне, здійснюють послідовні кроки реабілітаційних заходів. Серед них це: опис проблеми; мотиваційний діалог як «ключ до зміни»; терапевтичні цілі; ресурс; психологічні впливи (засоби); стабілізація; оцінка ефективності.

Науковці сучасності Н. Н. Іванець, В. А. Жмуров, Л. С. Кобзева, О. С. Ковшова, Н. А. Сирота, В. М. Ялтонський стверджують, що одним із найзначущих факторів, що визначають ефективність терапії та психокорекційних впливів є активна участь хворого в реабілітаційному процесі, установка на попередження хвороби в виконання лікарських рекомендацій. Погодження хворого на лікування, його готовність дотримуватися лікувально-реабілітаційного режиму та співпрацювати з лікарем і психологом характеризуються поняттям «комплаєнс» [20; 28].

В процесі психологічної реабілітації пацієнту із залежністю від опіоїдів пропонується знайти точку опори і відновити важливі сфери життєдіяльності [130; 65; 66].

Ці сфери доповнюють одна одну на шляху одужання: *біологічна*: комплексне відновлення функціонування організму на фізичному рівні; *психологічна*: потрібна для відновлення психоемоційної стабільності та ухвалення здорових зважених рішень; *соціальна*: допомагає отримати визнання і стати повноцінним членом суспільства; *духовна*: сприяє формуванню світосприйняття, заснованого на певних духовних принципах –

чесність, неупередженість та готовність до дії.

Як зазначає Л. М. Литвинчук: «багатьма дослідниками підкреслюється важливість і необхідність використання в терапевтичних цілях позитивної та негативної мотивації, а також мотивації, що виходить із домінуючого патологічного особистісного статусу наркозалежних – мотивації на досягнення комфортного стану, що використовується при замісній терапії. Відомо, що у психотерапії існують різні методи цілеспрямованого психологічного впливу на пацієнта, починаючи зі слова, емоційних відносин, спільної діяльності, що спрямовані на покращення стану здоров'я та підвищення стійкості до стресу...» [45].

Враховуючи дослідження В. А. Абабкова, Г. Я. Авруцького, Є. Г. Єйдемільера, В. Юстицькіса, І. С. Ялома, А. А. Александрова, Р. Р. Гарифулїна, Н. П. Захарова, М. Ю. Ісаєва та інші, існують різноманітні напрямки психотерапевтичної допомоги, які можна класифікувати за конкретними задачами. Огляд цих напрямків є необхідною мовою для формування психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді 18-25 років. Розглядають наступні реабілітаційні технології: *діагностичні*: психодіагностичне обстеження, соматичне обстеження, соціологічне обстеження; *психокорекційні*: гештальт-терапія, НЛП, системно-сімейна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, екзистенційно-гуманістична терапія, психодрама, кінезіотерапія, арт-терапія тощо; *терапія реабілітаційним середовищем*: в умовах реабілітаційного центру, терапевтичних спільнот, суспільства, сім'ї; *терапія зайнятістю*: самообслуговування, трудотерапія, спорт, самоосвіта; *організація вільного часу*: перегляд кінофільмів, організація свят, пікніків, туристичних поїздок, спортивні ігри; *соціотерапевтичні*: працевлаштування юридичний супровід, підтримка сім'ї [22; 23; 42; 75].

Психотерапевтична робота може проводитись як індивідуально, так і у групі. Важливо звертати увагу на необхідність врахування статевих відмінностей у побудові як загальних моделей роботи із залежними від

психоактивних речовин, так і при реалізації відповідних технологій на етапі первинної наркологічної допомоги [26; 75].

Слід зазначити, що індивідуальна терапія наркозалежних має свою модель, цілі та завдання. Вона дозволяє здійснити аналіз глибинних проблем пацієнта і приділити увагу окремому симптому; спрямована на подолання системи заперечення, на усвідомлення особистісних проблем.

Відомі вчені і психотерапевти (А. В. Грузман, К. Е. Султанова, А. Елліс, К. Макларен) зазначають, що методи психотерапії, які засновані на тлумаченні та поясненні – раціональна терапія, парадоксальні методи – доцільно застосовувати для осіб з раціонально-логічним типом мислення, зі схильністю до самоаналізу. Вразливим пацієнтам, схильним до навіювання, з рисами інфантилізму більше підійдуть методи емоційного впливу, такі як сугестія, гіпноз, психодрама. [45]

У груповій психотерапевтичній діяльності відомий психотерапевт І. Д. Ялом запропонував ряд етапів групової лікувальної терапії, яку мають проходити всі реабілітанти. Ці етапи можна спостерігати також у групах АА/АН [75]. До них відносяться: *згуртованість, навіювання надії, узагальнення, альтруїзм, надання інформації/міркування, перенесення, міжособистісне навчання, розвиток міжособистісних умінь, імітуюча поведінка, катарсис.*

Таким чином, за Л. М. Литвинчук, групова допомога є одним із кращих засобів вирішення особистісних проблем на перших етапах становлення тверезості. Група допомагає формувати адекватну самосвідомість, руйнувати механізм самообману, створювати нову самоідентифікацію та підкріплювати мотивацію тверезості. Для більшості залежних цього виявляється цілком достатньо, щоб вийти на досить адекватний рівень самооцінки. В процесі спілкування у групі людина набуває вміння відчувати себе самодостатньою, щасливою наодинці із собою, отримуючи від цього комфорт. Роздуми про колишнє життя, аналіз втрачених у результаті адикції стосунків сприяє формуванню

мотивації на налагодження нових, здорових відносин. [42-45]

І звичайно у психокорекційній роботі із залежними є важливий етап, який стосується психокорекційної роботи зі співзалежними сім'ями, що в системі дає гарний результат на рівні поліпшення сімейних, родинних стосунків та виробничих.

Аналіз науково-психологічних джерел засвідчив доцільність поділу особистісних проявів наркозалежності у молоді на три ключові складники (якісні показники):

1) *емоційний* (переживання гніву, злості, люті, дратівливості, тривожності, репресивності, байдужості тощо);

2) *когнітивний* (схильність до наявності агресивних, депресивних, суїцидальних, маніакальних думок, установок, мстивості з виношуванням відповідних планів і фантазій, сприйняття поведінки оточуючих як ворожої);

3) *поведінковий* (готовність до реалізації намічених агресивних вчинків, направлених на певну ціль, а також безпосередня агресивна дія).

Беззаперечним є твердження, що *форми і методи* психокорекційної роботи із залежними мають бути науково обґрунтовані: враховувати вікові особливості, типологічні властивості, зміст психологічної проблеми, фазу її загострення тощо [53].

Методологічною основою програми корекції агресивної, небажаної поведінки uzалежнених першочергово стали *принципи структурного, когнітивного, діяльнісного та особистісно-орієнтованого підходів*. Організація роботи по корекції агресивних виявів здійснювалась на принципах гуманізму, конфіденційності, компетентності та відповідальності.

Опираючись на дослідження Н. А. Голярдник, О.Є. Мойсеєвої, В.М. Рибачук і на: монографію І. А. Фурманова, дисертаційну роботу С. Г. Шебанової, Т. Карпінської, Т. Г. Румянцевої та багато інших [11; 12; 16; 17; 22] ми розробили *програму психологічної корекції особистісних проявів*

наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

Виходячи з окресленої спрямованості програми корекції, ми ставили таку *ціль корекційної програми*: проаналізувавши специфіку агресивних реагувань реабілітантів, порушення їх особистісних проявів - надати їм психологічні можливості стосовно саморегуляції емоційних станів негативного спрямування, а також навчати реабілітантів конструктивного відпрацювання негативних та інших агресивних тенденцій у когнітивному, емоційному та поведінковому проявах.

Реалізуючи вказану *мету*, програма спрямована на вирішення наступних первинних розширених *завдань*:

- а) навчання реабілітантів соціально прийнятним способам вираження гніву та прояву реакцій на негативну ситуацію в цілому;
- б) навчання реабілітантів навичкам самоконтролю і управління власним гнівом (навичкам саморегуляції);
- в) формування у реабілітантів конструктивних форм поведінки та основ комунікації у проблемній ситуації;
- г) усунення надмірного емоційного напруження й особистісної тривожності реабілітантів за допомогою використання техніки релаксації.
- д) розвиток позитивної самооцінки реабілітантів;
- ж) формування здатності усвідомлення власного емоційного світу, та почуттів інших людей, розвиток емпатії.

Вторинні завдання, що були поставлені перед психокорекційною програмою, вирішувалися за допомогою бесід, рольового програвання ситуацій, виконання вправ на самопізнання і самовиховання, етюдів, пантоміми, образотворчої діяльності, фізичних вправ, рухливих ігор, психогімнастики й ауторелаксації.

Тривалість колекційної програми: 5 місяці.

Тривалість зустрічі: 2,5 год.

Частота зустрічі: 1 раз на тиждень.

Склад групи: група гетерогенна, віком 18-25 рік. Загальна кількість

годин впровадження програми становить 50 год.

Корекційна програма складалася з 12 занять та має наступну структуру, див. Додаток Е.

Очевидно, що для досягнення стійкого позитивного результату корекційної роботи із залежними необхідно, щоб корекційні дії мали не епізодичний, а системний, комплексний характер. Корекційний вплив в першу чергу передбачає опрацювання кожної характерологічної особливості реабілітанта, так як агресивність, депресивність та інші деструктивним чином впливає на інші риси характеру особистості. Тому комплексний підхід є необхідною умовою ефективності корекційної діяльності та стійкості отриманих набутків [38; 39].

Вагомим складником корекційної роботи є робота по усвідомленню власних внутрішньо-особистісних переживань і пов'язаних з ними емоційних реакцій. Основними задачами є, по-перше, вироблення уміння відділяти конструктивні емоції від деструктивних, а по-друге, стимуляція уміння розуміти емоції інших людей; як наслідок, розуміти мотивацію їх поведінки та діяльності. Така робота сприятиме оволодінню реабілітантами прийомами контролю власних проявів гніву та агресії, а також до розвитку адекватної самооцінки.

Тож роботу з реабілітантами в межах представлених напрямків доцільно будувати як в індивідуальному порядку (зокрема, на первинних етапах роботи, спрямованих на емоційне відреагування ситуацій та відчуттів), так і в груповій роботі (особливості на етапах роботи по встановленню конструктивних взаємин з членами референтних груп).

Тому вибір стратегії психокорекційної роботи з особистісними проявами наркозалежності повинен будуватися, по-перше, виходячи з принципового взаємозв'язку внутрішньої (інтрапсихічної) і зовнішньої (психосоціальної) детермінації функціонування особистості. По-друге, враховувати закономірності процесу зміни поведінки, який включає стадії переосмислювання, обмірковування своєї поведінки, підготовку до її зміни,

реалізацію та підтримання нового стилю поведінки. По-третє, психотерапевтичні дії повинні бути спрямовані на зміни у пізнавальній сфері особистості реабілітанта через переконання, навіювання, прояснення й інтерпретацію мало усвідомлюваних переживань.

Провідними *чинниками*, що сприяють виникненню агресивних реакцій в реабілітантів зокрема є: *характеристики спрямованості та самосвідомості особистості* (низький рівень сформованості моральних уявлень, неадекватні самооцінка і рівень домагань), *індивідуально-психологічні* (емоційна нестабільність, високий рівень особистісної тривожності, низький рівень розвитку інтелекту, несформованість навичок самоконтролю поведінки та функцій прогнозування її наслідків) та *соціально-психологічні* (статус реабілітанта у виробничому колективі, низький рівень соціальної адаптації, несприятливий емоційний мікроклімат в сім'ї, характер і система виховання, вплив засобів масової інформації та комп'ютерних ігор тощо) передумови функціонування особистості, які можна об'єднати у відповідний симптомокомплекс особливостей залежних, схильних до агресивних реакцій.

3.3. Результати ефективності впровадження програми психокорекційного впливу

Для проведення формувального експерименту ми залучили 24 реабілітанта з Наркологічного Центру: детоксикація і реабілітація - «Реабілітаційний Центр «12+»» м. Рівне, які мали високі показники по агресивності, по екстернальному локусу контролю та хворобливих особистісних проявів, із них 12 реабілітантів становили контрольну групу (КГ) і 12 реабілітантів – експериментальну групу (ЕГ). Дві групи реабілітантів мали приблизно однакові соціально-демографічні характеристики: за *статевим розподілом* у експериментальних і контрольних групах переважали хлопці (КГ – 3 дівчини і 10 хлопців, ЕГ – 2

дівчини і 11 хлопців); *за віковим критерієм* була майже однакова представленість у кожній групі в межах від 18 до 25 років.

Слід зазначити, що вибірку ЕГ і КГ становили найбільш проблемні реабілітанти, які схильні до агресії, частих конфліктів і звинувачення інших у своїх хворобах і життєвих проблемах.

В *експериментальній групі* підготовка мала системний, організований покроковий, глибокий характер і була побудована на принципах психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді. Реабілітанти перебували в психологічно-продуктивній атмосфері, хоча у багатьох виникав протест і небажання контакту.

Для реабілітантів, які увійшли до *контрольної групи*, не проводилась спеціальна підготовки у корекції особистісних проявів наркозалежності. Їх перебування в «Реабілітаційному Центрі «12+»» носило стандартний лікувальний характер.

До та після впровадження програми психокорекційного впливу у експериментальній та контрольній групах нами було зроблено *два діагностичних зрізи* (\bar{x}_{13} – середнє арифметичне показників I зрізу, \bar{x}_{23} – середнє арифметичне показників II зрізу).

Для визначення рівня впливу нашої програми на учасників групової роботи ми використали непараметричний статистичний метод відмінностей для залежних вибірок Т-Вілкоксона (Wilcoxon signed-rank). Критерій Вілкоксона для пов'язаних сукупностей – це непараметричний метод, який використовується для оцінки значущості відмінностей двох зв'язаних сукупностей кількісних ознак. Він дозволяє визначити ступінь значущості змін, викликаних впливом будь-якого навчання, тренування.

Даний метод допоможе показати статистично значущі зміни які відбудуться у ЕГ і КГ протягом певного часу. Особливо важливо прослідкувати зміни у студентів ЕГ після 5-х місяців програми психологічної корекції особистісних проявів.

Розглянемо результати формувального експерименту.

Аналізуючи результати показників агресивності за методикою діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького) (див. табл. 3.1), слід зазначити, що після впровадження програми психологічної корекції ми спостерігаємо значне зниження вираженості показників *агресивності*. Так, ми констатуємо, що показники *агресії* знизилися у реабілітантів ЕГ порівняно з реабілітантами КГ, що свідчить про динаміку зміни даного показника протягом декількох місяців. Динаміка зміни даного показника у осіб, що вживають ПАР протягом певного часу має виражений статистично достовірний характер у ЕГ ($p < 0,05$), а у КГ статистично значущих змін не було знайдено.

Таблиця 3.1

**Відмінності між показниками агресивності реабілітантів
експериментальної і контрольної груп**

показники	Експериментальна група			Контрольна група		
	1 зріз	2 зріз	p	1 зріз	2 зріз	p
Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки						
Фізична агресія*	8,1	3,4	0,023	9,3	8,2	0,271
Непряма агресія*	7,3	4,2	0,043	7,9	7,3	0,248
Роздратування	6,7	5,4	0,202	6,9	5,9	0,117
Негативізм*	4,5	2,1	0,044	4,6	4,1	0,612
Образа*	7,3	3,8	0,019	6,8	5,2	0,065
Підозрілість	7,3	5,9	0,134	8,3	7,4	0,167
Вербальна агресія*	11,3	5,3	0,012	10,6	8,0	0,028
Почуття провини*	7,5	4,3	0,007	7,8	6,2	0,108

*- $p < 0,05$

Дані, представлені у таблиці 3.1 підтверджують, що рівень прояву певних показників *агресивності* є нижчим у реабілітантів ЕГ: «фізична агресія» ($\bar{x}_{13} = 8,1$; $\bar{x}_{23} = 3,4$; $p \leq 0,05$), «непряма агресія» ($\bar{x}_{13} = 7,3$; $\bar{x}_{23} = 4,2$; $p \leq 0,05$), «негативізм» ($\bar{x}_{13} = 4,5$; $\bar{x}_{23} = 2,1$; $p \leq 0,05$), «образа» ($\bar{x}_{13} = 7,3$; $\bar{x}_{23} = 3,8$; $p \leq 0,05$), «вербальна агресія» ($\bar{x}_{13} = 11,3$; $\bar{x}_{23} = 5,3$; $p \leq 0,05$), «почуття провини» ($\bar{x}_{13} = 7,5$; $\bar{x}_{23} = 4,3$; $p \leq 0,05$). Це свідчить про те, що реабілітанти ЕГ,

які проходили програму психологічної корекції зуміли справитись зі своїми агресивними тенденціями і знизити свої негативні імпульси до середнього рівня, а то і нижче. Вони розвинули повагу до себе і до інших, зрозуміли причину нестримних поривів, невдоволення і роздратування на весь світ.

Діапазон їхньої свідомості розширився, що дало їм підстави перестати критикувати і звинувачувати в усьому навколишніх. Реабілітанти стали менш підозрілими, у них зменшилась аутоагресія і відчуття провини, навіть відпала потреба у деяких невербальних проявах свого невдоволення. А також реабілітанти навчилися краще налагоджувати контакти у міжособистісні взаємодії.

Аналізуючи результати показників суб'єктивного локусу контролю реабілітантів за **опитувальником РСК (рівень суб'єктивного контролю) модифікація Е. Ф. Бажина, Є. А. Голинкіної, А. М. Еткінда** (див. табл. 3.2), варто зазначити, що після впровадження програми психологічної корекції ми спостерігаємо значне підвищення деяких показників *суб'єктивної локалізації контролю* у осіб, які вживають ПАР.

Розглядаючи отримані результати, див. табл. 3.2 слід зазначити, що після впровадження програми психологічної корекції ми спостерігаємо значне підвищення вираженості показників *суб'єктивного локусу контролю*. Так, ми констатуємо, що показники *РСК* підвищився у реабілітантів ЕГ порівняно з реабілітантами КГ, що свідчить про динаміку зміни даного показника протягом декількох місяців і який має виражений статистично достовірний характер у ЕГ ($p < 0,05$), а у КГ статистично значущих змін не було знайдено.

Дані, представлені у таблиці 3.2 підтверджують, що рівень прояву певних показників *суб'єктивного локусу контролю* підвищився у реабілітантів ЕГ: «загальна інтернальність – I_3 » ($\bar{x}_{13} = 15,2$; $\bar{x}_{23} = 32,5$; $p \leq 0,05$), «інтернальність у сімейних стосунках – I_c » ($\bar{x}_{13} = 0,3$; $\bar{x}_{23} = 9,5$; $p \leq 0,05$), «інтернальність в галузі виробничих відносин – I_v » ($\bar{x}_{13} = 4,5$; $\bar{x}_{23} = 12,4$; $p \leq 0,05$), «інтернальність стосовно здоров'я і хвороб – I_x »

($\bar{x}_{13} = 0,5$; $\bar{x}_{23} = 5,2$; $p \leq 0,05$).

