

Міністерство освіти і науки України
Західноукраїнський національний університет
Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій
Кафедра психології та соціальної роботи

Бутрин Зоряна Іванівна

Психологічні та соціальні аспекти 12-крокової програми реабілітації
уразливих осіб / Psychological and social aspects of the 12-step rehabilitation
program for individuals with addictions

Спеціальність: 053 «Психологія»
освітньо-професійна (наукова) програма
кваліфікаційна робота за освітнім ступенем «бакалавр»

Виконала студентка
групи ПСЗ-41
З.І. Бутрин

підпис

Науковий керівник:
кандидат медичних наук
Пришляк В.І.

підпис

Кваліфікаційну роботу
допущено до захисту
«__» _____ 20__р.

Завідувач кафедри

підпис

Тернопіль – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ 12-КРОКОВОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ.....	9
1.1. Сутність та етапи формування залежної поведінки у психологічній літературі.....	9
1.2. Психологічні характеристики uzалежнених осіб.....	12
1.3. Програма «12 кроків» та її потенціальні можливості лікування алкогольної та наркотичної залежності, реабілітації uzалежнених осіб	16
Висновки до розділу 1	19
РОЗДІЛ2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ	20
2.1. Методика організації та проведення дослідження. Опис вибірки і діагностичних методик.....	20
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних та соціальних характеристик uzалежнених осіб.....	24
Висновки до розділу 2	37
РОЗДІЛ3.РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС РЕАЛІЗАЦІЇ 12-КРОКОВОЇ ПРОГРАМИ.....	39
3.1. Рекомендації для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації	39
3.2. Аналіз результатів.....	45
Висновки до розділу 3	49
ВИСНОВКИ.....	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	55
ДОДАТКИ.....	61

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Сучасні реалії виживання українського народу, наповнені постійними стресами, і надзвичайними вимогами до психіки та фізичного здоров'я людей, на жаль, провокують зростання частоти виникнення узалежнень серед різних верств населення. Іноді єдиною доступним способом уникнути тяжких переживань чи скинути напругу виявляються алкоголь, тютюн, наркотики, ліки, чи комп'ютер, мобільний телефон з доступом до інтернету та ігор. Все це поступово привертає увагу, дозволяє розслабитися, тимчасово відійти від необхідності бути сильним, сміливим, однак ввійшовши у звичку, ризикує перерости вузалежнення (алкоголізм, наркоманію, інтернет-залежність, гемблінг чи ін.).

В сучасному світі є такі різновиди узалежнення, що викликають у людей узалежнені моделі поведінки та постійне прагнення до задоволення своїх потреб з допомогою хімічних чи не хімічних об'єктів: хімічні, нехімічні (Т. Мостова, А. Мудрик, О. Христук та ін.). До хімічних узалежнень відносяться схильність до вживання тютюну, наркотиків, лікарських засобів, алкоголю, що задовольняють потреби у зміні стану свідомості та відходу від реальності. До нехімічних адикцій відносяться: інтернет-залежність; гемблінг, адикції відносин (сюди ж входить і співзалежність членів сім'ї узалежненої особи); фанатизм; професійні адикції (наприклад, трудовголізм) та ін.

В будь-якому випадку узалежнені особи мають психологічні особливості, що зумовили їх схильність до узалежнення та визначають можливості подолання цієї поведінки. Як вказують науковці, найчастішими групами чинників, що провокують формування узалежнення в людини, є: індивідуальна моральна незрілість, недостатність сформованості цінностей у житті, не визначеність цілей; несприятливе мікросередовище (порушення сімейного виховання, неповна сім'я, неблагополучні сімейні стосунки, що були сприйняті як модель для наслідування); індивідуально-біологічні аспекти (генетична схильність до психічних захворювань, важкі захворювання в дитинстві);

індивідуально-психічні особливості (низька емоційна стійкість, нервово-психічні порушення, тривожність, схильність до ризику, імпульсивність, недостатня адаптація у світі) (Д. Сізов, М.Саврасов).

Психологічні особливості uzалежнених осіб розглядають Н. Капталан, Н. Максимова, А. Мудрик, Д. Сізов, М. Саврасов, О. Христук, О. Чулков, М. Шевченко та ін. Науковці вказують, що ці люди відрізняються прагненням уникати відповідальності, мають знижену толерантність до труднощів, однак стійкопереносять кризові ситуації, часто виявляють бажання обманювати, приховувати кількість спожитих речовин чи проведеного в інтернеті часу, виразно тривожаться в мають страх перед соціальними контактами, очікують, що інші негативно ставляться до них, не розуміють їх страждань та ін.

Проблеми uzалежнених осіб полягають у тому, що їх поведінка та стиль життя замінюють їм соціально активні та приємні способи взаємодії з іншими людьми, uzалежнення замінює дружні стосунки, любов, поглинає всі думки, сили, енергію так, що на інші справи майже не залишається часу та зусиль. Uzалежені особи не можуть вести збалансоване життя, займатися різними видами діяльності, розвиватися в особистісному та професійному плані. Крім того, багато видів uzалежнення вимагає значних грошей для задоволення uzалеженої людини в об'єкті її бажань, а тому продовження підтримання адиктивної поведінки, що часто приносить шкоду здоров'ю та психіці uzалеженої особи, також знижує її матеріальний добробут.

Все вищевказане зумовлює необхідність психологічної і соціальної допомоги uzалежненим особам, пошуку ефективних шляхів їх реабілітації та повернення до продуктивного життя після лікування.

Для підтримки uzалежнених осіб з ними мають проводитися не лише медикаментозні процедури лікування, а й психотерапевтичні заходи. Завдяки залученню uzалежнених осіб до різних групових форм роботи (зустрічей клубу анонімних алкоголіків / наркоманів / ігроманів; тренінгових занять спеціальної підтримки і реабілітації uzалежнених осіб) вони мають змогу зрозуміти корені свого uzалежнення та формувати навички саморегуляції і самоконтролю,

отримати досвід зміни негативних патернів мислення та поведінки. Відвідування таких зустрічей допомагають uzалежненим особам розкривати свої думки, виражати емоції у безпечному для них просторі, обмінюватися досвідом з товаришами, підтримувати один одного. Саме на такі цілі спрямована програма «12 кроків», що допомагає об'єктивно оцінити себе і життєву ситуацію, позбутися uzалежнення, відновити соціальні контакти з сім'єю та світом, запобігти можливим зривам.

За програмою «12 кроків» надається допомога людям із алкогольним, наркотичним, ігровим узалежненням у трьох компонентах вияву їх узалежнення – фізичному, психологічному, соціальному. Основними етапами роботи за цією програмою є послідовна робота з проходження кожного кроку, що здійснюється у ході середнього з етапів лікування (детоксикація, реабілітація, ресоціалізація).

Психологічні аспекти реабілітаційної допомоги узалежненим особам розкриваються у працях Ю. Безсмертного, О. Вознюк, Я. Галич, В. Жуковського, К. Ковалевич, О. Климишин, Л. Нугманової, Є. Пугач, В. Юрченко, О. Якимчук та ін. Водночас питання забезпечення психосоціальної допомоги узалежненим особам продовжує бути актуальним і потребує пошуку ефективних психологічних засобів надання їм підтримки в процесі реабілітації. З огляду на все вищевказане обрано актуальну тему дослідження: **«Психологічні та соціальні аспекти 12-крокової програми реабілітації узалежнених осіб».**

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати і практично дослідити психологічні та соціальні аспекти 12-крокової програми реабілітації узалежнених осіб.

Об'єкт дослідження – реабілітація узалежнених осіб.

Предмет дослідження – психологічні та соціальні аспекти 12-крокової програми реабілітації узалежнених осіб.

Завдання дослідження:

1. Розкрити сутність та етапи формування uzалежнення у психологічній літературі, розглянути психологічні характеристики uzалежнених осіб;
2. Проаналізувати психологічні та соціальні аспекти реалізації програми реабілітації uzалежнених осіб «12-кроків»;
3. Емпірично дослідити психосоціальні характеристики uzалежнених осіб, проаналізувати отримані результати дослідження;
4. Напрацювати рекомендації для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

Методи дослідження:

Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення психолого-педагогічної літератури з теми дослідження;

Емпіричні: спостереження, опитування з використанням психодіагностичних методик («Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR)»; «Шкала для вимірювання рівня самоповаги» (за М. Розенбергом); «GAD-7 – Опитувальник з генералізованої тривоги»; «Опитувальник з депресії PHQ-9»); якісний та кількісний аналіз отриманих результатів.

Вибірка опитуваних: 50 осіб, з них 25 осіб з алкогольним uzалежненням (ЕГ) та 25 осіб з наркотичним uzалежненням (КГ).

Теоретичне значення роботи – розглянуто та проаналізовано психологічні та соціальні аспекти 12-крокової програми реабілітації uzалежнених осіб.

Практична значущість роботи – запропоновані рекомендації і заходи для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації можуть бути використані психологами і соціальними працівниками, які надають психосоціальну допомогу uzалежненим особам в процесі їх реабілітації.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних

джерел, додатків. Містить 8 таблиць і 6 рисунків. Загальний обсяг роботи становить 72 сторінок, основний зміст роботи представлено на 49 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ АСПЕКТІВ РЕАЛІЗАЦІЇ 12-КРОКОВОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ

1.1. Сутність та етапи формування залежної поведінки у психологічній літературі

Проблема залежної поведінки на сучасному етапі суспільного розвитку відноситься до однієї з найбільш складних, адже підтримка та лікування людей із певними залежностями коштує суспільству істотно дорожче, ніж покриття збитків від стихійних лих чи смертоносних епідемій. Зважаючи на це, залежна поведінка привертає увагу не лише психологів, але й фахівців у інших галузях. У 1964 році ВООЗ вперше використала термін «залежність», який використовується як щодо «..низки залежностей від психоактивних засобів (від хімічних речовин, від психоактивних засобів, від психотропних речовин), так і щодо конкретної речовини чи класу речовин (наприклад, опіоїдна, алкогольна залежність)..» [52].

Д. Меєрс, трактуючи залежність як «наслідок збочення нормальності» [50], привносить новий зміст у її розуміння, суттєво розширюючи інтерпретацію залежності та зближуючи її з поняттям девіації (відхилення). Нейробіолог М. Льюїс висунув думку, що залежність це не хвороба, а звичка [46]. Науковець звертає увагу на постійну зміну функцій мозку (внаслідок природного зростання чи старіння, одужання від інсульту, засвоєння нових навичок), та вважає, що звички людини теж постійно змінюються та можуть мати різну форму та інтенсивність [46, с. 82].

В психологічній літературі найчастіше залежна поведінка трактується, як поведінка з відхиленнями, що характеризується «..бажанням відходу від реальності за допомогою штучної зміни власного психічного стану шляхом прийому різних психоактивних та психотропних речовин чи постійною

фіксацією уваги на певних видах діяльності, які направлені на розвиток та підтримку інтенсивних емоцій..» [14, с. 105], тобто залежна поведінка є спробою особи «втечі від дійсності» за допомогою зміни власного психічного стану, що забезпечує їй уявну безпеку та емоційний комфорт. Залежна поведінка є однією з підгруп надзвичайно складної категорії поведінки особистості, що відхиляється (адиктивна). В. Міллер під адиктивною поведінкою розуміє «..період зловживання речовинами, які змінюють психічний стан людини до того, як від них сформується залежність..» [48, с. 187]. Тобто адиктивна поведінка є початковою стадією формування залежності. Д. Марлатпов'язує адиктивну поведінку із згубними звичками [45, с. 225].

В основі залежної поведінки людини лежить патологічне розгортання окремих її біологічних та соціальних потреб, форма їхнього розкриття, що зазвичай відбувається підлітковому і юнацькому віці, далі отримує стійкий характер, який важко піддається корекції. С. Максименко вважає, що соціальне і особистісне самовизначення активно формується у юнацькому віці. Юнаки потребують чіткої орієнтації і визначення власного місця у житті, а не незалежності від дорослих, що сприяє організації світогляду, розвитку інтегративних механізмів самосвідомості та формуванню життєвих позицій [21, с. 174].

Залежну поведінку необхідно розглядати з двох точок зору: перша – бажання випробувати нові відчуття, відчутти адреналін у крові, відчуття переваги, припливу нових сил. У такому випадку потрібно вкрай уважно спостерігати за поведінкою людини та її вчинками, брати участь у житті людини. Друга, як самозахист (драматизоване ставлення людини до життєвої ситуації), що вкрай негативно впливає на решту сфер життя залежної людини. Людина, яка має певне узалежнення, характеризується нетиповою реакцією на вплив навколишнього середовища, бажанням домінувати і устремлінням до агресивної поведінки. При цьому мають місце певні протиріччя в тенденціях відносно формування міжособистісних відносин, переважання деструктивної

агресії над конструктивною, характерні слабкість контролю над власною поведінкою та чітко визначені акцентуації характеру.

Залежна поведінка може мати різні форми:

- хімічну – вживання наркотиків, алкоголю;
- нехімічну – інтернет-залежність, ігроманія, шопоголізм[41, с. 85].

Отже, залежна поведінка є формою девіантної поведінки, яка характеризується нестримним потягом до задоволення через певні дії або об'єкти. Цей тип поведінки виникає як спроба уникнути реальних проблем і стресових ситуацій через короткочасне відчуття комфорту та задоволення. З часом узалежнення призводить до втрати контролю над власними вчинками, дезадаптації в соціальних взаєминах, а також до погіршення фізичного та психічного здоров'я.

У психологічній літературі виділяють декілька етапів формування залежної поведінки.

Початковий (нульовий) етап. Людина експериментує з певною речовиною або поведінкою з метою отримання задоволення. На цьому етапі ще немає постійної потреби в узалежненій поведінці, але відбувається перший контакт із стимулом. В людини уже виникає психологічна схильність до залежності. *Етап звикання.* Виникає часткове задоволення або полегшення через повторне використання речовин або дій. Людина починає усвідомлювати, що це допомагає їй впоратися зі стресом, тривогою чи іншими неприємними почуттями. Починається формування психологічної залежності, коли людина відчуває бажання повторити певну дію для досягнення комфорту.

Етап постійної потреби. Залежна поведінка стає постійною складовою життя людини. З'являється необхідність регулярно звертатися до об'єкта залежності або повторювати дію для відчуття емоційного або фізичного полегшення. На цьому етапі починає формуватися фізіологічна залежність (якщо йдеться про речовини). У свідомості залежного формується відповідність «залежна поведінка = задоволення», в результаті чого людина починає шукати причини для вживання речовин, роблячи це свідомо. *Етап руйнівних наслідків.*

Людина втрачає здатність контролювати своє бажання та дії. Узалежнення стає домінуючою в її житті, що призводить до руйнування соціальних зв'язків, проблем на роботі, зниження якості життя, погіршення здоров'я. На цьому етапі людина часто стикається з соціальним осудом і відчуженням, що ще більше поглиблює її узалежнення. На цій стадії залежний ще може зупинитися самостійно, але єдиний спосіб вийти з проблеми – назавжди припинити залежну поведінку.

Критичний етап (асоціальність і деградація). На цьому етапі узалежнення стає настільки сильною, що людина втрачає здатність функціонувати в суспільстві. Її соціальні, професійні та особисті зв'язки руйнуються, можливі серйозні проблеми зі здоров'ям, аж до летального наслідку. Людина не може самостійно позбутися залежності, що потребує інтенсивного медичного та психотерапевтичного втручання [40, с. 98].

Важливо розуміти, що якщо узалежнення не зупинити на початковому етапі, то вона неминуче перетікатиме у наступні стадії. При цьому навіть після тривалого утримання залежності неможливий перехід у попередню стадію. Тому лише повне припинення узалежненості є необхідним критерієм для її запобігання.

1.2. Психологічні характеристики узалежнених осіб

Психологічні характеристики узалежнених осіб є важливими для розуміння процесів розвитку залежної поведінки та розробки ефективних підходів до її терапії. Узалежені особи мають певні типові риси, які впливають на їхню поведінку та емоційний стан. Найчастіше у наукових працях прийнято вважати, що основою формування залежності є така характеристика, як інфантильність чи психічний інфантилізм. Пояснюється це тим, що саме в дитинстві та юності переважно виникають різноманітні залежності з багатьох причин: підліток потрапив у несприятливу компанію або в його житті трапилося щось, що спонукало його на усвідомлене вживання. Найчастіше

першою ознакою залежності є агресивна поведінка, особливо стосовно людей із близького оточення, до членів сім'ї. Багато членів сім'ї ігнорують таку поведінку, помилково приймаючи її за перехідний вік [38, с. 214].

Деякі із дослідників вважають інфантильність основою залежної особистості, ототожнюючи поняття «інфантильна» та «істерична» особистість. Ці поняття, безумовно, близькі, але в той же час вони не синонімічні і вимагають розмежування, оскільки клінічна практика доводить, що інфантильна особистість аж ніяк не завжди має істеричні характеристики. Інфантильна особистість характеризується незрілістю у своєму розвитку: фізичний чи інтелектуальний розвиток. Ця незрілість може бути яскравою вираженою, але може бути майже непомітною. Істерична особистість має на увазі ненормальну поведінку людини, тобто у неї спостерігається невичерпна потреба у сторонній увазі у поєднанні з нестійкою самооцінкою, награною поведінкою. Серед деяких ознак інфантилізму можна виділити: нестійкість інтересів, емоційну лабільність, жорстокість.

Залежній особистості властива навіюваність, як особистісна характеристика. Під навіюваністю слід розуміти властивість особи, яка проявляється у підвищеній сприйнятливості психічного впливу іншої особи, здатності легко підпадати під чужий вплив. Так само, у залежної особистості спостерігається прояв підвищеної сприйнятливості до психічного впливу зі сторони іншої особи чи осіб без критичного осмислення реальності та прагнення протистояти цьому впливу. Залежна людина відразу встає у позицію слабого, включається її «стадне почуття», бажання бути підлеглою будь-кому [25, с. 82].

У залежних простежується зниження критичного мислення, а, отже, і відсутність ухвалення самостійних рішень. Подібний феномен обумовлюється зовсім не втратою знань, зниженням здатності до засвоєння нового, а характеризується відсутністю належного усвідомлення попереднього життєвого досвіду. Подібні синдроми в запущеній стадії призводять до того, що індивід втрачає можливість осмислення та передбачення наслідків, вчинених ним дій.

Це може призвести до смерті, адже людина не бачить і не відчуває небезпеку, не визначає її за небезпечну дію ззовні.

Важливою характеристикою залежної особистості є ригідність, під якою розуміється негнучкість, відсутність лабільності всієї психічної діяльності. Психічна ригідність включає нездатність при об'єктивній необхідності змінити думку, ставлення, установку. Тобто, якщо індивід прийняв, а скоріше перейняв якусь точку зору, то до самого кінця він її дотримуватиметься і пояснювати йому, що він не правий, буде абсолютно безглуздо.