Це свідчить про те, що реабілітанти ЕГ почали міркувати широко і грамотно. Вони замислились про те, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їхніх дій, вони почали відчувати власну відповідальність за те, як складається їхнє життя.

Таблиця 3.2

**Відмінності між показниками суб'єктивного локусу контролю
реабілітантів експериментальної і контрольної груп**

Показники	Експериментальна група			Контрольна група		
	1 зріз	2 зріз	p	1 зріз	2 зріз	p
Опитувальник РСК модифікація Е.Ф. Бажина, Є.А. Голинкіної, А.М. Еткінда						
Загальна інтернальність (Із)*	15,2	32,5	0,023	13,4	17,2	0,334
Інтернальність в галузі досягнень (Ід)	2,2	4,3	0,113	2,4	4,2	0,123
Інтернальність в галузі невдач (Ін)	1,2	2,4	0,252	0,9	3,9	0,145
Інтернальність у сімейних стосунках (Іс)*	0,3	9,5	0,043	0,4	1,9	0,219
Інтернальність в галузі виробничих відносин (Ів)*	4,5	12,4	0,016	4,6	7,1	0,097
Інтернальність в області міжособистісних стосунків (Ім)	0,4	2,3	0,152	0,3	1,9	0,114
Інтернальність стосовно здоров'я і хвороб (Іх)*	0,5	5,2	0,015	0,3	2,1	0,167

*- $p < 0,05$.

Реабілітанти зрозуміли, що більшість їхніх досягнень в житті залежить лише від них, вони перестають звинувачувати себе чи когось в своїх невдачах, а просто починають вирішувати задачі, організовувати свій простір належним чином, щоб все встигати і вести достойне життя. Важливим виявилось для реабілітантів те, що вони почали приймати відповідальність на себе за своє здоров'я.

Аналізуючи результати показників *особистісних факторів* за **П'ятифакторним опитувальником особистості 5PFQ** (див. табл. 3.3), слід зазначити, що після впровадження програми психокорекційного впливу ми спостерігаємо значне зниження або підвищення вираженості показників *особистісних факторів* у реабілітантів. Так, ми констатуємо, що деякі показники *особистісних факторів* підвищилися, а деякі знизилися у реабілітантів ЕГ порівняно з реабілітантами КГ і мають виражений статистично достовірний характер у ЕГ ($p < 0,05$), а у КГ значущих змін не було виявлено, що свідчить про відсутність якісних змін у реабілітантів за певний період часу.

Таблиця 3.3

Відмінності в показниках особистісних факторів між експериментальною і контрольною групами досліджуваних

показники	Експериментальна група			Контрольна група		
	1 зріз	2 зріз	p	1 зріз	2 зріз	p
П'ятифакторний опитувальник 5PFQ						
Екстраверсія – інтроверсія*	51,3	25,4	0,021	43,3	46,7	0,162
Прихильність – відособленість*	38,7	58,1	0,047	39,9	42,1	0,074
Самоконтроль – імпульсивність*	42,8	60,9	0,042	43,3	51,9	0,122
Емоційна нестійкість – емоційна стійкість*	57,3	39,2	0,031	56,6	50,5	0,236
Експресивність – практичність	51,7	43,3	0,196	55,3	49,7	0,421

*- $p < 0,05$

Дані, представлені у таблиці 3.3 підтверджують, що рівень прояву певних показників *особистісних факторів* є нижчий у реабілітантів ЕГ: «емоційна нестійкість-емоційна стійкість» ($\bar{x}_{13} = 57,3$; $\bar{x}_{23} = 39,2$; $p \leq 0,05$); «екстраверсія-інтроверсія» ($\bar{x}_{13} = 51,3$; $\bar{x}_{23} = 25,4$; $p \leq 0,05$), ніж у осіб КГ. Зниження даних особистісних факторів дало можливість реабілітантам стати більш емоційно стійкими, стабільними і врівноваженими.

Наступні показники *особистісних факторів* отримали підвищення у реабілітантів ЕГ: «*прихильність-відособленість*» ($\bar{x}_{13} = 38,7$; $\bar{x}_{23} = 58,1$; $p \leq 0,05$), «*самоконтроль-імпульсивність*» ($\bar{x}_{13} = 42,8$; $\bar{x}_{23} = 60,9$; $p \leq 0,05$), ніж у студентів КГ. Отримані результати свідчать про те, що реабілітанти ЕГ отримали певні якісні зміни у особистісних структурах дякуючи корекційно-розвиваючій програмі. Вони підвищили свій рівень інтроверсії і легкого спілкування в атмосфері сім'ї, стали більш прихильними до інших, доброзичливими і спокійними у реакціях на успіхи інших, їх емоційна стійкість зросла, що допомогла краще само регулювати свої емоційні стани, бути уважним до своїх потреб і перспектив.

Аналізуючи дані типологічних особистісних характеристик за **особистісним опитувальником Бехтеревського інституту ЛОБІ** (див. табл. 3.4), слід зазначити, що після впровадження програми психокорекційного впливу ми спостерігаємо значне зниження або підвищення вираженості показників *типологічних особистісних характеристик* у реабілітантів. Так, ми констатуємо, що деякі показники *особистісних характеристик* підвищилися, а деякі знизилися у реабілітантів ЕГ порівняно з реабілітантами КГ і мають виражений статистично достовірний характер у ЕГ ($p < 0,05$), а у КГ значущих змін, нажаль, не було виявлено.

Дані, представлені у таблиці 3.4, підтверджують, що рівень прояву певних показників *типологічних особистісних характеристик* є значно нижчим у реабілітантів ЕГ: «*тривожний (Т)*» ($\bar{x}_{13} = 6,2$; $\bar{x}_{23} = 2,2$; $p \leq 0,05$); «*апатичний (А)*» ($\bar{x}_{13} = 7,6$; $\bar{x}_{23} = 3,5$; $p \leq 0,05$), «*неврастенічний (Н)*» ($\bar{x}_{13} = 7,8$; $\bar{x}_{23} = 3,9$; $p \leq 0,05$) «*обсесивно-фобічний (О)*» ($\bar{x}_{13} = 8,0$; $\bar{x}_{23} = 4,3$; $p \leq 0,05$) «*егоцентричний (Я)*» ($\bar{x}_{13} = 6,5$; $\bar{x}_{23} = 3,3$; $p \leq 0,05$) – натомість у осіб КГ якісні зміни типологічних особистісних характеристик є відсутні. Наступні показники *особистісних характеристик* отримали підвищення у реабілітантів ЕГ: «*гармонійний (Г)*» ($\bar{x}_{13} = 3,1$; $\bar{x}_{23} = 7,4$; $p \leq 0,05$), «*ергопатичний (Р)*» ($\bar{x}_{13} = 2,3$; $\bar{x}_{23} = 6,1$; $p \leq 0,05$), ніж у реабілітантів КГ.

Отримані результати свідчать про те, що реабілітанти ЕГ зуміли якісно

попрацювати над собою і спрямувати фокус своєї уязвленості в інший напрямок. Так, психокорекційна програма допомогла реабілітантам перевести свою доміную залежність від вживання ПАР на роботу, на певну справу, яка дає можливість нести відповідальність за своє життя і життя рідних, налагоджувати сімейні і виробничі відносини, не маніпулювати рідними і лікарями, а шукати способи поліпшення свого добробуту конструктивними діями і вчинками.

Таблиця 3.4

Відмінності між показниками типологічних особистісних характеристик реабілітантів експериментальної і контрольної груп

показники	Експериментальна група			Контрольна група		
	1 зріз	2 зріз	p	1 зріз	2 зріз	p
Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки						
гармонійний (Г)*	3,1	7,4	0,023	4,3	4,5	0,311
тривожний (Т)*	6,2	2,2	0,033	7,1	6,3	0,213
іпохондричний (І)	3,7	3,4	0,401	3,9	3,8	0,282
меланхолійний (М)	3,5	3,1	0,522	3,6	3,2	0,721
апатичний (А)*	7,6	3,5	0,049	7,8	6,9	0,145
неврастенічний (Н)*	7,8	3,9	0,034	7,3	6,4	0,144
обсесивно-фобічний (О)*	8,0	4,3	0,022	7,6	7,2	0,338
сенситивний (С)	5,5	5,3	0,127	6,1	5,5	0,428
егоцентричний (Я)*	6,5	3,3	0,034	7,0	6,5	0,214
ейфорійний (Ф)	6,5	5,5	0,076	6,3	6,0	0,234
анозогнозичний (З)	5,5	5,4	0,345	5,7	5,6	0,378
ергопатичний (Р)*	2,3	6,1	0,013	2,4	3,5	0,236
параноїдальний (П)	3,5	3,1	0,345	3,6	3,3	0,365

*- $p < 0,05$

З огляду на вище описані порівняльні результати стає очевидним, що результати експериментальної групи «до» і «після» впровадження програми психологічної корекції значно покращилися. Розроблена нами розвивально-корекційна програма допомогла особам, які вживають ПАР і знаходяться в Реабілітаційному Центрі 12+ справитись зі страхами, що в результаті допомогло їм поліпшити свої особистісні властивості і стати продуктивними

у житті. У них підвищились показники *суб'єктивного локусу контролю* і знизились показники *агресивності*, вирівнялись деякі *особистісні прояви* і *типологічні характеристики*, що загострювали процес їхньої хвороби і ефективність реабілітації. А саме, вони стали більш прихильними, емоційно стійкими, почали проявляти самоконтроль, що і допомогло включити рівень гармонійного типу особистості і ергопатичного типу, дякуючи яким реабілітанти почали працювати і нести відповідальність за свою роботу.

Також вони почали поважати себе і інших; стали терпимі до недоліків людей. У них почала з'являтися легкість у спілкуванні і налагодженні зв'язків з оточуючими. Вони стали менш дратівливими і імпульсивними по відношенню до задоволення своїх потреб. Для них відкрились нові можливості регулювати свої емоції і нести відповідальність за своє життя, досягнення, здоров'я, успіхи у сім'ї і на виробництві. Також реабілітанти оволоділи позитивними аутотренуваннями для відновлення своїх сил і впевненості у своїх позиціях, навчилися ефективно і грамотно відстоювати свої межі.

Висновки до третього розділу

1. Формувальний етап дослідження показав, що розроблена нами *програма психологічної особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років* має у своїй меті: навчати реабілітантів конструктивного відпрацювання негативних та інших агресивних тенденцій у когнітивному, емоційному та поведінковому проявах.

Зазначено, що основні *завдання* програми психологічної корекції це: навчання реабілітантів соціально прийнятним способам вираження гніву та прояву реакцій на негативну ситуацію в цілому; навчання реабілітантів навичкам самоконтролю і управління власним гнівом (навичкам саморегуляції); формування у реабілітантів конструктивних форм поведінки та основ комунікації у проблемній ситуації; усунення надмірного емоційного напруження й особистісної тривожності реабілітантів за допомогою

використання техніки релаксації. розвиток позитивної самооцінки реабілітантів; формування здатності усвідомлення власного емоційного світу, та почуттів інших людей, розвиток емпатії тощо.

2. Обґрунтовано, що дана програма включає ряд технік і підходів як вітчизняних, так і зарубіжних вчених для зниження наркозалежності серед молоді, зниження агресивних імпульсів у житті, для запуску механізму «стоп» у вживанні ПАР, а також для розвитку інтернального локусу контролю, конструктивної поведінки і позитивних, адекватних особистісних проявів.

Представлено, що під час формувального експерименту нами було зроблено *два діагностичні зрізи* в експериментальній та контрольній групах: до початку та після завершення психокорекційного впливу. Для визначення рівня впливу розробленої нами психокорекційної програми на учасників ми використали непараметричний статистичний метод відмінностей для залежних вибірок Т-Вілкоксона. Результати порівняльного аналізу першого і другого діагностичних зрізів в експериментальній групі показали статистично значущий характер відмінностей ($p < 0,05$) за певними показниками.

3. Виявлено, що за допомогою даної психокорекційної програми *реабілітанти* навчилися соціально прийнятним способом виражати гнів та прояв реакцій на негативну ситуацію в цілому; розвинули навички самоконтролю і управління власним гнівом (навичками саморегуляції); сформували конструктивні форми поведінки і комунікації у проблемній ситуації; знизили надмірне емоційне напруження й особистісну тривожність за допомогою використання техніки релаксації; підвищили самооцінку; сформували здатність усвідомлення власного емоційного світу, та почуттів інших людей, розвинули певний рівень емпатії.

Таким чином, розроблена нами програма *психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років* знизила рівень агресії серед осіб, які перебувають в Реабілітаційному центрі 12+. Реабілітанти розвинули певний рівень поваги до себе і до інших, зрозуміли

причину нестримних поривів, невдоволення і роздратування на весь світ. Вони стали менш підозрілими, у них зменшилась аутоагресія і відчуття провини, навіть відпала потреба у невербальних проявах свого невдоволення.

Отже, за період довготривалої реабілітації у осіб, які вживали ПАР підвищились показники *суб'єктивного локусу контролю* і знизились показники *агресивності*, вирівнялись деякі *особистісні прояви* і *типологічні характеристики*, що загострювали процес їхньої хвороби і ефективність реабілітації. А саме, вони стали більш прихильними, емоційно стійкими, почали проявляти самоконтроль, що і допомогло включити рівень гармонійного типу особистості і ергопатичного типу, дякуючи яким реабілітанти почали працювати і нести відповідальність за себе та за свої вчинки, дії, сім'ю, роботу тощо.

ВИСНОВКИ

У ході дослідження психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років: здійснено наступне:

1. Обґрунтовано, що *наркозалежність*, яка має в якості сенсотворчої цінності наркотичний засіб, в ході свого розвитку неминуче нав'язує суб'єкту систему специфічних особистісних смислів, які визначаються характерними особливостями наркотичного засобу в якості мотиву різних актуальних потреб. У міру закріплення наркоманізації як способу задоволення актуальних потреб система породжуваних наркозасобів особистісних смислів набуває стабільність, ригідність, стійкість, перетворюючись в систему специфічних установок особистості.

Розкрито, що до основних факторів формування *наркозалежності* відносять: недостатню соціальну адаптацію, особистісні особливості людини (низький культурний рівень, установки особистості, змістотворних цінності, порушення емоційної сфери) і ситуативні чинники.

Науково досліджено, що юнацький вік характеризується завершенням формування морально-етичної сфери, становленням та стабілізацією характеру й, що конче важливо, прийняттям статусу та відповідальності дорослої людини відповідно до своєї статі. Із цим періодом пов'язаний початок «економічної активності», під якою демографи розуміють включення людини в самостійну виробничу діяльність, початок трудової біографії, а також формування близьких інтимних стосунків.

Проаналізовано, що при вживанні психоактивних речовин сучасною молоддю можемо спостерігати різноманітні порушення психіки, а саме особистісних структур на рівні *поведінковому, когнітивному і емоційному*.

Розкрито потенціал особистісних розладів за такими параметрами: а) наявність імпульсивної поведінки; б) рівні викривлення самооцінки та загальної критичності; в) ступінь вираженості афективної лабільності.

З'ясовано, що серед особистісних проявів наркозалежності у молоді

віком 18-25 років варто відмітити такі: тривожність, агресивність, депресивність, егоїстичність, конфліктність, образливість, недовірливість, неадекватне сприйняття світу, жорсткість, злостивість, ригідність, перенапруження психічних процесів, замкнутість, відчуженість, емоційна вибуховість, неврастенія, дратівливість, млявість, obsесивна-фобічність, іпохондричність, астеничність, байдужість тощо.

Розкрито наступні реабілітаційні форми для надання психологічної допомоги особам, які вживають ПАР: а) терапевтичні співтовариства; б) сімейні клуби тверезості; в) організація наркологічних реабілітаційних центрів у структурі різних конфесій; г) програми допомоги дітям з алкогольних сімей д) Мінесотська модель стаціонарної та амбулаторної 12 – крокової реабілітаційної програми – групи само- та взаємодопомоги.

Більшість країн Європи і США в основному використовують змішані програми реабілітації наркозалежних і обов'язковим є принцип поєднання медичного та соціального аспектів. Серед психотерапевтичних та реабілітаційних програм у розвинутих країнах переважають ті, які засновані на методології подолання залежності від ПАР та відновлення особистості за програмою «12 кроків».

2. За допомогою опитувальника діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А. К. Осницького) ми виявили, що особи, які вживають ПАР мають високі показники агресивності. Це свідчить про їх емоційно нестабільні стани. Реабілітанти не можуть контролювати свої агресивні потоки та активно їх проявляють на зовні.

Досліджено, що особи, які вживають ПАР і перебувають у «Реабілітаційному Центрі 12+» мають високі показники по всіх шкалах агресії, що свідчить про наявну агресивність з їх сторони до себе і до життя. Реабілітанти є чутливі до навколишньої дійсності і вразливо реагують у міжособистісних взаєминах. Для них характерною є звинувачення інших у своїх бідах і в той же час відчуття вини за свої вчинки; вони проявляють неконтрольоване фізичне насилля, коли не отримують бажане, або коли їх

ображають; дані особи весь час роздратовані і підозрілі, негативізм – це єдина їх реакція на життя. Вони не контролюють себе в стані люті, або максимальної ворожості до когось. Їм не підвладна саморегуляція агресивних імпульсів, що є одним з особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років.

За допомогою опитувальника РСК (модифікація Є. Ф. Бажина, Є. А. Голинкіної, А. М. Еткінда) ми дослідили, що особи, які вживають ПАР мають низькі показники за інтернальним локусом контролю. Це свідчить про те, що більшість із них не бачать зв'язку між своїми діями та значущими для них подіями в житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток. Вони вважають, що більшість подій – це результат випадку або дій інших людей. Такі реабілітанти часто доводять, що інші люди винні у їх невдачах і їх життя залежить тільки від інших людей і вважають не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, які виникають у їх сім'ї. Вони не можуть активно формувати своє коло спілкування і схильні вважати свої міжособистісні стосунки результатом активності партнерів. Також дані особи не несуть відповідальність за своє здоров'я. Їм легше у цьому звинуватити когось, а якщо захворіють, то одужання прийде внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів. Отримані результати свідчать про низький рівень відповідальності за своє життя у реабілітантів як особистісного прояву наркозалежності у молоді.

За допомогою п'ятифакторного опитувальника особистості 5PFQ Р. МакКрая та П. Коста ми виявили, що особистісний потенціал реабілітантів знаходиться на середньому рівні, з тенденцією до низьких проявів особистісних якостей.

Це свідчить про те, що реабілітантам притаманна як екстраверсія, так і інтроверсія. Вони байдужі, підозрілі та егоїстичні. Однак, є і ті, які готові йти на контакт і проявляють довіру до людей. Їм властиві наступні особистісні прояви: імпульсивність, неконтрольованість, безвідповідальність, емоційна нестійкість, депресивність, замкнутість, почуття провини,

напруженість, пасивність, тривожність, ригідність, нечутливість, відсутність наполегливості, безтурботність, консервативність тощо.

За допомогою особистісного опитувальника Бехтеревського інституту ЛОБІ слід зазначити, що у осіб, які вживають ПАР переважають такі особистісні прояви як тривожність, апатичність, неврастенічність, obsесивна-фобічність, егоцентричність, ейфорійність, що свідчить про не контрольованість емоційних станів у реабілітантів, порушення вольової саморегуляції і тестування реальності.

Таким чином, дослідження особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років показало, що реабілітанти мають високий рівень фізичної і вербальної агресивності, роздратованості, образливості, почуття провини. Інтернальний локус контролю у них низький майже у всіх сферах життя, особливо що стосується здоров'я і хвороби, сімейних відносин і відносин на виробництві. Їм більше притаманні пасивність, відособленість, імпульсивність, безвідповідальність, тривожність, депресивність, емоційна нестійкість, нечутливість, ригідність, байдужість. Серед клінічних особистісних характеристик, то варто виділити апатичність, неврастенічність, obsесивну-фобічність, егоцентричність, ейфорійність. Дані особистісні прояви наркозалежності у молоді показують те, що контролювати, усвідомлювати і лікувати їх складно для реабілітантів. Тому так важливо для осіб, які вживають ПАР і перебувають у «Реабілітаційному Центрі 12+» проводити психологічну корекцію, яка надасть можливості їм покращити свої психічні стани і вирівняти особистісні прояви.

3. Формувальний етап дослідження показав, що розроблена нами *програма психологічної особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років* має у своїй меті: навчати реабілітантів конструктивного відпрацювання негативних та інших агресивних тенденцій у когнітивному, емоційному та поведінковому проявах.

Обґрунтовано, що дана програма включає ряд технік і підходів як вітчизняних, так і зарубіжних вчених для зниження наркозалежності серед

молоді, зниження агресивних імпульсів у житті, для запуску механізму «стоп» у вживанні ПАР, а також для розвитку інтернального локусу контролю, конструктивної поведінки і позитивних, адекватних особистісних проявів.

Таким чином, розроблена нами програма *психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років* знизила рівень агресії серед осіб, які перебувають в Реабілітаційному центрі 12+. Реабілітанти розвинули певний рівень поваги до себе і до інших, зрозуміли причину нестримних поривів, невдоволення і роздратування на весь світ. Вони стали менш підозрілими, у них зменшилась аутоагресія і відчуття провини, навіть відпала потреба у невербальних проявах свого невдоволення.

Отже, за період довготривалої реабілітації у осіб, які вживали ПАР підвищились показники *суб'єктивного локусу контролю* і знизились показники *агресивності*, вирівнялись деякі *особистісні прояви* і *типологічні характеристики*, що загострювали процес їхньої хвороби і ефективність реабілітації. А саме, вони стали більш прихильними, емоційно стійкими, почали проявляти самоконтроль, що і допомогло включити рівень гармонійного типу особистості і ергопатичного типу, дякуючи яким реабілітанти почали працювати і нести відповідальність за себе та за свої вчинки, дії, сім'ю, роботу тощо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алкоголизм, наркомании, токсикомании: учебное пособие / [Барденштейн Л.М., Герасимов Н.П., Можгинский Ю.Б., Беглянкин Н.И.]. – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2007. – 264 с.
2. Алкогольная и наркотическая зависимость: практическое руководство для врачей / [Энтин Г.М., Гофман А.Г., Музыченко А.П., Крылов Е.Н.]. – М.: Медпрактика, 2002. – 328 с.
3. Бабанов П. Д. Наркомании: патопсихология, клиника, реабилитация / П.Д. Шабанов, О.Ю. Штакельберг // Подред. А.Я. Гриненко. – СПб.:Лань, 2000. – 368с.
4. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль / Берковиц Л.; пер. с англ. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2001. — 512 с.
5. Бююль А. SPSS: искусство обработки информации : анализ статистических данных и восстановление скрытых закономерностей : пер. с нем. / Ахим Бююль, Петер Цёфель. – СПб. : ДиаСофтЮП, 2002. – 608 с.
6. Биоэлектрическая активность мозга у больных героиновой наркоманией в ранние сроки абстиненции / Гехт А.Б., Полунина А.Г., Брюн Е.А. [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2003. – № 5. – С. 53-59.
7. Битти М. Алкоголик в семье, или преодоление созависимости / М. Битти // Пер. с англ. – М.: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
8. Благов Л.Н. Психопатологический феномен рентности и манипулятивности поведения наркологического больного / Л.Н. Благов // Наркология. – 2008. – № 11. – С. 87-98.
9. Блейхер В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер, И.В. Крук. – К.: Здоров'я, 1986. – 280 с.
10. Блум Г. Психоаналитические теории личности / Г. Блум. – М.:КСП, 1996. – 247 с.
11. Голярдник Н.А. Соціально-психологічні умови подолання та корекція агресивної поведінки у студентської молоді (курсантів) / Н.А.

Голярдник [Електронний ресурс]// Психологічні науки. «Молодий вчений». - № 12 (39). – грудень. Режим доступу. - 2016 р. <http://molodyvcheny.in.ua/ua/archive/5/>

12. Гриднева Т. В. Агрессия у подростков / Т. В. Гриднева // Вести психосоц. и коррек.-реаб. работы. — 2011. — № 4. — С. 80–87.

13. Дамулин И.В. Когнитивные нарушения при наркоманиях / И.В. Дамулин, Ю.П. Сиволап // Российский мед. журн. – 2007. – № 6. – С. 49-55.

14. Доля, А. А. Психологические особенности наркозависимых / А. А. Доля, В. Г. Моисеев. — Текст : непосредственный, электронный // Молодой ученый. — 2018. — № 18 (204). — С. 435-438. — URL: <https://moluch.ru/archive/204/49789/> (дата обращения: 29.04.2020).

15. Ениколопов С. Н. Методики диагностики агрессии / С.Н. Ениколопов, Н. П. Цибульский // Психологическая диагностика. – 2007. – №3. – С.41-72.

16. Зиновьев С.В., Сафонов А.Т. Этапность психотерапевтического ведения пациентов с сопутствующей аддиктивной патологией // Сб. тезисов конференции с международным участием «Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины». – СПб., 2006. – С.161-162.

17. Зинкер Д. В поисках хорошей формы: Гештальт-терапия / Зинкер Дж. пер. с англ.– М. : Пером, – 369 с.

18. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований / Ю.П. Зинченко // Национальный психологический журнал. – 2011. – № 1 (5). – С.42-49.

19. Златковський В. В. Медико-психологічний супровід хворих на залежність від психоактивних речовин / В. В Златковський, Б. В. Михайлов. – К.: Редакційна колегія, 2010. – С. 126.

20. Иванец Н.Н. Руководство по наркологии / Н.Н. Иванец. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 944 с.

21. Илюк Р.Д. Агрессивность как мишень гештальт-терапевтической работы с потребителями психоактивных веществ Исурина Г.Л. Групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия: механизмы лечебного воздействия в краткосрочной модели / Р.Д. Илюк, И.В. Берно- Беллуке // Сб. тезисов докл. конф. с международным участием: Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины. – СПб., 2006. – С. 28-29.

22. Исаев М.Ю. Возможности психотерапии в профилактике рецидивов опийных наркоманий / М.Ю. Исаев // Актуальные проблемы современной психиатрии и психотерапии: Сб. научных трудов // под. ред. профессора Н.Н. Иванец и др.– М., 1988.– С.152-156.

23. Исурина Г.Л. Развитие патогенетической концепции неврозов и психотерапии В.Н. Мясищева на современном этапе / Исурина Г.Л. и др.// Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – Л., 1994. – С. 100-109.

24. Каклюгин Н.В. Нерелигиозная методика коррекции зависимого поведения потребителей наркотиков в терапевтических сообществах / Н.В. Каклюгин. – СПб.: Образование, 2002. – 392 с.

25. Калиниченко О.Ю. Формирование аддиктивного поведения в подростковом и юношеском возрасте: системный анализ социальных и психологических факторов риска: автореф. на соискание ученой степени канд. биол. наук.: спец. 05.13.01 – «Системный анализ, управление и обработка информации» / О.Ю. Калиниченко. – М., 2007. – 30 с.

26. Карвасарский Б.Д. Групповая психотерапия: значение и перспективы использования в комплексном лечении больных неврозами / Б.Д. Карвасарский, Н.В. Тарабрина // Клиническая психология. – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 2000. – 598 с/

27. Карвасарский Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия / Б.Д. Карвасарский. – СПб.: ЗАО «Издательство «Питер», 1999. - 752 с.

28. Кобзева Л. С. Влияние черт личности на реабилитационный

потенциал наркозависимых / Л.С. Кобзева, О.С. Ковшова //Аспирантские чтения – 2016. – С. 92.

29. Козлов А. А. Зависимость формирования наркоманической личности от предрасполагающих факторов /А.А. Козлов, М.Л. Рохлина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2001.– Т. 101, №5. – С.16-20.

30. Корольчук М. С. Психологічне забезпечення психічного і фізичного здоров'я / М. С.Корольчук.– К.: Інкос, 2002. – 283 с.

31. Корсаков С. С. Курс психиатрии / С. С. Корсаков. – М.: Directmedia, 2013. – 312 с.

32. Кочарян О.С. Теоретичні аспекти вивчення психологічних особливостей наркозалежності / О.С. Кочарян, М.О. Антонович //Психіатрія, неврологія та медична психологія. – 2016. – Т. 3. – №. 1 (5). – С. 62-67.

33. Кошелева Т.С. Стойкие психические расстройства вследствие злоупотребления психостимуляторами с амфитаминоподобным действием (клинический и судебнопсихиатрический аспекты): автореф. дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: спец. 14.00.18 – «Психиатрия»; 14.0045 – «Наркология» / Т.С. Кошелева. – М., 2005. – 31 с.

34. Кулагина И. Ю. Возрастная психология. Развитие человека от рождения до поздней зрелости : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / И. Ю. Кулагина, В. Н. Колюцкий. - 2-е изд. - М.: ТЦ Сфера, 2009. - 464 с.

35. Лінський І. В. Основні проблеми, пов'язані з поширенням алкогольної залежності та наркоманії в Україні, та шляхи їх розв'язання / І. В. Лінський //Український вісник психоневрології. – 2005. – Т. 13. – №. 4. – С. 8-11.

36. Лінський І.В. Структура афективних розладів у хворих із залежністю від опіатів та хворих із залежністю від психостимуляторів за результатами багатовимірного психодіагностичного дослідження / І.В. Лінський, О.І. Мінко, О.С. Самойлов // Архів психіатрії. – 2004. – Т. 10, № 4 (39). – С. 89-91.

37. Лисенко І. П. Основи побудови психокорекційної роботи з хворими, залежними від наркотичних речовин: Метод. рекомендації / І.П. Лисенко, Т. Ю. Родіонова. – К., 2005. – 20 с.

38. Лисенко І.П. Динаміка і корекція патопсихологічних симптомокомплексів у осіб, залежних від алкоголю та наркотиків: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора псих, наук: спец. 19.00.04 «Медична психологія» / І.П. Лисенко. –К., 2003. – 45 с.

39. Литвинчук Л.М. Основні підходи до вивчення проблеми наркотичної залежності / Л.М. Литвинчук // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України – 2016. Том.V: Психофізіологія. Психологія праці. Експериментальна психологія. – Випуск 16. – К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство» – С. 109-117.

40. Литвинчук Л.М. До проблеми психологічних механізмів адиктивного процесу / Л.М. Литвинчук // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України – 2016. – Том.IX: Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. – Випуск 8. – К.: ПП Лисенко М.М. – С. 296-305.

41. Литвинчук Л.М. Сучасні погляди на проблему психологічної залежності наркоманів / Л.М. Литвинчук // Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2017. – Том VII: Екологічна психологія. – Випуск 43. – Житомир: «Вид-во ЖДУ ім. І. Франка». – С. 84-94.

42. Литвинчук Л.М. Особливості групової психотерапії у психологічній роботі з наркозалежними / Л.М. Литвинчук // Науковий журнал «Молодий вчений» – Херсон: ТОВ «Видавничий дім «Гельветика», 2016. – № 12.1 (40). – С. 230-235.

43. Литвинчук Л.М. Проблема співзалежності як брак почуття внутрішнього власного значення [Електронний ресурс] / Л.М. Литвинчук // Технології розвитку інтелекту. - Т. 2. - №4 (15). – К. : Інститут психології

імені Г.С. Костюка НАПН України, 2016. – Режим доступу до статті http://www.psytir.org.ua/index.php/technology_intellect_develop/article/view/268

44. Литвинчук Л.М. Психокорекційна робота з хворими на наркоманію засобами мистецтва: теоретичні аспекти та перспективи / Л.М. Литвинчук // Психологія. Педагогіка. Науково-методичний журнал Горизонти освіти – Севастополь, 2014. – № 2 (41) – С. 114-119.

45. Литвинчук Л.М. Психологічні засади реабілітації наркозалежних осіб: дис. ...доктора психол. наук : 19.0004 – медична психологія / Леся Михайлівна Литвинчук. – Київ, 2018. – 414 с.

46. Личко А. Е. Подростковая наркология / А.Е. Личко, В.С. Битенский. – М. : Медицина, 1991. – 302с.

47. Логаш М. В. Деякі аспекти історії опіатів в контексті сучасних проблем наркозалежності / М.В. Логаш, П.Б. Покотило// Мир медицины и биологии. – 2013. – Т. 9. – №. 4-1 (41).

48. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии / А.Р. Лурия – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 384с.

49. Лютий В. П. Соціальна робота з групами девіантної поведінки: навч. Посібник / Вадим Петрович Лютий. – К.: Академія праці і соціальних відносин, 2000. – 385 с.

50. Майстренко Т. М. Особливості роботи над професійно-орієнтованим завданням з курсу «Клінічна психологія» [Електронний ресурс] / Т.М. Майстренко. – Режим доступу до статті: <http://eprints.zu.edu.ua/21170/1/%D0%9C%D0%B0%D0%B9%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BA%D0%BE%202.pdf>

51. Лютый М.А. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа / Лютый М.А., Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. – М.: Анахарсис, 2001. – 267 с.

52. Наследов А. Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных : учеб. пособ / А. Д. Наследов. – СПб. : Речь, 2004. – 392 с.

53. Осипова А. А. Общая психокоррекция: Учеб. пособие для студ. вузов. - М.: ТЦ "Сфера", 2000.
54. Основы психології: Практикум. / Ред. - Упоряд. Л.Д. Столяренко. Ростов на /Д. – 2002. – 565 с.
55. Пятницкая И. Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. И. Н.Пятницкая. – М.: Медицина, 2008. – 64с.
56. Рохлина М.Л. Наркоманическая» личность / М.Л. Рохлина, А.А. Козлов // Журн. неврол. и психиатр, им. С.С.Корсакова. – М., 2000. – № 7. – С. 23-27.
57. Рохлина М.Л., Чистякові Л.А. Особенности преморбиды у больных с героиновой зависимостью и криминальным поведением / М.Л. Рохлина, Л.А.Чистякова // Материалы Российского національного конгресса по наркологии с международным участием. – М., 2009.– С. 113-114.
58. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. Человек и мир / Сергей Леонидович Рубинштейн.– СПб.: Питер, 2003.– 313 с.
59. Рудестам К. Групповая психотерапия./ К. Рудестам. – М: Прогресс, 1993. – 310 с.
60. Свенцицкий А.Л. Краткий психологический словарь / А.Л. Свенцицкий. – М.: Проспект, 2017. – С. 11. – 512 с.
61. Сердюк О.О. Соціологічне визначення категорії наркотизму та пов'язаних з нею понять / О. О. Сердюк // Український соціум. – 2005. – №. 4. – С. 46-51.
62. Сиволап Ю.П. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость / Ю.П. Сиволап, В.А. Савченков. – М.: Мед., 2005. – 304 с. 265
63. Сидоров П. И. Этнонаркологическая превентология / П.И. Сидоров // Наркология. – 2003. – №. 6. – С. 21-31.
64. Сидоров П.И. Наркологическая превентология. Руководство/ П.И. Сидоров. –М.: Рита, 2006. – 720 с.
65. Сидоров П.И. Новые направления подготовки специалистов по социальной работе для реабилитации лиц с психическими и

наркологическими заболеваниями / П.И. Сидоров и др. // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 4. – С.13-16.

66. Симонова Е.М. Некоторые особенности психотерапии семей с химической зависимостью / Е.М. Симонова // Московский психотерапевтический журнал.– 2001. – №3.– С. 162-171.

67. Сирота Н. А. Профілактика наркоманії алкоголізма / Н. А. Сирота, В.М. Ялтонский. – М.: Академия,2007.–176 с.

68. Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам / Всемирная организация . – М. : Медицина, 1996. – 80 с.

69. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – М.: Бахрах-М, 2011. – 528с.

70. Райгородский Д. Я. Психология личности. Хрестоматия. – Самара: ИД«БАХРАХ- М», 2006. – Т. 1.– 512с., Т. 2.– 544 с.

71. Файнбург З. И. Ценностные ориентации в некоторых социальных группах социалистического общества /З.И. Файнбург //Личность и ее ценностные ориентации: Информ. бюл. – 1969. – №. 2. – С. 59-99.

72. Цветкова Л.А. Социально-психологические теории формирования аддикций / Л.А. Цветкова // Вестник Моск. Ун-та. Серия14, Психология. – 2011. – №2.– С. 166–178.

73. Черниговская Н.В. Адаптивное биоуправление в неврологии / Н.В. Черниговская. – Л.: Наука, 1978. – С.134.

74. Юрьева Л.Н. Компьютерная зависимость: формирование, диагностика, коррекция и профилактика / Л.Н. Юрьева, Т.Ю. Больбот. – Днепропетровск: Пороги, 2006. – С. 17-21.

75. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия / И. Ялом. – М.:Эксмо, 2011. – 480с. 312

ДОДАТКИ

Додаток А

Соціально-демографічні характеристики

Стать

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	дівчата	8	16,0	16,0	16,0
	хлопці	42	84,0	84,0	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Вік

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-21 років	31	62,0	71,7	71,7
	22-25 років	19	38,0	28,3	100,0
	Total	50	100,0	100,0	

Додаток Б.1

Перелік тверджень за опитувальником А. Баса - А. Дарки

(початок)

Інструкція: опитувальник складається із 75 тверджень, на які ви маєте дати відповідь "Так" чи "Ні"

1. Часом я не можу впоратися з бажанням заподіяти шкоду іншому.
2. Іноді брешу про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююся.
4. Якщо мене не попросять по доброму, я не виконаю прохання.
5. Я не завжди одержую те, що належить.
6. Я не знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.
7. Якщо я не схвалюю поведінки друзів, я даю їм це відчутти.
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болісні каяття совісті.
9. Мені здається, що я не здатний ударити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди поблажливий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.
14. Я тримаюся насторожено з людьми, що ставляться до мене трохи більш дружньо, ніж я очікував.
15. Я часто буваю не згодний з людьми.
16. Іноді до мене приходять думки, від яких мені соромно.
17. Якщо хто-небудь першим ударить мене, я не відповім йому.
18. Коли я дратуюся, я грюкаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.