Можна припустити, що афективне забарвлення навколишнього світу значною мірою обумовлене тривожністю, як рисою індивідуального характеру. Афективні дії часто мають характер психологічного захисту від дійсності. У людей з психічними аномаліями ригідність призводить до ще більш тяжких наслідків, оскільки набір суб'єктивних можливостей адаптації у них загалом гірший [24, с. 45].

Одним з факторів, що впливають на формування залежної поведінки, є компульсивність. Ригідність у цьому плані виступає у поєднанні з цілеспрямованістю, що у майбутньому сприяє розвитку залежності. Компульсивна поведінка є характерною для багатьох узалежнених людей. Ця риса проявляється у тому, що, незважаючи на негативні наслідки своєї залежності (наприклад, проблеми зі здоров'ям, соціальні конфлікти, фінансові труднощі), людина продовжує повторювати свою деструктивну поведінку. Узалежені особи часто не можуть зупинити свою діяльність навіть після розуміння її руйнівного впливу. Залежній особистості характерні наївність та простодушність, які є базовими для формування властивостей навіюваності. Під наївністю розуміється недосвідченість та непоінформованість. Наприклад, у людини, схильної до залежної поведінки, часто немає повної правдивої інформації про те, які реальні наслідки вживання психотропних та психоактивних речовин. Під навіюваністю розуміється вплив авторитету, що має будь-які інструменти контролю над особистістю ззовні.

Залежні особи, незалежно від віку, часто виявляють ознаки повного максималізму. Тобто їм вкрай важко дійти компромісу у будь-яких життєвих ситуаціях. Для залежної людини світ постає у чорно-білих тонах. При будь-якому виборі залежна людина буде впевнена в тому, що є тільки один варіант відповіді і лише одна правильна дія. Вся структура залежної особистості супроводжується підвищеним егоцентризмом, фіксацією уваги на собі, своїх інтересах, почуттях, задоволенні власних потреб. Егоцентризм досить часто виявляється у залежних людей в бажанні отримання визнання та можливості поставити себе на уявний ступінь переваги, верховенства перед усіма, навмисної демонстрації влади. Відповідно, цілі, потреби та бажання залежна людина ставить вище потреб, цілей та бажань інших людей, навіть своїх близьких [28, с. 95].

Крім цього, для людини, яка виявляє залежну поведінку, вкрай характерна нетерплячість. Вона починає відчувати занепокоєння, а в крайніх випадках виникають панічні атаки, у тому випадку, якщо вимога не виконується в максимально короткий проміжок часу, або якщо потреба не задовольняється. У такому випадку ми можемо спостерігати стрес у цієї людини. Багато узалежнених людей схильні до соціальної ізоляції. Їх узалежнення може спричиняти відчуження від близьких, друзів та соціальних зв'язків загалом. Вони можуть уникати соціальних ситуацій, які викликають дискомфорт або засудження. Узалежнення часто призводить до зниження соціальної активності і, як наслідок, до втрати соціальної підтримки, що підсилює почуття самотності та погіршує психологічний стан.

Таким чином, до основних психологічних характеристик узалежнених осіб слід віднести інфантильність, навіюваність, зниження критичного мислення, низьку самооцінку, емоційну лабільність, ригідність, компульсивну поведінку, схильність до ізоляції, нетерплячість, дефіцит самоконтролю, імпульсивність.

1.3. Програма «12 кроків» та її потенціальні можливості лікування алкогольної та наркотичної залежності, реабілітації uzалежнених осіб

Програма «12 кроків» використовується для ефективного лікування алкогольної і наркотичної залежності, вона дозволяє залежним особам визнавати всю згубність проблеми, що виникла, створювати стійку мотивацію до її лікування і повного викорінення. Вперше програма «12 кроків» була опублікована у 1939 році Товариством Анонімних Алкоголіків (АА) як метод для лікування алкоголізму. Для ефективного використання програми потрібна наявність досвідченого експерта (спонсора, наставника), який здатен роз'яснити принципи кожного з дванадцяти кроків. Згодом програма «12 кроків» стала використовуватися у Міннесотській моделі реабілітації (в 40–50-х роках ХХ ст.).

Основним завданням програми «12 кроків» є забезпечення розуміння залежною особою всієї небезпеки залежності, формування високої мотивації для подальшого лікування залежної поведінки, а також:

- нормалізація мікроклімату в родині, відносин між друзями, повернення у нормальне соціальне середовище;
- подолання патологічного потягу до вживання чергової дози психотропних чи психоактивних речовин;
- відновлення нормального психічного стану, усунення психологічних чинників, які можуть привести до зриву [43].

Протягом багатьох років програма «12 кроків» розвивалася та удосконалювалася, в її основі лежать такі базові принципи:

- визначення алкогольної та наркозалежності, як хвороби, що суттєво відрізняється від інших психічних захворювань і розладів та є первинною хворобою (тобто ці залежності не є проявом іншого захворювання, при лікуванні якого вони зникнуть);

– усвідомлення алкогольної та наркозалежності як смертельно небезпечної, прогресуючої хвороби та, що особливо важливо, як такої, що виникла не лише з вини хворого, але в результаті поєднання різних факторів;

– відношення до людей, які страждають на алкогольну та наркозалежність, з належною повагою та розумінням;

– у людини залоговальною і наркозалежністю досить легко може сформуватися залежність від інших речовин, які змінюють свідомість, впливають на почуття, волю, інтелект, тому лікування за програмою «12 кроків» повністю безмедикаментозне;

– визнання того, що найважливішим симптомом алкогольної і наркозалежності є заперечення пацієнтом цієї залежності, причому часто існування цих залежностей також заперечує оточення залежної людини;

– тривале, а краще позитивне утримання від вживання будь-яких психоактивних та психотропних речовин;

– відповідальною за одужання є сама залежна особа;

– у програмі важлива роль відводиться відповідно підготовленим фахівцям із колишніх залежних осіб, які дотримуються тверезості за програмою «12 кроків» [42].

Основними кроками програми є:

1. прийняття – усвідомлення власної безсилості перед проблемою є першим кроком до одужання;

2. довіра – встановлення віри в силу, вищу за особисту волю (у Бога, природу, колектив), що дає можливість людині знову відчувати опору в зовнішньому світі;

3. звільнення – добровільна передача контролю над життям вищій силі (згадані у попередньому кроці);

4. розуміння – інвентаризація свого життя (визнання помилок, слабкостей, обманів);

5. підтвердження – проголошення своїх помилок іншій людині чи вищій силі;

6. свобода – готовність до звільнення від внутрішніх проблем, людина приймає власні зміни;
7. зростання – людина вчиться просити про допомогу, приймати її і довіряти людям;
8. рефлексія – самоаналіз, аналіз своєї ролі у стосунках з іншими;
9. прощення – акт покаяння, прояв зрілості;
10. безперервність – постійне самоспостереження, регулярна самооцінка;
11. підключення – розвиток духовної практики (молитва, медитація), спрямованої на поглиблення зв'язку з вищою силою;
12. допомога іншим – передавання власного досвіду іншим залежним.

Важливо відмітити, що програма «12 кроків» у значній мірі акцентує увагу на прийнятті залежною особою «вищої сили» або Бога. Наприклад, програмою «12 кроків» передбачається використання молитви та медитації в процесі одужання, звернення до Бога для досягнення духовного пробудження тощо. Для багатьох людей духовне пробудження є важливою частиною лікування, є потужним мотиватором для подолання залежності. Перевагами програми «12 кроків» є те, що вона пропонує середовище підтримки, де учасники можуть ділитися своїм досвідом і отримувати допомогу від людей, які пережили схожі труднощі. Це створює почуття приналежності до спільноти, що є дуже важливим у процесі лікування залежності, особливо коли людина відчуває ізоляцію через свою поведінку. Програма передбачає глибокий самоаналіз і прийняття відповідальності за свої дії, що важливо для того, щоб усвідомити свої помилки і виправити їх. Це допомагає залежним людям взяти контроль над своїм життям і покращити міжособистісні стосунки, які були пошкоджені через узалежнення [22, с. 211]. Програма «12 кроків» адаптована для різних видів залежностей, крім алкогольної, для якої вона і була розроблена спочатку, наразі вона адаптована для лікування наркотичної, ігрової та інших залежностей, що робить її досить універсальною.

Таким чином, для подолання алкогольної та наркозалежності можна використовувати програму «12 кроків», яка є ефективним інструментом для лікування алкогольної та наркотичної залежності. Вона забезпечує підтримку, структуровані етапи одужання та роботу над особистими змінами та може поєднувати емоційну, соціальну та духовну підтримку у процесі подолання залежності.

Висновки до розділу 1

Було встановлено, що залежна поведінка – це поведінка з відхиленнями, яка характеризується бажанням відходу від реальності за допомогою штучної зміни власного психічного стану шляхом прийому різних психоактивних та психотропних речовин чи постійною фіксацією уваги на певних видах діяльності, які направлені на розвиток та підтримку інтенсивних емоцій. Психологічні характеристики uzалежнених осіб є важливими для розуміння процесів розвитку залежної поведінки та розробки ефективних підходів до її терапії. Основними психологічними характеристиками залежних осіб є інфантильність, навіюваність, зниження критичного мислення, низька самооцінка, емоційна лабільність, ригідність, компульсивна поведінка, схильність до ізоляції, нетерплячість, дефіцит самоконтролю, імпульсивність.

Програма «12 кроків» передбачена для ефективного лікування алкогольної і наркотичної залежності, вона дозволяє залежним особам визнавати всю згубність проблеми, що виникла, створювати стійку мотивацію до її лікування і повного викорінення. Важливо відмітити, що програма «12 кроків» у значній мірі покладається на прийняття залежною особою «вищої сили» або Бога. Потенціальними можливостями лікування залежності є: соціальна підтримка, духовна складова, особистісний розвиток і відповідальність, робота над виправленням помилок, безперервний процес реабілітації, адаптивність.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ТА СОЦІАЛЬНИХ ХАРАКТЕРИСТИК УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ

2.1. Методика організації та проведення дослідження. Опис вибірки і діагностичних методик

Для практичного вивчення психологічних і соціальних характеристик uzалежнених осіб організовано емпіричне дослідження, що включало три етапийого підготовки і реалізації. Цілі кожного з етапів наведено на рис. 2.1., завдання – представлено нижче.



Рис. 2.1. Етапи емпіричного дослідження психосоціальних характеристик узалежнених осіб

Завдання вказаних етапів передбачали послідовне виконання таких видів діяльності відповідно до поставлених цілей виділених етапів:

I. Констатувальний етап, що має на меті: визначити стан психосоціальних характеристик узалежнених осіб, реалізувався за допомогою виконання таких завдань:

- провести підготовчу роботу, підібрати відповідні методики, сформулювати вибірку опитуваних узалежнених осіб;
- провести опитування респондентів, опрацювати отримані дані щодо психосоціальних характеристик узалежнених осіб;

- сформулювати висновки про доцільність проведення психологічного супроводу uzалежнених в процесі проходження ними 12-крокової програми реабілітації.

II. Формувальний етап, що має на меті: розробити та впровадити рекомендації і заходи для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації, реалізувався за такими завданнями:

-розробити рекомендації для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації;

- впровадити рекомендації та заходи для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

III. Контрольний етап, що має на меті: перевірити ефективність реалізації рекомендацій для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації, реалізувався через виконання таких завдань:

- провести повторне опитування uzалежнених осіб, отримати дані щодо їх психосоціальних характеристик;

- порівняти результати «до» та «після» впровадження запропонованих рекомендацій і заходів для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації;

- зробити висновки про ефективність апробації рекомендацій для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

Вибірку опитуваних склали 50 осіб, з них 25 осіб з алкогольним uzалежненням (ЕГ) та 25 осіб з наркотичним uzалежненням (КГ) (рис. 2.2.).

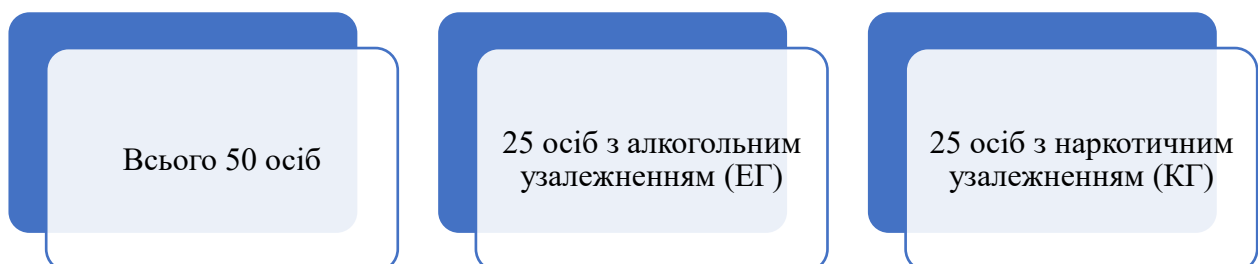


Рис. 2.2. Вибірка опитуваних uzалежнених осіб

При описі результатів опитування респондентів користуємося термінологією щодо осіб з алкогольним uzалежненням – АУ, і щодо осіб із наркотичним uzалежненням – НУ.

В процесі емпіричного дослідження використано такі методики:

1. Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR) (адаптація М. Кліманської, І. Галецької) (додаток А);
2. «Шкала для вимірювання рівня самоповаги» (за М. Розенбергом); (додаток Б);
3. «GAD-7 – Опитувальник з генералізованої тривоги» (додаток В);
4. «Опитувальник з депресії PHQ-9» (додаток Г).

Коротко охарактеризуємо вибрані методики.

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR) призначений для діагностики психологічних рис особистості – екстраверсії, дружелюбності, свідомості (добросовісності), емоційної стійкості (чи нейротизму) та відкритості до нового досвіду.

За весь час існування шкала «Велика п'ятірка» була адаптована та змінена, доповнена багато разів. Нами для дослідження обрано адаптовану версію опитувальника від М. Кліманської, І. Галецької, що є зручною в опитуванні та опрацюванні результатів через невелику кількість питань.

Респонденту дається бланк і-з 10 позиціями, які характеризують риси особистості, він має їх оцінити за мірою відповідності до оцінки своєї особистості за шкалою від 1 (не згоден) до 7 (повністю згоден). В опитувальнику є прямі та зворотні твердження, що враховується при підрахуванні балів та обробці результатів.

За отриманими даними відповідно до ключа методики визначаються високі, середні, низькі прояви за 5 шкалами-факторами особистості: «Екстраверсія-інтроверсія»; «Дружелюбність-ворожість»; «Добросовісність-схильність до гедонізму»; «Емоційна стабільність-нейротизм»; «Відкритість новому досвіду-закритість (консервативність)» [15].

«Шкала для вимірювання рівня самоповаги» (за М. Розенбергом)призначена для діагностики самоповаги у респондента.

Йому пропонується бланк опитувальника, що містить 10 тверджень, на які він має поставити бали відповідно до міри згоди чи заперечення – від «повністю згоден» до «зовсім не згоден» (у шкалі є прямі та зворотні питання, які оцінюються відповідно – за прямим чи зворотнім порядком від 1 до 4 балів).

Шляхом порівняння суми балів (де 40 балів – максимальне значення, а мінімальне – 10 балів) із ключем методики визначається рівень самоповаги – 30-40 балів – дуже високий, 20-29 – високий (оптимальний), 11-19 – середній, 10 балів – низький [44].

«GAD-7 – Опитувальник з генералізованої тривоги», розроблений лікарями Р. Шпіцером, Дж. Вільямс, К. Кронке та ін., спрямований на з'ясування рівня тривоги у респондента, якому пропонується оцінити частоту прояву симптомів тривоги (7 позицій) за останні два тижні. Варіанти відповідей за кожним симптомом – від «жодного разу» до «майже щоденно» (від 0 до 3 балів).

Підраховуючи суму балів, можна отримати розуміння щодо прояву тривоги у респондента: 0-4 балів – мінімальний рівень тривоги, оптимальний показник, спокій, емоційна стійкість, витримка; 5-9 балів – слабкий прояв тривоги; 10-14 балів – помірний рівень тривоги; 15-21 балів – висока, генералізована тривога (межовий прояв) [51].

«Опитувальник з депресії PHQ-9» (Patient Health Questionnaire-9) спочатку був розроблений лікарями Р. Шпіцером, Дж. Вільямс, К. Кронке та ін. для діагностики п'яти психічних розладів, однак надалі був уточнений та призначений саме для діагностики депресії.

Обраний нами опитувальник депресії PHQ-9 включає 9 тверджень, які респондент має оцінити за шкалою частоти симптомів за останні два тижні – від «ніколи» до «майже щодня» (0-3 бали). При опрацюванні результатів передбачається підрахунок балів за всіма позиціями (що мають значення від 0 до 3 балів). Сума балів вказує на прояв симптомів депресії: 0-4 бали – відсутня

депресія; 5-9 балів – депресія легкого ступеню; 10-14 балів – помірного ступеню; 15-19 балів – вираженого ступеню депресія; 20-17 балів – депресія важкого ступеню [26].

Процедура дослідження включала опитування респондентів за вищевказаними методиками, якісний та кількісний аналіз даних, їх представлення.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічних та соціальних характеристик uzалежнених осіб

Проаналізуємо отримані дані опитування uzалежнених осіб за всіма методиками. Використовуючи «Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI» (TIPI-UKR), отримано такі дані (рис. 2.3.).