Додаток Б.1**Перелік тверджень за опитувальником А. Баса - А. Дарки**

(продовження)

20. Якщо хтось уявляє себе начальником, я завжди дію йому всупереч.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що багато людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від суперечки, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, які ухиляються від роботи, мають відчувати почуття провини.
25. Той, хто ображає мене і мою родину, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лютя, коли наді мною посміхаються.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже щотижня я бачу кого-небудь, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене гнітить те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, що постійно дратують вас, заслуговують на те, щоб їх "клацнули" по носі.
34. Я ніколи не буваю похмурий від злості.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я заслуговую, я не засмучуюся.
36. Якщо хтось виводить мене із себе, я не звертаю уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді гризе заздрість.
38. Іноді мені здається, що з мене глузують.
39. Навіть якщо я злюся, я не вдаюся до "сильного" висловлювання.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були прощені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь ударить мене.
42. Коли виходить не по моєму, я іноді ображаюся.

Додаток Б.1

Перелік тверджень за опитувальником А. Баса - А. Дарки

(продовження)

43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти "чужинцям".
46. Якщо хто-небудь дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити кого-небудь.
49. З дитинства я ніколи не виявляв вибухів гніву.
50. Я часто почуваюся як порохова бочка, що готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко працювати.
52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити щонебудь приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я б'юся не рідше і не частіше ніж інші.
56. Я можу згадати випадки, коли я був настільки злим, що брав річ, яка потрапила мені під руку, і ламав її.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя поводить мене зі мною несправедливо.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.
60. Я лаюся тільки від злості.
61. Коли я вчиняю неправильно, мене мучить совість.
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.

Додаток Б.1**Перелік тверджень за опитувальником А. Баса - А. Дарки**

(завершення)

63. Іноді я виражаю свій гнів тим, що с гукаю кулаком постолю.
64. Я буваю грубуватий щодо людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на це заслуговує.
67. Я часто думаю, що жив неправильно.
68. Я знаю людей, що здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюся через дріб'язки.
70. Мені рідко приходить на думку, що люди намагаються розлютити чи образити мене.
71. Я часто тільки загрожую людям, хоча і не збираюся виконувати погрози.
72. Останнім часом я став занудою.
73. У супереч ці я часто підвищую голос.
74. Я намагаюся зазвичай ховати своє погане ставлення до людей.
75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

Додаток Б.2

Ключ до опитувальника А. Баса - А. Дарки

Обробка результатів: підраховується кількість збігів за кожним показником і формою агресії, наведених у таблиці. Сума балів множиться на коефіцієнт.

$(1+2+3):3=IA$ – індекс агресивності

$(6+7):2=IB$ – індекс ворожості

Таблиця аналізу показників і форм агресії

Показники і форми агресії	№ питань
Фізична агресія	1+, 9-, 17-, 25+, 33+, 41+, 48+, 55+, 62+, 68+ K=11
Вербальна агресія	7+, 15-, 23+, 31+, 39-, 46+, 53+, 60+, 66-, 71+, 73+, 74-, 75- K=8
Непряма агресія	2+, 10+, 18+, 26-, 34+, 42+, 49-, 56+, 63+ K=13
Негативізм	4+, 12+, 20+, 28+, 36- K=20
Роздратування	3+, 11-, 19+, 27+, 35-, 43+, 50+, 57+, 64+, 69-, 72+ K=9
Підозрілість	6+, 14+, 22+, 30+, 38+, 45+, 52+, 59+, 65-, 70- K=11
Образа	5+, 13+, 21+, 29+, 37+, 44+, 51+, 58+ K=13
Почуття провини	8+, 16+, 24+, 32+, 40+, 47+, 54+, 61+, 67+ K=13

Додаток Б.3.

Результати дослідження за опитувальником діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)

(початок)

№	Фізична	вербальна	непрямая	негативізм	роздратування	підозрілість	образливість	Почуття провини	Індекс агресії	Індекс ворожості
1	22	48	52	20	54	47	39	55	40,6	19,5
2	20	42	42	20	53	80	38	55	34,6	39,9
3	22	72	52	60	63	66	65	88	48,6	65,5
4	99	64	91	60	54	66	91	99	84,6	95
5	11	56	78	60	72	11	65	77	48,3	71
6	55	72	65	0	27	77	52	99	64	75,5
7	33	48	65	60	36	11	26	99	48,7	18,5
8	22	16	26	20	27	77	78	88	21,3	77,8
9	22	48	78	40	36	22	78	66	49,3	50
10	11	24	52	0	18	22	26	77	29	24
11	55	96	78	80	90	66	81	88	76,3	73,5
12	66	48	81	80	63	44	26	66	65	35
13	33	96	78	60	54	44	52	88	69	48
14	33	96	78	80	66	66	26	88	69	46
15	55	96	91	100	63	44	52	22	80,6	48

Додаток Б.3.

Результати дослідження за опитувальником діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)

(продовження)

№	Фізична	вербальна	непряма	негативна	роздратування	підозрілість	образливість	Почуття провини	Індекс агресії	Індекс ворожості
16	44	24	65	20	27	22	26	55	44,3	24
17	22	56	65	20	54	33	13	44	47,7	23
18	11	56	39	20	27	66	13	55	53	39,5
19	77	96	91	80	72	33	52	77	88	42,5
20	44	56	65	40	54	33	26	55	55	29,5
21	22	16	26	20	27	77	78	88	21,3	77,8
22	22	48	78	40	36	22	78	66	49,3	50
23	11	24	52	56	18	22	26	77	29	24
24	55	96	78	80	90	66	81	88	76,3	73,5
25	66	48	81	80	63	44	26	66	65	35
26	22	16	26	20	27	77	78	88	21,3	77,8
27	22	48	78	40	36	22	78	66	49,3	50
28	22	56	65	20	54	33	13	44	47,7	23
29	11	56	39	20	27	66	13	55	53	39,5
30	77	96	91	80	72	33	52	77	88	42,5

Додаток Б.3.

Результати дослідження за опитувальником діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)

(продовження)

№	Фізична	вербальна	непрямая	негативізм	роздратування	підозрілість	образливість	Почуття провини	Індекс агресії	Індекс ворожості
31	44	56	65	40	54	33	26	55	55	29,5
32	22	16	26	20	27	77	78	88	21,3	77,8
33	22	48	52	20	54	45	39	55	40,6	19,5
34	20	42	42	20	53	79	38	55	34,6	19
35	22	72	52	60	63	66	65	88	48,6	65,5
36	99	64	91	60	54	66	91	99	84,6	95
37	11	56	78	60	72	11	65	77	48,3	71
38	55	72	65	0	27	77	52	99	64	75,5
39	33	48	65	60	36	11	26	99	48,7	68,7
40	33	96	78	60	54	44	52	88	69	48
41	33	96	78	80	66	66	26	88	69	46
42	55	96	91	100	63	44	52	22	80,6	48
43	44	24	65	20	27	22	26	55	44,3	24
44	22	56	65	20	54	33	13	44	47,7	23
45	11	56	39	20	27	66	13	55	53	39,5

Додаток Б.4

Результати дослідження за опитувальником діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки (адаптація А.К. Осницького)
(завершення)

№	Фізична	вербальна	непряма	негативізм	роздратування	підозрілість	образливість	Почуття провини	Індекс агресії	Індекс ворожості
46	77	96	91	80	72	33	52	77	88	42,5
47	44	56	65	40	54	33	26	55	55	29,5
48	33	96	78	60	54	44	52	88	69	48
49	33	96	78	80	66	66	26	88	69	63
50	55	96	91	100	63	44	52	22	80,6	457

Додаток Ж.1

**Перелік тверджень до опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю»
(РСК)
(початок)**

РСК виявляє *екстернальний* або *інтернальний* тип поведінки. У першому випадку людина вважає, що події, які з нею відбуваються, — результат дії зовнішніх сил — випадку, інших людей тощо. У другому випадку людина інтерпретує значущі події як результат своєї діяльності.

Локус контролю, характерний для індивіда, універсальний щодо будь-яких подій та ситуацій, з якими йому доведеться постати. Той самий тип контролю характеризує поведінку цієї особистості і при невдачах, і при досягненнях, причому це стосується різних галузей соціального життя.

Конформна та поступлива поведінка більш властива людям із *екстернальним* локусом. *Інтернали*, на відміну від екстернатів, менш схильні підпорядковуватись тиску інших, чинять спротив, коли відчують, що ними маніпулюють, реагують сильніше ніж екстернали на втрату особистої свободи.

Люди з інтернальними локусами контролю краще працюють наодинці, ніж під наглядом або при відеозаписі. Для екстернатів характерне прагнення до постійного спілкування.

Екстернальність корелює з тривожністю та депресією. Інтернали надають перевагу недирективним методам психокорекції, екстернали суб'єктивно більш орієнтовані на зовнішній контроль.

Опитувальник РСК складається з 44 пунктів. Він містить пункти, які вимірюють екстернальність-інтернальність у міжособистісних та сімейних стосунках, а також пункти, які вимірюють РСК щодо хвороб і здоров'я.

Додаток Ж.1**Перелік тверджень до опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю»
(РСК)**

(продовження)

1. Просування по службі більше залежить від вдалого збігу обставин, ніж від здібностей та зусиль людини.
2. Більшість розлучень відбувається через те, що люди не захотіли пристосуватись один до одного.

Продовження додатку Б

3. Хвороба — справа випадку; якщо судилося захворіти, то нічого не вдієш.
4. Люди залишаються самотніми, тому що самі не виявляють зацікавленості та дружелюбності до оточуючих.
5. Здійснення моїх бажань часто залежить від сприятливих обставин.
6. Недоцільно витратити зусилля на завоювання симпатії інших людей.
7. Зовнішні обставини — батьки та добробут — впливають на сімейне щастя не менше, ніж стосунки подружжя.
8. Я часто відчуваю, що мало впливаю на те, що відбувається зі мною.
9. Як правило, керівництво виявляється ефективнішим, коли повністю контролює дії підлеглих, а не покладається на їх самостійність.
10. Мої оцінки в школі частіше залежали від випадкових обставин (наприклад, від настрою вчителя), ніж від моїх власних зусиль.
11. Коли я планую, то вірю, що зможу здійснити їх.
12. Те, що багато людей вважає вдачею, насправді результат довгих цілеспрямованих зусиль.
13. Думаю, що правильний спосіб життя може більше допомогти здоров'ю, ніж лікарі та ліки.
14. Якщо люди не підходять один одному, то яких би зусиль вони не докладали б, налагодити сімейне життя вони все ж не зможуть.
15. Те хороше, що я роблю, зазвичай правильно оцінюють інші.

Додаток В.1**Перелік тверджень до опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю»
(РСК)**

(продовження)

16. Діти виростають такими, якими їх виховують батьки.
 17. Гадаю, що випадок або доля не відіграють важливої ролі в моєму житті.
 18. Я намагаюсь не планувати заздалегіть, тому що багато залежить від того, як складуться обставини.
 19. Мої оцінки в школі найперше залежали від моїх зусиль та рівня підготовки.
 20. У сімейних конфліктах я частіше відчуваю провину за собою, ніж за протилежною стороною.
- Продовження додатку Б
21. Життя більшості людей залежить від збігу обставин.
 22. Я надаю перевагу такому керівництву, при якому можна самостійно визначати, що і як робити.
 23. Думаю, що мій спосіб життя в жодному разі не є причиною моїх хвороб.
 24. Як правило, саме невдалий збіг обставин заважає людям досягти успіхів.
 25. За погане управління організацією відповідальні самі люди, які в ній працюють.
 26. Я часто відчуваю, що нічого не можу змінити у стосунках в сім'ї, які склалися.
 27. Якщо я дуже захочу, то зможу завоювати симпатії до себе будь-кого.
 28. На молоде покоління впливає так багато різних обставин, що зусилля батьків у їхньому вихованні часто марні.
 29. Те, що зі мною трапляється, — результат моїх зусиль.
 30. Важко буває зрозуміти, чому керівники чинять так, а не по-іншому.
 31. Людина, яка не змогла досягти успіху у своїй роботі, очевидно, не виявила достатньо зусиль.

Додаток В.1**Перелік тверджень до опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю»
(РСК)
(завершення)**

32. Найчастіше я можу домогтися від членів моєї сім'ї того, чого хочу.
33. У неприємностях та невдачах, які були у моєму житті, частіше були винні інші люди, а не я сам.
34. Дитину завжди можна вберегти від застуди, якщо за нею стежити та правильно одягати.
35. У складних обставинах я схильний почекати, поки проблеми вирішаться самі.
36. Успіх — результат наполегливої праці і мало залежить від випадку або везіння.
37. Я відчуваю, що саме від мене залежить щастя моєї родини.
38. Мені завжди було важко зрозуміти, чому я одним людям подобаюсь, а іншим — ні.

Продовження додатку Б

39. Я завжди схильний приймати рішення та діяти самостійно, а не сподіватись на допомогу інших або на долю.
40. На жаль, заслуги людини часто залишаються невизнаними, попри всі її старання.
41. У сімейному житті бувають такі ситуації, які неможливо вирішити, навіть при найсильнішому бажанні.
42. Здібні люди, які не зуміли реалізувати своїх можливостей, повинні звинувачувати в цьому тільки себе.
43. Багато моїх успіхів були можливі тільки завдяки допомозі інших людей.
44. Більшість невдач у моєму житті відбувалося від невміння, незнання або лінощів і мало залежали від удачі.

Додаток В.2**Ключ до опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК)**

(продовження)

Показники (шкали):

1. ІО - шкала загальної інтернальності;
2. ІД - шкала інтернальності в області досягнень;
3. ІН - шкала інтернальності в області невдач;
4. ІС - шкала інтернальності в сімейних відносинах;
5. ІП - шкала інтернальності у виробничих відносинах;
6. ІМ - шкала інтернальності в області міжособистісних відносин;
7. З - шкала інтернальності стосовно здоров'я і хвороби.

У наведеній вище таблиці вказані номери тверджень, які належать до відповідних шкалах.

Додаток В.2**Ключ до опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК)**

(продовження)

1. Шкала загальної інтернальності (Із). *Високий* показник Із за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значущими ситуаціями. Такі люди вважають, що більшість важливих подій у їхньому житті були результатом їхніх дій. Таким чином, вони відчують власну відповідальність за ці події і за те, як складається їхнє життя в цілому. *Низький* показник за шкалою Із відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі досліджувані не бачать зв'язку між своїми діями та значущими для них подіями в житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток та вважають, що більшість їх — результат випадку або дій інших людей.

2. Шкала інтернальності в галузі досягнень (Ід). *Високі* показники за цією шкалою відповідають високому рівню суб'єктивного контролю над емоційно позитивними подіями та ситуаціями. Такі люди вважають, що вони самі досягли всього того, що було і є у їхньому житті, і що вони здатні успішно досягати своєї мети в майбутньому. *Низькі* показники за шкалою Ід свідчать про те, що людина приписує свої успіхи, досягнення та радощі зовнішнім обставинам — везінню, щасливій долі або допомозі інших людей.

3. Шкала інтернальності в галузі невдач (Ін). *Високі* показники за цією шкалою свідчать про розвинене відчуття суб'єктивного контролю стосовно негативних подій та ситуацій, які виявляються у схильності звинувачувати самого себе у різноманітних неприємностях та стражданнях. *Низькі* показники Ін доводять, що досліджуваний схильний приписувати відповідальність іншим людям або вважати їх результатом невезіння.

Додаток В.2

Ключ до опитувальника «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК)
(завершення)

4. Шкала **інтернальності у сімейних стосунках (Іс)**. *Високі* показники **Іс** означають, що людина вважає себе відповідальною за події, які відбуваються в її подружньому житті. *Низькі Іс* вказують на те, що суб'єкт вважає не себе, а своїх партнерів причиною значущих ситуацій, які виникають у його сім'ї.

5. Шкала **інтернальності в галузі виробничих відносин (Ів)**. *Високий Ів* підтверджує те, що людина вважає свої дії важливим фактором організації власної виробничої діяльності, в стосунках у колективі, у своєму просуванні тощо. *Низький Ів* вказує на те, що досліджуваний схильний приписувати важливіше значення зовнішнім обставинам — керівництву, співробітникам, везінню-неве-зінню.

6. Шкала **інтернальності в області міжособистісних відносин (Ім)**. *Високий показник Ім* свідчить про те, що людина вважає себе в силах контролювати свої формальні і неформальні відносини з іншими людьми, викликати до себе повагу та симпатію. *Низький Ім*, навпаки, вказує на те, що людина не може активно формувати своє коло спілкування і схильний вважати свої міжособистісні стосунки результатом активності партнерів.

7. Шкала **інтернальності стосовно здоров'я і хвороб (Іх)**. *Високі* показники **Іх** свідчать про те, що досліджуваний вважає себе відповідальним за своє здоров'я: якщо він хворий, то звинувачує в цьому самого себе і вважає, що одужання багато в чому залежить від його дій. Людина з *низьким Іх* вважає здоров'я та хворобу результатом випадку і сподівається на те, що одужання прийде внаслідок дій інших людей, насамперед лікарів.