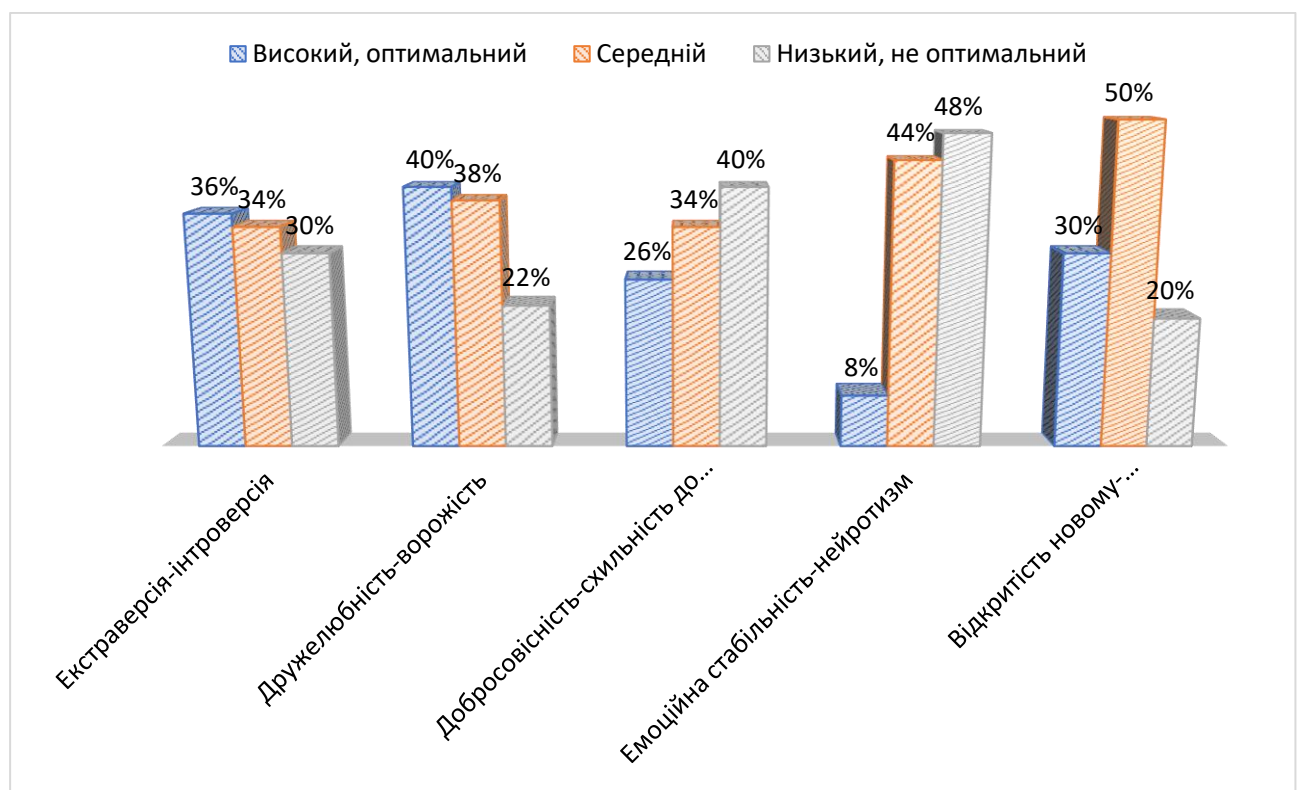


Рис. 2.3. Прояви особистісних характеристик в uzалежнених осіб

За цими даними більшість опитаних мають прояви екстраверсії (36%), що характеризується товарищкістю, легкістю у спілкуванні, однак також і зовнішнім контролем, легковажністю у вирішенні проблем. Ці люди часто вважають, що на їх успіхи значно впливають зовнішні обставини, інші люди, а

у випадку невдачі – вони завжди знають, хто винний (не визнають власну роль у не досягненні успіху). Екстраверти часто схильні підкорюватися зовнішньому впливу більш авторитетних осіб, а також не маючи витримки і самоконтролю, піддаються спокусі у вживанні шкідливих речовин, надмірній їжі та ін. Екстраверти переважно оптимістичні, активні, балакучі, схильні до пошуку пригод, прагнуть до переживання позитивних емоцій. У 34% осіб встановлено середні прояви екстраверсії, однак для решти узалежнених властиві прояви протилежної характеристики – інтроверсії. Ці опитувані переважно уникають соціальної активності, заглиблені у себе, власні роздуми, мають песимістичне ставлення до життя і майбутнього. Сором'язливі, замкнені в собі, не вміють активно заявляти про свої інтереси та бурхливо їх відстоювати. Проте у складних ситуаціях вони зосереджені на вирішенні проблеми, ставляться до неї раціонально та здатні вдумливо проаналізувати всі ресурси, наявні можливості та докласти зусиль для її вирішення. У випадку невдачі чітко розуміють власні недоліки, визнають власну роль, та намагаються виправити положення, доклавши зусиль для подальшого вирішення проблеми.

За шкалою дружелюбності – більшість узалежнених мають високий рівень (40%), що характеризує їх як товариських, чутливих до потреб інших, альтруїстичних у взаємодії з оточуючими. Вони проявляють дружні та емпатійні якості, прагнуть до взаємодії, співпраці, досягнення спільних результатів та успіхів. Ще у 38% осіб встановлено середні прояви дружелюбності, налаштованості на довірливе спілкування з іншими, готовність допомагати їм. Однак 22% узалежнених мають протилежну характеристику – ворожість, вони не мають довіри до оточуючих, не прагнуть до співпраці, схильні до конкурентного ставлення до інших людей. Цим узалежненим властиві егоцентризм, агресія, жорсткість, вони не вміють підтримувати приємних стосунків з іншими.

За шкалою добросовісності високий рівень, що характеризує свідому мотивацію до праці і самореалізації, наполегливість у досягненні цілей, відповідальність і надійність, властивий лише для 26% узалежнених. Вони

розсудливі, схильні підтримувати порядок у всіх справах. У третини узалежнених виявлено середні показники добросовісності, свідомості і порядності (34%). Однак дуже виразна частина опитуваних (40%) мають протилежну характеристику – схильність до гедонізму, низьку добросовісність. Вони не мають чітких, конкретизованих цілей у житті, не вмотивовані до досягнень, імпульсивні під час прийому рішень та подолання труднощів, спонтанні, необдумані. І часто схильні до отримання задоволення, гедонізму, на них не можна покластися, оскільки їм властива безвідповідальність, легковажність у ставленні до доручень і завдань.

За шкалою емоційної стабільності лише 8% опитуваних мають оптимальні показники, що свідчать про їх витримку, здатність до регуляції емоцій, адаптації і подолання проблем. Ці респонденти урівноважені, вміють швидко долати стреси, не відчуючи напруги. Невеликий відсоток респондентів з емоційною стійкістю пояснюємо також життям українців в умовах війни, що завдає надмірного стресового впливу на всіх людей, незалежно від наявності узалежнення. У 44% осіб виявлено помірні прояви емоційної стабільності, тобто епізодичні прояви стресу та ситуативні можливості до регулювання своїх емоцій та поведінки. У решти (майже половина узалежнених – 48%) виявлено прояви нейротизму, вони мають слабкі можливості до емоційної саморегуляції, негайно реагують на стрес-чинники, залучаються у конфлікті ситуації. Часто переживають негативні емоції, страх, тривогу, напругу, що призводить до їх використання захисних механізмів агресії, нападу, крику чи втечі. Тобто 48% узалежнених осіб у випадку складних ситуацій відчують напругу, не можуть урегулювати власні емоції, часто є надмірно чутливими, і якщо не вдається швидко вирішити проблему – то можуть довго плакати, маніпулювати жалісливими розповідями, випрошуючи допомогу від інших.

Третина опитуваних мають високу відкритість до нового (досвіду, вражень, емоцій) – 30%. Вони переважно схильні до пізнавальної цікавості, вивчення та впровадження інновацій, часто готові до пошуку нового шляху

вирішення проблеми, здатні до позитивної оцінки будь-якої ситуації, прийняття нового життєвого досвіду з метою його подальшого використання. Ці респонденти відкриті до всього креативного, мають жвавий інтерес до нетрадиційних підходів та суджень, до нових відкриттів світу техніки, науки, мистецтва. У половини узалежнених осіб (50%) виявлено середній прояв відкритості до нового досвіду і вражень. Зауважимо, що ці респонденти мають також схильність і до ризикованої поведінки, а тому відкритість до нового досвіду – у випадку узалежнення може мати й негативний прояв – відкритість до вживання нових психоактивних речовин, бездумних ризикованих вчинків та ін. Це є індивідуальними проявами відкритості до інновацій, і опирається на внутрішню готовність особистості до девіантної поведінки, однак досить часто серед талановитих митців є й певний відсоток людей, які намагається освіжити власні рецептори, відчуття, враження, розширити свідомість для творчості за допомогою заборонених чи шкідливих речовин, алкоголю, наркотиків та ін.

У 20% осіб виявлено протилежну характеристику – консервативність, що є свідченням низького рівня відкритості до нового досвіду. Ці опитувані надають перевагу традиційним цінностям, мають прагматичні інтереси, не готові приймати інновації, недовіряють пропонованим варіантам покращення, якщо вони не перевірені іншими людьми. Крім того, ці люди не мають інтересу до творчості, мають слабкий розвиток уяви, стереотипно мислять і дуже складно адаптуються до нових умов життя. У сучасному світі таким особам вкрай важко пристосовуватися до мінливих обставин, швидко реагувати на зміни планів та подій протягом дня. При порушенні запланованого перебігу подій вони значно розгублюються, не мають запасного плану, втрачають віру у себе. Однак у сьогоdnішній реалії життя, коли через ракетну небезпеку і повітряні тривоги, нестійкі безпекові умови людина не має впевненості у найближчому майбутньому (інколи це навіть година чи день), українцям варто розвивати в собі хоча б мінімальну стійкість до несподіванок та допускати творче вирішення проблем, приймати новий досвід та інтегрувати його в

щоденний побут і працю. Це допоможе бути гнучкими та адаптуватися до складних умов життя під час війни.

Також ми проаналізували прояви особистісних характеристик uzалежнених осіб з різними формами залежності – алкогольною та наркотичною (табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

Прояви особистісних характеристик в uzалежнених осіб

Шкали / рівні		Всього (50 осіб)		Група з алкогольним uzалежненням (25 осіб)		Група з наркотичним uzалежненням (25 осіб)	
		п	%	п	%	п	%
Екстраверсія-інтроверсія	В	18	36%	8	32%	10	40%
	С	17	34%	7	28%	10	40%
	Н	15	30%	10	40%	5	20%
Дружелюбність-ворожість	В	20	40%	12	48%	8	32%
	С	19	38%	10	40%	9	36%
	Н	11	22%	3	12%	8	32%
Добросовісність-схильність до гедонізму	В	13	26%	10	40%	3	12%
	С	17	34%	7	28%	10	40%
	Н	20	40%	8	32%	12	48%
Емоційна стабільність- нейротизм	В	4	8%	4	16%	-	-
	С	22	44%	12	48%	10	40%
	Н	24	48%	9	36%	15	60%
Відкритість новому досвіду- закритість (консервативність)	В	15	30%	5	20%	10	40%
	С	25	50%	10	40%	15	60%
	Н	10	20%	10	40%	-	-

За шкалою екстраверсії високий рівень мають 32% осіб з алкогольним uzалежненням (АУ) та 40% осіб із наркотичним uzалежненням (НУ). Ці опитувані відрізняються енергійністю, активністю, товариськість, добрим ставленням до інших, балакучістю, схильністю до пошуку і переживання позитивних емоцій. Вони переважно оптимістичні, схильні до азартних ігор, готові до пригод. Вони легковажні і часто – безвідповідальні. У 28% і 40% опитаних відповідно виявлено середні прояви екстраверсії. А протилежна характеристика – інтроверсія, спостерігається у 40% осіб з АУ та 20% осіб з НУ. Ці респонденти переважно пасивні, замкнені в собі, песимістичні, уникають соціальної активності, і прагнуть залишатися на самоті. Серед цих осіб також виявляються оптимальні прояви раціонального мислення і

спрямованості на вдумливий аналіз причин та пошук адаптивних варіантів рішень проблем. Тобто екстраверсія частіше властива для осіб з НУ (на 8%), а інтроверсія – для осіб з АУ (на 20%).

За шкалою дружелюбності високий рівень мають 48% осіб з АУ та 32% осіб з НУ. Вони чутливі до інших, емпатійні, зацікавлені у спілкуванні з іншими, добрі, дружні, альтруїстичні до друзів. Часто прагнуть до співпраці, лагідні, скромні, прихильні до оточуючих людей, завжди готові прийти на допомогу іншим. У подібної кількості осіб обох груп виявлено середній рівень доброзичливості і дружелюбності (40% і 36%). Однак низький рівень виявлено у 12% осіб з АУ і 32% осіб з НУ. Ці опитувані нездатні до співчуття і схильні до конкурентного ставлення (особливо у випадку задоволення бажаним предметом чи об'єктом адикції). Вони не здані до співчуття, емпатії, не хочуть допомагати іншим, егоцентричні, конкурентні, вороже ставляться до інших, часто допускають агресію та жорсткість у взаєминах з іншими. Тобто до дружелюбності частіше схильні особи з АУ (на 16%), а до ворожості – особи з НУ (на 20%).

За проявами добросовісності – високий рівень мають 40% осіб з АУ і 12% осіб з НУ. Ці респонденти мають стійку мотивацію, здатні до наполегливого ставлення до досягнення своїх цілей, докладають належних зусиль і діють у напрямку їх реалізації. Вони відповідальні, розсудливі, надійні, схильні підтримувати порядок у справах. Одним із аспектів трудової діяльності таких осіб є перфекціонізм та трудоголізм, висока вимогливість до себе та бажання до підтримання порядності у стосунках з іншими. Середній рівень добросовісності мають 28% осіб з АУ і 20% осіб з НУ відповідно. А низький рівень добросовісності, що властивий для 32% осіб з АУ і 48% осіб з НУ, трактують як орієнтацію респондентів до задоволення своїх потреб і бажань, безвідповідальність, спонтанність у діях, недостатню конкретизацію своїх сенсожиттєвих цінностей та цілей. Ці респонденти імпульсивні, спонтанні у діях, у прийнятті рішень проблем, мають нестійку мотивацію досягнень, а іноді й взагалі – протилежну їй мотивацію уникання невдач. На таких людей не

можна покластися, адже у стані «запою» вони не виконують обіцянок, не контролюють своїх дій та коштів, не здатні дотримуватися порядку у справах.

Тобто добросовісними є частіше особи з АУ (на 28%), і то за умови їх свідомого контролю за своїм станом, у стадії ремісії від узалежнення. А до гедонізму, легковажності та не добросовісності частіше схильні особи з НУ (на 16%).

За шкалою емоційної стабільності лише 16% осіб з АУ мають оптимальний прояв, вони здатні до емоційної адаптації, можуть долати стрес більш-менш конструктивними способами, застосовувати емоційно врівноважені прийоми для саморегуляції при переживанні негативних емоцій. Проте у випадку надмірних стресів і переживань – схильні до найлегшого способу заглушення своїх емоцій – вживання алкоголю.

Середній рівень емоційної стабільності мають 48% осіб з АУ і 40% осіб з НУ. Вони посередньо здатні контролювати власні емоції та долати стрес, бувають дратівливі чи переживають тривогу у напружених ситуаціях, які посередньо здатні виправити, залучаючи соціальне оточення для підтримки. Протилежну характеристику – нейротизм, демонструють 36% осіб з АУ та 60% осіб з НУ. Вони мають слабкі можливості до емоційної саморегуляції, часто відчують напругу, роздратованість, страх, тривогу, схильність до постійного занепокоєння. У випадку потрапляння у стресову ситуацію відчують розгубленість, безпорадність, сором'язливість, не здані швидко зібратися для вирішення проблем. Можуть проявляти агресію, метушливість, спонтанні бездумні дії, що однак не призводять до конструктивного результату.

За шкалою відкритості до нового досвіду 20% осіб з АУ та 40% осіб з НУ мають високі прояви, вони схильні до пізнавальної цікавості, активно пізнають нове, шукають інновації в світі науки і техніки, мистецтва. Креативні, мають жвавий інтерес до життя, вміють позитивно оцінити новий досвід, присвоїти його та використовувати надалі при вирішенні проблем. У 40% і 60% осіб відповідно встановлено середній рівень відкритості до нового досвіду, вони схильні до пошуку нових ідей, позитивної оцінки свого досвіду вирішення

життєвих ситуацій, можуть використовувати креативні способи вирішення проблем. У решти (40% осіб з АУ) встановлено перевагу традиційних суджень, слабкої уяви, відсутності прагнень до креативного осмислення нового досвіду і подій. Ці опитувані консервативні, надають перевагу традиційним цінностям, недовіряють інноваціям. Тобто більш відкритими до нових вражень і досвіду є особи з НУ (на 20%), а закритими до нового – навпаки – є особи з АУ (на 40%).

Відтак в осіб з АУ переважають інтроверсія (40%), дружелюбність (48%), добросовісність (40%), середня емоційна стабільність (48%) і середня та низька відкритість до нового (по 40%).

А для осіб з НУ переважними є середня і висока екстраверсія (по 40%), середня і низька дружелюбність (36% і 32%), низька добродійність (48%, тобто схильність до гедонізму), нейротизм (у 60%) і середня емоційна стабільність (у 40%), середній і високий рівні відкритості до нового (60% і 40%).

Використовуючи «Шкалу для вимірювання рівня самоповаги» (за М. Розенбергом) в опитуванні uzалежнених осіб, отримано такі дані (рис. 2.4).

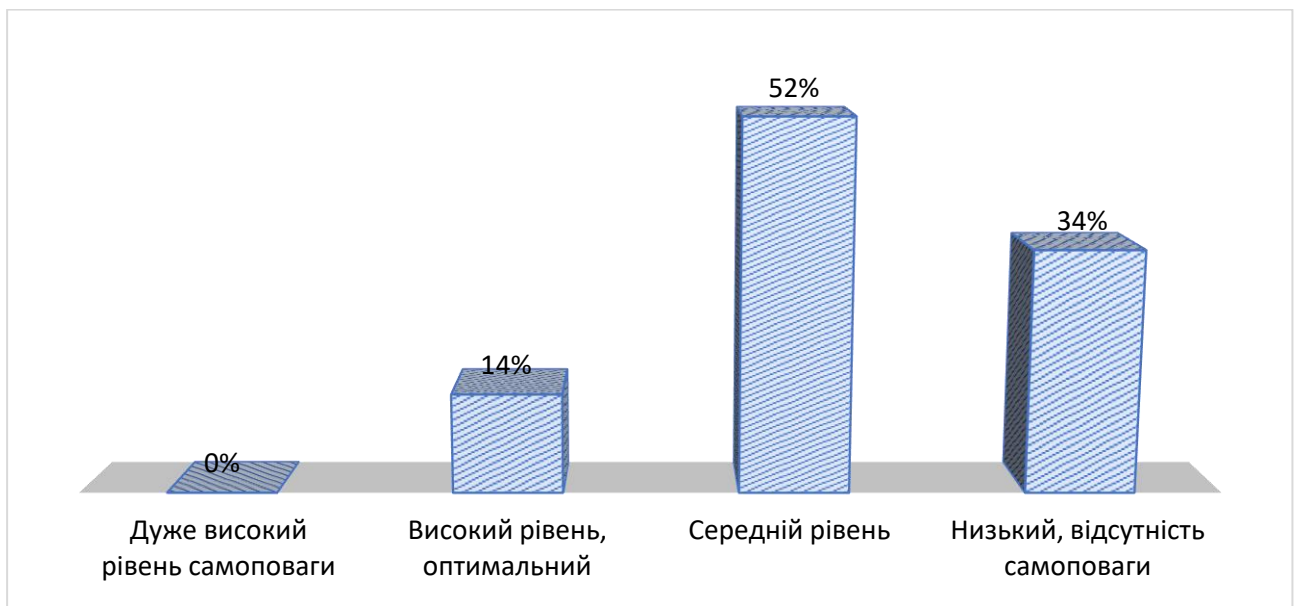


Рис. 2.4. Рівні самоповаги в uzалежнених осіб

У більшості опитаних виявлено середній рівень самоповаги (52%), вони переважно схильні до позитивного самоствердження, визнають власну гідність, однак у випадку невдач схильні до сумнівів, самокритики. У третини uzалежнених виявлено низький рівень самоповаги (34%), вони не впевнені в

собі, не вміють враховувати свої сильні сторони, вважають себе невдахами, не вміють відстоювати свої інтереси та не відчують себе гідними поваги з боку інших, очікують від них негативного ставлення.

У решти осіб встановлено високий, оптимальний рівень самоповаги (14%). Ці респонденти знають свої сильні сторони, відчують себе гідними поваги, цінними у світі. Вони налаштовані на позитивне ставлення до себе, до оточуючих, гідно представляють свої інтереси та відстоюють їх. Дуже високого рівня самоповаги не виявлено в uzалежнених осіб.

Також визначено відмінності у проявах самоповаги у респондентів з алкогольним та наркотичним uzалежненням (табл. 2.2.).

Таблиця 2.2.

Рівні самоповаги в uzалежнених осіб

Рівні	Всього (50 осіб)		Група з алкогольним uzалежненням (25 осіб)		Група з наркотичним uzалежненням (25 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Дуже високий рівень самоповаги	-	-				
Високий рівень	7	14%	2	8%	5	20%
Середній рівень	26	52%	13	52%	13	52%
Низький рівень	17	34%	10	40%	7	28%

Високий рівень самоповаги встановлено у 8% осіб з АУ та 20% осіб з НУ, вони впевнені в собі, високо цінують власну гідність та унікальність, приймають себе з усіма сильними та слабкими сторонами. Це допомагає їм чіткіше визначати життєві цілі, планувати досягнення бажаних орієнтирів, адекватно презентувати себе у світі, заявляти про свої права та інтереси.

Середній рівень самоповаги мають однакова кількість осіб з алкогольним та наркотичним uzалежненням (по 52%). Вони схильні до позитивного прийняття себе, однак у випадку невдач не здатні проаналізувати свої сильні сторони, схильні до самокритики.

У решти опитаних (40% осіб з АУ та 28% осіб з НУ) виявлено низький рівень самоповаги, вони невпевнені в собі, схильні до самозвинувачення.

Відтак – високу самоповагу частіше проявляють особи з НУ (на 12%), а низьку – особи з АУ (на 12%). При цьому більшості опитаних властива середня самоповага, вони схильні до епізодичної і не стійкої впевненості в собі і власних силах для подолання проблем, вирішення поточних завдань життя.

Використовуючи «GAD-7 – Опитувальник з генералізованої тривоги», отримано такі дані (рис. 2.5.).

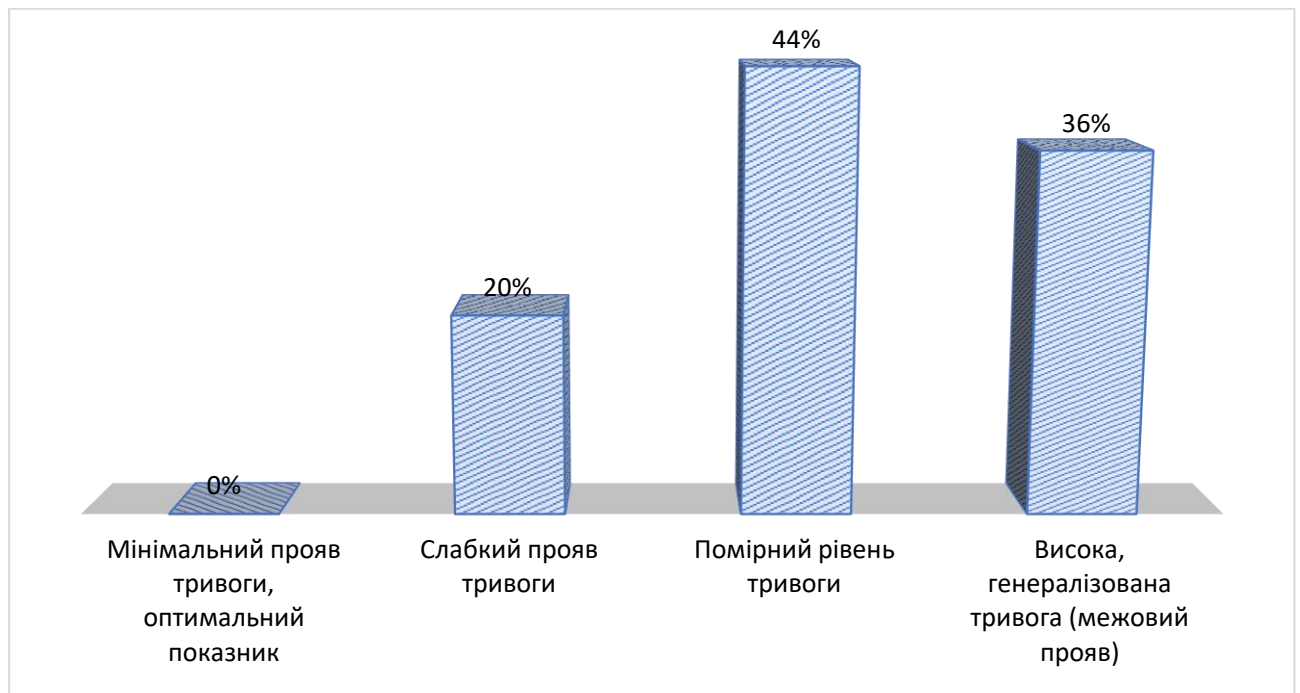


Рис. 2.5. Рівні тривоги в uzалежнених осіб

Мінімальний рівень тривоги, що вказував би на оптимальний показник, спокій, емоційну стійкість і витримку, – не властивий для опитуваних. У 20% uzалежнених виявлено слабкий прояв тривоги, вони оптимально реагують на різні проблеми і стреси, вміють зосередитися, щоб вирішити проблеми. У 44% осіб встановлено помірний рівень тривоги, ці респонденти мають відчутні симптоми переживання тривоги, помічають напруження, пришвидшене серцебиття та ін.

У 36% осіб виявлено високу генералізовану тривогу (межовий прояв), ці респонденти відчувають напруження, головні болі, тремтіння в кінцівках, нудоту, метушливість. Вказують на «когнітивний туман» (розгубленість, відсутність концентрації уваги), схильність до нерациональної поведінки у стресових ситуаціях. Саме ці опитувані найбільше потребують психологічної

підтримки і допомоги для зниження тривоги, стабілізації роботи нервової системи, підтримання її можливостей у регуляції психоемоційних станів та зосередження на вирішенні проблеми, а не на її емоційному відреагуванні.

Також проаналізовано прояви тривоги у респондентів з алкогольним та наркотичним uzалежненням (табл. 2.3.).

Таблиця 2.3.

Рівні тривоги в uzалежнених осіб

Рівні тривоги	Всього (50 осіб)		Група з алкогольним uzалежненням (25 осіб)		Група з наркотичним uzалежненням (25 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Мінімальний рівень			-		-	
Слабкий прояв тривоги	10	20%	7	28%	3	12%
Помірний рівень тривоги	22	44%	10	40%	12	48%
Висока, генералізована тривога (межовий прояв)	18	36%	8	32%	10	40%

Так само найбільш оптимального показника, що свідчив би про мінімальний рівень тривоги, не виявлено серед респондентів. Слабкий прояв тривоги мають 28% осіб з АУ та 12% осіб з НУ. Вони досить оптимально реагують на стреси і проблеми, вміють регулювати власні емоційні відчуття у напружених ситуаціях, зосереджуються на власних ресурсах і можливостях у їх подоланні.

Помірний рівень тривоги встановлено у 40% осіб з АУ та 48% осіб з НУ. Вони схильні до виразного відчуття тривоги у напружених ситуаціях, багато подій сприймають як загрозливі для себе. У решти (32% осіб з АУ та 40% осіб з НУ) встановлено високу, генералізовану тривогу (межовий прояв). Ці респонденти не здатні регулювати свої емоції, не вміють долати кризові ситуації без надмірного реагування. Відчувають високе напруження, майже всі події зовнішнього світу сприймають негативно, з острахом ставляться до майбутнього.

Слабкий прояв тривоги частіше властивий для осіб з АУ (на 16%), а генералізована тривога – для осіб з НУ (на 8%), так само на 8% більш виразно проявляються й помірні показники тривоги в осіб з НУ. Тобто особи з НУ

частіше мають схильність до переживання виразної тривоги, межових її проявів, чим особи з АУ.

Використовуючи «Опитувальник з депресії PHQ-9», отримано такі дані (рис. 2.6).

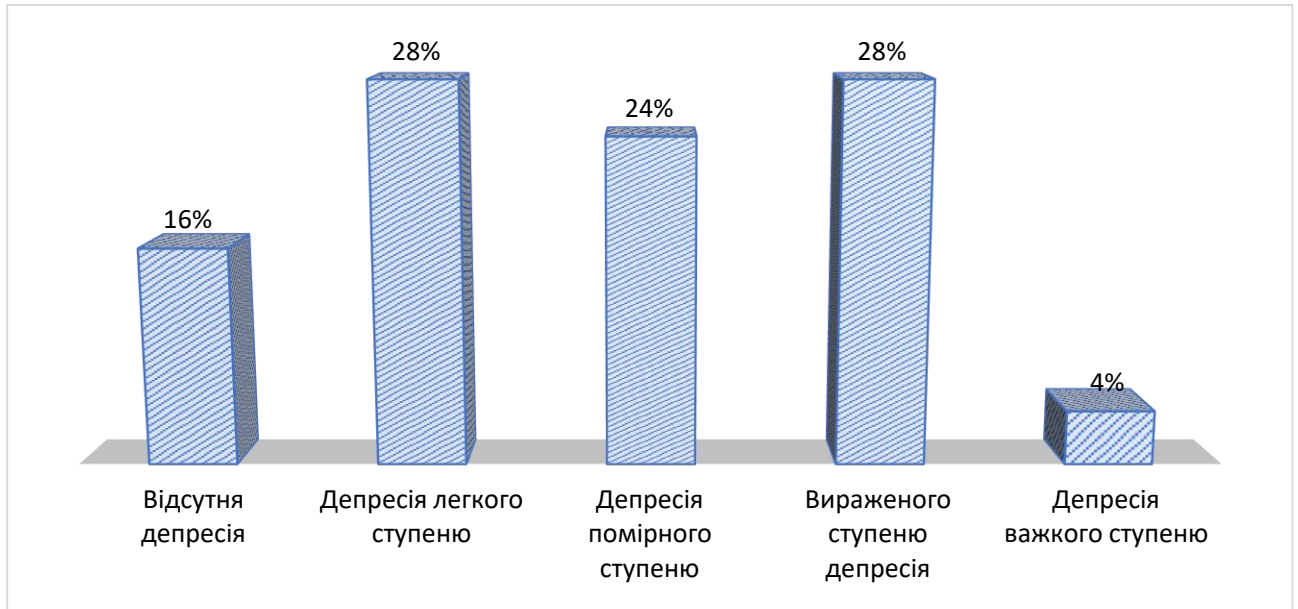


Рис. 2.6. Прояви депресії в uzалежнених осіб

Для 16% осіб характерна відсутня депресія, оптимальні показники самопочуття та емоційного стану. 28% uzалежнених осіб мають прояви депресії легкого ступеню. Ще у 24% осіб виявлено депресію помірного ступеню, вони мають виразні симптоми негативного самопочуття і самотавлення, відчуття втоми, втрати енергії.

У 28% осіб встановлено депресію виразеного ступеню, вони схильні до песимістичного ставлення до життя, втрати інтересу до того, що цікавило раніше, відчуття відсутності радості в житті. Також у цих опитуваних спостерігаються виразні симптоми соматичного відображення депресії – безсоння чи сонливість, недостатності відчуття відпочинку, втрати відчуття часу та енергії, головні болі та ін.

У 4% осіб виявлено симптоми депресії важкого ступеню, вони відчувають апатію до життя, не мають інтересу до нього, чітких цілей, що надавали б сенсу життєдіяльності. Відчувають втому (як фізичну, так і соціальну), уникають контактів з іншими, у складних ситуаціях – намагаються відійти,

дистанціюватися від необхідності їх вирішення, у них недостатньо концентрації на поточному житті, а щодо майбутнього – переважає негативізм. У стосунках з іншими недовірливі, підозріливі, часто ворожі, агресивно налаштовані (що пояснюється захисним механізмом).

Також представимо дані щодо вияву депресії у респондентів з алкогольним та наркотичним uzалежненням (табл. 2.4).

Таблиця 2.4.

Прояви депресії в uzалежнених осіб

Рівні депресії	Всього (50 осіб)		Група з алкогольним uzалежненням (25 осіб)		Група з наркотичним uzалежненням (25 осіб)	
	п	%	п	%	п	%
Відсутня депресія	8	16%	2	8%	6	24%
Депресія легкого ступеню	14	28%	5	20%	9	36%
Депресія помірного ступеню	12	24%	8	32%	4	16%
Вираженого ступеню депресія	14	28%	8	32%	6	24%
Депресія важкого ступеню	2	4%	2	8%	-	

У 8% осіб з АУ та 24% осіб з НУ відсутня депресія (оптимальні показники). У виразної частини uzалежнених встановлено депресію легкого ступеню (20% осіб з АУ і 36% осіб з НУ). Помірний ступінь депресії виявлено у 32% і 16% осіб відповідно, у них уже спостерігаються як соматичні, так і психологічні симптоми депресії, негативізм, дратівливість, негативне ставлення до себе і до оточуючих, втрата інтересу до того, що приносило радість раніше. У виразної частини опитаних (32% осіб з АУ і 24% осіб з НУ) виявлено депресію вираженого ступеня, вони мають песимістичне ставлення до світу, оточуючих людей, не впевнені в собі та власній можливості долати проблеми. Не мають інтересу до поточного життя, відчувають втрату енергії, а відпочинок не приносить їм бажаного задоволення.

Депресія важкого ступеню властива для 8% осіб з АУ, вони мають виразні симптоми депресії, апатію до життя, не мають чітких цілей в ньому, не виявляють інтересу до поточних справ і не намагаються їх вирішити.

Потребують психологічної допомоги для стабілізації психоемоційного стану, підвищення віри у свої сили і можливості, відновлення енергії.

Отже, оптимальні показники відсутності депресії властиві більшою мірою для осіб з НУ (на 16%), а депресія вираженого ступеню – більш властива для осіб з АУ (на 8%), і депресія важкого ступеню встановлена лише в осіб з АУ (8%). Тобто особи з АУ частіше схильні до депресії, чим особи з НУ.

За отриманими результатами дослідження встановлено доцільність надання психологічної допомоги uzалежненим особам для підтримання їх на шляху відновлення, реабілітації під час проходження 12-крової програми та подолання їх схильності до узалежнення.

Висновки до розділу 2

Узагальнюючи психосоціальні особливості узалежнених осіб, бачимо, що їм властиві переважні показники: екстраверсії (36%), що характеризується товариськістю, легкістю у спілкуванні, легковажністю у вирішенні проблем; високий рівень дружелюбності (40%); низької добросовісності (40%), тобто схильності до гедонізму; помірні прояви емоційної стабільності (44%) та майже у половини узалежнених (48%) виявлено прояви нейротизму; середній прояв відкритості до нового досвіду і вражень (у половини узалежнених осіб – 50%).

Серед особистісних характеристик осіб з АУ переважають інтроверсія (40%), дружелюбність (48%), добросовісність (40%), середня емоційна стабільність (48%) і середня та низька відкритість до нового (по 40%). А для осіб з НУ переважними є середня і висока екстраверсія (по 40%), середня і низька дружелюбність (36% і 32%), низька добродійність (48%, тобто схильність до гедонізму), нейротизм (у 60%) і середня емоційна стабільність (у 40%), середній і високий рівні відкритості до нового (60% і 40%).

У більшості узалежнених встановлено середній рівень самоповаги (52%), у третини – низька самоповага (34%), а високий, оптимальний рівень

самоповаги мають лише 14% респондентів. При цьому високу самоповагу частіше проявляють особи з НУ (на 12%), а низьку – особи з АУ (на 12%).

У 44% осіб встановлено помірний рівень тривоги, у 36% осіб виявлено високу генералізовану тривогу (межовий прояв), і ще у 20% узалежнених виявлено слабкий прояв тривоги. При цьому слабкий прояв тривоги частіше властивий для осіб з АУ (на 16%), а не оптимальні прояви (генералізована тривога і помірні показники тривоги) – частіше властиві для осіб з НУ (на 8% за кожним рівнем).

Оптимальні показники відсутньої депресії встановлено у 16% осіб. По 28% узалежнених осіб мають прояви депресії легкого ступеню і вираженого ступеню. Ще у 24% осіб виявлено депресію помірною ступеню, у 4% осіб виявлено симптоми депресії важкого ступеню. При цьому оптимальні показники відсутності депресії властиві більшою мірою для осіб з НУ (на 16%), а для осіб з АУ частіше властива депресія вираженого і важкого ступеню (на 8% за кожним рівнем).

Зважаючи на отримані результати дослідження було встановлено доцільність надання психологічної допомоги всіх узалежненим особам, при цьому плануємо розробити рекомендації та впровадити їх у процесі психологічного супроводу осіб з АУ під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

РОЗДІЛ 3

РЕКОМЕНДАЦІЇ З ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЗАЛЕЖНЕНИХ ОСІБ ПІД ЧАС РЕАЛІЗАЦІЇ 12-КРОКОВОЇ ПРОГРАМИ

3.1. Рекомендації для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації

З огляду на встановлені результати дослідження особливої актуальності пошук методів та технологій психологічного супроводу uzалежнених осіб. Маючи на меті розробку рекомендацій для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації, коротко розглянемо напрями реалізації такої роботи.

Зауважимо, що у роботі з узалежненими особами найбільше розповсюдження мають основні технології – профілактична та реабілітаційна.

Психологічний супровід узалежнених здійснюється через превенцію (запобігання) та інтервенцію (подолання, корекцію, реабілітацію). У випадку з нашими респондентами, які беруть участь у 12-кроковій програмі реабілітації, розуміємо, що психологічний супровід насамперед має бути спрямований на корекцію психосоціальних особливостей самих узалежнених осіб, що провокують формування у них симптомів узалежнення, підтримання їх намірів у подоланні свого узалежнення, та запобігання рецидивам.

Психологічний супровід з узалежненими особами може реалізуватися через «організацію комплексної превентивної та інтервентивної роботи, що передбачає опору на єдність механізмів соціалізації (традиційного, інституційного, та міжособистісного); оптимальну організацію життєдіяльності, дозвілля, здорового способу життя; організацію діяльності, що може бути альтернативною до узалежненої» [12, с. 59].

У роботі з узалежненими особами важливим є інформування про особливості психологічних механізмів прийняття рішень, практичної основи їх

реалізації та впливу залежності на цей процес. Крім того, Г. Золотова пояснює необхідність запобігання впливу психосоціальних і біологічних факторів ризику, які роблять людину вразливою до адикцій [11, с. 25].

У роботі з uzалежненими особами ефективними, на думку О. Песоцької, є різноманітні методи й засоби, зокрема, консультативні, корекційні, психотерапевтичні та психофармакологічні [29, с. 115].