Додаток В.3

Результати дослідження РСК

(початок)

№ Досліджуваного	Із	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Іх
1.	32	2	9	5	5	0	2
2.	21	5	4	6	2	3	3
3.	26	7	4	5	5	2	3
4.	21	3	3	6	4	2	0
5.	22	6	6	4	4	1	0
6.	19	8	5	5	8	2	2
7.	23	5	4	3	5	1	1
8.	33	4	4	1	5	0	2
9.	12	9	5	3	1	1	1
10.	33	9	9	8	2	1	2
11.	20	4	7	1	2	1	1
12.	14	1	3	7	5	1	3
13.	30	8	8	6	5	2	2
14.	11	6	9	4	2	3	0
15.	34	9	4	1	1	2	4
16.	31	10	7	8	4	3	3
17.	13	7	6	1	5	3	2
18.	35	1	3	1	5	1	3
19.	9	1	7	5	4	1	2
20.	19	4	2	2	2	3	1
21.	12	5	1	3	1	0	2
22.	20	4	2	5	2	0	1
23.	12	10	7	2	5	1	3

Додаток В.3

Результати дослідження РСК

(продовження)

№ Досліджуваного	Із	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Іх
24.	11	2	2	1	2	2	2
25.	25	6	9	4	3	2	3
26.	12	9	3	7	5	1	1
27.	31	2	2	2	4	1	3
28.	25	7	6	1	5	2	3
29.	13	2	8	8	2	1	1
30.	31	3	7	5	4	2	2
31.	19	4	4	2	2	3	1
32.	15	3	9	5	5	1	2
33.	27	5	1	3	5	2	3
34.	26	7	4	5	5	1	3
35.	26	2	3	6	2	0	1
36.	22	6	6	4	4	1	4
37.	28	8	5	5	8	0	1
38.	23	5	4	3	3	1	3
39.	33	2	8	4	5	0	1
40.	30	9	5	3	6	0	4
41.	33	2	9	8	6	1	2
42.	22	6	6	4	4	2	1
43.	28	2	5	5	3	1	3
44.	23	5	4	3	5	2	3
45.	33	8	8	2	5	1	1
46.	12	9	5	3	6	2	4

Додаток В.3

Результати дослідження РСК
(завершення)

№ Досліджуваного	Із	Ід	Ін	Іс	Ів	Ім	Іх
47.	21	2	2	3	1	4	2
48.	20	4	7	5	2	2	1
49.	32	3	2	7	5	1	3
50.	19	8	8	6	5	4	2

Додаток Д.1

**Стимульний матеріал до п'ятифакторного
особистісного опитувальника 5PFQ**

(початок)

Інструкція : «Оберіть твердження, яке Вам більше підходить та визначте його значимість для Вас».

1. Мені подобається займатися фізкультурою -2 -1 0 1 2 Я не люблю фізичні навантаження
2. Люди вважають мене чуйною і доброзичливою людиною -2 -1 0 1 2 Деякі люди вважають мене холодним і черствим
3. Я у всьому ціную чистоту і порядок -2 -1 0 1 2 Іноді я дозволяю собі бути неохайним
4. Мене часто турбує думка, що щось може трапитися -2 -1 0 1 2 «Дрібниці життя» мене не тривожать
5. Все нове викликає у мене інтерес -2 -1 0 1 2 Часто нове викликає у мене роздратування
6. Якщо я нічим не зайнятий, то це мене турбує -2 -1 0 1 2 Я людина спокійна і не люблю метушитися
7. Я намагаюся виявляти дружелюбність до всіх людей -2 -1 0 1 2 Я не завжди і не з усіма доброзичливий чоловік
8. Моя кімната завжди акуратно прибрано -2 -1 0 1 2 Я не дуже намагаюся стежити за чистотою і порядком
9. Іноді я засмучуюся через дрібниці -2 -1 0 1 2 Я не звертаю уваги на дрібні проблеми
10. Мені подобаються несподіванки -2 -1 0 1 2 Я люблю передбачуваність подій
11. Я не можу довго залишатися в нерухомості -2 -1 0 1 2 Мені не подобається швидкий стиль життя
12. Я тактовний по відношенню до інших людей -2 -1 0 1 2 Іноді жартома я зачіпаю самолюбство інших

Додаток Д.1

**Стимульний матеріал до п'ятифакторного
особистісного опитувальника 5PFQ**

(продовження)

13. Я методичний і пунктуальний у всьому -2 -1 0 1 2 Я не дуже обов'язкова людина
14. Мої почуття легко уразливі і ранимі -2 -1 0 1 2 Я рідко турбуюсь і рідко чогось боюсь
15. Мені не цікаво, коли відповідь ясна заздалегідь -2 -1 0 1 2 Я не цікавлюся речами, які мені не зрозумілі
16. Я люблю, щоб інші швидко виконували мої розпорядження -2 -1 0 1 2 Я не поспішаючи виконую чужі розпорядження
17. Я поступлива і схильна до компромісів людина -2 -1 0 1 2 Я люблю посперечатися з оточуючими
18. Я проявляю наполегливість, вирішуючи важке завдання -2 -1 0 1 2 Я не дуже наполеглива людина
19. У важких ситуаціях я весь стискається від напруги -2 -1 0 1 2 Я можу розслабитися в будь-якій ситуації
20. У мене дуже жива уяву -2 -1 0 1 2 Я завжди віддаю перевагу реально дивитися на світ
21. Мені часто доводиться бути лідером, проявляти ініціативу -2 -1 0 1 2 Я швидше підлеглий, ніж лідер
22. Я завжди готовий надати допомогу і розділити чужі труднощі -2 -1 0 1 2 Кожен повинен вміти подбати про себе
23. Я дуже старанна у всіх справах людина -2 -1 0 1 2 Я не дуже стараються на роботі
24. У мене часто виступає холодний піт і тремтять руки -2 -1 0 1 2 Я рідко відчував напругу, супроводжуване тремтінням у тілі

Додаток Д.1

**Стимульний матеріал до п'ятифакторного
особистісного опитувальника 5PFQ**

(продовження)

25. Мені подобається мріяти -2 -1 0 1 2 Я рідко захоплююся фантазіями
26. Часто трапляється, що я керую, віддаю розпорядження іншим людям -2 -1 0 1 2 Я волію, щоб хтось інший брав у свої руки керівництво
27. Я віддаю перевагу співпрацювати з іншими, ніж змагатися -2 -1 0 1 2 Без суперництва суспільство не могло б розвиватися
28. Я серйозно і старанно відношуся до роботи -2 -1 0 1 2 Я намагаюся не брати додаткові обов'язки на роботі
29. У незвичайній обстановці я часто нервую -2 -1 0 1 2 Я легко звикаю до нової обстановки
30. Іноді я занурююся в глибокі роздуми -2 -1 0 1 2 Я не люблю витратити свій час на роздуми
31. Мені подобається спілкуватися з незнайомими людьми -2 -1 0 1 2 Я не дуже товариська людина
32. Більшість людей добрі від природи -2 -1 0 1 2 Я думаю, що життя робить деяких людей злими
33. Люди часто довіряють мені відповідальні справи -2 -1 0 1 2 Деякі вважають мене безвідповідальним
34. Іноді я відчуваю себе самотньо, сумно і все валиться з рук -2 -1 0 1 2 Часто, небудь роблячи, я так захоплююсь, що забуваю про все
35. Я добре знаю, що таке краса і елегантність -2 -1 0 1 2 Моє уявлення про красу таке ж, як і у інших
36. Мені подобається здобувати нових друзів і знайомих -2 -1 0 1 2 Я волію мати тільки кілька надійних друзів

Додаток Д.1

**Стимульний матеріал до п'ятифакторного
особистісного опитувальника 5PFQ**

(продовження)

37. Люди, з якими я спілкуюся, звичайно мені подобаються -2 -1 0 1 2 Є такі люди, яких я не люблю
38. Я вимогливий і суворий у роботі -2 -1 0 1 2 Іноді я нехтую своїми обов'язками
39. Коли я сильно засмучений, у мене важко на душі -2 -1 0 1 2 В мене дуже рідко буває похмурий настрій
40. Музика здатна так захопити мене, що я втрачаю почуття часу -2 -1 0 1 2 Драматичне мистецтво і балет здаються мені нудними
41. Я люблю перебувати у великих і веселих компаніях -2 -1 0 1 2 Я віддаю перевагу усамітнення
42. Більшість людей чесні, і їм можна довіряти -2 -1 0 1 2 Іноді я ставлюся підозріло до інших людей
43. Я зазвичай працюю сумлінно -2 -1 0 1 2 Люди часто знаходять у моїй роботі помилки
44. Я легко впадаю в депресію -2 -1 0 1 2 Мені неможливо зіпсувати настрій
45. Справжній витвір мистецтва викликає у мене захоплення -2 -1 0 1 2 Я рідко захоплююся досконалістю справжнього витвору мистецтва
46. «Вболіваючи» на спортивних змаганнях, я забуваю про все -2 -1 0 1 2 Я не розумію, чому люди займаються небезпечними видами спорту
47. Я намагаюся проявляти чуйність, коли маю справу з людьми -2 -1 0 1 2 Іноді мені немає справи до інтересів інших людей
48. Я рідко роблю необдумано те, що хочу зробити -2 -1 0 1 2 Я віддаю перевагу приймати рішення швидко
49. У мене багато слабкостей і недоліків -2 -1 0 1 2 У мене висока самооцінка

Додаток Д.1

**Стимульний матеріал до п'ятифакторного
особистісного опитувальника 5PFQ**

(продовження)

50. Я добре розумію свій душевний стан -2 -1 0 1 2 Мені здається, що інші люди менш чутливі, ніж я
51. Я часто ігнорую сигнали, що попереджають про небезпеку -2 -1 0 1 2 Я волію уникати небезпечних ситуацій
52. Радість інших я поділяю як власну -2 -1 0 1 2 Я не завжди поділяю почуття інших людей
53. Я зазвичай контролюю свої почуття і бажання -2 -1 0 1 2 Мені важко стримувати свої бажання
54. Якщо я терплю невдачу, то зазвичай звинувачую себе -2 -1 0 1 2 Мені часто «щастить», і обставини рідко бувають проти мене
55. Я вірю, що почуття роблять моє життя змістовнішим -2 -1 0 1 2 Я рідко звертаю увагу на чужі переживання
56. Мені подобаються карнавальні ходи і демонстрації -2 -1 0 1 2 Мені не подобається знаходитися в багатолюдних місцях
57. Я намагаюся поставити себе на місце іншої людини, щоб його зрозуміти -2 -1 0 1 2 Я не прагну зрозуміти всі нюанси переживань інших людей
58. У магазині я зазвичай довго вибираю те, що надумав купити -2 -1 0 1 2 Іноді я купую речі імпульсивно
59. Іноді я відчуваю себе жалюгідним людиною -2 -1 0 1 2 Зазвичай я відчуваю себе потрібною людиною
60. Я легко «уживаюся» в переживання вигаданого героя -2 -1 0 1 2 Пригоди кіногероя не можуть змінити моє душевний стан
61. Я відчуваю себе щасливим, коли на мене звертають увагу -2 -1 0 1 2 Я скромна людина і намагаюся не виділятися серед людей
62. У кожній людині є щось, за що її можна поважати -2 -1 0 1 2 Я ще не зустрічав людини, яку можна було б поважати

Додаток Д.1

**Стимульний матеріал до п'ятифакторного
особистісного опитувальника 5PFQ**

(завершення)

63. Зазвичай я добре думаю, перш ніж дію -2 -1 0 1 2 Я не люблю продумувати заздалегідь результати своїх вчинків
64. Часто в мене бувають злети і падіння настрою -2 -1 0 1 2 Зазвичай у мене рівне настрої
65. Іноді я відчуваю себе фокусником, жартувати над людьми -2 -1 0 1 2 Люди часто називають мене нудним, але надійною людиною
66. Я привабливий для осіб протилежної статі -2 -1 0 1 2 Деякі вважають мене звичайним і нецікавим людиною
67. Я завжди намагаюся бути добрим і уважним з кожною людиною -2 -1 0 1 2 Деякі люди думають, що я самовпевнена і егоїстичний
68. Перед подорожжю я намічаю точний план -2 -1 0 1 2 Я не можу зрозуміти, навіщо люди будують такі детальні плани
69. Мій настрої легко змінюється на протилежне -2 -1 0 1 2 Я завжди спокійний і врівноважений
70. Я думаю, що життя - це азартна гра -2 -1 0 1 2 Життя - це досвід, який передається наступним поколінням
71. Мені подобається виглядати зухвало -2 -1 0 1 2 В суспільстві я звичайно не виділяю поведінкою і модним одягом
72. Деякі говорять, що я поблажливий до оточуючих -2 -1 0 1 2 Кажуть, що я часто хвалюся своїми успіхами
73. Я точно і методично виконую свою роботу -2 -1 0 1 2 Я віддаю перевагу «плисти за течією», довіряючи своїй інтуїції
74. Іноді я буваю настільки схвильований, що навіть плачу -2 -1 0 1 2 Мене важко вивести з себе
75. Іноді я відчуваю, що можу відкрити в собі щось нове -2 -1 0 1 2 Я не хотів би нічого в собі міняти

Додаток Д.2

**Ключі до п'ятифакторного
особистісного опитувальника 5PFQ**

(початок)

1. Обрані відповіді переводяться в бали.

Оціночна шкала -2 -1 0 1 2 бали 5 4 3 2 1

2. Оцінкові бали виставляються у бланк відповідей в праву ланку.

Кожен з основних п'яти чинників складається з п'яти первинних факторів. Наприклад, основний фактор "екстраверсія - інтроверсія" складається з первинних факторів 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5. У кількісному вираженні первинні чинники визначаються підсумовуванням трьох бальних оцінок. Наприклад, первинний фактор 1.1 «активність – пасивність» оцінюється сумою балів, отриманих на висловлювання 1, 6, 11.

3. Підсумовування бальних оцінок первинних факторів по вертикалі визначає кількісну вираженість відповідного основного фактора. Наприклад, сума балів первинних факторів 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 визначає кількісну вираженість першого основного фактора "екстраверсія - інтроверсія". Таким же чином визначається кількісна вираженість інших основних чинників: II (прихильність - відособленість); III (самоконтроль - імпульсивність); IV (емоційна нестійкість - емоційна стійкість); V (експресивність - практичність).

Ключі до п'ятифакторного особистісного опитувальника 5PFQ

(завершення)

2. Нижче перераховані характерологічні ознаки, які можуть бути визначені у випробуваного за допомогою первинних чинників «Великої п'ятірки».

1. Екстраверсія – інтроверсія

- 1.1. Активність - пасивність
- 1.2. Домінування - підпорядкованість
- 1.3. Товариськість - замкнутість
- 1.4. Пошук вражень - уникнення вражень,
- 1.5. Прояв - уникнення почуття провини

2. Прихильність – відособленість

- 2.1. Теплоота – байдужість
- 2.2. Співпраця – суперництво
- 2.3. Довірливість - підозрілість
- 2.4. Розуміння – нерозуміння
- 2.5. Повага інших - самоповага

3. Самоконтроль – імпульсивність

- 3.1. Охайність - неохайність
- 3.2. Наполегливість - відсутність наполегливості
- 3.3. Відповідальність – безвідповідальність
- 3.4. Самоконтроль поведінки - імпульсивність
- 3.5. Передбачливість - безтурботність

4. Емоційна нестійкість - емоційна стійкість

- 4.1. Тривожність - безтурботність
- 4.2. Напруженість - розслабленість
- 4.3. Депресивність – емоційна комфортність
- 4.4. Самокритика - самодостатність
- 4.5. Емоційна лабільність – емоційна стабільність

5. Експресивність - практичність

- 5.1. Цікавість - консерватизм
- 5.2. Допитливість - реалістичність
- 5.3. Артистичність - відсутність артистичності
- 5.4. Сенситивність - нечутливість
- 5.5. Пластичність – ригідність

3. Сума балів первинних факторів по вертикалі визначає кількісну вираженість основного фактора. Мінімальна кількість набраних балів для будь-якого основного фактора дорівнює 15, максимальна кількість - 75. Умовно бальні оцінки можна розділити на високі (51-75 балів), середні (41-50 балів) і низькі (15-40 балів).

Додаток Д.3

**Розподіл досліджуваних (у %) за рівнем прояву
особистісних факторів за п'ятифакторним
особистісним опитувальником 5PFQ**

№ п/п	Складові	Показники	Рівні прояву показників		
			В	С	Н
1.	Фундаментальні фактори структури особистості	Екстраверсія – інтроверсія	30,9	43,6	25,5
2.		Прихильність – відособленість	4,1	63,7	32,2
3.		Самоконтроль – імпульсивність	5,8	59,3	34,9
4.		Емоційна нестійкість – емоційна стійкість	31,7	61,8	6,5
5.		Експресивність – практичність	6,3	68,3	25,5

*Примітка. Важливо відмітити, що чим більший бал, а значить і %, то це говорить про прояв наступних полярностей методики: екстраверсія, прихильність, самоконтроль, емоційна стійкість, експресивність. Чим нижчий бал, то у досліджуваних більше проявляється: інтроверсія, відособленість, імпульсивність, емоційна нестійкість, практичність.

Додаток Е.1**Процедура проведення дослідження за особистісним опитувальником
Бехтєревського інституту ЛОБІ*****Процедура проведення дослідження***

У кожному наборі тверджень досліджуваному пропонується обрати від 1 до 3 тверджень (не більше). Якщо жодне з тверджень досліджуваному не підходить, він обирає

«нульовий» варіант (кількість нульових виборів за весь опитувальник не має перевищувати три). Вибори заносяться до реєстраційного бланку.