Опираючись на погляди О. Бондарчук і Т. Вакуліч [3], О. Песоцької [29], та доповнивши своїми ідеями, можемо визначити такі **рекомендації для психологічного супроводу uzалежнених осіб:**

1) соціально-психологічна реабілітація (залучення uzалежненої особи у групу підтримки для відновлення її порушених чи втрачених соціальних вмінь, створення умов для її інтеграції в суспільство). Насамперед, це залучення uzалежнених осіб до 12-крокової програми реабілітації, а також пропонування їм відвідування психологічної групи підтримки (тренінгової роботи);

Сюди також відносяться заходи, що спрямовані на виявлення і виправлення умов, що призвели до uzалежнення, роботу з соціальним оточенням uzалежнених осіб, створення сприятливого клімату в сім'ї, мікросоціальному оточенні uzалежненої особи.

2) психологічне (індивідуальне чи групове) консультування (для орієнтації у проблемі особистісної схильності до uzалежнення та пошуку способів вирішення). Це можуть бути окремі консультативні зустрічі психолога та uzалежненої особи віч-на-віч або ж запрошення до групових консультацій, де uzалежені особи отримують інформацію (наприклад, для забезпечення здорового способу життя, вибору альтернативної діяльності (замість uzалежненої поведінки); вчать її застосовувати, обмінюються досвідом, як вийшло впровадити рекомендації у життя.

Зокрема, О. Песоцька вказує, що на консультативних зустрічах можна обговорювати із uzалежненою особою її психологічний стан, давати їй інформацію про причини та механізми формування психопатологічних симптомів uzалежнення, здійснювати активний корекційний вплив для

гармонізації її психічного життя, адаптації до соціального середовища, нівелювання психопатологічної і психосоматичної симптоматики, сприяти реконструкції особистості, сприяти формуванню її стресо- і неврозостійкості, розвитку толерантності до невизначеності, подоланню фрустраційних переживань.

3) кризова допомога (при перебуванні складній життєвій ситуації для відновлення психоемоційного стану надається кризова інтервенція, щоб активно підтримати узалежнену людину, повернути їй віру у себе (використовуються спеціальні вправи психологічної підтримки, подібні до впливів під час переживання гострих стресових станів, панічних атак, виведення із депресії та ін.);

4) соціально-психологічні тренінги (програма занять, що за допомогою активного групового навчання дає змогу підвищити відчуття підтримки від спільноти, забезпечити зростання ефективності соціального функціонування узалежнених осіб, повернути віру в себе, підвищити самоповагу,);

5) психотерапія (індивідуальні, сімейні зустрічі для поступового зниження психічних, невротичних симптомів, подолання психосоматичних і поведінкових розладів як в узалежненої особи, так і вирішення проблем її сімейного оточення (адже одна з причин формування узалежнення часто криється саме у сімейному оточенні) [3; 29].

Відтак, при реалізації психологічного супроводу узалежнених осіб (як в індивідуальному, так і в груповому форматі) рекомендуємо дотримуватися таких напрямів діяльності, використання відповідних методів і технік, вправ для:

- створення основи для успішної самореалізації узалежненої особи у суспільстві (використання вправ для підвищення її знань про себе, аналізу власних здібностей, можливостей, ресурсів, сил, талантів, визначення сфер, де вона може реалізувати свій творчий і професійний потенціал).

- розхитування і корекцію неадекватних установок, уявлень, мотивів, стереотипів поведінки, заміну їх на нові, альтернативні, позитивні

(використання вправ для трансформації негативних установок щодо світу, себе, власної ролі у світі, можливості долати проблеми і власну спроможність, заміна їх на позитивні, техніки для підтримання оптимізму, заміни негативних думок і переживань на більш оптимістичні ставлення до себе і світу, вправи-проектнісамоаналізи, для довіри до себе, до інших людей тощо);

- формування навичок соціальної активності, розвиток комунікативних вмінь, підтримання інтересу до спілкування з оточуючими (залучення узалежнених осіб до групових тренінгів (а ще краще – програми тренінгових занять, що завдяки пролонгованій участі допомагає учасникам розкритися, оговорити свої проблем, знайти однодумців, отримати змогу вільно висловитися, отримати необхідну підтримку не лише від спеціалістів, а й від інших учасників групи);

- формування самоповаги, впевненості в собі, самоінтересу та готовності пізнавати свої сильні сторони (передбачає використання вправ-самоаналізів, пошуку сильних сторін, складання списків досягнень, попередніх перемог, застосування афірмацій, вправ-медитацій та мотиваційних технік для самостимулювання до успіхів);

- розвиток навичок саморегуляції емоцій і поведінки, адекватного прояву активності при вирішенні проблем, подоланні стресів та конфліктів (використання вправ для повернення контролю узалежненим особам над власним тілом (тілесна м'язова релаксація, регуляція, вправи для розпізнавання та урегулювання власних емоцій і поведінки у стресових, конфліктних ситуаціях, вирішення проблемних (змодельованих ситуацій));;

- стимулювання до розвитку інтересу до життя, пізнання його багатогранності та можливостей, активізації творчих здібностей (можливе завдяки інформуванню про різні види цікавих діяльностей, запрошенню на театральні виставки, відкриття виставок, різні культурні заходи у місті, на прогулянки природою, запрошення до пошуку творчих видів діяльності (наприклад, фото-хобі, чи аграрні захоплення);

-оптимізація позитивного досвіду, створення і закріплення зразків позитивної поведінки (проведення вправ із складання автобіографії, переосмислення колишніх успіхів чи невдач, виконання вправ із прощення собі, батькам в минулому, подоланню гніву, провини як деструктивних емоцій, пов'язаних із минулим, пошук ресурсів, які можна використати як опору для майбутніх успіхів та ін.).

Для психологічної роботи з uzалежненими особами, що практично втілює вказані рекомендації, нами було розроблено спеціальні психологічні заходи. Програму заходів для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації подаємо у додатку Д, нижче представлено скорочений перелік завдань та вправ.

Програма заходів для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації має на меті: запобігання рецидивам вживання алкоголю та психотропних речовин в uzалежнених осіб; корекцію їх негативних установок на життя та власну можливість долати проблеми; сприяння мотивації досягнення успіхів у забезпеченні та підтриманні здорового життя.

Завдання програми заходів: дати інформацію про алкоголь та його вплив на організм, запобігати рецидивам проявів алкоголізму; розглянути міфи про алкоголь, корегувати установки про його відносну не шкідливість; вчити саморегуляції емоцій і поведінки; повертати контроль над тілом та життям до сучасників; розвивати впевненість в собі, підвищувати віру в себе; долати симптоми песимістичного ставлення до життя; розвивати навички свідомої і впевненої відмови, відстоювання своїх інтересів і прав у компанії; сприяти формуванню установки на досягнення успіхів у забезпеченні здорового способу життя.

Структура: 4 заняття по 1,5 год кожне. При складанні занять використано напрацювання С. Воробель [4], Т. Дворак [8], Ф. Калінчук [13] та ін.

Короткий зміст програми:

Заняття 1

Вправи «Привітання», «Знайомство». Прийняття правил групи.

Бесіда про алкоголь. Міні-інформування «Алкоголізм та його наслідки для людини»

Практикум «Наслідки»

Міні-інформування «Що таке залежність»

Вправа «Кейс-методи» (вирішення ситуаційних задач)

Практикум «Формула здоров'я»

Вправа «Народ каже». Прикінцева вправа «Побажання».

Рефлексія, підсумки заходу.

Заняття 2

Вправи «Привітання», «Самопрезентація», «Мої плюси та мінуси», «Мені в собі не подобається».

Практикум-рольова гра «Відмова».

Вправи «Будь впевненим у собі», «Дерево мого життя», «Побажання»

Рефлексія, підсумки заходу.

Заняття 3

Вправи «Привітання», «Мої ресурси», «Я-хороший».

Вправа «Асоціації». Мозковий штурм «Користь і шкода алкоголю»

Практикуми «Алкоголізм – загроза здоров'ю», «Розв'язання проблем»

Рефлексія, підсумки заходу.

Заняття 4

Вправи «Привітання», «Емоція по колу».

Вправа «Намалюй алкоголіка». Міні-інформування «Міфи і факти про алкоголь». Дискусія «Вплив алкоголю на суспільство»

Вправа-гра «Правильно!- Неправильно!»

Практикум «Прогноз долі»

Вправа «Лист до себе»

Рефлексія, підсумки заходу.

Тобто комплексна превентивна та інтервентивна робота з uzалежненими особами має включати: забезпечення впливу сім'ї та інституційних механізмів

соціалізації; організацію оптимальної життєдіяльності та праці, дозвілля, відпочинку цих осіб; допомогу у побудові діяльності, що може бути альтернативною до uzалежнення (спорт, творчі захоплення, хобі); залучення осіб до здорового способу життя тощо.

Для роботи із uzалежненими особами запропоновано рекомендації та заходи для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

3.2. Аналіз результатів

Шляхом повторного опитування uzалежнених осіб та аналізу змін в їхніх психосоціальних характеристиках перевірено ефективність реалізації рекомендацій для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

Представимо отримані результати та порівняємо дані «до» та «після» впровадження запропонованих рекомендацій і заходів для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

Вивчаючи особистісні характеристики uzалежнених осіб за опитувальником TIPI (TIPI-UKR), отримали такі дані (табл. 3.1.).

В КГ змін не виявлено – так само більшість мають прояви екстраверсії (40%), середнього прояву дружелюбності (36%), схильності до гедонізму (48%), нейротизму (60%) і середнього прояву емоційної стабільності (40%), у 40% встановлено відкритість до нового, а в 60% – середній її рівень.

В ЕГ на 12% зросла частка осіб із середнім рівнем прояву екстраверсії, на стільки ж стало менше осіб з проявами інтроверсії. На 12% зросла кількість осіб з високим рівнем дружелюбності, зникли опитувані, які демонстрували ворожість у ставленні до інших. Також в ЕГ на 12% стало більше осіб з високим рівнем добросовісності, і на стільки ж стало менше із середнім рівнем, а за проявами гедонізму – так само 8% мають виразну схильність до нього.

Ще в ЕГ на 12% стало більше осіб з проявами емоційної стабільності, на 16% зменшилася частка опитуваних, які мали виразний нейротизм. На 4% стало більше осіб з відкритістю до нового досвіду, на 12% із середніми проявами за цією шкалою. І загалом на 16% зменшилася їх частка із низьким рівнем, що вказував на стереотипність суджень, консерватизм у цінностях і нездатність змінюватися, відсутність адаптивності і гнучкості у вирішенні проблем.

Таблиця 3.1.

Прояви особистісних характеристик в uzалежнених осіб

Шкали / рівні		ЕГ, з алкогольним узалежненням (25 осіб)				ЕГ, з наркотичним узалежненням (25 осіб)			
		До		Після		До		Після	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Екстраверсія-інтроверсія	В	8	32%	8	32%	10	40%	10	40%
	С	7	28%	10	40%	10	40%	10	40%
	Н	10	40%	7	28%	5	20%	5	20%
Дружелюбність-ворожість	В	12	48%	15	60%	8	32%	8	32%
	С	10	40%	10	40%	9	36%	9	36%
	Н	3	12%	-	-	8	32%	8	32%
Добросовісність-схильність до гедонізму	В	10	40%	13	52%	3	12%	3	12%
	С	7	28%	10	40%	10	40%	10	40%
	Н	8	32%	2	8%	12	48%	12	48%
Емоційна стабільність-нейротизм	В	4	16%	7	28%	-	-	-	-
	С	12	48%	13	52%	10	40%	10	40%
	Н	9	36%	5	20%	15	60%	15	60%
Відкритість новому досвіду-закритість (консервативність)	В	5	20%	6	24%	10	40%	10	40%
	С	10	40%	13	52%	15	60%	15	60%
	Н	10	40%	6	24%	-	-	-	-

Тобто завдяки участі у психологічній програмі супроводу за наданими рекомендаціями щодо роботи з uzалежненими особами в процесі підтримки їх участі в 12-кроковій програмі у респондентів з АУ стали проявлятися більш оптимальні особистісні якості – середні прояви екстраверсії (на 12%), відкритості до нового досвіду (на 12%), висока дружелюбність, добросовісність та емоційна стійкість (на 12%). Стало менше осіб, які мали не оптимальні прояви особистісних якостей (на 12-16%).

Повторно провівши опитування uzалежнених осіб за «Шкалою для вимірювання рівня самоповаги» (за М. Розенбергом), отримано такі дані (табл. 3.2.). В КГ на 4% стало більше осіб із середнім рівнем самоповаги, на 4%

стало менше осіб із низькими рівнем. Прояви оптимального високого рівня встановлено незмінно у 20% осіб ЕГ, які мають віру в себе, визнають свої сильні сторони, вміють вирішувати поточні проблеми і завдання.

Таблиця 3.2.

Рівні самоповаги в uzалежнених осіб

Рівні самоповаги	ЕГ, з алкогольним uzалежненням (25 осіб)				ЕГ, з наркотичним uzалежненням (25 осіб)			
	До		Після		До		Після	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Дуже високий	-	-	-	-	-	-	-	-
Високий	2	8%	8	32%	5	20%	5	20%
Середній	13	52%	16	64%	13	52%	14	56%
Низький	10	40%	1	4%	7	28%	6	24%

В ЕГ на 24% стало більше осіб з оптимальним високим рівнем самоповаги, на 12% зросла частка осіб, які мають середні прояви самоповаги, ні на 36% знизилася частка опитуваних з низькою самоповагою. Тобто завдяки наданій психологічній допомозі в групі з АУ на третину стало менше осіб, які мали низьку самоповагу (на 36%), і на 24% підвищилася частка опитуваних із оптимальним високим рівнем самоповаги.

Використовуючи «GAD-7 – Опитувальник з генералізованої тривоги» в опитуванні uzалежнених осіб, встановлено такі дані (табл. 3.3.).

Таблиця 3.3.

Рівні тривоги в uzалежнених осіб

Рівні тривоги	ЕГ, з алкогольним uzалежненням (25 осіб)				ЕГ, з наркотичним uzалежненням (25 осіб)			
	До		Після		До		Після	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Мінімальний прояв	-	-	2	8%	-	-	-	-
Слабкий прояв тривоги	7	28%	11	44%	3	12%	3	12%
Помірний рівень тривоги	10	40%	10	40%	12	48%	12	48%
Висока, генералізована тривога (межовий прояв)	8	32%	2	8%	10	40%	10	40%

В КГ змін у проявах тривоги не виявлено – так само 48% осіб з НУ мають помірний прояв тривоги. Для 40% цих опитуваних характерна висока,

генералізована тривога. І лише 12% узалежнених з цієї групи мають оптимальний слабкий прояв тривоги.

В ЕГ на 8% стало більше осіб, які мають мінімальний рівень тривоги, відрізняються спокоєм, витримкою, емоційною стійкістю. На 16% зросла частка із оптимальним проявом слабого рівня тривоги. Також стало менше осіб, які мали високу, генералізовану тривогу (на 24%). Кількість опитаних з помірним рівнем тривоги в групі осіб з АУ залишилася такою ж – у 40% виявлено саме таку, помірну тривогу. Це підтверджує загальні висновки про переважні відчуття тривоги в більшості українців у поточному періоді життя в умовах війни.

За «Опитувальником з депресії PHQ-9» встановлено такі дані повторного опитування узалежнених осіб (табл. 3.4.).

Таблиця 3.4.

Прояви депресії в узалежнених осіб

Рівні депресії	ЕГ, з алкогольним узалежненням (25 осіб)				ЕГ, з наркотичним узалежненням (25 осіб)			
	До		Після		До		Після	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Відсутня депресія	2	8%	4	16%	6	24%	8	32%
Депресія легкого ступеню	5	20%	8	32%	9	36%	9	36%
Депресія помірного ступеню	8	32%	7	28%	4	16%	3	12%
Вираженого ступеню депресія	8	32%	6	24%	6	24%	5	20%
Депресія важкого ступеню	2	8%	-	-	-	-	-	-

В КГ на 8% стало більше осіб з відсутніми симптомами депресії, і зменшилася прояви депресії вираженого та помірного ступенів (на 4% за кожним рівнем). Водночас більшості опитаних властивий той самий прояв депресії легкого ступеня (36%).

В ЕГ на 8% стало більше осіб з відсутніми проявами депресії, на 12% підвищилася частка осіб з проявами депресії легкого ступеня. На 4% зменшилася частка осіб з депресією помірного ступеня і на 8% із депресією

вираженого ступеня.. Також після психологічної роботи в ЕГ зникли опитувані, які мали депресію важкого ступеня (на 8% зменшилася частка осіб з її симптомами).

Відтак, завдяки участі в психологічній роботі в осіб з АУ значно знизилися прояви депресії (на 8% із важким ступенем, на 8% із вираженим ступенем, на 4% із помірним ступенем). І стало більше осіб із відсутніми симптомами (на 8%) та із легкими її проявами (на 12%).

Передбачаємо, що при продовженні наданні психологічного супроводу uzалеzhnених осіб в процесі їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації можна досягати більш виразних успіхів у стабілізації особистісного розвитку, покращенні психоемоційного стану, підвищенні їх віри у себе та здатності справлятися із поточними проблемами, оптимістично дивитися у майбутнє.

Висновки до розділу 3

Запропонованорекомендації і заходи для психологічного супроводу uzалеzhnених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

При реалізації психологічного супроводу uzалеzhnених осіб рекомендуємо дотримуватися таких напрямів діяльності: 1) створення основи для успішної самореалізації uzалеzhненої особи у суспільстві; 2) корекція неадекватних установок, уявлень, стереотипів поведінки, заміна їх на нові, альтернативні, позитивні; 3) формування навичок соціальної активності, розвиток комунікативних вмінь, підтримання інтересу до спілкування з оточуючими; 4) формування самоповаги, впевненості в собі, самоінтересу та готовності пізнавати свої сильні сторони; 5) розвиток навичок саморегуляції емоцій і поведінки, адекватного прояву активності при вирішенні проблем, подоланні стресів; 6) стимулювання до розвитку інтересу до життя, пізнання його багатогранності та можливостей, активізації творчих здібностей; 7) оптимізація позитивного досвіду, створення і закріплення зразків позитивної поведінки.

Також для психологічної роботи з uzалежненими особами, що практично втілює вказані рекомендації, нами було розроблено програму заходів для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації, що має на **меті**: запобігання рецидивам вживання алкоголю та психотропних речовин в uzалежнених осіб; корекцію їх негативних установок на життя та власну можливість долати проблеми; сприяння мотивації досягнення успіхів у забезпеченні та підтриманні здорового життя. структурно програма включала 4 заняття і була проведена з особами з алкогольним uzалежненням.