Реєстраційний бланк

ПІБ	
Вік	
Діагноз	
Дата	
Дослідження	

Додаток Е.2

Перелік тверджень за особистісним опитувальником

Бехтеревського інституту ЛОБІ

(початок)

Самопочуття

1	З того часу, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття	Т
2	Я майже завжди почуваю себе бадьорим та повним сил	З
3	Погане самопочуття я намагаюсь перебороти	Г
4	Погане самопочуття я намагаюсь не показувати іншим	П
5	У мене майже завжди щось болить	І
6	Погане самопочуття виникає у мене після неприємностей	Н
7	Погане самопочуття виникає у мене від очікування неприємностей	Т
8	Я намагаюсь терпляче переносити біль та фізичні страждання	
9	Моє самопочуття задовільне	
10	З того часу, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами роздратування та відчуттям туги	ТН
11	Моє самопочуття дуже залежить від того, як ставляться до мене оточуючі	ТТ О
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Настрій

1	Як правило, настрій у мене хороший	Ф
2	Через хворобу я часто буваю нетерплячим та роздратованим	ННТ Я
3	У мене псується настрій від очікування можливих неприємностей, хвилювання за близьких, невпевненості у майбутньому	ОО С
4	Я не дозволяю собі через хворобу сумувати та тужити	Г
5	Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій	ІЯ
6	Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття	ТН
7	У мене абсолютно байдужий настрій	А
8	У мене бувають напади роздратування, під час яких перепадає оточуючим	
9	У мене не буває туги та суму, але може проявлятися жорстокість та гнів	
10	Найменші неприємності сильно зачіпають мене	П
11	Через хворобу у мене завжди тривожний настрій	
12	Мій настрій, зазвичай, подібний до настрою оточуючих мене людей	
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.2

Перелік тверджень за особистісним опитувальником

Бехтеревського інституту ЛОБІ

(продовження)

Сон та пробудження від сну

1	Прокинувшись, я відразу змушую себе встати	
2	Ранок для мене – найважчий час доби	
3	Якщо мене щось засмутить, я довго не можу заснути	ТН О
4	Я погано сплю вночі та відчуваю сонливість вдень	А
5	Я сплю мало, але встаю бадьорим, сни бачу рідко	
6	Зранку я активніший, мені легше працювати, ніж увечері	
7	У мене поганий та неспокійний сон, часто бувають сумні сновидіння	
8	Безсоння у мене виникає періодично без особливих причин	
9	Я не можу спокійно спати, якщо зранку потрібно встати у певний час	
10	Зранку я встаю бадьорим та енергійним	
11	Я прокидаюсь з думкою про те, що сьогодні потрібно буде зробити	С
12	Ночами у мене бувають напади страху	О
13	Зранку я відчуваю повну байдужість до всього	
14	Я можу вільно регулювати свій сон	
15	Вночі мене особливо переслідують думки про мою хворобу	О
16	Уві сні я бачу усілякі хвороби	
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Апетит та ставлення до їжі

1	Нерідко я соромлюсь їсти при сторонніх людях	С
2	У мене хороший апетит	ФП
3	У мене поганий апетит	І
4	Я люблю смачно поїсти	
5	Я їм із задоволенням та не люблю обмежувати себе у їжі	З
6	Мені легко зіпсувати апетит	
7	Я боюся зіпсованої їжі та завжди ретельно перевіряю її свіжість та якість	І
8	Їжа мене цікавить перш за все як засіб підтримки здоров'я	Р
9	Я стараюсь дотримуватись дієти, яку сам розробив	І
10	Їжа не приносить мені ніякого задоволення	
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.2

Перелік тверджень за особистісним опитувальником

Бехтерєвського інституту ЛОБІ

(продовження)

Ставлення до хвороби

1	Моя хвороба мене лякає	Т
2	Я так втомився від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде	АА
3	Намагаюсь не думати про свою хворобу та жити безтурботним життям	ФФ
4	Моя хвороба більш за все пригнічує мене через те, що люди почали уникати мене	С
5	Без кінця думаю про можливі ускладнення, пов'язані з хворобою	ОО
6	Я думаю, що моя хвороба невиліковна, і нічого хорошого на мене не чекає	І
7	Я вважаю, що моя хвороба занедбана через неуважність та невміння лікарів	П
8	Вважаю, що небезпеку моєї хвороби лікарі перебільшують	З
9	Намагаюсь перебороти хворобу, працювати як раніше і навіть ще більше	РР
10	Я відчуваю, що моє захворювання набагато важче, ніж це можуть визначити лікарі	І
11	Я здоровий, і хвороби мене не турбують	З
12	Моя хвороба протікає абсолютно незвично – не так, як у інших, і тому потребує особливої уваги	ЯЯ
13	Моя хвороба мене дратує, робить нетерплячим, дратівливим	НН
14	Я знаю, з чиєї вини я захворів, і не прощу цього ніколи	П
15	Я з усіх сил намагаюсь не піддаватись хворобі	Г
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.2

**Перелік тверджень за особистісним опитувальником
Бехтерєвського інституту ЛОБІ
(продовження)**

Ставлення до лікування

1	Уникаю будь-якого лікування – сподіваюсь, що організм сам подолає хворобу, якщо про неї менше думати	
2	Мене лякають труднощі та небезпека, пов'язані з майбутнім лікуванням	
3	Я був би готовий на болісне та навіть небезпечне лікування, аби позбутися хвороби	
4	Я не вірю в успіх лікування та вважаю його марним	
5	Я шукаю нові способи лікування, та, на жаль, у кожному з них поступово розчаровуюсь	
6	Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію	
7	Усілякі нові ліки, процедури та операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення та небезпеку, пов'язані з ними	
8	Від лікування мені стає лише гірше	
9	Ліки та процедури іноді так незвичайно діють на мене, що це дивує лікарів	
10	Вважаю, що серед способів лікування, які застосовують, є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити	П
11	Вважаю, що мене лікують неправильно	П
12	Я не потребую ніякого лікування	
13	Мені набридло нескінченне лікування, хочу лише, щоб мене залишили у спокої	
14	Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми	Г
15	Мене дратує та озлоблює, коли лікування не дає покращення	
0	Жодне з тверджень мені не підходить	ЗФ Р

Додаток Е.2

**Перелік тверджень за особистісним опитувальником
Бехтеревського інституту ЛОБІ
(продовження)**

Ставлення до лікарів та медичного персоналу

1	Головним для будь-якого медичного працівника, на мою думку, є увага до хворого	Г
2	Я хотів би лікуватися у такого лікаря, який є широко відомим	І
3	Вважаю, що я захворів більш за все з вини лікарів	П
4	Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі і лише вдають, що лікують	
5	Мені все одно, хто і як мене лікує	
6	Я часто непокоюсь через те, що не сказав лікарю щось важливе, що може вплинути на успіх лікування	
7	Лікарі та медперсонал нерідко викликають у мене неприязнь	
8	Я звертаюсь то до одного, то до іншого лікаря, оскільки невпевнений в успішності лікування	Я
9	З великою повагою я ставлюсь до медичної професії	Г
10	Я не раз переконувався, що лікарі та медперсонал неухважні та недобросовісно виконують свої обов'язки	НП
11	Я буваю нетерплячим та роздратованим з лікарями і персоналом і потім шкодую про це	
12	Я здоровий і допомоги лікарів не потребую	
13	Вважаю, що лікарі і персонал на мене марно витрачають час	
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.2

**Перелік тверджень за особистісним опитувальником
Бехтерєвського інституту ЛОБІ
(продовження)**

Ставлення до рідних та близьких

1	Я настільки заклопотаний думками про свою хворобу, що справи близьких мене перестали хвилювати	
2	Я намагаюся не показувати рідним та близьким, наскільки я хворий, щоб не псувати їм настрій	СР
3	Близькі марно намагаються зробити з мене тяжкохворого	
4	Мене переповнюють думки, що через мою хворобу на моїх близьких очікують труднощі	
5	Мої рідні не хочуть зрозуміти складність мого захворювання та не співчують моїм стражданням	І
6	Близькі не рахуються з моєю хворобою та хочуть жити у своє задоволення	
7	Я соромлюсь своєї хвороби навіть перед близькими	Я
8	Через хворобу я втратив будь-який інтерес до справ та хвилювань рідних і близьких	
9	Через хворобу я став тягарем для близьких	
10	Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликають у мене неприязнь	
11	Я вважаю, що захворів через моїх близьких	
12	Я намагаюся якнайменше обтяжувати та турбувати моїх близьких через мою хворобу	ГРР
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.2

Перелік тверджень за особистісним опитувальником

Бехтерєвського інституту ЛОБІ

(продовження)

Ставлення до роботи (навчання)

1	Хвороба робить мене ні на що не здатним робітником (нездатним навчатися)	А
2	Я боюся, що через хворобу я втрачу хорошу роботу (доведеться піти з хорошого навчального закладу)	
3	Моя робота (навчання) мені збайдужіла	
4	Через хворобу мені стало не до роботи (не до навчання)	
5	Увесь час непокоюсь, що через хворобу можу помилитися на роботі (не справитися з навчанням)	С
6	Вважаю, що хвороба моя через те, що робота (навчання) зашкодили моєму здоров'ю	
7	На роботі (за місцем навчання) не рахуються з моєю хворобою та навіть чіпляються до мене	О
8	Не вважаю, що хвороба може завадити моїй роботі (навчанню)	Ф
9	Я стараюсь, щоб на роботі (за місцем навчання) менше знали та говорили про мою хворобу	Р
10	Я вважаю, що незважаючи на хворобу, потрібно продовжувати роботу (навчання)	РР
11	Хвороба зробила мене на роботі (навчанні) непосидючим та нетерплячим	
12	На роботі (за навчанням) я намагаюся забути про свою хворобу	
13	Усі дивуються тому, що я успішно працюю (навчаюсь), незважаючи на хворобу	
14	Моє здоров'я не заважає мені працювати (навчатися) там, де я хочу	
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.2

**Перелік тверджень за особистісним опитувальником
Бехтєревського інституту ЛОБІ
(продовження)**

Ставлення до оточуючих

1	Мені тепер байдуже, хто мене оточує і хто поруч зі мною	
2	Мені лише хочеться, аби оточуючі дали мені спокій	
3	Коли я захворів, усі про мене забули	
4	Здоровий вигляд та життєрадісність оточуючих викликають у мене роздратування	
5	Я намагаюсь, щоб оточуючі не помічали моєї хвороби	
6	Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими скільки мені хочеться	33
7	Мені б хотілося, щоб оточуючі відчули на собі, як важко хворіти	
8	Мені здається, що оточуючі уникають мене через мою хворобу	
9	Оточуючі не розуміють моєї хвороби та моїх страждань	Я
10	Моя хвороба та те, як я її переносю, дивують та вражають оточуючих	
11	З оточуючими я намагаюсь не говорити про свою хворобу	
12	Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не пробачу	
13	Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороб	
14	Спілкування з людьми мені тепер стало швидко набридати і навіть дратувати мене	І
15	Моя хвороба не заважає мені мати друзів	Г
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.2

Перелік тверджень за особистісним опитувальником

Бехтєревського інституту ЛОБІ

(завершення)

Ставлення до самотності

1	Надаю перевагу самотності, тому що одному мені стає краще	АС
2	Я відчуваю, що хвороба прирікає на повну самотність	
3	На самоті я стараюсь знайти якусь цікаву та потрібну роботу	
4	На самоті мене особливо починають переслідувати нерадісні думки про хворобу, ускладнення, майбутні страждання	
5	Часто, залишившись на самоті, я швидше заспокоююсь: люди почали мене сильно дратувати	НЯ
6	Соромлячись хвороби, я намагаюсь віддалитись від людей, а на самоті сумую за людьми	
7	Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу	
8	Мені байдуже: чи бути серед людей, чи залишатися на самоті	ІСЯЯ
9	Бажання побути на самоті залежить у мене від обставин та настрою	ГФ
10	Я стараюсь залишатися на самоті через побоювання, пов'язані з хворобою	СЯ
0	Жодне з тверджень мені не підходить	Ф

Ставлення до майбутнього

1	Хвороба робить моє майбутнє сумним та тоскним	АА
2	Моє здоров'я не дає мені поки жодних підстав непокоїтись про майбутнє	ЗФ
3	Я завжди сподіваюсь на щасливе майбутнє, навіть у наскрутніших обставинах	
4	Не вважаю, що хвороба може суттєво вплинути на моє майбутнє	ЗЗ
5	Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюся домогтися покращення здоров'я у майбутньому	ГГ
6	Своє майбутнє я повністю пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні)	
7	Мені байдуже, що станеться зі мною у майбутньому	А
8	Через мою хворобу я у постійній тривозі за моє майбутнє	
9	Я впевнений, що у майбутньому відкриються помилки та халатність тих, через кого я захворів	П
10	Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплює туга та роздратування на інших людей	
11	Через хворобу я дуже тривожусь за своє майбутнє	
0	Жодне з тверджень мені не підходить	

Додаток Е.3

Інтерпретація за особистісним опитувальником

Бехтєревського інституту ЛОБІ

(початок)

Особливості аналізу та інтерпретації

1. За кожен збіг відповіді з нормативом (правий стовпчик опитувальника) нараховується **1 бал** за той чи інший тип психічного реагування на хворобу. Якщо у нормативі відмічено кілька типів реагування на хворобу, то по 1 балу нараховується за кожен тип (при подвоєнні типу нараховується 2 бали за цей тип).
2. Підраховується сума балів по кожному типу.
3. Сума балів по кожному типу порівнюється з відповідними мінімальними діагностичними числами (МДЧ). Діагностуються лише ті типи, де сума балів досягає або перевищує МДЧ. *МДЧ представлено на профілі.*
4. Якщо МДЧ досягнуте або перевищене за кількома типами, то діагностуються 2-3 типи, за якими перевищення найбільше. Якщо жодна набрана сума не перевищує МДЧ, то жоден тип не діагностується.
5. Гармонійний тип діагностується, якщо інші типи не досягають чи не перевищують МДЧ. У поєднаннях гармонійний тип не діагностується.

Результати дослідження можна представити графічно у вигляді профілю реагування особистості на хворобу (на профілі відмічено МДЧ).

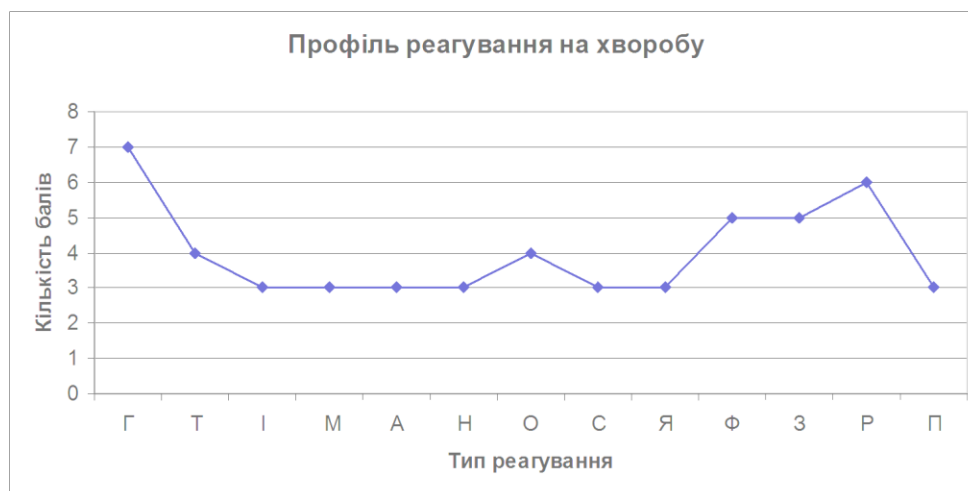
Діагностичні можливості та обмеження

- Методику ЛОБІ можна використовувати для визначення типів реагування на хворобу у соматичних хворих. Одержані результати можуть бути використані для оптимізації процесу лікування та визначення напрямків консультативної роботи клінічного психолога.
- При використанні ЛОБІ потрібно враховувати фізичний стан хворого та його здатність виконати завдання свідомо та у повному обсязі.

Результати дослідження можуть зазнавати впливу фактору соціальної бажаності або піддаватися фальсифікації

Додаток Е.3

**Інтерпретація за особистісним опитувальником
Бехтерєвського інституту ЛОБІ
(завершення)**



реагування особистості на хворобу (на профілі відмічено МДЧ).

Додаток Е.4

Результати дослідження особистісним опитувальником

Бехтеревського інституту ЛОБІ

(початок)

№	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
1.	2	5	3	4	2	2	8	3	5	1	5	3	3
2.	3	6	3	2	2	5	4	6	2	3	3	4	2
3.	4	6	2	1	2	7	4	5	5	2	3	5	3
4.	2	3	1	2	7	3	7	6	4	2	6	6	1
5.	3	5	3	3	2	6	6	3	4	1	7	2	2
6.	7	6	2	3	5	8	5	5	8	2	2	3	3
7.	5	7	3	3	6	5	4	3	5	1	4	4	2
8.		3	5	4	7	4	4	1	5	5	5	5	4
9.	2	2	3	3	3	9	5	3	1	1	6	6	2
10.	2	3	2	2	5	7	8	3	2	7	2	2	1
11.	21	5	3	1	2	4	7	1	3	6	7	3	2
12.	3	7	2	2	5	1	3	7	5	5	3	4	3
13.	3	6	1	4	5	7	8	6	5	2	4	5	2
14.	4	7	2	3	5	6	8	3	2	3	7	6	4
15.	1	5	4	3	8	9	6	1	1	2	4	7	5
16.	2	5	5	2	2	7	7	3	4	6	3	3	3
17.	3	6	2	2	1	7	6	2	5	7	2	4	3
18.	4	6	1	5	2	1	6	1	5	1	3	5	3
19.	5	3	2	4	1	2	7	5	7	6	2	7	2
20.	2	7	3	3	8	4	2	2	2	3	7	4	2
21.	2	3	2	1	32	5	4	3	1	7	6	7	2
22.	7	7	4	2	1	6	2	2	2	4	7	6	1
23.	2	3	2	3	8	7	7	2	5	8	3	4	2

Додаток Е.4

Результати дослідження особистісним опитувальником

Бехтеревського інституту ЛОБІ

(початок)

№	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
24.	2	4	2	3	4	2	8	5	5	5	6	5	3
25.	4	5	1	3	2	5	3	6	3	6	3	4	2
26.	6	6	1	3	1	7	3	5	5	2	7	3	4
27.	2	7	1	3	1	3	3	6	4	2	4	5	5
28.	7	5	3	4	4	6	5	4	4	1	4	2	2
29.	1	6	4	3	6	8	5	5	8	2	2	6	1
30.	3	2	3	2	2	5	7	3	5	6	7	7	2
31.	8	3	43	2	3	4	4	1	5	3	2	6	1
32.	1	6	5	3	6	8	5	3	1	4	7	4	2
33.	3	4	6	3	4	8	8	8	2	3	2	5	1
34.	2	3	1	2	6	4	7	1	2	2	1	3	2
35.	4	2	2	2	5	1	3	7	5	6	3	4	2
36.	2	2	3	3	3	8	4	6	5	2	2	6	3
37.	2	5	2	4	2	6	7	4	2	3	4	7	2
38.	4	6	3	5	1	8	4	1	1	2	4	3	3
39.	4	7	5	6	2	8	7	8	4	3	3	4	3
40.	1	4	2	2	1	7	6	1	5	3	2	4	4
41.	1	4	2	7	2	1	3	1	5	5	3	3	5
42.	2	4	2	6	2	2	3	5	4	4	2	1	3
43.	3	7	4	7	5	4	2	2	6	3	4	2	5
44.	4	5	2	7	4	5	1	3	1	2	2	3	2
45.	2	6	6	6	5	7	2	5	2	2	1	3	6
46.	2	7	2	3	6	8	7	2	5	7	3	2	2

Додаток Е.4

Результати дослідження особистісним опитувальником

Бехтеревського інституту ЛОБІ

(завершення)

№	Г	Т	І	М	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
47.	2	3	3	2	7	8	8	5	5	7	2	3	3
48.	1	6	2	2	5	5	4	2	2	3	3	4	4
49.	3	7	1	1	5	7	4	2	6	5	3	5	5
50.	5	4	1	4	4	3	3	6	5	7	1	3	2

Додаток Ж

**Психологічна корекція особистісних проявів наркозалежності у молоді
18-25 років**

(фрагмент програми із всієї системи реабілітаційної допомоги 12+)

Корекційна програма складалася з 12 занять та мала наступну структуру:

1. *Діагностичний блок (3 заняття).*

Завданнями цього блоку є:

- знайомство (згуртування) учасників тренінгової групи,
- засвоєння правил групової взаємодії,
- вирівнювання стану учасників групи (мобілізація або розслаблення),
- налаштування на взаємодію в одному ритмі.

Під час першого етапу тренінгу відбувається з одного боку, адаптація підлітків до умов роботи групи, а з іншого – діагностується рівень самооцінки студентів, адекватність їх домагань, бар'єри у спілкуванні, характер та ієрархія взаємовідносин у групі, прояви неадекватних компенсаторних засобів поведінки тощо.

Заняття 1. «Знайомство». Вправи: «Привітання», «Презентація імені», «Вироблення правил групової взаємодії», «Снігова куля», «Алфавіт», «Краш-бум-бенг», «Що ти робиш?», «Рефлексія».

Заняття 2. «Самооцінка рис характеру. Самопрезентація». Вправи: «Привітання», «Об'ява», «Ніхто не знає, що я...» («Я ніколи не...»), «Мені приємно, коли...», «Мої сильні та слабкі сторони», «Я - вітер», «Рефлексія».

Заняття 3. «Єдність групи». Вправи: «Привітання», «Гіпнотичні руки (Дзеркало)», «Шосте чуття», «Головом'яч», «Груповий портрет», «Транспорт», «Острів», «Рефлексія».

2. *Реконструктивно-формульальний блок (7 занять).*

У ході другого етапу тренінгу студенти навчаються усвідомлювати й долати негативні риси свого характеру; набувати

позитивних рис та розвивати їх; навчаються адекватному самосприйняттю за допомогою негативного й позитивного зворотного зв'язку; вміють оцінювати свій емоційний стан та стани інших людей і відповідно до цього здійснювати контроль власної поведінки; опановують методи ауторелаксації й саморегуляції.

Заняття 4. «Відреагування гніву». Завдання: спонукання підлітків до відреагування гніву у вигляді нанесення ударів у подушку або боксерську грушу; тупотіння ногами; голосних криків із використанням «склянки для криків» або «труби», зробленої з ватману; жмакання й розривання паперу тощо. Вправи: «Привітання», «Музика куль», «Битви на кулях», «Дзвінка куля», «Рефлексія».

Заняття 5. «Вербалізація гніву». Завдання: навчання підлітків вербалізації почуття гніву, його художньому зображенню, навчання сприймати гнів через сенсорні канали. Вправи: «Листи гніву», «Скульптури», «Пластичне зображення гніву», «Малюнок гніву», «Галерея негативних портретів», «Який гнів на смак, дотик тощо», «Рефлексія».

Заняття 6. «Саморегуляція». Завдання: навчання підлітків навичкам саморегуляції (встановлення та закріплення у рольовій грі правил взаємодії, виконання Вправи: «Привітання», «Правила конфліктної взаємодії», «Дротяна людина», «Скульптура настрою (стану)», «Скільки ти важиш», «Музичні імпровізації», «Обладунки (костюм)», «Перекличка», «Рефлексія».

Заняття 7. «Ефективна комунікація». Завдання: формування у підлітків конструктивних форм поведінки та навчання ефективній комунікації у проблемних ситуаціях. Вправи: «Привітання», «Симфонія конфлікту», «Єдиний ритм», «Розминки з кулями», «Робота з картинками», «Блокнотик самоспостереження», «Карта поведінки», «Корабель серед скель», «Рефлексія».

Заняття 8. «Зняття напруження». Завдання: усунення надмірного

емоційного напруження й особистісної тривожності підлітків за допомогою використання техніки релаксації. Вправи: «Привітання», «Дротяна розминка», «Снігова баба», «Апельсин (лимон)», «Зсунь камінь», «Черепашка», «Розслаблення у позі морської зірки», «М'язова релаксація із використанням глибокого дихання», «Рефлексія».

Заняття 9. «Позитивна самооцінка». Завдання: розвиток позитивної самооцінки підлітків. Вправи: «Привітання», «Реконструкція позитивного образу через дитячі спогади», «Самоцінність», «Мені в тобі подобається», «Скарбничка гарних вчинків», «Зошит моїх досягнень», «Рефлексія».

Заняття 10. «Усвідомлення емоцій». Завдання: формування здатності усвідомлення власного емоційного світу та почуттів інших людей, розвиток емпатії. Вправи: «Привітання», «Як зробити підлітка агресивним», «Ставлення до світу», «Голосно й тихо», «Пара протилежностей», «Робота з фотокартками», «Погляд на світ (Фоторепортаж)», «Метафоричний автопортрет», «Галерея образів», «Символічне зображення емоцій (ігри з картками)», «Танці-протилежності», «Я сумний (радісний), коли..», «Рольова гра, в якій агресор відіграє роль жертви», «Рефлексія».

3. Закріплюючий блок (2 заняття).

Завданнями даного блоку є:

- закріплення набутих у процесі тренінгу навичок;
- оцінка рівня суб'єктивного локусу контролю;
- оцінка рівня емпатії у спілкуванні;
- діагностика ступеню сформованості навичок самоконтролю;
- порівняльний аналіз характеру внутрішньогрупової взаємодії у тренінговій групі.

Завдання даного етапу тренінгу вирішуються частково за допомогою вже знайомих учасникам вправ, що дозволяє оцінити ефективність програми через порівняння початкових та кінцевих результатів та нових вправ, зокрема

таких, що продемонструють міцність засвоєння навичок та готовність студентів застосовувати їх у незнайомих ситуаціях.

Заняття 11. «У світі людей». Вправи: «Привітання», «Гіпнотичні руки (Дзеркало)», «Шосте чуття», «Стосунки», «Вінні-Пух та всі, всі, всі», «Рефлексія».

Заняття 12. «Фінал». Вправи: «Привітання», «Транспорт», «Музика куль-2», «Якби я був...», «Стонога», «Карнавал звірів», «Рефлексія», «Вогник по колу» [34; 45].

Важливим результатом даної **програми психологічної корекції особистісних проявів наркозалежності у молоді віком 18-25 років** є засвоєння та закріплення конструктивних форм поведінки реабілітантів, подолання бар'єрів у спілкуванні, й саморегуляції свого емоційного стану, стимулювання розвитку комунікативної культури; формування мотивації самовиховання і саморозвитку, збалансування суб'єктивного локусу контролю і забезпечення себе необхідними психологічними ресурсами і засобами у життєвих ситуаціях.

Детальний розпис одного з блоку колекційної програми

Заняття № 1

Мета: ознайомлення учасників з умовами роботи корекційної групи та створення правил роботи групи. Первинне засвоєння прийомів самодіагностики та способів саморозкриття, а також активного стилю спілкування та способів передачі і прийому зворотнього зв'язку. Створення позитивної атмосфери.

1.Вступне слово ведучого. Бесіда про психологію. Ознайомлення учасників із правилами групової тренінгової роботи. Прийняття правил групи.

Правила групової роботи створює сама група. Це серйозний і відповідальний етап, оскільки на основі цих правил будуватиметься робота групи протягом усіх занять. По ходу роботи тренер вносить свої пропозиції та слідкує за тим, щоб учасники не упустили **основні правила**.

- ✓ **Щирість і відвертість**
- ✓ **Спілкування за принципом «Тут і зараз»**
- ✓ **Принцип конфіденційності**
- ✓ **Без запізнь**
- ✓ **Повага до учасників тренінгу**
- ✓ **Персоніфікація висловлювань**
- ✓ **Активність**
- ✓ **Правило «стоп»**

2.Привітання та знайомство учасників.

Мета: зняття емоційного напруження, позитивне налаштування на заняття, подолання труднощів висловлюватись «перед публікою».

Знайомство починається з тренера: він називає своє ім'я , коротко розповідає про себе, свої інтереси, досягнення. Далі всі учасники представляються по-черзі: спочатку називають своє справжнє ім'я, потім – бажане, спеціальне для використання під час занять. Кожний учасник по колу розповідає про рід своїх занять, інтереси, хобі, відповідає на питання «Чому я тут?»

3. Вправа «Дерево очікування».

Мета: усвідомити і визначити, що кожен учасник сподівається від зустрічей та порівняти свої очікування з іншими, виявити рівень зацікавленості проблемою.

Тренер роздає учасникам спеціальні «листочки», на яких вони пишуть свої сподівання від тренінгу та «вивішують» їх на «Дереві очікувань», яке заздалегідь зроблено тренером. Закінчення цієї вправи відбувається наприкінці тренінгу.

4.Вправа «Знайомство».

Мета: зняття напруження, зменшення тривожності, встановлення довірливих стосунків між учасниками тренінгу, створення доброзичливої, невимушеної атмосфери для роботи; отримання цікавої інформації про інших учасників. Учасники діляться на пари, у яких один – розповідач, другий –

слухач. Протягом 5-ти хвилин розповідає про себе усе, що йому здається важливим та відповідає на запитання слухача. Потім партнери міняються місцями. Після завершення вправи кожний учасник представляє групі свого партнера, але від першої особи «Я...». Обговорення відбувається у два етапи. На першому кожний учасник проговорює свої думки та почуття стосовно того наскільки важко чи легко йому було представити групі свого партнера по спілкуванню, на другому – наскільки точно слухач представив його.

5.Заключний шерінг.

6.Створення та виконання ритуалу прощання. Учасники тренінгу самі вирішують як вони будуть прощатися після кожного заняття. Це може бути просте «до побачення» або спеціально створений групою унікальний набір жестів чи слів. Таким прощанням буде закінчуватися кожне заняття.

Заняття № 2

Мета:встановлення позитивного психоемоційного клімату та довірливих стосунків,налаштування на співпрацю.Діагностика внутрішнього стану,тривожності та агресії, зняття напруження, вивільнення негативних емоцій, самопрезентація.Визначення стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях та примірення їх на собі.

1.Привітання.Учасники заняття вітають одне одного та розповідають, які враження залишилися від попередньої зустрічі, з яким настроєм прийшли на сьогоднішнє заняття, у якому стані зараз знаходяться.

2.Пригадування правил групи.

3. Продовження знайомства учасників.

Вправа «Гра в імена».

Мета: презентування себе, налаштування учасників на співпрацю.

Учасники називають свої імена, а потім додають до нього по одній своїй позитивній та негативній якості, які починаються з першої літери імені.

4. Вправа «Я-образ».

Мета:зняття напруження,вивільнення негативних емоцій.Діагностика

внутрішнього стану, самопрезентація.

Учасники малюють себе у будь-якому образі. Тренер пропонує учасникам представити себе у вигляді якоїсь тварини чи квітки, казкового персонажа і т.д. Після закінчення малювання відбувається обговорення. Виконані роботи вивішуються поряд до закінчення тренінгу, а кожний бажаючий має можливість написати на будь-якому малюнку привітання чи побажання автору. Протягом тренінгу учасники можуть вносити корективи у свої малюнки.

5. Вправа «Місток».

Мета: визначення стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях, примірення їх на собі.

За допомогою крейди тренер малює на підлозі «вузький місток».

Інструкція: «Уявіть собі, що цей вузький місток пролягає високо в горах через глибоку прірву. Ви стоїте на одному кінці містка, а на іншому стоїть ваш партнер. Ви починаєте йти на зустріч одне одному і ваше головне завдання розминутися на містку так, щоб ніхто не впав у прірву». Коли всі учасники побувають у парі один з одним, вправа закінчується. Наприкінці проводиться обговорення. Учасники заняття відповідають на запитання: з якими труднощами вони зіткнулися під час виконання вправи.

6. Вправа «Свічка» .

Мета: встановлення довірливих стосунків, діагностика тривожності та агресії.

Учасники об'єднуються у три групи та утворюють три щільних кола. Кожна група обирає одного учасника, який стає у центр кола, заплющує очі та складає руки на грудях. Учасники, які утворили коло, починають повільно штовхати того, хто стоїть у центрі, але не даючи йому впасти. У центрі кола повинен побувати кожний учасник. По закінченню вправи учасники обговорюють свої враження.

7. Заклучний шерінг.

8. Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 3

Мета: вивільнення емоцій. Програвання проблемної ситуації, пошук рішення. Усвідомлення шляхів вивільнення агресії в соціально прийнятній формі, зняття емоційного та фізичного напруження. Створення позитивного настрою.

1. Привітання. Нагадування правил групи. Саморефлексія емоційного стану.

2. Вправа «Конфліктний стілець».

Мета: вивільнення емоцій, програвання проблемної ситуації та пошук рішення.

На середину кімнати ставиться стілець. Він виконує роль актуальної проблеми в житті кожного учасника. Учасникам по черзі пропонується підійти до цього стільця і вчинити з ним так, як вони завжди роблять в подібній ситуації (накричати на стілець, вдарити його, перевернути, сісти верхи, викинути за межі кола і т.д.).

3. Інформаційне повідомлення на тему «Визначення агресії та її види».

4. Вправа «Малюнок втілення агресії».

Мета: усвідомлення шляхів вивільнення агресії в соціально прийнятній формі.

Кожний учасник отримує аркуш паперу та кольорові олівці. Їх завдання намалювати у схематичній чи конкретній формі втілення агресії.

5. Вправа «Вогонь-лід».

Мета: зняття емоційного та фізичного напруження, створення позитивного настрою.

Вправа включає в себе поступове напруження та розслаблення всього тіла. Учасники виконують вправу, стоячи у колі. За командою тренера «вогонь» учасники починають інтенсивні рухи тілом. Плавність та швидкість рухів обирається кожним учасником самостійно. За командою «лід» учасники застигають у позі, у якій застала їх команда, напружуючи все тіло

якомога сильніше. Гра триває 5-10 хвилин. По закінченню вправи учасники обговорюють свій досвід.

6. Заключний шерінг.

7. Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 4

Мета: усвідомлення учасниками важливості невербальних способів спілкування. Формування навичок адекватної оцінки інших, відкриття внутрішніх проблем для подальшої роботи з ними, вивільнення негативних емоцій.

1. Привітання. Пригадування правил групи. Рефлексія емоційного стану.

2. Вправа «Зображення емоцій».

Мета: вміння розрізняти сигнали тіла та подавати їх у невербальному вигляді, оцінка внутрішніх станів.

Учасники прислухаються до того, що відчуває їх тіло та по колу демонструють це відчуття за допомогою невербальних засобів. Під час обговорення учасники роблять акцент на тому, чому, на їхню думку, тіло відчуває себе добре чи погано.

3. Вправа «Зворотній зв'язок».

Мета: отримання інформації про себе від оточуючих, можливість подивитись на себе збоку. Формування навички адекватно оцінювати інших, поглибити зв'язок між учасниками.

Один з учасників сідає в центр кола та задає питання всім по черзі «Які ти помічаєш труднощі у спілкуванні зі мною?», «Чи вважаєш ти мене агресивним і чому?». Відповіді вислухаються мовчки без коментарів та заперечень. У центрі кола можуть побувати всі бажаючі.

4. Вправа «Камінець в черевіку».

Мета: відкриття внутрішніх проблем для подальшої роботи з ними, вивільнення негативних емоцій.

Інструкція: Сядьте, будь ласка, в одне загальне коло. Можете розповісти мені, що відбувається, коли у ваш черевик потрапляє камінчик? Можливо, цей камінець не сильно заважає, і ви залишаєте все як є. Може, навіть трапляється і так, що ви забуваєте про неприємний камінчик і лягаєте спати, а вранці надягаєте черевик, забувши витягнути з нього камінчик. Але через деякий час ви помічаєте, що нозі стає боляче. Зрештою, цей маленький камінчик сприймається вже як уламок цілої скелі. Тоді ви знімаєте взуття і витрушуєте його звідти. Однак на нозі вже може бути ранка, і маленька проблема стає великою проблемою. Коли ми сердимось, буваємо чимось стурбовані або схвильовані, то спочатку це сприймається як маленький камінчик в черевіку. Якщо ми вчасно подбаємо про те, щоб витягнути його звідти, то нога залишається цілою і неушкодженою, якщо ж ні, то можуть виникнути проблеми, і чималі. Тому завжди корисно говорити про свої проблеми одразу. Якщо ви скажете нам: "У мене камінчик в черевіку", то всі ми будемо знати, що вам щось заважає і зможемо поговорити про це. Я хочу, щоб ви зараз гарненько подумали, чи немає зараз чогось такого, що заважало б вам. Скажіть тоді: "У мене немає камінчика в черевіку", або: "У мене є камінчик в черевіку. Розкажіть нам, що ще вас пригнічує.

5. Вправа «Зняти м'язевий зажим».

Мета: контроль неприємних почуттів, зняття емоційного напруження.

Учасники групи сидять на стільцях. За вказівкою ведучого всі міняють зручну позу на незручну. Наприклад, притискають підборіддя до ключиці; торкаються пальцями руки задньої ніжки стільця; дістають олівець, який лежить на підлозі далеко від стільця і т.д. При цьому має виникнути напруження чи зажим у певних м'язах. Учасники повинні застигнути у цій позі на декілька секунд та чітко виділити місце зажиму, сконцентрувати на ньому свою увагу. Після цього зняти зажим вольовим зусиллям. Під час обговорення тренер задає наступні запитання:

- У кого виникли труднощі під час зняття зажимів?
- Як ви перебороли ці труднощі?

Кожний учасник по черзі розповідає про свій досвід групі.

6. Заключний шерінг.

7. Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 5

Мета: налаштування на співпрацю. Вивільнення негативних емоцій, оцінка внутрішнього стану учасників.

1. Привітання. Саморефлексія особистого самопочуття.

2. Вправа «Випустити пар».

Мета: налаштування на співпрацю, вивільнення негативних почуттів.

Кожен з учасників може сказати іншим, що йому заважає або на що він сердиться, звертаючись при цьому до конкретної людини. Людина, до якої звертаються не виправдовується, а мовчки вислуховує все, що їй хочуть сказати.

3. Вправа «Створи особистісну шкалу гніву».

Мета: оцінка внутрішнього стану учасників, налаштування на роботу над собою.

Кожний учасник отримує декілька аркушів паперу і кольорові фломастери. За їх допомогою він повинен намалювати власну шкалу гніву, будь-якого розміру, з будь-якими градаціями.

4. Вправа «Нарубати дрова».

Мета: звільнення від негативних емоцій, зняття напруги і зменшення рівня тривоги.

Учасники стають таким чином, щоб навколо було багато місця та уявляють, що їм треба зарубати дрова з декількох великих брусків. Вони показують якого розміру цей брусок, ставлять його на пень, піднімають сокиру високо над головою. Кожний раз, коли сокира з силою опускається, учасники можуть вигукувати голосне «Ха!». Потім ставиться наступний брусок та рубиться знову. Через дві хвилини кожний учасник розказує скільки брусків він зарубав.

5. Вправа «Створи особистісну шкалу гніву».

Мета: оцінка внутрішнього стану учасників, налаштування на роботу над собою.

Кожний учасник отримує декілька аркушів паперу і кольорові фломастери. За їх допомогою він повинен намалювати власну шкалу гніву, будь-якого розміру, з будь-якими градаціями.

6. Вправа «Австралійський дощ».

Мета: зняття емоційного напруження.

Учасники стають у коло. Тренер починає: «Чи знаєте ви, що таке австралійський дощ? Ні? Тоді давайте разом послухаємо, який він. Зараз всі разом ви будете повторювати мої рухи. Стежте уважно!