При перевірці ефективності пропонованих рекомендацій з організації психологічної роботи з uzалежненими особами встановлено, що в КГ (особи з наркотичним uzалежненням) зміни не значні, а в ЕГ (особи з алкогольним uzалежненням) встановлено позитивні зміни. Зокрема, почастишали прояви оптимальних особистісних якостей – середні прояви екстраверсії (на 12%), відкритості до нового досвіду (на 12%), висока дружелюбність, добросовісність та емоційна стійкість (на 12%). Стало менше осіб, які мали не оптимальні прояви особистісних якостей (на 12-16%). Також в ЕГ на третину стало менше осіб з низькою самоповагою (на 36%), і на 24% стало більше осіб з оптимальною високою самоповагою.

В ЕГ знизилася прояви високої генералізованої тривоги (на 24%). На 16% зросла частка із оптимальним проявом слабкого рівня тривоги, і на 8% стало більше осіб, які мають мінімальний рівень тривоги. Також в ЕГ стало менше осіб із симптомами депресії (на 8% із важким ступенем, на 8% із вираженим ступенем, на 4% із помірним ступенем). Підвищилася частка осіб із відсутніми симптомами (на 8%) та із легкими її проявами (на 12%).

Відповідно до отриманих даних підтверджуємо ефективність апробації рекомендацій для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації. Запропоновані рекомендації і заходи для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації можуть бути використані психологами і соціальними

працівниками, які надають психосоціальну допомогу uzалежненим особам в процесі їх реабілітації.

ВИСНОВКИ

1. Розкрито сутність та етапи формування uzалежнення у психологічній літературі, розглянуто психологічні характеристики uzалежнених осіб. Uzалежнення є формою девіантної поведінки, яка характеризується нестримним потягом до задоволення через певні дії або об'єкти. Така поведінка може мати різні форми: хімічну – вживання наркотиків, алкоголю; нехімічну – інтернет-залежність, ігроманія, шопоголізм та ін.

У психології виділяється декілька етапів формування uzалежнення: початковий (нульовий) етап; етап постійної потреби; Критичний етап (асоціальність і деградація).

Uzалежнені особи мають типові риси, які впливають на їхню поведінку та емоційний стан: інфантильність чи психічний інфантилізм; навіюваність; зниження критичного мислення; відсутність ухвалення самостійних рішень; ригідність, негнучкість психічної діяльності; компульсивна поведінка; ознаки повного максималізму, нетерплячість; емоційна лабільність; низька самооцінка; схильність до ізоляції; імпульсивність; дефіцит самоконтролю та ін.

2. Проаналізовано психологічні та соціальні аспекти реалізації програми реабілітації uzалежнених осіб «12-кроків». Програма «12 кроків» використовується для ефективного лікування алкогольної і наркотичної залежності. Основним завданням програми «12 кроків» є забезпечення розуміння залежною особою всієї небезпеки залежності, формування високої мотивації для подальшого лікування залежної поведінки.

Основними кроками програми є: 1) прийняття; 2) довіра; 3) звільнення; 4) розуміння; 5) підтвердження; 6) свобода; 7) зростання; 8) рефлексія; 9) прощення; 10) безперервність; 11) підключення; 12) допомога іншим. На кожному кроці передбачається виконання uzалежненими особами певних завдань, при цьому найголовнішим принципом успішності цієї програми є те, що відповідальною за одужання є сама uzалежнена особа. А тому великої уваги варто надавати психологічній підтримці та допомозі uzалежненим особам, які

беруть участь у цій 12-кроковій програмі реабілітації, підтримувати їх у самостійних рішеннях, мотивувати досягати цілей у подоланні uzалежнення.

Програма «12 кроків» спрямована на лікування алкогольної і наркотичної залежності, адаптована для різних видів залежностей, зокрема, ігрової та інших залежностей, що робить її досить універсальною.

3. Емпірично досліджено психосоціальні характеристики uzалежнених осіб, проаналізувати отримані результати дослідження. Встановлено, що більшість uzалежнених осіб мають перевагу екстраверсії (36%), схильні до дружелюбності (40%), однак мають низьку добросовісність (40%), тобто схильність до гедонізму; виразні прояви нейротизму (48%); середні показники відкритості до нового досвіду (50%). Більшості uzалежнених характерна середня самоповага (52%), у третини встановлена низька самоповага (34%). Висока оптимальна самоповага встановлена у 14% осіб.

Для 44% осіб властива помірна тривога, у 36% встановлено високу генералізовану тривогу (межовий прояв), і 20% uzалежнених мають слабку тривогу. Відсутня депресія лише у 16% uzалежнених осіб, по 28% uzалежнених мають депресію легкого і вираженого ступеню, у 24% осіб встановлено помірну, а для 4% осіб характерна депресія важкого ступеню. За цими даними встановлено, що багатьом uzалежнених властиві не оптимальні психосоціальні характеристики, а тому варто провести з ними заходи психологічного супроводу, що забезпечать їм підтримку в процесі участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

4. Напрацьовано рекомендації для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

При реалізації психологічного супроводу uzалежнених осіб рекомендуємо дотримуватися таких напрямів діяльності: створення основи для успішної самореалізації uzалежненої особи у суспільстві; корекція неадекватних установок, уявлень, стереотипів поведінки, заміна їх на альтернативні, позитивні; формування навичок соціальної активності, розвиток комунікативних вмінь, підтримка інтересу до спілкування з іншими;

формування самоповаги, впевненості в собі, самоінтересу та готовності пізнавати свої сильні сторони; розвиток навичок саморегуляції емоцій і поведінки, активності при вирішенні проблем, подоланні стресів; стимулювання до пізнання багатогранності та можливостей життя, активізації творчих здібностей; оптимізація позитивного досвіду, створення і закріплення зразків позитивної поведінки.

Також запропоновано заходи для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації. Програма заходів для психологічного супроводу включає 4 заняття і має на меті: запобігання рецидивам вживання алкоголю та психотропних речовин в uzалежнених осіб; корекцію їх негативних установок на життя та власну можливість долати проблеми; сприяння мотивації досягнення успіхів у забезпеченні та підтриманні здорового життя.

Після перевірки ефективності проведеної роботи встановлено, що в ЕГ зросли прояви оптимальних особистісних характеристик – середні показники екстраверсії (на 12%), відкритість до нового досвіду (на 12%), висока дружелюбність, добросовісність та емоційна стійкість (на 12%). Також в ЕГ на 24% стало більше осіб з оптимальною високою самоповагою.

Ще в ЕГ знизилася прояви генералізованої тривоги, і стало більше осіб, які мають слабкий та мінімальний рівні тривоги (на 16% і на 8%). Також стало менше осіб із симптомами депресії (на 8% із важким ступенем, на 8% із вираженим ступенем, на 4% із помірним ступенем). Підвищилася частка осіб із відсутніми симптомами (на 8%) та із легкими її проявами (на 12%). Це дало змогу підтвердити ефективність проведеного психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації.

Запропоновані рекомендації і заходи для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації можуть бути використані психологами і соціальними працівниками, які надають психосоціальну допомогу uzалежненим особам в процесі їх реабілітації.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Асєєва Ю. О. Кібер-комунікативна залежність від соціальної мережі. Instagram як проблема сучасної молоді. *Габітус*. 2020. Вип. 14. С. 152-157.
2. Безсмертний Ю.М. Одужання від алкогольного uzалежнення в розрізі чотирьох вимірів буття. *Друга Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології: матеріали науково-практичної конференції, 14-15 вересня 2024 року: Зб. матеріалів* / За ред. С.Д. Максименка. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. С. 5-16.
3. Бондарчук О. І., Вакуліч Т. М. Психологія девіантної поведінки. К. : Науковий світ, 2010. 230 с.
4. Воробель С. Інтерактивні форми профілактики шкідливих звичок. Соціально-психологічний тренінг у бібліотеці: Інформаційно-методичний дайджест. Тернопіль, 2017. 80 с.
5. Гаврилюк А.О. Стратегія психічного здоров'я як ключовий постулат реабілітації. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності: Збірник наукових праць* / за заг. ред. О. А. Панченка. 2021. Київ. КВІЦ. С. 66-69.
6. Галич Я. В. Особливості реабілітації осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Юридична психологія*. 2022. № 1 (30). С. 64-73.
7. Дарвішов Н. Психологічні диспозиції, що регулюють процес прийняття рішення в осіб із залежністю від психоактивних речовин. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія «Психологія»*. 2019. Вип. 1 (10). С. 36-39.
8. Дворак Т. Тренінг «Профілактика вживання алкоголю в учнівському середовищі». URL:<https://naurok.com.ua/trening-profilaktika-vzhivannya-alkogolyu-v-uchnivskomu-seredovischi-397984.html>.
9. Железнякова Ю. В. Основні характеристики адиктивної поведінки. *Теорія і практика сучасної психології*. 2016. № 2. С. 4–8.

10. Заверуха О. Я. Психологічні особливості корекційної роботи поведінки підлітків-адиктів з сімей трудових мігрантів. *Вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна*. Львів : ЛьвДУВС, 2018. Вип. 2. С. 48–56.
11. Золотова Г. Д. Технологія профілактики адиктивної поведінки дітей як складова здорового способу життя. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2014. Вип. 5. (ч. 2). С. 24-31.
12. Ільницька Л. А. Шляхи здійснення психологічного супроводу осіб, залежних від Інтернету, в юнацькому віці. *Наука і освіта*. 2011. № 11. С. 57–61.
13. Калінчук Ф. М. Особливості формування тверезого способу життя у студентської молоді. *Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до педагогічної дії* : зб. матеріалів конференції. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2011. С. 199–202.
14. Капталан Н. М. Залежна поведінка особистості як проблема сучасної психології. *Психологія та соціальна робота*. 2020. Вип. 1 (51). С. 102-112.
15. Кліманська М., Галецька І. Українська адаптація короткого п'ятифакторного опитувальника особистості TIPI (TIPI-UKR). *Психологічний часопис : науковий журнал*. 2021. № 3. Вип. 7. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, С. 57–74.
16. Ковалевич К. О., Якимчук О. І. Психологічні особливості реабілітації осіб, залежних від психоактивних речовин. *«Освіта і наука – 2021»*. К.: НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2021. № 1. URL: <https://e-journals.udu.edu.ua/index.php/on/article/view/777>.
17. Коваленко О.І., Самара О.Є. Емоційна залежність особистості як проблема сучасної психології. *Габітус*. 2022. Вип 42. С. 178-181.
18. Корнієнко В. В. Залежна поведінка як один з проявів психічної дезадаптації у юнацькому віці. В. В. Корнієнко, М. Ю. Косенко. *Молодий вчений*. 2021. № 2(1). С. 52-57.

19. Кузьменко В. В., Диса О. В., Шинкаренко І. О. Психологія девіантної поведінки: навч. посібник. Дніпро: Видавець Біла К. О., 2019. 68 с
20. Левченко Н. Адиктивна поведінка: теоретичний аспект. Н. Левченко, Н. Коляда, О. Кравченко. *Ввічливість*. 2023. Вип. 2. С. 88-92.
21. Максименко С.Д., Соловієнко В.О. Загальна психологія: Навч. посібник. Київ : МАУП, 2000. 256 с
22. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. Навчальний посібник. К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2002. 308 с.
23. Максимова Н.Ю., Щербина-Прилука В.М. Методи визначення особистісної схильності до адиктивної поведінки. *Друга Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології: матеріали науково-практичної конференції, 14-15 вересня 2024 року: Зб. матеріалів / За ред. С.Д. Максименка*. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. С. 62-69.
24. Мостова Т. Д. Психологія адиктивної поведінки : методичний посібник для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти за спеціальністю 053 «Психологія». Одеса : Астропринт, 2022. 67 с.
25. Мудрик А. Б. Психологія залежної поведінки : навчальний посібник. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2022. 236 с.
26. Опитувальник з депресії PHQ-9.URL: <https://cbt-therapist.net/PHQ-9>.
27. Оржеховська В. М., Федорченко Т. Є. Профілактика девіантної поведінки неповнолітніх: навч. посіб. Черкаси: Чабаненко Ю., 2008. 375 с.
28. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Т 2. / Кол. авт.: Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей, Л. Гридковець; за заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.
29. Песоцька О.П. Подолання адиктивних залежностей особистості. *Педагогічні науки: Вісник ЛНУ ім. Т. Шевченка*. 2012. № 1 (236). С. 112-121.
30. Побудова системи реабілітації осіб, залежних від психотропних речовин, на основі християнської психології. Монографія / Жуковський В.М.,

Климишин О. І., Вознюк О. В., Юрченко В.М.; за ред. В. М. Жуковського, О. І. Климишин. Острог: Видавництво Національного університету «Острозька академія». 2014. 244 с.

31. Пономарьов А.О. Особливості роботи з адиктами в умовах війни. *Друга Всеукраїнська науково-практична конференція з адиктології: матеріали науково-практичної конференції, 14-15 вересня 2024 року: Зб. матеріалів / За ред. С.Д. Максименка. Київ: Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2024. С. 95-103.*

32. Пугач Є.О., Нугманова Л.І. Сучасні аспекти реабілітаційної допомоги. *Медико-психологічні аспекти реабілітації й абілітації в епоху турбулентності. Збірник наукових праць за загальною редакцією Заслуженого лікаря України, професора О.А. Панченка. 2021. Київ. КВІЦ. С. 259-262.*

33. Ратинська О.М. Соціальна профілактика адиктивної поведінки підлітків. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Педагогіка. Соціальна робота». 2016. № 1(38). С. 233–237.*

34. Савельєва Н. М. Соціальна профілактика девіантної поведінки: курс лекцій з презентацією навч. посіб. [для студ. і магістр. спец. «Соц. робота» і «Соц. педагогіка»]. Полтава: ПНПУ, 2016. 110 с.

35. Самара О. Є. Адиктивна поведінка в умовах широкої доступності так званих «легальних наркотиків». *Вісник Одеського національного університету. Серія: Психологія. 2015. Т. 20, Вип. 2(2). С. 161-170.*

36. Свідовська В. Адиктивна поведінка підлітків як проблема наукового дослідження. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2020. Випуск 6. С. 108–114.*

37. Сізов Д. Ю., Саврасов М. В. Адикція як форма прояву поведінки сучасної молоді. *Габітус. 2023. Вип. 45. 2023. С. 166-171.*

38. Сінельніченко Н.С., Проскурня А.С. Психологічні особливості співзалежної поведінки близьких осіб, які залежні від психоактивних речовин. *Габітус. 2022. Вип. 42. С. 211-217.*

39. Слободяник В. І. Психологічні фактори виникнення адиктивної поведінки. *Матеріали VIII Всеукраїнської наукової конференції «Гуманітарні аспекти формування особистості»*. Львів, 2014. С. 300-308.
40. Христук О. Л. Психологія девіантної поведінки: навчально-методичний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2014. 192 с.
41. Чулков О. М. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування : навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології» для студентів I та II медичного факультетів, спеціальність «Лікувальна справа», «Педіатрія / О. М. Чулков, А. З. Григорян, К. А. Сінча. Запоріжжя : ЗДМУ, 2017. 131 с.
42. Шевченко М. Особистісне зростання за допомогою програми «12 кроків». URL: <https://pravoslavniy-centr.com.ua/osobistisne-zrostannya-zadomogoyu-programi-12-kroktiv/>.
43. Шинкаренко І., Міна Р., Лукомська А. Адиктивна (залежна) поведінка як форма девіантної поведінки. *Науковий вісник Дніпропетровського державного університету внутрішніх справ*. 2021. № 2. С. 560-566.
44. Шкала для вимірювання рівня самоповаги (за М. Розенбергом) / Гошовський Я. О. Психодіагностичний інструментарій для вивчення особливостей підлітків в умовах інтернатного закладу. Ревіталізація дітей з особливими потребами : монографія / За заг. ред. проф. Я. О. Гошовського. Луцьк : ПП Іванюк В.П., 2013. С. 201.
45. AlcoholicsAnonymous. Works Publishing 1st Ed 12th Printing October 1948.
46. Lewis M. TheBiologyofDesire. PublicAffairs. 2016. 256 p.
47. Marlatt G. A., Baer J. S., Donovan D. M., Kivlahan D. R. AddictiveBehaviors: EtiologyandTreatment. *AnnualReviewofPsychology*. 1988. Vol. 39. P. 223–252.
48. Miller W., HeatherN. TreatingAddictiveBehaviors: ProcessesofChange. Springer. 1986. 464 p.

49. Modelsofresidentialrehabilitationfordrugandalcoholmisusers. NationalTreatmentAgencyforSubstanceMisuse. 2006.
50. Myers D. Psychology. WorthPublishers. 8th Edition. 2006. 928 p.
51. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B. A briefmeasureforassessinggeneralizedanxietydisorder: the GAD-7. *ArchInternMed*. 2006 May 22;166(10):1092-7.
52. Офіційний сайт BOO3.URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822>

ДОДАТКИ

Додаток А

Короткий п'ятифакторний опитувальник особистості TIPI (TIPI-UKR) в адаптації М. Кліманської, І. Галецької

Методика TIPI є однією із багатьох, які мають на меті виявити і виміряти глибинні психологічні риси особистості. П'ять фундаментальних вимірів для опису і оцінки особистості: екстраверсія, дружелюбність, добросовісність, емоційна стабільність та відкритість новому досвіду розуміються як універсальні, надкультуральні та наддемографічні, найбільш загальні характеристики, що дозволяють отримати повні та всебічні характеристики особистості.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. _____

Дата обстеження _____ Рік народження _____ Стать _____

Інструкція: «Нижче наведено перелік якостей, які можуть бути, або можуть не бути характерними особисто для Вас. Поставте, будь ласка, навпроти кожного твердження позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку, визначившись, наскільки Ви погоджуєтесь із кожним із них. Оцініть, в якій мірі запропонована пара характеристик стосується Вас особисто, навіть якщо одна з них підходить Вам більше, аніж друга».

Бачу себе як людину, яка є

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

Ключ:

Екстраверсія: 1, 6*

Дружелюбність: 2*, 7

Добросовісність: 3, 8*

Емоційна стабільність: 4*, 9

Відкритість новому досвіду: 5, 10*

(пункти, позначені *, рахують з інверсією)

Обробка та інтерпретація результатів

Заповнення опитувальника потребує близько хвилини часу.

Кожен із пунктів оцінюється за 7-бальною шкалою від 1 (абсолютно не згоден) до 7 (абсолютно згоден). Пункти, позначені *, рахують з інверсією.

Екстраверсія (vs інтроверсія) визначає схильність до соціальної взаємодії, енергійність, активність, а також переживання позитивних емоцій. Високий рівень екстраверсії свідчить про активність, оптимізм, товариськість і балакучість, схильність до гри, пошук активності, низький – про сором'язливість, песимістичність, надання переваги бути самотнім, уникнення соціальних активностей.

Дружелюбність стосується вираженості у людини чутливості та зацікавленості щодо інших, альтруїстичних, дружніх та емпатійних якостей на противагу відсутності довіри та прагнення

співпраці, нездатності до співчуття і схильності до конкурентного ставлення. Високий рівень дружелюбності свідчить про готовність до співчуття, лагідність, скромність та прихильність до інших і готовність допомогти, низький – про егоцентризм, конкурентність, сухість та жорсткість у стосунках з іншими людьми.

Добросовісність стосується мотивації та наполегливості у ставленні людини до цілей та дій. Високий рівень свідчить про відповідальність, розсудливість та надійність, водночас трудоголізм, схильність підтримувати порядок і перфекціонізм. Низький рівень добросовісності трактується як

недостатню конкретизацію життєвих цілей та мотивацію досягнень, водночас схильність до гедонізму, імпульсивності у прийнятті рішень, а також спонтанності у діях.

Емоційна стабільність (vs нейротизм) стосується здатності до емоційної адаптації, долаття стресу, врівноваженості та саморегуляції у разі переживання негативних емоцій, зокрема страху, гніву, провини, незадоволення, розгубленості тощо. Високий рівень емоційної стабільності свідчить про здатність контролювати і долати стрес, не відчуваючи напруги, дратівливості чи страху, низький – про високий нейротизм, меншу здатність емоційної саморегуляції, схильність до занепокоєння, сором'язливості та розгубленості у присутності інших, переживання страху і напруги.

Відкритість новому досвіду стосується пізнавальної цікавості та толерантності до нового, схильності до пошуку, водночас позитивної оцінки нового життєвого досвіду. Висока відкритість досвіду свідчить про наявність жвавого інтересу до усього, креативність, розвиненість уяви, нетрадиційність, водночас незалежність суджень. Низька відкритість до досвіду означає консервативність, надання переваги традиційним цінностям, прагматичність інтересів та недовіру до нового.

Шкала для вимірювання рівня самоповаги (за М. Розенбергом)

Мета: виявити глобальне ставлення особистості до себе.

Хід проведення. Досліджувані мають уважно прочитати опитувальник, що складається з десяти суджень. На кожне з них пропонується чотири градації відповідей, поданих у таблиці.

	Судження (в балах)	
	Прямі	Зворотні
Повністю згоден	4	1
Згоден	3	2
Не згоден	2	3
Зовсім не згоден	1	4

Судження

1. Я відчуваю, що я гідна людина - принаймні не меншою мірою, ніж інші.
2. Я схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, що я маю й хороші якості.
4. Я здатний робити дещо не гірше, ніж інші.
5. Гадаю, мені немає чим особливо пишатися.
6. Я добре ставлюсь до себе.
7. Загалом, я задоволений собою.
8. Мені б хотілося більше поважати себе.
9. Я іноді ясно відчуваю свою непотрібність.
10. Часом думаю, що я в усьому поганий.

Обробка даних.

Код опитувальника: прямі запитання - 1, 3, 4, 6, 8;

зворотні запитання - 2, 5, 7, 9, 10.

Максимально можлива сума - 40 балів, мінімальна - 10 балів.

Глобальне ставлення особистості до себе виявляється у тривожності, депресивності, психосоматичних захворюваннях (чим воно нижче, тим більше останнє), а також в активності під час спілкування, прагненні до лідерства, почутті міжособистісної безпеки (чим вищий показник глобального самоставлення, тим сильніші інші почуття).

Рівні	Бали
Дуже високий рівень самоповаги	30-40
Високий рівень	20-29
Середній рівень	11-19
Низький рівень	0-10

GAD-7 – Опитувальник з генералізованої тривоги

Інструкція: оцініть рівень симптомів тривоги протягом останніх двох тижнів. При цьому використовуються такі оцінки як «жодного разу», «декілька днів», «більше половини днів», «майже щоденно».

Текст опитувальника

	Ніколи (0 балів)	Декілька днів (1 бал)	Більшу половину часу (2 бали)	Майже щодня (3 бали)
1. Ви нервували, відчували тривогу або були дуже напружені				
2. Ви не могли зупинити або контролювати своє хвилювання				
3. Ви занадто хвилювались через різні речі				
4. Вам було важко розслабитись				
5. Ви були настільки неспокійні, що Вам було важко всидіти на одному місці				
6. Вам було легко дошкулити або роздратувати				
7. Ви відчували страх, неначе щось жахливе може статися				

Інтерпретація результатів

Опис вираженості симптомів представлений на основі сирих балів: Отримані бали:

Рівень тривожності

0 – 4 – Мінімальний

5 – 9 – Слабкий

10 – 14 – Помірний

15 – 21 – Високий

Вищий бал вказує на вищий рівень симптомів тривоги. Якщо респондент отримує «граничний бал» в 10 або більше балів (помірний або високий рівень тривожності), то рекомендується подальша поглиблена діагностика.

«Опитувальник з депресії PHQ-9»

Інструкція: Прочитайте твердження нижче і оцініть, як часто протягом останніх двох тижнів Вас турбували будь-які з перерахованих проблем?

Текст опитувальника

	Ніколи (0 балів)	Декілька днів (1 бал)	Більшу половину часу (2 бали)	Майже щодня (3 бали)
1. Зниження інтересу або відчуття задоволення від виконання справ				
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення або безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчаровувались у собі, або думали, що підвели родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, при читанні або перегляді телепередач				
8. Сповільненість рухів і мовлення, яку помічають оточуючі. Або, навпаки, надмірна і непритаманна Вам метушливість і активність				
9. Думки, що було б краще, якби Ви померли, або думки про те, щоб заподіяти собі				

Обробка результатів:

Потрібно порахувати суму балів за всіма позиціями (нарахувати від 0 до 4 балів за кожну відповідь)

Рівень депресії:

0 – 4 – відсутня депресія;

5 – 9 – депресія легкого ступеню;

10 – 14 – помірного ступеню;

15 – 19 – вираженого ступеню

20-17 – депресія важкого ступеню.

Програма заходів для психологічного супроводу uzалежнених осіб під час їх участі в 12-кроковій програмі реабілітації

Програма має наметі: запобігання рецидивам вживання алкоголю та психотропних речовин в uzалежнених осіб; корекцію їх негативних установок на життя та власну можливість долати проблеми; сприяння мотивації досягнення успіхів у забезпеченні та підтриманні здорового життя.

Завдання програми заходів: дати інформацію про алкоголь та його вплив на організм, запобігати рецидивам проявів алкоголізму; розглянути міфи про алкоголь, корегувати установки про його відносну не шкідливість; вчити саморегуляції емоцій і поведінки; повертати контроль над тілом та життям до сучасників; розвивати впевненість в собі, підвищувати віру в себе; долати симптоми песимістичного ставлення до життя; розвивати навички свідомої і впевненої відмови, відстоювання своїх інтересів і прав у компанії; сприяти формуванню установки на досягнення успіхів у забезпеченні здорового способу життя.

Структура: 4 заняття по 1,5 год кожне.

Заняття 1

Привітання. Знайомство.

Вправа «Привітання» (Т. Дворак)

Мета вправи: визначити мету посмішки, як засоби передачі повідомлення

Завдання: привітання партнера по спілкуванню посмішкою

Інструкція: сьогодні замість слова «здрасуйте» ми будемо вітати один одного посмішкою. Вам надається право вибрати різні варіанти посмішок: щиру, гордовиту, іронічну, нещирю.

Аналіз вправи:

1. За якими ознаками ви здогадалися про те, що усмішка щира, іронічна, пихата?
2. Що ви відчули, коли отримали посмішку замість привітання?
3. Як часто і в яких ситуаціях ви зазвичай використовуєте посмішку для встановлення контакту?

Вправа «Знайомство» (Т. Дворак)

Мета: підготувати учасників до роботи, створити комфортну атмосферу, гарний настрій, сприяти згуртованості групи.

Хід вправи: учасники сідають у коло. Тренер знайомить їх із символічним учасником групи - будь-якою м'якою іграшкою. Кожен учасник передає іграшку по колу, називаючи своє ім'я та вітаючись із групою.

Прийняття правил групи

Всі учасники обговорюють правила групи

Бесіда про алкоголь (С. Воробель)

Психолог: Викрадач розуму – так називають алкоголь з давніх часів. Про властивості спиртних напоїв люди дізнались ще до нашої ери. З того часу, коли з'явився керамічний посуд і можливість виготовляти алкогольні напої з меду, соку плодів та дикоростучого винограду.

Термін алкоголь походить від арабського слова, що означає одурманюючий. Першу пляшку алкоголю виготовив араб Рагез у 860 році, з того часу міцні алкогольні напої швидко розповсюджувались по всіх країнах світу. Дешева промислова сировина, зростання промислового виробництва алкоголю швидко наповнювали казну держави. Продаж спиртного на нашій планеті досяг фантастичних розмірів, тільки вина щорічно випивають більше 30 млрд. літрів. Якщо пляшки поставити в ряд, то вони підуть далеко в космос - довжина цього ряду перевищить десятикратну відстань від Землі до Місяця. Сьогодні ми розглянемо вплив алкоголю на організм людини, наслідки сп'яніння і розв'яжемо проблему зв'язку алкоголю і злочину, чи можна між ними поставити знак рівності.

Міні-інформування «Алкоголізм та його наслідки для людини»

Алкоголізм – це хвороблива прив'язаність до алкоголю, яка розвивається в результаті – систематичного його споживання та веде до втрати людиною духовних і фізичних якостей. Особливо шкідливий алкоголь в юнацькому віці. Систематичне споживання алкоголю у цьому віці швидко веде до формування алкоголізму.

Відразу ж з появою алкоголю з'явилося розуміння наслідків п'янства, про що свідчать перші спроби обмеження його поширення. Наприклад, єгипетським царям і жрецям дозволялось вживати напої в дуже невеликій кількості. Деякі китайські імператори страчували служителів культу, які зловживали спиртними напоями.

Практикум «Наслідки»

Психолог пропонує учасникам проаналізувати наслідків впливу алкоголю на людину.

Щоб уявити, як впливає алкоголь на організм, проаналізуйте наслідки його впливу.

Ось деякі з них:

- порушення координації рухів;
- зниження здатності ясно мислити;
- відсутність самоконтролю;
- провали в пам'яті;
- подвоєння в очах;
- блювота;
- затьмарення свідомості та її втрата.

Міні-інформування «Що таке залежність» (Т. Дворак)

Алкогольна залежність розвивається під впливом багатьох взаємопов'язаних факторів, таких як генетика, виховання, соціальне середовище, психічне здоров'я людини. У представників деяких етнічних груп, наприклад, у американських індіанців та корінних жителів Аляски, ризик розвитку алкогольної залежності набагато вище середнього.

Люди, чий близькі родичі страждали від алкоголізму, а також ті, хто тісно спілкується з алкоголіками, також знаходяться в групі ризику по розвитку алкогольної залежності. До групи ризику також відносяться люди, які страждають від таких порушень, як тривожний розлад, депресія або біполярні розлади, так як вони можуть використовувати алкоголь для покращення власного психологічного стану.

Алкогольна залежність — характерна психофізична залежність від алкоголю, основою якої є його наявність в обмінних процесах людського організму, яка розвивається внаслідок хронічного зловживання спиртними (алкогольними) напоями. У ширшому розумінні алкоголізм — сукупність шкідливих звичок, пов'язаних із зловживанням алкоголем, впливів на здоров'я, життя, працю і добробут людей. Психологічно має дві стадії: звичка та хвороба.

Алкоголь — наркотична отрута, що діє насамперед на нервові клітини кори головного мозку. При цьому значно ослаблюється процес гальмування і відносно переважає процес збудження. Великі дози алкоголю чинять паралізуючий вплив на деякі відділи центральної нервової системи. При ураженні центрів довгастого мозку настає порушення терморегуляції, дихання і серцевої діяльності—так званий коматозний стан. Алкоголізм викликає глибокі розлади діяльності шлунково-кишкового тракту, печінки, органів дихання, нирок, статевих залоз та ін. Організм алкоголіка втрачає опірність до захворювань. Алкоголізм зумовлює стійкі порушення психіки, велике зниження працездатності, швидку стомлюваність, ослаблення пам'яті, деяку безтурботність, брехливість, несталість настрою, дратівливість і схильність до конфліктів. На ґрунті алкоголізму бувають запої, розвиваються різні психози—біла гарячка, корсаковський психоз та ін. Алкоголізм призводить до побутових і виробничих травм, аварій на транспорті, злочинів, порушень правил громадської поведінки, руйнування сім'ї.

Вправа «Кейс-методи» (вирішення ситуаційних задач) (С. Воробель)

А як би вчинив ти?

1. Ви входите до складу збірної по футболу у вашому населеному пункті. Часто з дорослими від'їжджаєте на ігри. Нерідко чоловіки розпивають алкоголь. Як бути вам? Які є переконання?

2. Останнім часом батько став дуже випивати. У домі сварки. Мама у розпачі.

3. Ти у компанії своїх однолітків - друзів. Розважатись на «суху» набридло і твої товариші купують пляшку вина. Ти відмовився від алкоголю і тебе обізвали «маминим синочком».

Психолог: Шановні учасники! Сьогодні нам надані переконливі докази впливу алкоголю на організм людини. Пам'ятайте, що кожен хто випиває, може стати алкоголіком. Взагалі, зовсім не обов'язково пити в компанії для того, щоб привернути до себе увагу та почуватися гарно та комфортно.

Придивіться до себе, пізнайте свої сильні сторони, вмійте відстоювати свої погляди, і ви завжди зможете зарекомендувати себе як цікаві, неординарні особистості.

А для того, щоб антиалкогольна пропаганда давала найбільший результат, спробуємо вивести «формулу здоров'я»

Практикум «Формула здоров'я» (С. Воробель)

(У чисельнику – фактори, що сприяють збереженню і зміцненню здоров'я, а в знаменнику фактори, шкідливі для здоров'я).

Висновок:

Чим більше факторів буде у чисельнику та менше у знаменнику, тим здоровіша буде людина,

Додаток до гри

- Організація здорового дозвілля;
- Створення умов для занять фізичною культурою, спортом, творчими справами;
- Поліпшення якості харчових продуктів, виключення харчових добавок, які викликають залежність від них;
- Відпочинок на свіжому повітрі, у русі;
- Поліпшення екологічного середовища;
- Ріст культурного і духовного рівня;
- Поліпшення життєвих умов та здорове оточення у сім'ї та ін.

Вправа «Народ каже»

Психолог пропонує учасникам обговорити народні прислів'я та приказки про алкоголь

Пити до дна – не бачити добра.

Від пива болить спина, від горілки серце.

Дурень не робиться, а з п'янки родиться.

Хліб на ноги ставить, а вино валить.

Психолог ініціює обговорення прислів'їв та приказок учасниками.

Прикінцева вправа «Побажання» (Т. Дворак)

Мета: сформувати емоційно сприятливий клімат у групі.

Хід вправи:

Учасники сідають у коло, тренер пропонує послідовно один за одним, обмінятися побажаннями. Наприклад, один учасник каже, звертаючись до іншого: «Я бажаю тобі, щоб усі твої надії збулись» і т. ін.

Рефлексія, підсумки заходу.

Обговорення результативності заняття, вражень учасників від виконуваних вправ.

Заняття 2

Привітання. Вправа «Привітання» (Т. Дворак), опис у занятті 1.

Вправа «Самопрезентація» (авторська вправа)

Кожен учасник розповідає коротку розповідь про себе у метафоричній формі, будь-якого улюбленого чи випадкового предмета.

Вправа «Мої плюси та мінуси»

Чистий аркуш поділити лінією навпіл. В один стовпчик учасники записують свої позитивні, а в інший – негативні якості. Потім їм потрібно переглянути перелік негативних якостей характеру, знайти відповідні для їхнього подолання позитивні якості. Записати їх у список за важливістю особистісного розвитку.

Вправа «Мені в собі не подобається»

Кожен учасник складає список того, що йому в собі не подобається, власні негативні риси. Про дві з них він повідомляє аудиторії. Після цього складається таблиця, в яку записуються можливі позитивні та негативні (обов'язково!) наслідки відсутності цих негативних рис. Обговорюється те, якими можуть бути наслідки втрати цих рис; як зміниться ставлення до себе та оточуючих, якщо позбутися цих рис, чим вони допомагають у житті.

Практикум-рольова гра «Відмова»

Психолог об'єднує учасників у пари і пропонує розіграти у ролях ситуацію, коли одна сторона прагне умовити іншу на певну дію, небажану для останньої. Той, кого будуть умовляти (№ 1), не знає, яке завдання отримав його напарник (№ 2), на що саме його мають умовити.

Ситуація для № 1: «День народження твого знайомого. Ти прийшов його привітати і гарно провести час. Дехто з гостей палить, вживає алкоголь, щоб стало «ще веселіше», але у твої плани це зовсім не входить».

Ситуація для № 2: «На твій День народження прийшов знайомий привітати тебе і гарно провести час. Маєш завдання умовити його випити за твоє здоров'я, щоб стало «ще веселіше», тим більше, що дехто з присутніх так і робить. Завдання ускладнене тим, що у його плани вживати алкоголь зовсім не входить».

Обговорення: Кому вдалося умовити? Кому вдалося відмовити? Які засоби та стратегії поведінки використовували сторони? Що допомагало відчувати себе упевнено, приймати рішення, як відповісти, як себе повести? (Існування власної позиції; усвідомлення власних прагнень та бажань, уміння відстоювати свою позицію – те, що дійсно робить нас дорослими).

Наприкінці психолог узагальнює зроблені учасниками висновки, і зачитує їм повідомлення про впевнену відмову:

«Впевнена відмова складається з трьох кроків:

1. Крок перший - сказати слово "НІ"!
2. Крок другий - сказати, ЩО ВИ НЕ ЗРОБИТЕ.

4. Крок третій - пояснити причини такого рішення, виходячи з власних планів, бажання, потреб і прав. Не потрібно обговорювати своє рішення і вживати формулювання типу "мушу" і "не можу". Приклад: "Ні, я не піду з тобою на вечірку сьогодні. Я обіцяв сестрі піти з нею в кіно».

До уваги психолога: Узагальнюючи досвід учасників щодо стратегій поведінки в ситуаціях ризику, можна наголосити на таких: відстрочити дію; перевести розмову на іншу тему; взяти ініціативу в свої руки; перевести в жарт; запропонувати зустрічний неприйнятний варіант; рішуче відмовити; впевнено казати «Ні!»; відкласти вирішення проблеми; запропонувати компроміс (бажано, щоб на кожен варіант був наведений приклад). Гарних і поганих варіантів немає: є найбільш прийнятний у даних умовах, важливо вміти

точно оцінювати ситуацію та свої можливості. Для ілюстрації можна провести обговорення ситуацій.

Вправа «Будь впевненим у собі» (Т. Дворак)

Мета: усвідомлення учасниками тренінгу наявності взаємозв'язку між певними рисами особистості учасника і можливістю початку вживання ним наркотичних речовин; розвиток самосвідомості учасників.

Тренер об'єднує учасників у дві підгрупи, кожній з яких пропонується опис двох людей. Завдання для учасників: виявити розбіжності між цими людьми і презентувати результати роботи.

- Чи є взаємозв'язок між тими чи іншими рисами особистості і можливістю початку вживання алкоголю, наркотичних речовин?