- В Австралії піднявся вітер. (Ведучий тре долоні)
- Починає крапати дощ. (Клацання пальцями)
- Дощ посилюється. (Почергове плескання долонями по грудях)
- Починається справжня злива. (Плескання по стегнах)
- А ось град, справжня буря. (Тупіт ногами)
- Але що це? Буря стихає. (Плескання по стегнах)
- Дощ стихає. (Плескання долонями по грудях)
- Рідкі краплі падають на землю. (Клацання пальцями)
- Тихий шелест вітру. (Потирання долонь)
- Сонце. (Руки догори)

7. Заключний шерінг.

8. Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 6

Мета: налаштування учасників на позитивну атмосферу роботи в групі, зняття тривожності та скутості. Формування навичок адекватної реакції на агресію та навички взаємостосунків у конфліктних ситуаціях

1. Привітання. Саморефлексія почуттів.

2.Інформаційне повідомлення «Можливості відреагування агресії та гніву».

3.Вправа «Паперовий бум».

Мета:налаштувати учасників на позитивну атмосферу роботи в групі,зняття тривожності та скутості.

Всі учасники отримують завдання наробити якомога більше паперових кульок різного розміру, після чого об'єднуються у 2 команди і розташовуються в різних кутах кімнати. За сигналом ведучого команди починають «обстріл суперника» зробленими паперовими кульками. Вправа дозволяє зняти емоційну напругу та вивільнити приховану агресію.

4.Вправа «Сміх».

Мета:формування навичок адекватної реакції на агресію.

Всі учасники діляться на пари. Один з пари виконує роль агресора і може виявляти її різними способами, інший повинен за допомогою жартів зупинити опонента. Вправа триває стільки часу поки агресор не посміхнеться. Після чого учасники міняються ролями.

5.Вправа «Веселий фотограф».

Мета:створення позитивного настрою, формування навички взаємостосунків у конфліктних ситуаціях.

Один учасник грає роль фотографа до якого завітала група напружених і незадоволених людей. Його завдання зробити таку фотографію на якій всі до одного посміхалися б.

6. Заклучний шерінг.

7.Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 7

Мета: згуртування групи.Відпрацювання конструктивних засобів керування власною агресією,усвідомлення себе з позиції лідера та формування навичок співпраці, вироблення терплячості до недоліків інших.

1.Привітання учасників.Оголошення теми і мети.

2.Вправа «Плутанина».

Мета:налаштування на співпрацю, згуртування групи.

Учасники стають у коло, одночасно беруться за руки і роблять це так, щоб у кожній руці кожної людини виявилася чиясь одна рука. Після того як тренер переконується, що всі руки з'єднані попарно, він пропонує учасникам групи «розплутатися», не згорнувши рук. Під час виконання вправи досить часто виникає ідея неможливості вирішення поставленого завдання. У цьому випадку тренер повинен спокійно сказати: «Це завдання можна вирішити, розплутатися можна завжди».

3.Інформаційне повідомлення «Альтернатива агресії існує».

4.Вправа «Безмовний крик».

Мета:відпрацювання конструктивних засобів керування власною агресією.

Інструкція: Закрий очі і тричі глибоко і сильно видихни. Уяви собі, що ти йдеш у тихе і приємне місце, де ніхто тобі не завадить. Згадай про когонебудь, хто діє тобі на нерви, хто тебе злить або заподіює тобі якесь зло. Уяви собі, що ця людина ще сильніше дратує тебе. Хай твоє роздратування посилюється. Визнач сам, коли роздратування стане досить сильним. Та людина теж повинна зрозуміти, що більше дратувати тебе вже не можна. Для цього ти можеш закричати з усіх твоїх сил, але так, щоб цього ніхто не почув. Тобто, кричати треба про себе. Може бути, що ти захочеш заволати: "Досить! Перестань! Зникни!" Відкрий рот і закричи про себе так голосно, як тільки зможеш. У твоєму потаємному місці ти один, там ніхто не може почути тебе. Закричи ще раз, і цього разу кричи ще голосніше! А тепер знову згадай про людину, яка ускладнює тобі життя. Уяви собі, що якимось чином ти заважаєш цій людині, як і раніше злить тебе. Придумай в своїй уяві, як ти зможеш зробити так, щоб вона більше тебе не мучила. А тепер відкрий очі і розкажи нам про те, що ти пережив.

5.Вправа «Король».

Мета: усвідомлення себе з позиції лідера, формування навичок співпраці, вироблення терплячості до недоліків інших.

Тренер пропонує всім учасникам по черзі стати королем на 5 хвилин. Всі інші стають слугами і повинні робити все, що наказує король. Природньо, король не має права віддавати такі накази, які можуть образити його або образити інших, але він може дозволити собі багато чого. Він може наказати, наприклад, щоб його носили на руках, щоб йому кланялися, щоб подавали йому пити, щоб слуги були у нього "на посылках" і так далі.

Рел.вправа.а д

6. Заключний шерінг.

7. Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 8

Мета: створення позитивної атмосфери в групі, зняття емоційного та фізичного напруження. Визначення причин власної агресії, формування вміння знаходити позитивні якості, проговорення та вивільнення накопиченої агресії. Програвання ролей та навчання різних стратегій поведінки в конфліктних ситуаціях, надання можливості побачити конфліктні ситуації з різних сторін. Формування вміння зображати інформацію в символах, працювати в групі, надання можливості кожному проявити себе.

1. Привітання учасників. Оголошення теми і мети. Пригадування правил групи. Саморефлексія емоційного стану.

2. Вправа «Хто починає».

Мета: створення позитивної атмосфери в групі, зняття напруги.

Всі учасники стають по колу. Інструкція: «Нехай хтось з вас вийде за двері. Ми (ті, хто залишиться) виберемо одну людину, яка буде ініціатором руху. Вона буде виконувати будь-які рухи, час від часу змінюючи їх, а ми всі будемо їх повторювати. Учасник, який перебував за дверима, повернеться до кімнати, встане в центр кола і, уважно спостерігаючи за нами, постарается зрозуміти, хто ж є ініціатором руху». Коли один з учасників вийде за двері,

група вирішує, хто буде ініціатором руху. У ролях ініціатора руху і того, хто намагається його виявити, можуть виступити кілька людей.

3.Вправа «Любов - злість».

Мета:визначення причин власної агресії, формування вміння знаходити позитивні якості, проговорення та вивільнення накопиченої агресії.

Ціль: У ході цієї гри учасники можуть звернути увагу на те, що по відношенню до одних і тих самих людей вони одночасно випробовують і позитивні, і негативні почуття. Крім того, вони можуть навчитися не піддаватися цим почуттям цілком, а відчувати і любов, і злість, зберігаючи при цьому глибокий контакт з іншою людиною.

Інструкція: Сядьте, будь ласка, в одне загальне коло і закрийте очі. Уяви собі, що зараз ти розмовляєш з ким-небудь, на кого ти розсердився. Скажи цій людині, за що ти на нього розсердився. Поговори з цією людиною про себе, так, щоб ніхто не міг тебе почути. Скажи дуже чітко і точно, на що саме ти розсердився. А тепер скажи людині, з якою ти розмовляв, що тобі в ній подобається. Скажи про це теж як можна конкретніше. А тепер подумай трохи про те, хто в групі тебе іноді злить. Уяви, що ти підходиш до цієї людини і чітко і конкретно кажеш їй, чому саме вона тебе вивела із себе. Тепер подумки підійди до цієї людини знову і скажи їй, що тобі подобається в ній. Тепер ти можеш знову відкрити очі і подивитися на коло. А зараз ми можемо обговорити, що кожен з вас пережив у своїй уяві.

Завдяки змістовно точному називанню причин своєї злості чи образи учасники можуть помітити, що відкидають не всю людину, а лише певний спосіб її поведінки. Коли гнів точно сфокусований, людина не підпадає настільки сильно під його вплив.

4.Вправа «Соціальні маски».

Мета:програвання ролей та навчання різних стратегій поведінки в конфл.сит надання можливості побачити конфліктні ситуації з різних сторін.

Кожний учасник отримує карточку з назвою соціальної маски (керівник, гуманіст, агресор, провокатор і т.д.). Протягом 2-3 хвилин від повинен зіграти перед іншими учасниками цей образ, а всі решта повинні його вгадати.

5.Вправа «Піктограми».

Мета: формування вміння зображати інформацію в символах, працювати в групі, надання можливості кожному проявити себе.

Інструкція: Піктограма – це ємне графічне зображення предметів, всякого роду інформації. Ви всі бачили приклади піктограм, наприклад, на дорожніх знаках. Якщо на знакові хрест-навхрест намальовані вилка і ложка – це, звичайно, їдальня або кафе. Червоний хрест – це лікарня або медичний пункт. Давайте пригадаємо, з якими піктограмами ми ще стикаємося в житті? Після того як учасники згадали, які піктограми вони бачили, починається сама вправа. Вона проходить в кілька етапів:

1. Учасникам пропонується продумати, а потім намалювати такі піктограми: «Веселе свято», «Глуха бабуся», «Дрібний дощик», «Щастя». Після закінчення роботи влаштовується виставка піктограм, а потім проводиться коротке обговорення на тему: «Чому піктограми одного і того ж змісту можуть бути намальовані по-різному?». Далі група ділиться на дві команди. Командам пропонується самим придумати зміст піктограм і намалювати їх. Малюнків повинно бути стільки ж, скільки людей в команді. Одна з команд по черзі представляє свої малюнки, а інша повинна вгадати, який зміст приховано за ними. Перемагає та команда, яка вгадувала краще і більш докладно могла пояснити хід своїх міркувань.

6.Вправа «Компот».

Мета: зняття емоційного та фізичного напруження, створення позитивної атмосфери в групі.

Учасники сидять у колі, ведучий стоїть, так як у нього немає стільця. Ведучий звертається до учасників з проханням: «Нехай зараз встануть і поміняються місцями ті, хто любить морозиво». Коли учасники встали -

ведучий швидко займає місце одного з них. Той, хто залишився без місця, стає ведучим. Умови: 1. При обміні місцями гравцям не можна займати стільці сусідів справа і зліва. 2. Важливо стежити за тим, щоб нові ведучі повністю проговорювали формулювання прохання. (Гра повторюється 3-5 разів.)

7. Заклучний шерінг.

8. Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 9

Мета: налаштування на роботу, зняття тривоги. Розвиток взаєморозуміння. Програвання конфліктних ситуацій, пошук конструктивного виходу з них, відмова від вербальної і фізичної агресії. Знаходження спільної мови, створення позитивного настрою.

1. Привітання. Оголошення теми і мети. Пригадування правил групи. Саморефлексія емоційного стану.

2. Вправа «Дзеркало».

Мета: зняття тривоги, налаштування на роботу, розвиток взаєморозуміння.

Партнери стають обличчям один до одного. Один з них робить будь-які дії, наприклад причісується, а інший дзеркально повторює їх. А потім навпаки.

3. Вправа «Килим світла».

Мета: програвання конфліктних ситуацій, пошук конструктивного виходу з них, відмова від вербальної і фізичної агресії.

Матеріали: Шматок не дуже товстого пледа розміром 90 на 150 сантиметрів або м'який килимок такого ж розміру. **Інструкція:** Сядьте в коло всі разом. Чи можете ви сказати, про що ви іноді сперечаєтесь один з одним? Що ви ділите зі своїми братами або сестрами? Про що ви сперечаєтесь тут, в групі? Як ви почуваетесь після такого спору? Що може статися, якщо в суперечці стикаються різні думки?

Я принесла для всіх нас невеликий шматок тканини, який стане нашим "килимом світла". Як тільки виникне суперечка, "противники" можуть сісти на нього і поговорити один з одним так, щоб знайти шлях світлого вирішення своєї проблеми.

Давайте подивимося, що з цього вийде. (Покладіть плед у центр кола, а на нього – гарну книжку з картинками або будь-який інший цікавий предмет.) Уявіть собі, що Стьопа і Олег хочуть отримати її, але вона одна, а їх двоє. Вони обидва сядуть на "килим світла", а я сяду поруч, щоб допомогти їм, коли вони захочуть обговорити і вирішити цю проблему. Ніхто з них не має права просто взяти цю річ. У кого є пропозиція, завдяки якій можна було б вирішити цю проблему? Кожного разу, коли розгориться суперечка, учасники зможуть використовувати його для вирішення цієї проблеми, обговоривши її. Це прекрасний символ відмови від вербальної чи фізичної агресії.

4.Вправа «Обзивалки».

Мета: налаштування на співпрацю, знаходження спільної мови.

Учасники гри передають по колу м'яч, при цьому називають одного одного різними необразливими словами. Це можуть бути назви дерев, фруктів, грибів, риб, квітів ... Кожне звернення обов'язково має починатися зі слів «А ти ...». Наприклад: «А ти - морквина!». У заключному колі учасники обов'язково говорять своєму сусідові що-небудь приємне, наприклад: «А ти – мій справжній друг!». Гра корисна якщо проводити її у швидкому темпі.

5.Вправа «Комплімент».

Мета: створення позитивного настрою.

Кожен учасник повинен сказати своєму сусідові що-небудь приємне. Обов'язкові умови «Комплімент»: 1. Звернення на ім'я. 2. Сказане має бути приємним не для того, хто говорить, а для того, хто слухає.

6. Заключний шерінг.

7.Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 10

Мета: активізація знань по пошуку виходу з конфліктних ситуацій. Підвищення самооцінки, самопрезентація, створення позитивного настрою.

1.Привітання учасників.Оголошення теми і мети.

2.Інформаційне повідомлення «Керування власними емоціями».

3.Створення плакату «Шляхи виходу з конфлікту».

Мета:активізація знань по пошуку виходу з конфліктних ситуацій.

Всі учасники об'єднуються у 2 команди, кожна має створити плакат, на якому схематично зобразить існуючі шляхи виходу з конфлікту. При обговоренні варто звернути увагу на ті шляхи, які не згадувалися та на ті, які зустрічалися часто. Тренер акцентує увагу на ефективності представлених способів. Після обговорення хтось з учасників робить загальний підсумок та на дошці виписує весь перелік шляхів виходу з конфлікту, підкреслюючи при цьому найбільш оптимальні.

4.Вправа «Самопохвала».

Мета:підвищення самооцінки, самопрезентація, створення позитивного настрою.

Учасникам пропонується стати на яке-небудь піднесення, наприклад, на стілець, і похвалити себе за те, що виконував такі важкі завдання.

5. Заключний шерінг.

6.Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 11

Мета: налаштування на роботу, формування групової взаємодії. Підбиття підсумків, отримання від учасників тренінгу інформації про результативність занять. Зняття тривоги, напруги,скутості. Формування колективної взаємодії. Отримання зворотнього зв'язку від учасників тренінгу, рефлексія.

1.Привітання учасників. Оголошення теми і мети.

2.Вправа «Скульптура».

Мета:налаштування на роботу, формування групової взаємодії.

Учасникам пропонується об'єднатися у малі групи та створити скульптуру їхньої групи. На виконання завдання дається 10 хвилин. Під час обговорення тренер робить акцент на відчуттях учасників.

3.Вправа «Повернення до дерева очікувань».

Мета: підбиття підсумків, отримання від учасників тренінгу інформації про результативність занять.

Учасники повертаються до дерева очікувань, кожний бере свій листочок та оцінює наскільки виправдалися його очікування після закінчення тренінгової роботи. Після чого відбувається загальне обговорення.

4.Вправа «Шари».

Мета: зняття тривоги, напруги, скутості, формування колективної взаємодії.

Кожний учасник уявляє собі, що знаходиться у центрі уявного шара. Центр шара – сам учасник, границі – руки, витягнуті у боки. Завдання – пересуватися по приміщенню, намагаючись не зачіпати інші «шари».

5.Вправа «Одне слово».

Мета: отримання зворотнього зв'язку від учасників тренінгу, рефлексія.

Учасникам групи пропонується одним словом висловити свої враження від всього тренінгу.

6. Заклучний шерінг.

7.Виконання ритуалу прощання.

Заняття № 12

Мета: активізація отриманої інформації, співпраця в групі. Зняття емоційного напруження. Створення позитивної атмосфери, рефлексія.

1.Привітання. Саморефлексія емоційного стану. Оголошення теми і мети заняття.

2.Обговорення вражень від тренінгу, зворотній зв'язок тренеру.

3.Вправа «Я хочу сказати своєму колезі».

Мета: активізація отриманої інформації, співпраця в групі.

Тренер пропонує всім учасникам об'єднатися у 3 групи. Кожна група повинна скласти текст 5-ти хвилинної доповіді на одну із запропонованих тем. На роботу дається 20 хвилин. Після чого кожна група обирає того учасника, який буде робити саму доповідь. Теми доповіді:

- В чому полягає агресивна поведінка та як її диференціювати
- Що означає бути агресивним
- Як наблизитися до ефективної поведінки в конфлікті

Тренер зосереджує увагу учасників на тому, що вони повинні засновувати свою доповідь на тих знаннях, які були набуті протягом всього тренінгу. Кожний виступ супроводжується словами подяки тренера та оплесками всіх учасників.

4. Вправа «Груповий звук».

Мета:зняття емоційного напруження.

Всі учасники сидять у колі. По черзі кожний учасник вимовляє (виспіває, викрикує, шепоче...) будь-який звук, який виражав би його сутність. На наступному етапі всі учасники мають відтворити свої звуки одночасно та втримувати цей «груповий звук» стільки скільки потрібно. Під час обговорення вправи учасники роблять акцент на своїх відчуттях.

5. Вправа «Подарунок».

Мета:створення позитивної атмосфери, рефлексія.

Необхідні матеріали: учасники мають принести з дому будь - які речі, які здаються їм привабливими та які можна використовувати як матеріал для створення якоїсь речі. Тренер просить учасників подумати, який подарунок вони зробили б собі. Важливо придумати той подарунок, який дійсно потрібен. На обмірковування дається 5 хвилин. Після цього кожний повинен зробити для себе цей подарунок з принесених матеріалів. Якщо матеріалів не вистачає, можна позичити щось у інших учасників. Ведучий має нагадати, що подарунки робляться для себе, тому у кінцевому результаті вони мають викликати лише позитивні емоції. На завдання дається 30-40 хвилин.

6. Заключний шерінг.

З огляду на вище описані порівняльні результати стає очевидним, що результати експериментальної групи «до» і «після» впровадження програми психологічної корекції значно покращилися. Так, підвищились показники *суб'єктивного локусу контролю* і знизилась показники *агресивності* у студентів. Студенти почали поважати себе і інших; стали терпимі до недоліків людей. У них з'явилась легкість у спілкуванні і налагодженні зв'язків з оточуючими. Вони стали менш дратівливими і імпульсивними по відношенню до задоволення своїх потреб. Для них відкрились нові можливості регулювати свої емоції і нести відповідальність за своє життя, досягнення, здоров'я, успіхи у навчанні і особистому житті. Також студенти оволоділи позитивними аутотренуваннями для відновлення своїх сил і впевненості у своїх позиціях, навчилися ефективно і грамотно відстоювати свої межі.