- Які риси характеру притаманні людині, що може швидше, ніж інші, почати вживати алкоголь, наркотичні речовини? Чому ви так гадаєте?

Після обговорення учасники отримують ще одне завдання: знайти шляхи усунення недоліків і розвитку позитивних рис першого учасника. Результати цієї роботи теж презентуються.

Вправа «Дерево мого життя» (Т. Дворак)

Мета: Надати можливість учасникам тренінгу створити образ власного майбутнього.

Хід вправи: кожен учасник отримує роздатковий матеріал (додаток 1). Усім пропонується «виросити» власне дерево свого майбутнього. Для цього потрібно на зразок дерева, створеного групою на дошці, заповнити «крони» і «коріння» «дерев» на отриманих аркушах таким чином, щоб найменше «дерево» було деревом власних інтересів і здібностей кожного учасника через рік, середнє «дерево» - тим, яке буде в кожного через 5 років, а найбільше «дерево» - тим, яке буде через 10 років. Тобто потрібно записати, чим, на думку учасників, буде заповнене їхнє життя з плином часу. Після закінчення роботи учасники за бажаннями можуть поділитися своїми баченнями власного майбутнього. Свої «дерева» учасники забирають із собою.

Вправа «Побажання»

Тренер пропонує кожному учасникові написати на аркуші паперу будь-яке побажання іншим членам групи, згорнути аркуш і покласти його в центрі кімнати. Коли всі учасники напишуть свої побажання, вони встають у коло і розглядають безліч побажань у центрі. Потім кожен виймає по одному побажання, і, таким чином, виходить, що всі учасники групи обмінялися побажаннями.

Рефлексія, підсумки заходу.

Обговорення результативності заняття, вражень учасників від виконуваних вправ.

Заняття 3

Привітання. Вправа «Привітання» (Т. Дворак), опис у занятті 1.

Вправа «Мої ресурси»

Учасникам пропонується визначити свої чотири сильні якості, якими вони можуть пишатися (риса характеру, друзі тощо), і зобразити їх у вигляді певних символів. Це ті ресурси, що роблять їх впевненими у собі, розвивають самоповагу, слугують опорою у житті, дозволять відмовлятися від того, що не потрібне та зайве.

Вправа «Я-хороший» (Т. Дворак)

Мета: створити добрий настрій, закріпити позитивне самопочуття учасників.

Хід вправи: учасники сідають у коло і по черзі промовляють фразу: «Я - хороший!» Вони можуть говорити тихо, голосно або дуже голосно, так, як їм зручно це робити. Можна провести вправу у два або навіть у три прийоми, щоб учасники проекспериментували з

гучністю. Наприкінці всі разом промовляють цю фразу кожен зі своєю інтонацією і своєю гучністю.

Вправа «Асоціації»

Психолог пропонує учасникам намалювати будь-які асоціації, які їм спадають на думку при словах «спиртні напої» (10 хвилин). Після цього кожен з учасників показує свій малюнок і коментує, що він хотів їм висловити, які почуття були в нього під час малювання (10 хвилин).

Психолог підбиває підсумок: спиртні напої викликають у людей різні асоціації та різний емоційний відгук.

Мозковий штурм «Користь і шкода алкоголю»

Психолог пропонує учасникам розподілитися на дві групи. Кожна з груп обирає «ведучого» зі свого складу. Одна група відповідає на запитання «Для чого люди вживають алкоголь?», друга група обговорює запитання «Чому вживання алкоголю шкідливе?» (15 хвилин). Після цього ведучий кожної малої групи записує на дошці основні тези висновків, до яких дійшла група, та обговорює їх. Далі психолог допомагає учасникам тренінгу сформулювати висновки, що базуються на науково доведених фактах, зокрема щодо: доз вживання алкоголю; ступенів сп'яніння; переносності алкоголю організмом (толерантності до алкоголю); рівнів вживання алкоголю.

Практикум «Алкоголізм – загроза здоров'ю» (Т. Дворак)

Алкоголізм - захворювання, викликане систематичним вживанням спиртних напоїв, що характеризується патологічним потягом до них, розвитком психічної (нездоланний потяг) і фізичної залежності (появою абстинентного синдрому при припиненні вживання). У випадках тривалого впливу хвороба супроводжується стійкими психічними і соматичними розладами.

Дана проблема стала особливо актуальна для нашої країни в останні 5 - 6 років, коли в зв'язку з політичними й економічними реформами кількість хворих цією недугою різко зросло.

У формуванні алкогольної залежності вирішальну роль грають наступні фактори:

- 1) соціальні фактори: культурний і матеріальний рівень життя, стреси, інформаційні переваження, урбанізація;
- 2) біологічні: спадкова схильність. За даними дослідження до 30% дітей, чий батьки зловживали алкоголем, можуть стати потенційними алкоголіками;
- 3) психологічні: психоемоційні особливості особистості, здатність до соціальної адаптації і протистояння стресам.

За різними даними 40 - 70% злочинів люди скоюють у стані сп'яніння, при цьому 8 із 10 порушень як правило припадає на протиправні дії, вчинені після пиятики, в компанії старших. Людина, яка випила алкоголь, втрачає сором і відповідальність за свої вчинки. Батька, який пиячить, зовсім не хвилює доля дітей.

У 89,7% людей, які перебувають на обліку в нарколога, були несприятливі сімейні обставини, зокрема у 67,3% осіб – батьки були алкоголіками, у 5% - наркоманами, у 2,7% - засуджені, в 11% - один з батьків має психічне захворювання, у 59,4% випадків людина-алкоголік виховувалася в неповній сім'ї.

Вживання алкоголю з 15 років призводить до більш тяжких форм алкоголізму, ніж у тих, хто почав систематично пиячити після 30 років. Відомо, що алкоголік - це людина, яка запрограмована на алкоголь, звикла до спиртного, відчуває потребу в ньому і вживає його систематично.

Хід вправи: тренер об'єднує учасників у три підгрупи за словами «Захистимо власне здоров'ю », кожна з груп отримує карту-схему, на якій схематично зображено організм людини з відповідними органами, поруч написані твердження щодо руйнівного впливу алкоголю на організм людини . Штрихами замалювати органи, про які повідомляється в інформації, що вони зазнають руйнівного впливу алкоголю на організм людини. Час на підготовку - 5 хвилин

Практикум «Розв'язання проблем»

Психолог пропонує учасникам ознайомитися із задачами і вирішити їх. Він допомагає учасникам дійти висновків стосовно впливу алкоголю на організм, сім'ю, на все життя людини.

Задача 1. Василь – простий робочий хлопець. Любить людей, живе відкрито, весело. Що на думці, те й на язиці. Якщо свято – то «шумлять» із гостями по три дні. Якщо з жінкою посварився – крик стоїть на все подвір'я.

Сусід у Василя – теж молодий ще, але непитущий. Ось йому Василь і каже: «Щось я тебе, Сашко, не розумію! І що в тебе за життя таке? Ні випити як слід, ані погуляти, ані з жінкою полаятися не можна – все гріх. У тебе ж і радощів у житті ніяких немає! Нащо ти так живеш, розтлумач мені».

1. У чому бачить радість життя Сашко?

2. В чому полягає основна відмінність (у психологічному аспекті) життя Василя і Сашка?

3. Як можна прогнозувати поведінку Василя в ситуації життєвої кризи? А якою буде поведінка Сашка в подібній ситуації?

Задача 2. Дві подружки, Таня і Лариса, вперше потрапили на дорослу вечірку, де ніхто не казав, що спиртне поти їм ще рано, і де взагалі нікому було підказувати, як їм поводитись. За перший тост вони, як і всі випили по чарці коньяку, і їм одразу стало весело. Після другої чарки Таня була в повному захваті, вона реготала, танцювала до упаву, і все навколо кружляло разом з нею. Третю чарку вона випила з деяким зусиллям, але відмовлятися було незручно, бо тост був „за чарівних дам”. Після цього Таня стала поводитись зовсім по-дурному: чіплялась до парубків, втручалась в чужі розмови, приставала до всіх з обіймами і поцілунками. Лариса, яка, навпаки, трималася чудово (хоча й нарівні з Танею), робила їй знаки, намагаючись зупинити Таню повернути її поведінку в межі загальноприйнятих норм.

Незважаючи на безшабашний настрій, четверту чарку Таня пити боялася.

Але, подивившись на Ларису, яка робила це зовсім спокійно Таня вирішила не відставати. Але, на жаль, вона в цьому скоро розкалася: язик заплітався, руки й ноги не слухались, самопочуття було найгіршим, і Таня взагалі нічого вже незрозуміла.

П'ятий тост був за батьків «Пити до дна!» – кричали звідусіль, - «Батьки – це святе!» поглянувши на Ларису, яка легко випила п'яту чарку і зробивши над собою неймовірне зусилля Таня з відразою випила.

Добре, що поруч була Лариса, яка довела подругу до туалету, а то Таню знудило б прямо за столом. І взагалі, якби не Лариса, Таня б додому не дійшла. Вона йшла хитаючись, нерозуміючим, і який бік іти, періодично сідала на землю і бурмотіла, що буде спати тут. Лариса ледве довела її і передала «з рук у руки» приголомшеним батькам.

Батьки Тані були перелякані. Промучившись із донькою всю ніч, вони довго ляляли її і все ставили у приклад Ларису, яка поводитися пристойно, а не напилася мало не до смерті. «Дивно, - думала Таня, - ми ж з Ларисою пили однаково, чому ж вона сп'яніла значно менше за мене?»

- Хто з дівчат біологічно схильний до алкоголізму? Як слід поводитись щодо алкоголю Ларисі? Як слід поводитись щодо алкоголю Тані? Як складеться доля дівчат, якщо вони потраплять в алкогольне мікросередовище?.

Рефлексія, підсумки заходу.

Обговорення результативності заняття, вражень учасників від виконуваних вправ.

Заняття 4

Привітання. Вправа «Привітання» (Т. Дворак), опис у занятті 1.

Вправа «Емоція по колу» (Т. Дворак)

Мета: зняти емоційну напругу, пожвавити роботу.

Хід вправи: Всі учасники сідають у коло, кожен по черзі за допомогою міміки передає якусь емоцію, всі інші один за одним її повторюють. Вправа закінчується, коли всі учасники передадуть свої емоції.

Вправа «Намалюй алкоголіка» (Т. Дворак)

Мета: сприяти створенню відповідного емоційного стану для проведення наступних вправ; звернути увагу учасників на існування певних суспільних стереотипів стосовно алкоголіків і алкогольної залежності.

Необхідні матеріали: фліп-чарт; маркери.

Хід вправи: тренер об'єднує учасників у групи по 5-6 осіб і пропонує кожній з них створити загальний портрет алкоголіка, причому кожний учасник малює те, що він вважає притаманним для алкоголіка (ніс, очі, зморшки, елементи одягу, побуту тощо).

Після закінчення роботи групи презентують «портрети».

Обговорення: Чому саме цей елемент малюнка ви зобразили? Де ви чули чи бачили про такі характерні риси алкоголіка? Які почуття виникали у вас під час проведення вправи? Які почуття викликає у вас намальований портрет алкоголіка? Хто з вас думав в цей час про якусь конкретну людину?

Міні-інформування «Міфи і факти про алкоголь»

Психолог зачитує факти про алкоголь і просить учасників замислитися: «Чи знаєте ви, що:

- алкоголь знищує нервові клітини головного мозку: 1 л. пива вбиває до 6000 нервових клітин, а 100 г. горілки – 7000;
- синдром похмілля – це процес виведення з головного мозку нейронів, що загинули через відсутність кровопостачання. Організм намагається звільнитися від загинувших клітин, що й викликає ранкові головні болі;
- за даними патологоанатомів, поверхня головного мозку людини-алкоголіка, нагадує шерстяну шапку, повністю посічену міллю;
- постійне вживання алкоголю призводить до фемінізації чоловіків і маскулінізації жінок, у чоловіків стають більшими грудні залози, стає ширшим таз і розвивається імпотенція, а в жінок грубіє голос, змінюється характер, росте волосся на обличчі.
- при вживанні хоча б 125 мл вина щодня на 168% зростає ймовірність виникнення раку ротової порожнини і горла;
- вживання пива (незалежно від дози) підвищує більш ніж на 30% ймовірність розвитку раку грудей;
- зачаття в нетверезому вигляді часто є причиною народження дебільних дітей. І ризик є навіть тоді, коли батьки вживали небагато алкоголю навіть за 1-2 тижднів до самого процесу зачаття;
- при щоденному вживанні матір'ю спирту (від 150 мл.) тільки третина жінок здатні до народження нормальних дітей;
- для народження здорових дітей чоловік має утримуватися від вживання алкоголю 1-2 роки, а жінки – ще більше.

Дискусія «Вплив алкоголю на суспільство»

Психолог просить групу обговорити питання «Чи існує проблема алкоголізму в нашому суспільстві?», «Наскільки це явище небезпечне для молоді?», «Якщо ця проблема не буде вирішена найближчим часом, як вона вплине на суспільство в цілому?», «Чи знаєте ви людей, які загинули від пиятики?».

Реакція в групі буде різною, вона залежить від складу групи, регіону, в якому проживають учасники тренінгу, і, як правило, відображає ситуацію з уживанням алкоголю в оточенні.

Вправа-гра «Правильно!- Неправильно!»(Т. Дворак)

Мета: закріпити знання учасників про поняття «наркотичні речовини», створити атмосферу доброзичливості, згуртованості, надати можливість висловити свою думку,

Учасники розподіляються на дві команди та обирають капітанів. Потім вони отримують тексти вікторини.

Капітан першої команди задає будь-яке запитання вікторини гравця другої команди. Які дають відповіді та обговорюють їх. Потім капітан другої команди ставить гравцям першої команди будь-яке запитання. Учасники можуть самі придумати запитання і запропонувати їх іншій команді. Виграє та команда, яка дала більше правильних, обґрунтованих відповідей.

1 команда

- З кожного викуреного сигаретою ми збільшуємо ризик захворювання на різноманітні хвороби.

- Алкоголь- безпечна речовина.
- Одноразове вживання наркотику не шкодить нашому здоров'ю.
- Коли вагітна жінка курить, це не шкодить здоров'ю майбутньої дитини.
- Можна сідати за кермо, якщо ти випив лише чарку вина.

2 команда

- Перебування у приміщенні, де накурено, не шкодить здоров'ю
- Уживання наркотиків може супроводжувати правопорушеннями.
- Куріння призводить до послаблення сприйняття смаку, запаху та до появи зморшок і землистого кольору обличчя.

- Пиво, ром-кола- безалкогольні напої.
- Ризик ВІЛ-інфікування у наркомана більший, ніж у того, хто курить.

Обговорення результатів.

Практикум «Прогноз долі»

Мета: надати інформацію про групи ризику; сприяти формуванню мотивації до ведення здорового способу життя; сприяти формуванню вмінь застосування одержаної інформації в повсякденному житті.

Необхідні матеріали: текст інформаційної частини; картки з описом ситуацій.

Психолог надає інформацію про групи ризику.

Інформаційна частина: «Кому ж не поталанило?»

Алкогольна залежність може спричинитися за певних обставин у кожного. Наприклад, варто зазначити, що часте вживання спиртного сприяє прискореному формуванню алкоголізму у будь-якої людини. Але є категорії людей, у яких такі uzалежнення виникають особливо швидко. І кому ж не поталанило?

- Тим, у кого в роду два чи одне покоління пили («Діди пропили печінку онуків» – французький вислів).

- Тим, хто мали черепно-мозкові травми, перенесли нейроінфекції, або ж діставали часті мікротравми мозку (представники агресивних видів спорту, учасники частих бійок тощо). Це вони: "вип'ють 100 грамів, а накоять на три літри").

- Людям із нестійким типом нервової системи або з її ураженнями (за неврозів та деяких форм психопатії алкоголізм часто розпочинається з таких приводів: "Вип'ю, щоб заспокоїтися" або «Вип'ю, і життя здається кращим»).

- До групи ризику належать також представники певного психологічного типу – «інтроверти», тобто люди дуже емоційні, вразливі, які, до того ж, ховають свої переживання в собі. Вони схильні раніше, ніж інші, впадати у відчай і зневірюватися. Це саме про них кажуть: "П'ють ті, хто шукали Бога і не знайшли Його".

- Всі жінки входять в групу ризику, тому що їхня імунна система гірше, чим у чоловіків, захищає їх від згубної дії алкоголю.

- Люди, які часто вживають спиртне. Це послаблює захисні функції організму і алкогольна залежність розвивається швидко або набагато швидше.

А якщо у когось із ваших знайомих збігаються декілька чинників (мали і батьків-алкоголиків, і черепно-мозкові травми), тоді ризик швидкого розвитку алкоголізму набагато збільшується.

Після інформаційної частини психолог об'єднує учасників у групи по 4-5 осіб. Кожна група отримує текст інформаційної частини (про те, хто належить до групи ризику) і картки з описом життєвих ситуацій. Учасникам пропонується визначити, до якої групи ризику слід віднести головного персонажа ситуації.

Картки з описом життєвих ситуацій

Ситуація №1. Друзі Дмитра говорять, що той багато став пити останнім часом, що це може погано вплинути на його подальшу долю: робота, здоров'я, особисте життя – все це може перетворитися на проблему. А Дмитро тільки сміється і відповідає, що в його сім'ї пив дід, і тато п'є, і нічого страшного з ними не сталося...

Ситуація №3. Сашко з дитинства займається спортом. Спочатку грав у футбольній команді, потім почав займатися дзюдо, боксом. У нього багато друзів. Майже кожного вечора вони ходять гуляти по місту, відвідують кав'ярні, клуби, дискотеки. Останнім часом друзі почали скаржитися на те, що з Сашком, коли той вип'є, стає небезпечне спілкування. Він робиться агресивним, починає «чіплятися» до друзів, до незнайомих людей, створює небезпечні ситуації для себе та оточуючих...

Ситуація №4. Михайло навчається в університеті. Він дуже веселий, розумний, дотепний. Його люблять і поважають всі однокурсники, тому часто запрошують на дні народження, на вечірки...

Обговорення:

- Що нового ви дізналися про алкогольну залежність?
- Чи можете ви навести приклади з життя своїх знайомих або друзів, які відносяться до групи ризику?
- Яким чином знання, отримані у вправі, допоможуть вам в повсякденному житті?
- Які почуття виникали у вас під час виконання вправи?

Вправа «Лист до себе»

Учасникам дається така інструкція: «Напишіть собі листа від «Я-ідеального». Тобто від себе самого, але того, яким ви мрієте бути. «Я-ідеальне» в листі має дати вам поради щодо того, як ефективно поводитись у колі ровесників, що треба робити, щоб досягти в житті успіху, уникати того, чого тобі не потрібно, відмовлятися від зайвого та дотримуватися здорового способу життя».

(Після закінчення вправи відбувається обговорення).

Рефлексія, підсумки заходу.

Обговорення результативності заняття, вражень учасників від виконуваних вправ.